

LA CLINIQUE

LA CLINIQUE est publiée le 1^{er} de chaque mois.

L'abonnement est d'un dollar par année, **payable d'avance**. Les abonnements partent du 1^{er} Août de chaque année.

Toute correspondance ayant rapport à la rédaction doit être adressée au rédacteur en chef, boîte de Poste 2175 et à l'administration, à **Victor Rougier, 55, rue St-Sulpice** ou Boîte de Poste 2175.

Les articles devront être envoyés avant le 15 du mois.

Sur demande à l'administration, il sera envoyé 50 copies de chaque travail original.

Il est bien entendu que tout travail devant être publié sous le titre de travail original ne devra être écrit que pour **LA CLINIQUE**.

Les manuscrits refusés ne sont pas rendus.

SOMMAIRE DU MOIS DE MAI

DE LA DESTRUCTION DU GONOCOQUE	<i>Dr Jules Chéron</i>	456
DU CURAGE DANS L'ENDOMÉTRITE DU CORPS DE L'UTÉRUS	<i>Dr J. A. Ouimet</i>	458
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE — Alimentation.	<i>Prof. J. Grancher</i>	471
SUPPURATIONS CUTANÉES (PYODERMIES)	<i>Dr Gaucher</i>	486
DU GALACOL SYNTHÉTIQUE		502
REVUE MÉDICALE DES SOCIÉTÉS SAVANTES		504
BIBLIOGRAPHIE		506
NOTES DIVERSES		509

SANMETTO Pour les maladies des Organes Génitaux-Urinaires

Le Santal Blanc et le Saw Palmetto scientifiquement déguisés dans un Véhicule Aromatique agréable

Le Tonique Vivifiant du Système Reproducteur

SPÉCIALEMENT UTILES DANS LES
Affections Prostatiques des Vieillards — L'Impuissance sénile — La Miction Difficile — L'Inflammation de l'Uréthre — Les Douleurs Ovariennes — L'Irritation de la Vessie

D'UN MÉRITE ABSOLU COMME RECONSTITUANT

Dose : Une cuillerée à café quatre fois par jour.

OD CHEM. CO., NEW-YORK

En vente chez tous les Droguistes en Gros du Canada.

LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

Vol. IV

MAI 1898

N° 10

TRAVAUX ORIGINAUX

De la Destruction du Gonocoque

Dans le Traitement de l'Urèthrite chez la Femme par l'injection, dans la Vessie, d'une solution aqueuse saturée d'acide picrique

PAR

Le Dr JULES CHÉRON, médecin de Saint Lazare

Notes présentées au Congrès de Moscou, 1897

Lorsque, il y a bientôt vingt-sept ans, je fus appelé à diriger un des services médicaux de la deuxième section de Saint Lazare, l'urèthrite était une des principales causes de l'encombrement des salles.

On traitait, dans ce service, les femmes atteintes d'urèthrite comme on traitait la même affection chez l'homme. Au début, dans la période aiguë, ou dans la période sub-aiguë des récidives ; tisane émolliente et diurétique jusqu'à la disparition de la douleur et la modification de l'écoulement purulent ; puis, administration du copahu et du cubèbe à l'intérieur et attouchements du canal avec des solutions astringentes et cathérétiques.

Malgré ce traitement complexe, malgré l'introduction directe d'un crayon de nitrate d'argent dans le canal de

l'urèthre, dans les cas les plus rebelles, on voyait les cas d'urèthrite s'éterniser dans les salles.

A cette époque, nous avons vu des malades atteintes de cette affection, faire exceptionnellement, il est vrai, jusqu'à 100, 130 voire même 205 jours d'hôpital.

La moyenne du séjour n'était pas moins de 66 journées.

C'est que la guérison, à ce moment-là, ne pouvait être nettement indiquée que par la disparition absolue de toute sécrétion uréthrale et nous n'avions à notre disposition aucune substance capable de la tarir avec rapidité.

Pendant l'année 1870, j'avais appliqué avec le meilleur succès, au traitement des plaies de guerre, la solution d'acide picrique à *un pour cent*. J'avais fait des pansements qui m'avaient permis de faire voyager mes blessés, et de constater, à la fois, la double action anesthésique et cicatrisante de ce corps.

Étant donnée la difficulté que j'éprouvais à guérir promptement l'urèthrite chez les femmes de mon service, j'en vins, après avoir essayé un grand nombre de solutions les plus variées, et tous les autres moyens connus, toujours sans résultat, à employer l'acide picrique dans l'urèthrite, soit en lavage, soit à l'aide du long bourdonnet d'ouate imbibé de la solution et laissé en place pendant quelques instants.

Les résultats furent tantôt satisfaisants, tantôt aussi mauvais qu'avec les solutions diverses.

Je cherche la cause de ces alternatives de succès et d'insuccès, dans l'état anatomique de l'urèthre féminin dont les glandes inclinées de dehors en dedans, ont l'orifice tourné vers le sphincter de la vessie, ce qui me permit de reconnaître que tout lavage du canal, pour produire un effet utile, devait être dirigé de dedans en dehors, de la vessie vers l'extérieur.

Pour effectuer ce lavage dans le sens nécessaire (c'était en 1871), je tentai d'introduire dans la vessie la solution

saturée d'acide picrique après avoir recommandé aux malades de rester deux heures, sans uriner, avant de venir à l'injection.

Et le lavage se trouva fait, dans le sens désiré ; l'acte naturel déversant de dehors en dedans, le mélange d'urine et de solution picrique effectué dans la vessie.

La transformation de l'acide en picrate de soude et en picrate de potasse, au contact de l'urine, sels dont l'action est identique à celle de l'acide picrique ne pouvait modifier les résultats.

Depuis 1871, c'est-à-dire depuis 27 ans, les uréthrites, les vaginites et les endométrites blennorrhagiques sont traitées de la sorte, comme je l'ai signalé plusieurs fois.

Ici se place un fait intéressant.

Pendant une absence que je fis, il y a quelques années, l'interne de service, aujourd'hui le Dr. Bouteil, supposant qu'une substance aussi préconisée que la permanganate de potasse donnerait, probablement, des résultats supérieurs à ceux obtenus avec l'acide picrique, supprima ce dernier traitement et le remplaça par l'injection intravésical de permanganate de potasse à $\frac{1}{4000}$.

Mais il fallut bientôt en rabattre, le permanganate, même à dose plus élevée, ne peut tenir la comparaison et l'acide picrique fut repris avec le même succès qu'auparavant.

Il en fut de même de la liqueur de Van Swiéten, qui dédoublée, à plusieurs titres, ne donna point de résultats satisfaisants.

Mais à ces succès, il fallait une consécration scientifique.

Tous les vénéréologues sont d'accord, aujourd'hui, pour accepter le gonocoque comme cause certaine de la blennorrhagie et les micro-biologistes ont, en même temps, démontré le rôle néfaste produit par ce microbe dans les affections des organes génitaux de la femme.

Il était donc naturel, après avoir reconnu l'action cu-

rative de l'acide picrique dans la blennorrhagie, de rechercher l'action de ce dernier sur le gonocoque.

M. G. Roger, pharmacien de Saint Lazare, chef du laboratoire des recherches du Dr Péan, très versé dans l'étude de la bactériologie, voulut bien me prêter son concours et l'étude micrographique nous démontra, aussitôt, l'action destructive de l'acide picrique sur le gonocoque.

Exceptionnellement, dans un cas seulement, la disparition de l'urèthrite a demandé 34 jours; en général le gonocoque a disparu, après trois injections, c'est-à-dire au septième jour.

Au premier examen microscopique, on trouve de nombreuses cellules épithéliales, des leucocytes en quantité, des diplocoques et des gonocoques en colonies habituellement très nombreuses; ils sont intra ou extra-cellulaires.

Après trois injections, souvent après deux, les colonies diminuent, les gonocoques qui les forment deviennent moins nombreux.

Après la quatrième injection, il est rare qu'on retrouve des colonies, le gonocoque reste accouplé, mais libre. Après un très petit nombre d'injections il disparaît sans retour: un grand nombre d'examen ultérieurs l'ont démontré.

Le traitement de l'urèthrite par l'acide picrique, sans examen bactériologique, laisse quelquefois croire à la non guérison, alors que cette dernière est nettement effectuée. C'est qu'après la destruction des gonocoques, un écoulement séreux souvent persiste, et dans le doute, le médecin retient comme malade un sujet guéri depuis quelques temps. C'est ce qui explique la différence des statistiques dans ces deux circonstances: guérison après examen clinique; guérison après examen bactériologique.

Chez l'homme le titre de la solution à employer est bien différent et la technique est tout autre que chez la femme.

Chez celle-ci, la technique opératoire est des plus simple.

Une seringue de Braun destinée à l'utérus, d'une contenance de quatre centimètres cubes et munie d'une longue canule d'argent ayant la forme d'une sonde vésicale de femme, est remplie d'une solution d'acide picrique à saturation. La canule introduite dans la vessie, l'injection est poussée avec lenteur et la canule laissée en place, la seringue est remplie de nouveau s'il y a lieu.

C'est avec une injection de quatre centimètres cubes de solution aqueuse saturée d'acide picrique employée deux ou trois fois par semaine, que, pendant 26 ans, l'urèthrite a été traitée avec succès dans mon service de Saint Lazare.

Aujourd'hui, d'après mes recherches avec M. G. Roger, je considère l'action destructive de l'acide picrique, sur le gonocoque, comme démontrée, substance qui, employée comme je viens de l'indiquer est sans aucune action nocive sur les organes en jeu.

Le fait m'a paru d'une application pratique suffisante pour qu'il me semblât utile et intéressant de le faire connaître.

Du curage dans l'endométrite du corps de l'utérus

PAR

Le Docteur J. A. OUIMET

M. Doléris, depuis 1880, s'est livré à une étude attentive et à une application progressive des procédés de la thérapeutique intra-utérine qui l'ont conduit à adopter, dans sa pratique, l'abrasion de la muqueuse utérine par le grattage, et à en vulgariser l'emploi.

On peut dire que, par son exemple, ses écrits, les discussions qu'il a soutenues, et surtout par la nombreuse statistique qu'il a recueillie des cas soumis à son traitement, c'est lui qui doit être considéré, à juste titre, comme le rénovateur d'une pratique plus redoutée encore qu'oubliée ou méconnue. C'est surtout en modifiant les anciennes pratiques, et en les entourant de précautions antiseptiques inconnues dans les anciens procédés, qu'il a fait renaître la confiance dans l'innocuité du curage.

En 1887, il présente un volumineux mémoire sur l'endométrite et son traitement par le curage, et communique une statistique de 339 cas, tous traités par l'emploi de la curette seule ou combinée à l'écouvillon, cette dernière pratique est celle adoptée par l'auteur.

M. Doléris s'est efforcé de montrer que les injections basées sur l'ancienne pratique n'avaient plus raison d'être formulées en présence de l'antisepsie moderne et que ceux qui critiquaient l'emploi de la curette, qu'ils n'avaient jamais manquée, lui préféraient des pratiques certainement plus dangereuses. Il faut avouer que depuis cette rénovation la question du curage a reçu une impulsion sérieuse et a fait de grands progrès ; personne actuellement n'ose-

rait renier son efficacité qui est reconnue par tous les gynécologistes.

Terrillon écrivait en 1885 : " Le curage utérin est une opération facile et bénigne. Bénigne à la condition de ne pas se départir des précautions de l'antisepsie, c'est là un point de la plus haute importance et c'est pour l'avoir négligé autrefois, que nos ancêtres observaient des accidents si fréquents," puis il ajoutait, " rappelez-vous que, dans l'endométrite chronique végétante, vous pourrez obtenir des résultats merveilleux par le curage, en résumé facile, et dont les dangers ne sont pas comparables à la quantité de troubles dont cette affection si rebelle est la source chez une foule de malades. "

En 1886, M. Bouilly, actuellement un des plus habiles chirurgiens des hôpitaux de Paris, écrivait ce qui suit : " Dans les cas tout à fait rebelles et surtout dans la forme hémorragique liée aux fongosités utérines, le raclage de la cavité utérine déjà indiqué par Récamier et fait aujourd'hui avec la curette de Sims ou de Simon, après dilatation préalable du col, peut être suivi des meilleurs résultats au double point de vue de la cessation des hémorrhagies et de la guérison des lésions locales. "

Actuellement, en France, le curage utérin pour l'endométrite est pratiqué par tous les chirurgiens ; il suffit de citer des noms comme Duplay, Le Dentu, Terrier, Bouilly, Pozzi, Second, Reclus ; en Angleterre citons comme partisans du curage utérin, Simpson, Churchill, Bennett, Barnes, en Amérique, Marion, Thomas, Gaillard, Sims, Mundé, Lusk ; en Allemagne, Martin, Schroeder, Hegar, etc. Aujourd'hui il est évident qu'on ne peut plus compter les partisans du curage utérin tant il est vrai qu'il est reconnu efficace par tous les chirurgiens.

Le curage est employé : 1° dans un but de diagnostic, 2° dans un but de guérison. Dans le premier cas, c'est le curage explorateur, dans le second cas, c'est le curage thérapeutique.

Actuellement les moyens d'investigation de l'utérus sont si parfaits et la connaissance de presque toutes ses affections a fait de tels progrès que le chirurgien ou le gynécologiste sont rarement embarrassés pour poser un diagnostic d'après les troubles fonctionnels et l'examen ordinaire. Cependant il est des cas dans lesquels il est impossible au médecin de se faire une opinion absolument exacte. Voici l'indication du curage explorateur : Quand une femme est atteinte de sécrétion anormale d'hémorrhagie utérine, si nous ne possédons aucune donnée qui nous puisse expliquer la pathogénie de ces accidents, s'il n'y a pas de tumeur, s'il n'y a pas de polype, le curage de l'utérus est encore le procédé le plus simple et le plus sûr pour faire un diagnostic exact. Nous pouvons avec cet instrument, enlever des fragments de muqueuse malade, de petits polypes muqueux ou des parcelles de tumeurs qu'il nous sera possible de soumettre ensuite à un examen histologique. Si nous trouvons sur la face interne de l'utérus des proliférations pathologiques, rien ne s'oppose à ce que nous fassions servir au traitement la curette introduite dans la cavité utérine.

Grâce au curage explorateur, nous pouvons connaître exactement l'état de la muqueuse utérine, la présence des végétations ou des granulations, établir à quelle variété d'endométrite nous avons affaire, en diagnostiquer le cancer du corps de l'utérus à son origine et surtout celui qui prend naissance dans la muqueuse sus-vaginale du col. Ce dernier, comme Ruge et Veit l'ont démontré, se propage du côté du corps, dont il envahit la cavité. Sa marche est insidieuse, l'économie s'altère très lentement et peut même le tolérer pendant longtemps. D'ailleurs le curage explorateur est d'une innocuité absolue à la condition de faire une antisepsie rigoureuse ; il est peu douloureux et on peut le pratiquer sans rien changer aux habitudes des malades. Toutes les fois qu'on ne sera pas certain de son diagnostic, il ne faudra pas hésiter un seul instant à recourir à la curette.

Quand Récamier imagina la curette, il n'eut d'abord en vue que la démonstration évidente de l'existence des fongosités utérines ; cette démonstration il l'a fournie, l'idée lui vint ensuite de détruire ces mêmes fongosités.

Ce simple souvenir des débuts de l'opération prouve assez l'enchaînement logique des faits. Il réduit à néant ces objections faites à tout propos par les médecins pour lesquels la pratique de la gynécologie, l'emploi de ses procédés sont d'un intérêt secondaire.

Il faut curer l'utérus, dans les cas douteux, l'indication du curage thérapeutique c'est-à-dire de l'abrasion radicale, rigoureuse de la muqueuse utérine, est fournie par les résultats du premier coup de curette explorateur. Dans les cas simples : les signes ordinaires de la métrite chronique, augmentation de volume, ménorrhagies, douleurs, dysménorrhée ex-foliatrice, etc., etc., suffisent à fixer le médecin sur la légitimité de l'intervention.

On peut juger macroscopiquement que la muqueuse est malade et que le coup de curette explorateur doit être suivi du curage par les signes suivants : si la curette ramène des lambeaux épais, charnus, polypeux, saignants, il est aisé de juger de *visu* par ces caractères microscopiques, que la muqueuse est malade et que l'abrasion totale est à faire. Puis si le microscope révèle parfois des dégénérescences scléreuses très anciennes dans une muqueuse utérine malade dont les caractères extérieurs sont peu différents d'une muqueuse normale.

CONTRE-INDICATIONS DU CURAGE DANS L'ENDOMÉTRITE

Les contre-indications opératoires doivent être toujours présentes à l'esprit du chirurgien, car c'est souvent pour les avoir négligées que l'on a vu se produire les plus graves accidents. Elles se résument en un seul précepte qui est le suivant : ne jamais pratiquer le curage quand il existe un état inflammatoire aigu de l'appareil génital. La curette a été inventée pour les processus chroniques. Elle doit servir uniquement à ce but.

Puis toutes les fois qu'il existe · 1° un état inflammatoire aigu ou subaigu de l'utérus ; 2° des lésions récentes de péri ou de paramérite il faut se garder de porter témé-
rairement une curette dans la matrice. C'est ainsi que le phlegmon des ligaments larges, la pelvi-péritonite, l'hématocèle, etc., doivent être des contre-indications formelles à l'opération.

Avant d'opérer, il est donc nécessaire d'explorer attentivement les organes génitaux : utérus, trompes, ovaires, de se bien rendre compte de leur état anatomique et de n'agir qu'autant que leur intégrité est parfaitement reconnue.

Si, d'une part, on ne doit pas pratiquer le curage lorsqu'il existe des phénomènes aigus, il existe, d'une autre part, une exception ; c'est dans l'endométrite puerpérale septique avec ou sans rétention de débris organiques. Ici l'indication dominante, c'est l'ablation des éléments putréfiés qui entretiennent et propagent l'inflammation septique. Si pour l'endométrite non puerpérale il ne faut pas curer tant qu'il y a des phénomènes aigus ; pour l'endométrite septique, suite de couches, ou d'avortement, il faut curer surtout s'il y a des phénomènes aigus, car le danger ne peut qu'augmenter.

L'état général indiquera la propagation du mal dont la nature est de se diffuser vite. Donc, il faut tarir la source de l'inflammation dès que cela est en notre pouvoir.

1° Il ne faut pas oublier que le curage est une opération qui se pratique dans un conduit naturel qui recèle toujours des agents organiques vivants, pouvant engendrer l'inflammation.

2° Il ne faut pas oublier non plus que l'on opère pour une condition morbide préétablie.

3° Il faut avoir enfin présent à l'esprit ce fait, qu'une fois dépouillée de son revêtement muqueux, la surface interne de l'utérus devient plaie et qu'elle peut s'enflammer secondairement à moins qu'elle ne soit soigneusement

protégée contre les agents phlogogènes, tant que durera sa restauration.

De là la nécessité d'un traitement antiseptique préalable et d'une prophylaxie aseptique constante jusqu'à la restauration *ad integrum* de la muqueuse utérine. Le conduit vaginal étant un réceptacle d'agents organiques vivants, pouvant produire l'inflammation, il importe avant de se livrer à un examen des organes génitaux ou à une manœuvre quelconque sur ces organes, de le débarrasser des agents pathogènes qu'il contient.

C'est pour avoir négligé ou observé d'une façon imparfaite cette précaution primordiale, que certains chirurgiens ont eu des accidents, qu'ils auraient évités sans nul doute, s'ils avaient été plus scrupuleux dans l'observation des règles de l'antisepsie moderne.

L'antisepsie préventive devra être continuée d'autant plus longtemps que les phénomènes inflammatoires de la métrite seront plus accusés.

Pour obtenir l'asepsie complète du vagin avant le curage, les irrigations chaudes de sublimé au 1000^{me} et même au 2000^{me} conviennent parfaitement. Ces injections vaginales doivent être faites deux fois par jour et elles doivent être aussi chaudes que la malade peut les supporter (45° à 50° cent.)

Outre ces irrigations, il est nécessaire d'introduire tous les jours un tampon de glycerine iodoformée à 1 pour 100.

Ce serait une illusion de croire que tout organisme vivant ou toute spore germe a disparu des tissus après l'emploi de ces procédés, mais l'expérience prouve que ces organismes ont été tout au moins modifiés et mis hors d'état de nuire.

L'eau chaude agit favorablement pour ramener à l'état de processus subaigu ou chronique, les exudats péri-métritiques.

Pendant l'opération, il faut veiller scrupuleusement à maintenir l'asepsie la plus absolue et la plus parfaite.

M. Doléris pratique une large injection antiseptique à 40^e cent. à l'aide de sa sonde dilatatrice. Le liquide qu'il emploie est une solution de sublimé au 1000^{me}, une irrigation de quelques secondes est très suffisante.

ANTISEPSIE POST-OPÉRATOIRE

Le curage ayant pour effet de dépouiller la surface interne de l'utérus de son revêtement muqueux et de produire par cela une plaie capable de s'inflammer secondairement, il importe beaucoup de protéger soigneusement cette plaie contre les agents phlogogènes tant que durera la restauration de la muqueuse utérine.

Toutes les mesures ci-dessus étant donc prises, l'opérateur ne doit pas considérer sa tâche terminée. Il lui reste à empêcher la réinfection de la plaie utérine et cela pendant une vingtaine de jours environ. On peut dire que tout le succès est dans l'observation constante d'une antiseptie soignée post-opératoire.

On remplit ce but en faisant des injections vaginales tous les deux jours. Dans l'intervalle, on laisse à demeure au fond du vagin un tampon enduit de glycérine iodoformée. Au bout de quelques jours on remplace le tampon de glycérine iodoformée par un tampon sec simplement saupoudré d'iodoforme.

Après chaque irrigation vaginale, il est bon, pour éviter tout danger d'intoxication, d'absterger le vagin à l'aide de tampons secs, portés sur des pinces à pansement.

DILATATION DE L'UTÉRUS APPLIQUÉE AU CURAGE

Le curage peut être pratiqué extemporanément sans dilatation préalable, ou bien, il peut être précédé de la dilatation, celle-ci peut se faire de deux façons : la dilatation brusque ou extemporanée ou la dilatation lente et progressive. La première variété de dilatation consiste à ouvrir le col utérin avec violence au moyen d'un dilateur, la deuxième variété s'obtient à l'aide de tige de laminaire et d'éponges préparées.

Voici comment M. Doléris prépare ses éponges et ses tiges de laminaire : il ajoute de l'iodoforme dans de l'éther jusqu'à ce que celui-ci ait acquis une couleur jaune semblable à celle de l'eau-de-vie vieille. Il met l'éponge ou la laminaire en contact avec le liquide durant un quart d'heure ou une demi-heure environ. Au bout de ce temps, il retire l'un et l'autre agent ; l'éther s'évapore rapidement, abandonnant dans toute l'épaisseur de la substance, de fines particules d'iodoforme. Ainsi préparées, ces tentes dilatatrices ne sauraient plus être regardées comme un agent dangereux, ouvrant la porte aux éléments septiques, ou les portant en elles-mêmes. Ce procédé a l'avantage de ne pas dilater les tentes et de ne leur faire rien perdre de leur dilatabilité. Les éponges préparées à la ficelle atteignent leur maximum de dilatation au bout de 8 à 10 heures, tandis que les tiges de laminaire ne l'atteignent qu'au bout de 10 à 12 heures.

Pour introduire la tente on l'enduit d'abord d'axonge sublimée au millième. Si on se sert d'une éponge, celle-ci aura été amincie à l'une de ses extrémités pour rendre plus facile sa pénétration dans le col de l'utérus. On applique une valve de Sims qui déprime la paroi postérieure du vagin, puis on saisit la lèvre antérieure du col avec une pince et on exerce sur elle une légère traction. On fait pénétrer à l'aide des doigts ou de tout autre instrument, la tente jusqu'au fond de la matrice, on l'abandonne ensuite, en ayant soin de la soutenir par un ou plusieurs tampons antiseptiques introduits dans le vagin. Ces tampons de ouate fine ou d'étoupe doivent être imbibés de glycérine iodoformée. Après un délai variable, 12, 18 et 24 heures au plus d'application, on retire la tente suivant le même procédé, qui a servi à son introduction. On introduit ensuite une nouvelle tente d'un calibre supérieur à celui de la tente précédente. Si le troisième jour, la dilatation n'est pas suffisante, ce qui est l'exception, on introduit une troisième tente. En trois jours, on peut obtenir une dilatation suffisante.

M. Doléris opère à n'importe quel moment, cependant il évite autant que possible de curer dans le cours de la menstruation ce qui n'est pas toujours aisé s'il y a métrorrhagie abondante.

OPÉRATION

La malade étant endormie, on la place dans le décubitus dorsal et on procède à l'abaissement du col de l'utérus. Ce procédé est celui de Lisfranc. On saisit de la main droite la pince à abaissement ordinaire, puis on la glisse entre l'index et le médius gauche et on saisit la lèvre antérieure du col. Lorsque le vagin est large, on fait abaisser le périnée avec une valve de Sims, on va reconnaître le col avec un ou deux doigts de la main gauche, on fixe la lèvre antérieure et on la pince avec l'instrument tenu de l'autre main. Quelquefois, c'est plus difficile et il faut placer deux valves de Sims, une en avant, l'autre en arrière, sur les commissures de la vulve; le col est au fond, et on saisit l'une ou l'autre lèvre. Pour abaisser l'utérus il faut tirer avec modération l'écartement de la vulve avec les deux valves de Sims et une traction modérée suffisent à mettre l'opérateur très à son aise. Il faut saisir la lèvre du col assez loin du bord libre, pour ne pas la déchirer et ne saisir que cette lèvre, car le pincement de la muqueuse du cul-de-sac vaginal est douloureux. Les tractions doivent être lentes et mesurées, chez les femmes qui ont eu ou ont de la paramétrite ou de la périmétrite, l'abaissement est difficile ou impossible alors il doit être proscrit. Cependant les avantages de l'abaissement de l'utérus ont de l'importance et une très grande utilité.

Le curage peut être pratiqué soit avec la curette de Récamier, soit avec celle de Simon, soit avec celle de Sims.

Il faut introduire la curette avec lenteur et prudence, elle n'exige dans aucun cas l'emploi de la force.

On introduit la curette de la main droite suivant l'axe connu du conduit utérin et on saisit de la main gauche le fond de la matrice à travers la paroi abdominale.

Lorsque la curette a pénétré dans la cavité utérine, ce qu'on reconnaît aux mouvements de circumduction qu'il devient facile de lui imprimer, on dirige l'instrument vers tous les points de la muqueuse en exécutant des mouvements de raclage, de telle sorte que toute la surface de la cavité soit abrasée. De plus il faut que la curette agisse profondément et enlève toute l'épaisseur de la muqueuse jusqu'à la couche musculaire. On est averti que la curette est arrivée au contact du tissu utérin par une sensation toute spéciale. Ce tissu, dit M. Bouilly, résiste à la lame, il sonne pour ainsi dire à chaque effort qui est fait contre lui, il donne à la main de l'opérateur une sensation de grattement, de raclage, de grincement à la façon de ces gros tendons fibreux sur lesquels on porte l'instrument. On retire l'instrument, qui ramène dans sa concavité les débris des proliférations détachées de la muqueuse s'il en existe ; on recommence cette manœuvre plusieurs fois, jusqu'à ce que la curette revienne à vide. Mais M. Bouilly recommande de ne retirer la curette qu'après avoir bien gratté partout, et avoir accompli la plus grande partie de la besogne, car à chaque nouvelle reprise, le col se rétrécit et l'introduction de l'instrument devient moins aisée. Il arrive généralement que les contractions de la totalité de l'organe amènent ce résultat. Il faut de toute nécessité faire le curage au complet, car l'expérience a prouvé qu'il suffit de laisser quelques bourgeons pour voir l'endométrite récidiver. Le curage peut être considéré comme complet, lorsque après avoir abrasé toute la surface interne de l'utérus, la curette ne ramène aucun débris. Puis on pratique l'écouvillonnage avec l'écouvillon de M. Doléris chargé de glycérine créosotée au tiers.

Puis on procède au lavage intra-utérin, pour entraîner au dehors les derniers débris de muqueuse ou de caillots contenus dans l'utérus et pour assurer l'hémostase en favorisant la contraction utérine, on pratique alors une irrigation antiseptique à 40° ou 45° à l'aide de la sonde de Doléris. Il faut employer une solution de sublimé à $\frac{1}{2000}$.

La glycérine créosotée portée dans l'utérus a pour effet de compléter la destruction de la muqueuse comme le ferait tout autre caustique. Loin de produire les hémorragies, comme le pensaient beaucoup de médecins, le curage les arrête. Au cours de l'opération on observe un écoulement de sang insignifiant.

CONCLUSIONS

1° La thérapeutique intra-utérine réalise le seul traitement logique et rationnel applicable aux lésions de la muqueuse utérine, lorsque ces lésions ont survécu à l'évolution aiguë du processus qui leur a donné naissance.

2° La thérapeutique intra-utérine veut être radicale et nécessite l'emploi d'agens destructeurs capables d'enlever jusqu'aux moindres vestiges du tissu morbide. L'expérience a montré que la destruction incomplète de la muqueuse malade est presque toujours suivie de récédive.

3° L'endométrite chronique du corps de l'utérus est une affection des plus rebelles qui ne cède qu'aux procédés de destructions.

4° Ces procédés se réduisent à deux : les caustiques, les instruments tranchants.

5° L'enseignement fourni par un nombre imposant de cas a montré largement la supériorité de la curette sur les caustiques (qu'il faut rejeter) et comme action et comme sécurité.

6° Le curage seul et le curage combiné à l'écouvillonnage sont des opérations que l'on peut pratiquer sans faire courir à la malade le moindre danger ; à condition toutefois que l'on observe le respect des contre-indications et une antisepsie rigoureuse, avant, pendant, et surtout après ces opérations ; l'action de la créosote comme caustique n'offre pas le danger des caustiques escharifiants.

7° L'écouvillonnage antiseptique peut être pratiqué seul dans toutes les formes d'endométrite surtout dans les formes légères et récentes. Cependant, dans les formes

anciennes, hémorrhagiques, végétantes, polypeuses, etc., il est préférable de recourir à la combinaison du curage et de l'écouvillonnage, les médecins pussillanimes et inexpérimentés peuvent toujours tenter l'écouvillonnage avec avantage à titre d'essai.

8° L'écouvillon gratte très également la cavité utérine, complète l'action de la curette et débarrasse totalement la surface intra-utérine des débris laissés adhérents par la curette. C'est en outre un excellent porte-topique que l'on utilise pour cautériser la surface utérine à l'aide de la créosote une fois le grattage effectué.

9° Le curage peut être considéré comme un moyen curatif parfait, des diverses formes de métrites, surtout la métrite hémorrhagique. Dans ce dernier cas en effet, il a toujours donné d'excellents résultats, alors que tous les autres moyens de traitement avaient échoué. Il est parfois nécessaire de le répéter à des intervalles plus ou moins rapprochés.

10° Le curage n'est pas seulement un moyen thérapeutique digne de tout éloge, c'est aussi un moyen explorateur souvent indispensable, car il permet d'établir un diagnostic exact et précis en fournissant un lambeau de muqueuse pathologique dont on peut faire l'examen microscopique. Le curage explorateur est aussi d'une entière innocuité; il ne provoque que des douleurs supportables et il peut se faire sans obliger la malade au repos, sans déranger aucune de ses habitudes.

11° Les premières règles qui suivent l'opération sont, presque toujours supprimées; les deuxièmes font rarement défaut.

12° Le curage loin d'entraîner la stérilité, favorise au contraire la fécondité. Sur 84 malades, dont la plus ancienne opérée remonte à deux ans et la dernière à un an, M. Doléris a relevé cinq cas de grossesses qui sont venus à sa connaissance. Et certes! à tous les points de vue le médecin (qui doit être philanthrope) devra être

satisfait du devoir accompli, en guérissant ainsi les femmes malades, les mettant en état de fournir des soldats à la patrie ; il donnera la preuve d'être un médecin consciencieux, bien plus encore que ce médecin remarquablement consciencieux qui fut un jour appelé au chevet d'une belle jeune fille qui s'était, en dansant, luxé le genou. Pour le remettre, il lui fallut manier assez longtemps la jambe et la cuisse fort blanche et fort douce, très appétissante, de la jeune personne. Il se releva en soupirant, et comme la malade lui demandait ce qu'elle lui devait pour ses soins : rien du tout, répondit-il ; et pourquoi cela ? dit-elle ; nous sommes quittés. Je vous ai redressé un membre et vous m'avez rendu la pareillé.

Chicago, avril 1898.

La nomenclature des Vins de Quinquina, est tellement étendue aujourd'hui, que le médecin se trouve embarrassé. On peut établir que pour obtenir toutes les garanties désirables, le vin de quinquina doit présenter les qualités suivantes : 1° Contenir la totalité des principes ou alcaloïdes que renferment les bonnes écorces de quinquina (principes qui manquent dans la majorité des préparations ordinaires) ; 2° Avoir pour véhicule un vin généreux, exempt de toute acidité et agréable au goût. Le QUINA-LAROCHE de PARIS tient depuis longtemps la tête des préparations de ce genre et a été honoré d'une Récompense Nationale de 16,600 francs et de SEPT MÉDAILLES D'OR. En vente dans toutes les bonnes pharmacies.

Traitement de la Tuberculose

ALIMENTATION

PAR

M. LE PROFESSEUR J. GRANCHIER

Régime.— Il ne suffit pas de connaître quels sont les meilleurs aliments, ceux qui apportent à l'organisme un maximum de force sous un petit volume et avec un faible effort de digestion et d'assimilation ; il faut savoir composer un régime, c'est-à-dire grouper ces aliments en repas coordonnés, de façon à utiliser le mieux possible, pour la nutrition, tout le temps qui n'est pas consacré au sommeil. Employer les heures du jour à de bons repas, à de bonnes digestions, et celles de la nuit à un bon sommeil, bien réparateur, tel est le programme que doit remplir un tuberculeux — quel qu'il soit — s'il veut guérir. Or, l'art de composer un régime convenable à ses fonctions digestives, et tel que, peu à peu, progressivement, le tuberculeux assiste au réveil, puis à la croissance de ses forces et en même temps de son appétit, par le fait même de l'alimentation, cet art, dis-je, est fort délicat à connaître et à exercer.

Et c'est presque toujours le secret et la condition du succès, si on le possède, de l'échec, si on l'ignore.

Je ne saurais donc trop appeler l'attention de mes confrères sur les "*petites choses*" qui vont suivre, petites choses qui sont capitales.

Prenons pour exemple un adulte de trente ans, arrivé au commencement du deuxième degré classique (troisième degré pour moi), je veux dire au ramollissement de ses tubercules. Un des sommets donne à l'examen : matité, expiration soufflante et craquements humides ; l'autre est un peu moins atteint. Les crachats contiennent des bacil-

les. Fièvre vespérale, 38 à 38°5 ; appétit médiocre ; digestions passables ; sommeil assez bon, mais avec quelques réveils et quelques sueurs ; amaigrissement de 8 ou 10 kilog. sur le poids ordinaire. Evolution assez lente ; début deux ans auparavant.

Je choisis à dessein un malade déjà bien compromis (quoi qu'on puisse encore espérer arrêter la maladie et même la faire rétrocéder) parce que je ne veux pas donner au traitement hygiénique, dont l'alimentation est le premier facteur, une tâche trop facile.

Donc, l'examen et l'interrogatoire du malade nous apprennent qu'il est atteint d'une tuberculose pulmonaire déjà avancée, que rien jusqu'ici n'a pu enrayer ; ni les médicaments qu'il a pris, et la liste en est longue, ni ceux qu'il prend actuellement, ni la suralimentation qui lui a été conseillé et qui avait paru réussir d'abord, mais ne réussit plus, ni l'aération continue de jour et de nuit.... Je suppose, on le voit, un malade qui a reçu de bons conseils et a été mis dans une bonne voie par un médecin imbu des idées modernes. Cependant, tout cela a échoué ; et depuis quelques mois surtout les forces déclinent, la fièvre reparait, l'amaigrissement fait des progrès... Que faire ?

Voici comment j'agis en pareil cas, et Dieu sait si ce cas est fréquent ! J'interroge soigneusement le malade sur l'action vraie ou supposée des médicaments qu'on lui a donnés : créosote, huile de morue, ou leurs dérivés, arsenic, antipyrétiques, etc., et sur la façon dont les supportent son estomac et son intestin. Il est rare, bien rare, que l'effet utile de ces remèdes puisse être mis en balance avec leur effet nuisible. Presque toujours, en effet, pour peu que le malade s'observe et que l'interrogatoire soit bien conduit, on arrive à cette conclusion, que tel médicament qui, d'abord, paraissait rendre service, a dû être remplacé par un autre médicament, parce que, ou il fatiguait l'estomac, ou il semblait avoir épuisé son action, et, peu à peu, tout le formulaire y a passé.

Ma conviction est si bien faite sur ce point que, si un phtisique se présente avec la physionomie morbide que je viens d'esquisser, je commence par supprimer tout médicament, quel qu'il soit. Et j'explique, au besoin, qu'au début du mal les médicaments ont pu être utiles, qu'ils le redeviendront peut-être, mais qu'actuellement il convient de suspendre toute médication, toute drogue, pour refaire l'estomac et les forces. J'explique cela à mon malade, parce que j'ai besoin de gagner sa confiance, sans critiquer, ni discréditer ce qui a été fait antérieurement. J'ai besoin de gagner sa confiance parce que je sais d'avance son désappointement, quand, espérant trouver chez un médecin nouveau, un remède nouveau, il sortira les mains vides, sans médicaments, et avec la même formule générale de suralimentation et aération. J'ai besoin de gagner sa confiance pour qu'il m'obéisse, pour qu'il comprenne que la médication doit céder le pas à l'alimentation, et que l'alimentation, pour réussir, doit être bien conduite, conduite autrement qu'il l'a fait jusque-là.

Je prie ensuite mon client de me conter sans omettre un détail, comment il se nourrit et comment il digère, quel est son premier repas du matin, puis celui du midi, le goûter, s'il goûte, et enfin le dîner. A mesure qu'il parle, je relève çà et là, par quelques questions, les oublis qu'il peut faire, et je note soigneusement, dans ma mémoire, les fautes qu'il a commises et qu'il commet chaque jour, souvent à chaque repas, et qui sont la cause de l'échec de la méthode hygiénique et de l'aggravation du mal, malgré la suralimentation prescrite. C'est qu'il ne suffit pas de *prescrire* la suralimentation, il faut la *conduire* avec tact et méthode. Et combien de malades, combien de médecins même en sont capables !

De fait, le malade que j'évoque, loin de se suralimenter, comme il le croit de bonne foi, se nourrit fort mal, tout en prenant beaucoup d'aliments, beaucoup trop même. Il digère mal successivement tous ses repas et vit ainsi,

inconsciemment, en état de mauvaise digestion habituelle qui aboutit à la dénutrition et à la fièvre. Il faut donc lui faire toucher du doigt les fautes qu'il commet sans le savoir et lui tracer, point par point sa ligne de conduite, c'est-à-dire son régime alimentaire. La chose délicate est de fixer le *régime de départ*, j'entends par là le minimum alimentaire que l'estomac puisse bien supporter et digérer facilement quand il est fatigué, surmené depuis longtemps. Mais avec quelques tâtonnement on arrive vite à le trouver. Nous en reparlerons un peu plus tard.

Disons d'abord quelles sont les fautes habituelles, les fautes communes à tous ou presque tous les repas, que commettent les malades abandonnés à eux-mêmes ou incomplètement guidés.

1° Ils abusent des boissons, je veux dire qu'il boivent trop *en mangeant* et ralentissent ainsi leur digestion, qu'ils aient ou non une dilatation ou distension de l'estomac. Outre que cette distension est fréquente chez les gens dont je parle — et c'est une raison de plus, pour eux, de boire très peu — je dis que, même si elle n'existe pas, les tuberculeux doivent boire très peu, afin d'activer, autant que possible, leur digestion. Ce n'est pas deux ou trois grands verres de liquide que doivent absorber ces malades, comme ils le font d'ordinaire, *mais un seul* et c'est encore trop, surtout si on permet une tasse de café après le déjeuner. Mieux vaut rester en deça qu'aller au delà, et je leur dis volontiers : moins vous boirez en mangeant et mieux cela vaudra. Quelques-uns se contentent, sur mon conseil, d'un verre à Bordeaux d'eau et de vin blanc, ou même d'un verre à Madère bu par petites gorgées au cours du repas. En quelques jours l'accoutumance est faite, et, chose curieuse, la soif dont se plaignent si souvent ces malades disparaît avec l'abus des boissons et même si on leur permet de boire un peu, deux ou trois heures après le repas, il n'en font rien, n'en éprouvant pas le besoin.

Ce simple fait de la suppression ou diminution considérable des boissons améliore très rapidement et accélère l'acte digestif, et j'ai vu bien des malades surpris de l'influence immédiatement bienfaisante de ce régime sec.

2° *A fortiori* la diminution des boissons est-elle utile quand on y a ajouté la suppression du vin rouge, que tant de malades croient être un aliment de force et, à ce titre, absorbent en grande quantité. Il faut insister et leur faire comprendre que l'excitation momentanée d'une boisson alcoolique n'est pas une force nouvelle, mais au contraire, et que seuls préparent la guérison les aliments qui se fixent dans les tissus, sans irriter, sans fatiguer l'estomac et sans exciter le système nerveux, qui n'est déjà que trop excitable.

L'eau pure ou mélangée d'un peu de vin blanc est, à mon avis, la meilleure boisson pour un phthisique. Je permets cependant quelquefois la bière ou le cidre, ou tout autre boisson non fermentée : le lait, le thé, si le malade en a l'expérience et m'affirme qu'il les supporte bien, mais toujours avec cette condition expresse que le liquide, quel qu'il soit, sera pris en très petite quantité.

3° Je supprime aussi, et impitoyablement, *les desserts* : gâteaux, fruits, confitures. . . et ne permets que les fruits cuits au four, au naturel, sans beurre ni sucre, et encore à titre d'exception. Nul ne saurait dire combien les choses du dessert, mélanges de matières grasses et de matières sucrées, souvent conservées trop longtemps, sont nuisibles à un estomac délicat et troublent le *travail utile* de la digestion.

4° Je supprime donc les desserts et aussi *les aliments gras*, contrairement à la thérapeutique classique qui ordonne aux tuberculeux de manger beaucoup de graisses : huile de morue, beurre, fromages, lard frit, etc. . . Si ces substances étaient bien digérées, soit, et je me conformerais quelquefois à la règle ; mais, presque toujours, elles le sont fort mal et le lait même, en boisson aux repas, ou

pris isolément, doit être dégraissé s'il est trop riche en beurre ; sinon, il est mal toléré. La seule matière grasse vraiment assimilable sans fatigue est le jaune d'œuf dont on ne peut abuser, et qui, associé au lait et au sucre (ce dernier en petite quantité), permet de compléter le repas par un entremêt excellent, qu'on peut varier à volonté. Pour moi, les matières hydrocarbonées contenues dans les céréales, les édulcorants, les pâtes d'Italie bien cuites suffisent, avec l'albumine de la viande et les œufs, à toute l'alimentation d'un phthisique et je ne permets les corps gras qu'exceptionnellement, et si je suis sûr, absolument sûr, qu'ils sont bien tolérés... ! Et encore !

Le but que je poursuis et conseille de poursuivre, en effet, n'est pas, tant s'en faut, l'*engraissement* de mon malade. Ce que je veux, c'est qu'il reconquière ses forces, toutes ses forces, et son point normal... avec quelques livres en plus ; et c'est tout. Bien souvent il m'arrive de dire à un tuberculeux, à sa surprise : maintenant, c'est assez ! tenez-vous à ce poids, n'engraissez plus et, au besoin, diminuez votre nourriture, les féculents ou le pain surtout.

Convaincus qu'il faut beaucoup manger et beaucoup engraisser, certains tuberculeux, en effet, dépassent la mesure, et partis d'un poids initial de 60 kil., (70 kil. étant leur poids normal), non seulement ils atteignent celui-ci, mais le dépassent largement et deviennent obèses avec 80, 90 kil. et plus. Or, ceci a des inconvénients sérieux, et, quoique le malade dont je parle ne soit pas celui dont j'ai signalé la *fragilité* en citant M. Debove, à propos de la suralimentation, quoique ce malade-ci ait engraisé lentement et avec une assimilation plus solide que le malade soumis à l'alimentation forcée et rapide de M. Debove, cependant son obésité lui est nuisible. Elle provoque, en effet, et entretient surtout un état congestif passif des bronches et du poumon qui se traduit par des poussées de râles abondants et fins autour des foyers tuber-

culeux, ou loin d'eux, aux bases, en arrière surtout. La dyspnée continue ou intermittente, la dilatation cardiaque et les troubles vasculaires périphériques sont les conséquences accoutumées de ces œdèmes ou congestions pulmonaires dont la surcharge adipeuse du cœur est la cause première.

A elle seule, et en dehors de toute tare tuberculeuse, l'obésité suffit à déterminer une forme particulière de bronchite diffuse à type congestif, avec ou sans accès d'asthme, bronchite tenace qui résiste à tous les agents thérapeutiques, à toutes les médications, sauf au régime spécial qui convient aux obèses et les ramène au poids normal. Alors, peu à peu, les râles fins des deux régions moyennes postérieures, ou des deux bases, lieux de prédilection des foyers pathologiques, disparaissent avec les autres troubles cardio-pulmonaires, leur cortège habituel ; suffocations, angoisses, sueurs, insomnies, bouffées de chaleur au visage, etc. . . D'autres fois, c'est à un seul poumon et même au sommet que se localisent les bruits pathologiques, si bien qu'il faut une grande attention pour éviter une erreur de diagnostic et ne pas confondre cette *bronchite des obèses* avec la bronchite tuberculeuse.

J'ai eu récemment l'occasion de soigner plusieurs cas de ces bronchites indemnes de tuberculose et relevant exclusivement du régime alimentaire. Elles guérirent quand les malades eurent perdu jusqu'à vingt et trente kilogs de leur poids et furent revenus progressivement à leur état normal.

Mais il arrive aussi que l'obésité provoque, autour de foyers tuberculeux, des troubles locaux de circulation : œdèmes et congestions, qui compliquent et aggravent la situation des malades.

Il convient donc de recommander aux tuberculeux *de ne pas trop engraisser*. Qu'ils atteignent par une alimentation surtout azotée, leur poids normal, je veux dire celui qu'ils avaient avant le début du mal, et qui doit, sauf

exception, se rapprocher en kilog de décimales de leur taille. Qu'ils y ajoutent deux ou trois kilog., je le veux bien, mais c'est tout. Depuis longtemps, je me suis imposé cette règle et j'arrête les malades à cette limite. Ils s'en trouvent fort bien. Car, je ne saurais trop le répéter, le but n'est pas l'augmentation de *poids* et de *graisse*, mais l'augmentation de *forces*.

Pour en revenir aux aliments gras, j'ai vu, comme tous les médecins, l'aliment-médicament type, l'huile de morue, prise à haute dose, produire de très bons résultats. Mais, outre que la dose efficace minima pour un adulte est de 8 à 10 cuillères à soupe qui sont rarement bien supportées, l'huile de morue et ses dérivés agissent surtout sous les formes torpides de la tuberculose, sur les scrofules ganglionnaires ou osseuses, particulièrement, et j'ajoute sur les enfants.

Mais j'ai vu bien plus souvent l'huile de foie de morue inutile, parce que la dose bien tolérée : une ou deux cuillères à soupe, ne sert à rien ou à peu près ; nuisible, parce que cette même dose ou, *a fortiori*, une dose plus haute, mal digérée, trouble et détraque l'estomac au grand dommage du malade. Mais ces trois termes : scrofule, tuberculose et huile de morue ont été si longtemps et si intimement liés qu'il est difficile de les détacher l'un de l'autre, même incomplètement ; je vois donc bien souvent des malades à qui l'huile de morue, prise à petite dose, ne rend aucun service, au contraire.

J'en dis autant, du reste, de tous les médicaments, quels qu'ils soient. Si l'estomac du tuberculeux les supporte mal, ils doivent être écartés aussitôt. C'est parce que les infractions à cette règle sont si communes qu'on voit si souvent échouer le *traitement hygiénique*. Celui-ci doit être considéré, non pas comme une part de la thérapeutique dans la tuberculose, mais comme *toute* la thérapeutique, et il faut tout lui sacrifier, même et surtout le goût et l'opinion du malade qui, d'ordinaire, se préoccupe

de sa toux ou de tel incident sans importance beaucoup plus que de l'état de ses forces et de sa nutrition.

Outre les fautes de régime *communes* à tous les repas et qui sont : l'abus des liquides, des boissons fermentées, des sucres et des graisses, il y a des fautes *spéciales*, en ce sens qu'ici l'erreur de régime appartient presque, si je puis dire, à chaque repas en particulier, parce que les traditions, la coutume en ont ainsi décidé et que ni le malade, ni le médecin, n'ont su réagir et corriger ce que cette tradition, cette coutume ont de défectueux *pour un tuberculeux*.

Le petit déjeuner du matin, par exemple, est rarement ce qu'il doit être pour un de nos malades. Ou il est trop léger, trop peu substantiel (c'est une petite tasse de thé ou de lait, parce que le malade se lève sans appétit), ou, au contraire, il est trop abondant, trop copieux, parce que le médecin ayant dit qu'il fallait manger beaucoup, le malade commence dès le matin. Il mange beaucoup, en effet, mais le plus souvent, livré à lui-même, il mange *mal*. C'est un grand bol de lait ou de café au lait, ou de chocolat, avec pain et beurre. Le tout atteignant ou dépassant 7 à 800 gr. C'est beaucoup trop en quantité et en poids d'autant que les digestions successives de la veille ayant été médiocres ou mauvaises, l'estomac, au réveil, est fort mal préparé à recevoir un gros repas. Et encore, je ne parle pas des malades qui, toujours pour obéir à l'indication mal comprise de la suralimentation, ingurgitent, dès la première heure, plusieurs bols, une soupière d'un mets national : soupe au pain au aux choux ou même au vin.

A tous il arrive nécessairement que, mal commencé, la journée se continue et finit mal. Et c'est pis encore si, comme le font quelques-uns, on ajoute à ce premier repas du matin, déjà trop copieux et mal choisi, un second repas, deux heures après le premier, alors que la digestion de celui-ci n'est pas achevée, tant s'en faut. Comment dans

ces conditions fâcheuses, peut être accepté et digéré le repas de midi ? Fort mal assurément, et c'est le résultat habituel de cette faute commise au repas du matin.

Je veille attentivement, pour ma part, à ce premier repas et je prescris à mes malades de le faire substantiel sous un petit volume. Le plus souvent je donne la préférence aux œufs crus ou peu cuits. Deux œufs, sans pain, et une petite tasse de café, de café au lait ou de thé, voilà ce que je choisis ; ou encore un peu de viande froide, jambon ou poulet. Si ce repas est fait à huit heures, cela suffit et mon malade attend ainsi le deuxième déjeuner, vers 11 h. $\frac{1}{2}$, midi. Si la nuit a été bonne, ou mieux, si d'ordinaire les nuits sont bonnes, le sommeil profond, ininterrompu, de sept ou huit heures, ce qui, pour moi, est un bon signe d'une digestion convenable des repas de la veille, j'ordonne de commencer l'alimentation à sept heures du matin, par le petit repas que je viens d'indiquer, et trois heures après, à 10 heures, j'ajoute très volontiers une cuillère à soupe de pulpe de viande dans une tasse à café de bouillon froid, et le repas de midi est reporté, s'il le faut, à midi et demi.

Ce qui importe, c'est que le tuberculeux, ayant été bien nourri pendant la matinée, mais sans surcharge, sans fatigue de son estomac, arrive à l'heure du principal repas, dispos, en appétit, bien préparé en somme à une nouvelle, forte et bonne digestion.

Le malade que j'ai supposé en traitement avec fièvre vespérale de 38° , $38^{\circ} \frac{1}{2}$ a, d'ordinaire, peu d'appétit au repas de midi ; et surtout si, comme il arrive souvent, la fièvre s'allume vers deux ou trois heures ou même atteint son maximum à ce moment, il convient de respecter dans une certaine mesure, ce dégoût des aliments. Loin donc d'ordonner un repas complet à midi, je me contente, pour ce fébricitant, d'un petit repas léger, composé par exemple d'un œuf ou d'un peu de viande rôtie ou mieux encore d'une cuillère à soupe de pulpe de viande dans un peu de purée

de pomme de terre. Mieux vaut, le soir, quand la fièvre commence à tomber, alimenter un peu plus fortement et intervenir ainsi l'ordre des repas principaux en reportant au dîner ce qui, d'ordinaire, est attribué au déjeuner de midi.

Celui-ci, par tradition, par accoutumance de l'estomac, est regardé un peu partout comme le repas capital de la journée, et si la fièvre est nulle ou très modérée il n'y a que bénéfice à garder cette habitude et à renforcer le repas de midi. C'est ce qu'il faut faire le plus souvent, dès qu'on le peut, mais non toujours ; et, à mon avis, le meilleur guide du repas du midi, c'est l'état pyrétique ou non de l'après-midi. Il m'est arrivé bien souvent de voir tomber en quelques jours la fièvre vespérale en associant le repos absolu au lit et une diète relative à midi. Alors, il est loisible de reprendre et d'augmenter progressivement l'alimentation et de rendre ainsi au repas de midi le premier rang. Mais il ne faut le faire que lentement et thermomètre en main, car l'expérience me paraît en faveur de cette opinion, que la fièvre vespérale est souvent provoquée, entretenue ou accrue par une mauvaise digestion, c'est-à-dire par une alimentation mal conduite.

Ici se pose un des problèmes les plus difficiles et les plus délicats de cette thérapeutique de la tuberculose par l'alimentation. Faut-il nourrir quand même et suralimenter les tuberculeux fébricitants ? ou vaut-il mieux les mettre à la diète, et quelle diète alors leur convient ? Il est de règle, quand un tuberculeux a une fièvre durable, par exemple $37^{\circ}5$, $37^{\circ}6$ le matin et $38^{\circ}5$ le soir, de diminuer sa nourriture, et, de fait, quand on croit pouvoir attribuer à une digestion ou à une série de digestions laborieuses une part ou la totalité de l'élévation thermique, mieux vaut commencer en essayant la diète pendant quelques jours. J'entends une diète qui ne fatiguera plus l'estomac et le laissera se reposer sans débilitier le malade. Volontiers je prescriis, quand je veux donner un régime d'épreuve et

de repos, toutes les trois heures, une alimentation composée ainsi : à 7 heures du matin une petite tasse de lait, à 10 heures un œuf, à 1 heure une cuillère de pulpe de viande dans un peu de bouillon, à 4 heures une tasse de lait, à 7 heures une deuxième cuillère de pulpe de viande, à 10 heures un œuf. Le tout sans pain et sans aucune addition de quoi que ce soit.

Sauf dans les cas où la maladie est très avancée ou a pris une forme infectieuse, ou encore, quand l'estomac est ruiné entièrement, la fièvre ne tarde pas à diminuer, et, peu à peu, à disparaître. Quelques fois même l'appétit, à mesure que la fièvre s'éloigne, se relève vivement. Il convient alors de reprendre progressivement, le thermomètre en main, la suralimentation et d'atteindre, aussi vite que possible, la double ration que je demande pour le tuberculeux : ration d'entretien et ration de guérison.

Toutefois, si malgré ce régime ou cette diète d'épreuve la fièvre persiste, que faut-il faire ? Maintenir cette diète ? Mais on risque de laisser le malade s'affaiblir et devenir une proie sans défense à l'infection bacillaire. Essayer d'un diète encore plus sévère ? Mais le danger, en cas d'échec, est encore aggravé, et le malade, que rien ne soutient, fond à vue d'œil.

Il ne faudra donc se résigner à diminuer l'alimentation que si on y est forcé par le dégoût invincible du malade, par la fièvre croissante, ou par les vomissements. Mieux vaut, à mon avis, quand le régime d'épreuve et de repos a échoué, reprendre l'alimentation et la pousser autant qu'on le peut. Certes, on ne réussira pas toujours, mais on réussira quelquefois à triompher même de la fièvre et par surcroît de la tuberculose. C'est après tout, au point où je suppose que le malade est arrivé, le seul espoir de salut qui lui reste.

Si le tuberculeux, contrairement à l'hypothèse que je viens de faire, n'a pas de fièvre et se sent un peu d'appétit après son ou ses deux petits repas du matin, il faut

renforcer le repas du midi. J'entends qu'outre le repas ordinaire, que je suppose composé d'œufs ou de poisson, d'un ou deux plats de viande et d'un plat de légumes, le tuberculeux doit, *en supplément*, prendre au cours de chaque repas une cuillère à soupe de viande pulvée.

Deux cuillères à soupe de viande en vingt-quatre heures et deux œufs en plus de la nourriture ordinaire ou ration d'entretien c'est ce que j'appelle *la ration de guérison*. Et cela suffit. Mieux vaut cette suralimentation légère, modérée, mais durable, mais constante, que l'alimentation forcée.

Le repas de midi est-il bien et vite digéré, le malade s'en rend compte à ce signe que vers quatre heures un petit goûter est pris avec plaisir. Ce sera le plus souvent une tasse de lait. Mais, pour peu que ce repas supplémentaire répugne, n'insistez pas. Mieux vaut attendre l'heure du dîner et commencer ce dernier repas avec une digestion complète du repas de midi, car il s'agit de se nourrir, mais aussi de se préparer une bonne nuit de sommeil. Or, celle-ci est gouvernée, sans doute, par les digestions de tous les repas de la journée, mais surtout par celle du dîner.

Dans ce but, le dîner sera surveillé rigoureusement ; on écartera toutes les viandes faisandées, tous les plats à sauce, etc., et, outre le choix sévère des aliments, le tuberculeux mangera relativement peu : pas de potage, un plat de viande, du poulet rôti de préférence, un plat de légumes féculents et une cuillère de pulpe de viande. C'est une faute bien commune, surtout à Paris et dans les grandes villes, que le dîner copieux. Pour un malade dyspeptique, c'est une faute grave qui, non seulement trouble le sommeil, mais prépare un mauvais lendemain. Car, non seulement les repas sont solidaires en ce sens que la bonne digestion d'un repas précédent, mais les jours qui se suivent sont également solidaires l'un de l'autre. Pour bien digérer demain, il faut manger peu ce soir et bien dormir.

Au total, c'est surtout le premier déjeuner et le dîner que le médecin doit surveiller, et le plus souvent en augmentant le premier et en diminuant le second. Le point délicat — je l'ai dit au cours de cette leçon, mais j'y reviens — c'est de savoir battre en retraite quand la suralimentation, mal conduite, ne donne pas les résultats espérés, et de tout recommencer en partant d'une diète plus ou moins sévère.

Il ne faut pas craindre de perdre quelques jours, quelques semaines même. C'est du temps gagné si l'estomac se repose et prend une vigueur nouvelle, si l'appétit renaît franchement.

Les circonstances imposent assez souvent, du reste, ces temps de repos, ces interruptions de la cure alimentaire. Qu'il survienne une hémoptysie un peu importante par exemple, et le repos au lit, la demi-diète sont choses obligatoires, au moins pendant quelques jours. De même, à l'époque des règles il arrive assez souvent que des troubles cardio-pulmonaires, à tendance congestive, force la malade à ralentir sa nutrition. Ou, plus simplement encore, des tuberculeux, non encore accoutumés, se fatiguent de la double ration et il devient très utile de leur laisser, chaque mois, quelques jours de trêve pendant lesquels les fonctions digestives reprennent élasticité et puissance.

Et c'est surtout quand les malades quittent un climat froid pour un pays ensoleillé que le régime de la suralimentation doit être surveillé et diminué, modéré jusqu'à l'acclimatement. Sinon, on peut, à bon droit, redouter des accidents d'embarras gastrique aigu ou subaigu avec hypertrophie du foie, fièvre, etc., et ce ne sera pas trop de la diète lactée pour réparer la faute commise. Mieux vaut ne pas la commettre et cela regarde les médecins qui exercent dans le sud de la France, en Algérie ou dans toute autre station climatérique fréquentée par les tuberculeux.

Les médecins de sanatoria ont une autre tâche au

moins aussi difficile quand ils ne sont pas les maîtres, et qu'ils ont à conter avec une administration, c'est-à-dire avec des intérêts qui ne sont pas toujours compatibles avec les exigences de tant d'estomacs divers. L'écueil, ici, est dans l'uniformité et la médiocrité de l'alimentation, plutôt surabondante, mais peu variée et peu délicate. Certes beaucoup s'en contentent, et, après une courte période d'entraînement, suivent avec succès le régime commun. Je ne veux donc pas médire des sanatoria qui ont fait et font chaque jour beaucoup de bien, mais j'avoue ma préférence pour le traitement à domicile, si le malade est assez intelligent et assez discipliné pour devenir mon collaborateur dans sa cure, et m'obéir.

Il est vrai que beaucoup ne réalisent pas ces conditions et ont besoin d'une *règle* supérieure à leur volonté. Mieux vaut pour eux le sanatorium.

Ici ou là, comment agit la suralimentation conduite avec succès jusqu'à la guérison ? Elle agit, comme il est facile au lecteur de ces leçons de le prévoir : *lentement et indirectement*. Au grand étonnement du malade, les lésions pulmonaires ne rétrocedent pas immédiatement, il s'en faut ; et déjà, depuis longtemps, l'embonpoint et le poids normal ont reparu sans que la *guérison locale* ait fait un pas. D'ordinaire même le médecin assiste pendant les premiers mois à ce paradoxe thérapeutique : *l'état général s'améliore et l'état local s'aggrave !*

Ce n'est que longtemps après le retour des forces que les lésions pulmonaires s'arrêtent d'abord, puis restent stationnaires, et enfin rétrocedent lentement.

Rien ne démontre mieux la prépondérance, la prépondérance même de la nutrition dans la victoire de l'organisme sur le bacille tuberculeux.

REPRODUCTION

Suppurations cutanées (pyodermies)

I. IMPETIGO. — II. IMPETIGO HERPÉTIFORME. — III. ECTHYMA. —
 RUPIA. ERYTHRASMA.

PAR

M. LE DOCTEUR GAUCHER

Les microbes pyogènes, quand ils s'attaquent à la peau y produisent trois sortes d'affections : l'*impetigo*, l'*ecthyma*, le *rupia*.

Ces deux dernières sont des variétés d'une même affection.

Toutes trois sont constituées par la même lésion élémentaire, par une pustule. Si la pustule est une vésicule purulente superficielle, il s'agit d'*impetigo* ; si elle est viscule purulente profonde, il s'agit d'*ecthyma* et si la lésion élémentaire, au lieu d'être une vésicule, est plus grosse, est une bulle, elle constituera le *rupia*.

Avec une vésicule purulente profonde, on a l'*ecthyma*, avec une bulle purulente, on a le *rupia*. L'*ecthyma* et le *rupia* ne diffèrent que par la dimension de la lésion élémentaire ; ces deux affections peuvent donc être étudiées ensemble, étant de même nature.

Et les anciens, sans connaître les causes, avaient très bien distingué ces deux sortes de pustules ; les *pustules psydraciées* et les *pustules phlysiées*.

Les premières superficielles, exclusivement épidermiques, ne s'accompagnent ni d'induration de la base, ni d'inflammation périphérique ; à leur suite, elles ne laissent pas de cicatrice.

Les pustules phlysiées, au contraire, siègent dans le corps papillaire, dans le derme ; leur base est indurée ; un cercle érythémateux inflammatoire plus ou moins prononcé les entoure ; une cicatrice souvent indélébile subsiste après leur disparition.

Le type de la pustule phlysiée est la pustule d'*ecthyma*. Mais, sachez que les pustules de la variole, celles de la vaccine, celles de l'acné pustuleuse, celles du sycosis, sont aussi des pustules phlysiées. Bien entendu, nous n'étudierons qu'un type

qui est du domaine de la pathologie cutanée : celui de l'ecthyma.

L'impetigo et l'ecthyma ont tous deux une origine microbienne. D'où viennent entre ces deux modes de suppuration de la peau les différences de formes et d'évolution ?

Elles peuvent tenir à la différence de profondeur dans l'inoculation : à une inoculation épidermique répondrait l'impetigo et à une inoculation dermique, l'ecthyma.

La nature du microbe a sûrement son influence ; mais ici règnent l'incertitude et le désaccord.

Pour amener l'impetigo, il faut un staphylocoque. Cela semble certain, du consentement général. Bien que M. Balzer, dans un travail récent, ait mis en cause le streptocoque, mon opinion, à ce sujet, est l'opinion commune.

Mais quel microbe trouve-t-on comme producteur de l'ecthyma ? On a rencontré dans l'ecthyma des streptocoques, des staphylocoques ; on y a rencontré des cocci isolés, ni en chaînettes, ni en amas. Et personne ne sait si c'est un microbe ou une association de microbes qui agit.

L'impetigo et l'ecthyma sont inoculables : c'est certain. La clinique, depuis longtemps a démontré l'inoculabilité de l'impetigo. Devergie, bien avant les Anglais, avait solidement établi ce point que l'impetigo est inoculable et auto-inoculable. Si un enfant ayant d'abord deux ou trois pustules d'impetigo en présente ensuite plusieurs sur le corps, c'est qu'il y a eu auto-inoculation.

Et c'est par inoculation que les nourrices, les femmes qui embrassent les enfants, gagnent les pustules impétigineuses ; c'est par suite d'inoculations successives que sont successivement frappés les enfants d'une même famille, d'une même école. Tous ces faits étaient connus, avant toute bactériologie.

Pour l'ecthyma, l'inoculation, l'auto-inoculation existent également. L'enfant en se grattant, s'inocule son mal en des régions non infectées. Et, hier même, j'ai vu un homme porteur d'ecthyma sur les jambes, qui avait inoculé trois pustules à sa femme. — L'inoculation volontaire a été tentée par Vidal qui a, sur des sujets parfaitement sains, obtenu des résultats positifs.

Un point important à signaler c'est qu'il faut, pour réussir l'inoculation, inoculer le pus tout entier. C'est le pus dans son entier, dans toute son intégrité, qui, seul, est inoculable. Jamais, avec les cultures des différents microbes trouvés dans ce pus, on n'a obtenu le moindre résultat.

Après ces généralités, je dois vous décrire en particulier, chacune des affections auxquelles elles s'appliquent.

L'impetigo est une affection commune. C'est la *gourme* des enfants. Les enfants sont atteints parfois après quelques prodromes : troubles gastriques, malaise général, voire même un peu de fièvre. Ces prodromes, toujours banaux, manquent le plus souvent et c'est en plein état de santé que surgit le mal. Il débute par une rougeur, comme toute lésion élémentaire de la peau. Mais cette rougeur est éphémère ; toujours très vite, parfois immédiatement apparaît une vésicule. Et cette vésicule, à son tour, devient très rapidement purulente : elle peut l'être d'emblée.

Dans la variole, on voit se succéder les différentes phases : rougeur, saillie conoïde, sérosité dans la vésicule, puis globules du pus dans la sérosité. Au contraire, dès le premier jour, la vésicule de l'impetigo contient du pus.

Elle est de volume variable, généralement petite, de la grosseur d'un grain de chenevis à celle d'un pois, très rarement plus considérable. A sa périphérie, vous voyez peu ou pas de rougeur, un cercle érythémateux très étroit ; à sa base, vous ne sentez aucune induration : n'est-elle pas, en effet, exclusivement épidermique ?

Les vésico-pustules de l'impetigo restent éparses (*impetigo sparsa* des anciens) — ou — nées l'une près de l'autre, elles se réunissent en plaques (*impetigo figurata*). Et quand ces pustules sont formées, on voit que, spontanément ou par grattage, dans tous les cas d'une façon précoce, leur coque épidermique se rompt ou est rompue, et qu'alors, elles laissent s'échapper une " humeur " jaunâtre, c'est-à-dire un liquide séro-purulent qui se concrète en croûtes.

Les croûtes de l'impetigo sont caractéristiques : leur aspect, à lui seul, permet le diagnostic. Elles sont melliformes (Alibert) : elles font songer à de la marmalade d'abricots (Bazin) ; on dit encore qu'elles sont flavescents. Alibert avait donné à la maladie le nom de *mellitagre*. — Quand les croûtes sont souillées par des poussières, elles sont verdâtres ; parfois elles ont cette couleur, sans être salies par les poussières, à cause de la présence de quelque microbe chromogène. C'est l'*impetigo musciformis* (semblable à de la mousse) d'Alibert. — Surtout chez les enfants qui arrachent leurs croûtes et se font saigner, les croûtes sont noirâtres, offrant un aspect que les anciens désignaient par le nom d'*impetigo nigricans*.

Les croûtes sont plus ou moins épaisses. Elles peuvent s'étendre au delà des vésicules, à la surface de la peau en coulées, comme des stalactites (*impetigo procumbens*).

Quelle que soit leur forme, elles sont toujours fragiles. Exceptionnellement, elles sont plus épaisses, plus adhérentes que normalement : c'est l'*impetigo scabida* qui forme transition entre l'*impetigo* et l'ecthyma.

Elles tombent très facilement, laissant à nu une surface suintante sur laquelle se reproduit une croûte qui tombe comme la première pour être remplacée par une troisième. Après plusieurs de ces alternatives, il semble que le terrain s'épuise : le suintement se tarit, les croûtes ne se forment plus et quand les dernières sont tombées, elles laissent voir une surface sans cicatrices, sans perte de substance, dont la légère rougeur finit par s'effacer, plus ou moins vite. — Si, en certains cas, on trouve des cicatrices, c'est que l'enfant s'est gratté, a excorié la peau — ces cicatrices sont traumatiques ; elles n'appartiennent pas à la maladie en elle-même.

La durée de la maladie est de quinze jours à un mois. Cela s'entend d'un *impetigo* qui se composerait d'une poussée en un seul point. Mais, par suite d'auto inoculations en des régions proches ou éloignées de la première atteinte, la maladie se prolonge sans terme fixe.

Quelles sont les régions qui sont envahies ? Théoriquement, puisque l'origine du mal est une inoculation épidermique, toutes les parties du corps devraient être également atteintes. Or, les membres le sont rarement, le tronc jamais ; le siège de prédilection du mal, c'est la face et le cuir chevelu. Et ces deux localisations offrent chacune quelques caractères particuliers.

A la face, les pustules sont isolées, parfois. D'ordinaire, surtout chez les enfants, l'*impetigo* est confluent, sous forme d'un masque appliqué sur le visage (*impetigo larvalis*), cachant le front, les joues, le menton, laissant libre le nez et les yeux. Le nez et les yeux sont indemnes. Entendons-nous : je ne veux pas dire qu'ils sont indemnes de lésions pyogéniques, mais indemnes de lésions pyogéniques. Ce masque croûteux se craquèle, se fissure dans les mouvements des muscles de la face et le malade pleure, crie, et ces pleurs, ces cris augmentent les craquements ; la situation devient sérieuse par la gêne apportée à l'alimentation, par l'insomnie que crée la douleur, — sans compter les inconvénients du grattage : pertes de substance et cicatrices futures.

L'*impetigo* du cuir chevelu est fréquent. Vous l'avez vu en

plaques étendues, mais l'*impetigo figurata* n'est pas la règle ; c'est l'*impetigo sparsa* qui est le plus commun. Les cheveux, malgré la maladie, continuent à pousser et soulèvent les croûtes faciles à détacher de la surface lésée. Ces croûtes restent collées aux cheveux ; elle font souger à une tête souillée de mortier (*impetigo granulata*.)

Cet impetigo est commun avec la phtiriasse. Jadis, on a beaucoup discuté pour savoir qui, des poux ou de l'impetigo commençait. Il n'y a plus de doute : le pou commence. L'enfant pouilleux se gratte avec ses doigts sales et s'inocule les microbes pyogènes. Les croûtes sont épaisses : excellent abri pour les insectes et leurs œufs. Soulevez la croûte chez l'enfant, même chez l'adolescent, les poux sont sous elle comme les fourmis dans une fourmilière. Et dans ces cas, l'inflammation peut envahir les follicules pileux, même détruire le bulbe et amener la formation de plaques d'alopécie transitoire, parfois d'alopécie définitive.

La présence de l'impetigo sur la face et le cuir chevelu, régions riches ou lymphatiques, n'est pas sans avoir quelques conséquences. Les lymphatiques ressentent aisément les effets de cette suppuration superficielle. Les ganglions cervicaux latéraux, même les ganglions sous-maxillaires augmentent de volume ; ils peuvent suppurer. D'autre part, les diverses couches du cuir chevelu sont susceptibles d'être envahies : il en résulte des abcès sous-cutanés qui suppurent et que tous les praticiens sont amenés à ouvrir.

La coexistence d'autres suppurations a été reconnu avant qu'on eût établi l'origine microbienne du mal. La coexistence de suppurations spéciales : tourniole, coryza, conjonctivite, a été découverte, il y a dix ans, par un médecin de province, le Dr Chaumier. La tourniole est un petit panaris superficiel sous épidermique autour de l'ongle : l'enfant s'est inoculé par le grattage et avec sa tourniole s'inoculera en d'autres endroits. Autour du nez, dans le nez existent des lésions suppuratives : d'où un coryza spécial et des croûtes. La conjonctive peut être ulcérée et des troubles de nutrition de l'œil s'en suivre.

Enfin, la muqueuse de la bouche peut être atteinte. MM. Sevestre et Gastou ont décrit une *stomatite impétigineuse* à plaques blanches facilement exulcéreuses, avec staphylocoques.

Le *diagnostic* de l'impetigo est généralement facile.

On ne le confondra pas avec l'*eczéma*, même quand l'*eczéma* est compliqué par lui. La lésion élémentaire de l'*eczéma* est une

vésicule et non une pustule ; le suintement des parties malades est grisâtre, non purulent ; il existe de la démangeaison ; la peau s'apaisit ; enfin, l'eczéma aigu n'est qu'une poussée aiguë au cours d'un état subaigu ou le début aigu d'une maladie chronique. Il arrive que l'eczéma est infecté par les staphylocoques de l'impetigo. Vous voyez alors un suintement jaunâtre, des croûtes melliformes, mais, vous reconnaissez aisément que vous êtes en présence d'une infection secondaire. La peau est plus indurée, la rougeur périphérique inflammatoire plus marquée que dans l'impetigo seul et, par des soins de propreté, ayant guéri l'impetigo, vous retrouverez l'eczéma, seul, avec sa durée indéfinie.

Deux mots seulement pour le diagnostic différentiel de l'*impetigo* et de l'*ecthyma*. L'*ecthyma* possède des pustules profondes, indurées, saillantes, à base dure, avec aréole inflammatoire. L'*impetigo* en général, est confluent ; l'*ecthyma* est isolé. Les croûtes de l'*impetigo* sont melliformes, même quand elles présentent une certaine noirceur ; celles de l'*ecthyma* sont noires, plus épaisses, plus adhérentes.

En vous parlant des tuberculoses cutanées, je vous ai dit que la *tuberculose pustulo-ulcéreuse* ressemblait à l'*impetigo sparsa*. Les pustules de la tuberculose sont plus profondes ; elles laissent une ulcération persistante, même sans excoriation ; au contraire, dans l'*impetigo* une excoriation est nécessaire pour qu'il y ait ulcération. Et, si vous le voulez, vous pouvez faire des inoculations expérimentales. Vous ne trouverez pas de bacille de Koch dans la tuberculose, pustulo ulcéreuse, mais le pus entier, inoculé chez le cobaye, donnera une tuberculose à évolution lente.

Autour du nez et de la bouche, siègent les croûtes d'*herpès*. Les vésicules de l'*herpès* peuvent s'infecter et devenir des vésicopustules. Mais les croûtes de l'*herpès* tombent aisément sans laisser à nu une surface suintante. L'*herpès* a une évolution cyclique qui ne rappelle en rien celle de l'*impetigo*. Enfin le siège de l'*herpès* est para-muqueux ; il est fixé aux orifices du nez, de la bouche, et non à la joue, au front.

Confondra-t-on l'*impetigo* et le *sycosis* ?

Parfois, sur le *sycosis* existent des croûtes. Elles occupent la barbe ; elles se voient donc chez les hommes adultes et non chez les enfants. D'ailleurs, la lésion du *sycosis* n'est point superficielle ; elle atteint le follicule pileux ; elle donne lieu à des noyaux pustuleux, plus ou moins indurés. La pustule du *sycosis* est une pustule phlysacée : cela différencie les deux maladies.

Les cas de *favus urcéolaire* avec ses godets disséminés et isolés ne vous égareront pas, pas plus que ceux du *favus scutiforme* avec ses croûtes jaunâtres qui deviennent sèches, pulvérulentes. Vous apporterez cependant attention à ce que l'enfant, en grattant son favus, peut l'avoir compliqué d'un impetigo. En tous cas, le microscope vous renseignera sur l'existence du mycelium et des spores du parasite du favus — l'*achorium de Schœnlein*. Enfin, quand le favus est guéri, vous affirmez qu'ils s'est agi de favus quand vous voyez des cicatrices rouges, indélébiles. Les cicatrices de l'impetigo, ne résultant que du grattage, sont banales et d'ailleurs rares.

Certaines *syphilides pustulo-crustacées* peuvent prêter à confusion. La syphilide pustuleuse suivie de croûtes, ressemble, en général, à l'ecthyma, mais il y a des syphilides pustuleuses, à petits éléments qui en imposent pour de l'impetigo. Les pustules de la syphilis petites, isolées, superficielles sont plus profondes que celles de l'impetigo ; elles sont plus isolées et quand elles sont groupées, elles le sont en cercles, en demi-cercles, disposition si commune dans la syphilis. Leur croûte est plus dure que la croûte impetigineuse et quand elle tombe, ce n'est pas une surface rouge, sans caractère, que l'on voit : c'est une plaque pigmentée dont la coloration diminue de la périphérie au centre.

Etiologie.— Cette inoculation pyogène qui commence l'impetigo ne prend pas également bien chez tous les sujets. Elle prend surtout chez les enfants ; particulièrement les enfants sales, misérables, mal tenus. L'âge est une première condition étiologique ; la malpropreté une autre. La persistance du mal tient au défaut de soin ; elle tient aussi, il faut le dire, au préjugé qui veut que guérir la gourme, c'est vouloir la remplacer par d'autres maladies bien plus graves. Aussi est-ce dans les campagnes qu'ils est plus fréquent de rencontrer ces impetigos avec croûtes épaisses qui laissent des cicatrices à la peau et des plaques d'alopecie au cuir chevelu. La constitution n'est pas indifférente ; les enfants sont des lymphatiques plus que les adultes : voilà pourquoi ils sont frappés en plus grand nombre. Ce sont les sujets lymphatiques qui sont les plus exposés. Le lymphatisme, pour nous, est la scrofule des anciens et Bazin appelait l'impetigo : la *scrofule bénigne exsudative*.

Pronostic.— Il est bénin parce que l'affection est accidentelle, parce qu'elle est superficielle, parce qu'elle est due au staphylocoque. Il n'y a pas d'exemple d'un impetigo ayant amené une infection purulente généralisée. La contagion est le seul côté

fâcheux. Aussi dans les familles où il y a un impétigineux faut-il éarter de lui les autres enfants et dans une école l'isoler de ses camarades de classe et de récréation.

Traitement.—Après cette prophylaxie qui consiste dans l'isolement, quel traitement curatif faut-il employer ? Le plus simple possible, puisque l'affection est superficielle. Être propre est le point essentiel. — Bazin conseillait l'huile de cade qui dessèche les pustules, puis les cataplasmes pour faire tomber ces débris secs. Mais l'huile de cade est un bien gros moyen dans la circonstance et il n'est point utile de l'imposer avec ses inconvénients, son odeur, sa couleur particulièrement gênantes pour des applications sur le visage. Les solutions boriquées, la poudre d'acide borique, la vaseline boriquée suffisent : compresses sur les croûtes, poudre sur les parties suintantes puis compresses, vaseline s'il y a inflammation.

Dans les vieux cas rebelles à l'acide borique, on a recours, avec succès à la solution de résorcine à $\frac{1}{100}$ qui est si bonne dans toutes les suppurations cutanées. On emploie aussi avec de bons résultats, une ancienne préparation, remise dernièrement en honneur, l'eau d'Alibour, sulfatée-camphrée.

Eau	200 gr.
Sulfate de zinc	7 gr.
Sulfate de cuivre	2 gr.
Safran	0 gr. 40
Camphre à saturation.	

Cette solution s'emploie diluée. On en met un tiers ou un quart dans l'eau des lotions, on en met un cinquième ou un sixième dans l'eau pour compresses continues. On la dilue surtout chez les enfants.

On s'est servi de pommades au calomel à 3 pour 30. Le calomel est dangereux : ne serait-ce que comme purgatif intempestif. Il faut recouvrir cette pommade pour que l'enfant ne puisse en avaler. On a fait encore usage de l'oxyde jaune de mercure 1 partie pour 20, 30, 40, 50 de vaseline ; évidemment plus la surface à enduire est étendue, plus il faut de vaseline.

On ne négligera pas les médicaments s'adressant à l'état général : sirop d'iodure de fer, sirop iodo-tannique, huile de foie de morue.

Après l'étude de l'impetigo, se place naturellement celle de l'ecthyma.

Toutefois, avant de l'aborder, je dois vous parler d'une affection pustuleuse, pouvant servir de transition entre l'impe-

tigo et l'ecthyma et appelée *impetigo herpétiforme* (Herba, Kaposi). Cette dénomination ne me paraît pas bonne, car les pustules qui se produisent au cours de cette maladie ne sont pas des pustules psydaciées ; ce sont des pustules à base profonde, rappelant celles de l'ecthyma.

L'*impetigo herpétiforme* se rencontre exclusivement chez les femmes enceintes et au cours de la grossesse. Il paraît être non pas le résultat d'une inoculation externe mais la détermination cutanée d'une infection interne.

Il s'accompagne toujours d'un état général très grave. La fièvre intense peut atteindre 40°. Il siège au ventre, autour de l'ombilic, parfois aux aines, autour du sein. En somme, il siège au tronc qu'il envahit par poussées successives, séparées par des intervalles de temps plus au moins longs.

Les pustules sont petites, véritablement miliaires. Leur base est dure, rouge, enflammée. Rompues, elles donnent naissance à des croûtes brunâtres, adhérentes qui ressemblent bien plus à celles de l'ecthyma qu'à celles de l'*impetigo*.

Evoluant avec une fièvre vive, comme je l'ai dit, avec un état général qui s'aggrave de plus en plus, la maladie finit constamment par la mort.

Ainsi donc, l'*impetigo herpétiforme* par son étioLOGIE, par l'aspect de ses lésions, pustules et croûtes, par leur siège, par son évolution et par sa terminaison diffère absolument de l'*impetigo*.

Il est également tout à fait distinct de l'ecthyma qui a une cause externe et qui laisse les individus en état de santé. On ne le confondra pas non plus avec cet *ecthyma symptomatique* qu'on voit au décours de certaines grandes maladies et dont je vous parlerai tout à l'heure.

L'*impetigo herpétiforme* est une affection rare et quoi qu'ayant été bref à son sujet, je m'arrêterais à ce point si je n'avais à dire son diagnostic différentiel avec l'*herpès gestationis*, dont certains auteurs ne le séparent pas. Ils n'ont cependant rien de commun ; ni l'élément morphologique, ni l'évolution, ni le pronostic.

Herpès gestationis est un mot nouveau, mais qui désigne une chose connue depuis longtemps, un pemphigus, *pemphigus pruriginosus* des anciens, *pemphigus chronique bénin*, aujourd'hui *dermatite herpétiforme de Dukring*. La seule différence entre cette dermatite et l'*herpès gestationis* c'est que celui-ci est lié à l'état de grossesse.

Il apparaît pour la première fois chez une femme, alors qu'elle est enceinte et disparaît avec cette première grossesse.

Mais il revient à la seconde grossesse et encore aux suivantes : cette réapparition est la règle générale bien qu'elle manque quelquefois. Bien plus, tandis que, lors des premières atteintes, le mal s'éteint quand l'état puerpéral a cessé, il finit par s'installer définitivement, à mesure que les grossesses se multiplient et par persister entre deux quelconques d'entre elles.

Vous voyez combien cet herpès gestationis est moins grave que l'impetigo herpétiforme : toute femme touchée par ce dernier ne l'aura pas deux fois puisqu'elle meurt du premier coup.

L'herpès gestationis est un pemphigus : ses bulles n'ont vraiment pas l'aspect des pustules miliaires de l'autre maladie. Je sais bien qu'on signale dans l'herpès gestationis un certain polymorphisme, mais il n'y a là qu'une apparence. S'il présente des papules, ce ne sont que des bulles avortées, s'il présente des pustules, elles sont dues à l'infection pyogène secondaire des bulles primitives.

Enfin, l'herpès gestationis est une affection prurigineuse. Dans l'impetigo herpétiforme, au contraire, jamais de prurit : ce que les malades accusent, c'est de la douleur, causée par les lésions mêmes de la peau.

Ecthyma. — Rupia. — L'ecthyma commence par une tache rouge, qui se soulève au centre, sous forme d'une petite papule conoïde, rouge, enflammée, douloureuse, entourée d'une zone érythémateuse. — Dès le deuxième jour, le sommet devient jaunâtre, se soulève : au-dessous est une goutte de pus. Peu à peu, toute la saillie est envahie et la pustule est constituée.

Elle est grosse comme un pois, elle va jusqu'à se donner le diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Elle est assez régulièrement arrondie, saillante, à base indurée, possède une auréole érythémateuse. Ce sont là les caractères de la pustule phlysacée.

Vers le septième jour, elle s'ouvre spontanément donnant issue à une « humeur » qui se concrète en une croûte aux caractères bien tranchés. Brune, épaisse, stratifiée, adhérente : voilà comme elle est, ne rappelant en rien la croûte melliforme et superficielle de l'impetigo. Elle finit par tomber, et laisse une cicatrice violacée, qui reste rouge assez longtemps et, à la longue se décolore.

Le *rupia*, variété d'ecthyma, est une affection rare, si on excepte le *rupia* syphilitique (syphilide pustuleuse rupioïde). Le *rupia* est plus superficiel que l'ecthyma, mais il est plus large et sa cicatrice est plus grande. Le contenu de la bulle n'est pas

seulement purulent ; avec le pus, il y a de la sérosité, du sang, le tout formant un liquide sanieux. Quand la bulle n'existe plus c'est une croûte qui la remplace, puis une ulcération. La croûte est ostréacée, c'est-à-dire que, grisâtre ou noirâtre, elle est formée de couches stratifiées, concentriques, qui se sont constituées successivement. Cette disposition résulte de l'évolution excentrique de la lésion : autour du soulèvement primitif se font d'autres soulèvements périphériques, concentriques au premier, de telle sorte que la première croûte sera soulevée par la seconde qui l'entoure, la seconde par la troisième qui entoure les deux premières, et ainsi de suite.

Il arrive toujours — même si on n'intervient pas — que la croûte tombe, en laissant une ulcération assez large, parfois très large, à fond blafard, saignant, sécrétant un liquide sanieux, ulcération atone, persistante, sans tendance à la cicatrisation. Il est des cas où elle est gangréneuse ; il s'agit alors du *rupia escharotica*, peu commun, qu'on rencontre chez les débilités, les enfants cachectiques.

Au contraire de ce qu'on voit dans l'impetigo, les lésions de l'ecthyma sont isolées. Sauf chez les enfants, elles occupent, rarement la face — cette région favorite des manifestations impétigineuses — ; elles se développent de préférence sur les membres, les membres inférieurs surtout, sur les fesses, parfois dans le dos.

L'éruption peut se faire par poussées successives, avec fièvre légère, parfois avec douleur, parfois sans douleur.

Un engorgement ganglionnaire, consécutif à l'éruption, n'est pas chose extraordinaire, et fréquemment les ganglions de l'aîne sont gros dans le cas d'ecthyma des jambes.

L'impetigo reste toujours une affection locale ; l'ecthyma, lui, peut se généraliser, grâce à la dissémination ou mieux à la résorption des éléments pyogènes des plaies. Des bronchopneumonies ont cette origine et M. Augagneur, de Lyon, y a rattaché l'existence d'une néphrite qu'il a décrite et qui ressemble aux néphrites infectieuses. Le pronostic de l'ecthyma n'est donc pas aussi bénin que celui de l'impetigo.

Les microbes de la peau n'y sont pas toujours introduits par une inoculation directe, cutanée. Il semble qu'il peut y avoir une inoculation interne, une décharge cutanée d'une maladie générale infectieuse. C'est ainsi qu'on connaît « l'ecthyma symptomatique » que l'on rencontre, par exemple, dans le décours de la variole, de la fièvre typhoïde.

Le plus souvent, cependant, l'inoculation de l'ecthyma est cutanée, externe.

Elle se fait par le grattage, nos doigts n'étant jamais chirurgicalement propres.

Qu'un sujet soit porteur d'un eczéma, d'un prurigo chronique, d'une phtiriose, il s'inoculera très bien les microbes de l'ecthyma. Il sera particulièrement exposé, s'il est galeux et malpropres : c'est chez les malpropres que la *gale pustuleuse ecthymateuse* se développe.

Toute excoriation cutanée, toute éruption artificielle de cause externe peut servir de porte d'entrée au mal. Et l'*ecthyma professionnel* se rencontre chez les gens qui manient des substances irritantes et septiques, des matières organiques putréfiées. On l'observe chez les garçons d'écurie, les cochers, les cuisiniers, les laveurs de vaisselle, les vétérinaires, parfois chez les médecins. Ces ouvriers, en effet, sont tous en contact avec les déjections animales.

Enfin, l'inoculation obthymateuse est favorisée par la débilite du sujet chez le vieillard, chez le cachectique, l'alcoolique, le misérable (*ecthyma cachectique*). La même débilite favorable se rencontre chez certains enfants et crée un terrain propice à l'*ecthyma infantile* dont les caractères sont spéciaux.

Comme ecthymas de cause externe, nous avons donc l'ecthyma simple, l'ecthyma cachectique, l'ecthyma infantile.

L'*ecthyma simple* survenant chez des individus bien portants, à la suite de l'inoculation ecthymateuse d'un prurigo, par exemple, ou d'une dermite artificielle, d'une lésion de la peau de cause externe, est bénin. Presque superficiel, il guérit vite et ne se reproduit pas, si on supprime les causes morbides auxquelles étaient exposés les malades.

Avec les mêmes microbes que l'ecthyma simple, l'*ecthyma des débilités* est plus grave. Siégeant aux jambes, aux cuisses, ses pustules sont volumineuses, ses croûtes sont épaisses ; ses ulcérations rebelles, lentes à cicatriser, ont parfois un caractère gangréneux ; ses cicatrices sont profondes particulièrement sur les membres et quand elles sont pigmentées se rapprochent beaucoup de celles de la syphilis : c'est alors qu'il est bon de se rappeler que toutes les cicatrices pigmentées ne sont pas d'origine syphilitique.

L'ecthyma simple et l'ecthyma cachectique se ressemblent : ils diffèrent de l'*ecthyma infantile*. Celui-ci se voit chez les très jeunes enfants mal nourris, débiles, chez les athreptiques de Par-

rot. Siégeant surtout aux fesses, aux cuisses, aux régions inguinales — là où la peau est en contact avec les urines et les fèces — il se généralise par des auto-inoculations difficiles à éviter, si bien que la face elle-même qui n'est jamais atteinte dans les autres variétés d'ecthyma, l'est chez les enfants. Les ulcérations sont profondes, leur cicatrisation toujours lente. L'état général est mauvais ; l'enfant déjà dénoué, dépérit encore du fait de son éruption ; le pronostic est donc très sérieux.

Le *rupia escharotica*, *rupia térébrant* est une forme très grave du rupia infantile. Il est rare aujourd'hui, en France. On en trouve la description dans les anciens traités de dermatologie et dans les traités de pathologie infantile. Ses bulles sont assez volumineuses, remplies d'un liquide purulent mêlé de sérosité et de sang, donnant un pus sanieux et fétide. Ses croûtes ne sont pas épaisses et saillantes comme celles du rupia des adultes. Il ne siége pas seulement sur les membres inférieurs, mais sur tout le corps ; il s'accompagne de douleurs violentes, de fièvre, d'insomnie et se termine d'ordinaire par la mort. Dans les cas d'exception favorable, la cicatrisation des ulcères est toujours très lente et laisse des marques déprimées, profondes, irrégulières, indélébiles.

Bien différent au point de vue pathogénique des ecthymas précédents, l'*ecthyma symptomatique* n'est dû qu'à une infection secondaire. Sa connaissance est ancienne et c'est même par elle qu'on a été mis sur la voie de cette notion des infections secondaires.

Ce que Bateman décrivait sous le nom d'*ecthyma luridum* était l'*ecthyma symptomatique* de la fièvre typhoïde qu'on observait encore il y a quelques années, mais que, pour mon compte, je n'ai plus vu depuis que j'applique la méthode « des bains froids ». Donc, on l'observait fréquemment et c'était de bon augure : toute fièvre typhoïde qui suppurait en pustules, cutanées, guérissait.

Dans cet *ecthyma symptomatique*, les pustules, isolées comme toutes les pustules d'*ecthyma*, sont nombreuses, superficielles, de petites dimensions (celles d'un pois au plus) et ont un siège variable. Débutant aux fesses, à la partie postérieure des cuisses, du dos, elles sont disséminées ensuite sur tout le corps par des auto-inoculations. Auto-inoculables, elles sont aussi inoculables d'un malade à l'infirmier dont l'avant-bras sert de champ d'inoculation.

Diagnostic.—La question est assez importante, car il est des cas où le diagnostic différentiel est difficile.

Ce ne sera pas celui de l'*acné*. L'*acné* se caractérise non par des pustules, mais par des papulo-pustules, acuminations dures, plus nombreuses, plus petites que celles de l'*ecthyma* et siégeant à la face et non aux membres inférieurs.

Ce ne sera pas non plus celui de *sycosis parasitaire* où l'on voit dans la barbe des pustules traversées par un poil, indurées profondément, plus dures, plus profondes que ce que peut offrir l'*ecthyma*.

Mais comment se prononcer entre un cas d'*ecthyma* simple et un cas de *syphilide pustulo-crustacée* ?

Si la syphilide est sur la face, c'est très facile, puisque l'*ecthyma* ne se voit en cette région que dans des conditions spéciales. Mais si la syphilide siége sur un membre, il faudra se rappeler qu'elle n'est jamais douloureuse, que ses croûtes sont beaucoup plus épaisses, plus adhérentes, inégales, noirâtres, verdâtres, que l'aurole qui l'entoure est non pas rouge, mais cuivrée, que les phénomènes inflammatoires qui l'accompagnent sont moins marqués. De plus, les syphilides éparses sur tout le corps dans la période secondaire et plus fréquentes dans la période tertiaire, localisées alors dans une seule région, se groupent en demi-cercles. Enfin, la lésion de la syphilis est plus profonde. Aussi la cicatrice de l'*ecthyma* qui, rarement pigmentée, n'est pas brunâtre comme celle de la syphilis, qui ne se décolore pas du centre à la périphérie, n'arrive jamais à être une dépression profonde, lisse et blanche.

Le *furoncle*, au début, ressemble à l'*ecthyma* ; mais sa lésion est une nodosité tuberculeuse plus grosse, plus indurée à la base, plus douloureuse que la pustule de l'*ecthyma* ; son évolution est différente et quand elle s'ouvre, il s'en échappe, non du pus, mais une masse sphacélée particulière, le bourbillon.

Je ne reviens pas sur les différences qui séparent l'*ecthyma* de l'*impetigo*.

Traitement.—Affection locale se présentant d'ordinaire chez des sujets débilités l'*ecthyma* réclame certainement un traitement général tonique : préparations martiales, quinquina, etc.; bon lait chez les enfants athreptiques.

Mais le traitement local est le plus important. Contrairement à ce que l'on a dit et à ce que j'ai dit moi-même, craignant la propagation du mal par le mode de remède employé, c'est l'enveloppement humide et permanent qui donne les meilleurs résultats. Il se fait à l'aide de compresses de tarlatane trempées dans l'eau boriquée, qu'on renouvelle plusieurs fois par jour. Chaque

fois qu'on les change, on a grand soin de percer les pustules et de l'eau phéniquée ou de les soupoudrer d'iodoforme.

L'enveloppement n'est possible que si tout un membre est atteint : il n'est pas pratique, si les pustules sont très discrètes, très isolées. Dans ce cas, on les recouvre avec de l'emplâtre sparadrap de Vigo ou l'emplâtre rouge de Vidal. La formule de cet emplâtre, un peu moins employé qu'autrefois, est la suivante :

Emplâtre diachylon	27
Cinabre	1.50
Minium	2.50

L'inconvénient des emplâtres, c'est qu'ils ne sont jamais aseptiques.

Quand les croûtes de l'ecthyma sont formées, qu'elles sont adhérentes, sèches, qu'elles ne s'accompagnent d'aucun travail inflammatoire, le mieux est de les respecter. Elles sont protectrices : à leur abri, la cicatrisation s'opère.

Enfin, les ulcérations doivent être lavées avec de l'eau phéniquée, chloralée, résorcinée, avec une solution faible de chlorure de zinc ; quand elles sont limitées, elles doivent être poudrées d'iodoforme, ou de dermatol, ou de traumatol. Parfois, elles auront besoin d'être excitées ; étant torpides, elles se trouveront bien de cautérisations au nitrate d'argent.

Erythrasma.—A côté des dermatoses dues à des végétaux microbiens, il en existe qui sont dues à des végétaux d'ordre plus élevé, à des champignons.

Ces champignons ne pénètrent pas dans la peau, comme les microbes ; épiphytiques, ils donnent lieu à des dermatoses épiphytiques. Les uns prospèrent dans les régions glabres ; ce sont ceux du pityriasis versicolor et ceux de l'érythrasma ; les autres affectent les régions velues : ce sont ceux de toutes les teignes et du favus.

L'érythrasma est connu depuis peu. On le confondait avec l'intertrigo.

Il siège, comme lui, aux aisselles, aux plis des seins, mais le plus souvent à la région inguino-génitale (scrotale ou vulvaire), au pli interfessier, à la face interne des cuisses.

Il est caractérisé par des plaques d'aspect uniforme, plus jaunes que rouges, d'une dimension de pièce de 5 francs à celle de paume de main. Le bord des plaques est festonné mais régulier, net. La surface est légèrement grenue. Elle ne se desqua-

me pas spontanément. Le grattage en détache des squames fines, difficilement, en petite quantité.

Autour d'une grande plaque située, par exemple, à la partie supérieure de la cuisse, et partant du pli génito-crural, on voit d'autres petites plaques à bords nets : elles se réuniront à la principale qui s'accroît de cette façon.

L'affection ne développe aucun symptôme subjectif, si ce n'est parfois des poussées érythémateuses, quelques démangeaisons dues aux sécrétions cutanées. Elle n'est révélée, en général, au malade que par le médecin qui la découvre au cours d'un examen. Elle dure indéfiniment, puisqu'on ne s'en occupe pas, dans l'ignorance où le porteur est lui-même de l'existence de son mal.

La cause de cette affection a été découverte dans les spasmes par Burchardt et étudiée par Børensprung, en France par MM. Balzer et Besnier.

C'est un champignon, le *microsporon minutissimum* ainsi nommé parce que ses spores sont les plus petites de toutes les spores connues. Elles sont ovalaires ou arrondies, disposées en groupes ou isolées. Son mycelium se compose de tubes flexueux, très nombreux, grêles, isolés ou enchevêtrés. Spores et mycelium restent dans la couche cornée.

Un terrain propice à son développement est nécessaire à ce parasite. Il le trouve chez les goutteux, chez les arthritiques gras comme le pityriasis versicolor a le sien chez les tuberculeux.

Diagnostic.—Les plaques de l'*intertrigo* sont d'un rouge plus vif, elles sont humides ; elles n'ont pas la limite précise de celles de l'érythrasma.

Le *pityriasis versicolor* siège au tronc ; ses plaques ont une couleur jaune café au lait. Par grattage on obtient des squames assez abondantes et larges.

L'*érythème circiné trichophytique* (*herpès circiné*) a des plaques arrondies, rouges, dont l'accroissement est périphérique. Mais les bords de ces plaques sont saillants, granuleux, formés de petites papules, de petites vésicules. Enfin ces plaques guérissent au centre en gagnant à la périphérie.

Traitement.—Souvent le malade n'en voudra pas, n'étant pas gêné. Il consistera en un décapage pour détruire la couche cornée où siège le parasite. On y arrive par des badigeonnages à la teinture d'iode, des lotions au sublimé (1 p. 1000) des onctions avec des pommades au turbith, des pommades cadiques, salicyliques.

Du Gaiacol Synthétique

ET

DE SON EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE

De tous les traitements, qui ont été jusqu'ici préconisés contre les affections des voies respiratoires et en particulier contre la tuberculose pulmonaire, beaucoup ont eu une existence éphémère et ont été rejetés aussitôt que mis au jour.

Un seul a survivre et survivra jusqu'à ce qu'on ait trouvé le remède héroïque contre cette affection si commune, hélas, et à laquelle tant de malades succombent : c'est la médication par la créosote et ses dérivés.

La créosote de hêtre, étant par elle-même essentiellement caustique pour la muqueuse stomacale d'un malade, qu'on doit à tout prix suralimenter et qu'un dépérissement lent conduit infailliblement à la cachexie, on a recherché depuis longtemps à remplacer ce médicament par ses principes constituants dont un seul est resté et restera dans la thérapeutique, nous voulons parler du gaiacol.

Mais tous les gaiacols n'ont pas les mêmes vertus médicamenteuses. Les gaiacols du commerce retirés de la créosote, renferment, malgré les purifications qu'on leur fait subir, des phénols caustiques, dont l'action est aussi nocive que celle de la créosote elle-même. Il était alors très naturel de chercher à préparer ce gaiacol non plus par extraction, mais par la voie de synthèse.

Et les résultats quasi merveilleux, qui ont suivi l'administration aux tuberculeux de ce gaiacol pur synthétique, nous permettent d'espérer qu'un jour ou l'autre cette terrible maladie cessera d'être comptée parmi les affections incurables et que le Bacille de Koch (*Bacillus tuberculosis*), ne trouvant plus le terrain favori où il puisse vivre et se développer en toute liberté, subira le même sort que ses congénères les staphylocoques et les streptocoques, les hôtes normaux de notre organisme.

Nous avons pour but dans cette étude de résumer un travail encore inédit, ayant pour titre (le gaiacol synthétique et son emploi en thérapeutique), dû à la plume autorisée d'un spécialiste des maladies des voies respiratoires, Monsieur le Docteur Berchon, ancien interne des hôpitaux de Paris. Nous reproduisons in extenso les conclusions de ce travail, que nous ferons suivre d'une série d'observations et d'une étude générale concernant le gaiacol synthétique chimiquement pur.

CONCLUSIONS

De l'examen de plus d'une centaine d'observations de malades que nous avons suivis pendant une période de cinq à six mois sans interruption et traités par le gâïacol pur synthétique, cristallisé, administré par voie gastrique (vin et pilules Vauthier-Marcq) et simultanément par voie hypodermique (ampoules Vauthier-Marcq) nous sommes en droit de déduire les conclusions suivantes :

1° Le gâïacol pur synthétique n'exerce aucune influence néfaste sur la muqueuse gastrique.

2° Les renvois occasionnés par l'absorption du médicament existent peu ou point, à la condition de le faire prendre une heure avant ou deux heures après le repas. L'odeur désagréable du gâïacol pour certains malades disparaît complètement quand le médicament (vin Vauthier-Marcq) est pris dans un mélange d'eau et de sirop de sucre — (eau sucrée). — L'eau de seltz remplaçant l'eau ordinaire avec un sirop constitue une boisson rafraîchissante pendant l'été et un mode d'administration du vin Vauthier-Marcq très agréable pour certains malades, notamment les femmes et les enfants.

3° Les ampoules Vauthier-Marcq n'occasionnent aucune douleur à suite d'une injection sous cutanée, qui doit autant que possible être faite dans le tissu musculaire et permettent d'administrer le gâïacol à haute dose.

4° Par ces deux modes d'administration, voie gastrique et voie hypodermique, les crachats deviennent fluides et disparaissent peu à peu, la fièvre tombe, la toux est moins fréquente et cesse également au bout d'un certain temps. L'appétit revient et avec lui la nutrition et l'assimilation progressent. Enfin les bacilles de Koch disparaissent d'une expectoration de plus en plus rare. L'examen bactériologique est indispensable pour assurer le diagnostic, *un seul ne suffit pas*, certaines expectorations recueillies par le malade dans des conditions plus ou moins défecueuses et confiées au médecin pouvant ne pas contenir de bacilles tuberculeux, tandis que quelques jours après ces bacilles sont abondants. *Plusieurs examens successifs sont donc nécessaires*, et leur résultat positif ou négatif permet d'affirmer l'existence de la tuberculose et aussi de constater l'amélioration produite par le traitement. — Amélioration pouvant aller jusqu'à une guérison, si le malade est raisonnable et continue un traitement bien dirigé, ce que beaucoup ne font malheureusement pas, cessant toute médication dès qu'ils se sentent mieux.

Dans ces conditions la tuberculose est une maladie *parfaitement curable*. L'hygiène, l'exercice, le grand air, le gâïacol sont des moyens de traitement efficaces *toujours* chez un malade *sérieux et persévérant*.

En terminant, nous devons adresser nos remerciements à MM. Vauthier-Marcq pour les excellents produits qu'ils ont livrés à la thérapeutique et pour l'obligeance extrême avec laquelle ils ont mis à notre disposition toutes leurs spécialités au gâïacol, qui nous ont été nécessaires pour nos malades indigents dont la guérison est due à leur générosité et à leur compétence scientifique.

REVUE MÉDICALE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.—M. Bosc fait une communication sur les parasites du cancer et du sarcôme. Il a pu tirer de l'examen d'un très grand nombre de cas de tumeurs malignes des conclusions qui permettent de les classer suivant cinq types morphologiques bien différenciés : 1° formes micrococciques ou microbiennes, 2° granulations, 3° formes cellulaires de volume variable, 4° formes enkystées, 5 formes sarcodoques. Les sarcômes renferment surtout les formes microbiennes et les granulations.

M. Foveau de Courmelles a voulu se rendre compte de la vue des rayons de Roentgen par les aveugles : les aveugles *absolus* n'ont absolument rien perçus tandis que ceux qui ont une vague notion de la lumière éprouvent de la part de ces rayons une sensation lumineuse qui, parfois est remplacée par une perception douloureuse.

Académie de médecine.—M. Faure communique une observation de traitement chirurgical d'une paralysie faciale consécutive à un coup de revolver tiré dans l'oreille. M. Faure a pratiqué l'anastomose du nerf spinal à sa sortie du rocher avec la branche externe du nez spinal. L'opération a parfaitement réussi au point de vue chirurgical, mais n'a pas encore donné de résultat au point de vue thérapeutique.

M. Josias relate un certain nombre d'expériences qui tendent à démontrer la possibilité de la transmission de la rougeole de l'homme aux animaux.

M. Menière fait une communication sur le traitement des otites moyennes purulentes aiguës au moyen de grands lavages faits par la trompe. Il injecte d'abord quelques gouttes de vaseline aristolée à $\frac{1}{10}$. Si la douleur ne disparaît pas il conseille d'inciser largement le tympan et de pratiquer ensuite chaque jour par la trompe d'Eustache deux grands lavages à l'eau bouillie chaude. En cas d'insuccès on doit trépaner pour prévenir les complications cérébrales.

M. Lucas Championnière communique l'observation de la réparation d'un muscle par des fils métalliques. Il la suit d'une rupture du triceps au dessus de la rotule, le tendon et le muscle étaient si retractés qu'il n'était pas possible de les réunir directement. Pour y parvenir M. Championnière plaça dans le triceps un gros fil d'argent double, dans une direction perpendiculaire aux fibres du muscle : deux autres fils d'argent furent ensuite passés dans la rotule et remis aux premiers ; dans l'intervalle des fils métalliques sous les débris tendineux et musculaires furent réunis par des fils de catgut et le membre fut ensuite placé dans une gouttière sans être immobilisé ; le quatrième jour le membre fut mobilisé et ce malade fut complètement guéri au bout d'un mois. La radiographie permet de constater que la réparation musculaire était parfaite.

Société médicale des Hôpitaux.—M. Bécère cite un cas de traitement de guérison de maladie d'Addison par l'opothérapie surrénale. L'amélioration met un certain temps à se manifester puis elle devint bientôt si considérable de le malade put reprendre ses occupations.

M. A. Petit présente un homme atteint de dextrocardie congénitale de déplacement du cœur a été constaté par l'auscultation, la radiographie et la phonoendoscopie.

M. Letulle combat l'anorexie de phtisiques par la cryothérapie locale. L'anorexie liée à des troubles dyspeptiques est fréquente chez les tuberculeux, et constitue un symptôme fâcheux puisqu'elle entrave l'alimentation. M. Letulle le combat par l'action d'un froid intense sur la région épigastrique. Il applique sur la région de l'estomac et du foie un sac contenant environ 2 kilog. de neige d'acide carbonique solide dont la température est de -80° ; le sac est séparé de l'épiderme par une couche de ouate de sorte que la température ne descende pas au-dessous de $+25^{\circ}$. Ces applications sont faites deux fois par jour, $\frac{1}{2}$ heure avant chaque repas et ont donné de bons résultats.

Société de Biologie.—MM. Ch. Richet et Hericourt décrivent

des expériences qu'ils ont instituées pour le traitement de la tuberculose expérimentale par les injections d'eau iodée dans les poumons. L'eau iodée pourvu qu'elle ne renferme plus de 1 gr. 25 d'iode par litre est inoffensive pour le poumon. Les expérimentateurs ont pu en injecter facilement 200 gr. dans le poumon de chiens anesthésiés ; l'injection est faite au moyen d'une sonde molle introduite dans le larynx et la trachée. La pratique de ces injections ne guérit pas les animaux tuberculeux et n'empêchent pas la mort ; mais elle retarde notablement l'évolution de la tuberculose.

M. Louis Maher de l'Institut Pasteur a réussi à produire la méningite tuberculeuse chez les cobayes et les lapins en injectant des bacilles tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidiens. Les cobayes meurent du 9^e au 15^e jour. Chez les lapins qui sont moins sensibles à la tuberculose que les cobayes la marche de la maladie est moins rapide. L'amaigrissement et la paralysie ne se montrent que vers la 3^e semaine et plus tard : la mort survient après cinq semaines ou deux mois.

BIBLIOGRAPHIE

Etude de l'hémostase opératoire dans le service du Docteur Péan, par M. le Docteur Nicolas Costin, interne du Docteur Péan à l'Hôpital International, médaille de bronze. (Paris, Henri Jouve, 25 rue Racine. 1898).

C'est à notre ancien collègue et ami le Docteur Costin qu'est dévolu le douloureux honneur de poser la première pierre du monument impérissable que la postérité élèvera à la gloire de notre maître Péan, avec sa thèse " Etude de l'hémostase opératoire dans le service du Docteur Péan."

L'ouvrage est divisé en deux parties.

Dans le premier chapitre de la première partie, l'auteur étudie sommairement les causes qui tendent à produire l'hémostase spontanée provisoire, l'hémostase spontanée primitive, la formation du caillot, sa composition.

Dans le deuxième chapitre il traite de l'hémostase artificielle : " Quand l'hémostase spontanée n'a pas lieu on doit favoriser la production du caillot obturant par un des différents moyens hémostatiques : c'est l'hémostase provoquée ou artificielle."

Costin passe alors en revue les hémostatiques qui appartiennent

ment aux anciennes méthodes d'hémostase abandonnées maintenant dans l'usage journalier ; il dit un mot des agents chimiques les plus employés : l'ergot de seigle, l'ergotine Yvon, ergotinine Sauret, les sels de quinine, l'antipyrine employée localement, le perchlorure de fer " l'hémostatique qui offre le plus de dangers." Des agents physiques : la chaleur, le froid.

Il décrit ensuite les procédés chirurgicaux : la ligature, l'écraseur linéaire, la torsion des artères, défendue de nos jours par Tillaux, la compression digitale, la compression mécanique, le tamponnement, puis s'arrête longuement à la forcipressure ou pincement des vaisseaux : " La forcipressure est aujourd'hui d'un usage courant ; c'est à Péan que l'on doit non-seulement la vulgarisation mais les règles précises et méthodiques de son application ; les indications et les avantages de son emploi. C'est à lui que l'on doit l'élévation du pincement des vaisseaux au rang de méthode générale."

L'auteur expose ensuite la méthode du pincement préventif comme procédé d'hémostase que Péan employa le premier de tous les chirurgiens. Ceci n'est plus d'ailleurs contesté aujourd'hui :

Pincement temporaire ;

Pincement définitif.

Dans la deuxième partie il étudie le pincement des vaisseaux dans les opérations qui se pratiquent sur la tête, le tronc et les membres. Il cite à l'appui de sa thèse vingt observations inédites et qui montrent jusqu'à l'évidence l'énorme supériorité du procédé de Péan et quel pas il a fait faire à la chirurgie.

Voici du reste les conclusions de son remarquable travail dont l'intérêt théorique et pratique n'a pas échappé à nos lecteurs :

1° La ligature et le pincement hémostatique constituent les deux grands moyens d'hémostase opératoire actuelle.

2° La torsion, en grande vogue il y a une vingtaine d'années, est déchu de son rang ; mais on ne peut pas ne pas lui reconnaître une énorme valeur hémostatique.

3° La suture des vaisseaux est à peine à l'aurore de son avènement. Il lui faut encore de bien nombreuses épreuves expérimentales et une technique mieux règlementée qu'à l'heure présente, pour que les avantages que ce procédé laisse entrevoir théoriquement, soient enfin réalisés aussi en pratique.

4° La ligature, la suture des vaisseaux et le pincement hémostatique doivent une de leurs conditions de supériorité et non des moindres à l'asepsie parfaite dont ils sont possibles.

5° Le pincement hémostatique se révèle supérieur à la ligature en réalisant mieux les conditions : *Rapidité* d'une part, *d'autre part unification* autant que possible des moyens hémostatiques, conditions auxquelles, comme nous l'avons vu, l'hémostase opératoire s'efforce d'arriver actuellement.

6° Quoique d'origine ancienne, le pincement hémostatique jusqu'à Péan, n'avait été employé que fortuitement et constituait pour ainsi dire un procédé de nécessité. Lui le premier l'éleva au rang de méthode générale d'hémostase applicable à toutes les opérations sanglantes.

7° Le pincement hémostatique est le seul à pouvoir réaliser avec des avantages réels, les diverses indications de l'hémostase, avant, pendant et après l'opération. C'est le pincement préventif temporaire et définitif de PÉAN.

8° L'hémostasie spontanée provisoire est la seule où le caillot obturateur joue un rôle important.

9° La ligature et le pincement hémostatique déterminent les mêmes lésions vasculaires, rupture des deux tuniques internes et accolement de la tunique externe.

10° C'est une endophlébite et une endartérite *végétantes*, qui assurent l'oblitération définitive des vaisseaux. Suivant une comparaison déjà faite, on pourrait dire que les mors d'une pince, agissent à la manière d'une série de ligatures justaposées.

Paris, avril, 1898.

F. L. de M.

Des raisons et des faits de façon à forcer les incrédules. Les propriétés de l'IODE ne sont plus à démontrer par suite des nombreux services qu'il rend comme fluidifiant spécial de toutes les coagulations humorales ou engorgements.

Les plantes antiscorbutiques et en tête le raifort, contiennent de l'iode qu'elles sont bien disposées à recevoir en excès. Le Sirop fait à froid avec ces plantes, dont l'ébullition évaporerait tous les précieux principes iodés, offre donc toutes les garanties d'efficacité, contre la *scrofule*, les *glandes du cou*, *croûtes de lait*, etc.

Il remplace en outre très bien l'huile de foie de morue. En vente dans toutes les bonnes pharmacies.

NOTES DIVERSES

Il y a aujourd'hui 7000 médecins à Londres.

L'usage des asperges est contre-indiqué chez les asthmatiques.

Dans l'intertrigo, une solution de nitrate d'argent à 5 ou 10 p. 100 agit admirablement.

L'huile de safran détruit instantanément toute espèce de pédicule et leurs spores.

On projette d'établir une colonie d'épileptiques à Manchester, Angleterre.

Le célèbre Pulmann, l'inventeur des chars palais, a laissé par testament \$10,000 à chacun des treize hôpitaux de Chicago.

Le Dr Aubert dit que l'atropine empêche les troubles de l'oreille, causés par la quinine.

On recommande hautement dans l'orchite l'onguent de Gaïacol, une partie contre six.

Une douleur constante dans la poitrine ou l'abdomen, durant des semaines, est un signe presque certain de la carie spinale.

Le prurit quand il est intense et qu'il n'est attribuable à aucune cause, est un signe précurseur de la paralysie générale.

On dit qu'il y a aujourd'hui plus de 1000 lépreux dans les hôpitaux de Norvège.

Sur 250 cas de hernie diaphragmatique rapportés par Leichtteustern, cinq seulement furent reconnus avant la mort.

Grandin recommande fortement les irrigations d'eau salée, dans l'insuffisance rénale.

On assure que l'école du Collège Médical de New-York va établir une chaire de chimie physiologique.

On rapporte qu'un médecin Américain s'est déjà fait une jolie fortune au Klondike, en vendant des pastilles de Quines à trois dollars la pièce.

Le Dr Cantrell dit avoir obtenu les résultats les plus satisfaisants de l'emploi d'un onguent à cinquante par cent d'ichthol, dans les cas de furoncles.

Le Dr Joseph O'Dwyer qui a démontré le premier la valeur de l'intubation laryngée, est mort le 7 du mois de mars, de méningite tuberculeuse.

Rauchfuss affirme que la moyenne de la mortalité par la diphthérie est supérieure à celle de toutes les autres villes de l'Europe, et il attribue ce fait, au manque de sérum de Roux.

Si l'on en croit certains journaux, l'ivrognerie fait de rapide progrès en Europe. On aurait constaté en Russie le delirium tremens, chez des enfants de quatre à cinq ans !

Mademoiselle Hu King, la première chinoise graduée du Collège des médecins et chirurgiens de Londres, a été nommée médecin de Li-Hung-Chang, le plus grand homme d'Etat de la Chine.

La préfecture du département de la Seine (Paris) a proposé l'émission d'un emprunt de 44,000,000 de francs, pour l'érection de nouveaux hôpitaux pouvant contenir 6000 malades.

L'élévation de la température chez les femmes en couche, qui n'est pas le résultat de l'infection septique, est due le plus souvent à l'infection gonorrhéique chimique.

Brower considère le chlorure d'or et de sodium, ($\frac{1}{2}$ gr. trois fois par jour) comme le meilleur médicament dans l'ataxie locomotrice.

Une dépêche de Rio-de-Janeiro dit que le Dr Sanarelli est décidé à garder secret, le moyen de guérir la fièvre jaune par le sérum.

Une excellente préparation pour calmer les douleurs d'oreilles, dit le *Medical Review of Reviews*, est une solution d'atropine (4 grains pour une once avec de l'eau tiède).

Dans l'un des derniers numéros du *Practitioner*, le Dr Frederick Foley assure que rien n'égale le salicylate de soude pour faire cesser le mal de dent. Quinze grains suffisent ordinairement à faire cesser instantanément les douleurs les plus violentes.

Depuis la publication dans le *Medical Record*, de l'opération du Dr Schlater, pour l'excision complète de l'estomac, le 15

On rapporte que l'inoculation du Dr Frière s'est montré très efficace dans l'Amérique du Sud. La mortalité a été réduite à 4 pour cent.

décembre dernier, deux autres opérations analogues ont été tentées, l'une à St-Louis, Missouri, et l'autre à Milwaukee. Dans chacune d'elles, le patient a succombé quelques heures après l'opération.

On vient de découvrir un procédé pour rendre le verre inaltérable. Les dentistes s'en servent pour obturer les cavités des dents cariées, avec succès. Il est aussi solide que l'or, et la cavité ainsi obturée se voit à peine.

Une autre loi, passée aussi à la deuxième session, (chap. XXXI) autorise le collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec à admettre à la pratique de la médecine et de la chirurgie, près de deux cents étudiants qui ont commencé à suivre les cours de médecine, avant d'avoir obtenu le brevet les admettant à l'étude de cette profession.

La législature de la province de Québec, à sa dernière session, a autorisé, (ce qui en langue vulgaire signifie ordonné) le collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, à admettre à la pratique de la médecine et de la chirurgie, après examen, neuf étudiants qui ne s'étaient pas conformés aux exigences de la loi, et un dixième, plus heureux que les autres, M. Louis Onésime Gauthier, sans examen.

MM. P. Marie et Le Goff ont signalé, à la Société médicale des hôpitaux, à Paris, un cas remarquable de suppression absolue du sucre chez un diabétique, après une injection du bleu de méthylène. Ce diabétique avait quarante-cinq ans. On dosait dans son urine environ 40 grammes de sucre par litre. MM. Marie et Le Goff lui firent prendre 60 à 120 centigrammes de bleu de méthylène par jour. Le sucre diminua progressivement, et disparut complètement au bout de six semaines.

Il est clair qu'on ne peut accueillir cette guérison que sous réserves. Un cas unique ne saurait permettre de conclure. Mais comme le sujet était malade depuis huit ans, que l'amélioration et la guérison ont coïncidé complètement avec l'administration de la matière colorante, on doit tout de même appeler l'attention sur les effets du bleu de méthylène et souhaiter qu'on l'expérimente pour savoir si, chez d'autres diabétiques, il amènera aussi vite la disparition du sucre.

UNE JEUNE FILLE INSENSIBLE

La presse médicale américaine s'occupe beaucoup en ce moment d'un cas absolument extraordinaire et qui dérouté les connaissances de tous les physiologistes et de tous les savants du Nouveau-Monde, aussi bien que de l'Ancien. Il s'agit d'une jeune fille, de sang mêlé. Evatima Tardo, chez laquelle le *sens du toucher n'existe pas*. Non seulement aucune partie extérieure de son corps ne semble éprouver la sensation physique d'un contact quelconque ; mais, ce qui est plus étonnant encore, c'est que la sensibilité fonctionnelle organique n'existe pas davantage. Aussi, dans les différents amphithéâtres où elle a été présentée à l'examen des médecins, on a pu la brûler au fer rouge, la piquer avec une aiguille et même — chose inouïe — lui tirer à bout portant un coup de feu qui lui a traversé le bras de part en part, sans qu'elle en ressente autre chose qu'un léger choc. — Evatima Tardo joint à cette particularité celle d'être à l'épreuve des microbes et de tous les poisons, quels qu'ils soient. L'arsenic, le cyanure de potassium sont sans action sur son organisme, et plusieurs fois *elle s'est laissé inoculer* les bacilles du typhus, du choléra et de la tuberculose. L'effet est absolument nul.

Une autorité médicale américaine, M. le Dr Pleyfair, qui s'est toujours occupé spécialement des troubles des centres nerveux, prétend que la jeune fille en question est à l'abri de toute espèce de maladie et pourra vivre jusqu'à un âge très avancé, la seule cause d'ailleurs accidentelle, de mort qu'elle ait à craindre étant une blessure grave au crâne ou à la colonne vertébrale. D'après ce spécialiste, l'abolition de la sensibilité, qui se produit parfois et temporairement dans les cas de névrose, ne se rencontre jamais à l'état permanent chez un individu en pleine santé comme Evatima Tardo, et provient alors d'une sorte d'atrophie des nerfs sensitifs, les nerfs moteurs restent indemnes.

Cette femme-phénomène, également insensible au froid, à la chaleur, à la souffrance, ainsi qu'à toutes les impressions physiques agréables ou pénibles, est née à l'île de la Trinité, la plus importante des Petites Antilles, en 1870. Elle a donc aujourd'hui vingt-sept ans.
