

Gazette Médicale de Paris

Journal Hebdomadaire Illustré, paraissant le Samedi Matin.

MÉDECINE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE.

INFORMATIONS MÉDICALES GÉNÉRALES RAPIDES.

Organe de l'Agence centrale de la Presse Médicale internationale et de l'Institut international de Bibliographie Scientifique.

Rédacteur en Chef : **Marcel BAUDOIN**, Directeur de l'Institut de Bibliographie.



SOMMAIRE. — BULLETIN. La police scientifique et la médecine; par M. B. — ARTICLE ORIGINAL. Ce que doit être le traitement moderne de la tuberculose articulaire et particulièrement de la tumeur blanche du genou et de l'arthrite tuberculeuse de la hanche ou coxalgie; par le D^r MENCIÈRE (de Reims). — ACTUALITÉS. La médecine à Paris: Le Bureau de renseignements médicaux. — Hygiène publique: La nouvelle réglementation sanitaire de Paris. — Les médecins explorateurs: M. le D^r Jean CHARCOT dans les mers polaires. — Les prompts secours: Les avertisseurs d'accidents sur voies publiques; par M. BAUDOIN. — CORRESPONDANCE. Un voyage médical en hiver à travers l'Europe; par le D^r A. COURTAULT (Suisse). — NÉCROLOGIE. — REVUE DES CONGRÈS. Premier Congrès égyptien de Médecine du Caire: Analgésie chirurgicale par voie rachidienne; par le D^r BELLANDI (d'Alexandrie). — REVUE DES SOCIÉTÉS. Association de la Presse médicale française. — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. Comment arrivent à vivre les étudiants en médecine pauvres en Amérique. — PETITES INFORMATIONS.

ILLUSTRATIONS. — La Phéno-puncture de la tuberculose (7 fig.). — M. le D^r BLONDEL (de Paris). — Avertisseurs d'accidents (3 fig.). — Plan du cimetière Montparnasse.

BULLETIN

614.29

La Police scientifique et la Médecine.

Il y a longtemps que nous avons demandé, dans la presse médicale, l'organisation scientifique de la Police de notre pays, car l'œuvre magnifique de M. Bertillon ne constitue qu'un très petit côté de la question, quoi qu'on en pense dans nos milieux administratifs.

Nous sommes heureux d'apprendre que l'Italie vient de précéder en ces matières la France dans la voie du progrès. En effet, par ordre du Ministère de l'Intérieur, il a été fait, pendant le dernier trimestre de l'année écoulée, à Rome, un cours de *Police scientifique*, par M. le D^r OTTOLENGHI, qui professe la médecine légale à la fois à la Faculté de Médecine et à la Faculté de Droit de cette ville.

Nous ignorons le programme de ce cours; mais, étant donné les tendances des médecins légistes italiens, il est à supposer qu'on ne s'est pas borné à faire connaître aux fonctionnaires supé-

rieurs de la sûreté publique de ce pays la méthode d'identification française, c'est-à-dire celle qui est basée seulement sur la longueur des différentes parties des membres. On a certainement dû y joindre la description du procédé de Galton, et ceux qui, plus récemment, ont été préconisés dans divers pays, par exemple dans l'Amérique du Sud. De plus, le côté psychologique n'a pas dû être oublié dans la patrie de Lombroso.

C'est donc là un indice, évident, que les idées que nous défendons depuis nombre d'années commencent à prendre corps et que les autres nations voudront sous peu suivre un si utile exemple. A Paris, M. Bertillon fait un cours spécial de « portrait parlé ». C'est chose excellente; mais il n'y a pas qu'à la figure qu'on reconnaît un homme qui se cache. Il ne faut pas oublier de regarder ses pieds, comme nous avons essayé de le montrer ici même (1), d'autant plus qu'ils laissent des traces partout où il les pose...

Il y a longtemps que le romancier anglais M. le D^r Conan Doyle — l'émule de Gaboriau! — l'a signalé de son côté, avec humour et succès. M. B.



CLINIQUE CHIRURGICALE.

617.47

Ce que doit être le traitement moderne de la tuberculose articulaire et particulièrement de la tumeur blanche du genou et de l'arthrite tuberculeuse de la hanche ou coxalgie.

PAR

Louis MENCIÈRE (de Reims).

Période de début et période d'état: *Injections interstitielles d'éther iodoformé unies à la phéno-puncture (méthode de l'auteur).*

Période avancée: *Réséction atypique suivie d'un lavage à l'acide phénique pur (méthode de Phelps, de New-York).*

Période de guérison et d'ankylose: *Rétablissement d'une partie des mouvements et de la fonction par l'emploi méthodique de la mécanothérapie.*

(1) Voir *Gaz. méd. de Paris*, 1902, p. 225 et 384.

J'aurais désiré retarder la publication d'une méthode que je voulais exposer avec un faisceau de preuves, avec un nombre considérable de malades traités et revus à longue échéance. Cependant, les motifs qui m'ont amené à l'utiliser systématiquement à ma Clinique de chirurgie orthopédique de Reims, enfin, la méthode elle-même, comparée dans ses détails avec les procédés classiques si aléatoires, si peu sûrs dans leurs résultats, bien qu'ils soient employés couramment dans tous nos hôpitaux, me feront excuser d'avoir publié hâtivement, peut-être, une technique que je crois sincèrement appelée à rendre les plus grands services aux malades.

Les raisons qui m'ont contraint à publier dès maintenant la méthode que j'emploie dans le traitement des tumeurs blanches en général et particulièrement dans le traitement de la tumeur blanche du genou et de la tumeur blanche de la hanche ou coxalgie, sont d'ordre tout différent. Je désire d'abord répondre à la demande d'un certain nombre de mes confrères, lecteurs et amis de ce journal, en leur exposant un procédé dont ils ont pu constater les résultats chez plusieurs de leurs malades qu'ils m'avaient adressés. Mais je tiens surtout à m'assurer la priorité d'une méthode, qui m'a demandé beaucoup de temps et de recherches.

J'ai conservé la coutume de pratiquer ouvertement mes interventions de chirurgie orthopédique, même quand ces interventions sont nouvelles et n'ont pas encore été publiées.

Un certain nombre de mes confrères de l'Est m'ont souvent fait le plaisir d'assister à mes opérations. Je n'ai qu'à m'en féliciter, puisque, depuis quatre ans, j'ai pu gagner des amis à des procédés nouveaux et à une spécialité encore nouvelle chez nous: la Chirurgie orthopédique. Mes salles d'opérations se sont également ouvertes pour un petit nombre de confrères étrangers. Mais un d'entre eux, rentré chez lui, s'est empressé de publier comme siens des procédés opératoires qu'il venait d'apprendre chez moi.

Je désire donc m'assurer un droit de priorité incontestable pour une méthode que j'applique journellement et empêcher ainsi les pillards de me dévaliser.

Ceci dit, voyons quel est le traitement actuellement employé pour la tuberculose articulaire et quel est celui que nous proposons de lui substituer.

A l'époque où la scrofule englobait la plupart des tuberculoses locales, le traitement s'adressait moins à l'état local qu'à l'état général.

Or, n'est-ce pas un aveu d'impuissance de traiter une maladie encore locale par un traitement exclusivement général? Les uns conseillent aux malades atteints de tuberculose articulaire le traitement par l'air de la mer; les autres préconisent l'air pur des montagnes. Cependant le professeur Lannelongue, dans une expérience qui a son importance, a démontré que les cobayes atteints de tuberculose et transportés sur la montagne ou au bord de la mer, ne résistaient pas mieux que ceux qui respiraient l'air de la plaine.

Laissons donc s'élever des sanatoria luxueux, les uns sur le Mont Blanc, les autres en plaine, les autres sur les bords de la mer! Chacun d'eux

possède l'air le plus pur et le plus curatif. S'il s'agit de tuberculose pulmonaire, rien de mieux, tous les efforts sont louables. La faille de la tuberculine de Koch a assez démontré l'inanité des médicaments préconisés et des spécifiques qui n'existent pas. Laissons les médecins faire de l'hygiène bien entendue ; ils ont droit, quoi qu'ils fassent, à nos encouragements.

Pour la tuberculose pulmonaire, les sanatoria d'altitude, ceux de la plaine, ceux du bord de la mer se valent ; la tuberculose guérit, quand elle le veut bien, soit dans l'un, soit dans l'autre. Le tout est d'avoir un sanatorium bien aéré, bien orienté, et un ordinaire copieux et choisi, et surtout une tuberculose peu virulente. Aussi est-il peu sage de persuader à un malade qu'il ne peut guérir que dans telle station, très éloignée de son foyer. Qu'il choisisse donc un lieu propice dans les environs de sa ville ; qu'il y vive confortablement ; qu'il prenne une cure de son soleil sans aller bien loin en chercher un meilleur ; et il guérira, s'il est atteint d'une tuberculose peu virulente.

Voilà bien le traitement général ! Pas inutile sans doute, mais combien aléatoire, si nous le comparons à nos traitements chirurgicaux, que nous pouvons porter sur telle ou telle région contaminée.

Aussi est-ce folie d'espérer guérir une tuberculose articulaire par l'air de telle ou telle plage renommée, ou celui de tel mont plus ou moins réputé. C'est vouer l'évolution d'une terrible maladie au plus grand des hasards, quand on a le remède sous la main ! Ou bien encore satisfaire les goûts d'une famille riche, qui, sous prétexte de guérir un enfant, trouve l'occasion de revoir une plage joyeuse.

Dans les classes élevées de la société, ce traitement est accepté avec enthousiasme, parfois même demandé.

Ce qui m'a toujours frappé, c'est de voir les enfants ainsi envoyés dans les villes d'eau, traités dès leur arrivée par des moyens connus et applicables en tous lieux : injections de liquides modificateurs, immobilisation, traction continue, que sais-je enfin ?

Si l'air de la station avait un pouvoir souverain, les praticiens de l'endroit privilégié devraient s'en contenter, sans recourir à d'autres moyens. Je ne vois dans tout cela qu'habitude et tradition chez le médecin qui donne à son malade pareil conseil ; mais il y a, à côté de celui-ci, des lanceurs de stations renommées, qui sont avant tout industriels !

Bonnet, à Lyon, recommandait l'immobilisation, qui a jouté d'une grande faveur, ce qui n'a pas empêché l'antiseptie et la découverte du bacille de Koch d'imprimer un élan impétueux à la méthode interventionniste.

A une époque peu éloignée, un début de coxalgie était-il soupçonné ? Aussitôt quelque résécomané allemand, et faut-il le dire aussi, français, enlevait tête et col fémoraleux.

Mais les récidives se multiplient ; on n'est jamais sûr d'atteindre le bacille. On est effrayé des pertes de substance nécessaire. Les enfants réséqués présentent des raccourcissements qui s'accroissent avec l'âge et après quelques années ; au lieu d'un membre inférieur utile, ils n'ont plus qu'une jambe de la grosseur et de la longueur d'un bras.

Ollier, et plus récemment encore Kirrmisson, se sont élevés avec force contre cette monomanie de la résection large typique.

Verneuil, Mikulicz, Wendelsbadt, Krause, Lucas Championnière, Calot, Kirrmisson, Bruns préconisent alors la destruction locale du bacille par les injections antiseptiques (1).

Mais la plupart des chirurgiens n'emploient les injections qu'à une période déjà avancée, lorsqu'il y a abcès ou fistule.

Calot a préconisé des injections modificatrices plus hâtives. En cela, il est, je crois, dans le vrai ; il ne faut pas songer à éteindre l'incendie quand tout est consumé. Je ferai toutefois un reproche à Calot, dont je suis cependant les travaux avec grand intérêt : il fait des injections intra-articulaires ; cela me paraît particulièrement problématique, lorsqu'il s'agit de la hanche.

Autour de l'articulation, les tissus mous, les épiphyses sont le siège de semis tuberculeux. Comment atteindra-t-il donc ces foyers disséminés et situés hors de l'articulation et qui n'ont aucune communication avec elle ?

La pratique de Mesnard (de Bordeaux), exposée dans la thèse de son élève Défait (1), pratique imitée de celle de von Volkmann, me paraît plus rationnelle.

Il ne s'agit plus ici d'injections en masse dans des trajets fistuleux et dans des abcès ; il ne s'agit pas non plus d'injections seulement intra-articulaires ; ce sont des injections interstitielles, de quelques gouttes chacune, qui vont non seulement dans l'articulation, mais encore dans les tissus environnants. L'articulation et le membre à son niveau se trouvent farcis de substance bactéricide ; partout on y va déposer quelques gouttes d'éther iodoformé et établir ainsi autant de petites forteresses qui lutteront contre les bacilles.

Lannelongue fait autour de l'articulation, mais sans y pénétrer, une série de piqûres de chlorure de zinc à un dixième, distantes d'environ trois centimètres les unes des autres. On enfonce l'aiguille de la seringue de Pravaz jusqu'à l'os, et on injecte 5 à 6 gouttes par piqûre, en tout 50 à 60 gouttes.

Mais le chlorure de zinc est une substance néocrosante, et si, au lieu de se contenter d'un cercle de piqûres autour de l'articulation, au niveau de l'os, on pratiquait des injections interstitielles multiples ; si l'on avait la prétention de farcir l'articulation et le membre à son niveau, on aurait une nécrose en masse de l'articulation. Le chlorure de zinc est donc peu maniable et ne peut atteindre toutes les bacilles.

Pourquoi ces méthodes, qui ont au moins le mérite de faire quelque chose, n'ont-elles pas le don de séduire la majorité des praticiens ? Parce que, à mon avis, elles ont le défaut d'être insuffisantes. Aucune n'a d'action élective sur le tissu osseux et ne peut être portée au centre des épiphyses, forteresses de la tuberculose ostéo-articulaire. Les injections intra-osseuses d'éther iodoformé sont difficiles avec une seringue de Pravaz ; de plus, l'éther iodoformé, qui nous a toujours paru avoir une action évidente dans la tuberculose des tissus mous, ne nous a pas paru aussi efficace dans la tuberculose osseuse.

Est-ce là ce qui a manqué à la fortune des injections interstitielles, cependant si utiles, quand on les compare à la pratique classique, et journellement employée dans nos services hospitaliers ?

Dans la majorité des cas, en effet, comment traite-t-on les ostéoartrites tuberculeuses ?

Au début, immobilisation du membre dans un appareil ou dans une gouttière, ou bien encore immobilisation au lit avec poids et traction continue. Les aides replacent continuellement la traction ; l'enfant remue, déplace l'appareil, et finalement, à moins d'une surveillance extrêmement vigilante, il fait une ankylose avec déviation du membre. De plus, l'enfant est immobilisé, s'anémie et s'étiologie : voilà le grand reproche.

Plus tard, quand les abcès apparaissent, certains ont recours aux injections modificatrices. Les radicaux pratiquent une résection large, qui amènera un résultat orthopédique déplorable, un raccourcissement du membre considérable ; d'autres enfin, et Kirrmisson en particulier, préfèrent une résection atypique économique, supérieure comme résultat orthopédique à la première. Mais l'une et l'autre de ces méthodes ont l'immense inconvénient de ne pas atteindre

des tous les foyers tuberculeux, d'où les récidives fréquentes et les fistules interminables.

En résumé. — Période de début. La période des grandes résections hâtives étant finie, il reste :

- a) Immobilisation dans les appareils, piétrés ou non, avec compression.
- b) Ou bien encore immobilisation au lit avec traction continue.

Voilà le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire au début ! Ce qui peut se résumer à ceci : immobiliser l'articulation, souhaiter que la tuberculose soit peu virulente, et la laisser guérir si elle le veut bien. Dans le cas contraire, ne rien faire pour enrayer son évolution ! Moyen facile, à la portée de tout le monde, moyen classique, enseigné par l'École, conseillé journellement et employé presque exclusivement dans nos hôpitaux.

L'ignipuncture de Richet, les injections modificatrices, sont employées plus tard, à la période d'état. La plupart des malades arrivent à la période ultime traités par ces moyens, et alors on songe seulement : les radicaux, aux grandes résections ; les timides, aux résections atypiques, économiques, infiniment supérieures du reste.

Enfin, si par bonheur, le membre guérit en bonne attitude, la défense est formelle : ne pas essayer de ramener un peu de souplesse, de refaire la musculature, de rendre en partie la fonction au membre. Une récidive est à craindre ; on ne doit pas toucher à un membre anciennement atteint de tuberculose.

Voilà à ses différentes périodes le traitement classique admis par à peu près tout le monde. Il est tout simplement insuffisant ou absurde !

Insuffisant, parce que, à la période de début, on ne fait rien pour enrayer la tuberculose qui évolue en paix sous l'appareil immobilisateur.

Insuffisant, parce que les injections-modificatrices sont pratiquées trop tard, à une période où elles ne peuvent plus enrayer un mal trop étendu ; insuffisant encore, parce que, à la période ultime, les résections atypiques ne peuvent pas enlever la totalité du mal.

Absurde, quand on immobilise un enfant au lit ou dans une voiture : ce qui le met dans les meilleures conditions pour dépérir et s'anémier.

Si l'on fait une résection trop étendue, qui dépasse les limites du mal, et laissera un membre atrophié, diminué de longueur et inutile.

Absurde, quand après guérison, la défense de toucher à l'articulation pour améliorer la fonction est formelle et n'admet pas d'exception. Elle laissera impotent un membre auquel on aurait pu donner une partie de sa fonction.

Comment donc concilier les exigences du traitement des tuberculoses articulaires ? En étant radicalement révolutionnaire !

Pratiquer immédiatement, dès le début, des injections d'éther iodoformé, non seulement intra-articulaires comme Calot, mais encore interstitielles, comme Mesnard. Faire plus encore, aller au centre des épiphyses, y déposer une certaine quantité d'acide phénique pur, qui a une action élective sur le tissu osseux ; faire en un mot ce que, à l'imitation de l'ignipuncture de Richet, nous appellerons la Phéno-puncture.

La Phéno-puncture peut être sous-cutanée ou à ciel ouvert.

Pour pratiquer la phéno-puncture sous-cutanée, nous avons fait construire des instruments figurés sur le cliché ci-contre (Fig. 43), et dont voici l'énumération :

- Un laveur contenant de l'alcool ;
- Une lancette *ad hoc*, pour traverser les tissus mous d'un seul coup (b) ;
- Un petit tube protecteur en métal (c) ;
- Une mèche hélicoïdale montée sur un manche très lourd (a) ;
- Une pipette métallique (P et P') ;

(1) Défait. — Thèse de Bordeaux.

(1) Verneuil. *Revue de Chirurgie*, 1885, p. 248.
Lucas-Championnière. *Gaz. médico-chirurgicale de Toulouse*, 1891.
Calot. *Congrès de Chirurgie*, Paris, 1896.
Mikulicz. *Arch. für klinische Chirurgie*, Berlin, 1881, 28. Bd. 196.
Krause. *Ueber die antituberkulose Wirkung des Iodoforme*. *Beiträge für klin. Chir.*, 1888, t. III, p. 133.
Bergmann. *Congrès des Chirurgiens allemands*, 1892.

Un récipient haut et étroit contenant de l'acide phénique pur.

La lancette spéciale, sorte de longue tige d'acier à forme aplatie et large, pénètre jusqu'à l'os et trace le chemin à la mèche hélicoïde. Celle-ci est enfoncée à travers la petite plate (qui mesure à peine 0 m. 01), et va tarauder l'os. Ce taraudage est rendu facile par le poids même de l'instrument, muni d'une manche très lourde et tenant bien en main (Fig. 44).

La mèche hélicoïde mesure six millimètres de diamètre; elle est disposée de telle façon que les débris osseux sont attirés au dehors, montent seuls autour de l'hélice à mesure que la mèche pénètre dans le tissu osseux. Un orifice de six millimètres de diamètre est ainsi percé au centre des épiphyses à travers le condyle, sans contusion des parties molles, la lancette qui a frayé le chemin ayant à dessin un diamètre un peu supérieur à la mèche.

Le protecteur métallique (c) est introduit à travers les parties molles qu'il doit protéger contre l'acide phénique pur (Fig. 45): ce qui permettra une fermeture rapide de l'incision cutanée. Il va emboîter l'orifice percé dans l'os.

On prend à ce moment la pipette chargée d'acide phénique; puis, ainsi que le représente la Fig. 46, on va porter cet acide phénique pur au centre de l'épiphyse.

Il suffit de soulever le doigt tenant l'extrémité supérieure de la pipette (Fig. 47), pour déposer une quantité plus ou moins grande de liquide.

On a pu, de cette façon, agir sur le tissu osseux, le désinfecter, produire par son action énergique des albuminates extrêmement bactéricides; en un mot, on a désinfecté énergiquement l'épiphyse et provoqué en son centre une excitation favorable, qui amènera une phagocytose intense, une suractivité qui ne tardera pas à combler rapidement le petit orifice produit. Témoin l'enfant dont nous parlerons plus loin et chez qui les pointes de phéno-puncture ont été fermées sous un unique pansement.

Au niveau de ces pointes de phéno-puncture, on sentait, à quel que temps de là, une petite exostose légère, témoignant de la suractivité osseuse à ce niveau. Il n'y a donc pas à craindre que le tissu osseux ne ferme pas l'orifice produit par la phéno-puncture. Grâce au tube protecteur, le membre n'est pas atteint par l'acide phénique pur. Il faut en effet bien se garder de laisser tomber le liquide sur la peau, car on pourrait provoquer des brûlures très pénibles, les tissus mous n'ayant pas, pour l'acide phénique pur, la même tolérance que le tissu osseux.

Je laisse le liquide en contact avec le tissu osseux une minute ou une minute et demie; j'enlève ensuite l'excès d'acide phénique avec les petits tampons de ouate hydrophile montés sur des stylets (d); ceci a pour but d'éviter le contact du liquide avec les tissus mous, au moment du premier lavage à l'alcool qui va entraîner l'acide phénique au dehors.

La pipette (p), qui maintenant va me servir de sonde, est réunie par un embout métallique au laveur contenant de l'alcool. Je lave abondamment avec ce dernier liquide, antidote de l'acide phé-

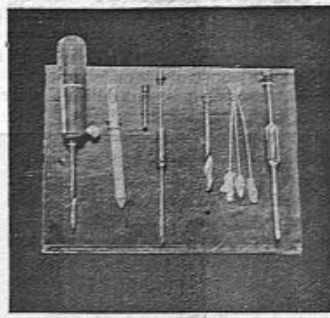


Fig. 43. — a, mèche hélicoïde montée sur un manche très lourd; a', mèche plus forte; b, lancette; c, tube protecteur; p et p', pipettes; d, tampons de ouate montés sur des stylets.



Fig. 44. — Taraudage des épiphyses avec la mèche hélicoïde pour permettre de pratiquer la phéno-puncture (Méthode de l'auteur).

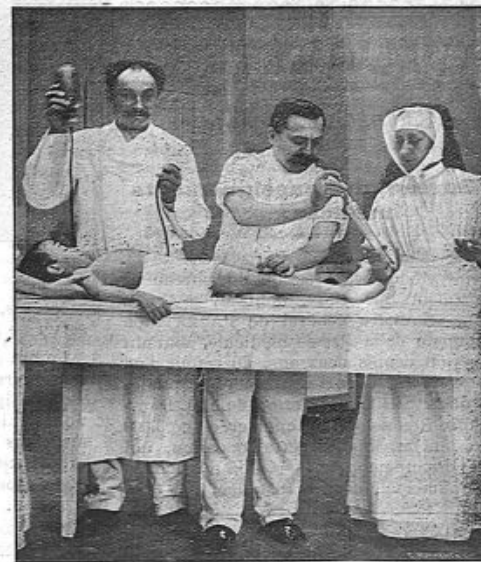


Fig. 45. — Le protecteur métallique est introduit à travers les parties molles. On prend de l'acide phénique pur dans un vase long et étroit à l'aide de la pipette.

nique, les pointes de phéno-puncture. — Quand on pratique la phéno-puncture sous-cutanée au niveau des épiphyses, il faut avoir soin de se tenir en dehors de l'articulation et de ne pas y faire pénétrer l'acide phénique pur.

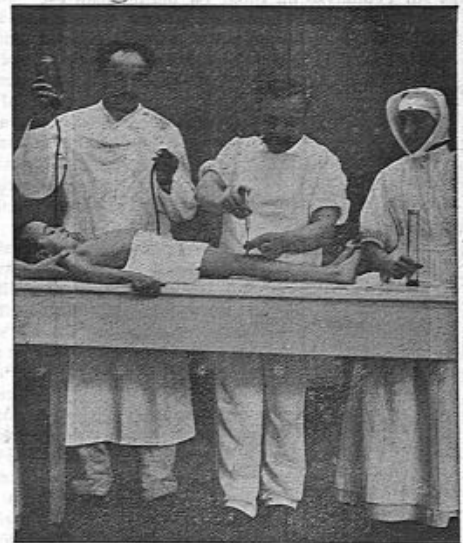


Fig. 46. — On souève le doigt posant sur l'extrémité supérieure de la pipette et l'on dépose une certaine quantité d'acide phénique pur au centre de l'épiphyse.

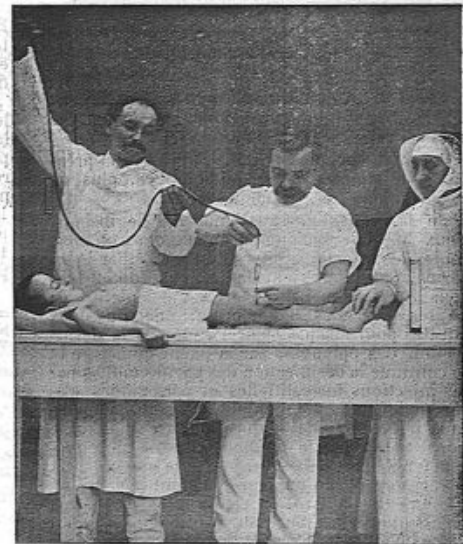


Fig. 47. — La pipette, qui va maintenant servir de sonde, est réunie par un tube en caoutchouc au laveur contenant de l'alcool.

Nous ne devons pas oublier en effet, qu'après la phéno-puncture, il faut faire un lavage abondant avec de l'alcool. Il serait difficile de faire un lavage articulaire par un orifice aussi petit, et, de plus, l'acide phénique pourrait déterminer dans l'article une réaction intense, conduisant à l'ankylose: ce que nous cherchons à éviter, dans une tumeur blanche soignée dès le début. Nous verrons plus loin que nous pratiquons, dans l'articulation et au sein des parties molles, des piqûres interstitielles d'éther iodoformé n'amenant que très peu de réaction.

La phéno-puncture à ciel ouvert me paraît préférable. Il vaut mieux, en effet, voir ce que l'on fait.

Je pratique une incision longitudinale de quelques centimètres au niveau de l'union des par-

ties antérieures et latérales des condyles. Une incision est également pratiquée au niveau du bulbe du tibia. Ces incisions vont jusqu'à l'os ; on applique à ciel ouvert une ou deux pointes de phéno-puncture sur chaque condyle et sur l'épiphyse du tibia. La petite plaie est immédiatement suturée avec deux crins de Florence. La phéno-puncture à ciel ouvert est plus rapide que la phéno-puncture sous-cutanée ; elle est plus sûre et tout aussi bénigne. La



Fig. 48. — Lignes d'incision pour la phéno-puncture à ciel ouvert (Méthode de l'auteur).

Fig. 48 représente un genou, sur lequel j'ai pris soin de tracer les lignes d'incision.

La méthode consiste dans l'application préalable de pointes de phéno-puncture, plus ou moins nombreuses, en une séance.

Je fais ensuite, sans endormir le malade, deux fois par semaine, pendant deux ou trois mois, des injections interstitielles d'éther iodoformé, dans l'intérieur de l'articulation et dans tous les tissus mous. Je farcis l'articulation de petites parcelles d'iodoforme, une ou deux gouttes pour chaque piqûre. J'obtiens la désinfection des épiphyses par la phéno-puncture et je continue la désinfection des parties molles par les injections interstitielles et périodiques d'éther iodoformé. L'union de la phéno-puncture aux injections périodiques d'éther iodoformé constitue la partie fondamentale de mon procédé. S'il en est besoin, je répète une ou deux séances de phéno-puncture pendant le cours du traitement (La Fig. 49 représente les instruments qui me servent pour les injections périodiques d'éther iodoformé).

J'ai fait construire une seringue de Pravaz avec piston et corps de pompe métalliques, ce qui la rend facilement stérilisable. Une aiguille longue, fine et solide, me permet de pénétrer profondément.

A la période d'état, au moment où les auteurs assistent désolés et impuissants, malgré la traction continue et les poids, à l'envahissement de l'articulation, sans cependant se croire encore autorisés à réséquer, je pénètre hardiment jusque sur les épiphyses. La phéno-puncture timide et les injections interstitielles d'éther iodoformé ne nous suffisent plus : il faut se hâter, tarabouter les épiphyses, pratiquer une phéno-puncture plus énergique par des orifices plus volumineux. La synoviale, l'article lui-même, doivent être désinfectés à l'acide phénique pur.

La méthode n'exclut pas l'immobilisation en bonne attitude tout au moins temporairement.

J'ai déjà décrit, dans un mémoire antérieur (1), comment je comprends l'immobilisation du membre et non l'immobilisation du malade. Les appareils que je construis journellement à cet effet, avec ou sans étriers, ont déjà été décrits.

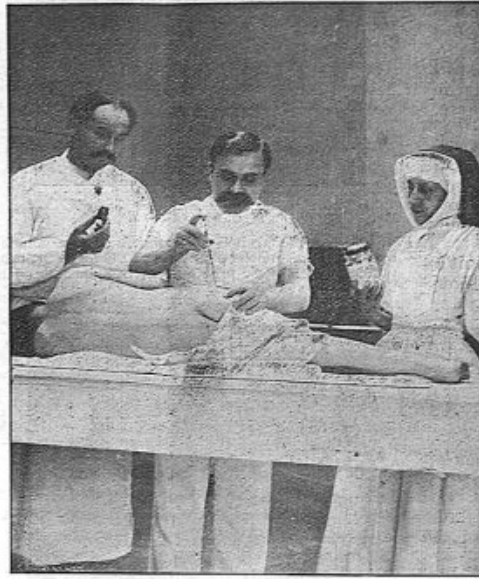


Fig. 49. — Seringue de Pravaz, avec corps de pompe et piston entièrement métalliques, pour injections interstitielles (aiguille longue, fine et résistante).

En thèse générale, il faut conserver l'appareil tant que les attitudes vicieuses sont à craindre et jusqu'à ce que l'articulation soit suffisamment désinfectée.

Plus tard, à la période des abcès et des fistules, je deviens au contraire moins radical que la plupart des chirurgiens, car le résultat orthopédique me préoccupe. Avec Kirrison, mes résections sont économiques ; et, malgré cela, mieux que les résécomanes à outrance, j'obtiens la désinfection de l'article, car je suis, de parti pris, la méthode exposée, au Congrès de Paris de 1900, par Phelps, le célèbre chirurgien orthopédiste de New-York (2).

(A suivre).

ACTUALITÉS.
LA MÉDECINE A PARIS.
61 (07)
Le Bureau de renseignements médicaux.

Le Conseil municipal de Paris vient de décider, en principe, la création du bureau de renseignements médicaux, dont M. le Dr R. BLONDEL, secrétaire général de l'Association internationale de la Presse médicale, poursuit la réalisation depuis deux ans, au retour d'un voyage d'études dans les grandes capitales européennes. Sur la proposition de MM. Dausset et Félix Roussel, un premier crédit de 3.000 francs a été attribué à cette fondation, qui relèvera directement de la 4^e Commission du Conseil municipal, et sera installée, soit à la

(1) Mencières. *Médecine moderne*, numéro du 27 avril 1900.

(2) Phelps (de New-York). Rapport lu devant le XIII^e Congrès international de Paris, 1900. Traduction du *New-York med. Journ.*, 1^{er} sept. 1900, page 369 à 411 ; *Revue d'Orthopédie*, numéro de janvier.

Faculté de Médecine, soit à la Sorbonne, soit à l'Hôtel de Ville.

A la Faculté, après les démarches faites par M. le Dr Blondel, d'abord auprès de M. Brouardel, dès 1900, puis auprès de M. Debove, la question a été mise à l'étude et le Conseil des professeurs, sur un rapport très favorable de M. Pozzi, a approuvé l'installation éventuelle de ce bureau dans la Faculté. Dans ce bureau, les médecins de l'étranger, ou même de la province, entreprenant un voyage d'études à Paris, trouveront un ou des employés polyglottes, munis de fiches tenues régulièrement à jour, et pouvant donner tous les renseignements désirables sur l'enseignement officiel ou libre, les services hospitaliers, les cliniques, les jours et heures de leçons ou d'opérations des chirurgiens et spécialistes, le fonctionnement des services de l'Assistance publique, la répartition, heure par heure, de l'enseignement et du travail dans chaque hôpital, école, institut, laboratoire, etc. On y trouvera également tous les renseignements concernant les services municipaux et autres intéressant la médecine ou l'hygiène : laboratoire municipal, morgue, eaux, égouts, incinération, etc. Enfin, les médecins étrangers trouveront, classés par nationalités, les noms, adresses et heures de leurs compatriotes



M. le Dr BLONDEL (de Paris).

médecins, fixés à Paris et acceptant de leur servir de guides à l'occasion.

Le but de cette intéressante création est de rendre profitable et plus aisée la connaissance des multiples services administratifs ou didactiques existant à Paris, et appelant la visite des médecins étrangers en tournée d'études. La propagation de l'influence française ne peut que gagner à la multiplication de ces visites (1).

(1) Voir *Gaz. Méd. de Paris*, 1902, p. 49.