

Ce double traitement quel sera-t-il?

Pour la tuberculose, il n'y a plus aujourd'hui d'hésitation: Immobilisation dans des appareils plâtrés bien faits, ponctions et injections modificatrices aussi précoces que possible.

Pour la syphilis, les avis sont partagés. Les uns préconisent le mercure à haute dose, les autres l'iodure à doses moins fortes. Lesquels écarter?

Il nous a paru que le traitement, quel qu'il soit, devait, pour produire le résultat cherché, être *long et intensif*, ces deux facteurs durée et puissance étant d'une importance égale. Beaucoup d'échecs thérapeutiques sont dus, en effet, à ce que l'on a négligé d'un des deux; c'est ainsi que les traitements violents mais de courte durée ne donnent, dans ces cas particuliers bien entendu, que des résultats négatifs.

Or, il est très difficile de faire supporter aux malades pendant un temps assez long, soit des doses élevées de mercure sans provoquer des accidents d'intoxication mercurielle, soit de grandes quantités d'iodure, sans voir survenir de l'intolérance gastrique ou de l'iodisme. Il est cependant une vieille préparation bien décrite aujourd'hui mais qui nous a toujours réussi, c'est le sirop de Gîbert. Nous le donnons sous sa formule primitive, aux doses journalières de 2 cuillerées à soupe chez l'enfant, et de 4 et même 8 cuillerées à soupe chez l'adulte (1).

L'effet de ce traitement est assez long à se faire sentir. C'est ainsi que parfois il faut attendre 15 jours, 3 semaines, pour voir disparaître les douleurs quand elles existent, mais passé ce délai elles cessent.

Le sirop de Gîbert doit être donné à ces fortes doses pendant plusieurs mois, avec seulement une semaine de repos sur quatre. Depuis que nous l'employons, nous avons évité les accidents mercuriels ou l'intolérance gastrique, et cependant nous avons eu des malades qui en ont absorbé des quantités énormes.

Un adjuvant précieux de ce traitement antisypilitique est de recouvrir d'onguent napolitain les régions malades, mais bien entendu quand il ne faut ni injecter ni ponctionner.

CONCLUSIONS.

On doit songer à la possibilité de l'association syphilis-tuberculose chaque fois que dans l'évolution ou la symptomatologie d'une lésion osseuse ou articulaire d'apparence tuberculeuse, il survient quelque particularité ne rentrant pas dans le cadre classique de ces affections.

La guérison de ces lésions n'est possible que par l'application simultanée du traitement antituberculeux et du traitement antisypilitique; ce dernier, pour être efficace, doit être long et intensif.

(1) On commence par des quantités moindres, et ce n'est que peu à peu que l'on atteint ces fortes doses.

Pédiatrie

Les formes malignes de la diphtérie

M. de Dr Casses vient d'étudier dans une thèse remarquablement documentée les formes malignes de la diphtérie, en s'attachant surtout à montrer les causes de cette malignité qui ont été diversement interprétées, en même temps que les moyens préconisés pour la combattre.

Les diphtéries malignes, dit M. Casses, se caractérisent cliniquement par les symptômes suivants: *troubles circulatoires*: hypotension artérielle, tachycardie, dilatation paralytique du cœur, arythmie, tendance au collapsus, à la syncope et à la mort subite.

Troubles digestifs: anorexie, vomissements, exceptionnellement douleurs abdominales.

Troubles nerveux: asthénie, phénomènes paralytiques, localisés ou généralisés.

Troubles généraux: pâleur, abattement, modifications de la température: d'abord hyperthermie puis hypothermie. Or, ces phénomènes se superposent trait sur trait à ceux de l'insuffisance surrénale expérimentale ou spontanée. Mieux que les autres théories (myocardite, troubles nerveux, organiques ou fonctionnels) la théorie de l'insuffisance surrénale rend compte de leur pathogénie.

M. Casses rappelle, en effet, et ce retour en arrière n'est pas inutile, que M. de Dr Sergent a eu l'idée, il y a une dizaine d'années, de rattacher à l'insuffisance surrénale certains syndromes dont la signification n'avait pas encore été suffisamment précisée; et toutes les recherches ultérieures ont confirmé les vues de ce savant et montré que nombre d'accidents, soit primitifs, soit consécutifs à une infection ou à une intoxication, relevaient, en réalité, d'une insuffisance capsulaire plus ou moins aiguë, plus ou moins complète, plus ou moins durable. Ainsi la pathologie s'est enrichie d'un nouveau chapitre, et, par un juste hommage, on a convenu de désigner sous le nom de *syndrome de Sergent* ces phénomènes d'insuffisance surrénale, isolés, pour la première fois, par cet auteur. De ces notions théoriques découlent d'importantes conséquences: si certains accidents sont dus à l'insuffisance surrénale, rien de plus logique, pour les améliorer, que de prescrire l'opothérapie surrénale, et c'est ce qui a été fait en particulier pour la diphtérie.

M. Casses, après avoir montré à quel point tous les symptômes de la diphtérie maligne, se confondaient avec ceux de l'insuffisance surrénale, conclut que les diphtéries malignes ne reconnaissent qu'une cause: l'hyperintoxication; leur pathogénie est également univoque et se résume, presque tout entière, au seul mot d'insuffisance capsulaire.

Mais c'est la conclusion thérapeutique qui présente ici le plus d'intérêt, car les résultats obtenus ont été des plus remarquables. C'est qu'en somme, les diphtéries graves doivent être actuellement combattues de deux manières, par