REVUE DES JOURNAUX

TRAITEMENT DE LA FIEVRE TYPHOIDE

Par M. le Professeur Albert ROBIN

Membre de l'Académie de Médecine

Les personnes qui suivent le service ont pu remarquer le nombre inusité de typhiques qui sont hospitalisés dans nos salles. En l'espace de quelques semaines, neuf de ces malades ont eu recours à nos soins. Aussi voudrais-je, aujourd'hui, m'inspirant des indications thérapeutiques particulières que chaque cas comporte, vous exposer le traitement de la dothiëntenterie. La découverte de l'agent infectieux, les mesures d'hygiène préventive qui en découlèrent, la généralisation de la méthode des bains froids enfin ont fait tomber de nos jours le taux de la mortalité chez les typhiques de 20 à 30 %. Mais avant que les progrès des sciences médicales aient conduit à un tel résultat, une longue période s'est écoulée où beaucoup de méthodes furent tour à tour instituées. A l'expectation simple de Louis, de Bretonneau, de Trousseau, Dujardin-Beaumetz substitua l'expectation dite armée, simple "traitement émiété de symptômes" suivant le jugement de Ger-

Syphilis
Artério-sclérose, etc.
(Ioduro Enzymes)
Todure sans Todisme

Todurase

de COUTURIFUX,
57, Ave. d'Antin, Paris.
en capsules dosées à 50 ctg. d'Io-
dure et 10 ctg. de Levurine.

main Sée. Vinrent alors la méthode évacuante de Larroque, préconisée un moment par Grisolle, la méthode des émissions sanguines, néfaste en dehors d'indications spéciales, la médication tonique par l'alcool, l'extrait de quinquina, nocive aux doses auxquelles ces substances étaient utilisées, la méthode antithermique qui, basée sur une conception fautive de la dothiéntérie, a poussé Brandt à l'emploi des bains froids. La méthode antipyretique fut l'objet de véritables orgies médicamenteuses : on administrait aux malheureux patients de l'acide phénique jusqu'à 5 et 6 grammes, du sulfate de quinine jusqu'à 6 et 8 grammes, de l'acide salicylique, de l'antipyrine malgré les fâcheux effets de ce corps sur le rein. Toutes ces médications tendaient à combattre les conséquences de l'infection typhique; la méthode antiseptique chercha à détruire le bacille d'Eberth lui-même. Dans ce but, outre les agents chimiques précédemment cités, pour la plupart microbicides, on donna aux malades de la naphthaline, du naphthol, de la résorcine, de l'acide camphorique, du sulfure de carbone, de l'iodoforme, du soufre, etc..., sans succès il faut bien l'avouer. Les mercuriaux eux-mêmes prescrits sous forme de sulfure noir de mercure par Petit et Serres, de calomel par de Simone, Salet, Bouchard, de frictions mercurielles par Kalb se montrèrent inefficaces. Ils sont même dangereux si j'en juge par un fait que j'ai observé dans mon service : une jeune couturière atteinte de syphilis secondaire, fut soumise à un traitement mercuriel intensif. Entre temps, elle contracte une fièvre typhoïde qui d'emblée prend un caractère de haute gravité; les bains froids sont en effet sur la température, l'agitation est extrême; vers le 19^e jour, la peau se couvre de phlyctènes gangréneuses; une phlegmatia se déclare au niveau du membre inférieur gauche; la fièvre redouble et au 21^e jour, la mort survient. Chez cette femme saturée de mercure, le bacille d'Eberth, bien loin de trouver des conditions peu favorables à son développement, avait acquis une virulence exceptionnelle.

La période contemporaine enfin a vu apparaître la sérothérapie antityphique, médication pleine de promesses sans doute mais qui n'a pas encore pénétré dans les milieux médicaux. Au reste, l'emploi des métaux ferments, dont l'action se rapproche sensiblement de celle des sérums, ne m'a pas donné dans la fièvre typhoïde de grands résultats. Aussi convient-il de faire quelques réserves touchant la méthode de M. Chantemesse. Somme toute, des essais thérapeutiques tentés lors de la dothiéntérie, aucun n'a survécu en dehors de la pratique des bains froids.

*
* *

Dans le but d'établir un schéma de traitement de la dothiéntérie, j'ai étudié quelles étaient les modifications que présentaient les échanges organiques chez le typhique. J'ai constaté ainsi plusieurs faits très intéressants: la désintégration organique s'élève; les éléments organiques désintégrés subissent un retard dans leur évolution: en effet, le coefficient d'utilisation de l'azote désintégré diminue ainsi que l'oxydation des matières ternaires; les échanges respiratoires baissent, la proportion d'urée est inférieure à la normale.

Les déchets incomplètement utilisés sont retenus dans l'organisme; les preuves nous en sont fournies par la forte proportion des principes solubles dans l'alcool que renferme le sang du typhique, par l'augmentation des déchets entraînés par l'urine, lors de la défervescence et de la convalescence, celle-ci étant souvent annoncée par une sorte de décharge précritique. Reste à établir des causes de la rétention intra-organique des résidus incomplètement élaborés. Celle-ci tient tout d'abord à la nature même de ces résidus et à leur abondance. En outre, les émonctoires sont plus ou moins touchés: les reins filtrent mal; l'élimination de l'acide carbonique par la muqueuse respiratoire est

faible ; la peau est sèche ; la bile est sécrétée en plus petite quantité et d'une manière générale, l'activité de la glande hépatique est notablement au-dessous de la normale. Seules les sécrétions intestinales font exception : elles sont augmentées sans doute en raison des lésions infectieuses. Enfin les tissus encombrés des résidus incomplètement évolués, se drainent mal.

En résumé, le bacille d'Eberth envahit un organisme en état d'opportunité morbide. Contre le microbe et contre ses toxines, la lutte est engagée. Les poisons microbiens, de nombreux déchets élaborés dans les protoplasmas, sous l'influence de l'infection, saturent les tissus, constituant ainsi, peut-on dire, la lésion chimique de la dothiénterie, au moment précis où le pouvoir éliminateur de l'économie faiblit. Si les conditions de cette rétention demeurent modérées, si les déchets sont solubilisés, ou brûlés, la guérison est possible. Dans le cas contraire, l'abondance des déchets, l'insuffisance des émonctoires, la virulence du bacille d'Eberth ou l'apparition d'une complication, entraînent la mort. De ces quelques considérations découlent donc trois indications thérapeutiques fondamentales : diminuer la désintégration et soutenir l'organisme ; favoriser l'évolution des éléments organiques désintégrés et activer les échanges en stimulant le système nerveux ; faciliter enfin l'élimination des éléments désintégrés.

*
* *

Deux moyens sont à notre disposition pour soutenir le sujet dans sa lutte contre la maladie et pour diminuer la désintégration organique : l'alimentation et l'usage de certains médicaments.

Voyons d'abord l'alimentation. Malgré l'opinion de plusieurs médecins, je suis l'adversaire de tout aliment solide au cours de la dothiénterie. Les avantages de cette dernière pratique sont rares ; par contre les dangers en sont grands. Aussi

demeurez fidèles au lait et faites-le prendre chaud par petites gorgées, à la dose d'un à deux litres suivant la capacité du patient.

Ajoutez-y un demi-litre à un litre de bouillon de pot-au-feu préparé suivant la vieille recette, c'est-à-dire en huit à dix heures sans ébullition; vous recommanderez le bouillon de poulet, de veau ou de bœuf avec beaucoup de légumes, quelques céleris ou clous de girofle dans le but de l'aromatiser. N'ayez aucune foi dans les critiques dont ce malheureux bouillon a été l'objet; cette "dissolution de poisons" est en réalité un stimulant nutritif de premier ordre et en l'ordonnant, vous introduisez dans l'économie des éléments minéraux que celle-ci perd en grande abondance.

Les médicaments susceptibles de ralentir la désintégration sans toutefois diminuer l'évolution des produits désintégrés sont nombreux. D'après mon expérience personnelle, j'en préconise plusieurs :

Le bichlorhydrate de quinine à la dose de vingt-cinq centigrammes deux fois par jour, que vous ferez suivre de deux ou trois gorgées de limonade fraîche.

L'extrait mou de quinquina que vous pourrez formuler par exemple comme le professeur Pouchet, de cette manière :

Extrait de quinquina calisaya... 1 gr. 50 à 2 gr.

Eau distillée de menthe poivrée... }
Eau distillée de canelle..... } ââ 50 gr.

Sirop d'écorces d'orange amère .. 30 gr.

à prendre par cuillerées à soupe dans les 24 heures.

Vous pourrez encore prescrire les alcools à faibles doses, sous forme de vieux vin, de vin de Champagne, toujours étendu d'une eau minérale légèrement alcaline comme les eaux de Vals (Saint-Jean), d'Alet, de Pougues (Saint-Léger).

Enfin une à deux tasses d'une infusion légère de café vous rendront service; le café en effet augmente la diurèse, élève la

tension artérielle, stimule l'activité circulatoire et accroît la tonicité du système nerveux.

Il faut rejeter systématiquement l'emploi d'un antipyrétique ou d'un antiseptique; je ne parlerai pas de l'acide phénique, des naphthols, de la thalline, de la résorcine, tous médicaments justement oubliés de nos jours, mais je fais allusion à la phénacétine et à l'antipyrine que certains ordonnent encore dans le traitement de la dothiéntérie. Vous ne devez considérer l'antipyrèse que comme un incident thérapeutique. Cette médication n'est justifiée que dans deux circonstances: lorsque à la période d'état, la température se maintient à 40° et au-dessus et n'est pas influencée par la balnéation ou à la fin de la période de déclin, lorsque cette phase se prolonge. Administrez alors le pyramidon à la dose de trente centigrammes que vous faites prendre à l'heure du jour où la plus basse température est constatée. En général deux à quatre cachets vous donneront le résultat cherché.

*
* *

Passons à la seconde indication: il nous faut, avons-nous vu, favoriser l'évolution des éléments organiques désintégrés et activer les échanges en stimulant le système nerveux. En dehors des médicaments désignés plus haut qui remplissent déjà cette indication à titre de corroborants, plusieurs moyens sont à notre disposition:

1° L'aération: les fenêtres de la chambre du typhique seront entr'ouvertes de manière à assurer le renouvellement de l'air de la pièce; la literie sera fréquemment changée et le malade sera couvert modérément. Est-il cyanosé ou souffre-t-il de dyspnée? des inhalations d'oxygène seront alors d'un grand secours.

2° Il faudra de plus veiller soigneusement à la propreté de la langue, de la bouche et du pharynx. De temps à autre, on va-

riera la position du sujet afin d'éviter les dangers de stase pulmonaire. L'apparition de celle-ci commanderait aussitôt l'application large de ventouses sèches sur toute la poitrine.

3° Remplissent également notre seconde indication l'administration de boissons abondantes (soit en totalité, trois ou quatre litres de liquide par 24 heures), et surtout la pratique de la balnéation sur laquelle je reviendrai plus loin.

La balnéation en effet stimule l'activité nerveuse et la circulation et favorise puissamment les échanges respiratoires.

*
* *

Reste la troisième indication fondamentale: faciliter l'élimination des déchets des éléments organiques désintégrés; pour la remplir quatre étapes sont nécessaires: il faut d'abord solubiliser les déchets puis leur fournir un liquide assez abondant pour les entraîner au dehors. Concurrément, on veillera à maintenir l'énergie des moteurs circulatoires et l'on assurera le bon fonctionnement des émonctoires.

La solubilisation des déchets est déjà favorisée par les boissons abondantes et la balnéation; elle est encore aidée au moyen de médicaments susceptibles de se combiner avec ces déchets et de donner naissance ainsi à un composé plus soluble, partant plus facile à éliminer. Parmi ces médicaments, je vous citerai le benzoate de soude que vous ferez rentrer à la dose de deux grammes dans la portion à l'extrait de quinquina. L'usage de boissons abondantes permettra d'entraîner les résidus solubilisés. Vous maintiendrez l'énergie des moteurs circulatoires par les bains, au besoin par le sulfate de spartéine à la dose de deux à cinq centigrammes en solution ou en injections hypodermiques:

Sulfate de spartéine 0 gr. 10 à 0 gr. 20
 Eau 150 cc.

à prendre par cuillerées à soupe toutes les heures.

La tension artérielle vient-elle à fléchir? Le pouls se précipite-t-il? Employez la digitale associée à l'ergotine; la première ralentit et renforce les battements cardiaques; l'ergotine, en provoquant la constriction des fibres musculaires lisses des petits vaisseaux, élève la tension artérielle. De l'union de ces deux médicaments, résulte une diurèse que vous favoriserez par l'acétate de potasse. Je formule donc:

Poudre de feuilles de digitale 0 gr. 60
 A faire infuser dans eau bouillante 30 gr.
 Filtrer et ajouter:
 Ergotine Bonjean 2 à 4 gr.
 Acétate de potasse 2 gr.
 Sirop des cinq racines 30 gr.

F. S. A. une potion dont on administrera 3 à 6 cuillerées par jour à intervalles réguliers.

Nous serons brefs sur les moyens propres à assurer l'intégrité des émonctoires; les diverses prescriptions exposées plus haut faciliteront l'élimination pulmonaire, cutanée, rénale. Pour ce qui est de l'élimination intestinale, elle s'affirme tout naturellement par l'existence habituelle de la diarrhée au cours de la dothiéntérie. Tout typhique doit aller deux fois à la garde-robe par jour; sinon il convient de provoquer les selles par un purgatif. Le meilleur en la circonstance me paraît être le sulfate de soude à la dose de 25 grammes et dans le but de le rendre en même temps légèrement antiseptique, j'y ajoute 5 à 10 grammes de sulfate de soude cristallisé dans l'eau oxygénée. De plus,

matin et soir, je fais donner au malade un lavement d'un litre d'eau bouillie additionnée d'une grande cuillerée de liqueur de Labarraque.

*
* *

Pour nous résumer voici l'ordonnance type qui peut convenir à une fièvre typhoïde de moyenne intensité:

1° Aérer la chambre; faire varier de temps en temps la position du malade;

2° Brosser chaque jour les dents avec une brosse chargée de la poudre suivante:

Carbonate de chaux précipitée	75 gr.
Poudre de savon	20 gr.
Perborate de soude	3 gr.
Camphre pulvérisé	2 gr.
Essence d'anis	VI gouttes

Faire ensuite laver la bouche avec la solution suivante tiédie au bain-marie:

Naphtol	0 gr. 10
Perborate de soude	25 gr.
Eau distillée de menthe	200 gr.
Eau distillée q. s. pour	1 litre.

Assurer avec la même solution la propreté des lèvres, du pourtour de la bouche, des narines et des yeux.

3° L'alimentation comprendra: un litre et demi de lait frais écrémé, un demi-litre de bouillon dégraissé. En outre le malade usera de limonades fraîches, d'infusions aromatiques chaudes, de

café léger, de vin de Champagne ou de vin rouge largement coupé d'eau minérale de Vals, d'Alet ou de Pougues.

4° Matin et soir, administrer au typhique un grand lavement d'un litre d'eau bouillie ramenée à la température de la chambre et additionnée d'une grande cuillerée de liqueur de Labarraque.

5° Matin et soir, donner un cachet de vingt-cinq centigrammes de bichlorhydrate de quinine qu'on fera suivre de quelques gorgées de limonade fraîche.

6° Dans la journée, donner à intervalles réguliers la potion à l'extrait mou de quinquina formulée plus haut, à laquelle vous ajouterez 2 grammes de benzoate de soude.

7° Surveillez les évacuations intestinales. En cas de constipation ou même si le patient n'a qu'une selle par jour, prescrire le sulfate de soude suivant le mode indiqué ci-dessus et ordonner après sa prise une tasse de bouillon aux herbes chaud.

8° Ausculter deux fois par jour la poitrine. L'apparition de râles de stase nécessitera aussitôt l'application de ventouses sèches.

9° Veiller attentivement à la régularité du rythme cardiaque. S'il s'accélère ou si le teint se cyanose, recommander l'usage de la spartéine.

10° Pratiquer avec soin la balnéothérapie suivant la méthode que je vais vous exposer.

*
* *

Prenez une baignoire suffisamment grande et placez-là à un mètre environ du lit du typhique, dont elle sera séparée par un grand paravent de façon à ne pas impressionner le malade par les préparatifs du bain. Pour ce qui est de la température que l'eau doit avoir, je n'ai aucune règle systématique. Il convient de tenir compte de la susceptibilité du patient et de son moral. Aussi habituellement, je commence à 30 degrés ou de préférence encore à 10

degrés au-dessous de la température du sujet prise au moment même. Je refroidis peu à peu les bains consécutifs en me basant sur la température rectale du typhique à la sortie de l'eau; il faut que cette température s'abaisse d'un degré. En suivant cette règle, la moyenne des bains est de 22 à 25 degrés.

Préparez alors votre malade; s'il s'agit d'une femme, disposez ses cheveux en deux nattes que vous fixerez sur le sommet de la tête; s'il s'agit d'un homme, ses cheveux seront coupés ras. Disposez sur la tête un bonnet de taffetas imperméable dont on arrangera l'extrémité antérieure en forme de bec. Enlevez le paravent; deux infirmiers saisissent le typhique; l'un soutient la tête et le tronc; l'autre la partie inférieure du tronc et les membres inférieurs et le déposent doucement dans le bain.

Faites aussitôt pratiquer des frictions sur les épaules, les bras, la poitrine, les cuisses et les jambes jusqu'au moment où le patient n'aura plus l'impression de refroidissement. Votre malade frissonne-t-il? Donnez-lui quelques gorgées de vin de Champagne ou de vin rouge dépouillé étendu d'eau. Le moment de la première affusion est venu: versez lentement sur le sommet de la tête un broc d'eau dont la température variant avec celle du bain, oscillera entre 14 et 20 degrés. La durée du bain ordinairement est de dix minutes. N'attendez pas le frisson pour le suspendre; de même sortez votre typhique de l'eau si son visage se cyanose ou si au contraire il pâlit subitement; dans les dernières minutes, administrez de nouveau quelques gorgées de vin de Champagne et procédez alors à la deuxième affusion.

Les infirmiers retirent avec précaution leur malade de la baignoire et le remettent dans son lit. Celui-ci a, durant le bain, été refait complètement; la couverture et le drap supérieur ont été rabattus au pied du lit et sur le drap inférieur on a disposé une grande couverture de laine, recouverte elle-même d'un drap. En outre, une boule d'eau chaude est placée à hauteur des pieds. Le typhique est donc enveloppé dans le drap, essuyé par tapote-

ments, sauf au niveau du ventre; on enlève le drap et on roule le patient dans la couverture de laine pendant un temps allant d'un quart d'heure à une demi-heure. On retire la couverture, on revêt le sujet de sa chemise et on rabat le drap supérieur qui avait été laissé au pied du lit. Habituellement, le typhique accuse une sensation de bien-être et s'endort paisiblement. Telle est la technique des bains. Reste à en fixer les indications: faites prendre la température rectale ou vaginale toutes les trois heures et toutes les fois que le thermomètre atteint 39 degrés, donnez un bain. Quand celui-ci est terminé, et alors que le malade est encore dans la couverture de laine, reprenez la température, son degré vous servira à déterminer la température du bain prochain. Vous aurez constamment à la tête du lit, de manière à vous renseigner, deux feuilles de température: sur l'une vous ferez inscrire les températures rectales ou vaginales prises à sept heures du matin et à quatre heures du soir, le pouls, le nombre des respirations et la quantité d'urines par 24 heures; l'autre sera la courbe des bains. En général les bains ne sont pas suspendus du jour au lendemain. Dans l'immense majorité des cas, le patient commence à en sauter quelques-uns et ce n'est que peu à peu qu'on peut cesser cette thérapeutique. Encore un point de détail: ne renouvelez l'eau du bain que toutes les 24 heures sauf si des déjections la souillaient.

Les résultats de cette méthode sont remarquables; la langue est rose et humide, le teint est frais et le visage n'exprime plus la stupeur. Le pouls est plein; les urines deviennent plus abondantes et s'éclaircissent. Deux symptômes seuls contre-indiquent formellement l'usage de la balnéation: les hémorragies intestinales et la tendance au collapsus; je n'en connais pas d'autre.

*
* *

Quelques malades pris dans nos salles vous démontreront

comment nous avons appliqué les préceptes exposés plus haut. Chacun de ces typhiques a été soumis, dès son entrée à Beaujon, au traitement fondamental mais chez cinq d'entre eux, nous avons dû le modifier par suite de complications variées.

Notre première observation concerne une jeune couturière couchée au lit No. 3 de la salle Axenfeld. Le 28 décembre dernier, après deux nuits passées dans l'insomnie, elle se plaignit de céphalée, de vertiges et d'un malaise général; elle avait de la fièvre et l'appétit avait complètement disparu. L'administration d'huile de ricin n'améliora nullement la situation; les symptômes redoublèrent d'intensité et le 1er janvier, la température matinale s'élevait à 39 degrés et une épistaxis abondante se déclarait. C'est dans ces conditions que cette malade se fit admettre dans notre service le 7 janvier. A cette date, le diagnostic de fièvre typhoïde s'imposait: stupeur, céphalalgie, langue rouge à la pointe et sur les bords, sèche; météorisme, gargouillement dans la fosse iliaque droite, nombreuses selles diarrhéiques, râte grosse, taches rosées lenticulaires, insomnie, poumons sains; syndrome urologique classique (légère albuminurie, diaphragme d'acide urique et indican), température à 39°2, pouls à 100; bref, aucun signe ne faisait défaut. L'affection fut remarquablement bénigne; la balnéation même se trouva inutile vu la chute rapide de la température. Un seul épisode à vous signaler, la constipation qui fut traitée par le sulfate de soude. Dès le 16e jour la défervescence était complète; la convalescence commençait et cette femme réclamait à manger. Ici se pose une question intéressante: quand faut-il reprendre l'alimentation chez un typhique convalescent? Je me suis à cet égard posé quelques règles:

Ne nourrissez le typhique ni trop tôt ni trop tard, en principe jamais avant le cinquième jour de la convalescence, c'est-à-dire cinq jours après que la température matinale et vespérale sera tombée au-dessous de 38°; toutefois la persistance de l'albuminurie ou de décharges urinaires que vous indiquera le poids

du résidu solide de l'urine, doivent impliquer le maintien du régime lacté. L'alimentation solide a-t-elle été instituée? La réapparition de l'albumine, une nouvelle élévation thermique vous obligent à revenir au lait et au bouillon; il en est de même dans le cas où survient la pyélite de la convalescence que j'ai jadis décrite. Plus la fièvre typhoïde aura été grave, plus vous serez prudent dans la reprise de l'alimentation. Attendez que le convalescent réclame impérieusement à manger; ne le nourrissez pas avant qu'il n'ait faim.

Le premier jour de la réalimentation, remplacez une prise de lait du matin et du soir par un potage au tapioca;—le deuxième jour, supprimez trois prises de lait et donnez trois potages;— le troisième jour, remplacez quatre prises de lait par quatre potages; ajoutez au troisième un œuf poché, au quatrième du pain;— le quatrième jour, le premier déjeuner du matin se composera d'un potage; le deuxième déjeuner d'un potage, d'un œuf à la coque avec pain beurré, un peu de purée de pomme de terre et une pomme cuite sucrée. A 4 heures, le convalescent pourra s'il le désire prendre un potage; au diner ordonnez un potage, quelques cuillerées de gelée de viande, du riz crevé au beurre, des pruneaux;— le cinquième jour, permettez un poisson léger (sole, merlan, barbue, etc.) bouilli;— le sixième jour, autorisez le poulet rôti à la broche; et le septième jour, la côtelette puis le sujet rentrera alors dans l'alimentation normale. Les boissons seront: vieux vin rouge largement étendu d'eau de Saint-Galmier, d'Alet, de Pougues (Saint-Léger) ou de Vals (Saint-Jean).

Durant la convalescence, assurez-vous que les soins de propreté corporelle sont toujours donnés. Quinze jours se passeront ainsi puis vous conseillerez un changement de climat.

Dans le cas présent, je redoute une réversion, aussi par prudence attendrai-je quelques jours pour reprendre l'alimentation.

Notre deuxième malade est une jeune infirmière de la salle Axenfeld. Anémique, surmenée, elle a déjà été soignée, il y a cinq ans, pour une albuminurie qui disparut complètement. Ici la fièvre typhoïde d'emblée s'est annoncée comme devant être grave. En dehors du tableau classique de la dothiéntérie, toute une série de symptômes attirent notre attention : une intolérance gastrique absolue, une diarrhée profuse, une albuminurie notable, une hyperthermie continue oscillant autour de 40 degrés ; une congestion pulmonaire double, enfin une angine à points blancs, non diphtérique, apparue le vingt et unième jour et fort douloureuse. Devant ces nombreuses complications, que faire ?

L'abondance de la diarrhée et de l'albumine ne nous a pas arrêtés. Cette dernière tenait à l'atteinte antérieure du rein mais ne s'accompagnait d'aucun phénomène qui pût faire songer à la forme rénale que j'ai jadis décrite.

Beaucoup plus redoutable était l'intolérance gastrique absolue ; il importait d'y remédier au plus vite et pour cela de dépister l'origine des accidents.

A la période d'état, les vomissements peuvent être dûs à une intolérance médicamenteuse, à l'existence de fuliginosités, à la rétention d'urine. Supprimez donc tout médicament, nettoyez avec soin la bouche et surveillez la vessie. Puis faites changer la température des boissons ; diminuez-en la quantité ingérée. L'état nauséux persiste-t-il ? Vous songerez à la possibilité de vomissements réflexes par complication cérébrale ou pulmonaire ou symptomatiques d'une péritonite par propagation ; vous penserez enfin au réveil d'une dyspepsie antérieure. Instituez alors rapidement un traitement : faites prendre une goutte de laudanum dans un peu d'eau de Vichy cinq minutes avant une petite quantité de lait ou de bouillon et appliquez au creux de l'estomac un emplâtre de thériaque et d'extrait de belladone. Si vous n'obtenez aucun résultat, placez à l'épigastre un vésicatoire volant de la

surface d'une pièce de cinq francs. Perforez ensuite la phlyctène formée et insinuez-y dix centigrammes de poudre d'opium; recouvrez d'ouate. Dans les cas sévères, usez de la solution suivante:

Picrotoxine	0 gr. 05
Alcool q. s. pour dissoudre.	
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 01
Ergotine Yvon	1 gr.
Eau distillée de laurier-cerise	12 gr.

Filtrez. Donnez v gouttes de cette solution dans un peu d'eau, cinq minutes avant une prise de lait ou de bouillon, sans dépasser xx ou xxv gouttes dans les 24 heures.

Faites procéder à quelques inhalations d'oxygène.

A la fin de la période d'état, vers le troisième septenaire, les vomissements annoncent le plus souvent une péritonite par perforation. Recommandez aussitôt la diète hydrique, le repos absolu avec application d'une vessie de glace sur l'abdomen; employez la préparation à la picrotoxine et lorsque la complication est reconnue précocement, faites appeler le chirurgien.

Durant la convalescence enfin, les vomissements sont quelquefois provoqués par des excès alimentaires, quelquefois au contraire par le retard apporté à la réalimentation, ou encore par une dilatation aiguë de l'estomac: ce fut précisément le cas d'un de nos typhiques de la salle Louis. Maintenez alors votre malade à demi-assis dans son lit, à l'aide d'oreillers et appliquez à l'épigastre une vessie de glace ou un petit vésicatoire. Concurrément, prescrivez la fève de Calabar à petites doses, soit en pilules d'extrait d'un centigramme le matin et le soir, soit en gouttes de la façon suivante:

Extrait de fèves de Calabar	0 gr. 25
Glycérine	10 cc.

Donner de IV à VI gouttes quatre fois par jour.

Cette pratique m'a donné d'heureux résultats chez le malade auquel je faisais allusion plus haut.

Cette longue digression achevée, il me reste à vous dire que l'intolérance stomacale dont souffrait notre femme de la salle Axenfeld, céda bientôt par l'usage de la mixture à la picrotoxine.

En vue de combattre l'hyperthermie excessive que présentait cette malade, j'ajoutai au cachet de 0 gr. 25 de bichlorhydrate de quinine pris le matin 0 gr. 30 de pyramidon. Rapidement la température revint à 39 degrés, c'est-à-dire au fastigium normal dans la période d'état de la dothiéntérie.

Contre la congestion pulmonaire, je fis poser sur la poitrine, en plus des ventouses sèches quotidiennes, des ventouses scarifiées; j'ordonnai des inhalations d'oxygène et j'augmentai la dose d'alcool dans la potion à base d'extrait de quinquina et de benzoate de soude. Point important, les bains furent continués. L'angine enfin disparut avec de grandes irrigations d'eau boriquée tiède et le gargarisme au naphthol B, et au perborate de soude, dont je vous ai indiqué la formule.

Malgré ces complications, et grâce à notre thérapeutique, notre femme entra en défervescence le vingt-septième jour. Ce dernier stade fut long et ce n'est qu'au quarante-deuxième jour de la fièvre typhoïde que la convalescence débuta. Vu la gravité de la maladie, j'ai par prudence retardé l'alimentation jusqu'au quarante-neuvième jour.

*
* *

Continuons la revue de nos malades. Chez un chaudronnier

de 25 ans, couché au lit No. 6 de la salle Louis, les premiers signes de la dothiéntérie se sont montrés, semble-t-il, le 4 décembre dernier. Comme son état ne s'améliorait pas, cet homme entre à l'hôpital le 11 décembre. Ce garçon, qui a les apparences d'un vieillard, présente tous les symptômes de la fièvre typhoïde. Parmi eux, dominant la prostration et la diarrhée. Du 8 au 13 décembre l'affection a suivi son cours normal lorsque brusquement dans la nuit du 13 au 14, le malade se plaint de vives douleurs abdominales, bientôt suivies de vomissements. Le lendemain 14, le ventre est très ballonné et d'une sensibilité telle qu'on ne peut à peine l'effleurer; le visage est grippé; depuis douze heures, aucune selle, aucun gaz n'ont été évacués par l'anus; la température est tombée à 37°; le pouls est petit, filiforme à 108; la respiration est gênée (36 respirations à la minute); les urines émises en 24 heures ne s'élèvent qu'à 300 cc. Ce tableau clinique nous fit porter le diagnostic de péritonite par propagation vu la précocité des accidents car la péritonite par perforation n'apparaît qu'à la chute des eschares des plaques de Peyer, c'est-à-dire à la fin du troisième septenaire. Aussitôt notre traitement fondamental fut bouleversé: suppression absolue des bains; repos absolu avec application en permanence d'une vessie de glace sur le ventre; pour apporter une légère sédation aux souffrances endurées, introduction d'un suppositoire renfermant dix centigrammes de poudre d'opium brut; diète hydrique avec un peu de vin de Champagne en vue de combattre la soif ardente et de lutter contre l'adynamie.

Jusqu'au 19, l'état demeure stationnaire; ce jour-là, la dyspnée semble diminuer; les douleurs sont moins vives; quelques gaz et quelques matières sont rendus par l'anus; le pouls se relève, la température est à 38°. Devant cette amélioration, je n'hésite pas à reprendre l'usage du bouillon glacé et constatant qu'il était bien supporté, le lendemain, celui du lait glacé par petites doses. Mais

alors le tableau clinique changea : la diarrhée reparut, montant à 30 selles en 24 heures, en même temps que les vomissements hyperacides, incessants et fort douloureux, tous signes menant rapidement notre malade au collapsus. Pour parer à l'imminence de cette nouvelle complication, et me basant sur l'acidité des vomissements et des matières alvines, j'ordonnai la potion suivante :

Hydrate de magnésie	2 gr. 50
Sous-nitrate de bismuth	4 gr.
Sirop diacode	30 gr.
Eau de chaux	120 gr.

F. S. A. une potion à prendre par cuillerée à potage toutes les heures.

Sous l'influence de cette médication, la diarrhée diminua en quelques jours ; les vomissements cessèrent ; le pouls devint plus ample, la température s'éleva à nouveau ; le taux des urines monta à un litre. Dès lors, l'infection typhique était enrayée. A partir du 4 janvier, la température fut inférieure à 38° et cinq jours après, le patient profondément amaigri, réclamait à manger avec insistance. Toutefois nous fûmes prudents, en raison de la persistance du ballonnement abdominal et ce n'est qu'après la disparition de ce dernier symptôme que nous autorisâmes la réalimentation en allongeant ses étapes. Aujourd'hui cet homme est complètement guéri.

*
* *

L'histoire d'un autre typhique n'est pas moins intéressante. Il s'agit d'une nourrice de 22 ans qui, après sept jours de malaise, de diarrhée et de fièvre entra dans nos salles le 2 décembre der-

nier. Ici encore le diagnostic de dothiéntérie s'imposait. Dominait particulièrement l'abondance de la diarrhée, l'hyperthermie, l'albuminurie s'élevant à cinquante centigrammes par litre d'urine, enfin une prostration profonde. Le traitement fondamental fut appliqué et sembla avoir d'heureux effets jusqu'au 13 décembre, dix-neuvième jour de la maladie. Ce jour-là, nous trouvâmes à la visite, notre malade cyanosée; sa langue était sèche, la température était de 40°, le pouls était dicrote, mal frappé à 120; les bruits du cœur étaient affaiblis, assourdis et prenaient le rythme d'embryocardie: un début de myocardite était évident.

Quoi qu'aient pu écrire certains auteurs, suspendez aussitôt, en pareil cas, la balnéation car elle fait courir au typhique des dangers de collapsus ou de syncope; diminuez la quantité des boissons de manière à alléger le travail du cœur, en ralentissant l'élimination des déchets; pour obvier à la défaillance du myocarde, prescrivez en outre la potion à l'ergotine-digitale, dont la formule vous a été donnée plus haut. En trois jours, tout danger fut écarté et comme la température oscillait autour de 40°, la balnéation fut reprise durant 48 heures sans inconvénients. A ce moment, un nouvel incident surgit: le soir du vingt-cinquième jour, la température qui la veille était de 40°6 tomba brusquement à 37°2; la face était très pâle, le pouls petit à 100 et l'asthénie était très prononcée. On songea à une hémorrhagie intestinale; effectivement le soir, les selles étaient sanglantes. On a jadis discuté beaucoup sur le pronostic que comportait cet accident, au cours de la dothiéntérie et habituellement on la regarde comme grave. En réalité, il n'y a rien d'absolu; minime, l'hémorrhagie intestinale est plutôt favorable si l'on en croit Trousseau; profuse et récidivante, au contraire, elle est fort redoutable. Devant cette complication, cessez immédiatement les bains, tout le monde est d'accord sur ce point; mettez votre ma-

lade au repos absolu et appliquez en permanence sur le ventre une vessie de glace; supprimez les lavements ainsi que les cachets de bichlorhydrate de quinine et la potion au benzoate et à l'extrait de quinquina et ne donnez à boire que du lait glacé et des limonades glacées par cuillerées à potage espacées. Toute votre médication consistera à faire prendre de deux heures en deux heures en les alternant une cuillerée à soupe des deux potions suivantes :

I. Ergotine Bonjean	4 gr.
Acide gallique	0 gr. 50
Sirop de térébenthine	30 gr.
Décoction de feuilles de ronces	120 gr.
II. Chlorure de calcium	4 gr.
Sirop d'opium	30 gr.
Eau distillée	120 gr.

Vu l'atteinte antécédente du myocarde, nous avons de plus ordonné ici la solution de digitaline cristallisée au millième à dose cardio-tonique. En conséquence, toutes les deux heures nous avons administré à la malade une cuillerée à potage de la solution suivante :

Solution de digitaline cristallisée au millième.	x gouttes
Eau distillée	30 gr.

Grâce à cette thérapeutique, les hémorragies intestinales disparurent en 36 heures et la défervescence commença; la convalescence débuta au trente-troisième jour de la fièvre typhoïde et au trente-septième jour, l'alimentation fut reprise.

*
* *

L'atteinte du myocarde, légère dans le cas que je viens de vous exposer, prit une gravité extrême chez un autre de nos malades. Cet homme, mécanicien de son état, âgé de 32 ans et couché au lit No. 5 de la salle Louis, entra à Beaujon vers le huitième jour de sa fièvre typhoïde dont il présentait la plupart des signes. Quelques points attirèrent notre attention : la diarrhée était absente, le pouls était à 124, petit et mou, l'auscultation du cœur décelait une ébauche du bruit de galop avec tendance au rythme embryocardique. A l'examen de la poitrine, on reconnaissait l'existence d'une congestion pulmonaire double ; la fièvre dépassait 40° sans rémissions matinales ; les urines étaient rares, foncées et contenaient un gramme d'albumine ; enfin le système nerveux était très touché, comme le prouvaient le délire et les phénomènes ataxo-dynamiques. Vous jugez combien la situation était grave. J'administrai d'abord à cet homme 25 grammes de sulfate de soude et 5 grammes de sulfate de soude cristallisé dans l'eau oxygénée. Vu l'importance des symptômes cérébraux et l'intensité de la fièvre, j'instituai le traitement fondamental, malgré la myocardite, car ici je ne redoutais pas le collapsus. Jusqu'au douzième jour de l'affection, l'état général sembla s'améliorer, la langue redevenait humide et les urines étaient plus abondantes. A cette date, le visage se cyanosa, le pouls se précipita et devint filiforme et l'embryocardie était très nette. Je fis immédiatement cesser les bains, je diminuai la quantité des boissons et j'ordonnai la potion digitale-ergotine suivant les règles établies plus haut. Dès le quatorzième jour, un mieux sensible se dessina, alheureusement tout passager. Le soir même, une nouvelle poussée congestive apparut au niveau des poumons entraînant une dyspnée extrême et une expectoration sanglante. Des ventouses sacrifiées furent en conséquence appliquées à la hauteur des aisselles ainsi qu'un large cataplasme sinapisé sur la partie antérieure de la poitrine. Pendant plusieurs jours, la situation fut désespérée ; au vingt-quatrième jour, un violent délire

vint encore compliquer la scène; l'administration de 2 grammes de bromure de potassium en deux doses en eut raison. Au vingt-cinquième jour, nouvelle alarme: des vomissements éclatèrent que je traitai par les moyens habituels (suppression de la presque totalité des boissons, mixture à la picrotoxine) sans succès et qui ne cédèrent que le vingt-huitième jour de la maladie à l'application d'un vésicatoire volant à l'épigastre. A peine cet incident était-il réglé que le myocarde menaça de fléchir encore: le pouls s'élevait à 140, le cœur battait faiblement et son examen nous révélait une embryocardie typhique; le visage et les mains étaient cyanosés. Redoutant de voir les vomissements reparaitre, si j'administrais de la digitale, je fis placer en permanence un sachet de glace sur la région précordiale et je pratiquai aussitôt une injection hypodermique de cinq centigrammes de sulfate de sparteine. En outre, dans le but de venir en aide au cœur périphérique, je donnai toutes les heures une cuillerée à potage de la potion qui suit:

Ergotine Bonjean	4 gr.
Julep gommeux	150 gr.

Quelques jours se passèrent sans grande sédation dans les symptômes cardiaques. Le délire revint, obligeant, vu son intensité, à user de bromure de potassium. Le trente-et-unième jour, une amélioration s'ébaucha; la température déclinait lentement et le pouls était de 128; le trente-sixième jour enfin cet homme entra dans la période de défervescence. Aujourd'hui, nous sommes au quatrième jour et bientôt nous procéderons à la réalimentation, dès que la température matinale et vespérale seront inférieures à 38°. Ce malade, en effet a été profondément affaibli et il importe de lui assurer une nourriture substantielle le plus tôt possible.

Je serai bref sur l'histoire de mon dernier typhique. C'est un garçon boucher de 45 ans que vous avez pu voir couché au lit No. 1 bis de la salle Louis. Huit jours après son entrée à Beaujon il avait été pris d'un violent frisson auquel avaient succédé de la fièvre, un point de côté gauche, de la toux, de la dyspnée et bientôt une expectoration rouillée. Le diagnostic de pneumonie gauche était évident. Mais de plus, la langue était sèche, la rate était grosse; sur le ventre ballonné se voyaient quelques taches rosées lenticulaires. Seule la diarrhée manquait: tous ces symptômes nous firent reconnaître un cas de pneumo-typhus. Ajoutons que la température oscillait entre 39° et 40°, et que les urines étaient rares et très albumineuses; le cœur demeurerait bon.

En ces circonstances, au traitement fondamental j'ajoutai l'application de ventouses scarifiées au niveau des aisselles et je fis mettre 40 grammes de rhum dans la potion à l'extrait de quinquina et au benzoate de soude; enfin je portai la température des bains à 30°. Cette thérapeutique fut couronnée de succès; néanmoins comme la fièvre se maintenait entre 39° et 40°, je prescrivis les quatorzième et quinzième jours de la maladie 0 gr. 30 de pyramidon que j'associâi à 0 gr. 40 de bichlorhydrate de quinquine; aussitôt la température tomba au milieu de sueurs profuses. Pour activer la résolution du foyer pulmonaire, je fis placer un vésicatoire volant dans la région hépatisée.

Le vingt-deuxième jour apparut un phlegmatia alba dolens de la jambe gauche; j'immobilisai aussitôt le membre et j'injectai sous la peau 10 cc. de ferment-or. Après une longue convalescence, entrecoupée de quelques crises de diarrhée, cet homme est guéri et va partir incessamment pour l'asile de Vincennes.

*
* *

Il résulte de cette revue de malades que le traitement de la

fièvre typhoïde ne saurait être absolument fixe. Ainsi que vous avez pu le juger, le schéma de thérapeutique que je vous ai esquissé au début de ces leçons, n'a été établi que chez trois de nos typhiques. Chez les autres, des complications nous ont contraints d'y apporter des modifications et de l'adapter à des incidents cliniques apparus au cours de la maladie.

Prof. Albert ROBIN.

—o:—:o—

REPRODUCTION

POSITION ACTUELLE DU TRAITEMENT DU PLACENTA PRÆVIA. (1)

Par M. le Professeur PAUL BAR.

Leçon rédigée par le Docteur P. Guéniot.

Les dangers auxquels expose le placenta prævia, se résument en deux mots : l'hémorrhagie, l'infection. Ce qu'est l'infection, je vous l'ai dit dans de précédentes leçons ; je vous ai montré comment les femmes ayant un placenta prævia font par suite des hémorrhagies successives qu'elles subissent, très facilement, avant même le début du travail, des infections souvent bénignes, parfois graves, dont je vous ai décrit les modalités. Quant à l'hémorrhagie, je n'ai pas besoin de vous la décrire, ici légère, là considérable, tantôt unique, tantôt à récidive.

Que sera donc le traitement? Il visera, vous le comprenez immédiatement, un double but: éviter l'infection et arrêter l'hémorrhagie. Je ne m'occuperai ici, je vous le dis tout de suite, que de la femme au travail.

Je vous rappelle comment se produit l'hémorrhagie. L'utérus se contractant pousse l'œuf vers le col, et l'œuf tend à ouvrir celui-ci, à le dilater; en même temps le segment inférieur se distend. La distension du segment inférieur, pensait-on autrefois, ne pouvant être accompagnée d'une distension parallèle du placenta glissent l'un sur l'autre; le placenta, en un mot, se décolle plus ou moins. Aujourd'hui on attribue, dans ce décollement placentaire, le rôle prépondérant à la traction exercée par les membranes; l'œuf étant poussé par la contraction utérine, les membranes s'étirent, s'allongent pour pénétrer dans le col, et lorsque le placenta est inséré bas, cet étirement des membranes détermine sur le bord inférieur du placenta des tiraillements qui le décollent, d'où hémorrhagie.

En somme, c'est la traction des membranes sur le placenta qui le décolle et provoque l'hémorrhagie, et cette traction est le résultat du travail et de la distension du segment inférieur qui s'ensuit.

Nous pouvons chercher à agir sur l'hémorrhagie elle-même: de même qu'on place une pince sur un vaisseau qui saigne, ici on tamponne. Ou bien nous pouvons chercher à agir sur la cause première de l'hémorrhagie, c'est-à-dire empêcher les membranes de tirer sur le placenta et de le décoller, et on n'est d'accord sur le grand avantage qu'il y a à activer le travail, et à diminuer ainsi la durée de l'hémorrhagie. On l'activera, bien entendu, par le moyen qui comportera le risque minimum d'extension du segment inférieur, qui contribuera ainsi le mieux à restreindre l'hémorrhagie.

Du jour où les anciens accoucheurs ont distingué des autres

variétés d'hémorrhagie celles dues à l'insertion vicieuse, ils ont préconisé et pratiqué la précipitation de l'accouchement.

C'est ainsi que l'accouchement précipité dans les hémorrhagies de l'insertion vicieuse où placeita remonte à Ambroise Paré.

Chez nous, la méthode du tamponnement se répandit. Paul Dubois l'accepta sans prescrire la rupture des membranes.

Tarnier donnait le conseil de recourir au tamponnement qu'il considérait comme le traitement de choix, le préférant même à la rupture des membranes.

Cependant, en 1864, Braxton Hicks avait fait connaître sa méthode, consistant à aller à travers le col incomplètement dilaté chercher un pied et à l'abaisser dans le vagin : méthode qui se répandait en Angleterre, en Allemagne, mais peu chez nous, où le tamponnement était toujours accepté.

Survient l'ère antiseptique. On reconnut mieux les inconvénients du tampon, qui s'infectait facilement. On pensa qu'il suffirait de charger le tampon de substances antiseptiques pour faire disparaître tous ces défauts : on imbiba donc celui-ci de sublimé à 1 pour 4,000, d'acide phénique à 2 pour 100 on lui incorpora de l'iodoforme. L'effet sur la muqueuse vaginale fut souvent désastreux.

Entre temps, Schröder, en 1877-78, avait repris l'étude du mécanisme de l'hémorrhagie. Ses idées se répandaient. Le professeur Pinard les adoptait, et préconisait chaleureusement la rupture des membranes. En même temps, grâce à l'antisepsie et à l'asepsie, des interventions se faisaient plus actives ; Bonnaire préconisait sa méthode de dilatation bimanuelle du col, Champetier de Ribes son ballon, Bossi son dilateur métallique ; on reprenait ainsi l'idée directrice des anciens accoucheurs : faire accoucher rapidement la femme.

C'est ainsi que peu à peu on s'est éloigné du tamponnement, moyen médiocre, qui peut présenter des dangers d'infection, moyen infidèle qui n'a guère pour lui que la facilité d'exécution et l'arrêt momentané de l'hémorrhagie.

Le meilleur traitement est d'activer le travail. Cette méthode en est-elle une? Non. Divers facteurs doivent influencer sur le choix du mode d'intervention. L'hémorrhagie dans le placenta prævia est loin de se présenter toujours avec une gravité identique. Suivant que l'insertion est latérale (haute ou basse), marginale, enfin centrale, l'hémorrhagie varie. Elle est, d'une manière générale d'autant plus répétée et abondante que le placenta s'insère plus près de l'orifice cervical, pour être à son maximum dans l'insertion centrale. Il faut aussi tenir compte du degré de la dilatation du col au moment où on intervient, et enfin de la gravité des phénomènes de choc chez le malade. En réalité, ce qu'on voit dans la pratique, c'est non un placenta prævia, ce sont des cas particuliers dans lesquels l'accoucheur doit, par la connaissance des avantages et des risques de chaque manœuvre, apprécier ce qui est le mieux dans le cas qu'il observe.

Cela dit, étudions les moyens que nous avons à notre disposition.

A la base du traitement est la *rupture des membranes*, préconisée par Mauriceau, Puzos, Leroux, Braxton-Hicks, Simpson, Pinard; acceptée, mais comme moyen secondaire, par Tarnier.

Il n'est pas toujours facile d'atteindre les membranes: parfois lorsqu'on a affaire à un placenta central, il faut avec le doigt, remonter au-dessus du bord de celui-ci pour les trouver et les rompre. On ne doit pas d'autre part, oublier que le but n'est pas de les perforer, de manière à faire écouler le liquide amniotique, mais qu'on se propose de les rompre largement pour empêcher tout tiraillement exercé par elles sur le placenta.

On fera donc cette rupture largement. Elle sera souvent suffisante si le placenta est relativement haut, latéral si le travail est déjà avancé; elle pourra ne pas l'être, si le placenta est très bas ou si le travail débute.

Faut-il donner des chiffres? Sur 73 cas colligés par Juge, élève de M. Pinard, 45 fois la rupture des membranes suffit.

En somme, dans tous les cas d'hémorrhagie un peu sérieuse par insertion vicieuse du placenta, on fera la rupture des membranes. Mais si l'hémorrhagie est violente, si l'accouchement parat devoir être long, on devra, en outre, précipiter le travail.

Comment ? Si le col est dilaté, ce sera chose facile. Mais s'il n'est pas dilaté, irons-nous faire l'accouchement forcé; c'est-à-dire forcer le col, introduire la main, chercher rapidement un pied et extraire le plus vite possible? Non.

L'accouchement forcé, brutal, alors que le col n'est pas ouvert est aujourd'hui vraiment abandonné. L'accouchement forcé des anciens accoucheurs a été, si je puis ainsi dire, adouci, et ce qu'on fait aujourd'hui c'est l'*accouchement activé*.

Quels moyens avez-vous à votre disposition? Il faut dilater le col; pour cela, il y a 3 méthodes:

- 1° Ou bien dilater vite le col par pression directe;
- 2° Ou bien le dilater de haut en bas;
- 3° Ou bien l'ouvrir par des incisions.

La première méthode consiste à dilater le col par pression directe de dedans en dehors, sans aller trop vite, et pour la réaliser nous avons deux moyens: la dilatation digitale ou manuelle et la dilatation avec des instruments métalliques. La dilatation manuelle peut se faire soit avec une seule main, soit avec les deux mains, comme dans le procédé de Bonnaire: on introduit successivement 1, 2 doigts, puis 3, 4; à la fin, 6 et 8 doigts qu'on écarte, et l'on arrive ainsi en trois quarts d'heure, à avoir une dilatation suffisante. Quant aux instruments métalliques, l'un des meilleurs est le dilatateur de Bossi.

Que donne la dilatation rapide du col, soit instrumentale? Assure-t-elle une dilatation suffisante pour faire passer la tête? Pas toujours. Rappelez-vous que la dilatation normale au cours de l'accouchement ne consiste pas seulement en l'ouverture du col, mais encore en une ampliation du segment inférieur. Or, par la dilatation artificielle, on ouvre bien l'orifice, mais on ne fait pas l'ampliation du segment inférieur.

A-t-on même un orifice toujours suffisant? On l'a dit; ce n'est pas exact, surtout si l'enfant est à terme.

Ces opérations sont même pleines de dangers, quand il en est ainsi. De plus, quand on a affaire à une grande multipare dont le col est malléable et déjà ouvert dont les parties molles sont très souples, on peut mener ces opérations à bien sans trop de risques; mais s'il s'agit d'une primipare, on ne réussit souvent qu'en déchirant le col.

Or, quand il y a déchirure et quand le placenta est inséré bas, facilement la déchirure atteint la zone d'insertion placentaire où les vaisseaux sont très dilatés et les risques s'accroissent.

Voulez-vous quelques chiffres fixant les résultats donnés par ces méthodes dans le traitement de l'insertion vicieuse? Voici d'abord la méthode de Bossi.

Bossi (*Actes de la Soc. ital. de gyn.*) donne une statistique de 66 cas de dilatation du col dans l'insertion vicieuse du placenta: mortalité maternelle, 7, 5, %; mortalité fœtale, 15 %.

On pouvait espérer que la méthode manuelle de Bonnaire, qui permet de sentir mieux ce qu'on fait, donnerait des meilleurs résultats. Elle avait été très accueillie en Hollande. En 1903, le Pr Treub en a publié 35 cas: mortalité maternelle 5, 7 %, fœtale 14,3 %. Treub recommanda donc vivement cette méthode.

Mais Treub donna, en 1908, une nouvelle statistique de 36 cas, de 1903 à 1907, comprenant 10 femmes mortes (soit 18,25 % et 20 enfants morts soit, 48 %; il signala les dangers de déchirure et se montra moins partisan de la méthode: ainsi se trouvent confirmés les réserves que j'ai faites à plusieurs reprises (*Leçons de pathologie obstétricale*, 1900, *Société obstétricale de France*, 1905).

Donc, les méthodes de dilatation plus ou moins brusque sont des méthodes à indications limitées et qui ne sont pas sans comporter des risques.

Une autre méthode d'ouverture du col consiste à faire des *incisions*; non pas de petites incisions multiples : mais l'*opération césarienne vaginale* de Dührssen. Büttner en a récemment montré les avantages. Nous connaissons mal cette opération, qui ne s'est pas répandue chez nous. Elle peut causer des hémorragies sans qu'il y ait placenta prævia. S'il y a placenta prævia, il semble que les craintes doivent être encore plus grandes. Il ne paraît pas que la césarienne vaginale doive se répandre.

Reste alors une dernière méthode, consistant à dilater le col de haut en bas avec un *ballon*; on peut enfin pratiquer la *version de Braxton Hicks*.

Vous connaissez le *ballon de Champetier de Ribes*, vous savez comment on le place dans l'œuf; une fois placé, il comprime placenta, il remplace la poche des eaux et il dilate le col, surtout si on appuie son action par quelques tractions. Tarnier, sur 48 cas, a eu une mortalité maternelle de 8,33 %, une mortalité foetale de 58,33 %.

Dührssen et Küstner (en se servant du colpeurynter) ont eu, sur 28 cas, 28 mères guéries (mortalité 0 %) et 16 enfants vivants (ou 57 %, donc mortalité foetale 43 %).

Une dernière méthode est la *version de Braxton Hicks*: on abaisse un pied dans le vagin (c'est le siège du foetus qui va jouer le rôle de ballon), et on peut appuyer le mouvement de descente du membre par quelques tractions sur le pied.—Cette méthode est efficace contre l'hémorrhagie, elle a l'avantage de terminer vite l'accouchement avec un minimum de lésions maternelles. Mais, pour réussir la version de Braxton Hicks, celles-ci doit être faite peu de temps après la rupture des membranes. C'est une opération qui n'est pas toujours facile, et souvent les tentatives échouent. Par l'emploi de ce procédé, la mortalité maternelle est comprise entre 5 et 7 %. Mais elle est dangereuse pour l'enfant, et expose en particulier aux procidences du cordon. Dans une des statistiques les plus récentes, Hammerschlag donne

une mortalité fœtale de 84 %. Aussi cette méthode est-elle aujourd'hui vivement critiquée.

*
* *

Comment donc faire un choix entre ces procédés que je viens de vous présenter et dont je vous ai indiqué le fort et le faible?

Aurez-vous recours au tamponnement? Non en général: c'est une mesure provisoire, ou moyen d'attente. Vous l'éviterez autant que possible.

En somme, à la base du traitement se trouve le plus souvent la rupture des membranes. Mais elle ne suffit pas toujours. Plusieurs cas peuvent alors se présenter.

Premier cas: la femme ne saigne pas, mais vous craignez que l'hémorrhagie se reproduise.—Alors:

a) Si la dilatation est complète ou presque, faites la version de Braxton Hicks ou même, si elle est possible, la version proprement dite suivie d'extraction;

b) Si la dilatation est moins avancée, mais le col perméable, ferez-vous la version de Braxton Hicks? Non. La dilatation rapide suivant la méthode de Bonnaire ou celle de Bossi? Non. Vous emploierez le ballon, un gros ballon et en appuyant, si c'est nécessaire, son action par des tractions, vous obtiendrez vite la dilatation;

c) Enfin si la dilatation est nulle ou presque nulle, vous pourrez recourir à l'instrument de Bossi, non pour dilater complètement le col, mais pour commencer la dilatation, aller jusqu'à 5 ou 6 centimètres, puis appliquer un ballon.

Deuxième cas: la femme continue à saigner, il y a une hémorrhagie grave qui persiste.—Dans ces conditions:

a) Si la dilatation est assez avancée, faites la version de Braxton Hicks, malgré les risques qu'elle comporte pour l'enfant, puis tirez;

b) Si le col est seulement perméable, le ballon étant un moyen qui ne va pas assez vite, faites la version de Braxton Hicks, et, si l'hémorrhagie continue, tirez sur le fœtus;

c) Enfin avec une dilatation presque nulle, commencez celle-ci avec le dilatateur de Bossi, puis faites la version de Braxton Hicks.

Ce schéma a un défaut. Toutes ces méthodes sont suffisantes dans les cas légers, mais elles sont souvent insuffisantes dans les cas graves. Elles sont parfois d'exécution difficile, et, de plus, elles peuvent être dangereuses, exposant à des déchirures. On sent enfin qu'elles sont souvent aveugles. Voilà pourquoi on a pensé supprimer ces risques et ces difficultés, et on s'est demandé s'il ne fallait pas leur substituer l'accouchement par la voie haute. On a donc fait *l'opération césarienne*. Les résultats en pareil cas n'ont pas été brillants; voici les statistiques:

Zinke	8 cas, 3 mères mortes.
Guicciardi	16 " 4 —
Montuoro	27 " 5 —
Raineri	34 " 5 —

Soit: mortalité maternelle 13 à 20 %; mortalité fœtale 11%. On voit donc que le bénéfice pour le fœtus est réel: nous sommes loin de 50 à 80 % de mortalité des autres méthodes. Mais la mère court un risque énorme; elle est souvent infectée, et en état de shock, aussi la mortalité de 13 à 20 % après l'opération césarienne reste très élevée et fort supérieure à celle de 5 à 7 % qu'on a dans les autres méthodes. Si on songe que les fœtus naissent généralement prématurés, les indications de l'opération césarienne se limitent au cas où l'état du col est tel que l'on doit craindre de trop grands délabrements, partant de trop grands risques dans l'accouchement par les voies naturelles.

Peut-être sommes-nous, d'ailleurs, à la veille d'une nouvelle

évolution. Si l'abandon du tampon est un progrès, il y a les cas graves, où la vie s'en va avec le sang; si on arrive pas à abaisser le pied, si l'accouchement brusqué ne réussit pas, que reste-t-il? L'opération de Porro? Mais c'est une mutilation, un pis-aller. L'opération césarienne conservatrice? Mais nous savons les risques particuliers qu'elle présente ici chez des femmes quelque peu infectées.

Récemment Selheim a proposé une opération nouvelle, *l'opération césarienne supra-symphysaire*; consistant à décoller la vessie du péritoine, et à arriver au segment inférieur par dessus la vessie et par dessous le péritoine décollé et refoulé, en évitant d'ouvrir celui-ci, en faisant par conséquent une opération extra-péritonéale; le segment inférieur est incisé et l'enfant extrait par cette incision. Sur 8 cas, il y a eu 8 succès pour les mères. C'est un procédé vraiment intéressant, et quand je me trouverai en présence d'une femme ayant un placenta prævia et perdant beaucoup de sang, avec un col fermé, volontiers j'aurai recours à la section supra-symphysaire de l'utérus que Krœnig a pourtant le tort de vouloir faire dans tous les cas, car, elle est une opération de clinique, qu'on ne doit tenter que dans les conditions d'installations parfaites.

—:000:—

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SIGNES PHYSIQUES DE LA PLEURESIE SERO-FIBRINEUSE

LE SIGNÉ DES SPINAUX

Par M. le Dr FELIX RAMOND, Médecin des Hôpitaux

—

Nombreux sont les signes physiques de la pleurésie séro-fibrineuse; mais beaucoup d'entre eux sont inconstants, ou va-

riables avec la quantité de l'épanchement; ils ne sont souvent pas pathognomoniques, puisqu'on peut les rencontrer à leur complet dans la spléno-pneumonie. Il reste, il est vrai, dans les cas douteux, à pratiquer une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz; mais, notre collègue M. Mosny ne vient-il pas de démontrer que la ponction pouvait rester blanche, malgré l'existence du liquide, dans certains épanchements anciens, enkystés, à parois épaissies et rigides?

C'est pourquoi la description de tout nouveau symptôme d'épanchement doit être accueillie, même lorsqu'il s'agit d'un symptôme d'importance secondaire. Le signe que nous proposons d'appeler *signe des spinaux* a été observé par nous sur plus de 100 pleurétiques, aux consultations de médecine de la Pitié et de St-Antoine, et il nous a permis souvent de faire un diagnostic d'épanchement pleural avant tout autre examen.

Si l'on examine le dos d'un individu normal, dans la station debout, on aperçoit facilement dans la gouttière costo-vertébrale, et plus bas dans la région lombaire, la saillie que font les deux muscles spinaux superficiels, l'iléo-costal en dehors et le long dorsal en dedans. A la palpation de la région lombaire, on sent nettement la masse musculaire en tension permanente, en vue de la conservation de l'équilibre. Cette tension est surtout due au long dorsal, et accessoirement à l'iléo-costal; de sorte que, sous la main, la masse semble varier d'épaisseur suivant que l'un des muscles ou les deux entrent en action. Dans la station verticale, même dans une attitude légèrement penchée en avant, ce que l'on sent sous la main correspond en grande partie aux fibres du long dorsal.

Chez un pleurétique, au contraire, toute la masse musculaire, l'iléo-lombaire aussi bien que le long dorsal, entre en action; de sorte qu'elle est fortement élargie du côté malade, et de dimensions normales du côté sain. Pour mieux percevoir le phénomène, on peut faire pencher légèrement le malade en avant, afin de faire

saillir davantage sous la peau toute la masse musculaire; ou bien on incline le thorax tantôt à droite, tantôt à gauche; et dans ces mouvements alternatifs on saisit parfois plus facilement la différence de largeur et de tonicité qui existe entre les deux masses musculaires de part et d'autre de la colonne lombaire, au-dessous de la 12^e côte.

Souvent on rend plus net le symptôme en percutant avec un marteau les attaches supérieures du faisceau moyen du long dorsal, à la hauteur des 5^e, 6^e et 7^e vertèbres dorsales, et à deux ou trois travers de doigt en dehors des apophyses épineuses. Dans ces conditions, on a deux sortes de sensations, une tactile, l'autre visuelle. Celle-ci se révèle par une contraction réflexe, visible à l'œil nu, de tout le faisceau moyen du long dorsal, et qui part du point percuté, pour aboutir en bas aux attaches épineuses lombaires. Cette contraction peut exister du côté sain, mais beaucoup moins nette; elle peut exister aussi, en dehors de tout épanchement pleural, chez tout malade dont la réflectivité musculaire est exagérée, notamment chez des cachectiques, des alcooliques ou des neurasthéniques. Ce symptôme n'a donc de valeur que si le signe spinal, tel qu'il vient d'être décrit, existe nettement.

La sensation tactile, bien que fournissant une donnée moins objective, est plus importante. Nous avons déjà vu que la palpation de la masse musculaire lombaire donnait du côté de la pleurésie, immédiatement au-dessous de la 12^e côte, une sensation de tension élastique en même temps que l'élargissement de la masse. Cette sensation s'accuse par la percussion au marteau des attaches supérieures du long dorsal. Tantôt le muscle semble vibrer comme une masse de caoutchouc dur que l'on frapperait, tantôt ses fibres se contractent sous le doigt. Si cette contraction est forte, elle peut être visible sous la peau comme nous venons de le décrire et alors le signal pleural se présente à son complet.

La durée du signe des **spinaux** dépasse celle de l'épanchement de trois semaines à un mois; dans un cas elle atteint six mois et dans un autre neuf mois.

Sa fréquence est considérable, surtout si l'on veut bien le rechercher par tous les moyens indiqués plus haut. Notre statistique porte actuellement sur 100 cas, qui se répartissent ainsi :

76 cas de pleurésie primaire aiguë ou sub-aiguë, chez lesquels le signe pleural a toujours été rencontré ;

24 cas de pleurésie secondaire, chez lesquels le signe pleural a été constaté 18 fois.

De sorte que le symptôme se rencontrerait dans une proportion de 94 fois pour 100.

Nous manquons de documents malheureusement sur les épanchements chez les cardiaques et chez les rénaux ; car notre statistique ne porte que sur cinq cas ; et encore ces cinq cas n'ont pas pu être examinés dans leur ensemble. Le signe existait, mais atténué, dans 3 cas ; il était douteux dans un cas ; et manquait dans le cinquième.

De même, pour les pleurésies suppurées, dont nous ne possédons que trois observations ; une seule fois le signe existait ; il s'agissait d'une pleurésie méta-pneumonique qui guérit après une seule ponction ; dans les deux autres cas, correspondant à une pleurésie mixte à pneumocoques et à streptocoques, et à une pleurésie putride, le signe manquait.

Le signal spinal se rencontre donc surtout dans les pleurésies séro-fibrineuses primaires ou secondaires tuberculeuses ; il offre de plus un certain intérêt diagnostique.

C'est ainsi qu'il faisait défaut dans trois cas de pneumothorax, dans cinq cas sur sept de pneumonie, et enfin dans les deux seuls cas de spléno-pneumonie que nous avons observés depuis deux ans. Si ce fait était vérifié à nouveau, le signe spinal acquerrait une importance séméiologique plus considérable.

TRAITEMENT DE LA PLEURESIE AIGUE

—
Par le Profeseur Albert ROBIN. Hôpital Beaujon.
(*Conc. mèd.*)

Je vous parlerai aujourd'hui du traitement d'une maladie banale, la pleurésie aiguë, dont nous avons actuellement plusieurs cas dans le service.

Notre premier malade est un mécanicien de 20 ans. Il fut pris brusquement, huit jours avant son admission, à la suite d'un excès de travail suivi d'un coup de froid, d'une série de frissons et d'un violent point de côté. Puis, la fièvre s'alluma en quelques heures, à ce tableau vint s'ajouter une dyspnée extrêmement vive. Entré le huitième jour de son affection, nous avons constaté, à ce moment, en avant et en arrière de la poitrine, du côté gauche, une matité absolue et totale. L'espace de Traube était mat. A l'auscultation, on constatait l'absence de murmure vésiculaire, un souffle au niveau du hile, de la pectoriloquie aphone manifeste. Le cœur était refoulé et battait à droite. En même temps, on notait une dyspnée violente, près de 40 respirations par minute, qui s'exagérait par le moindre mouvement. Outre cela, un facies pâle, avec coloration un peu cyanosée des pommettes. La fièvre s'élevait seulement à 38°. Le diagnostic était simple: il s'agissait d'une pleurésie gauche, à grand épanchement, refoulant le cœur.

Ce diagnostic eût été incomplet si nous n'avions pas cherché la nature de la pleurésie. La question de la nature des pleurésies aiguës a été très discutée. On admet par principe que toute pleurésie est tuberculeuse. Eh bien! je n'hésite pas à considérer cette opinion classique comme exagérée. Certes, un grand nombre de pleurésies aiguës sont bacillaires. Quand elles se développent avec des signes de bacillose, chez des sujets suspects, enta-

chés d'hérédité, chez des individus qui ont eu une atteinte tuberculeuse quelconque, chez des touseurs, vous pouvez dire que la pleurésie est tuberculeuse. Mais ces pleurésies-là ont une allure spéciale. Le début, brusque ou non, est suivi d'une période où la température s'élève beaucoup plus que dans la pleurésie ordinaire. La pleurésie guérie, vous voyez de nouvelles poussées thermiques se produire.

Les auteurs qui ont soutenu la notion des pleurésies toujours tuberculeuses ont apporté des arguments à l'appui de leur opinion. Ils ont dit : dans toute pleurésie suivie de mort, on a constamment trouvé, à l'autopsie, des lésions tuberculeuses. En second lieu, la plupart des sujets ayant eu une pleurésie soi-disant *a frigore* deviennent tuberculeux ; s'ils ne le deviennent pas tous, c'est que la pleurésie a une tendance manifeste vers la guérison. On a dit encore : quand on inocule du liquide pleurétique à un cobaye, celui-ci devient bacillaire. Enfin, la réaction à la tuberculine est, chez ces malades, positive.

A ces arguments, je vais répondre en interrogeant la clinique. J'ai eu l'occasion de suivre un assez grand nombre de pleurétiques. Un sur six seulement a versé dans la tuberculose. Donc, 84 % des pleurésies ne sont pas cliniquement tuberculeuses. L'inoculation, qui soi-disant est toujours suivie de résultat positif, n'est réellement tuberculisante que dans 40 % des cas, et encore faut-il injecter beaucoup de liquide. D'autre part, les statistiques relatives aux cultures du liquide, au cyto-diagnostic et au séro-diagnostic sont négatives pour le plus grand nombre. Enfin, autre raison : les vétérinaires ont constaté l'existence nette de pleurésies *a frigore* chez les moutons et les chevaux. Deux lots de chevaux de remonte, les uns tondus, les autres pas, se trouvent exposés au froid. Les chevaux tondus deviennent pleurétiques dans une proportion importante. Si l'on objecte que le froid a été simplement le metteur en train, je répondrai que les autopsies ne démontrèrent pas la tuberculose chez ces animaux.

Voilà une série d'arguments à opposer à ceux qui soutiennent que la pleurésie est constamment tuberculeuse. Admettre cette doctrine conduit à des conséquences graves. En voici un exemple : une jeune fille, sur le point de se marier, contracte une pleurésie. Son médecin, s'appuyant sur l'opinion courante de la pleurésie toujours tuberculeuse, déclare qu'il faut surseoir au mariage. Quinze ans se passent. Cette personne est demeurée en parfaite santé, mais elle a manqué son mariage et sa vie.

Il doit rester de cette discussion ceci : il y a des pleurésies tuberculeuses indiscutables ou très probables. Vous avez à prendre envers elle des précautions particulières. Pour les autres, soyez moins rigoureux ; la cure d'air et de repos pendant la convalescence, l'éloignement de personnes susceptibles d'être contagionnantes seront des mesures suffisantes à instituer.

Cela dit, revenons à notre malade et au traitement à lui appliquer. La thoracentèse, autrefois surtout, s'est imposée au praticien. A la vérité, ce procédé, excellent sans doute, présente ses indications. Il est des cas où il est indispensable, d'autres où il est discutable, d'autres où il est inutile. Il est indispensable dans les cas analogues à celui de notre malade, quand l'épanchement est abondant, dépasse 1 litre $\frac{1}{2}$ ou 2 litres. Lorsque la pleurésie siège à gauche et refoule le cœur même s'il n'y a pas de dyspnée, vous ne devez pas hésiter à pratiquer la thoracentèse. Je dis : même quand il n'y a pas dyspnée. J'ai souvenir d'un malade qui, sans dyspnée aucune, mais avec un grand épanchement a succombé rapidement, subitement presque, à sa pleurésie. A plus forte raison, s'il y a dyspnée, l'intervention s'impose-t-elle.

Comment faire la thoracentèse ? Généralement, on la pratique dans le sixième espace intercostal. Je conseille plutôt le septième et même le huitième. Vous lirez dans les livres classiques qu'il faut ponctionner sur la ligne axillaire ; j'ai toujours préféré ponctionner un peu en arrière de cette ligne. Quelle quantité de liquide retirer ? Les classiques recommandent de ne pas

enlever trop de liquide à la fois, pas au delà d'un litre. J'estime que l'on peut extraire tout l'épanchement s'il ne survient pas d'accident. Les accidents en question sont : la syncope, l'expectoration albumineuse et l'œdème aigu du poumon. Ils tiennent à la décompression trop brusque du poumon et sont dus à ce que l'opération n'est pas faite assez lentement. Aspirez donc avec beaucoup de lenteur. J'ai pratiqué des centaines et des centaines de thoracentèses sans ennuis sérieux. Néanmoins, ayez quelque prudence. Pendant que vous videz la plèvre, vous devez suspendre l'opération s'il survient l'un quelconque des incidents que je vais énumérer. En premier lieu la toux persistante. Le malade tousse, vous arrêtez ; la toux cesse, vous reprenez ; la toux reprend aussitôt, cessez l'aspiration. En second lieu, la sensation de douleur, de pesanteur, de déchirement ; arrêtez l'opération. Arrêtez aussi quand le malade éprouve une accélération respiratoire, pâlit subitement ou se couvre de sueurs. Suspendez alors immédiatement, sans essayer de reprendre.

On a proposé depuis quelque temps d'injecter de l'air stérilisé dans la plèvre après la thoracentèse. J'avoue que je n'en vois pas bien d'utilité.

Chez notre malade, nous avons retiré un litre de liquide et le lendemain nous avons commencé le traitement médical. En quoi consiste ce traitement médical des pleurésies, avec ou sans thoracentèse ?

Instituez d'abord le régime lacté absolu, 2 litres de lait par jour. Le lait a l'avantage de ne pas introduire de toxines dans l'organisme et d'entretenir la diurèse.

Savez-vous à quoi a conduit la notion de la nature toujours tuberculeuse de la pleurésie ? A traiter les pleurétiques comme des tuberculeux. J'ai vu nourrir des pleurétiques avec 100 grammes de viande crue. Il en résulta la fermeture du rein et une série d'accidents que le régime lacté fit disparaître.

Donc, la première chose à faire est de conseiller le régime

lacté. La deuxième est d'ordonner le calomel à dose à la fois purgative et diurétique :

Calomel 0 gr. 40

Diviser en 4 paquets, à prendre à une heure d'intervalle.

Trois heures après, vous avez des garde-robes, au nombre de 2 ou 3, avec tendance à la diurèse. Le calomel doit être renouvelé si le malade présente de la constipation.

Le lendemain (troisième jour), donnez du salicylate de soude, 2 grames en cachets de 0 gr. 50, un toutes les 6 heures. C'est un cholagogue, un éliminateur, un analgésique, ayant en plus une affinité spéciale pour la pleèvre.

J'ai employé jadis un médicament, le jaborandi, à la dose de 4 gr. en infusion. Il provoque une sudation et une salivation intenses. J'ai vu des malades rejeter un litre de salive en un quart d'heure. C'est un admirable médicament, mais qui a un gros danger : il agit sur le cœur et provoque une asystolie thérapeutique : le pouls devient dépressible et le cœur a des faux pas. Ne le prescrivez jamais dans la pleurésie gauche. Dans la pleurésie droite, vous pourrez le donner dans certains cas exceptionnels, lorsqu'il y a dyspnée intense, épanchement considérable, si le cœur est sain. Je vous indique cette médication plutôt pour mémoire, car elle offre des dangers très grands, quand on n'est pas sûr de l'intégrité du cœur.

Vers le sixième ou septième jour, lorsque la température commence à diminuer, l'épanchement restant stationnaire, ayez recours au vésicatoire. Appliquez un grand vésicatoire. Je vais, là encore, à l'encontre des idées modernes. On reproche au vésicatoire plusieurs choses : de déprimer le système nerveux, de congestionner le rein, d'irriter la vessie, de provoquer la fièvre et d'exposer aux complications des plaies. Je répondrai que le vésicatoire excite la phagocytose, qu'il augmente la ventilation pulmonaire et accroît de 50 % la quantité d'oxygène consommée. Il

a non seulement une action mécanique, de révulsion, mais aussi une action dynamique. Il diminue la dyspnée. En outre, loin de déprimer le système nerveux il le stimule; loin de diminuer la diurèse, il l'augmente. Toutefois il faut savoir l'appliquer.

Vous mettrez un vésicatoire de grandes dimensions, de 10 centim. sur 12. Vous aurez soin qu'il soit fraîchement préparé, et vous demanderez qu'il soit fortement camphré. Ne l'appliquez pas en arrière, dans le dos, où il gênerait le malade pour dormir et serait difficile à panser. Il gênerait également à cette région, si vous étiez obligé dans la suite de pratiquer une ponction. Lavez donc la peau, posez le vésicatoire et laissez-le en place dix heures. Au bout de dix heures, soulevez-le; si, au-dessous, la peau est intacte, reposez-le, et attendez. Si la peau est rouge, avec ou sans phlyctènes, décollez le vésicatoire, et remplacez-le par un cataplasme d'amidon assez chaud. Au bout d'une heure, l'ampoule est formée. On enlève le cataplasme, on nettoie la poche, on l'ouvre et l'on panse à la vaseline boriquée.

Y a-t-il des contre-indications au vésicatoire? Vous ne l'emploierez pas chez les personnes ayant de l'irritabilité de la peau; vous vous en abstenrez chez les brightiques, les prostatiques, les malades atteints de cystite. S'il y a simplement des traces d'albumine dans l'urine, d'albuminurie fébrile, vous pouvez vous servir sans crainte du vésicatoire.

Au cours d'une pleurésie, peuvent survenir des prédominances symptomatiques qui imposent une thérapeutique particulière. Le point de côté, d'abord, dont les malades demandent instamment à être débarrassés. Bien souvent, quand je découvre la poitrine de malades atteints de pleurésie, je vois des traces de ventouses scarifiées. Sachez qu'elles ne servent à rien, en l'espèce, si ce n'est peut-être comme porte d'entrée des germes microbiens. Vous supprimerez le point de côté avec une injection d'un centigramme de morphine. Vous pourrez la faire sans crainte, à condition qu'il n'y ait pas une albuminurie notable. Si le point de

côté s'accompagne d'une forte dyspnée, il vaut mieux injecter 5 milligrammes d'héroïne, ce qui calme les deux symptômes.

Certains malades ont une fièvre intense, persistante, dépassant 39°. Il est alors un excellent moyen dont je vous ai parlé bien souvent, qui réussit presque toujours: c'est l'association du pyramidon et du bichlorhydrate de quinine. Voici, par exemple, un patient qui a pendant quelques jours 40°, au-dessus même. Prescrivez, en cachets, 0 gr. 30 de pyramidon suivi au bout de dix minutes d'une dose de 40, 50, 60 centigrammes de bichlorhydrate de quinine. Faites prendre, après chaque cachet et ensuite, plusieurs tasses d'infusion chaude de sureau ou de bourrache. Le malade sera pris de sueurs profuses. On voit, à ce moment, la température tomber et l'épanchement diminuer.

Vous savez que, du fait de l'épanchement, la quantité d'urine s'abaisse. Si, malgré le régime, elle descend au-dessous d'un litre, donnez la potion de Millard:

Acétate de potasse	2 grammes
Azotate de potasse	2 —
Oxymel scillitique	30 —
Infusion de feuilles de genêt.....	120 —

une cuillerée toutes les heures.

Voilà maintenant votre malade convalescent. Dans toute pleurésie, la résorption ne se fait pas sans qu'il reste des fausses membranes, d'où la nécessité d'un traitement consécutif. Il consiste dans l'emploi de l'arséniate de soude et de l'iodure de potassium:

Arséniate de soude	0 gr. 05
K I	5 grammes
Eau	300 —

Cette solution renferme 2 milligr. $\frac{1}{2}$ d'arséniate de soude et

0 gr. 25 d'iodure par cuillerée. En donner une cuillerée à soupe.

Toutes les fois où vous soupçonnez la tuberculose, instituez une médication appropriée, cure d'air, viande crue, huile de foie de morue.

— Si, après le traitement, il persiste encore quelque chose du côté de la plèvre, recommandez la gymnastique respiratoire. Cette gymnastique est tout ce qu'il y a de plus simple. Lorsque le malade fait coup sur coup 3 ou 4 inspirations assez fortes par le nez, on voit le côté sain s'élargir plus que le côté de la pleurésie. Eh bien! appliquez la main sur la partie supérieure et inférieure du thorax, côté sain, et dites au patient de faire un effort respiratoire, renouvelez 4, 5, 6 fois. Il peut répéter lui-même cette manœuvre plusieurs fois dans la journée. Y joindre un massage très doux pour tonifier les muscles interscostaux.

Dans le cas où, malgré tout, il resterait des résidus pleurétiques, vous conseilleriez une cure thermale, à Cauterets, à Allevard, ou au Mont-Dore s'il y a une toux sèche, quinteuse, se produisant au passage du froid ou chaud.

—o:—:o—

SUR UNE NOUVELLE FORMULE DE POMMADE.

C'est un glycérolé sans amidon, obtenu simplement par le mélange à chaud de la glycérine avec les produits utiles de la pommade.

Dans une capsule de porcelaine chauffée au bain d'huile à 125 degrés environ on fait fondre ensemble:

Antipyrine	188 grammes.
Resorcine	110 —
Terpine	180 —

on obtient un produit de consistance huileuse qui, par refroidissement, se prend en une masse vitreuse transparente. Cette masse a la curieuse propriété de se dissoudre à chaud dans la glycérine et de donner, par refroidissement, un mélange qui ressemble tout à fait au *cold cream* quand il vient d'être fait. Pour obtenir ce résultat, les quantités de mélange sus-indiquées doivent être triturées avec un kilogramme de glycérine.

Cette pommade jouit des propriétés de ses constituants, elle est légèrement antiseptique, sans causticité, elle exerce une action calmante sur la peau, et, par son antipyrine, elle est hémostatique. Comme tonique, elle possède une propriété précieuse, c'est de pouvoir être enlevée rapidement avec de l'eau tous ses éléments étant solubles. (M. Montel). (*Bull. com. des pharm.*)

LES FARINES DE CÉREALES ET DE LEGUMINEUSES DIASTASEES DANS L'ALIMENTATION DES MALADES ET DES CONVALESCENTS

Par le Dr IMBERT, (thèse de Paris).

L'auteur conseille d'employer, au lieu de la tisane de céréales ordinaire, dont la préparation est longue et peu constante, un mélange de céréales préparé de la façon suivante :

Farine de gruau de blé	5 grammes
Farine de riz	5 —
Farine d'orge	5 —
Farine d'avoine douce	5 —
Farine de maïs rouge	5 —

Ce mélange est bien divisé dans un peu d'eau froide pour

éviter la formation de grumeaux, puis jeté dans un litre d'eau bouillante. Après une cuisson de dix minutes, on ajoute 0 gr. 25 de maltine, qui liquéfie complètement la gelée obtenue habituellement par refroidissement.

La tisane ainsi obtenue est d'une saveur agréable, légèrement saline et elle est fort bien digérée par les malades. On peut en donner un à deux litres par jour pour un adulte et, pour les enfants, suivant l'âge, de un demi-litre à un litre, soit à la tasse, soit au biberon, avec ou sans lait.

Les bouillies peu appétissantes, indigestes, que l'on donne habituellement, peuvent être remplacées avantageusement par des potages de farines de légumes et de céréales :

Farine de riz	5 grammes
Farine d'orge	5 —
Farine de maïs	5 —
Farine d'avoine	5 —
Farine de gruau de blé.....	5 —
Farine de fèves de marais.....	5 —
Farine de pois verts	5 —
Farine de lentilles vertes	5 —
Farine de haricots verts	5 —
Tapioca	5 —

(environ une cuillerée à café de chaque).

Maltine du codex 1908: 0 gr 50, ajoutée après cuisson.

Eau bouillante: Q. S. pour obtenir 250 centimètres cubes environ.

On fait prendre ce potage toutes les deux heures, tantôt coupé avec son volume de lait, tantôt avec du bouillon dégraissé.

Pour un adulte, trois potages par jour seront une bonne alimentation dans la convalescence.

Afin d'obtenir ensuite un aliment complet, on ajoute un œuf que l'on émulsionne dans le potage chaud au moment de s'en servir.

Pour les enfants, il y aura lieu de donner une quantité variable avec l'âge. Les proportions ci-dessus pourraient, au début d'une convalescence suffire pour vingt-quatre heures.

Ces deux préparations, dont on peut varier les proportions suivant le goût du malade, ont été pour l'auteur une ressource très utile pour maintenir la nutrition pendant la maladie et la convalescence immédiate et même médiatae; elles seules lui ont permis de faire prendre et tolérer le lait à une malade et à des enfants de sept à neuf ans, le digérant mal et ne l'acceptant qu'avec crainte et dégoût.

Variétés.

LE DROIT ET LA MEDECINE

Les lois ont été faites par des avocats, on peut s'en douter à la façon dont ils se sont ménagés, écrivait Alphonse Karr; ils se sont bien gardés de se placer dans la catégorie des patentés, dans laquelle ils ont rangé les médecins; on serait probablement embarrassé d'en trouver une bonne raison. Le médecin, avant d'obtenir son diplôme, doit faire des études bien plus chères, bien plus dangereuses. Sauf exceptions rares, il gagne beaucoup moins et n'a d'avenir que dans ses économies. Les avocats, au contraire, ne sont en rapport qu'avec des gens qui ont des ressources; d'ailleurs ils se sont habilement interdit tout recours judiciaire pour leurs honoraires, afin d'avoir un prétexte honnête de se faire payer d'avance. Quand ils avancent en âge, ils se transforment en ce qu'ils veulent, magistrats, députés. . .

A l'époque où Alphonse Karr écrivait, il n'y avait pas encore de groupe médical parlementaire. Le progrès marche, mais la profession médicale reste une des plus pénibles pour la masse de ceux qui l'exercent.