

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1832.

PARAISSANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. ROULET,  
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,  
H. HERVIEUX.

MM. A. Le SAGE,  
A. MARIEN.

32° Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef  
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XL

1er NOVEMBRE 1911

No 11

## MEMOIRES

### LE TRAITEMENT BIOLOGIQUE ANTITUBERCULEUX

Par le Dr EUGENE GRENIER.

Médecin en chef du dispensaire antituberculeux de l'Institut Biuchési à Montréal.

L'enseignement antituberculeux donné jusqu'à ce jour aux élèves de nos écoles et au public lui-même a peut-être laissé chez les auditeurs quelques lacunes ou causé une fausse impression, et partant, rendu moins efficace la lutte contre la peste blanche.

D'abord la mesure du traitement dit rationnel, qu'on préconisait avant tout, demeurait totalement imprécise et incalculable. Avec l'excellente intention d'encourager les malades en leur montrant les facilités de la médication antituberculeuse, on induisait en erreur beaucoup de monde, on laissait à la merci des patients ce qui devait être placé sous la direction et le contrôle du médecin, et ce qui pouvait avoir une heureuse influence entre les mains d'un homme de l'art n'avait le plus souvent qu'une influence pernicieuse avec le libre arbitre de gens souvent ingénus.

Le sens des proportions manquait: on ne considérait pas qu'il faut savoir doser et que si le verre d'eau rafraîchit, la rivière peut bien engloutir.

Mais où l'on exagéra la facilité du traitement de la tuberculose, ce fut toutes les fois que l'on recommanda le traitement dit rationnel comme le seul existant.

Il eut mieux valu affirmer qu'il n'en existait pas jusque là car au point de vue strictement scientifique, ce ne fut jamais un traitement de la consommation.

L'air pur, le repos, la bonne alimentation, ce sont les premiers principes de l'hygiène, dont la pratique est nécessaire pour conserver d'abord sa santé et ensuite lutter contre n'importe quelle maladie.

Traitement exclusif de la tuberculose celui qui se prescrit à l'anémique, aux neurasthéniques, aux typhiques, aux rhumatisants et à tant d'autres ?

Traitement exclusif de la tuberculose celui qui est indispensable pour ne pas devenir consomptif, etc. ?

Traitement exclusif de la tuberculose celui qui ne s'attaque pas à la cause directement mais ne fait que rabattre le terrain où la défense aura meilleur pied pour lutter ?

Traitement exclusif de la tuberculose celui qui ne s'applique qu'indirectement au mal en réveillant tout simplement la défense naturelle !

On restreignait ainsi les limites au champ d'investigations où les chercheurs scientifiques brisant les barrières du préjugé, s'en allaient à la découverte du remède spécifique de la tuberculose.

Le pire était que ce traitement rationnel, si hasardeux, parfois si lamentablement parjure à ses promesses, laissait l'opinion populaire dans un doute et une méfiance très profonde.

Et cependant, les savants qui s'occupent de la tuberculose avaient depuis quelque temps déjà fait des découvertes précieuses.

Si l'on n'a pas encore aujourd'hui le traitement spécifique de la tuberculose on a au moins des traitements à allure scientifique qui n'excluent pas le traitement *ditt* rationnel, mais le mettent à sa place de principes hygiéniques.

Ce sont ces divers traitements que nous allons élucider maintenant: traitement biologique, traitement chimiothérapique, traitement physiothérapique, traitement opothérapique, traitement chirurgical.

Entendre parler diagnostic et types respiratoires est un peu terre à terre et peut-être même ennuyeux. Je crois vous faire plaisir en traitant par digression de questions d'actualité scientifique, de ces questions qui par leur nouveau passionnent les es-

prits curieux et par leurs promesses bienfaisantes enthousiasment les cœurs généreux qui se dévouent au soulagement des misères humaines.

Je vous exposerai aujourd'hui les principes du traitement biologique, ses deux modes physiologiques, ses deux modes d'action, de l'étude des deux modes d'action nous déduirons les indications et les contre indications.

Le principe. Il est admis que l'inoculation d'un antigène détermine toujours dans l'organisme inoculé la production d'un anticorps de même nature que l'antigène.

En partant de ce principe on veut apporter à l'organisme malade les moyens de lutter contre la cause de sa maladie.

Or, quelle est cette cause ? Le microbe. Mais nous savons aujourd'hui que le microbe de la tuberculose a diverses actions : 1° Par les toxines du protoplasma ; 2° Par les toxines adhérentes à la capsule ; 3° Par les toxines solubles ou ses sécrétions.

En effet le microbe est composé : d'un protoplasma contenant une toxine réalisée après des procédés de laboratoire en une poudre jaune très fine qui, inoculée à des animaux, produit la cachexie et la mort rapidement, c'est la bacillo-caséine. Et d'une capsule renfermant adhérentes deux toxines qui produisent sur le poulmon l'une la caséification, et c'est l'étherobacilline et l'autre la sclérose, et c'est la chloroformobacilline.

Les manifestations physiologiques du microbe sont des toxines solubles qui causent les troubles digestifs, les troubles vasomoteurs avec les troubles fébriles, et c'est la tuberculine.

Si l'on veut détruire le microbe de la tuberculose il faut donc lutter contre sa toxine soluble, contre ses toxines adhérentes et contre sa toxine protoplasmique. Ce qui lutte c'est l'anticorps.

Le traitement biologique sera donc celui qui apportera les défenseurs par l'inoculation des différentes antigènes et cet apport se fait de deux façons :

#### SÉROTHÉRAPIE

On inocule à un animal un antigène qui fait se produire un anticorps. On inocule le sérum à l'organisme malade, les anticorps sont tout préparés : c'est un envoi de contingents. l'organisme jouit alors d'une immunité passive.

## TUBERCULINOTHÉRAPIE

On inocule la tuberculine à l'organisme malade ce qui détermine la production d'anticorps: c'est la mobilisation de l'armée indigène, l'organisme jouit d'une immunité active.

Travaillant sur ces données, les savants ont obtenu diverses substances comprenant des anticorps, et nous avons les sérums parmi lesquels ceux de Marigliano, de Marmoreck, de Vallée, ont une vogue plus grande et ont été soumis à une expérimentation soutenus.

## SÉRUMS

1° *Sérum de Maragliano*. En 1895 Maragliano de Gènes prépare des cultures sur bouillons de bacilles humains virulents. Après filtration sur porcelaine il recueille les bacilles, les érase, en fait un extrait aqueux également filtré qu'il mélange au premier filtrat, puis concentre le tout à froid. Il obtient alors une préparation qui contient des exotoxines et des endotoxines. D'après les expériences faites, le veau, le cheval et surtout la chèvre injectés de six mois en six mois à doses progressives donneraient un sérum ayant des propriétés immunisantes et curatives. Maragliano administre son sérum à la dose minime de un centimètre cube tous les jours avec interruption d'une dizaine de jours par mois ou bien tous les deux ou trois jours. Le traitement est continué ainsi pendant plusieurs mois.

2° *Sérum de Marmoreck* (1903). Considérant que la tuberculine n'est pas le vrai poison de la tuberculose, que le bacille tuberculeux primitif en secrète un autre dans l'organisme envahi, que la tuberculine sert tout simplement à provoquer chez le bacille la sécrétion de cette autre toxine, Marmoreck, de Paris, dirige ses recherches vers l'obtention de ce poison. Il prépare sa culture d'une manière spéciale: 48 heures après avoir injecté 15 cc. de bouillon peptoné à des cobayes, en lavant la cavité péritonéale, il obtient des solutions contenant des leucocytes. Il inocule ces solutions à un veau, en tire un sérum leucotoxique, il ensemence ensuite un milieu de culture composé de ce sérum et d'un bouillon de foie glycérimé de bacilles jeunes ayant une capsule adipo cireuse très mince, qui s'y développent difficilement

mais parviennent cependant à s'adapter sans changer leur caractère primitif. Il filtra alors cette culture et le produit en est injecté à un cheval par séries (5 cc. par jour) une série de 4 injections avec un jour de repos, nouvelle série de 4, 3<sup>e</sup> série de 2, 10 jours de repos et ainsi de suite. Et à des doses variant suivant la voie employée sous-cutanée ou rectale (5, 10 et 20 cc. par jour, suivies d'un repos).

3° *Sérum de Vallée*. Vallée fait un pas de plus dans la recherche d'un sérum complet. Voici ce qu'il dit à ce sujet dans un des mémoires parus dans les annales de l'Institut Pasteur en 1909: "Les chevaux qui produisent le sérum sont choisis jeunes (4 à 5 ans) et très solides. D'abord immunisés par inoculation intra-veineuse de bacilles équiens peu virulents administrés de 3 mois à 3 mois, ils reçoivent ensuite des bacilles humains en pleine virulence (toujours dans la jugulaire) à des doses allant après 2 à 3 ans de préparation à 200 milligrammes d'un seul coup. Ainsi hypervaccinés les sujets reçoivent sous la peau ou dans les veines selon leur réaction des exotoxines représentées par les bouillons de culture de bacilles humains très virulents et toxiques) et des endotoxines obtenues par le broyage de bacilles virulents et vivants de ces cultures. Ces chevaux sont donc préparés à donner un sérum à la fois antimicrobien, antitoxique et anti endotoxique, c'est-à-dire un sérum complet. Les microbes inoculés et les poisons injectés sont tels que la culture les fournissent, non chauffés, non modifiés. Rien de commun donc avec l'immunisation aux bacilles cuits de Maragliano, ou aux filtrats de Marmoreck. Le sérum est recueilli un mois après une dernière injection; puis chauffé 4 fois à 56° durant une heure, enfin conservé six mois à la glacière tout ceci dans le but de détruire la toxicité normale du sérum et de réduire les chances d'anaphylaxie."

*Tuberculines*. Comme nous l'avons vu tout à l'heure, la tuberculinothérapie c'est la mobilisation de l'armée indigène: on injecte à l'organisme malade les antigènes; il aura à fabriquer de sa propre substance des anticorps. Rappelons en passant que les antigènes sont les poisons du bacille de Koch ou tuberculine; non stérilisé, il donne aux poisons du bacille tuberculeux.

Comme il avait découvert le microbe de la tuberculose, Koch

découvrit la tuberculine. Il produisit la première appelée **T. A.** ou tuberculine ancienne en concentrant au 1/10 au bain-marie des cultures de bacilles âgées de six à sept semaines et faites sur un bouillon de veau alcalin peptonisé à 1/100 et glycérimé à 1/25, et en les filtrant.

2° La deuxième **T. R.** était obtenue avec l'intention de perfectionner la première et d'avoir une tuberculine des vrais poisons du protoplasma en triturant des cultures bien desséchées dans le but de détruire l'enveloppe du bacille. Koch obtenait alors une substance qu'il diluait dans de l'eau distillée, puis la centrifugeait, produisant une couche supérieure transparente et une couche inférieure contenant des bacilles. Il centrifugeait à nouveau la couche jusqu'à ce que les bacilles fussent complètement dessous. Le résidu supposé devoir contenir les substances constitutives du bacille, solubles dans la glycérine était, la **T. K.**; le liquide transparent contenant les substances insolubles dans la glycérine était le **T. O.**

3° La troisième ou **B. E.** ou émulsion bacillaire était produite en mélangeant une partie de bacilles pulvérisés dans cent parties d'eau et cent parties de glycérine on laissait reposer le mélange quelques jours puis on décantait. Pour l'usage on le diluait avec une solution de soude à 0,8%.

4° *Denys, de Louvain*, poursuivant les travaux de Koch chercha une nouvelle forme de tuberculine. Au lieu de concentrer par la chaleur les cultures de bacilles comme faisait Koch pour la **T. A.**, Denys filtre simplement ajoute de l'acide phénique ou du thymol pour en assurer la conservation. Cette tuberculine est mise sur le marché en neuf dilutions différentes de 10 en 10 fois plus faibles.

5° *La tuberculine de Jacobs*, ne contient pas de bacilles, c'est le produit d'une culture sur bouillon pendant une année entière de bacilles humains de virulence contrôlée; on l'évapore à chaud dans le vide pour le réduire à 8% de son volume, on la filtre, on la stérilise et on l'étend de glycérine. C'est la solution mère. La tuberculine de Jacobs est vendue en dilution à sept titres différents.

6° *Beraneck* fait sur du bouillon de veau glycérimé non pepto-

nisé ni neutralisé une culture de bacilles qu'il filtre. Il en prélève une partie pour en tirer au moyen de l'acide orthophosphorique à un pour cent un extrait des corps bacillaires. La tuberculine même est une dilution à 1/20 de ce mélange. Elle est vendue en 15 solutions différentes dont le rapport est au carré.

7° Le Professeur Vallée étudie en ce moment la production d'une autre tuberculine qui représenterait les poisons complets du bacille tuberculeux et non comme l'ancienne tuberculine de Koch des Exo et des endotoxines cuites.

‘Les seules tuberculines non chauffées, dit-il lui-même, celle de “Denys et la T. R. de Koch ne renferment que des poisons partiels: le bouillon de Denys des exotoxines et la T. R. des endotoxines sans exotoxines. Ma tuberculine contient au contraire le bouillon frais sans aucune préparation, emprunté à des cultures très toxiques et l'endotoxine des bacilles de ces cultures obtenu par broyage des microbes (dans de l'eau distillée, stérilisée) dans une atmosphère d'hydrogène et à l'obscurité. Ainsi obtenue l'endotoxine résume la constitution même du bacille sans altération aucune. Bouillon de culture et endotoxine mélangés de façon à avoir les poisons totaux de la culture sont ensuite filtrés à pression nulle sur berkfeld après dilution. Le produit est mis en ampoule et correspond à un pour cent de la tuberculine de l'Institut Pasteur.”

Nous avons vu que le but du traitement biologique est d'apporter à la lutte contre les diverses toxines du bacille de Koch des armes appropriées. En principe on devait pouvoir le faire en donnant tout préparés ou en en faisant produire des anticorps de même nature que les antigènes. Il fallait pour cela obtenir les toxines et toutes les toxines du microbe.

Or nous devons le reconnaître, rien n'est moins certain que la présence de toutes les toxines du microbe agissant comme antigènes dans la formation du sérum.

A-t-on pu obtenir par exemple, par la simple trituration, la mise en liberté des étherobacillines et des chloroformobacillines qui devront produire des anticorps de même nature après inoculation ? A-t-on pu extraire aussi par les mêmes procédés, de la substance protoplasmique la bacillo caséine ? A-t-on pu au moyen

de l'acide orthophosphorique dissocier les substances composant la capsule dipocireuse a du bacille ? Tout en donnant créance aux savants qui pensent avoir obtenu et pouvoir utiliser comme antigènes la totalité des toxines au bacille, il nous faut bien remarquer que les résultats cliniques sont inégaux.

Quelle en est la cause ? c'est ce que nous verrons prochainement.

(A suivre)

---

## ACTUALITES

---

### LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE A NEW-YORK

Au cours d'un voyage de deux jours, à New-York, j'ai vu, en compagnie de M. Auguste Richard, l'aimable président de l'Institut Bruchési, des choses fort intéressantes.

Nous fûmes reçus à bras ouverts par M. le Prof. Knopf qui aime beaucoup les confrères qui s'occupent de tuberculose et encore plus les citoyens, les hommes d'affaires qui consacrent un peu de leur temps et de leur argent au soulagement des miséreux sans s'occuper des dires des égoïstes ou des jouisseurs!

Lorsque Knopf serre la main d'un financier qui s'intéresse à la grande lutte sociale on lit dans ses yeux la satisfaction écrite de l'ouvrier fier de son œuvre et heureux qu'on l'approuve.

Oui, Knopf a fait aux Etats-Unis une lutte ardente. Il a consacré une partie de sa vie à l'éducation du peuple et des têtes dirigeantes qui ont pour mission de le protéger. Que dis-je ! Il a même lutté contre ses confrères avant de mettre en branle l'armée qui devait combattre dans son pays la grande tueuse d'hommes : la Tuberculose !

Il a publié des volumes et écrit sans relâche, des articles de journaux qui n'ont d'égaux en valeur et en nombre que les incalculables conférences qu'il a semées d'un bout à l'autre de son pays.

Ce travail de géant était facile à Knopf qui a de la méthode dans le travail et une grande facilité de production en même temps que l'enthousiasme et l'altruisme que nécessite pareille cause. Voyez-le dans son cabinet de travail, où tout est classé,

étiqueté. En un instant il vous fait voir tel volume, vous commente telle statistique, ou vous met en main telle copie de lettre capables de vous intéresser pour enfin vous convaincre et vous amener à lui.

Suivez-le ensuite, comme nous l'avons fait toute une après-midi et vous comprendrez bien vite pourquoi cet homme a pu vaincre toutes les résistances. Partout il est accueilli avec empressement par ses confrères jeunes et vieux.

Lorsque Knopf salue ses pauvres incurables de l'habituel "Well my dear boys how are you" il faut voir comme ces malheureux occupés à faire la partie de cartes dans la grande salle d'entrée du Riverside Hospital, lui répondent du fond du cœur le "All well thank you Doctor." Knopf est aimé des nurses car il a un bon mot pour chacune d'elles. Voyez plutôt avec quelle marque d'estime il est accueilli au Red Cross Camp par la directrice, Melle Sloane.

Knopf a un cœur d'or et une délicatesse de sentiment qui expliquent pourquoi il est aimé de tous.

En revenant de North Brother's Island où est situé le Riverside Hospital il me dit, bas à l'oreille, après nous avoir présenté un tout jeune médecin embarqué sur le petit bateau qui nous ramenait à terre: "je tenais à vous présenter ce jeune médecin pour qu'il comprenne qu'il est devenu quelqu'un."

Jugez maintenant des attentions dont il nous a entouré; car il aime véritablement les Canadiens-français.

La visite que nous avons rapidement faite d'un des nombreux dispensaires dirigés par les autorités de la ville de New-York nous a permis de voir le côté pratique de nos voisins. C'est une maison entière qui a été transformée. Au premier: grande salle d'attente avec première salle d'examen et vestiaire des médecins. Au deuxième: trois salles d'examens dont une pour le spécialiste de la gorge et les deux autres pour hommes et femmes.

Le tout est très simple mais il y a des malades et les médecins sont à leur poste assistés de garde-malades qui distribuent des tracts, catéchisme antituberculeux, etc., à chaque malade.

Pour obtenir un service efficace des médecins et les amener à la plus stricte ponctualité, la ville de New-York a dû leur accorder un salaire raisonnable.

Nous avons vu le Roof Garden du German Hospital, et nous aimerions à voir la même chose dans nos hôpitaux. Cet hôpital possède un dispensaire général qui peut servir de modèle.

De construction récente, cette bâtisse est séparée de l'hôpital et comprend une salle d'attente au centre de chaque étage avec tout autour, de nombreuses salles d'examen. La disposition et la grandeur de toutes ces pièces sont bien comprises tandis que l'éclairage est excellent.

Le Red Cross Camp qui est situé sur le toit du Columbia University vaut la peine d'être visité. Melle Sloane et ses assistantes s'occupent maternellement des nombreux enfants qui vont là passer la journée au grand air et au soleil. Une salle de jeu couverte pour mauvais temps et une cuisine complètent l'installation.

Voilà autant d'enfants qui respirent de l'air pur et se fabriquent de la santé en attendant de devenir des citoyens robustes. Puis, croyez-moi, ces enfants grandis auprès des médecins et des nurses deviendront des aides puissants chaque fois que l'on essaiera plus tard de faire de l'hygiène dans leur milieu.

C'est de la bonne et de la saine besogne que font là nos amis de New-York.

C'est au Riverside Hospital qu'un grand nombre de tuberculeux incurables sont reçus jusqu'à leur mort.

Le bureau d'hygiène municipal a le pouvoir de contraindre à l'hospitalisation chaque malade qui est devenu une source de contagion pour son entourage.

Ce système de coercition appliqué avec douceur est appelé à diminuer considérablement la tuberculose dans la grande ville américaine.

Nous avons vu au même endroit deux pavillons construits en béton qui sont des modèles du genre.

La ville de New-York marche de l'avant dans la grande lutte antituberculeuse grâce à la direction qui lui est donnée par M. le Dr Biggs son officier de santé et le Dr Knopf un des directeurs des cliniques municipales.

Ces confrères distingués sont secondés et appuyés par les conseillers municipaux qui ne reculent devant aucun sacrifice d'argent pour assurer l'efficacité la plus grande aux moyens mis en œuvre par toute la ville.

A côté de l'organisation municipale il faudrait montrer le travail effectué par les entreprises toute d'initiative privée mais ce sera ce que nous verrons lors d'une visite subséquente au grand foyer scientifique qu'est devenu la métropole américaine.

Dr J. E. DUBÉ.

## CHRONIQUE

### L'HEREDITE DU BIEN ET L'HEREDITE DU MAL

La *Presse médicale* donne d'après la *Revue philanthropique* une statistique des plus curieuses à ce sujet. Il est vrai qu'on se demande, en voyant ces chiffres aussi précis et aussi nombreux comment une enquête aussi étendue et portant sur une époque si éloignée a pu les obtenir avec certitude.

Le "superintendant de l'assistance aux enfants négligés de l'Etat de Minesota" rappelle, dans un rapport récent, le contraste présenté aux Etats-Unis, par deux familles américaines, les familles Edwards et Jukes.

Jonathan Edwards naquit dans le Connecticut, en 1703. En 1900, des recherches permirent de retrouver les traces de 1,394 de ses descendants; 13 furent présidents et 64 professeurs dans des universités; 60, médecins; 100, prêtres ou pasteurs; 75, officiers des armées de terre ou de mer; 60, littérateurs; 180, juges, avoués ou avocats; 80, fonctionnaires; 3, sénateurs; 1, vice-président des Etats-Unis; 1, président d'une grande Compagnie de navigation; plusieurs furent gouverneurs d'Etats, membres du Parlement, maires, ministres plénipotentiaires, 33 Etats américains et 92 villes, plusieurs pays étrangers profitèrent de l'activité bienfaisante de cette famille, dont aucun membre ne fut condamné à une peine infamante.

Max Jukes naquit en 1720. Il fut un paresseux et un ivrogne. Parmi ses descendants, 310 moururent dans un hospice, 300 décédèrent pendant l'enfance, 440 souffrirent de maladies vénériennes, 400 devinrent malades ou infirmes par suite de leurs vices, 50 furent d'une immoralité notoire; 7 commirent des meurtres; 60 passèrent, en moyenne, douze ans en prison; 130 furent con-

damnés pour délits plus ou moins fréquents ou plus ou moins graves. Aucun des descendants de Max Jukes ne contribua à la prospérité générale, et au contraire, on a calculé que cette famille avait coûté à la Société environ 6 millions de francs. Heureusement, elle paraît éteinte.

Nos amis de France ne connaissent pas encore le bluff américain ! . . .

---

#### LITHIASSE BILIAIRE: 14,000 CALCULS

La *Province médicale* rapporte d'après les *Annales of surgery* qu'après avoir compté 14,000 calculs dans un cas opéré par lui, Schachner fit une petite enquête pour savoir le plus grand nombre enlevé dans la chirurgie biliaire. Voici les résultats: Mayo-Robson 2,300 (bien des fois plus de 500, une fois 1,058), Moynihan plus de 3,000 et 7,000, Mayo de 5,000 à 6,000. Oschner 6,780, Deaver 2,252, Moynihan cite aussi Frerichs, 1,930, Dunlop 2,011, Morgagni 3,000, Hoffmann 3,646, Langenbuch 4,000, Nauhyn 5,000 et Otto 7,082. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que tous ces calculs si nombreux ne sont pas petits. Ceux d'Oschner variaient de la taille d'un grain de riz au double du volume d'un pois.

---

#### GROSSESSE ET SECRET PROFESSIONNEL

Voici ce que nous lisons dans le "Journal des sages femmes" et emprunté au journal d'accouchements de Liège:

"Nous recevions dernièrement la lettre suivante d'un de nos plus érudits confrères. Elle a trait à une question qui se pose fréquemment en pratique et, par suite, mérite d'attirer l'attention de tous nos lecteurs.

"Je fais appel à votre haute sagesse, à votre profonde expérience, pour obtenir un avis précieux:

Deux jeunes gens, d'excellente famille, s'aimant, mais dont les parents sont opposés à leur union, se sont donnés l'un à l'autre. Aujourd'hui, je constate que la jeune fille est enceinte d'environ

deux mois. L'aveu est formel; le coït s'est produit, premier et unique, le 3 avril, depuis cessation des règles et modifications profondes dans l'état des seins.

Entre temps, des circonstances se sont présentées, qui permettent le mariage dans un temps prochain — en août, par exemple, mais sans grand enthousiasme de la part des familles. Dois-je prévenir les parents de la jeune fille de la grossesse de leur enfant ? Ma situation est d'une délicatesse extrême.

Si je garde le silence, je m'expose à être accusé par les parents d'ignorance, même de lâcheté, d'incorrection, de trahison. Si je déclare la chose, j'avance l'époque du mariage, mais j'indispose le père et la mère contre leur fille, et je mécontente cette dernière.

Que dois-je faire ? C'est la première fois qu'un pareil cas m'arrive, dans la haute bourgeoisie.

Un conseil, mon cher maître, et je vous en serai bien reconnaissant.

Voici la réponse que nous avons transmise à notre confrère par retour du courrier :

“ Mon cher confrère, vous ne pouvez rien dire, *absolument rien*, sans le consentement formel de la jeune fille. Mais vous devez chercher à la persuader de vous permettre de parler à sa mère ou à son père — à moins qu'elle ne fasse, elle-même, — afin d'avancer le mariage autant que possible.

“ C'est simple, correct, net, *indiscutable*.

“ Charmé de vous être agréable, je vous serre cordialement la main.”

Qu'advint-il ?....

---

#### LE PALAIS DU RADIUM

C'est une construction sans pareille au monde que vient de commencer pour Mme Curie l'architecte de la Sorbonne et de l'Institut de chimie, M. Nénot.

Le palais du radium offrira cette particularité que tous les murs seront doublés intérieurement d'épaisses couches de plomb pour être imperméable aux rayons du radium.

Les fondations du palais du radium seront édifiées tout spé-

cialement avec des matériaux d'une extrême solidité, assis à une grande profondeur dans le sol et capables de supporter le poids considérable des parois de plomb qui s'ajouteront à celui des murs extérieurs de l'édifice.

Par une coquetterie de l'artiste qui construit le palais du radium, ce " poids lourd " de l'architecture sera décoré en " trompe-l'œil ", de façon à faire pendant, sur la rue Pierre-Curie, au pavillon de l'Institut océanographique.

---

#### PIQUANT DIAGNOSTIC

Augustine Brohan souffrait d'un abcès du sein dont l'origine paraissait tout à fait obscure.

Velpeau vint voir la malade accompagné de Ricord; il fit son examen local, sans dire un mot qui permit de croire qu'il tenait son diagnostic, puis céda la place à Ricord.

A peine celui-ci avait-il approché ses mains pour palper qu'il s'écria: " Mais c'est une aiguille qui est là dedans.

— Ah bah! dit Velpeau, un peu sévère comme d'habitude. Comment faites-vous donc pour diagnostiquer les aiguilles dans le sein, vous?—Parbleu, je les reconnais quand elles me piquent." Et il montra la petite déchirure qu'il s'était faite à la main. Ce fut l'affaire d'un instant d'extraire aussitôt le corps du délit.

" C'est égal, Madame, dit-il une fois l'opération terminée, de ma vie je n'ai vu aussi jolie pelotte."

---

#### HEREDITE

Un jeune rustre, à l'Avocat Chopin,  
Faisoit un jour cette belle harangue:  
J'ai sçu, Monsieur, qu'étiez un grand latin,  
Et qu'à plaider vous aviez bonne langue.  
Or, désirant avoir enfans d'esprit,  
Bien humblement, du meilleur de mon âme,  
Prier vous viens d'en faire un à ma femme.  
Le bon Chopin à ce discours sourit:

Ami, dit-il, onc en ce ne fus maître:  
 Les enfans miens sont tous de francs niais.  
 Oui-dà, Monsieur, répond l'homme champêtre.  
 Ce n'est donc pas vous qui les avez faits.

---

#### L'HUITRE ET LES DOCTEURS

Des huitres, dans des bourriches,  
 A la porte du restaurant,  
 Attendaient que des clients riches  
 Les mandassent par le gérant.  
 Quatre messieurs, d'aspect fort digne,  
 Arrivèrent en ce moment.  
 L'un d'eux s'écria, véhément :  
 " Voici de quoi gagner une fièvre maligne.  
 — Des huitres ! fuyons ! dit l'autre, plaisamment."  
 Et tous les quatre, s'installant,  
 Parlant sur les mêmes chapitres,  
 Mirent au compte des huitres  
 Tous les typhus de leurs clients.  
 Car ces messieurs étaient des docteurs éminents  
 Qui venaient entre deux malades,  
 Déjeuner en bons camarades.  
 Accoururent auprès d'eux des garçons fort polis :  
 " Un poisson ? Du gibier ? Homard américaine ?  
 Comme vins, ces messieurs ? du bordeaux, du chablis ?  
 Quelques légumes frais ? Salade de romaine ?  
 Mais, soudain, voici qu'apparaît  
 Un fort détachement de la gent meurtrière,  
 Sur un chariot que traînait  
 Une ravissante écaillère.  
 " Oh ! dit un convive, ébloui,  
 Si sa marchandise est mortelle,  
 Du moins la marchande est fort belle."  
 Et les autres d'opiner oui. -  
 Sous cette charmante influence,  
 Ils découvrirent, indulgents,

Que les huitres, cette engeance,  
 "Elles ont, ma foi, bonne mine !  
 — Bah ! si je risquais le trépas.  
 — Croyez-vous à la médecine  
 (Et de rire) ? Je n'y crois pas."  
 Et l'un choisit quelques marennes,  
 L'autre, d'ostendes deux douzaines.  
 "Par ici, les armoricaines !"  
 Et les voilà se régaland.  
 "C'est bon de manger ce qu'on aime !  
 Dit un docteur, philosophant,  
 Et surtout de faire soi-même  
 Tout ce qu'aux autres l'on défend."

PIERRE SOULAINÉ.

Le badinage à l'eau de rose sied même aux médecins.

---

## SOCIÉTÉS

---

### XII<sup>e</sup> CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE A LYON

Voici le programme complet que nos amis de Lyon ont publié à propos du grand congrès qui a eu lieu du 22 au 25 octobre dernier.

Le *programme scientifique* du Congrès comprenait les questions suivantes :

Première question: *Du coma diabétique*. Rapporteurs: M. le prof. R. Lépine (Lyon): *Introduction à l'histoire du coma diabétique*. MM. les Prof, Huguenenq et Morel (Lyon) *Chimie du coma diabétique*; MM. le Prof. agrégé Marcel Labbé (Paris) et le Dr L. Blum, privat-docent à la Faculté de médecine de Strasbourg: *Histoire clinique et thérapeutique du coma diabétique*.

Deuxième question: *Du rôle des hémolysines en pathologie*. Rapporteurs: MM. le Prof. agrégé Georges Guillain et le Dr Jean Troissier (Paris): *Exposé général du sujet*. M. le Prof. Nolf (Liège): *Les hémolysines au point de vue expérimental*. MM. le Prof. Fernand Widal et le Dr Abrami: *Les ictères hémolyti-*

ques acquis. *Rapports de l'hémolyse avec la biligénie extra-hépatique.* M. le Prof. Bar (Paris) : *Communication sur les hémolytines de la femme enceinte.*

Troisième question : *Des diurétiques.* Rapporteurs : MM. les Prof. Henrijean (Liège) et Mayor (Genève) : *La diurèse et les agents diurétiques.* M. le Prof. Pic (Lyon) : *Les médicaments diurétiques.* M. le Prof. Arnozan (Bordeaux) : *Les régimes diurétiques.*

Quatrième question, ajoutée par le Bureau après entente avec le département de la Guerre : *Epidémiologie et prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique.* Rapporteur : M. le médecin principal Rouget, professeur au Val-de-Grâce, délégué de M. le ministre de la Guerre.

En outre, à l'occasion du Congrès, une réunion spéciale a eu lieu sous la présidence de M. le Prof. Beauvisage pour s'occuper des questions relatives aux enfants anormaux.

Le programme des fêtes et réceptions est provisoirement fixé ainsi :

Dimanche, 22 octobre, à 4 heures du soir : Séance d'inauguration du Congrès à l'Hôtel de Ville de Lyon ;

Lundi soir, 23 octobre : Réception des congressistes à l'Hôtel de Ville par la municipalité ;

Mardi 24 octobre : Soirée offerte par le président du Congrès ;

Mercredi soir, 25 octobre : Banquet général de clôture.

Le Congrès comprend : 1° *Des membres adhérents*, dont la cotisation est de vingt francs ; elle donne droit aux rapports imprimés, au volume des comptes rendus, aux réductions de chemin de fer, aux réceptions du Congrès ;

2° *Des membres associés.* — Peuvent faire partie du Congrès comme associés : les membres de la famille des titulaires, les internes des hôpitaux, les étudiants en médecine et toute personne s'intéressant aux travaux du Congrès. La cotisation de membre associé est de dix francs ; elle donne droit à tous les avantages du Congrès (chemin de fer, réceptions, etc.), sauf les publications ; le volume des rapports pourra cependant être remis aux membres associés, d'ordre scientifique, qui en feront la demande.

Plusieurs médecins canadiens se sont inscrits comme membres.

---

## ANALYSES

---

### MEDECINE

**Hémiplégie et hystérie: diagnostic différentiel**, par BABINSKI, dans  
*Jour. Méd. et Chir. pratique.* 10 sept. 1911.

Au point de vue particulier du diagnostic différentiel de l'hémiplégie, il a une série de signes sur lesquels M. Babinski insiste souvent et qu'il ne faut jamais négliger de rechercher.

Rappelons d'abord le phénomène des orteils (signe de Babinski) dont il vient d'être question. Quand chez un individu sain, on chatouille la plante du pied, on provoque une contraction, ou flexion des orteils, qui se fléchissent sur la plante du pied. Dans l'hémiplégie organique la contraction des orteils est renversée, le gros orteil et même les autres orteils se relèvent en extension sur le dos du pied. Or, ce signe si caractéristique ne se retrouve pas dans l'hémiplégie hystérique.

Le signe du peaucier est aussi très caractéristique d'une hémiplégie organique. En engageant le malade à ouvrir largement la bouche comme dans le bâillement, on voit les fibres du peaucier contracté se dessiner en relief sous la peau du côté sain, alors que ce muscle ne se contracte pas du côté paralysé. Ce signe peut s'obtenir aussi en faisant coucher le malade et en l'engageant à relever la tête pendant qu'on le maintient avec la main sur l'oreiller.

La flexion combinée de la cuisse et du tronc est encore un signe facile à mettre en évidence. Le malade étant couché à plat sur un plan dur, les bras croisés sur la poitrine, si on lui ordonne de s'asseoir: du côté paralysé, le talon se détache du plan du lit, tandis que la jambe saine reste accolée sur le lit ou ne se détache qu'après l'autre. C'est encore un très bon signe différentiel, car dans l'hémiplégie hystérique, on ne trouve pas de différence entre les deux côtés.

En somme, la recherche de ces trois signes donne une base très importante au diagnostic différentiel de l'hémiplégie.

---

**Le cacodylate de soude à doses massives et espacées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par LEVRAT, de Lyon, dans *La Clinique*, de Paris. 22 sept. 1911.**

Devant les inconvénients des méthodes rectale et buccale d'administration du cacodylate de soude, on a cherché à rendre plus pratique celle de la voie hypodermique. Levrat, de Lyon, est un des promoteurs de cette méthode.

Depuis 1903, cet auteur a traité 1,070 malades environ par les injections hypodermiques de cacodylate à dose progressivement croissante, arrivant ainsi à injecter les doses beaucoup plus fortes que celles préconisées par les différents auteurs.

Les résultats qu'il a obtenus peuvent se résumer ainsi : lorsqu'il ne s'agissait pas de cavitaires infectés, ou de formes rapidement extensives, il a presque toujours, c'est-à-dire au moins neuf fois sur dix, obtenu une augmentation marquée de l'appétit, un accroissement sensible du poids et surtout un relèvement général des forces très apprécié par le malade.

La formule qu'il emploie est la suivante :

Chlorhydrate de cocaïne .....	0 gr. 05
Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 10
Cacodylate de soude .....	15 gr.
Alcool phénique à 5,0°.....	IV gou.

Eau distillée, quantité suffisante pour 100 centimètres cubes.

Cette solution a l'avantage de se conserver très longtemps et d'être complètement indolore.

Il est préférable, dit Descombins (1), de se servir d'une seringue en verre, genre Luer, de 2 centimètres cubes, avec une aiguille ordinaire que l'on fera simplement bouillir ou mieux, d'une aiguille en platine qui a l'avantage de pouvoir se flamber. Les régions où se font de préférence les injections sont les fosses sus-épineuses et la face externe des bras.

Levrat et Descombins n'ont jamais observé de phénomènes de réactions inflammatoires à la suite de ces piqûres; pas la moindre induration au bout de vingt-quatre ou trente-six heures; la douleur même est à peu près nulle, c'est une simple question d'aiguilles, de doigté et d'asepsie.

(1) Thèse de Lyon, 1910-1911, n° 131.

Les injections de cacodylate de soude étant peu toxiques peuvent se faire d'emblée à doses massives. Il est cependant quelques règles à observer.

Tout d'abord, s'il s'agit d'un enfant, il faut se contenter de 15 centigrammes, quel que soit le cas. Si, pour les adultes, on a affaire à des cas peu graves, pris au début, si le sujet ne présente que des phénomènes congestifs des sommets, on se contentera de deux injections par semaine, à raison de 30 centigrammes de cacodylate chaque fois.

Mais, s'il faut aller vite, et surtout si le sujet présente beaucoup d'anorexie, de dyspnée, ce qui est la règle générale, on pratiquera trois fois de ces injections par semaine et, suivant le tempérament du malade, suivant sa tolérance, on pourra, au bout de quelque temps, injecter 60 centigrammes dans la même séance. Mais alors, on pourra se contenter de deux injections par semaine.

Ces injections ne donnent lieu à aucune réaction; c'est tout au plus si Levrat a relevé deux fois des éruptions érythémateuses, disparaissant dès qu'on diminuait un peu la dose de cacodylate.

Chez certains fébricitants, voire même chez quelques sujets d'ordinaire apyrétiques, il peut se produire une élévation de température de quatre ou cinq dixièmes à la suite de l'injection.

Il est donc bon de se servir de temps en temps du thermomètre chez ces malades, car la fièvre est une contre-indication absolue de la médication par le cacodylate de soude. À ce point de vue, le méthylarséniate de soude par voie buccale ou rectale est supérieur.

Quelques auteurs ont insinué que le cacodylate amenait de l'albuminurie. Renaut ne l'a jamais observée. Descombins n'a jamais trouvé d'albuminurie chez les malades du dispensaire dans le cours du traitement, alors que quelques-uns en présentaient à leur entrée.

Levrat prétend même que certaines albuminuries tuberculeuses et surtout pré-tuberculeuses sont justiciables du traitement par le cacodylate de soude.

Il est bien évident qu'il faut y renoncer s'il s'agit de lésions rénales étendues, c'est au clinicien de juger.

Les résultats obtenus par cette méthode sont excellents. Descombins dit qu'il a assisté à des guérisons pour ainsi dire miraculeuses par la rapidité avec laquelle elles se sont produites, chez des tuberculeux à manifestations ganglionnaires.

Une de ces malades, actuellement guérie, est très intéressante à ce sujet. Elle avait des ganglions cervicaux si volumineux que ses camarades prenaient cette tuméfaction énorme pour un goître. Après une dizaine d'injections à 30 centigrammes, tout disparut comme par enchantement, ainsi que les signes de congestion qu'elle présentait aux deux sommets.

Chez les tuberculeux qui présentent une affection à marche lente, fibreuse, avec de la bronchite plus ou moins généralisée, ce traitement fait merveille.

Après deux ou trois injections à 30 centigrammes, les râles disparaissent et ces malades qui se plaignent, à leurs premières visites, d'avoir constamment la bouche empoisonnée par des crachats horribles, voient leur sécrétion bronchique s'assécher, comme si un vent bienfaisant avait balayé leur muqueuse. Par là même, l'appétit revient et la dyspnée cesse comme par enchantement.

L'hémoptysie elle-même n'est pas une contre-indication, car si le traitement par le cacodylate de soude paraît impuissant à l'arrêter, il a du moins l'avantage d'aider ces malades à réparer leur perte sanguine, son rôle hématopoïétique étant incontestable, comme celui des autres arsenicaux.

Enfin, un fait constant, après les injections de cacodylate de soude, c'est l'augmentation de l'appétit et, comme conséquence, l'augmentation du poids et le relèvement général des forces. Quel que soit le mode d'action de ce sel d'arsenic, relèvement de l'activité nutritive ou diminution de l'activité désassimilatrice, le résultat est le même, et cela seul importe.

---

**Contamination de la mouche par le virus de la poliomyélite**, par Simon FLEXNER et Paul CLARK. Analysé par Schreiber, dans *La Presse Médicale*. 30 sept. 1911.

L'observation de nombreux faits cliniques de poliomyélite épidémique semble établir que la maladie se propage par l'intermédiaire de malades ou de sujets sains porteurs de germes. Cependant, tous les cas ne s'expliquent pas par la contagion humaine, en particulier certains faits isolés survenant en des lieux éloignés des foyers épidémiques sans qu'il soit possible de relever un con-

tact quelconque avec des personnes provenant de ces foyers. Aussi, quelques auteurs ont pensé à la possibilité d'une contagion par l'intermédiaire d'autres agents et entre autres par les insectes. Or, parmi ces derniers, les plus suspects devraient forcément être ceux dont le mode d'existence répond aux conditions étiologiques de la poliomyélite. On devait songer tout d'abord aux insectes capables d'émigrer au loin et d'incommoder toutes les classes de la société, et à ceux surtout nombreux à l'époque de prédilection de la maladie, c'est-à-dire pendant la saison chaude.

Ces diverses conditions s'appliquent bien à la mouche commune, et l'hypothèse d'un rôle éventuel joué par elle dans la transmission de la poliomyélite vient d'être confirmée par les expériences entreprises par Flexner et Clark.

Ces auteurs utilisèrent des mouches élevées dans leur laboratoire. Parvenues à l'âge adulte, elles furent nourries avec de la moelle épinière fraîche provenant de singes paralysés à la suite de l'inoculation du virus de la poliomyélite. Après avoir été ainsi nourries, un certain nombre d'entre elles furent tuées à l'éther, puis réduites, au moyen de sable, en petits fragments qui furent repris dans une solution saline. Le tout fut filtré au Berkefeld, et le filtrat fut injecté de la manière habituelle dans le cerveau de singes *rhesus*.

Voici brièvement rapportées deux des expériences si intéressantes de Flexner et Clark.

Le 2 mai, un singe macacus rhesus fut soumis à une inoculation intracérébrale de 3 centimètres cubes d'un filtrat préparé avec le cadavre de 7 mouches, nourries vingt-quatre heures auparavant avec une moelle infectée.

Le 8 mai, on nota un peu de faiblesse. Le 9, apparurent les symptômes prodromiques habituels avec excitabilité accentuée en même temps qu'une paralysie du bras gauche. Dans la journée, la paralysie gagna le bras droit; le 10 mai, les membres inférieurs furent pris à leur tour et l'animal fut sacrifié. L'autopsie révéla les lésions macroscopiques et histologiques typiques de la poliomyélite.

Un autre macacus rhesus fut inoculé le 8 mai de la même manière, à l'aide d'un filtrat préparé avec le cadavre de dix mouches nourries quarante-huit heures auparavant avec des moelles infectées. Le 14 mai, les quatre membres étaient paralysés et l'animal

fut sacrifié. L'autopsie, comme précédemment, révéla des lésions typiques.

Ces expériences démontrent simplement que les mouches peuvent héberger le virus de la poliomyélite et cela pendant quarante-huit heures au moins. Mais la durée de survie des germes est sans doute plus longue et il reste à savoir si la contamination est purement superficielle ou si le virus peut vivre dans les voies digestives de l'insecte. Les auteurs étudient actuellement ces diverses questions.

---

**Accidents abdominaux au cours des purpuras**, par Lavallée, Thèse de Paris; chez Steinheil. Analysé dans *Revue de Méd. et de Chir.* Paris, 10 août 1911.

Les phénomènes gastro-intestinaux et les accidents abdominaux qui accompagnent assez souvent le purpura ont beaucoup attiré l'attention depuis un certain temps; et de fait, il y a là un état morbide qui mérite d'être bien connu en raison des erreurs auxquelles il peut donner lieu. M. le Dr Alf. Lavallée vient de faire à ce sujet une revue d'ensemble, dans laquelle il étudie en outre des faits observés principalement dans le service de M. le Professeur Hutinel.

C'est particulièrement dans la variété dite rhumatoïde du purpura que se produisent les accidents abdominaux, crises et phénomènes péritonéaux, parfois perforations. Les douleurs abdominales, les vomissements, la diarrhée, tels sont les trois termes des crises abdominales.

La douleur peut précéder, ou accompagner, ou suivre les vomissements et la diarrhée ou même, parce qu'elle siège surtout dans la région ombilicale, prendre la forme de colique avec de l'agitation, de l'insomnie. D'autres fois, la douleur est sourde, réveillée surtout par la pression.

Puis ce sont les vomissements qui sont quelquefois tenaces, puis les selles sanglantes dont le nombre est variable mais peut être très élevé.

En résumé, ces trois symptômes: douleurs, vomissements, diarrhée sanglante, forment un faisceau, constituent la crise abdominale.

L'un d'eux peut manquer.

Peut-être même ne devrait-on pas les isoler aussi nettement car les crises au cours des purpuras ne sont pas purement abdominales. D'autres symptômes les accompagnent. Elles ont toujours, en tous cas, le caractère de "crises". Elles sont passagères, périodiques, atténuées ou exacerbées. Elles ont des rapports avec l'éruption purpurique, soit qu'elles la précèdent, soit qu'elles la suivent. Dans un même cas on peut voir l'éruption précéder la crise, puis une nouvelle crise être suivie d'une nouvelle éruption. Cette éruption ne présente d'ailleurs aucun caractère particulier.

A ces crises s'ajoutent encore parfois des hémorragies intestinales plus ou moins abondantes et, comme accidents exceptionnels, on a signalé le péritonite les perforations et surtout l'invagination intestinale.

Les accidents abdominaux, au cours des purpuras, se terminent généralement par la guérison; les crises s'espacent, la diarrhée ne contient plus de sang, puis disparaît; et même dans les cas où les crises furent les plus violentes, le pronostic fut favorable. Cependant, il ne faudrait pas être trop optimiste, d'abord parce que les crises, comme le purpura peuvent revenir, ensuite parce qu'on a à craindre de graves complications, les hémorragies intestinales d'abord et ensuite la néphrite.

La néphrite est fréquente et grave dans les purpuras, et elle accompagne fréquemment les accidents abdominaux. Elle est relatée dans des observations suivies de mort.

"La plupart des cas de néphrite que nous avons pu relever, dit M. le professeur Hutinel se sont produits chez des sujets qui avaient présenté des crises gastro-intestinales douloureuses." Ces néphrites sont lentes à guérir.

Dans ces cas (Moussous, Nobécourt) on voit aussi apparaître des complications cardiaques (endocardites, endo-péricardites). Enfin M. le professeur Hutinel insiste encore, dans ses cours, sur les hémorragies méningées, particulièrement dangereuses. Il est bien évident que l'hémorragie est toujours à craindre et que le danger dépend de ses localisations.

Quant aux investigations, leur pronostic est toujours très réservé.

Au point de vue de la cause de ces crises, on reste dans une ignorance à peu près complète, que le purpura soit d'origine ner-

veuse, myélopathique, ou infectieuse, ces crises sont difficiles à expliquer.

Les crises abdominales ne peuvent être combattues directement, mais on a fait contre le purpura quelques tentatives qui doivent être signalées. MM. Nobécourt et Tissier ont essayé dans le service de M. Hutinel, des injections de propeptone ou peptone de Witte. Ces auteurs se sont inspirés des recherches faites à ce sujet, en ce qui concerne l'hémophilie, par Nolf et Herry.

La solution employée est :

Peptone de Witte.....	5 grammes
Chlorure de sodium.....	0 gr 50 cgr.
Eau distillée.....	100 grammes

Cette solution est filtrée à chaud puis stérilisée à 120.

Au contraire de Nolf et Herry qui injectent des doses fortes (10 et 20 centimètres cubes) et les répètent tous les deux ou trois jours à 5 ou 6 reprises, MM. Nobécourt et Tissier emploient des doses faibles 3 ou 4 centimètres cubes. Dans le purpura, disent ces auteurs, on renouvelle les injections tous les jours, ou tous les deux jours suivant les indications; trois ou quatre au plus sont en général nécessaires; on y revient s'il y a lieu. Après ces injections, les accidents ont tourné court et la convalescence s'est faite plus rapidement qu'à l'habitude.

---

#### Diagnostic différentiel entre la pleurésie sèche et la névralgie intercostale, par SCHEPELMANN, dans *La Clinique*. 4 août 1911.

En général, il est des plus faciles de différencier une pleurésie d'une névralgie intercostale simple. Néanmoins le diagnostic peut offrir quelques difficultés dans certains cas subaigus ou latents, surtout au début une affection intéressant localement la plèvre et ne donnant pas tout d'abord à l'examen les signes classiques qu'on connaît. A ce dernier point de vue la remarque clinique d'E. Schepelmann, est fort judicieuse. Elle est basée sur la *réaction douloureuse*, ou mieux, sur le *degré de douleur éprouvée à la suite des inflexions latérales du tronc* (1) chez les malades atteints de *point de côté*.

(1) *Berliner Klinische Wochenschrift*, 48<sup>e</sup> année, n<sup>o</sup> 24, 12 juin 1911.

Il est en effet loisible à tout médecin praticien d'expérimenter le fait suivant :

Dans la névralgie intercostale, la douleur est notablement augmentée dès qu'on fait pencher latéralement le corps du patient vers le côté malade. Dans la pleurésie sèche, au contraire, le même phénomène d'intensité dans la douleur se révèle lorsque le thorax est courbé vers le côté sain.

L'explication de ce fait est très simple en lui-même. Quand la partie supérieure du corps est fléchi latéralement, *la plèvre subit une tension du côté de la convexité* et cette tension réveille la douleur, s'il y a pleurite à ce niveau. Inversement, la plèvre se relâchant dans la position de concavité diminue en cas de lésion pleurale du côté infléchi.

Par un raisonnement analogue, on conçoit aisément que les *nerfs intercostaux* cheminant sous le bord inférieur des côtes ne puissent en rien être influencés longitudinalement par les mouvements latéraux de la cage thoracique, puisqu'ils ne peuvent être étirés dans ce sens. Mais ils peuvent être *comprimés du côté de la concavité* par le fait même du rapprochement des côtes: la douleur est alors augmentée. Du côté de la convexité, il ya élargissement des espaces intercostaux, distension des tissus périnerveux; les nerfs malades se trouvent en quelque sorte allégés et la sensation de douleur est beaucoup moins aiguë.

Resterait la question d'une *pleurodynie* possible! On sait qu'en entend par pleurodynie une sensation douloureuse plus ou moins massive, ayant pour siège soit les muscles intercostaux, soit une partie ou la totalité des couches musculaires de la poitrine. On constate la pleurodynie dans certains cas de rhumatisme musculaire, dans la fluxion de poitrine (Ecole de Montpellier). Mais dans ces conditions, il est bon de noter pour le diagnostic: l'impression vive de douleur à chaque mouvement quelconque de la cage thoracique ou même simplement après des mouvements des bras, la sensibilité des muscles à la pression entre les doigts, l'amélioration dans la douleur après une contraction durable des muscles obtenue par l'électricité, la non-fixité dans le siège des sensations douloureuses. Le signe de Schepelinann conserve donc toute sa valeur.

---

**Incompatibilité d'un mélange d'antipyrine, de calomel et de bicarbonate de soude** (*Journal of the American medical Assoc.*, 28 avril 1911), et *Presse Médicale*.

L'expérience démontra à l'auteur anonyme de la note ci-dessous qu'un mélange de calomel, d'antipyrine et de bicarbonate de soude (calomel, 0,10; antipyrine, 0,30; bicarbonate de soude, 0,60) traité par l'eau pure donne un résidu gris bleuâtre insoluble et un sel soluble de mercure. Le résidu insoluble est composé de mercure métallique et de calomel.

Si le mélange est traité par une solution d'acide chlorhydrique à 2 pour 1,000, la réaction ci-dessus mentionnée ne se produit pas; il n'y a pas de précipitation de mercure métallique et le calomel ne semble pas modifié.

Un mélange de calomel et d'antipyrine n'est de même nullement modifié par addition d'eau; mais si à cette solution d'antipyrine renfermant du calomel en suspension on ajoute du bicarbonate de soude, le calomel change immédiatement de couleur et la réaction ci-dessus décrite se produit; 1/6 à 1/ du calomel est transformé en sel soluble de mercure (sublimé).

Administré en paquet dans de l'eau, le mélange précédent est donc incontestablement dangereux. En capsule, pilule ou cachet, il l'est certainement moins parce que l'acidité stomacale tend à neutraliser le bicarbonate de soude de la présence duquel la réaction paraît dépendre.

---

## CHIRURGIE

**Difficultés du diagnostic de la coxalgie au début**, dans *Journal de Méd. et Chir. pratique*. 25 sept. 1911.

M. le Dr Jacques Calvé, chirurgien assistant de l'Hôpital maritime de Berck, publie dans les *Archives médico-chirurgicales de province* (n° 6) un travail dans lequel il étudie certaines difficultés de ce diagnostic. Voici par exemple un cas particulier et qui se présente souvent: un enfant présente les signes qui caractérisent toute réaction articulaire de la hanche. Le diagnostic de coxalgie est posé et l'articulation est immobilisée, sous un plâtre, ou à l'extension continue. Quelque temps après, au bout de deux ou trois semaines, un nouvel examen montre que tous les signes ont disparu. Les mouvements sont absolument libres et aussi éten-

pus (réserve faite d'une certaine raideur due à l'immobilisation) que du côté sain; il n'y a pas trace de douleur spontanée ou provoquée. Faut-il en conclure que le diagnostic du début était faux et remettre l'enfant en liberté; doit-on, au contraire, maintenir le diagnostic de coxalgie et continuer des mois, des années même, le traitement institué?

En d'autres termes, est-ce une *coxalgie à évolution très lente, coxalgie fruste* (à condition de ne pas interrompre le traitement)? Est-ce une *arthrite simple, non tuberculeuse*, d'origine infectieuse, d'allure discrète, comme on peut en décrire au niveau de toutes les articulations, rentrant dans la classe des rhumatismes secondaires et monoarticulaires?

Ces cas sont souvent difficiles à discerner, car d'une part ces coxalgies frustes ne sont pas rares; les arthrites non tuberculeuses se rencontrent aussi assez fréquemment. Très souvent on voit arriver à Berck des enfants immobilisés dans le plâtre et dont l'affection n'est nullement tuberculeuse.

Cependant, le diagnostic différentiel est possible. M. Calvé admet en effet qu'au niveau de l'articulation coxo-fémorale, la persistance des lésions tuberculeuses, aussi atténuées soient-elles, est révélée par un *syndrome fruste*, souvent incomplet, et qui ne s'impose pas au premier abord; il a besoin d'être recherché.

Les symptômes sont au nombre de quatre.

Deux de ceux-ci, plus ou moins accusés, selon les cas, ont paru constants.

Ce sont :

- 1° *La persistance de l'adénite iliaque;*
- 2° *L'atrophie et surtout l'hypotonie des muscles fessiers.*

Les deux autres peuvent manquer quelquefois.

- 3° *Épaississement de la région articulaire;*
- 4° *Modifications décelables à l'examen radiographique.*

1° *Adénite iliaque.* — L'adénite iliaque, qu'il ne faut pas confondre avec l'adénite inguinale, existe toujours dans toute lésion de l'articulation coxo-fémorale. Les ganglions atteints siègent dans la fosse iliaque, immédiatement derrière l'arcade crurale, groupés autour des vaisseaux iliaques et échelonnés le long de leurs parois. Fugace, transitoire dans les arthrites, non tuber-

euleuses de la hanche, l'adénite ne disparaît pas dans les cas de lésion tuberculeuse. Sa présence persistante signe le diagnostic. Mais elle demande à être recherchée. Le malade respirant largement, la bouche ouverte, de façon à relâcher les muscles abdominaux, la main doit déprimer lentement et progressivement la paroi abdominale jusqu'à ce qu'elle arrive au plan résistant de la fosse iliaque, immédiatement en arrière de l'arcade.

Un léger mouvement de va-et-vient, d'avant en arrière et de dehors en dedans, lui permettra de sentir rouler sous la pulpe des doigts la masse ganglionnaire, même si elle est très peu développée, comme dans le cas de coxalgie légère. On ne trouve, le plus souvent, qu'un ou deux ganglions arrondis, quelquefois, au contraire, en forme de plaque, durs et non douloureux. On peut provoquer, dans certains cas, une sorte de ressaut, perceptible à la vue.

2° *Atrophie et hypotonie des muscles fessiers.* — Les muscles fessiers sont à la hanche ce que le quadriceps fémoral est au genou. La moindre irritation articulaire détermine une atrophie rapide et précoce de ces muscles.

Cette atrophie se révèle, cliniquement, par deux signes: la *diminution de volume et l'hypotonie musculaire.*

La diminution de volume s'apprécie à la vue et à la palpation. La fesse est aplatie et l'épaisseur de la masse musculaire est moindre que du côté sain.

L'hypotonie consiste en une modification de la tonicité musculaire.

Un muscle sain, pincé dans son épaisseur, se contracte sous la pression des doigts: il réagit. C'est en l'absence ou la diminution de cette réaction que réside l'hypotonie. La diminution de volume ne serait pas suffisante pour caractériser une atrophie musculaire d'origine articulaire. Elle peut se rencontrer dans les cas d'immobilisation prolongée d'une articulation saine.

L'hypotonie est, au contraire, fonction d'une irritation articulaire.

Il est facile de comprendre l'importance de la différenciation de ces deux caractères de l'atrophie musculaire en ce qui concerne le diagnostic qui nous occupe ici. Leur évolution sera, en effet, tout à fait différente, selon la nature de l'arthrite.

Dans le cas d'arthrite non tuberculeuse de la hanche, les lésions ayant complètement disparu au bout de quelque temps de repos, l'hypotonie musculaire, qui est en rapport direct avec elles, aura disparu également, et les muscles auront recouvré leur tonicité normale. Il n'en est pas de même de la diminution de volume des muscles fessiers qui persistera à un degré variable, à cause de leur inutilisation prolongée et surtout si l'immobilisation s'est faite sous plâtre. Dans les cas de coxalgie légère, au contraire, outre cette diminution de volume, l'hypotonie persistante témoignera de l'existence des lésions articulaires, latentes, mais réelles.

Pour rechercher cette hypotonie des muscles fessiers, l'enfant étant mis sur le ventre, il faudra saisir à pleines mains et à fond les deux muscles fessiers des deux côtés simultanément, en ayant soin de les pincer perpendiculairement à la direction de leurs faisceaux musculaires et dans la totalité de leur masse: le muscle sain réagira, par une contraction réflexe, sous la pulpe des doigts; le muscle atrophié réagira peu ou pas; en tout cas, il réagira moins; il demeurera plus ou moins flasque sous la pression; il sera hypotonique.

3° *Épaississement de la région articulaire.* — Ce signe est moins constant que les deux précédents. Lorsqu'il existe, il traduit un certain degré d'œdème des tissus périarticulaires. On le trouvera en saisissant entre le pouce et la face palmaire de l'index et du médius, non pas le grand trochanter, mais le col, immédiatement en dehors des vaisseaux fémoraux. Dans la plupart des cas de coxalgie bénigne, cette exploration pratiquée symétriquement révélera une augmentation dans l'épaisseur de l'articulation suspecte, suffisante pour être appréciable. Reste l'examen radiographique qui donne des résultats souvent très difficiles à interpréter.

En résumé, en présence d'une réaction articulaire de la hanche, il paraît impossible d'en préciser la nature dès les premiers symptômes du début. Ce n'est que l'évolution qui permettra d'établir un diagnostic ferme et qui nous apprendra si nous nous trouvons en présence d'une coxalgie, qu'elle revête une forme commune, la plus fréquente, ou une forme bénigne plus rare, ou bien en présence d'une arthrite simple, non tuberculeuse, guérissant après quelques semaines de repos. Mais dans les cas de coxalgie fruste, et malgré une apparence de guérison qui semble prouvée par la

disparition de la plupart des signes primitifs, on peut toujours dépister un ensemble de signes qui trahissent la persistance des lésions.

Il ne faut pas se payer de mots, tels que douleurs de croissance, rhumatisme, etc., etc.

*C'est une règle générale, en clinique, dont tout praticien ne doit pas se départir, de soupçonner la coxalgie en présence de toute restriction articulaire de la hanche.*

Tout malade suspect doit être immobilisé. Mais ce n'est qu'au bout d'une période d'observation variable dans sa durée, que le diagnostic de coxalgie devra être affirmé. Pendant cette phase d'expectation, des examens successifs et répétés permettront d'établir nettement la nature de la lésion, et, s'il est vrai que, dans l'immense majorité des cas, le plateau de la balance penchera du côté de la coxotuberculose, il n'en est pas moins certain que, dans quelques cas, une grossière erreur de diagnostic, si préjudiciable au malade et à son entourage, aura pu être évitée.

---

#### RHINOLOGIE

L'aprosexie d'origine nasale, par DELAGRANGE, dans *Journ. Méd. Chir. prat.* 25 sept 1911.

On a chargé le nez de bien des méfaits, peut-être injustement. Cependant il semble bien que l'aprosexie d'origine nasale, au sujet de laquelle ont été publiés un grand nombre de travaux, soit bien une réalité. M. le Dr Delagrangé, qui vient de publier à ce sujet un travail d'un grand intérêt basé sur un bon nombre d'observations, fait remarquer qu'il s'agit là d'un état morbide fréquent, et facile à observer dans les écoles, où les enfants qui répondent à ce type sont nombreux.

Au point de vue psychologique, les symptômes de l'aprosexie revêtent, d'après Guye, les manifestations suivantes. C'est :

1° La difficulté à acquérir et à s'assimiler de nouvelles notions surtout quand elles sont plus ou moins abstraites ;

2° La difficulté à retenir ces notions ; donc, défaut de mémoire ;

3° La difficulté à fixer l'attention sur un sujet déterminé (aprosexie proprement dite).

Ce dernier symptôme: la difficulté de fixer l'attention sur un sujet déterminé, est le plus caractéristique. C'est à lui qu'a été emprunté le terme d'aprosexie (incapacité de fixer son esprit).

L'aprosexie se distingue donc de l'amnésie, car, pour oublier, il faut d'abord avoir appris.

Or, la cause de l'aprosexie réside très fréquemment dans l'obstruction des voies nasales, le plus souvent par des masses adénoïdiennes, mais due parfois à d'autres causes, polypes, déviation de la cloison, etc.

Chez l'adulte, les observations sont relatives à des sujets qui se sentaient incapables de faire un travail nécessitant une attention soutenue et se plaignaient de céphalées, et dont la dépression mentale s'accompagnait de phénomènes neurasthéniques; or dès que sous l'influence d'une opération ils ont eu une perméabilité nasale suffisante, tous ces accidents ont disparu.

L'aprosexie a été davantage étudiée chez l'enfant. On a décrit un cancre d'origine nasale (Raulin). C'est le mauvais élève du collègue que l'on traîne comme un boulet de classe en classe. Ne sachant point ses leçons, toujours en retard pour livrer de mauvais devoirs, il est accablé de punitions, quand il n'est pas privé de sorties, de récréations, consigné, au lieu d'aller prendre au grand air la large part d'oxygène dont a besoin sa poitrine étroite.

Réprimandé, puni, cet apathique se résigne; les maîtres, les parents mettent sur le compte de la mauvaise volonté l'inattention de l'écolier et celui à qui il fallait donner de l'air pur s'attelle à faire des lignes sans penser. Il est plus aprosexique que jamais. Ajoutons avec Royet que "faibles, ayant le ridicule de ronfler et de renifler, ils deviennent fréquemment un sujet de moquerie pour leurs camarades".

Il y a là, en somme, un véritable arrêt de développement de l'état intellectuel, qui paraît bien dû à la sténose nasale, le plus souvent par des végétations adénoïdes.

Il serait intéressant de savoir si cette coïncidence est très fréquente, et si, chez les adénoïdiens, l'aprosexie est plus habituelle que chez des normaux. Or, la statistique paraît bien donner raison à cette manière de voir: c'est ainsi que sur 67 adénoïdiens M. Delagrange a trouvé 19 enfants aprosexiques.

D'autre part, sur l'initiative de Guye, d'Amsterdam, en 1893, le ministre de l'intérieur prescrivit à tous les instituteurs et institutrices des Pays-Bas une enquête sur la fréquence des végétations adénoïdes chez leurs écoliers. Les résultats en furent connus trois ans après. Elle portait sur 800,000 écoliers. La statistique montra que sur 100 élèves, 6 étaient des cancrecs scolaires parce qu'ils étaient adénoïdiens.

D'ailleurs les résultats de l'opération viennent confirmer cette manière de voir en montrant que chez beaucoup d'enfants, après l'intervention chirurgicale, le développement intellectuel s'achève.

Diverses théories ont été émises pour expliquer cette influence de la sténose nasale sur le développement intellectuel. On admet généralement que l'aproxexie nasale est due à une sorte d'intoxication :

1° De cause locale par la rétention des produits d'élimination due à la sténose nasale ;

2° De cause générale puisque la gêne apportée à l'hématose favorise l'accumulation de toxines diverses en ralentissant les processus d'oxydation.

En tous cas il faut que le traitement de l'aproxexie, pour donner des résultats appréciables et satisfaisants, réponde aux trois indications suivantes :

1° Lever l'obstacle cause de l'insuffisance nasale, que cette cause soit nasale (polypes, rhinite hypertrophique, éperon de la cloison, déviation), pharyngienne (végétations) ou bucco-pharyngienne (amygdales hypertrophiées) ;

2° Modifier l'état général. Cette seconde indication concerne surtout les enfants chétifs, pâles, anémiques. Les médicaments toniques et reconstituants trouveront ici leur application.

L'hygiène générale et locale (naso-pharyngienne), l'hydrothérapie, le séjour à la mer, l'huile de foie de morue, le sirop iodotannique, peuvent permettre une sérieuse amélioration de l'état constitutionnel.

---

**Traitement du coryza chronique, par Dr LAURENS, dans T. M. M.**

— No 307. 1er oct. 1911.

L'auteur expose la conduite à tenir vis-à-vis d'un coryza chronique, c'est-à-dire d'un coryza caractérisé par l'obstruction du nez,

la sécheresse de la gorge, les sécrétions pharyngées du matin, les sécrétions nasales amenant mouchage, reniflements, ingestion des mucosités, etc.

On peut diviser les moyens thérapeutiques en trois catégories: traitement appliqué par le malade, traitement appliqué par le médecin, traitement appliqué par le rhinologiste.

a) *Traitement appliqué par le malade.* — Il faut le faire respirer: respirant mieux, il pourra moucher. Cette double indication sera remplie :

1° Par des aspirations d'une solution chaude de sérum physiologique par les fosses nasales.

Tous les matins et tous les soirs, le malade reniflera un verre de cette solution, préparée en faisant dissoudre une cuillerée à café et demie, c'est-à-dire 7 gr. 50, de sel marin, dans un litre d'eau bouillie.

Cette solution isotonique n'altérera pas l'épithélium de la pituitaire et a une action décongestive très nette.

La remplacer, si elle est inefficace, par du borate de soude à 2 pour 100.

2° Par des reniflages de pommades ou des pulvérisations huileuses de substances modificatrices de la muqueuse: par exemple la vaseline faiblement eucalyptolée ou camphrée et fortement boriquée provoquera une sécrétion du mucus nasal et favorisera l'expulsion des sécrétions :

Eucalyptol ou camphre .....	0 gram. 15
Acide borique .....	4 —
Vaseline.....	20 —

3° Si le catarrhe est rebelle, si surtout on a affaire à un enfant scrofuleux ou à un arthritique, on prescrira les lavages sulfurux, deux par jour :

Monosulfure de sodium.....	5 gram.
Eau distillée .....	25 —
Glycérine.....	75 —

Une cuillerée à café de ce mélange dans un litre de solution de sérum physiologique. Faire un lavage du nez avec un litre.

b) *Traitement appliqué par le médecin.* — En cas d'échec, on

peut, pendant quize jours à trois semaines, tenter les pensements suivants, tous les deux jours environ.

Après anesthésie légère de la fosse nasale au moyen d'un tampon d'ouate hydrophile imprégné de quelques gouttes d'une solution de cocaïne au centième, placé à l'orifice narinaire, et dont le contenu sera aspiré, badigeonner la muqueuse du nez (cornets, méats, cloison) avec un petit pinceau imbibé du mélange suivant :

Eucalyptol, camphre ou menthol.....	0 gram. 40
Huile de vaseline .....	10 —

ou encore :

Nitrate d'argent .....	0 gram. 20
Eau distillée .....	10 —

Tâter la susceptibilité de la muqueuse, et, si les réactions sont trop violentes, ou le résultat incertain, il sera peu-être utile de faire visiter par un spécialiste ce nez réfractaire.

c) *Traitement fait par le rhinologiste.* — A moins que le praticien ne soit rompu aux moindres détails de technique et ne possède une instrumentation appropriée, l'intervention du spécialiste est indiquée dans la rhinite hypertrophique.

Il y aura lieu, en effet, selon les cas :

1° De faire des *cautérisations*, linéaires, galvaniques, sur toute la longueur du cornet hypertrophié et de faire des raies de feu en série pour détruire le tissu hyperplasié ;

2° D'*appliquer un traitement chirurgical*, en enlevant au serre-nœud les queues de cornet obstruantes et, à la pince, le tissu hypertrophié exubérant.

2° *Traitement général.* — Le coryza chronique est lié à l'exercice de certaines professions qui prédisposent aux "rhumes". On ne pourra évidemment conseiller à un malade de changer sa situation, sous prétexte que la respiration des poussières, des fumées, l'expose à des coryzas fréquents. Mais, s'il pratique l'alcool et cultive le tabac, il faudra lui demander de raisonner, sinon de supprimer, tous ces toxiques congestifs. On lui conseillera, avant d'aller à l'usine, de renifler de la vaseline dans le nez pour former un corps isolant protecteur, et ces prescriptions hygiéniques ne seront pas inutiles.

“ Il faudra traiter l'état général, la diathèse arthritique, conseiller l'exercice, la marche à ceux qui le peuvent, l'hydrothérapie chaude; éviter tout ce qui peut provoquer la congestion de la face, donc une hygiène alimentaire, l'absence de constriction du tube digestif, un corset moins serré (on ne l'obtiendra jamais, pas davantage que le port de vêtements à la grecque), des bretelles à ceux qui se serrent le ventre, la liberté de celui-ci, une alimentation moins généreuse; faites pisser le goutteux.

Tous ces détails vous feront sourire et vous rappelleront la thérapeutique “ à la Gruby ”; essayez-la toutefois; elle vaut celle du macaroni pour l'entérite, et elle vous donnera de grands succès.

Le médecin ne doit pas s'hypnotiser devant la lésion locale et la tourmenter par tous les produits de la pharmacopée, surtout par les “ nouveautés ” pharmaceutiques, il doit aussi traiter le terrain sur lequel elle évolue.”

---

#### Moyens d'éviter les accidents dus au menthol.

M. Georges Laurens a publié, dans un des récents numéros de *La Clinique* (1911, n° 7), un article dans lequel il expose les moyens d'éviter ces accidents qui, dit-il, tiennent le plus souvent à une préparation défectueuse du médicament ou à une faute de technique dans son administration.

Très souvent, les spécialités “ nasophiles ” ou “ coryzophobes ” renferment une dose excessive de menthol. Très souvent aussi, le médecin prescrit des huiles mentholées à 1/30, à 1/20, qui constituent une concentration trop grande.

Le mode d'emploi aussi est susceptible de déterminer de l'intolérance, et il est bien certain que quelques accidents asphyxiques chez les nourrissons, certains accès de spasme laryngé chez des enfants en bas âge, sont dus à la pénétration un peu trop brusque, avec pression, d'huile mentholée dans les fosses nasales, au moyen d'instruments, de seringues, etc.

En instillant, avec une cuiller à thé, 2 à 3 gouttes d'huile mentholée dans chaque narine, et en couchant aussitôt l'enfant sur le côté, on peut éviter, dans une certaine mesure, le réflexe laryngo-trachéal.

Voici d'ailleurs, exposés en quelques mots, d'après M. Georges Laurens, le mode d'action, les indications, le mode d'emploi du menthol :

1° *Mode d'action.* — Son rôle *antiseptique* sur la muqueuse du nez est douteux, car l'asepsie et l'antisepsie des cavités nasales et du rhino-pharynx ne sont guère possibles dans la pratique.

Mais, d'autre part, l'*excitation réflexe*, produite par le contact du menthol avec la muqueuse du nez, et aussi l'hypersécrétion glandulaire qui en résulte, est très réelle. Il en résulte donc une plus grande fluidité des mucosités, l'expulsion du muco-pus, une sorte de nettoyage de la muqueuse.

C'est sur ce principe qu'est basé le traitement des sinusites aiguës de la face : les vapeurs volatiles de menthol amènent une rétraction de la muqueuse, rendent le pus sinusien au niveau du méat moyen plus fluide, provoquent son expulsion et font cesser la rétention.

Cette excitation, la sensation de fraîcheur que donne le menthol amènent une vaso-constriction réflexe de la pituitaire, d'où augmentation de la perméabilité respiratoire, soulagement pour le sujet qui, souvent, respire beaucoup mieux pendant quelque temps. Voilà comment agit le menthol.

2° *Indications.* — D'une manière générale, son usage est indiqué dans un certain nombre d'affections aiguës des voies aériennes supérieures ; dans les *rhinites*, les *laryngites catarrhales*, et surtout dans les *sinusites de la face*.

Il trouve également son application dans le traitement de certains prurits auriculaires, sans lésions tégumentaires du conduit auditif ; on l'emploie alors en solution huileuse (1/50) sous forme de badigeonnages du conduit.

3° *Mode d'emploi.* — Toujours au centième, sous forme de *pommades* (pour le nez) de *badigeonnages* (pour l'oreille) ou d'*instillations* huileuses (rhinites) [à ce propos, ne prescrivez pas le menthol en dissolution dans l'huile d'amandes douces, qui a l'inconvénient de rancir, mais dans de l'huile de vaseline], d'*inhalations* enfin. Voilà, en effet, le triomphe du menthol dans le traitement des sinusités aiguës, grippales de la face. Les vapeurs d'alcool mentholé amènent une sédation des symptômes en provoquant la "diurèse", ou plutôt la "sinusorrhée".

On formule :

Alcool à 90 .....	100 gr.
Menthol.....	5 —

Une cuillerée à café dans l'eau très chaude de l'inhalateur. Respirer la vapeur par les fosses nasales, la bouche étant fermée pendant cinq minutes. Dix à douze inhalations quotidiennes pendant plusieurs jours. Au début, l'inhalation est mal tolérée, en raison des picotements de la sensation de brûlure, des crises d'éternuements, de l'irritation de la gorge; mais l'accoutumance se fait rapidement, et on ne connaît aucun accident déterminé par la respiration des vapeurs mentholées, à doses élevées et fréquemment répétées.

Un bon traitement des rhinites, des coryzas aigus consiste dans ce que M. Laurens appellerait *l'inhalation sèche* :

Menthol.....	10 gr.
Alcool à 80 .....	q. s. p. dis.

Deux fois par jour, arrosez l'intérieur d'un mouchoir avec quelques gouttes de cette préparation. Et, à chaque instant, dans le courant de la journée, dépliez légèrement le mouchoir, faites un cornet analogue à celui de la chloroformisation, placez sous les narines et humez fortement à plusieurs reprises.

Et, pour terminer, "méfions-nous du menthol", comme l'a si justement dit Triboulet, mais sans l'éliminer de la pratique journalière, ne serait-il utilisé que dans le traitement des sinusites aiguës de la face, où il assurera, dix-neuf fois sur vingt, la cure radicale, non chirurgicale, de l'empyème.

---

#### OPHTALMOLOGIE

**Affections oculaires dues à la suppression de la menstruation**, par le Dr PIGANEAU dans *Jour. Méd. et Chir. prat.* Sept. 1911.

L'auteur a consacré à cette question encore assez obscure un travail important (1). Il part de ce point de vue que la prin-

(1) Thèse de Bordeaux.

cipale utilité physiologique du flux cataménial consiste en l'excrétion de toxines qui, non éliminées, entraînent le syndrome "ménorrhémie" ou auto-intoxication menstruelle.

Or, les affections oculaires sont pour une part importante dans les symptômes de cette auto-intoxication, et les divers milieux de l'œil peuvent être intéressés par la suppression menstruelle. En voici l'énumération d'après le travail de M. Piganeau.

Les troubles conjonctivaux en relation avec la suppression des règles ne sont pas rares et cependant on n'en trouve que quelques exemples dans toute la littérature française et étrangère. Il est probable que les malades attribuent peu d'importance à ce genre d'affections et négligent pour cela d'aller consulter.

Jungken cite le cas d'une jeune servante, forte, aménorrhéique, chez laquelle régulièrement, toutes les quatre semaines, apparaissait une forte inflammation des deux conjonctives, avec un afflux de sang considérable, allant jusqu'aux "larmes de sang".

Oursel en cite aussi quelques cas très probants.

Le traitement de ces affections doit être local; collyres antiseptiques et décongestionnants, larmes artificielles, applications chaudes, etc., et général: fortifiants, exercice en plein air, repos intellectuel, etc., tendant à régulariser la fonction menstruelle. La guérison est la règle lorsque ce dernier résultat est obtenu.

Les lésions de la cornée paraissent très rares; on n'a cité guère que deux cas.

Les hémorragies de la chambre antérieure ne sont pas très rares, mais moins fréquentes que dans le corps vitré.

Mais, on peut dire que le phénomène menstruel occupe dans la pathogénie de l'iritis séreuse une place prépondérante, après le rhumatisme et la syphilis. On observe des cas d'iritis en relation avec des périodes menstruelles normales dans tous leurs caractères. Lerat, Oursel, Trousseau et d'autres, en ont cité des exemples. Mais plus encore que la menstruation normale, la suppression menstruelle, pathologique ou physiologique (ménopause), peut provoquer cette affection.

La relation de cause à effet qui existe entre la suppression totale ou partielle dans un grand nombre d'observations. Mais, il faut savoir que l'apparition de l'affection oculaire peut ne pas suivre immédiatement la disparition du flux.

Le traitement, pour être efficace, doit être à la fois local et général, et on doit surtout chercher à faire réapparaître le flux absent; mais le pronostic doit être assez réservé, car des synéchies postérieures tenaces peuvent compromettre la vision pour un temps relativement long.

On a cité encore des choroïdites et des irido-choroïdites, ainsi que les rétinites exsudatives ou hémorragiques consécutives à l'aménorrhée, surtout survenue brusquement.

Du côté du nerf optique, la suppression des règles peut retentir de quatre manières différentes, par stase ou congestion papillaire, par névrite rétro-bulbaire et par atrophie.

On a signalé encore l'altération des muscles extrinsèques de l'œil. Parmi les faits cités, rappelons l'observation personnelle de Wingeroth, qui cite l'observation d'une femme de trente et un ans, habituellement bien réglée et chez laquelle, après une période menstruelle insuffisante, occasionnée par un voyage fatigant dans les montagnes, apparut, en même temps qu'un malaise général, une paralysie de la sixième paire. La guérison survint spontanément avec le retour des règles.

Beaucoup de faits sont analogues à celui-là.

Ce qui ressort de tous ces faits, c'est qu'il semble bien que ce n'est pas la pléthore sanguine qui agit en pareil cas, mais bien l'altération du sang, et sans faire jouer à l'œil un rôle excrétoire de tout premier ordre, au même rang que le rein, la peau, l'endomètre, il faut admettre cependant que si, fortuitement, un émonctoire important de l'organisme vient à faire défaut, l'œil, de par sa constitution anatomique, est tout indiqué pour exercer la suppléance. Et en fait, Gayet cite des exemples où des suppressions de sécrétions cutanées, hépatiques, urinaires, etc., spontanées ou provoquées dans un but thérapeutique, furent suivies de graves iritis.

C'est là la meilleure façon d'expliquer la production relativement fréquente d'affections oculaires dans les troubles des fonctions éliminatoires, au rang desquelles il faut ranger la menstruation.

---

**Sur un nouveau procédé au traitement du trachome,** par le Dr PACHOFOS, de Lynn. Juin 1911.

Les résultats satisfaisants que j'ai pu obtenir de l'emploi du sérum antidiphthérique en injections sous-cutanées contre l'érysipèle aigu et chronique (voir *Revue pharmacologique médicale*, janvier 1911), m'ont poussé à m'en servir aussi, le 10 mai 1910, dans la conjonctivite purulente et granuleuse (*trachome*) avec des succès non moins appréciable.

Le fait qu'une hyperhémie active est toujours provoquée par le sérum, m'a amené à substituer au brossage les injections du sérum antidiphthérique dans le traitement des conjonctivites en opérant de la façon suivante.

Dans la conjonctivite suppurative et granuleuse non compliquée d'ulcères cornéens, dans le trachome subaigu avec suintement et l'eczéma palpébral, après avoir retourné la paupière supérieure et inférieure, je lave à l'acide borique et au sérum artificiel, et j'injecte le contenu d'une seringue de 1 cc. du sérum antidiphthérique frais à chacune des paupières en allant de dehors en dedans, et toujours sous leurs conjonctives.

Cela fait, je laisse tomber les paupières et, l'œil fermé, j'injecte une troisième seringue sous la peau et muscles de la paupière supérieure. Après les injections, le malade éprouve des douleurs, un œdème aigu tient l'œil fermé, et une rougeur érysipéleiforme, envahissant la région orbitale, la joue et le front, ne tarde pas à se déclarer.

36 heures après, l'inflammation cesse, l'œil malade acquiert une clarté manifeste, le larmolement cesse, les granulations se dissipent et se réduisent.

Il suffit de répéter trois ou quatre fois ce procédé pour obtenir une guérison complète. Sur 50 malades ainsi traités 30 sont presque guéris, et les autres, ayant eu des améliorations sensibles, ont pu compléter leur guérison par le sulfate de cuivre et le sublimé.

---

**Traitement des conjonctivites,** par Dr POULARD, dans *Le Progrès Médical*. 9 sept. 1911.

Les conjonctivites ne sont plus, comme autrefois, confondues les unes avec les autres; leurs causes sont mieux établies, et le

nombre de celles dont on ne connaît pas encore l'étiologie a considérablement diminué.

Pour traiter convenablement une conjonctivite, il faut, autant que possible, en établir l'étiologie et appliquer le traitement qui convient au cas particulier.

Le traitement varie en effet suivant la cause qui a provoqué la conjonctivite.

Les conjonctivites se traitent d'une manière différente suivant qu'elles sont dues au gonocoque, au bacille de Weeks, au pneumocoque, au bacille de la diphtérie, à l'agent infectieux encore inconnu, du trachome, etc.

Mais le médecin praticien n'est pas toujours capable de faire le diagnostic étiologique exact de la conjonctivite, et cependant il faut qu'il puisse instituer un traitement, tout au moins le premier traitement, le traitement d'urgence.

Le médecin n'aura en général à traiter que des conjonctivites aiguës, le malade atteint de conjonctivite chronique ayant toujours le temps de prendre conseil d'un oculiste.

Parmi les conjonctivites aiguës, les unes *infections exogènes*, donnent de la sécrétion qui peut être *purulente*, *mucopurulente* ou *pseudo-membraneuse*; les autres, **CONJONCTIVITES ÉRUPTIVES**, ne donnent que peu ou point de sécrétion. Mais il y a du larmoiement et souvent on voit sur la conjonctive bulbaire et sur le limbe cornéen de petites saillies éruptives appelées phlyctènes.

**CONJONCTIVITE PURULENTE.** — *Lavages* plusieurs fois par jour avec une solution de permanganate de potassium à 5/1000. Les paupières étant écartées par un aide, on fait passer le liquide de lavage sur la conjonctive et le globe oculaire.

Ces lavages doivent être faits plusieurs fois par jour, en nombre variable, suivant l'abondance de la suppuration.

Ils doivent laver la surface de la conjonctive et la débarrasser du pus qu'elle sécrète. Inutile de faire passer une grande quantité de liquide. Il vaut mieux renouveler souvent les lavages au fur et à mesure de la production du pus: 10, 15, 20 fois par jour si cela est nécessaire.

*Instillations* : 1° Une fois par jour, une goutte d'une solution de nitrate d'argent à 1/100 ou 5 ou 6 fois par jour après un lavage, une goutte d'argyrol à 10 pour 100.

La conjonctivite purulente est très souvent gonococcique, c'est-à-dire grave, menaçante pour la cornée.

Le médecin doit donc prendre l'avis du spécialiste, et, par la même occasion, apprendre de lui la façon dont il devra traiter le malade.

La guérison de l'ophtalmie purulente dépend surtout des soins répétés donnés par le médecin ou l'entourage.

**CONJONCTIVITE MUCO-PURULENTE.** — *Lavages* du bord des paupières et de l'angle interne de l'œil pour enlever les sécrétions, avec de l'ouate imbibée d'une solution de cyanure d'hydrargyre à 1/5000.

*Insufflation* deux fois par jour d'une goutte de sulfate de zinc à 2 pour 100.

Sulfate de zinc.....	0 gr. 20
Eau distillée.....	10 gr.

Ces conjonctivites, en général dues au bacille de Weeks, pneumococque oëtu au diplobacille, sont beaucoup moins graves que la conjonctivite purulente.

**CONJONCTIVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.** — L'existence de fausses membranes sur la conjonctive ne prouve pas l'existence certaine de la diphtérie à bacille de Loeffler.

Le médecin doit, néanmoins, adopter la ligne de conduite suivante.

Chaque qu'il se trouve en présence d'une conjonctivite pseudo-membraneuse et qu'il la soupçonne d'être d'origine diphtérique, il doit faire une *injection de sérum* immédiatement. Le soupçon suffit, il ne faut même pas attendre le résultat de l'examen bactériologique par ensemencement. Sous l'action du sérum anti-diphtérique, la conjonctivite guérit rapidement sans autre traitement.

Ajoutez si vous voulez le traitement de la conjonctivite muco-purulente (sulfate de zinc et lotions au cyanure d'hydrargyre); mais c'est inutile, s'il s'agit d'une conjonctivite à bacille de Loeffler; elle guérira et rapidement par les injections de sérum employées seules.

**CONJONCTIVITES ÉRUPTIVES.** — La sécrétion est légère, il y a surtout du larmoiement; les lavages ont moins d'utilité, on peut se contenter de laver les yeux à l'eau bouillie.

Introduction d'une *pommade* au précipité jaune d'hydrargyre.

Vaseline .....	} À 5 gr.
Lanoline .....	
Précipité jaune d'hydrargyre .....	

D'ordinaire, il existe des lésions éruptives sur la cornée (kérato-conjonctivite) qu'on voit à l'œil nu (taches blanches, dépôli de la surface cornéenne) ou que décèlent certains troubles fonctionnels comme la photophobie et le larmoiement.

Ajoutez alors à la pommade jaune des instillations de cocaïne et l'usage de verres fortement teintés en noir.

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 20
Eau distillée.....	10 gr.

---

**Accidents au cours d'injections intraveineuses de Salvarsan,** dans  
*La Presse Médicale*, samedi, 7 octobre 1911.

Hoffmann a déjà rapporté des phénomènes de collapsus grave et des crises convulsives à la suite d'injections intraveineuses de Salvarsan.

Leven (d'Elberfeld) a observé également des cas semblables: vers la fin d'une injection, le malade se plaint d'une sensation de chaleur à la tête; le visage, en même temps, devenait rouge cramoisi, et le malade tomba dans un grave collapsus. A la cyanose du visage succéda une pâleur cadavérique; les battements du pouls descendirent à 20 par minute. Grâce à des inhalations d'oxygène, des injections d'huile camphrée et de digitaline, le malade revint à lui au bout d'une demi-heure.

Dans ce cas, il s'agissait d'un individu obèse, et il est possible que l'augmentation de pression imposée à la circulation par l'injection intraveineuse ait été trop forte pour le cœur du malade.

Dans un autre cas, une femme d'une quarantaine d'années reçut une injection intraveineuse de 0,30 de Salvarsan dans environ 160 centimètres cubes de liquide. Immédiatement après l'injection, la femme devint cyanosée, se plaint de bourdonnements

d'oreilles, d'oppression et de malaise général. Au bout de quelques minutes, son visage gonfla; les lèvres et les paupières inférieures formèrent de volumineux bourrelets. En même temps, survint une aphonie complète et une impossibilité de parler. La langue était également œdématisée, la céphalée était intense.

Durant tout le temps, le pouls était régulier et fort (il est vrai qu'on fit des injections d'huile camphrée). Au bout de vingt minutes, les phénomènes les plus intenses disparurent, il ne persista que la tuméfaction du visage, qui disparut le lendemain.

L'auteur pense que, dans ce cas, il s'agit d'une stase lymphatique aiguë; l'injection fut pratiquée dans une des veines du bras gauche, plus visibles qu'à droite, et la masse de l'injection a pu amener une stase au niveau de l'embouchure du canal thoracique.

---

#### PEDIATRIE

**La mortalité des nourrissons par la chaleur, dans *Journal de Méd. et de Chir. pratique*. Sept. 1911.**

M. le Dr Lesage, médecin de l'Hôpital Hérold (Enfants), étudie dans le *Bulletin médical* (19 août 1911) les effets de cette vague de chaleur qui a passé sur nous fin juillet et commencement d'août.

La température fut dans le jour à 34 à 36°, sèche et étouffante.

La mortalité augmenta d'une manière générale et fut particulièrement élevée chez les enfants de la première année. Chose curieuse, l'enfant au sein, qui dans les étés ordinaires (25°-30°) est relativement peu malade par rapport à l'enfant au biberon, fut, cette année, proportionnellement très frappé.

... Les faits que je viens d'observer, dit M. Lesage, sont entièrement calqués sur ceux que j'ai été à même d'étudier pendant l'été si chaud de 1900.

A ce sujet, il est bon de séparer les enfants en catégories, tant le tableau clinique est spécial à chacune d'elles.

**1re catégorie.** Enfants au sein et au biberon. — A la fin d'une après-midi chaude et d'exposition au soleil, brusquement le nourrisson pâlit et devient somnolent; les membres soulevés retombent inertes, la respiration est accélérée souvent en Cheyne-Stokes. La peau est chaude et sèche, la température, tant au centre qu'à la périphérie, monte à 40, 41, 42°, le pouls est petit, accéléré à 120, 140. Pas de troubles digestifs tout au plus un vomissement, une

évacuation alvine (Heubner). On peut observer la présence du sucre dans les urines (Finkelstein).

C'est un véritable coup de chaleur brutal. L'enfant peut mourir en quelques heures.

*2e catégorie.* Enfants au sein ou au biberon. — En quelques heures — le début est moins brusque que dans le cas précédent — l'enfant devient agité, ne dort pas, se tourne en tous sens, remue les bras, met les doigts dans la bouche et les retire, étend ses jambes et les plie, s'arcboute, raidi sur l'occiput et les talons, à la manière d'un tétanique. Il semble souffrir au moment des accès de raideur, car il crie; au moindre contact il semble qu'il y ait une légère hyperesthésie, les cris redoublent.

Cet état d'agitation peut aboutir à des convulsions, à un véritable état pseudo-méningé. La ponction lombaire donne issue à un liquide normal, parfois en hypertension.

Malgré les crampes, les raideurs, on ne trouve pas de signe de Kernig. La position des jambes varie: l'enfant se raidit tantôt en flexion, tantôt en extension.

L'enfant a soif, la langue est sèche, la peau brûlante en tous ses points. La température centrale monte à 40, 41, 42° et la température périphérique à 39, 40°. La peau est pâle, la figure normale; les yeux ne sont pas excavés. On ne note aucune trace d'algidité dite cholérique (1), les doigts sont parfois un peu frais, en égard au reste du corps, qui est chaud.

La respiration est accélérée, parfois en Cheyne-Stokes; on ne note aucune lésion pulmonaire.

Le ventre est normal; il n'existe aucun trouble digestif, les selles sont parfois mal digérées.

La durée de cet état de fièvre et d'agitation varie. Le nourrisson peut être enlevé en deux et trois jours, à la manière d'une septicémie intense. Cependant la mort n'est pas fatale: après quelques jours, la fièvre tombe, tant au centre qu'à la périphérie et l'enfant, amaigri et épuisé, revient péniblement à la santé. Parfois il ne peut se relever du coup qu'il a reçu; la cachexie progresse, les genoux se plient par suite de raideurs des muscles postérieurs de la cuisse (cordes tendineuses du creux poplité). C'est l'atrophie spasmodique qui va désormais évoluer pour son propre compte.

*3e Catégorie.* — Même tableau clinique, mais, en plus, on note des vomissements et de la diarrhée. Ces troubles digestifs n'acquiescent pas l'intensité qui est la caractéristique du choléra infantile. Ils obéissent à la réfrigération. Ce nourrisson reste

(1) LESAGE.—Traité des maladies des nourrissons, p. 515, 1911.

agité, fébrile, et ne présente aucune trace des symptômes de l'algidité cholérique (yeux encavés, refroidissement des membres et des joues, chaleur de la peau dans toutes les zones sus-viscérales). L'enfant meurt en pleine fièvre, comme les précédents.

*Nécropsie.* — Quelle que soit la catégorie observée, toute la lésion siège sur le système nerveux. On note une vascularisation rouge, active, des méninges et de la masse cérébrale; à la coupe de cette dernière, apparaît un piqueté congestif des plus nets. Joignons à cela une augmentation du liquide céphalo-rachidien et souvent un œdème pie-mérien, qui contient des globules blancs.

Surtout chez les atrophiques, on peut constater des zones superficielles de ramollissement cérébral.

L'examen des autres viscères est négatif. Je signalerai cependant — fait qui a son importance — l'existence d'une notable quantité de liquide dans le péricarde.

*Conclusions.* — L'élévation de la température centrale et périphérique, l'absence de troubles digestifs ou leur légèreté, l'absence des phénomènes cholériques classiques, l'influence heureuse de la réfrigération, l'aspect des lésions actives du système nerveux, l'absence de la cyanose cholérique, l'existence d'une certaine quantité de liquide dans le péricarde, sont autant d'arguments qui conduisent à innocenter la maladie infectieuse dite choléra infantile et à incriminer la chaleur estivale ( $30^{\circ}$ - $36^{\circ}$ ).

Il est vrai que dans le choléra infantile, avant la période algide, existe de la fièvre, mais elle est légère et n'atteint pas le taux élevé rencontré dans la fièvre de chaleur.

On peut observer la coexistence des deux maladies. Un nourrisson atteint de la maladie calorique peut, après quelques jours, de chaud qu'il était, se refroidir et devenir un cholérique. Il peut, dans le cours de sa maladie, éprouver l'influence calorique.

La fièvre de chaleur s'observe principalement dans les étés très chauds ( $30^{\circ}$ - $36^{\circ}$ ), à l'opposé de la maladie cholérique qui revient chaque été ( $25^{\circ}$ - $30^{\circ}$ ). La première est rencontrée dans toutes les régions ensoleillées, tandis que la seconde affectionne certaines régions, certains villages, certains quartiers de villes, respectant les régions voisines.

L'influence de la chaleur extérieure sur l'organisme a été démontrée expérimentalement. Elle provoque de la fièvre, de l'agitation, des convulsions et de la diarrhée.

Ces accidents brusques cessent rapidement par la sudorèse et le refroidissement artificiel. On peut les observer l'hiver quand l'enfant vit dans une chambre surchauffée.

L'étude des étés très chauds ( $30^{\circ}$ - $36^{\circ}$ ) montre que l'enfant au sein, qui est si résistant à l'infection cholérique, l'est moins vis-à-vis de la chaleur et paye une large tribut à la fièvre de chaleur.

Le traitement de cette dernière consiste: 1° en enveloppements humides frais et permanents; 2° bains frais à 33° répétés, de dix minutes de durée; 3° l'exposition à l'air frais; 4° la suppression de tout vêtement inutile et serré; 5° l'absorption de boissons chaudes; 6° s'il est possible l'envoi immédiat du nourrisson dans les altitudes. L'antipyrine, qui a une action sur beaucoup de fièvres du nourrisson, échoue complètement dans le cas particulier.

**Fièvre de déséquilibre chez le nourrisson, dans *Journal de Méd. et Chir. pratique*. 25 sept. 1911.**

Le Dr Lesage décrit sous le nom de "fièvre de déséquilibre" un état morbide très particulier qui peut s'observer à cet âge.

Le type de l'équilibre parfait de la nutrition est donné par l'enfant au sein. L'enfant au biberon est toujours en équilibre instable et sensible aux moindres influences. Plus l'alimentation est bien réglée, plus il perd cette sensibilité, plus son équilibre devient stable et plus il se rapproche de l'enfant au sein. Plus l'alimentation est défectueuse, plus il est malade et plus le déséquilibre augmente. Ces faits ont surtout trait à l'équilibre calorique.

Voici quelques faits: un enfant au biberon est bien portant avec température normale; on lui donne un lavement: quelques heures après, apparaît un accès de fièvre de durée courte. Même fait signalé par Hutinel, à la suite de lavage fait en cas de constipation. On observe souvent ce petit accident à la suite d'un laxatif ou d'un purgatif, que l'on a eu la malencontreuse idée de donner.

Accès de fièvre identique, le dimanche à l'hôpital quand le nourrisson a été visité par sa mère pendant quelques instants.

Un nourrisson est habitué à une infirmière, qui a la "manière" de le soigner: mettez une autre infirmière qui "ne sait pas", accès de fièvre.

Dans tous ces faits, il n'est pas question d'alimentation, qui n'est pas changée.

On observe les mêmes accès de fièvre quand un nourrisson est porté par plusieurs personnes. Les éleveurs ne nous ont-ils pas appris que les petits animaux ne doivent pas être "touchés".

Accès de fièvre quand un enfant est changé de salle d'hôpital alors que rien n'est modifié dans son alimentation. Hutinel pense à une infection par le milieu-hospitalier. Or la même observation peut être faite quand on isole l'enfant dans une chambre neuve.

On l'a constaté également chez l'enfant bien portant que l'on met à la diète hydrique.

On peut remarquer les mêmes accidents chez l'enfant gavé qui ne présente pas de fièvre, malgré la suralimentation. Le réglage brusque peut produire des accès de fièvre (analogie avec la suppression brusque de la morphine). Le réglage lent n'est pas accompagné de fièvre.

Chez l'enfant atteint de diarrhée sans fièvre, la mise à la diète hydrique peut faire apparaître de la fièvre, parfois mortelle; à plus forte raison si l'on y joint un purgatif. Cet effet de la diète hydrique existe surtout chez le très jeune enfant et beaucoup moins chez le nourrisson de huit à dix mois. M. Lesage n'observe plus ces accidents depuis qu'il emploie la diète hydrique mitigée d'une faible dose de lait partiellement écrémé et non additionné de lactose.

N'observe-t-on pas un bel exemple de ce déséquilibre chez l'enfant atteint de la maladie dermo-lymphatique (accès de fièvre parfois mortelle), et chez l'enfant en dentition.

A quoi sont dus ces accès? Les uns disent: toxicose alimentaire; les autres: infection.

N'est-ce pas un simple déséquilibre purement thermique qui tient à ce que la régulation de la chaleur est d'autant moins établie que l'enfant est plus jeune et mal nourri? La conclusion pratique de ces faits est qu'il ne faut jamais changer brusquement la vie de l'enfant (alimentation, local, etc.), que l'enfant soit bien portant ou malade.

Ces accès de fièvre ne sont accompagnés d'aucun symptôme morbide. Mais l'accès peut néanmoins dans les cas très rares se terminer par la mort.

---

#### PÉDIATRIE

**Diagnostic pratique de la pleurésie infantile, par HAMBURGER,**  
dans *La Clinique*, 28 juillet 1911.

On peut dire d'une façon générale que les symptômes de la pleurésie chez l'enfant sont mal connus et qu'ils prêtent souvent à confusion. Il n'est donc pas inutile d'en retracer les caractères particuliers ainsi que vient de le faire du reste l'excellent pédiatre de Vienne, Franz Hamburger (1). Car le diagnostic de la pleurésie dans l'enfance est d'autant plus important qu'il permet, lorsqu'il est précocement établi, de préserver les petits malades des graves complications habituelles et même de la mort. Ceci s'applique, par exemple, à la *pleurésie purulente*, à l'*empyème*.

L'erreur de diagnostic la plus fréquente est due à ce qu'on

prend des exsudats pleuraux liquides pour des infiltrats pulmonaires en raison de la fausse opinion que l'on a généralement de croire que le souffle bronchique est plutôt fonction d'une infiltration pulmonaire et que d'un autre côté la respiration doit toujours être affaiblie, diminuée en cas de pleurésie. Certainement, il y a dans beaucoup de cas de pleurésie une diminution de la respiration, comme il y a fréquemment un souffle bruyant dans la pneumonie; mais l'inverse peut également se produire.

Dans ces conditions, l'auscultation seule est insuffisante pour nous renseigner et nous permettre de faire une différenciation exacte entre la pleurésie et la pneumonie. La *Percussion* peut nous donner, mais pas toujours encore, la clé du diagnostic. C'est ainsi que l'on trouve chez les petits malades atteints de pleurésie *une matité occupant tout un côté de la poitrine*, ce qui, d'après les données de l'expérience, ne se produit jamais aussi bien dans la pneumonie. Donc l'existence d'une matité sur toute une moitié du thorax plaide en faveur d'une *pleurésie* quand bien même il y aurait un souffle bronchique prononcé. Dans certains cas, rares il est vrai, la ponction exploratrice, seule peut éclairer le médecin.

L'infiltration pneumonique n'intéresse le plus souvent qu'un lobe du poumon, et, lorsqu'il s'agit d'une atteinte des bases, elle s'étend tout au plus jusqu'à la ligne axillaire antérieure. Au cas où la matité dépasserait cette ligne, il s'agirait presque à coup sûr d'une pleurésie.

Lorsque l'exsudat n'occupe qu'une partie de la cavité pleurale, d'ordinaire l'auscultation n'indique au niveau des régions mates qu'une diminution de la respiration. Toutefois, dans les exsudats enkystés, on trouve aussi à ce niveau un souffle bronchique très net. Ceci est très important, car alors il est urgent d'opérer.

Dans les exsudats volumineux, surtout lorsque toute la moitié du thorax est mate, on entend fréquemment un souffle bronchique. On peut expliquer ce fait de la façon suivante: dans un gros épanchement, le poumon se trouve comprimé en entier du côté atteint si bien que le souffle bronchique provenant de la trachée et des grosses bronches se transmet grâce à cette condensation sans aucune modification au liquide pleural, bon conducteur de lui-même.

Pratiquement parlant, la fine percussion n'apporte rien de précis pour la distinction à faire entre une pleurésie et une pneumonie. L'appréciation de l'intensité de la matité n'est pas non plus très utile d'une façon générale. De petits épanchements donnent une matité légère; les pneumonies compactes sont marquées par une matité forte, intensive.

Les vibrations thoraciques à la voix sont de peu d'importance chez l'enfant.

Il arrive très rarement, en pathologie infantile, qu'un épanchement primitivement *séreux* devienne *purulent* par la suite.

La pleurésie séreuse est d'ordinaire d'origine tuberculeuse; il n'en est pas de même de l'empyème thoracique.

Le pyopneumothorax est également bacillaire.

Pour diagnostiquer la nature de l'épanchement, séreux ou purulent, seule la *ponction exploratrice* fournit la certitude. L'expérience démontre que chez l'enfant un bon état subjectif doit faire éliminer l'idée d'empyème.

D'autre part, un empyème chronique peut être facilement pris pour de la tuberculose. Les enfants présentent de la toux, des sueurs nocturnes, une fièvre rémittente de la matité et un souffle bronchique d'un côté; ils maigrissent et dépérissent; et, cependant, il ne s'agit pas d'une tuberculose incurable, mais d'un empyème thoracique que l'on peut guérir.

Au cours des autres affections pulmonaires, lorsque le diagnostic est indécis, il faudra penser à la plèvre et faire au besoin la ponction exploratrice.

En ce qui concerne cette dernière, elle n'est pas toujours bien pratiquée. D'abord, l'essentiel est d'avoir une seringue fonctionnant d'une façon irréprochable. On pique la peau au niveau du bord supérieur de la côte inférieure et l'on regarde attentivement quels sont les mouvements communiqués à la seringue. Si cette dernière est mobile avec la respiration, c'est que l'aiguille est dans le poumon, sinon elle plonge seulement dans la plèvre. Dans le premier cas, on la retire très doucement jusqu'à ce qu'elle reste absolument immobile dans les mouvements profonds de la respiration. Alors on fait lentement fonctionner le piston; s'il ne vient rien dans le corps de la seringue, c'est qu'il n'existe aucun exsudat.

---

#### OBSTETRIQUE

**Pronostic de l'éclampsie**, par M. POVISSARD, de Lariboisière, dans *Journal des Sages-femmes*. Août 1911.

Comme conclusion d'un travail important, sur ce sujet, l'auteur s'exprime ainsi :

"Aujourd'hui on peut affirmer que le principal facteur qui doit permettre de porter un pronostic dans les cas d'éclampsie réside dans la thérapeutique qui a été instituée.

Si, jusque dans ces temps derniers, le pronostic de l'éclampsie a été aussi grave, cela tenait à ce que la thérapeutique était pare-

ment empirique ou symptomatique; le chloroforme a aggravé tous les cas et retardé l'instauration d'une thérapeutique vraiment physiologique; aujourd'hui, grâce aux saignées massives et à la diète hydrique, les succès, même dans les cas les plus graves, deviennent de plus en plus nombreux, à condition qu'on n'hésite pas à retirer de la veine 800 à 900 grammes de sang en une seule fois, non seulement dans le but de désintoxiquer la femme, mais encore de brusquer l'abaissement de la tension sanguine.

Si nous voulions résumer les signes qui fournissent les meilleurs éléments du pronostic dans les cas d'éclampsie, nous dirions que l'abaissement de la tension artérielle, l'apparition d'une polyurie, la marche de la température et la thérapeutique par les larges et copieuses émissions sanguines, constituent aujourd'hui le mode d'appréciation le plus exact, le plus complet, qui permettra au clinicien de se prononcer dans les circonstances toujours difficiles où il se trouve, lorsqu'il est en présence d'une femme éclamptique.

### THERAPEUTIQUE

#### Traitement des oxyures vermiculaires chez l'enfant.

Le *Progrès Médical* donne une série de moyens à employer pour débarrasser l'enfant des oxyures vermiculaires qui sont, comme on sait, extrêmement tenaces chez cette catégorie de malades :

Le traitement comporte la triple indication d'agir localement sur la région anale et de calmer les phénomènes d'irritation qu'y produisent les oxyures, d'expulser les parasites jeunes contenus dans l'intestin grêle et le cœcum, enfin d'éviter les récidives. On y parviendra en prescrivant :

1° Donner chaque jour pendant une semaine un lavement vinaigré (une cuillerée à soupe de vinaigre pour 100 grammes d'eau), ou bien un lavement d'huile mentholée :

Menthol.....	0 gr. 25 mgr.
Huile d'olive.....	50 grammes

pour un lavement à renouveler chaque jour.

Ou encore un lavement d'huile de foie de morue :

Huile de foie de morue.....	40 gr.
Janna d'œuf.....	No 1
Eau.....	Q. S. P. 125 gr.

2° Calmer les démangeaisons anales en faisant le soir au niveau de l'anus une onction avec la pommade :

Calomel.....	} AA 2 gram.
Oxyde de zinc.....	
Vaseline.....	20 gram

ou bien :

Onguent napolitain.....	10 grammes
Glycérolé d'amidon.....	20 grammes

ou encore en introduisant le soir un des suppositoires suivants :

Calomel.....	0 gr. 10 cgr.
Beurre cacao.....	2 grammes

pour un suppositoire. A n'employer que chez des enfants âgés de plus de 3 ans.

3° Pendant trois jours consécutifs, prendre le matin à une heure d'intervalle deux des paquets suivants :

Santonine.....	0 gr. 02 cgr.
Calomel.....	0 gr. 03 cgr.
Sucre de lait.....	0 gr. 50 cgr.

pour un paquet n° 6 (enfant de 3 à 6 ans).

ou :

Santonine.....	0 gr. 03 cgr.
Calomel.....	0 gr. 05 cgr.
Sucre de lait.....	0 gr. 50 cgr.

pour un paquet n° 6 (enfant de 6 à 10 ans).

ou bien encore prendre trois jours de suite de la préparation suivante :

Santonine.....	0 gr. 10 cgr.
Huile d'olives.....	60 grammes

autant de cuillerées à café que l'enfant aura d'années; éviter de façon absolue l'emploi de la santonine avant 3 ans.

Ou enfin remplacer la santonine par la poudre de semen-contra (0 50 par année d'âge à partir de 3 ans).

Semen-contra.....	10 grammes
Sirap d'écorces d'oranges.....	30 grammes
Eau bouillante.....	1 0 grammes

pendant trois jours consécutifs, prendre le matin à jeun à une heure d'intervalle deux cuillerées à dessert (enfants de 3 à 6 ans) ou deux cuillerées à soupe (enfants de 6 à 10 ans).

4° En cas d'échec de la médication par la santonine, on pourra recourir au traitement par le thymol, suivant la méthode préconisée par Guiart.

Durant trois jours consécutifs, faire prendre chaque matin à jeun, à une heure d'intervalle, trois paquets ou cachets renfermant chacun, suivant l'âge, 0 gr. 10 (enfant de 3 ans), à 0 gr. 60 (enfant de 15 ans) de thymol pulvérisé.

Après chaque prise, boire un peu d'eau: cinq heures après le dernier cachet, prendre un léger purgatif salin, s'il ne s'est pas produit d'évacuation intestinale.

L'enfant peut, avec ce procédé, s'alimenter comme d'habitude à condition de ne boire que de l'eau; l'ingestion d'alcool, d'huile, d'éther, de chloroforme ou d'eau chloroformée doit au contraire être évitée de façon absolue, car elle permettrait la dissolution et l'absorption du thymol et il pourrait en résulter un grave empoisonnement.

5° Les parasites étant détruits et expulsés, il faut éviter la réinfection de l'enfant en faisant une toilette soignée des mains, en l'empêchant de porter les mains à la bouche, en stérilisant le lait et en faisant bouillir l'eau potable.

---

**Attouchements au permanganate de potasse dans les affections de la peau et des muqueuses**, par le Dr ESCOMEL, dans *Revue prat. de Méd. et Chirurgie* de Paris. 10 août 1911.

Par une longue expérience, tous les jours répétée, je ne puis que vanter les bienfaits énormes de cette médication qui dérive de la méthode antiseptique.

Un attouchement par jour de la muqueuse nasale, ayant fait l'anesthésie préalable à la cocaïne, fait disparaître le rhume en 2 ou 3 jours.

Un seul attouchement de la gorge pour les angines, 3 attouchements par jour dans les érysipèles de la peau et des muqueuses.

De un à deux attouchements par jour pour l'ecthyma et autres affections microbiennes de la peau.

Un attouchement par jour dans les acnés et furoncles naissants.

Un attouchement par jour autour des anthrax; l'ensemencement autour de cette lésion du staphylocoque est enrayé.

Un attouchement toutes les deux heures sur la main au commencement du développement des phlegmons a enrayé leur développement.

Un attouchement toutes les deux heures sur l'avant-bras ou le pied et jambe lorsqu'il y a menace de phlegmon diffus, les a enrayés en 2 ou 3 jours.

J'ai appliqué en attouchement toutes les deux heures sur tout le thorax et l'abdomen, partie antérieure et postérieure, pendant 5 jours, finissant par peindre tout le corps toutes les 2 heures, chez une femme qui avait un érysipèle généralisé avec grand délire et oscillations thermiques avec des frissons de 35 1/2 à 41 degrés. Guérison sans récidive depuis trois ans.

Pour la désinfection intra-utérine, pour les plaies infectées, pour les piqûres inoculées, pour les piqûres d'animaux infectants, les résultats ont été merveilleux.

Aujourd'hui ça est devenu une panacée à Arequipa dont les

pharmaciens même abusent. Le remède est à la portée de tous, facile à préparer et honorant, s'il y a de place encore, la méthode antiseptique.

**Injections hypodermiques d'huile salicylée dans le traitement du rhumatisme**, par le Dr SEIBERT, de N. Y., dans *Journal de Méd. et Chir. pratique*. Sept. 1911.

Les heureux résultats obtenus en recourant aux grandes injections hypodermiques d'une solution d'huile camphrée à 20% dans la pneumonie ont suggéré à M. le Dr Seibert, prof. des maladies des enfants à la polyclinique de New-York (*Med. Record*, n° 10), l'idée de mélanger l'acide salicylique à l'huile et de se servir de ce mélange pour faire des injections hypodermiques dans le rhumatisme. Mais, il s'est rendu compte aussi que cette huile ne réussit pas dans tous les cas, et il a eu recours aussi avec succès à la solution aqueuse de salicylate de soude à 20%.

Comme ces injections sont assez douloureuses, il recommande de pratiquer une injection préalable d'une solution faible de cocaïne à l'endroit où doit avoir lieu le dépôt du médicament anti-rhumatismal.

Voici, d'ailleurs, la technique suivie par l'auteur.

Désinfection de la peau à la teinture d'iode fraîche. Injection d'une solution stérilisée de cocaïne (représentant environ 0 gr. 008 de cocaïne pour 30 gouttes) sous les téguments. Au bout de quinze minutes, on procède à l'injection de la solution salicylée, en prenant soin d'étirer la peau le plus possible, de telle sorte que pas une goutte de la solution ne reste dans le trajet cutané sous peine de suppuration. On injecte en moyenne 10 cc. d'huile salicylée ou de solution aqueuse de salicylate de soude.

La solution aqueuse de cocaïne doit avoir été portée à l'ébullition au moment du besoin. Quant à l'huile salicylée, une fois stérilisée elle ne s'altère plus. On se servira d'une seringue de 10 cc. en verre, avec une aiguille de fort calibre.

Voici, maintenant, les indications de cette thérapeutique hypodermique. Dans le rhumatisme articulaire aigu, avec localisation au cœur, au péricarde, à la plèvre, du côté du système nerveux central (chorée), on injectera 10 à 20 cc. d'huile salicylée, et on renouvellera les injections toutes les 12 heures.

Les effets se manifestent d'habitude trois heures après la première injection et l'amélioration continue jusqu'à la guérison, qui peut se faire en quelques jours, dans les cas favorables.

Dans les processus chroniques, on injectera tous les jours 10 cc. de l'huile salicylée suivante :

Acide salicylique.....	10 grammes
Huile de sésame .....	80 grammes
Alcool pur.....	5 grammes
Campbre .....	5 grammes

On stérilise le mélange avant l'addition de l'alcool.

Cette huile salicylée convient beaucoup mieux pour les cas chroniques que la solution aqueuse de salicylate de soude à 20%, très vraisemblablement parce qu'elle est moins rapidement absorbée et moins vite éliminée par les reins. C'est pour la même raison que la solution aqueuse convient mieux aux poussées aiguës, où l'on a besoin d'une action antiseptique, prompte et forte.

Les effets de l'injection dans les cas chroniques sont plus efficaces quand les localisations rhumatismales sont multiples que lorsqu'une seule jointure est atteinte. Dans le premier cas, la douleur et le gonflement s'améliorent généralement après la première injection, et après la troisième dans l'autre cas.

L'adjonction de camphre a pour but de stimuler le cœur surtout lorsqu'il y a de l'endocardite ou de la péricardite.

Enfin, fait digne de remarque et qui prouve combien cette méthode paraît digne d'être recommandée, on ne constate jamais à la suite de ces injections les symptômes toxiques si fréquents après l'emploi des salicylates par la bouche.

L'auteur n'a jamais observé ni abcès, ni suppuration cutanée; si un tel accident survenait, il ne pourrait s'expliquer que par une manque d'asepsie ou ne technique défectueuse.

**Impotence fonctionnelle des membres inférieurs guérie par la thiosinamine (fibro-malacine).** — H. LAVRAND. — *Journal des Sc. méd. de Lille*, 18 mars 1911.

La *thiosinamine* ou *allyl-sulfo carbonide* est appelée *fibrolysine* par les Allemands. Or, elle ne dissout pas le tissu fibreux: elle le ramollit, et même seulement pour un temps assez court: son effet cesse et tout se retrouve dans l'état antérieur; à son action, pour obtenir un résultat sérieux, il faut adjoindre celle du traitement mécanique. C'est pourquoi, M. Lavrand lui donne le nom de *fibromalacine*, indiquant qu'elle ramollit le tissu fibreux.

Elle ramollit le tissu cicatriciel en quelque point qu'il siège et quelque soit le point où elle ait été injectée (injection dans le tissu cellulaire). Elle détermine dans le tissu cicatriciel un œ-

dème interstitiel avec gonflement et dissociation des fibres conjonctives. Elle commence à agir au bout de quatre heures et son action ne semble durer que quelques jours. Peut-être exerce-t-elle d'abord une action intense mais brève, puis une action lente et peu accentuée qui *affaiblit la rétractilité du tissu cicatriciel*.

Son meilleur dissolvant est la salicylate de soude, la solution reste beaucoup plus stable qu'avec l'antipyrine. La formule employée par M. Lavrand est la suivante :

Eau distillée .....	25 gr.
Salicylate de soude.....	0 gr 50 cgr.
Thiosinamine (fibromalacine) .....	1 gr.
Soit 0,04 par injection de 1 cm. c.	

Les injections sont bien tolérées localement et l'organisme les supporte jusqu'à une certaine intolérance qui se traduit par un peu de céphalée, de lassitude ou de tendance au vertige.

Avec des injections de fibromalacine, la mécano-thérapie et l'électrisation, M. Lavrand a guéri plusieurs cas de péri-arthritis scapulo-humérale, l'impotence du membre n'a pas reparu, même au bout de 10-15 ans. Il a guéri en 1908 une syno-ténosite plastique du genou qui reste guérie en mars 1911. Un rétrécissement syphilitique du larynx dont le traitement par la fibromalacine et la dilatation a été suspendu en août 1908, était resté guéri en juin 1910.

Une rhumatisante de 53 ans, au début d'octobre 1910, a les jambes à demi-fléchies sur les cuisses par suite d'une péri-arthritis rhumatismale; l'extension au-delà d'un angle de 120° à gauche, de 140° à droite est impossible; la flexion est possible, il y a non pas ankylose osseuse mais rétraction tendineuse. Les douleurs sont fortes au niveau des genoux; en plus, il y a d'autres douleurs erratiques. — Traitement: massage, mobilisation; 3 fois par semaine injection de 1 cm. c. de la solution de fibromalacine. — Fin d'octobre, la jambe droite est presque redressée; la malade marche à plat appuyée sur un bâton sans souffrir. A cause de bouffées de chaleur, de vertiges, on suspend les injections. On les reprend le 6 novembre à raison de 2 par semaine. Le 12 novembre, la jambe gauche est presque toute redressée; les souffrances ont complètement disparu. Le 26 novembre, à cause des vertiges, on suspend les injections. 4 mois plus tard, l'amélioration obtenue se maintient.

---

**Le choix d'un diurétique**, par Eustache SMITH, analysé par MARTINET, dans *La Presse Médicale*. 30 sept. 1910.

Cet auteur rappelle que quand nous avons à traiter une hydro-pisie d'origine cardiaque, nous devons avoir présent à l'esprit que

la cause de l'œdème est dans la poitrine et non dans l'abdomen, et que les remèdes qui agissent seulement sur les reins sont d'une valeur minime ou nulle, à moins qu'ils ne soient combinés avec d'autres qui renforcent l'action du cœur. Nous devons nous rappeler aussi que quand la pression sanguine est faible, les drogues qui tendent à abaisser encore cette pression sont non seulement inutiles mais dangereuses. Force est donc de s'adresser aux toniques cardiaques qui accroissent la vigueur du cœur et en modèrent la rapidité anormale. Sous leur influence, le cœur se contracte avec une énergie plus grande, la pause diastolique est allongée, en sorte qu'elle permet une évacuation plus complète des gros troncs veineux, enfin une plus grande quantité de sang est propulsée à travers les reins. La digitale, le strophanthus, le convallaria, la scille et quelques autres drogues agissent de cette façon, mais, en règle, la digitale est la plus appréciée. En deux ou trois jours après le début de son emploi, la pression sanguine s'élève, le pouls devient plus plein et plus régulier, la diurèse est copieuse. Cette amélioration est surtout notable dans les cas de dilatation du cœur gauche avec insuffisance mitrale, pouls faible et irrégulier, pression artérielle basse, oligurie.

S'il y a dilatation du cœur droit avec régurgitation tricuspide, la digitale ne devra être donnée qu'avec prudence, car, en augmentant la vigueur de contraction du ventricule droit, on court le risque d'accroître dangereusement le reflux du sang dans le système veineux hypertendu.

De même, dans les cas d'insuffisance aortique au début, la digitale est une drogue dangereuse à employer, mais à une période plus avancée, quand l'insuffisance mitrale s'est établie, son emploi est suivi de résultats très satisfaisants.

Un autre point doit être noté: la digitale agit non seulement sur le cœur, mais aussi sur les parois des vaisseaux périphériques qu'elle contracte. Ils offrent, en conséquence, une résistance accrue à la force propulsive du cœur. Si le cœur est profondément dégénéré, comme dans la dégénérescence graisseuse du cœur, si fréquente chez les gens âgés, ou dans les dégénérescences aiguës, qu'on peut observer dans les affections chroniques du cœur à tous les âges, cette résistance peut être si grande que les contractions cardiaques soient impuissantes à la vaincre et qu'il en résulte un collapsus cardiaque.

Si donc nous désirons obtenir l'action tonique de la digitale sur le muscle cardiaque sans contraction correspondante des vaisseaux périphériques, nous devons neutraliser cette dernière action en combinant chaque prise de digitale avec une prise simultanée de 20, 30 gouttes ou plus d'esprit de nitre dulcifié, qui a précisément la propriété de dilater les petits vaisseaux périphé-

riques. On pourrait aussi user d'un autre toni-cardiaque, tel la teinture de strophantus, dont l'action cardiaque est très comparable à celle de la digitale, mais dont l'action vasculaire est beaucoup plus faible.

L'action diurétique de la digitale et des tonicardiaques peut d'ailleurs être singulièrement renforcée, si les cellules rénales sont saines, par l'adjonction de diurétiques rénaux directs, tels le citrate de caféine. Cette drogue partage avec la digitale le pouvoir de compenser l'insuffisance valvulaire et d'améliorer le rythme cardiaque, mais elle a de plus une action stimulante élective sur l'épithélium des tubuli rénaux.

L'association peut d'ailleurs être renforcée par addition d'esprit de nitre dulcifié à des doses de 30 à 60 gouttes, comme dilateur des vaisseaux rénaux. La dose de caféine sera modérée (0 gr. 10 à 0 gr. 15, deux ou trois fois par jour).

L'infusion de genêt peut de même être associée à l'administration de la digitale. Elle contient de la spartéine, dont l'action cardiaque est similaire à celle de la caféine. 30 grammes d'infusion de genêt, avec 4 grammes (1 drachme) d'infusion de digitale (pharmacopée anglaise), 30 à 60 gouttes d'esprit de nitre dulcifié, de 60 à 90 gouttes d'acétate d'ammoniaque, constituent un diurétique d'une grande valeur, tant au point de vue cardiaque qu'au point de vue rénal.

La diurétine (salicylate double de soude et de théobromine) est des plus utiles dans les cas où la digitale a échoué. Elle a une action minime ou nulle sur le muscle cardiaque et paraît exercer une action diurétique directe indépendante de toute élévation de la pression sanguine. Elle peut, en conséquence, être administrée sans danger quand la pression sanguine est élevée, et qu'en conséquence la digitale et les autres tonicardiaques peuvent être dangereux. Elle s'est montrée d'une grande valeur dans les cas d'hydropisie cardiaque aiguë, quand les symptômes apparaissent soudainement. Elle peut être administrée associée à l'infusion de genêt et à de petites doses de teinture et de strophantus.

Quelques cas d'hydropisie cardiaque sont rebelles aux traitements les plus correctement conduits. Deux drogues sont alors susceptibles de modifier favorablement la situation. L'une est la teinture de cantharide, que l'auteur estime être l'un des agents médicamenteux les plus puissants dont nous disposons dans l'hydropisie cardiaque. La dose est de 2 ou 3 à 10 gouttes suivant l'âge, plusieurs fois par jour. La teinture peut être employée en association avec d'autres remèdes et peut être pratiquement ajoutée à une mixture contenant de la caféine, de la teinture de strophantus et de l'esprit de nitre.

L'autre remède est le mercure. Le calomel ou les pilules bleues (mercure métallique, pharmacopée britannique) peuvent être employés. C'est aux dernières que l'auteur accorde ses préférences. Les cas qui doivent être soumis à ce traitement méritent d'être choisis avec soin. Au point de vue pharmaco-dynamique diurétique, le mercure doit être considéré comme appartenant au même groupe que la diurétine et que la caféine. Le mercure doit être évité s'il y a évidence d'une affection rénale et supprimé si la diurèse ne s'établit pas dans les trois ou quatre jours qui suivent son administration. L'auteur a donné les pilules bleues aux doses de 0 gr. 15, trois fois par jour, tant chez les jeunes gens que chez les adultes, et a trouvé qu'elles étaient bien supportées et provoquées s'il y a évidence d'une affection rénale et supprimé si la diurèse est bien établie, il convient d'interrompre l'usage du mercure et de le remplacer par une mixture de caféine et d'esprit de nitre avec une infusion de genêt. Ce traitement mercuriel sera réservé aux cas qui se sont montrés rebelles aux autres méthodes, et c'est heureusement chez de tels patients que les résultats les plus remarquables ont été observés.

---

**La therapia sterilisans magna**, par L. GEYER, dans *La Presse Médicale*. 30 sept. 1911.

Si on accepte aujourd'hui que le plus souvent une seule dose de Salvarsan ne peut guérir la syphilis, on connaît cependant un certain nombre de cas où un succès durable semble être atteint.

L'auteur rapporte 3 cas de réinfection syphilitique chez des sujets traités par le Salvarsan. En voici un exemple :

Un sujet contracte la syphilis le 17 janvier 1911. Le 2 février, il se présente avec un chancre de 2 centimètres sur le dos de la verge, avec ganglions multiples indolores. Nombreux spirochètes à l'ultramicroscope. On fait une excision étendue du chancre, suivie de suture, et une injection intraveineuse de 0.60 de Salvarsan. Au bout de huit jours, la plaie est guérie.

Le 27 avril, le malade revient avec un nouveau chancre, gros comme une noisette, situé dans le sillon balano-préputial gauche, avec adénopathie multiple. Ce chancre, qui contient de nombreux spirochètes, aurait été contracté fin mars, à la foire de Leipzig. Excision, suture, nouvelle injection de Salvarsan de 0,60.

Les deux autres observations identiques semblent prouver que, dans certains cas traités énergiquement, la syphilis peut être jugulée d'un seul coup. Cette hypothèse n'est d'ailleurs exacte que sur un organisme indemne de syphilis.

## UROLOGIE

**Urétrites et uretérites chroniques causées par des amygdalites.** (Guy L. HUNNER, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1er avril 1911, analysé par GARDNER, dans *Gazette Méd. des Hôpitaux*. Août 1911.

Hunner ne veut point revenir aux anciennes théories qui reconnaissent une foule de causes variées aux urétrites; il reconnaît que la plupart des cas d'urétrite chronique granuleuse décrits autrefois sous le nom d'urétrite rhumatismale sont des reliquats de vieilles infections gonococciques; cependant, en ne considérant que la pratique gynécologique, on voit assez souvent chez des femmes vierges une urétrite persistante qui n'est certainement pas gonococcique, et où le tempérament rhumatisant joue certainement un rôle, car le traitement local devient beaucoup plus efficace si on y ajoute les salicylates.

En ce qui concerne l'amygdalite comme cause possible d'urétrite, le premier cas qui attira l'attention de l'auteur sur une relation causale est celui d'une femme de quarante-deux ans, rhumatisante, ayant une urétrite rebelle et chez qui toute application de nitrate d'argent était immédiatement suivie d'un mal de gorge avec rauçité de la voix durant juste autant que l'irritation locale due au nitrate. Les amygdales furent trouvées très malades; leur ablation fut suivie d'une guérison persistante alors qu'auparavant les rechutes se produisaient toutes les trois semaines. L'auteur relate cinq autres cas où le parallélisme entre la lésion urétrale et l'état des amygdales est frappant; il a encore cinq autres cas moins nets.

Il rapporte ensuite un cas analogue de rétrécissement de l'uretère où chaque tentative de cathétérisme était suivie de mal de gorge et rauçité de la voix. Enfin, un autre cas d'urétrite de même cause. Il y a bien des cas de rétrécissements de l'uretère que n'expliquent ni un calcul, ni la tuberculose, ni la blennorrhagie, ni une lésion du voisinage. Hunner pense que les infections et toxines d'origine amygdalienne doivent être prises en considération dans ces cas et l'examen dirigé dans ce sens. L'amygdalectomie totale et non partielle est indiquée.

---

**BIBLIOGRAPHIE**

**Æsculape**, grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Le numéro: 1 fr. Abonnement: 20 fr. avec prime de remboursement (Etranger: 25 fr.) ou 12 fr. sans prime (Etranger: 15 fr.). A. ROUZAUD, éditeur, 41, rue des Ecoles, Paris.

Sommaire du N° de septembre 1911. — *Un demi-fou de génie: Auguste Comte* (5 illustr.), par le Prof. Grasset (de Montpellier). — Son orgueil maladif; ses crises de folie; son amour profane pour Caroline Massin, son amour mystique pour Clotilde de Vaux; l'idée religieuse dans sa philosophie.

*Le docteur Villandre, chirurgien et peintre* (6 illustr.), par le Dr Ameuille. — La vaine caricature de Lucas-Championnière; un admirateur des belles formes et des jolies femmes; le peintre des salles de garde.

*Les Cagots* (7 illustr.), par le Dr H.-M. Fay. — Origine de ces parias; leur histoire tragique à travers les âges; une seule sculpture, reproduite ici, nous a transmis leurs traits.

*Les Zoophiles* (3 illustr.), par le Dr Filassier. — L'amour morbide pour les animaux (chats, fourmis, araignées, etc.). Caille-Pipi, Pierrot, etc.

*Saint-Lazare* (7 illustr.), par le Dr Laffont. — Le logis des Manon-Lescout modernes et des "mômes" du boulevard; leur vie; quelques portraits de pensionnaires, quelques esquisses de la demeure.

*La tristesse, la douleur et la mort dans l'oeuvre de Charles Cottet* (5 illustr.), par Paul Gsell. — Le grand critique d'art, ami de Rodin, nous dit la pensée constante de la mort dans l'âme bretonne. Cottet et la représentation de la mort. Cinq belles toiles émouvantes.

*Les causes déterminantes du sexe: peut-on avoir fille ou garçon à volonté?* (9 illustr.), par le Prof. Jules Regnault. — Croyances populaires: quelques procédés naïfs: la solution scientifique.

SUPPLEMENT. — *La foudre "en boule"*. — *L'art culinaire au moyen-âge*. — *Morale bernoise*. — *Quelques stations thermales jugées par Montaigne*. — *Les danseurs russes*. — *Bernard Palissy et le déboisement*. — *La délicatesse en amour*. — *Le premier congrès des races*. — *Mécanisme de la tentation chez les anachorètes*. — *Acide sulfureux et boudin noir*. — *Hygiène de la bouche au XVe siècle*. — *Les Allemands et la nouvelle Sorbonne*. — *La glycérine dans l'alimentation*. — *La médecine de jadis*. — *Haitiens anthropophages*. — *Illustrations (Grisette de Gavarni, Cheval préhistorique, les frères Mayo, Saint-Mary's Hospital, Crocodile sortant de l'oeuf, Femme nue)*.