

SUR LE DIAGNOSTIC DE LA PERFORATION AIGUE DES ULCERES DE L'ESTOMAC ET DU DUODENUM.

par le **Docteur Antonin BASSET** (de Paris),
Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

Parmi les affections abdominales aiguës graves, nécessitant une intervention aussi précoce que possible, les perforations aiguës en péritoine libre des ulcères de l'estomac et du duodénum sont au tout premier plan. Malgré l'accord unanime de tous, médecins et chirurgiens, sur cette vérité évidente; malgré aussi l'amélioration des résultats obtenus depuis quelques années dans le traitement de cette grave affection, il est certain qu'il y a encore des progrès à faire. Les résultats peuvent et doivent être encore améliorés.

Comme cela est si fréquent en médecine et en chirurgie, surtout pour les cas d'urgence, la question du diagnostic exact et précoce domine et commande tout le reste. Si nous perdons encore un trop grand nombre de malades c'est avant tout parce que trop souvent nous opérons trop tard. Or, le retard de l'intervention est presque uniquement dû à l'absence d'un diagnostic exact.

Il y a d'abord une notion capitale qu'il faut bien mettre en évidence. En présence d'un syndrome abdominal aigu, qui dans le cas particulier, présente presque toujours des caractères de gravité qu'on ne peut méconnaître, c'est une erreur lourde et désastreuse que d'attendre l'apparition des signes de la péritonite aiguë à sa période d'état. Certes, en présence d'un malade qui a de l'arrêt des matières et des gaz depuis vingt-quatre heures ou plus, un ventre météorisé, ballonné, un pouls rapide et filant, presque incomptable, des vomissements porracés, un facies plombé, des sueurs froides, une température tantôt très élevée, tantôt en hypothermie; le diagnostic de péritonite aiguë s'impose, mais alors il est souvent bien tard, sinon trop tard, pour que l'opération puisse sauver le malade.

Il est lamentable pour le chirurgien de se trouver en présence de pareils moribonds et de sentir la partie compromise ou perdue, alors que les faits prouvent qu'en intervenant précocement on a de grandes chances de la gagner.

Il faut donc faire le diagnostic de péritonite aiguë bien avant l'apparition des signes de la période d'état. Dans les cas qui nous occupent, un des plus précoces, et, certainement le plus important de beaucoup des signes de début, est la *contracture* que l'on peut constater de diverses manières. Le ventre, bien loin d'être ballonné est, dans les premières heures, plat, ou même

rétracté, et chez les sujets maigres on voit se dessiner la saillie des grands droits contracturés. La respiration abdominale est supprimée et on s'en rend compte de la façon suivante : on ordonne au malade couché à plat sur le dos de faire lentement des respirations aussi profondes que possible, et on regarde sa paroi abdominale de profil, à jour frisant. Outre que le malade a de la peine à inspirer profondément, le mouvement étant arrêté plus ou moins brusquement par la douleur, on constate l'absence du gonflement inspiratoire et de l'affaissement respiratoire de l'abdomen. La paroi, rigide, ne présente que de légères ondulations qui se transmettent de haut en bas ; la respiration prend le type thoracique pur.

Enfin *si on voit* la contracture *on la sent* encore mieux. Sous la main qui la palpe, la paroi est dure, tendre, et la moindre pression, en réveillant ou en exagérant la douleur, augmente encore la rigidité musculaire. Au début, cette contracture n'est pas généralisée. En tous cas elle est inégale, suivant les régions de l'abdomen. Je reviendrai plus loin sur ce caractère qui dans le cas qui nous occupe est de toute première importance.

Si à ce symptôme primordial s'ajoutent, comme c'est la règle, des douleurs abdominales vives, brusquement apparues, de l'arrêt complet des gaz depuis plusieurs heures, un facies de souffrance, des altérations du pouls, tantôt petit et filant, tantôt trop bondissant, il n'en faut pas davantage pour faire le diagnostic de péritonite aiguë, probablement par perforation, et pour poser l'indication d'une intervention chirurgicale immédiate.

Mais il ne faut pas se contenter de ce simple diagnostic ; il faut déterminer *la cause* de la péritonite, reconnaître qu'il s'agit d'une perforation aiguë d'un ulcère gastrique ou duodénal. La chose est possible, mais plus ou moins facile suivant les cas. On peut à cet égard envisager deux éventualités différentes. Il y a ou il n'y a pas d'antécédents gastriques ou dyspeptiques nets.

Dans le premier cas le diagnostic est facile. L'interrogatoire révèle des douleurs apparaissant plus ou moins tard après les repas, et calmées par l'ingestion d'aliments, du pyrosis, parfois des vomissements, des hémorragies : hématémèses ou melœna. Ces accidents peuvent d'ailleurs être plus ou moins anciens. Dans certains cas il y a longtemps que le sujet souffre de l'estomac et digère mal ; mais en l'absence d'accidents graves, il a négligé de se soigner. D'autres fois les accidents sont plus récents, plus aigus, le malade a maigri de façon notable. D'autres fois encore le sujet se sent atteint d'un ulcère pour lequel il a été ou est encore soigné.

Si dans ces conditions et, tantôt à l'occasion d'un effort, tantôt pendant un repas, au cours de la digestion, tantôt enfin sans cause apparente, le malade est pris brusquement dans la région épigastrique ou sous costale droite d'une douleur (avec parfois sensation de déchirure interne) extrê-

mement violente et même syncopale, pouvant s'accompagner de vomissements, l'attention du médecin est tout naturellement et aussitôt attirée vers l'organe antérieurement malade. L'exploration lui fait alors constater que les douleurs continuent, exprimées par les gémissements, le facies d'angoisse, l'attitude en chien de fusil, et la crainte de tout examen, que le ventre est rétracté, contracturé, dur comme du bois, d'abord et surtout au-dessus de l'ombélic, puis dans toute l'étendue de la paroi au fur et à mesure que le temps passe et que la douleur se généralise à tout l'abdomen.

Le rapprochement des renseignements fournis par l'interrogatoire et des constatations objectives impose pour ainsi dire le diagnostic de perforation aiguë de l'estomac ou du duodénum, et sans perdre un temps précieux à administrer à son malade de la morphine ou de l'opium, le médecin fait appel d'extrême urgence au chirurgien. Tels sont les cas faciles au point de vue du diagnostic, et favorables au point de vue chirurgical, la nature de l'affection étant reconnue et l'opération pratiquée dans les premières heures qui suivent l'apparition des accidents.

Il faut bien reconnaître qu'il n'en est pas toujours ainsi et que le diagnostic n'est pas toujours aussi facile à faire.

Les difficultés peuvent tenir à diverses causes. D'abord à l'absence des accidents dyspeptiques antérieurs, et plus souvent peut être à la méconnaissance de ces accidents, soit par le malade qui, parce qu'ils sont anciens, ou ont été légers, les a oubliés, ne leur attribue pas l'importance qu'ils méritent et néglige d'en parler à son médecin, soit par le médecin lui-même qui, parce qu'il ne pense pas à une péritonite par perforation, ne dirige pas son interrogatoire dans le sens des causes possibles, et en particulier gastriques ou duodénales, de perforation des viscères abdominaux. La douleur de début peut n'avoir pas été aussi soudaine et aussi violente que dans les cas typiques. Quant à son maximum spontané ou révélé par l'exploration de l'abdomen, il peut non seulement ne pas siéger à l'épigastre ou sous le foie, mais même se trouver ailleurs et en particulier dans la fosse iliaque droite.

Cela est surtout vrai au bout de quelques heures, lorsque le liquide épanché à travers la perforation a filé le long du misocolon transverse et du colon ascendant. Il n'est pas rare, alors, de trouver dans la région appendiculaire une douleur plus vive que dans la région susombilicale. Il faut se souvenir de cette éventualité pour ne pas se laisser égarer et pour se rappeler que la douleur et ses caractères (à part peut être ceux de la douleur tout à fait initiale), sont pour le diagnostic des éléments incertains et facilement trompeurs.

En pratique les erreurs de diagnostic sont fréquentes. Elles sont aussi très inégales en importance et en gravité. Les erreurs complètes, graves,

parfois fatales même, sont celles qui, méconnaissant non seulement la perforation mais même l'existence de la perforation au début, conduisent à un traitement symptomatique et à l'abstention opératoire jusqu'au moment où l'aggravation progressive de l'état du malade et la réunion des signes grossiers de la péritonite rendent le diagnostic évident. Mais, alors, je le répète, il est souvent trop tard pour intervenir, ou du moins les chances de guérison par l'intervention ont diminué dans des proportions considérables.

Beaucoup moins graves, quoiqu'encore regrettables, sont les demi-erreurs ou les diagnostics incomplets, dans lesquels la péritonite aiguë étant reconnue, on n'arrive pas à déterminer son origine, ou bien on l'attribue à une cause inexacte. Ici du moins la constatation de l'existence d'une péritonite aiguë conduit immédiatement à l'intervention chirurgicale qui permettra de rectifier l'erreur, de déterminer et de traiter la vraie cause de l'affection.

Les diverses erreurs de diagnostic sont d'une fréquence très inégale. Celle qui est de beaucoup le plus souvent commise est l'erreur avec l'*appendicite* aiguë perforante, alors que, chose curieuse, l'erreur inverse n'est pour ainsi dire jamais commise. La confusion est due à la fréquence plus grande de l'appendicite aiguë, et au fait, déjà signalé plus haut, qu'au bout de quelques heures et souvent assez vite, les douleurs spontanées et à la pression ont leur maximum dans la fosse iliaque droite. Or on peut, sinon toujours, du moins le plus souvent, éviter cette erreur, en ayant présentes à l'esprit les notions suivantes :

Dans l'appendicite aiguë la douleur est en général progressive et n'atteint son maximum d'intensité qu'au bout de quelques heures; elle est d'emblée localisée à la fosse iliaque droite où siègent également, dès le début, la contracture et l'hyperesthésie cutanée. Même si la réaction péritoniale tend à se généraliser, le maximum des signes objectifs reste dans la fosse iliaque droite.

Dans la perforation aiguë des ulcères de l'estomac et du duodénum la douleur est soudaine, brutale, immédiate; elle apparaît brusquement avec la perforation. D'autre part elle est d'emblée atroce, épouvantable; les malades se plient en deux, se tordent en criant, quelques-uns ont immédiatement une syncope suivie d'un état de choc qui peut se prolonger un certain temps. Au début la douleur spontanée et à la pression, ainsi que la contracture localisée, siègent toujours au-dessus de l'ombélic, tantôt à l'épigastre, tantôt dans la région sous costale droite. Un peu plus tard ces deux signes peuvent se désunir.

J'ai déjà dit que lorsqu'on examine le malade plusieurs heures après la perforation, il n'est pas rare de l'entendre se plaindre surtout de douleurs iliaques droites et de trouver là, en effet, avec de la contracture, le

maximum de douleur à la pression. Mais, et c'est là une notion capitale sur laquelle je ne saurais trop insister, c'est toujours au-dessus de l'ombélic, à l'épigastre ou à droite de celui-ci qu'est le *maximum de la contracture*, signe infiniment plus fidèle et de plus de valeur que la douleur.

Ailleurs et en particulier dans la fosse iliaque droite, la paroi peut être plus ou moins rigide, tendue; en regard de la perforation elle est *en bois*, et tellement dure qu'il est absolument impossible de la déprimer. Si le maximum de douleur à la pression et le maximum de contraction ne concordent pas, il faut toujours se baser sur cette dernière pour déterminer le siège de la lésion.

Il est encore d'autres éléments du diagnostic différentiel, en particulier du côté du pouls et de la température.

Pour l'appendicite ils sont beaucoup moins souvent dessinés, au début, que dans la perforation aiguë, et le plus souvent on constate au contraire que la température s'élève, et que le pouls s'accélère parallèlement.

Les autres erreurs sont moins souvent commises. On peut penser à la pancréatite aiguë hémorragique, qui se traduit par l'apparition soudaine d'une douleur effroyable, plus intense peut être encore que dans la perforation aiguë, douleur épigastrique avec irradiations dorsales, souvent suivie, comme dans la perforation, d'un état de choc avec collapsus plus ou moins persistant. Mais la pancréatite aiguë est beaucoup plus rare que la perforation; elle ressemble plutôt à une occlusion intestinale; elle ne s'accompagne pas de la contracture pariétale intense sur laquelle j'ai insisté.

Je n'insisterai pas longuement sur les erreurs possibles avec les diverses coliques, hépatique, néphrétique, saturnine. Ici encore, en dehors des antécédents différents, mais qui peuvent manquer, on se basera sur la contracture infiniment plus marquée, plus intense dans la péritonite par perforation, et on ne se laissera pas égarer par la douleur, signe trompeur, variable dans son intensité et dont les manifestations extérieures sont si différentes d'un sujet à l'autre.

Certaines affections thoraciques, pneumonie ou pleurésie diaphragmatique, peuvent au début de leur évolution, s'accompagner d'une violente douleur abdominale localisée avec contraction, et l'erreur peut être très difficile à éviter.

Pour tâcher d'être à peu près complet, quitte à être en même temps un peu théorique, je citerai encore la confusion possible avec les grands empoisonnements qui entraînent un état de choc—avec l'occlusion intestinale (vomissements plus précoces, plus fréquents, plus abondants, que dans la perforation ulcéreuse, arrêt immédiat et complet des gaz)—avec la rupture de grossesse tubaire qui s'accompagne de signes d'hémorragie,

et dans laquelle les signes addominaux sont, au début au moins, localisés au pelvis et à son voisinage,—avec la torsion ou la rupture des kystes de l'ovaire (douleur moins intense—signe de tumeur ou d'épanchement liquide dans l'abdomen)—avec les autres perforations adominales: perforation intestinale, perforation de la vésicule biliaire (erreur bien difficile à éviter en l'absence d'antécédents particuliers), rupture de pyosalpinx, etc.

Somme toute c'est la confusion avec l'appendicite aiguë grave, avec la perforation appendiculaire qui reste l'erreur type, classique, fréquente. J'ai suffisamment insisté sur elle pour n'avoir pas à y revenir ici.

Je voudrais encore envisager un dernier point. Dans les premières heures qui suivent le début de l'affection, c'est-à-dire avant la phase de péritonite généralisée, existe-t-il en dehors de la douleur brusque et extrêmement violente, et de la contraction invincible, un symptôme qui doive orienter le diagnostic plus spécialement vers la perforation aiguë d'un ulcère gastrique ou duodéal que vers toute autre lésion? Il est certain que la constatation d'un épanchement gazeux dans l'abdomen révélé par la diminution ou même la disparition de la matité hépatique prend ici une importance particulière mais aux conditions suivantes: il faut que ce signe soit noté dans les premières heures qui suivent la perforation. il faut que le ventre soit encore plat et qu'il n'y ait pas de météorisme, pas de ballonnement des anses intestinales. Observée plus tardivement, à la phase de péritonite confirmée, la disparition de la matité hépatique est liée à la distension paralytique de l'intestin et en particulier du côlon par les gaz (et non plus à la présence de gaz dans l'abdomen). C'est un signe de péritonite. Ce n'est plus un signe de perforation d'ulcère.

En terminant cette courte étude, je ne saurais mieux faire que de citer quelques chiffres. 95% des ulcères perforés non opérés meurent en 48 heures environ. Les opérés dans les 12 premières heures donnent 60 à 75% de guérison. Après 12 heures et jusqu'à 24 heures, ce pourcentage tombe à 40 ou 45%. Il tombe jusqu'à 10, 12 15% après 24 heures.

Personnellement, j'ai opéré, depuis la fin de 1919 jusqu'à ce jour, 15 ulcères perforés avec 3 morts (20% de mortalité). Ma statistique serait encore meilleure si j'avais pu opérer plus tôt plusieurs de mes malades. Le succès de l'opération est en cette matière lié avant tout à la précocité de l'intervention. Mais elle n'en peut être faite précocement qui si on a fait très tôt un diagnostic exact. Tout l'effort du clinicien doit être dirigé vers ce but.

A PROPOS D'INEGALITE PUPILLAIRE.

Dr Georges Grégoire,

Ass.-clinicien à l'Hôtel-Dieu.

Jusqu'à ces dernières années, l'inégalité pupillaire reconnaissait comme cause, dans 90 pour cent des cas, une affection syphilitique. C'est à Emile Sergent, Léon Bernard, et Massolongo que revient le mérite d'avoir attiré l'attention du corps médical sur la fausseté de cette opinion et d'avoir démontré les nombreuses causes qui en dehors de la syphilis peuvent produire l'inégalité pupillaire.

Parmi ces dernière, au premier rang, prennent place les affections pleuro-pulmonaires. On sait en effet que la pupille, enchassée dans l'iris, est sous la dépendance de deux ordres de muscles : les uns, innervés par le moteur oculaire commun, ont pour fonction de rétrécir la pupille (myosis), les autres innervés par les rameaux du sympathique dont le rôle est de dilater la pupille (mydriase). Pour bien comprendre les différentes variations dans le fonctionnement de la pupille, il faut bien connaître les reflexes auxquels elle est soumise :

1°—Réflexe à la lumière : La pupille se rétrécit sous l'influence de la lumière, elle s'élargit lorsque l'éclairage diminue ;

2°—Réflexe à l'accommodation : Dans la vision rapprochée la pupille se contracte, elle se dilate au contraire dans la vision éloignée.

Le réflexe lumineux est dit consensuel, lorsqu'il se produit sur un oeil non éclairé, alors que l'autre oeil est soumis à l'influence de la lumière.

Emile Sergent, dans ses "Études cliniques", consacre un article sur l'inégalité pupillaire duquel nous empruntons ici des données générales. Pour lui, les affections qui peuvent produire une inégalité pupillaire se divisent en deux grandes classes : Celles qui s'accompagnent d'altérations des réflexes ; celles qui ne s'accompagnent d'aucune altération de ces réflexes. Il est bien évident que parmi les premières se place la syphilis. On connaît le signe d'Argyle, Robertson où le réflexe à la lumière est aboli avec conservation du réflexe à l'accommodation. Mais encore ici la syphilis n'est pas la cause unique de l'inégalité pupillaire. La cécité unilatérale en est un exemple.

Autrement plus intéressante est l'inégalité pupillaire sans altération des réflexes. Cette variété reconnaît plusieurs causes qu'on peut ranger sous deux chefs principaux : (Sergent) celles qui touchent une partie constituante du globe oculaire, celles qui dépendent d'un trouble portant sur les nerfs moteurs de la pupille.

Parmi les premiers se placent les causes qui produisent la cataracte, la kératite, etc., et parmi les secondes toutes celles qui lèsent en un endroit quelconque de leur trajet le moteur oculaire commun et le sympathique; pour le premier les tumeurs de la base du crâne et de l'orbite, les méningites; pour le second les affections du cou, ou du thorax comme les anévrysmes, les tumeurs du médiastin et les maladies pleuro-pulmonaires.

Quelles sont les affections du poumon dans lesquelles on rencontre l'inégalité pupillaire? Parmi les affections aiguës il faut noter la pneumonie et la pleurésie franche; parmi les maladies chroniques c'est surtout la tuberculose et principalement la tuberculose du sommet accompagnée de réaction pleurale.

Évidemment tous les malades atteints d'une affection pleuro-pulmonaire ne sont pas appelés à présenter de l'inégalité pupillaire. Mais leur proportion est plus considérable que l'on ne le croit généralement. D'ailleurs des statistiques de gens versés dans cette spécialité le prouvent bien. Massolongo a trouvé qu'on la constatait dans environ 30% des cas de maladies pleuro-pulmonaire. Pour Emile Sergent le pourcentage est encore plus grand; sa statistique est de 58%. Pour nous qui fréquentons le dispensaire anti-tuberculeux de Québec depuis quelques années, nous avons tellement été frappés du grand nombre de malades présentant ce signe que nous l'avons recherché systématiquement depuis quelque temps. Ainsi à une séance du jeudi après-midi sur 25 petits malades examinés par nous, 15 présentaient des signes évidents d'adénopathie trahéo-bronchique. De ces 15 enfants 6 présentaient de l'inégalité pupillaire.

A deux consultations du mercredi soir sur 18 malades avec des lésions, plus ou moins avancées des sommets du poumons 5 avaient de l'inégalité pupillaire. Ce sont là des constatations qui prouvent la fréquence de l'inégalité pupillaire en dehors de la syphilis.

Ici se pose une question: Quel est le mécanisme de la production de l'inégalité pupillaire dans les affections du poumon? Plusieurs théories peuvent l'expliquer. La plus accréditée est la théorie anatomique. On sait en effet que les filets pupillo-dilatateurs passent par les rameaux communicants du premier nerf dorsal pour se rendre au premier ganglion thoracique et de là au troisième ganglion cervical inférieur du sympathique. De là le tronc sympathique s'élève de chaque côté du cou et monte vers l'encéphale. De plus les 3e, 4e, 5e, 6e paires dorsales passent par les rameaux communicants, correspondants, portant les filets du sympathique qui sont destinés aux vaso-moteurs de la face et de d'oreille.

On comprend maintenant qu'une lésion du sommet des poumons pourra soit exciter, soit détruire les filets du sympathique destinés à la pupille, et produire suivant le cas du mydriase ou du myosis. Si le 1er ganglion

thoracique vient à être touché on aura le syndrome oculo-palpébral si bien étudié par Madame Dégérine : myosis et diminution de la fente palpébrale. Enfin si le tronc du sympathique est lésé on constatera des troubles vasomoteurs de la face et de l'oreille. C'est l'explication de la pommette rouge du tuberculeux.

Une autre théorie importante aussi est la théorie toxi infectieuse. D'après cette manière de voir l'infection tuberculeuse développerait un poison capable d'inhiber les centres bulbiaires des mouvements pupillaires et de produire soit du mydriase, soit du myosis.

Ces deux théories ont chacune leur valeur et contribuent à expliquer scientifiquement un symptôme de premier ordre.

De cette étude il se dégage quelques conclusions :

L'inégalité pupillaire n'est pas due exclusivement à la syphilis ; elle se rencontre dans un certain nombre de maladies et principalement dans les affections du sommet du poumon. En présence d'un malade présentant ce symptôme il ne faut pas se hâter de diagnostiquer une affection syphilitique, mais plutôt faire un examen attentif de son malade pour en connaître la véritable cause et le traiter comme il convient.

Georges Grégoire

UN SIGNE DE MORT PROCHAINE CHEZ LE PHTISIQUE.

On connaît un syndrome qui annonce que la mort est imminente, quel que soit le processus où s'achève l'évolution. C'est la *mélagie* décrite par Beau. "Examinez, dit-il, un phtisique arrivé à la troisième période, dans un état de consommation avancée, dévoré par la fièvre : il est bien rare que par la pression vous ne déterminiez pas au-dessus du genou une douleur extrêmement vive. La pression exercée le long de la cuisse, en partant de l'aîne, sera d'abord bien supportée ; mais aussitôt que vous passerez au-dessus du genou, le malade ne pourra retenir un geste ou un cri de douleur".

Beau admit d'abord qu'il s'agissait d'arthralgie ; mais il reconnut bientôt que la douleur peut siéger sur toute l'étendue du membre, qu'il est impossible de la localiser dans aucun tissu et lui donne le nom vague de *mélagie*. Elle résulte certainement de ces amyotrophies et de ces anévrotrophies dont je viens de parler et qui attestent que la cellule musculaire et la cellule nerveuse commencent à céder elles-mêmes.

La *mélagie* est un signe avant-coureur de la mort dans la phtisie, comme dans toute cachexie, aiguë ou chronique. Elle est l'*ultimum dolens* dans toute maladie résultant de la déchéance progressive de l'organisme.

LES TROUBLES MENTAUX DANS LA TÉTANIE.

L'on sait que la tétanie est cet état caractérisé par des contractures douloureuses survenant par accès et occupant surtout les extrémités.

Ce que l'on ne savait pas jusque dernièrement, c'est que cette névrose convulsive était accompagnée de certaines anomalies psychiques. L'opinion classique, autrefois, faisait de l'absence de ces troubles mentaux un caractère essentiel de cette affection.

Aujourd'hui, il faut en revenir. Grâce à une meilleure observation, il faut reconnaître que cette maladie se complique assez souvent de phénomènes psychiques.

Dans la grande enfance, ces troubles peuvent prendre le caractère d'obsession ou de phobie. Le Dr Lemaire rapporte l'observation d'un de ces petits qui, de peur d'être empoisonné, refusait tout aliment. Un autre avait des attaques de somnambulisme. Un troisième avait des troubles de l'émotivité qui se traduisaient par du bégaiement.

Chez les enfants plus jeunes, de 15 mois à 3 ans, on rencontre plutôt des troubles de l'émotivité, comme la colère, la peur, des hallucinations. La colère est telle quelquefois que l'enfant est en état de pâmoison, il y a de l'apnée ou du spasme de la glotte. Cette crise s'accompagne quelquefois d'actes agressifs; ces enfants mordent, frappent leur entourage, ou brisent des objets.

Les enfants atteints de tétanie sont fréquemment des hyperémotifs. Ils sursautent au moindre bruit.

Quant à leurs hallucinations, ces enfants croient voir, durant le jour, des animaux se jeter sur eux. Ils poussent alors des cris d'effroi et cherchent refuge dans les jupes de leurs mères.

Durant le sommeil, ces enfants sont sujets aux terreurs nocturnes.

Nous avons vu enfin un petit sujet de 2 ans, atteint de tétanie, souffrant d'anorexie.

C'est de la mère que nous tenons ces renseignements; c'est elle qui vous dira par exemple que, en dehors de ces crises qui s'accompagnent assez souvent de spasme de la glotte, de convulsions généralisées ou partielles, son enfant est bon, docile, et se développe normalement; quelquefois son développement psychique est même supérieur à la normale. Ce n'est qu'au cours de ces crises de tétanie qu'il souffre de troubles mentaux.

Que faut-il faire en face de la tétanie ainsi compliquée? En même temps qu'on s'occupera de corriger les troubles de l'estomac et à établir le régime alimentaire suivant l'âge, on administrera du chlorure de calcium

à la dose de 15 centigrammes à 2, 3 et même 4 grammes par jour, et aussi de l'huile de foie de morue phosphorée. Sous l'influence de cette médication, reconnue classique, l'on verra disparaître les troubles de l'émotivité et du caractère, en même temps que les contractures et les convulsions.

Il faut en pratique toujours rechercher les signes de tétanie chez les enfants de la première ou de la seconde enfance, dont le caractère s'est rapidement modifié, est devenu irritable, colère, indocile, et dont le sommeil est tourmenté par des terreurs nocturnes. L'application du traitement classique par le chlorure de calcium et l'huile de foie de morue, amènera une sédation rapide et une guérison des troubles psychiques.

N.B.—D'ordinaire l'amélioration a lieu dans les quinze jours qui suivent le début du traitement. Il est quelquefois nécessaire de prolonger ce traitement, et surtout de le reprendre, lorsqu'il y a de nouvelles rechutes de la maladie.

Voici une observation typique, rapportée par le Dr Henri Lemaire, dans le "Bulletin de la Soc. de Pédiatrie" de Paris, (janvier et février 1923) :

Robert: 2½ ans.—A l'âge de 11 mois convulsions à plusieurs reprises, survenues sans cause apparente.

Lors de notre premier examen, l'enfant, qui avait 2½ ans, ne présentait aucun stigmate d'hérédo-syphilis. Aucune lésion viscérale, fonctions digestives toujours normales; élevé au sein. Il nous est amené pour de nouvelles convulsions, en apparence essentielles, et pour des modifications de caractère toutes récentes. De souple et docile qu'il était auparavant, il est devenu *colère, rageur et violent*; il a mordu les personnes qui lui déplaisaient, en particulier le médecin qui venait soigner sa mère. Au cours de ses colères, il brise les objets qu'il peut atteindre ou les lance par la fenêtre; mu par un esprit de destruction, il se servait d'une baguette pour mieux détruire les objets hors de sa portée. Quand le couvert était mis il tirait la nappe pour casser toute la vaisselle.

L'existence de *signe de Chvostek* nous fit rattacher les convulsions et ces troubles de l'état mental à la tétanie. Le traitement par le chlorure de calcium et l'huile phasphorée qui fut appliqué durant trois mois amena rapidement une amélioration manifeste qui conduisit peu à peu à une guérison complète des troubles mentaux.

Qu'est-ce donc que le signe de Chvostek? Voici. Lorsque, chez un enfant bien portant, on percute légèrement un nerf ou un muscle, on ne provoque aucune réaction appréciable. Il en va tout autrement dans la tétanie, où l'excitabilité des nerfs et des muscles est nettement exagérée.

La percussion des différents nerfs (facial, péronier, radial), effectuée en certains points, dits excito-moteurs, et de certains muscles (biceps, triceps, péroniers latéraux) détermine immédiatement une contraction.

De ces manifestations, la plus importante est celle que l'on désigne, d'après l'auteur, qui l'a le premier décrite, sous le nom de signe de Chvostek.

Le Signe de Chvostek n'est autre que la mise en évidence, au niveau du facial, de cette excitabilité mécanique que nous venons de décrire. Aussi l'appelle-t-on encore signe du facial, phénomène du facial. Comme il est facile à constater, c'est lui qu'on recherche dès l'abord, toutes les fois que l'on soupçonne une tétanie.

Pour le provoquer, on gratte légèrement avec le doigt ou, mieux encore, on frappe avec le marteau à percussion, sur le milieu d'une ligne allant de l'apophyse zygomatique à la commissure labiale; on voit alors se contracter brusquement les divers peauciers de la face innervés par les branches correspondantes du facial. L'hyperexcitabilité mécanique est-elle médiocre, les contractions se cantonnent à la commissure labiale. Atteint-elle, au contraire, un degré extrême, il suffit d'un simple frolement du doigt pour déterminer une contraction de toute la moitié de la face.

Veut-on encore s'assurer que la maladie, dont souffre votre malade, est bien de forme tétanique, il suffit de provoquer le phénomène de Trousseau. En quoi consiste-il? Il consiste à provoquer des accès de contraction, alors même que les malades en seraient quittes depuis 24, 36, 48, 72 heures et même davantage. Il suffit pour cela "d'exercer une compression sur les muscles affectés, soit sur le trajet des principaux cordons nerveux qui s'y rendent, soit sur les vaisseaux, de façon à gêner la circulation artérielle ou veineuse".

C'est là le phénomène de Trousseau que l'on peut provoquer, soit en appliquant une bande assez serrée sur le bras, comme pour une saignée, soit en comprimant le plexus brachial au-dessus de la clavicule. Au bout de 3 à 4 minutes, le pouls devient insensible, le membre pâlit, et, après quelques secousses athétosiques, la main prend l'attitude caractéristique. D'habitude, la contracture dure tant qu'on laisse la bande en place, pour disparaître immédiatement après. Parfois, elle envahit les parties symétriques du membre opposé, et alors elle se généralise plus ou moins complètement. On peut déterminer, aux membres inférieurs, un phénomène analogue en comprimant, soit l'arcade crurale, soit le nerf sciatique.

A. J.

SIGNES D'HEREDO-SYPHILIS CHEZ LE NOURRISSON.

Le diagnostic d'hérédo-syphilis, est posé le plus souvent sur l'existence d'un ou de plusieurs signes de certitude. Par signes de certitude nous entendons ceux que le professeur Marfan donne comme tels: les accidents cutanés muqueux, le coryza spécifique, la maladie de Parrot et la splénomégalie dont la valeur séméiologique est indiscutable dans les premières semaines si l'enfant n'est ni tuberculeux, ni impaludé (cette augmentation du volume de la rate nous a semblé être un signe de syphilis de seconde génération).

Enfin il convient d'ajouter à ces signes de certitude une réaction positive de Bordet-Wassermann.

Dans une école de puériculture à Paris, sur 1000 nourrissons observés durant l'année 1920, 190 présentaient des stigmates d'hérédo-syphilis, soit une proportion de 19 p. 100.

Les Docteurs H. Lemaire et R. David, qui dirigent cette école de puériculture, présentent dans le tableau suivant, l'ensemble des signes de *probabilité* avec leur fréquence relative.

	Cas	%
Accouchement avant terme	23	12
Avortements	6	3
Morts - nés	3	1½
Grossesses gémellaires univitellines	3	1½
Débilité congénitale	70	35
Rachitisme précoce, cranio-tabès	66	33
Développement exagéré de la circulation épicroanienne	17	9
11 BULLETIN MEDICAL		
Polymicroadénopathie	44	22
Ganglions épitrochléens bilatéraux	16	8
Vomissements habituels	59	30
Athrepsie ou hypothrepsie au cours de l'allaitement au sein ou de l'allaitement mixte	13	7
Anémie avec splénomégalie	8	4
Ictère des nouveaux-nés à évolution prolongée	14	7
Hépatomégalie avec induration du foie.....	16	8
Convulsions essentielles	9	5
Cris nocturnes, signe de Sisto	9	5
Hydrocéphalie	4	2
Strabisme convergent congénital	9	5

Hydrocèle enkystée unilatérale avec induration testiculaire consécutive	9	5
Retard de développement physique et psychique	1	½
Polyonyxis	2	1
Mongolisme	4	2
Hypertrophie du thymus	1	½
Maladie de Roger	2	1

Pour poser le diagnostic de syphilis, l'existence d'un seul de ces signes de probabilité ne suffit pas; il faut l'association de plusieurs de ces signes.

FORMULAIRE

Hoquet persistant guéri par l'application de pointes de feu.—Chez une jeune fille d'apparence robuste et sans tare nerveuse appréciable, qui depuis cinq jours souffrait d'un hoquet intense et bruyant, M. le docteur P. Zuccarelli (de Bastia), après avoir employé en vain divers moyens thérapeutiques, entre autres les injections de morphine, obtint la cessation instantanée du spasme par l'application de pointes de feu sur le thorax, au niveau des insertions du diaphragme. Six mois après, le hoquet récidiva, mais céda tout aussi rapidement à une nouvelle application de pointes de feu au niveau du thorax et de la région cervicale, sur le trajet du nerf phrénique. Depuis lors, la patiente n'a plus présenté de récurrence du spasme. Quel que soit le mécanisme suivant lequel ont agi dans ce cas les pointes de feu (inhibition réflexe ou simple suggestion), le fait de leur influence heureuse n'en demeure pas moins incontestable.

* * *

Hoquet à la suite de la toux.—Tabac à priser jusqu'à éternuement.

* * *

Mixture antiasthmatique.—M. Clymey):

Teinture d'opium4 grammes

Ether sulfurique8 grammes

Mélez, — Prendre cinquante gouttes de cette mixture toutes les demi-heures jusqu'à ce que la crise se soit suffisamment amendée.

* * *

Diarrhées des tuberculeux et des cachectiques:

Phosphate de chaux10 grammes

Tannin1 à 2 grammes

Mélez et divisez en 20 cachets.

Dose: 4 à 6 cachets par jour.

CONSEILS A PROPOS DES DYSPEPTIQUES.

Les alcalins jouent un grand rôle dans le traitement des dyspepsies. Le bicarbonate de soude est le type des alcalins. Malgré les opinions contradictoires émises à son sujet, on admet généralement que le bicarbonate de soude, à petites doses, $\frac{1}{2}$ à 1 gramme, pris avant les repas produit une action excitante de la sécrétion gastrique; les fortes doses de bicarbonate de soude pris pendant et après les repas, produisent une action dépressive.

Chez les hypopeptiques le médicament doit être prescrit avant les repas, 15 à 30 minutes, pour que les aliments ne pénètrent dans l'estomac qu'au moment de l'excitation sécrétoire.

Par contre chez les hyperchlorhydriques, où il s'agit de supprimer les phénomènes douloureux dûs au contact avec la muqueuse d'un suc gastrique trop acide, le médicament doit être pris au cours de la digestion. Pour avoir cette action chimique neutralisante, on est quelquefois obligé d'avoir recours à de fortes doses (10 à 15 grammes) pour calmer les souffrances du malade.

Toutefois cette quantité d'alcalins ne se donne que par doses fractionnées (1 à 2 grammes), à une demi heure ou une heure d'intervalle, afin de prévenir l'action excitante qui ne manquerait de se produire à la suite d'une forte dose unique.

Si les douleurs sont tardives, i-e, 4 ou 5 heures après le repas, il est indiqué d'administrer à ce moment une forte dose de bicarbonate de soude, soit seule, soit associée à la craie, à la magnésie, au sous-nitrate de bismuth.

Le traitement alcalin ne doit pas être prolongé au delà de 3 à 4 semaines. Il finit par ne plus produire l'effet désiré; alors on est exposé à augmenter les doses et à produire de l'excitation gastrique. Après un repos d'une égale durée, on pourra reprendre ce médicament s'il y a lieu.

N.B.—Il est bon de se rappeler que les alcalins sont nuisibles aux concréteux, ainsi que chez certains brightiques, parce que les fortes doses favorisent la rétention chlorurée et par suite les oedèmes.

* * *

A côté des alcalins, il faut citer le *sous-nitrate de bismuth*. On l'emploie avec grand succès, à fortes doses (10 à 20 grammes) absorbées en une ou plusieurs fois, dans les cas d'ulcère et d'hyperchlorhydrie sans ulcère. Le bismuth constitue le meilleur sédatif des douleurs dans ces cas. D'ailleurs l'action calmante du bismuth n'est pas limitée aux seules douleurs des hyperchlorhydriques et des ulcéreux; il calme les douleurs des cancéreux. En somme le *sous-nitrate de bismuth* est le médicament par excellence des douleurs gastriques d'origine périphérique tandis que celles d'origine centrale échappent le plus souvent à son action. (Hayem).

D'autre part, le sous-nitrate de bismuth agit sur la plupart des phénomènes réflexes: spasmes, vomissements, sialorrhée, aérophagie, éructations.

Il est bon de savoir que bismuth n'agit qu'aux doses indiquées, et que son administration n'est suivie d'aucun effet fâcheux dans l'immense majorité des cas: ainsi, M. Mathieu rapporte l'observation d'une personne qui avait pris 1600 grammes de sous-nitrate de bismuth en 80 jours, sans en ressentir le moindre inconvénient.

En employant le *carbonate de bismuth*, on évite sûrement l'intoxication due aux nitrites, résultat de la décomposition des sous-nitrate, chose qui arrive exceptionnellement, va sans dire.

Le meilleur mode d'administration du bismuth semble consister dans l'ingestion, le matin à jeun, d'une dose de 10 grammes, et d'une autre dose de 10 grammes, le soir au coucher, afin de prévenir les douleurs nocturnes.

* * *

A propos de l'acide chlorhydrique, il est bon de savoir que cet acide exerce une action antiseptique énergique et que M. Bouchard l'a prescrit dans les cas de dilatation gastrique pour réaliser l'antiseptie du milieu.

Cet acide constitue un excellent moyen de traitement de la diarrhée chronique liée à l'achylie gastrique.

* * *

Dans les cas d'hyperpepsie, avec dilatation sans atonie de l'estomac, la formule suivante de Bourget rendra des services:

Bicarbonate de soude	8 grammes
Phosphate de soude sec	4 grammes
Sulfate de soude	2 grammes

A faire dissoudre dans un litre d'eau bouillie. *Dose*: un verre à vin, tiédi, une demi-heure avant chaque repas. Cette médication active l'évacuation chez les hyperpeptiques, calme les malaises douloureux, combat la constipation et semble agir comme stimulant nervin.

Dans les cas d'hypo-pepsie, la prescription suivante serait indiquée:

Eau distillée	un litre
Chlorure de sodium	5 grammes
Phosphate de soude	3 grammes

Une heure avant déjeuner prendre 6 à 8 onces de cette préparation, en une seule fois. Elle convient encore un fois dans les cas d'hypo-pepsie intense ou d'apepsie. Elle convient particulièrement aux sujets débilités.

Dans ces cas la cure peut être prolongée jusqu'à 5 à 6 semaines.

* * *

Que faut-il penser des amers? Du bien et du mal. Suivant certains auteurs, notamment Joworski, les résultats de leurs expériences sont contradictoires. Cependant l'on semble s'accorder pour admettre que les

amers sont contre-indiqués dans l'hyperpepsie, où l'on doit chercher à modérer l'excitation du processus digestif.

On reconnaît aussi que la noix vomique et surtout la strychnine rendent réellement des services dans les cas d'hypo-pepsie et d'atonie gastrique.

On reconnaît aussi à l'épéca, à faible dose, la même action excitomotrice, et on le recommande dans l'hypo-pepsie avec atonie gastrique, flatulence. Une bonne formule alors serait la suivante :

Teinture d'épéca	} à 15 grammes
Teinture de colombo	
Teinture de gentiane	

Dose : 20 à 30 gouttes après les repas, en 2 ou 3 fois, à une demi-heure d'intervalle, dans un peu d'eau.

Dans le cas de dyspepsie flatulente, une formule qui m'a généralement donné des résultats très satisfaisants est la suivante :

Teinture de noix vomique	4 grammes
Acide nitro-muriatique dil.	8 "
Esprit de chloroforme	4 "
Infusion de gentiane	125 "

Dose : Une cuillerée à soupe, dans un petit verre d'eau, après chaque repas.

* * *

Que faut-il penser des ferments digestifs? Pendant longtemps, avec les alcalins et les acides, ils ont constitué tout l'arsenal thérapeutique des dyspeptiques. Lorsque Corvisart introduisit la pepsine en thérapeutique, ce fut presque un cri d'enthousiasme. "Avec la pepsine maintenant, disait-on, on peut se passer d'estomac". Hélas! On est revenu de cet emballement comme de bien d'autres.

On accorde cependant à la maltine un certain pouvoir de soulager certains malades hyperchlorhydriques, chez qui la digestion des amylacés est entravée par suite de la présence constante de l'acide chlorhydrique dans le liquide stomacal. La maltine peut favoriser leur digestion, car elle peut exercer ses propriétés saccharifiantes dans l'estomac. Seulement il ne faut pas hésiter à prescrire 1 à 2 grammes par jour de cette substance ; chaque dose sera prise une demi-heure après les repas. On peut l'associer au bicarbonate de soude.

La pepsine se prescrit soit seule, soit associée avec l'acide chlorhydrique, mais jamais avec un alcalin. La dose est de $\frac{1}{2}$ à 1 gramme. On doit aussi éviter de l'associer à la maltine et à la pancréatine ; ces deux dernières substances étant détruites par la pepsine.

La pancréatine rend aussi des services chez les apeptiques qui vident facilement leur estomac, et donnant à l'intestin un surcroît de travail. Comme la pancréatine est détruite dans l'estomac par la pepsine, il faut l'enrober dans des capsules.

Reste la papaïne, ferment digestif végétal que l'on donne à la dose de 5 à 10 centigrammes.

A. J.

LE MIEL

Le miel constitue une excellente nourriture. M.M. Graudeau et Coulon ont fait des études sur la valeur nutritive du miel, et l'ont classé comme un puissant réparateur des forces. Ils estiment qu'un kilo de miel équivaut à 3½ kilos de viande ou 12 kilos de légumes verts. C'est une source d'énergie de grande valeur. Sa composition est du sucre qui contient de la chaux, du fer, de l'acide formique. C'est donc un générateur de forces physiques, calmant, adoucissant et par dessus tout : naturel.

Le miel est non seulement un aliment, mais c'est aussi un médicament. Ses applications thérapeutiques sont nombreuses.

Additionné de borax ou d'alun, il guérit les aphtes et le muguet.

On guérit l'amygdalite en se gargarisant d'eau chaude fortement mielée dans laquelle on a mis une pincée d'alun.

Le miel a des propriétés laxatives; on le recommande souvent en médecine infantile. Chez les constipés on le recommande d'autant plus volontiers que c'est un médicament toujours inoffensif et très souvent efficace.

On le recommande encore dans les catarrhes légers des voies aériennes supérieures: rhume, enrouement, maux de gorge, bronchite légère. La préparation suivante est excellente:

Miel	4 livres
Eau	1 chopine

On mélange; on fait chauffer au bain-marie pour écumage. Puis on ajoute de l'essence d'eucalyptus, 1 à 2 grammes.

Dose: Une cuillerée à bouche, 3 à 4 fois *in die*.

L'inflammation des yeux ne résiste pas à quelques gouttes d'eau mielée, versées plusieurs fois par jour sous la paupière.

Avez-vous des crevasses, des gerçures, frottez-vous le soir avec du miel, mettez des gants; le lendemain vous serez guéri.

Sans doute le miel n'est pas cette panacée qui guérit de tous maux; mais c'est un remède populaire, autrement dit, un petit moyen qui produit de grands effets.

A PROPOS DE PITUITRINE ET DE L'ERGOT.

Dans *Le Concours Médical* (19 mai 1923), le Dr H. Roulland définit la place qui revient, en pratique, à l'hypophyse et à l'ergot de seigle.

L'extr. hypophysaire a une action élective sur la fibre musculaire de l'utérus : il renforce la contractilité de cet organe, mais *est incapable de la provoquer à lui seul*. Impuissant donc à déclencher le travail chez la femme enceinte, l'extr. hypophysaire renforcera les contractions au cours de l'accouchement ; il augmentera le tonus utérin dans les suites de couches.

L'extr. hypophysaire ne devra être employé que dans les *cas purs* d'insuffisance de contraction utérine. Il faut entendre, par des cas purs, ceux dans lesquels on ne rencontre à aucun moment du travail des contractions utérines bien caractérisées ou frustes (hypertomie).

Il faut, en outre, n'employer l'hypophyse que dans les bassins normaux, lorsque la tête, profondément engagée, ne rencontre pas d'obstacle.

C'est à la fin de la dilatation, et au cours de la période d'expulsion que l'hypophyse semble avoir son maximum d'utilisation.

On proscrira l'hypophyse dans les bassins rétrécis, les rigidités du col, les tumeurs pelviennes, les utérus césarisés antérieurement. On l'évitera également chez les brightiques, les albuminuriques, les cardiaques, les hypertendus, les tuberculeuses.

Les doses seront moins élevées chez les primipares que chez les multipares, $\frac{1}{2}$ à 1 cmc. Ne pas renouveler l'injection chez les primipares, autant que possible. Si les contractions sont trop violentes, on administrera du chloroforme ou un antispasmodique.

* * *

L'ergot de seigle, médicament très actif, a sur la fibre utérine une action durable et puissante. La contraction se prolonge plus longtemps sous l'influence de l'ergot de seigle que sous celle de l'hypophyse. Proscription absolue au cours du travail, où il risque d'amener une *contracture utérine*.

En obstétrique, il trouve ses indications : dans les hémorragies de la délivrance, à condition qu'on soit sûr de la délivrance complète ; dans les inerties qui suivent certains accouchements ; dans les cas d'utérus mou avec rétention ; dans les suites de couches ; dans la césarienne, c'est le médicament de choix pour déterminer une contraction rapide et arrêter l'hémorragie.

En gynécologie, l'ergot de seigle s'emploie dans toute hémorragie utérine. Il est vaso-constricteur et hypotenseur.

Si la tension artérielle est élevée, comme à la puberté et à la ménopause, il vaut mieux avoir recours à l'opothérapie (hypophyse).

Ses véritables indications seront: les hémorragies, les métrites, les fibromes (en attendant le traitement opératoire), les métrorragies nerveuses, par déviation utérine, ou annexites chroniques.

Sous quelles formes et à quelles doses l'employer? Les anciens employaient l'ergot de seigle fraîchement pulvérisé. Aujourd'hui, on utilise les principes actifs de l'ergot. ❧

(*Revue fr. de Gyn. et d'Obst.*, 10 mars, 1924).

Dans la *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique* (10 mai 1924), le Dr A. Van Cauwenberghe, professeur à la maternité de Gand, entr'autres choses, dit ce que suit au sujet de la pituitrine:

“Une autre fois, ce fut un accès d'éclampsie qui suivit, après un intervalle de plusieurs heures, il est vrai, l'injection de pituitrine. Ce ne fut pas la contraction utérine qui provoqua l'accès mais, à mon avis la perte insuffisante de sang, conséquence indirecte de l'injection. Il s'agissait d'une multipare qui avait eu à ses autres accouchements des troubles de l'estomac et du foie, très considérables, mais aussi des pertes de sang importantes. Cette fois, afin de hâter la délivrance, je fis une injection de pituitrine qui eût pour effet, outre l'expulsion rapide de l'enfant, de supprimer en quelque sorte toute perte de sang pendant 48 heures. Je me crois autorisée à admettre que cette parturiente avait été chaque fois en imminence d'éclampsie, mais avait été sauvée par la saignée naturelle, tandis que la dernière fois cette planche de salut lui avait été supprimée. J'ai assisté à deux autres cas semblables pour lesquels j'avais été appelé en consultation et où le médecin traitant avait eu recours à la pituitrine.

Je suis un adversaire absolu de l'emploi de la pituitrine dans tous les cas où, pour un motif quelconque, l'éclosion d'un accès éclamptique est à craindre.

N.B.—Les extraits hypophysaires, qui ont suscité un enthousiasme exagéré au moment de leur apparition dans la thérapeutique obstétricale, ont déjà vu leurs indications diminuer peu à peu; actuellement ils sont soumis à une critique assez sévère; ils subissent à peu près les mêmes vicissitudes que jadis l'ergot de seigle, et peut-être, comme ce dernier, avec lequel ils ont beaucoup de ressemblance, seront-ils un jour proscrit pendant le travail de l'accouchement.

(V. Cathala-accoucheur des hôpitaux de Paris).

TRATEIMENT DE CERTAINS TROUBLES DIGESTIFS DE L'ENFANCE PAR L'IPECA A PETITES DOSES.

L'ipéca, à petites doses, possède des propriétés cholagogues ; et c'est à ce titre que Rousseau-Saint-Philippe l'a employé pour traiter certains troubles digestifs chroniques de la seconde enfance, et aussi pour combattre chez les nourrissons, les défauts de l'allaitement artificiel.

L'auteur utilise ce traitement depuis plusieurs années et en a obtenu d'excellents résultats.

Les troubles digestifs chroniques de la seconde enfance, justifiables de cette méthode, représentent un type classique très fréquemment rencontré. Il s'agit ordinairement d'un enfant au teint pâle, aux yeux cernés, manquant d'entrain, dormant mal, sujet aux cauchemars. L'appétit est capricieux, la langue fréquemment saburrale, l'haleine souvent forte, à odeur d'acétone ; il y a le plus souvent, de la constipation avec selles craqueuses, décolorées, quelques fois de la diarrhée. La peau est flasque, l'abdomen ballonné, le foie presque toujours augmenté de volume et sensible. C'est manifestement l'insuffisance hépatique qui domine la scène, par insuffisance de la sécrétion biliaire. Cette déficience de la sécrétion biliaire entrave l'activité des diastases pancréatiques, compromet la bonne émulsion des graisses, favorise les putréfactions intestinales et on s'explique les troubles digestifs décrits plus haut et les troubles de la nutrition qui en sont la conséquence.

L'ipéca, à petites doses, amène l'hypersécrétion de toutes les glandes digestives, et principalement l'hypersécrétion biliaire, et, sous son influence, on voit la langue se dépouiller, l'appétit reparaitre, les fonctions intestinales se rétablir, en même temps que l'état général du petit malade se transforme.

L'auteur recommande *la teinture d'ipéca*, qu'il donne de la façon suivante :

On commence très doucement : au début, 2 gouttes matin et soir dans très peu d'eau sucrée—une cuillerée à café—une demi-heure avant chacun des deux principaux repas, (jamais le matin tout-à-fait à jeun), jusqu'à ce qu'on ait atteint, selon l'âge, le chiffre de 5, de 10, de 15 et même de 20 gouttes matin et soir, soit une quarantaine de gouttes dans les vingt-quatre heures.

Ces petites doses d'ipéca ne sont pas vomitives ; il est même rare qu'elles provoquent des nausées. Il est utile de répéter les cures à intervalles plus ou moins espacés, suivant les résultats obtenus.

Il faut, bien entendu, surveiller le régime de l'enfant, se méfier des graisses, du lait non écrémé, des épices, etc.

Les nourrissons élevés au biberon tirent un grand bénéfice de l'administration de l'ipéca à petites doses.

On donne pendant les trois premiers mois une goutte avant chaque biberon, soit 6 à 7 gouttes par jour, au bout de trois mois.

3 gouttes quatre fois par jour, soit 12 gouttes par jour, et ensuite jusqu'au sevrage, s'il le faut, 5 gouttes 4 fois par jour, avec des arrêts de temps en temps; on diminue ainsi les inconvénients de l'allaitement artificiel quand l'allaitement maternel est impossible.

(A. Bérard—*La Médecine*, août 1923).

...H. P.

SUR LE TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS ALIMENTAIRES DES TUBERCULEUX.

M. Mathieu. — Je ne veux envisager ici que les vomissements parfois rebelles qui se produisent chez les phtisiques, après les repas, sous l'influence de la toux quinteuse.

Comme ces malades vomissent parce qu'ils toussent, on a voulu les empêcher de tousser pour les empêcher de vomir. En conséquence, on leur a prescrit les opiacés; on leur a appliqué des vésicatoires, des pointes de feu, etc., mais tout cela sans grand succès. C'est, en réalité, à la muqueuse stomacale, point de départ du réflexe expulsif, qu'il faut s'en prendre. Pour cela, j'ai eu d'abord l'idée de faire avaler à mes malades de petits morceaux de glace, immédiatement après le repas; cette pratique m'a donné d'excellents résultats. Depuis, j'ai employé, avec un égal succès, l'eau chloroformée et le menthol. L'eau chloroformée saturée est étendue d'une égale quantité d'eau ordinaire. On en donne de 2 à 4 cuillerées à bouche, espacées de dix en dix minutes. Le menthol peut être prescrit selon la formule suivante:

Menthol0 gr. 20 centigr.

Julep gommeux150 grammes.

On prend 2 à 4 cuillerées à bouche de cette potion après le repas.

Sous l'influence de cette médication, les quintes de toux provoquées par l'ingestion des aliments sont supprimées ou très atténuées; elles n'entraînent plus le vomissement.

M. Ferrand. — Les vomissements alimentaires des tuberculeux peuvent tenir à l'exagération de la sensibilité réflexe du pharynx.

En pareil cas, j'ai pratiqué avec succès des badigeonnages répétés d'une solution de bromure de potassium dans la glycérine à 1/10e et même à 1/5e. Ces badigeonnages sont faits de préférence avant le repas.

Cette méthode a pour effet de diminuer la sensibilité du pharynx, d'atténuer la toux et de faire disparaître le plus souvent les vomissements.

OEDEME AIGU DU POUMON

Médication d'urgence : Large saignée générale de 300 à 400 grammes avec des saignées locales, avec ventouses scarifiées sur la paroi thoracique, la région du foie et des reins.

Cela fait, 3 grandes indications se posent :

1°—Combattre le collapsus cardiaque par des injections de caféine ou d'huile camphrée ;

2°—Combattre les troubles d'innervation cardio-pulmonaire par injection de strychnine ou électrisation du nerf vague ;

3°—Combattre l'élément toxique par prescription du régime lacté et de la thérapeutique à base phosphatée ou caféinée (4 cachets de 0.50 prodié). Cette dose sera ensuite abaissée à 2 cachets à prendre pendant plusieurs semaines de façon à prévenir le retour de l'oedème pulmonaire.

(Presse Médicale, 19 janvier 1924)

G. G.

SURCHARGE GRAISSEUSE DU COEUR.

1°—Combattre l'obésité par un régime restrictif fortement déchloruré (ne permettant que 3 à 6 gr. de sel) par jour. Par exemple à 7 heures : 60 à 100 grammes de viande froide dégraissée ; 10 grammes de pain sans sel, une tasse de thé léger et chaud sans sucre ; à midi : 60 à 100 grammes de viande grillée, légumes verts cuits à l'eau à volonté, 30 grammes de pain sans sel, deux tasses de thé ; à 4 heures, une tasse de thé sans sucre ; à 6 heures même menu qu'à midi en remplaçant la viande par deux oeufs sans sel ;

2°—Favoriser la diurèse et l'élimination chlorurée en prescrivant deux cachets de 0.50 de théosabase strophantique, laquelle exerce en même temps une bienfaisante action cardio-tonique.

Au bout de cinq jours leur substituer deux cachets par jour de théosabase digitalique, pendant cinq jours, après lesquels on reprendra le même traitement, à continuer plusieurs mois.

(Bulletin Médical, février 1924).

G. G.

SALYCILATE DE SOUDE ET INSULFISANCE HEPATIQUE.

M.M. F. Van Dooren et P. Destée ont décrit une méthode de diagnostic de l'insuffisance hépatique basée sur ce fait que le foie normal serait capable de fixer 4 centigrammes de salicylate de soude et d'empêcher l'apparition de ce corps dans l'urine. Par contre l'apparition du salicylate de soude dans l'urine dans ces conditions, signifierait une lésion du foie. Herissey, Fiessinger et Dehay, se servant d'une solution de perchlorure de fer à 10% sur 10 c.c. d'urine, dont le salicylate est concentré par l'extraction à l'éther et évaporation, ont montré que l'élimination de salicylate est constante, même après ingestions de très faibles doses et de vient en conséquence toute valeur à l'épreuve de Roch et Schiff. Il n'y a évidemment là qu'une question de sensibilité dans la réaction.

G. G.

TRAITEMENT DES BRULURES DES PAUPIERES ET DU GLOBE OCULAIRE.

(A) *Gaz ou flamme*: Instiller quelques gouttes de cocaïne à 2% de façon à se bien rendre compte de l'étendue des lésions. Si la conjonctive est brûlée, instiller plusieurs fois par jour: Argyrol à 20% ou Collargol. Si la cornée est touchée, faire en plus une instillation d'atropine (0 gr, 20 pour 10 grammes d'eau). Si les paupières sont brûlées compresses humides avec sérum artificiel.

(B) *Liquide corrosif*: Ouvrir le plus hâtivement possible les paupières, enlever toutes les particules sur la cornée et dans les culs-de-sac, lution de carbonate de soude; s'il s'agit d'une base employer de l'acide acétique ou du vinaigre à 10%; de l'eau sucrée en cas de chaux.

(C) *Corps solide* (caustique ou métal en fusion). Ouvrir les paupières, enlever toutes les particules sur la cornée et dans les culs-de-sac, lavage à grande eau.

Dans tous les cas: l'atropine et l'argyrol doivent être continués longtemps: Introduire entre les paupières, plusieurs fois par jour, un peu de pommade à l'iodoforme afin d'éviter la formation d'adhérences qui sont toujours à redouter; si elles se produisent les rompre avec un instrument moussé.

H. Pichette.

LE TRAITEMENT DE L'OBESITE.

L'obésité doit être envisagée surtout comme un trouble de la nutrition; l'insuffisance glandulaire est souvent en cause mais ne résume pas toute la pathogénie de l'obésité.

Le régime alimentaire et la kinésithérapie, sont les moyens de choix pour obtenir la combustion des réserves de graisse.

Régime alimentaire :

- 1°) Contenter l'appétit par des aliments volumineux, tout en nourrissant peu; on donnera peu de graisses et peu de sucres;
- 2°) Fournir une quantité d'albumine suffisante pour limiter la perte d'azote;
- 3°) Ne pas exciter l'appétit (régime peu épicé, peu salé).

Kinésithérapie et hydrothérapie :

Toutes les formes d'exercice sont bonnes; on recommandera surtout les exercices d'assouplissement suivant la formule suédoise, le matin durant 20 à 40 minutes et le soir durant 5 à 10 minutes.

On ajoutera la marche, les divers sports (course, boxe, danse, natation, canotage, golf, tennis).

Chez les obèses cardiaques, ou atteints de rhumatisme chronique, ou d'angine de poitrine, on peut remplacer la gymnastique volontaire, par la gymnastique électrique qui ne fatigue pas le coeur.

L'hydrothérapie froide (douches froides ou écossaises, après l'exercice du matin, bains, progressivement refroidis, bains de vapeur, bains de rivière ou de mer) augmente les dépenses caloriques.

Médicaments :

1°) Les laxatifs répétés quotidiens, sels de Brides, ou de Calrsbad, ou une cuillerée à dessert de :

Citrate de soude.....	20 gr.
Sulfate de soude	30 gr.
Phosphate de soude	10 gr.

le matin à jeun, dans une tasse d'infusion chaude;

2°) Les toniques du coeur chez les insuffisants cardiaques (spartéine, strophanthus); les diurétiques (théobromine, scille) chez les insuffisants rénaux;

3°) Les pilules de valériane, jusquiame, ipéca, chez les obèses dont l'appétit est exagéré;

4°) L'extrait thyroïdien, chez les obèses myxoédémateux et chez ceux dont le métabolisme basal est au-dessous de la normale. Utiliser des doses suffisantes: 20 à 30 centigr. par jour en surveillant le pouls.

Les autres extraits endocriniens (ovaire, hypophyse, surrénale et testicule) seront utilisés pour lutter contre les troubles fonctionnels associés.

(La Médecine, juillet 1922)

H. P.

TRAITEMENT DE L'APHONIE CATARRHALE

PAR LES APPLICATIONS D'UNE SOLUTION
SATURÉE DE SULFATE DE CUIVRE.

Trousseau avait recours aux badigeonnages avec une solution saturée de sulfate de cuivre pour combattre l'aphonie nerveuse ou l'aphonie consécutive aux affections catarrhales du larynx. On sait qu'actuellement ce moyen a été négligé au profit des applications intralaryngiennes d'autres substances, telles que le chlorure de zinc, le nitrate d'argent, l'acide lactique, le menthol, etc.

Or, d'après M. le docteur S. V. Vinogradsky (de Vitebsk, le procédé de Trousseau mériterait d'être employé de préférence à tous les autres modes de traitement dans les aphonies d'origine catarrhale. En effet, il ressort des observations cliniques de notre confrère russe que des badigeonnages avec une solution saturée de sulfate de cuivre, faits quotidiennement ou tous les deux jours, au moyen d'une éponge fixée à l'extrémité d'une tige recourbée et pratiqués sur toutes les parties atteintes de l'orifice supérieur du larynx (cordes vocales, muqueuse de l'épiglotte et des cartilages aryénoïdes), amènent rapidement la disparition des symptômes inflammatoires et de l'aphonie dans les cas de laryngite chronique où il n'existe que de la tuméfaction de la muqueuse. Dans les observations de M. Vinogradsky, ce résultat a été obtenu au bout de deux à neuf badigeonnages. Il faut noter que plusieurs des malades avaient été traités antérieurement sans succès par les moyens locaux usuels.

TRAITEMENT DE L'ENDOCARDITE AIGUE.

I—*Endocardite bénigne*, la plus fréquente: presque toujours secondaire au rhumatisme articulaire aigu, même discret, apyrétique. Aussi dans tout rhumatisme infantile, convient-il d'instituer:

(A)—Traitement préventif: repos absolu, diète lactée et surtout traitement salicylé;

(B)—Le traitement curatif comporte plusieurs indications:

(1)—Continuer repos et salicylate de soude;

(2)—Révulsion précordiale avec une vessie de glace, ou encore vésicatoires, teinture d'Iode;

(3)—Médication toni-cardiaque.

Au début: petites doses de digitaline I à V gouttes par jour pendant 2 à 3 jours.

Bromure de potassium pour calmer l'éréthisme, ou mieux Bromone: X à XV gouttes en deux fois au repas.

L'asystolie menace—il s'agit d'une véritable "pancardite"—où la symphyse est installée. Recourir encore à la digitale et ordonner une purgation, des ventouses scarifiées, une saignée, puis:

—Poudre de feuilles de digitale: 1 gr. à faire macérer vingt-quatre heures dans 200 gr. d'eau, puis ajouter 20 gr. de sirop des Cinq Racines.

Donner 3 centigr. de poudre par an d'âge et par jour.

Teinture de digitale VI gouttes par année d'âge.

Mais il est préférable, de prescrire la digitaline Mativelle: de 2 à 5 ans, II gouttes par jour; de 5 à 15 ans, V gouttes par jour en deux prises.

La cure dure de cinq à huit jours (Paref).

L'Ouabaïne Arnaud enfin est actuellement très employée en injections intraveineuses, poussées très lentement. Faire prendre $\frac{1}{8}$ de milligramme pendant deux à quatre jours (Paref) ou bien faire 6 à 8 injections de $\frac{1}{8}$ de milligramme à raison de une tous les deux jours (Guinon).

Après la digitaline ou l'ouabaïne, la théobromine (1 gr. par jour en deux prises, mais pas le soir car l'insomnie est fréquente).

II—*Endocardite maligne*—beaucoup plus rare—vient compliquer une fièvre éruptive, une typhoïde, une pneumonie. C'est l'infection générale qu'il faut traiter.

(a) Tentez d'isoler le germe et faites de la vaccinothérapie;

(b) abcès de fixation: $\frac{1}{2}$ cm³ d'essence de térébenthine sous-cutanée;

(c) les toniques: alcool, quinquina, strychnine, huile camphrée;

(d) la colloïdothérapie: sels colloïdaux d'or ou d'argent, ces derniers donnent moins de choc par voie intra-veineuse.

(Par P. Lassablière,—reproduit de la Médecine, août 1923).

H. P.

SUR UN SIGNÉ PARTICULIER DE LA PLEURESIE SECHE DIAPHRAGMATIQUE.

M. de Langenhagen (de Cannes).—Chez un tuberculeux arthritique, porteur d'une lésion limitée au sommet droit et paraissant enrayée, j'ai observé à plusieurs reprises, pendant tout un hiver, des poussées de pleurite sèche siégeant tout à fait à la base, loin du foyer tuberculeux, qui restait parfaitement silencieux. L'une de ces poussées gagna la plèvre diaphragmatique, et, au milieu des symptômes propres à la pleurésie diaphragmatique se montra un phénomène assez particulier: le malade avait de fréquentes éructations, et chacun de ces renvois gazeux s'accompagnait d'une douleur très vive siégeant profondément, sur la ligne médiane le long de l'oesophage, et latéralement vers les attaches du diaphragme du côté droit. Cette douleur spéciale, très violente, arrachant des gémissements au malade, persista pendant plusieurs jours, autant que la dyspnée et les autres symptômes, et s'amenda progressivement avec eux sous l'influence de la morphine.

J'attribue cette sensation douloureuse au passage des gaz à travers la boutonnière oesophagienne du diaphragme, et aux tiraillements que leur brusque expansion exerçait sur les fibres de ce muscle. Les gaz, refoulés brusquement par régurgitation de la cavité stomacale distendaient l'oesophage, et cet organe, ainsi dilaté et soumis à une pression anormale, écartait violemment les fibres postérieures du diaphragme, dont les contractions se propageaient à travers le centre phrénique, jusqu'aux insertions antérieures du muscle, lesquelles, se trouvant en rapport avec la plèvre malade, étaient nécessairement très irritables.

Cette douleur qui se produit à l'occasion de la régurgitation peut être jusqu'à un certain point rapprochée de la douleur au moment de la déglutition qui accompagne quelquefois les grands épanchements pleurétiques. En effet, toutes deux ont une origine mécanique et sont dues à une compression, soit liquide, soit gazeuse, exercée sur l'oesophage — compression liquide dans la pleurésie avec épanchement, compression gazeuse dans la pleurite sèche — et provoquant une sorte de dysphagie à rebours.

L'ESPRIT D'ESCULAPE.

Mal de Pott.—Une petite fille de médecin entendait souvent prononcer le mal de Pott, ne sachant trop ce dont il s'agissait. Un jour, on parlait d'une famille où plusieurs avaient de la diarrhée: "C'est-il ça qu'on appelle le mal de Pott, dit-elle?"

* * *

Qui proquo.—Un jour le Dr X... avait recommandé à sa cliente de se servir d'une chaise d'aisance... Au retour du mari de la malade, sa petite fille fut tout heureuse de lui annoncer que le Docteur avait recommandé à sa mère l'usage d'une "chaise des anges".

* * *

Supplice de Tantale.—Bantru, incommodé d'un rhumatisme qui le rendait presque immobile, dit: "Si le paradis n'était qu'à dix pas de moi, je n'y pourrais aller". (Manuscripts de Pierre Le Gaux).

* * *

Fou lucide.—Gerard de Nerval avait été enfermé dans la maison de santé du Docteur Blanche, dès qu'il avait manifesté à peine quelques symptômes d'étrangeté.

Quand ses amis lui demandaient: "Mais, enfin, qu'avez-vous eu?"

—"Une fièvre chaude compliquée de médecins", répondait-il d'un air résigné.

* * *

Licence poétique.—Milton, ayant perdu les yeux, se maria en troisièmes noces à une femme très belle, mais d'un caractère violent et d'une humeur aigre et difficile. Lord Buckingham lui ayant dit un jour devant son mari qu'elle était une rose: "Je n'en puis juger par les couleurs, répondit tristement Milton, mais j'en juge par les épines."

Trois femmes! L'imprudent n'a eu que ce qu'il méritait, et il eût pu répondre comme Daurat le fit à Charles IX, quand ce monarque lui demanda de quoi il s'était avisé, de se marier, si vieux, avec une jeune fille: "Sire, répartit le poète, c'est une licence poétique.

* * *

Les rayons X.—Les rayons X exercent sur la plupart des malades une véritable fascination. Ils croient y trouver leur salut, non seulement pour la découverte de leur affection souvent étrange, mais même pour leur guérison. Ainsi une femme nous arrivait, l'autre jour, à l'Hôtel-Dieu, bien résolue, à prendre "les trayons X".

* * *

Une femme se plaignait du mal de ventre depuis quelque temps. Le chirurgien, appelé en consultation, conclut à de l'appendicite chronique. L'appendicite? dit la femme,—mais ça pousse donc bien vite, ça !! J'ai été opérée pour ça, l'année dernière.

* * *

Fin contre fin.—Le roi Henry, ayant appris qu'un syndic de la vallée d'Ossan lui ressemblait singulièrement, se le fit présenter, et, après s'être exclamé sur cette ressemblance, lui demanda si sa mère n'était pas venue au château autrefois.

—“Jamais, Sire, répondit le syndic, mais mon père y venait quelquefois....”

* * *

Entre rats et souris.—Mlle Vestris se récriait sur la fécondité de Mlle Rey; elle ne concevait pas comment une fille se laissait prendre si souvent. Sophie Arnauld, qui ne laissait passer aucune occasion de dire un mot spirituel.

—Vous en parlez à votre aise, dit la malicieuse artiste, une souris qui n'a qu'un trou est bientôt prise.

ASTHME

A—*d'origine dyspeptique, flattulente :*

Carbonate de magnésie1. gramme
Menthol0 gr. .03 cgr.

* * *

B—*d'origine nasale et fièvre des foins :*

Chlorhydrate de cocaïne0 gr. 50 cgr.
Camphre pulvérisé1 gramme
Sous-nitrate de bismuth8 grammes
Pour priser.

* * *

C—*Asthme des foins :*

Au moment de l'attaque, on remarque que les fosses nasales sont congestionnées, et que le pavillon de l'oreille est toujours d'une pâleur excessive. Dès que l'accès s'annonce, on frictionne les oreilles d'une manière énergique, jusqu'à ce qu'elles deviennent d'une rougeur intense.

N.B.—Ceci n'empêche pas de faire le traitement causal.

ALBUM MEDICAL.

Le médecin le plus besogneux, le plus intéressé au gain, doit savoir dédaigner un avantage actuel et posséder une vue assez longue pour regarder aux conséquences d'une intégrité bien établie, ainsi qu'aux sûrs bénéfices qu'une bonne renommée finira toujours par lui rapporter.

* * *

Le vrai thérapeute doit ressembler aux Danaïdes, qui puisent sans cesse et non à Tantale, qui ne puise jamais.

* * *

En vieillissant, le médecin met toujours de l'eau dans l'encre de ses ordonnances.

* * *

Le corps médical peut se comparer à un fagot d'épines, dont les branches se piquent, mais restent tout de même liées ensemble.

* * *

La thérapeutique est envisagée par bien des pontifes actuels comme *ce je ne sais quoi immédiatement au-dessous de rien*, dont parlait La Bruyère.

* * *

Les médecins représentent la profession qui manque le plus d'esprit de corps. Ils ne voient pas qu'en s'attaquant réciproquement, ils déconsidèrent la dignité de la corporation tout entière et compromettent comme à plaisir l'honneur du drapeau.

* * *

En diagnostic, il faut savoir passer aisément à une autre idée, mais sans, toutefois, abandonner entièrement la première.

* * *

La plus grande joie pour un écrivain c'est la sympathie qu'il éveille chez tant d'amis inconnus : communion télépathique résultant de son travail écrit.

* * *

La clarté est la bonne foi du thérapeute.

* * *

C'est démissionner de la médecine que nier la thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE.

Gaston Doin, Editeur, 8, Place de l'Odéon, Paris (VIe).
R.C. Seine No 67062—Chèques postaux No. 201.74.

Le Bismuth dans le traitement de la Syphilis, par L. Brin, ancien chef de Clinique à l'hôpital St-Louis, et P. Legrain, assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 96 pages: 6 fr.

Dans cette monographie, volontairement très courte, les auteurs se sont proposé tout simplement pour but d'écrire un petit manuel pratique de Bismuthothérapie.

Les notions théoriques, réduites au strict minimum, y sont très brièvement exposées. Le lecteur y trouvera par contre tous les renseignements indispensables à quiconque désire employer la médication bismuthée, soit qu'il veuille faire son choix parmi les très nombreuses préparations existant à l'heure actuelle soit qu'il veuille se documenter sur les résultats obtenus grâce au bismuth dans les diverses manifestations de la syphilis cutanée ou viscérale.

Les indications de la médication nouvelle y sont minutieusement discutées, avec tous les détails que comporte ce point capital.

Enfin les derniers incidents, qui peuvent se produire du fait du traitement sont longuement décrits et parallèlement la conduite à tenir dans chaque cas particulier.

UNE LEÇON DE MODESTIE.

Leconte de Lisle donna, un jour, au grand poète, Victor Hugo, une leçon de modestie.

Sa saillie peut passer pour une des plus spirituelles que l'on connaisse; elle comporte une considération véritable, quoique gouailluese, pour un talent avéré, mais trop bien affirmé, en même temps qu'une satire indulgente pour un orgueil excessif.

Le grand poète lui parlait avec une affectation de mots et de pensées qui relevait bien plus de la littérature que de la conversation, de son appréhension de la mort:

—J'appréhende, disait-il, ma première rencontre avec Dieu.

—Mais cela me semble tout simple, dit de Lisle, vous l'aborderez en lui disant: "Mon cher confrère".

EPANCHEMENTS PLEURETIQUES.

Guiacol	5 grammes
Tr d'Iode	25 grammes
Mêlez: usage externe.	

La quantité totale est employée pour un seul badigeonnage, que l'on pratique chaque soir, sur le côté malade, dans toute l'étendue de la partie postérieure du thorax.

Attention: il s'en suit, à chaque fois, une transpiration abondante, souvent fatigante pour le malade, mais à la fin heureuse.

L'on répète ce badigeonnage 3 à 4 soirs de suite.