

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,  
J. E. DUBÉ,

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

MM. A. Le SAGE,  
A. MARIEN.

437 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 OCTOBRE 1911

No 10

## MEMOIRES

ETAT ACTUEL DE NOS CONNAISSANCES SUR LE TRAITEMENT DE  
LA SYPHILIS ; LA DERNIERE FACON D'EMPLOYER LE 606. (1)

Par le Dr GUSTAVE ARCHAMBAULT,  
Assistant-dermatologiste à l'Hôpital Notre-Dame.

Lorsque, en avril dernier, j'ai eu l'honneur de lire à la Société Médicale de Montréal au travail traitant de la valeur réelle du 606; je me suis efforcé de démontrer deux choses, d'abord qu'une seule injection d'arséno-benzol ne réalisait pas à coup sûr cette stérilisation de l'organisme tant désirée, ensuite que l'injection intra-veineuse était la plus avantageuse de toutes les techniques employées jusqu'alors, tant par la rapidité et l'intensité de son action que par le peu de réaction locale et générale qu'elle causait au malade.

Depuis cette époque, j'ai eu occasion de faire un voyage en Europe — j'ai rencontré à Paris des syphiligraphes éminents passionnés pour ces questions.

Les uns, comme le professeur Gaucher, que je ne saurais trop remercier pour la façon toute paternelle avec laquelle il m'a reçu, ne sont pas encore disposés à abandonner le traitement classique par le mercure et l'iodure; les autres, comme Emery et Milian, entrevoient déjà, pour un avenir plus ou moins rapproché, après

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 3 oct. 1911.

les tâtonnements qu'on ne peut éviter et qui sont nécessaires avec tout médicament nouveau, la stérilisation définitive de l'organisme, et la disparition de la syphilis.

Tous cependant, défenseurs comme détracteurs du médicament d'Ehrlich, sont d'accord pour affirmer qu'il y a aujourd'hui plusieurs points d'acquis et de fixés définitivement dans l'emploi du 606. tous reconnaissent que :

“Le dogme de la thérapia sterilisans magna a disparu, et que les injections intra-veineuses sont les seules pratiques.

Ceux qui, en effet, croyaient tout d'abord au traitement abortif de la vérole par l'arséno-benzol, et qui basaient leurs arguments sur la disparition rapide et complète des accidents, en même temps que sur les indications fournies par la séro-réaction de Wassermann qui devenait négative quelques jours après l'injection, ont vu leur enthousiasme tomber peu à peu à mesure que les récidives se produisaient et que la séro-réaction re-levait positive.

Ceux qui au début employaient l'injection sous-cutanée, comme Wechseltmann, ou intra-musculaire, comme Lévy-Bing, ont été forcés de recourir aux injections intra-veineuses, en face des accidents causés par les premières, et des succès obtenus avec les dernières.

L'injection sous-cutanée d'arséno-benzol est délaissée complètement, à cause des phénomènes douloureux qui peuvent revêtir un caractère d'acuité extrême, et qui chez certains sujets nerveux sont pour ainsi dire intolérables, à cause des accidents inflammatoires qui peuvent aboutir à de la suppuration, à du sphacèle de la peau avec nécrose des tissus environnants, à cause de la lenteur d'absorption et de l'enkystement, dont l'effet est de suspendre l'action thérapeutique et de constituer des réserves d'arsenic gênantes pour toute injection ultérieure.

L'injection intra-musculaire n'est plus employée, bien que moins douloureuse que la précédente, à cause de la difficulté de technique, à cause de la lenteur d'absorption, à cause de l'enkystement, exposant à des phénomènes d'intoxication chronique si l'on renouvelle l'injection, et créant des colonies “arséno-résistantes” contre lesquelles les injections ultérieures ne pourraient avoir aucun effet.

Tandis que l'injection intra-veineuse est la plus avantageuse,

parce qu'elle épargne aux malades les douleurs vives et parfois prolongées que leur font subir les autres méthodes, parce qu'elle ne donne lieu à aucun accident sérieux, (Emery-statistique 600) parce qu'elle est plus active que les autres techniques, parce qu'elle n'expose pas aux mécomptes dus à l'insuffisance de résorption, et surtout parce qu'elle permet de pratiquer de nouvelles injections dans des délais très courts, sans courir le danger de déterminer une intoxication.

Ces deux points, messieurs, étant définitivement élucidés, il devient intéressant de savoir si l'arséno-benzol mérite d'être conservé dans notre arsenal thérapeutique, il devient important de connaître une bonne technique pour faire les injections intra-veineuses.

La seconde partie de ce travail comprendra donc la mise au point de ces deux questions.

Et comme, après avoir étudié les différentes théories, je me suis rallié à celle d'Emery, comme en plus, je me sers pour mes injections de l'appareil conçu et imaginé par lui et son collaborateur Pepin, que j'ai d'ailleurs vu fonctionner à son bureau, il va sans dire que je vais puiser, pour l'exposé de sa méthode, dans les notes recueillies à sa conférence faite au printemps dernier à l'Institut Rostchild de Paris, dans son ouvrage sur le traitement de la syphilis par le dioxy-diamydo arséno-benzol, édité chez Doin en 1911, et surtout dans les renseignements qu'il a bien voulu me fournir lui-même, en juillet dernier, rue St-Lazare.

1° *A quel titre l'arséno-benzol mérite-t-il d'être conservé dans notre arsenal thérapeutique ?*

Bien qu'une seule injection de Salvarsan ne soit pas assez puissante pour terrasser la syphilis, même pour empêcher les récidives, il n'en est pas moins établi que ce médicament s'est montré très efficace contre les accidents de la vérole.

Nombreux sont les cas qui ont guéri avec une rapidité merveilleuse, et on a obtenu des succès là où le mercure avait échoué auparavant. Presque toujours la séro-réaction de Wassermann est devenue négative en quelques jours, et s'est maintenue telle au moins pendant quelques semaines.

Tous ces faits laissant entrevoir une thérapeutique idéale pour l'avenir, suffisent à expliquer pourquoi on a tenu à continuer les essais et les expériences avec cette médication nouvelle.

A ceux qui voulaient qu'on abandonne cet agent thérapeutique parce qu'il ne réalisait pas toutes les promesses qu'on avait faites à son sujet au début, ses partisans répondirent :

“ On ne peut s'en tenir là pour juger les effets d'une méthode thérapeutique aussi importante. Imaginez pour un instant que n'ayant que l'iodure de potassium comme antisypilitique on découvre un autre médicament, le mercure par exemple. Il est évident qu'une injection de 0 gr. 05 à 0.10 centigrammes de calomel pourra opérer des merveilles: disparition d'une roséole, de plaques muqueuses. Mais si vous ne renouvelez pas l'injection dans les délais fixés par l'expérience clinique, vous aurez sûrement des récidives.

“ Que dirait-on du médecin qui considérerait cette méthode comme entachée d'impuissance du fait qu'une seule injection n'empêche pas les récidives ? ”

Il n'y a pas de raison pour qu'on n'agisse pas de même avec l'arséno-benzol, et qu'on ne pratique pas une deuxième, et même une troisième injection sans attendre les récidives.

Cette théorie des injections répétées qui a rallié aujourd'hui la majorité des dermatologistes qui traitent avec la méthode d'Erlich, semble réussir au delà des prévisions de ses promoteurs.

C'est ainsi que Weintraut de Wiesbaden n'a plus que 10% de récidives, que Schreiber de Magdebourg, sur 1000 cas traités de cette façon n'a eu que 10 récidives, soit 1%, et que tout récemment Germerich a pu écrire que sur 25 accidents primitifs pour lesquels il a fait plusieurs injections, à chacun, il a obtenu dans 23 cas une séro-réaction de Wassermann négative qui se maintient depuis 6 mois.

Emery, en France, depuis qu'il emploie cette méthode, c'est-à-dire depuis 4 à 5 mois, n'a pas encore eu de récidives pour les accidents primaires, et celles survenues chez les secondaires sont des raretés.

Cette théorie très séduisante a fait faire un pas de géant dans la thérapeutique de la syphilis.

Il est bien entendu que les règles de cette thérapeutique ne

sont définitivement fixées, et qu'il se peut qu'on trouve encore une méthode nouvelle plus efficace, mais il est certain que les progrès réalisés depuis un an sont immenses et font espérer beaucoup pour plus tard.

Quoiqu'il en soit, voici, messieurs, le résumé de la méthode d'Emery, qu'il appelle: "la méthode des doses fractionnées."

En pratique, il importe pour se guider, de distinguer:

1° L'état physique des malades.

2° Le but à poursuivre, qui vise: ou bien la guérison d'un accident (traitement curatif), ou bien l'attaque de la maladie dès son apparition (traitement abortif).

1° Etat physique du malade.

Si le sujet est jeune robuste, n'ayant aucune maladie comportant des contre-indications, la méthode des injections massives et à hautes doses doit être appliquée

Dans ces cas, il faut donner des injections intra-veineuses répétées 2 et 3 fois, aux doses de 40 à 50 centigrammes pour les hommes, et 30 à 35 centig. pour les femmes.

Si au contraire, le sujet est atteint d'accidents comportant une contre-indication, ou dont l'intégrité organique n'est pas certaine, il faut alors administrer le traitement à doses faibles et échelonnées à des intervalles plus ou moins éloignés suivant la tolérance du malade à la première dose.

On donnera ainsi une première injection de 10 à 20 centigrammes. Si celle-ci est bien supportée, on pratiquera de 3 à 6 jours après (suivant la violence des réactions) une deuxième injection de 20 à 30 centigrammes. Si le malade ne montre aucune susceptibilité spéciale, on administrera un mois après, une dose de 30 à 40 centigrammes.

2° But à poursuivre.

Si s'agit d'attaquer la syphilis dès son apparition, on fera des doses massives de 50 centigrammes. On renouvellera l'injection à la même dose dans un délai de 3 à 6 jours, et un mois après, on administrera une 3e injection de 50 centigrammes au minimum.

Cette médication n'empêchera pas, évidemment, de se servir aussi du mercure, pour aider à la réalisation aussi rapide que possible des séro-réactions négatives.

S'il s'agit de guérir un accident, au cours de la maladie, les doses devront être moins élevées. Une première injection de 30 à 40 centigr. renouvelée à doses supérieures, un mois après, si l'accident n'est pas totalement disparu, est suffisante.

Cette façon de se servir du 606 permet de tâter la susceptibilité du malade. Il faut en effet toujours penser à l'idiosyncrasie et compter avec la possibilité d'une sensibilité spéciale à la méli-cation arsénicale.

Les contre-indications à la méthode deviennent aussi beaucoup moins nombreuses, et les malades atteints de syphilis nerveuse centrale, les ataxiques, ceux atteints d'affections graves du poumon ou des vaisseaux peuvent bénéficier du médicament, si l'on commence par injecter chez eux de faibles doses.

Parfois la réaction à la 2e injection, si celle-ci est faite dans un délai très court est plus violente qu'à la première. Par contre la troisième faite un mois après, n'amène que très peu de réaction.

Les quelques phénomènes qui peuvent se produire après les injections intra-veineuses, sont comme vous le savez tous, une légère réaction fébrile qui est disparue le lendemain, parfois des nausées, des vomissements, de la diarrhée, et un peu de céphalée, tous phénomènes transitoires et qui peuvent souvent manquer tout à fait.

### *2° Technique de l'injection intra-veineuse, avec l'appareil d'Emery.*

Messieurs, il y a aujourd'hui une foule d'appareils pour injections intra-veineuses, tous meilleurs les uns que les autres, et chacun recommandé par un dermatologiste très connu et qui généralement a imaginé lui-même l'instrument.

J'ai apporté avec moi celui que j'ai vu fonctionner à Paris, chez Emery, que j'ai reçu hier seulement, et avec lequel je compte injecter mes malades.

L'avantage que je lui trouve sur beaucoup d'autres, consiste dans le fait qu'on n'opère pas à ciel ouvert, qu'on ne fait aucun

transvasement, et qu'on évite peut-être bien ainsi des dangers d'infection, l'asepsie étant très bien réalisée.

Le voici d'ailleurs, et vous allez pouvoir juger vous-mêmes.

Cet appareil se compose :

a) récipient à robinet bouché à l'émeri, d'une contenance de 60 centim. cubes.

b) ampoule contenant un petit entonnoir de papier à analyse stérilisé ; une de ses extrémités peut recevoir la douille inférieure du récipient précédent ; l'autre est suffisamment effilée pour pouvoir pénétrer dans le tube d'une ampoule de sérum physiologique.

On verse dans le récipient la dose d'arséno-benzol auquel on ajoute 20 c. c. d'eau distillée chaude. L'agitation détermine rapidement la solution.

On ajoute la quantité de soude à 8/1000 nécessaire pour obtenir la parfaite solubilisation de la préparation. L'on peut admettre en principe qu'il faut ajouter environ la moitié en centimètres cubes, du nombre de centigrammes de préparation à dissoudre : soit 30 centimètres cubes pour une dose de 60 centigrammes. L'arséno-benzol est d'abord précipité sous forme de grumeaux, puis se redissout, formant un sel de soude soluble, lorsqu'on ajoute une nouvelle quantité de la solution de soude.

Il y a intérêt à limiter la quantité de soude qui ne doit être ajoutée que goutte à goutte lorsqu'on approche du terme de l'opération, qui est terminée lorsque on a obtenu une limpidité parfaite.

Quand ceci est fini, on ouvre le robinet, et la solution filtrant à travers le filtre en papier tombe dans une ampoule de sérum de 125 à 250 centimètres cubes, suivant la dose à injecter.

Pour pratiquer l'injection, on adopte sur l'ampoule un tube de caoutchouc muni de 2 index de verre ; à l'extrémité de ce tube, un petit ajustage métallique permet de fixer une aiguille.

On brise l'autre extrémité de l'ampoule. Le liquide remplit le tube et est prêt à être injecté dans la veine.

Pour ce faire, il n'est pas nécessaire de dénuder la veine. Il suffit après avoir placé une ligature au milieu du bras, et avoir rendu les veines turgescents, d'enfoncer l'aiguille à travers la peau dans la veine.

Quand un franc écoulement de sang indique que l'aiguille est

bien dans la veine, on ajoute l'embout placé au bout du tube dans l'embouchure de l'aiguille, on lâche en même temps la ligature sur le bras, et on laisse entrer le liquide qu'il vaut mieux réchauffer au fur et à mesure de son écoulement, en faisant passer le tube en caoutchouc dans une cuvette remplie d'eau chaude.

Quand l'ampoule est vide, il faut séparer le tube de l'aiguille qui reste dans la veine, lorsque le niveau du liquide atteint le second index du verre. Quelques gouttes de sang refluent par l'ouverture de l'aiguille qu'on enlève d'un coup sec. On frictionne légèrement pour détruire le parallélisme des plaies de la peau et de la veine, et on fait un pansement sommaire.

Emery conseille de faire pénétrer l'aiguille dans la veine. en 2 temps. Dans le premier temps on ne traverse que le derme, et dans le second on cherche la veine.

Il vaut mieux aussi piquer plusieurs fois, que d'injecter du liquide autour de la veine, ce qui pourrait causer des phénomènes inflammatoires.

Les aiguilles doivent être courtes, peu volumineuses 9/10 millimètre environ, et taillées en biseau court à leur extrémité.

Après l'injection, il est sage de maintenir les malades au lit pendant une journée.

### CONCLUSIONS

Que devons-nous conclure, messieurs, de l'exposé de ces faits ?

1° Que l'arséno-benzol ne guérit pas la syphilis avec une seule injection, mais est un médicament qui mérite d'être conservé comme étant un agent thérapeutique très puissant, très efficace contre la vérole.

2° Que l'arséno-benzol est formellement indiqué: chez tous les malades dont les lésions sont réfractaires au mercure, chez tous ceux qui par idiosyncrasie ne peuvent bénéficier de cette dernière méthode, dans tous les cas de syphilis maligne, et surtout pour livrer le premier assaut à la maladie, dès l'apparition du chancre, en s'aidant du mercure, et en contrôlant de temps en temps les résultats obtenus par la réaction de Wassermann.

3° Que l'arséno-benzol ne doit cependant pas faire oublier le bon vieux mercure qui a sauvé tant de vies, mais doit plutôt faire

penser à un mode de traitement où les 2 médicaments pourront s'allier, se combiner, et concourir simultanément à la réalisation d'une thérapeutique idéale.

\* \* \*

Messieurs, vous m'avez entendu souvent, au cours de cette conférence, prononcer le mot "réaction Wassermann", je voudrais pouvoir vous en causer longuement, et vous convaincre de l'importance de ce merveilleux moyen de contrôle en syphiligraphie.

Je voudrais pouvoir vous démontrer qu'avec cette réaction on est arrivé aujourd'hui à faire du traitement de la vérole un traitement raisonné, scientifique qui ne sera plus appliqué suivant des règles arbitraires et pour une durée déterminée par les résultats approximatifs de l'observation clinique, mais bien suivant les indications données par elle, dont le contrôle incessant devient désormais notre principal guide.

Je pourrai d'ailleurs vous en montrer moi-même les résultats pratiques, chez vos malades, lorsque l'installation de mon laboratoire sera complétée.

Je considère, messieurs, que depuis quelques années, la syphiligraphie a fait tellement de progrès, qu'il serait important d'en faire un exposé complet de son évolution, devant la Société Médicale de Montréal.

Et si cela vous intéresse, je m'engage au cours de l'hiver à vous donner une série de conférences sur cette question, en insistant tout particulièrement, sur les nouveaux moyens de diagnostic, comme l'ultra microscope, dont entre parenthèse, je fais un usage courant depuis plus de 2 ans, et sur la thérapeutique, tant classique par le mercure et l'iodure, que nouvelle par les dérivés arsenicaux, l'atozyl, l'hrectine, le 606, etc.

---

## NOUVELLES

---

### LE PROFESSEUR KNOPF A L'INSTITUT BRUCHESI

Le passage du célèbre docteur Knopf à Montréal, a intéressé tous les journaux de la ville, anglais comme français, et surtout le public qui s'attache à la question antituberculeuse.

A cause de son intérêt médical, nous ne pouvons laisser passer inaperçue à nos confrères, la visite que l'éminent docteur de New-York, a rendue, le mercredi, 27 septembre, à l'Institut Bruchési.

Le Dr Knopf avait pris grand intérêt déjà à la fondation de cette œuvre, il connaissait par les statistiques les progrès accomplis jusqu'en juillet dernier; il voulait à l'occasion d'un voyage voir de ses yeux et constater par lui-même le travail de nos collaborateurs.

Il fut reçu à l'Asile de la Providence, 369, Ste-Catherine Est, par la dévouée Sœur Aline, la Supérieure.

Il apprit avec plaisir ce que les médecins du Dispensaire, aidés des religieuses de la Providence, avaient accompli pour combattre la tuberculose.

Il n'hésita pas à dire que l'Institut Bruchési avait fait en sept mois une besogne que la ville de New-York avait mis cinq ans à accomplir.

Le Dr Knopf parle en homme qui s'y connaît. Nos confrères savent que avec le Dr Biggs, le Dr Knopf a conduit la lutte antituberculeuse à New-York, de maîtresse façon, et que c'est grâce à lui, que par tout le monde entier, la ville de New-York, passe pour avoir la meilleure organisation contre la peste blanche.

Il parla ensuite à son auditoire tout attentif, des œuvres qu'il faudrait ajouter au Dispensaire et au Preventorium de Belœil.

Il suggéra la fondation des "chambres d'observation" pour ceux dont les cas sont difficiles à diagnostiquer, pour ceux qui viennent de la campagne, ou pour qui une intervention chirurgicale est nécessaire; des "hôpitaux-sanatoria," car, disait-il, le mot "hôpital a toujours une signification un peu désolante pour les tuberculeux; le malade croit y entrer pour mourir, tanus qu'en ajoutant le mot "sanatorium", on lui met un peu d'espoir au cœur, enfin des "Sanatoria" proprements dits.

L'Institut Bruchési, qui a pris pour s'organiser, les leçons et

les conseils du Dr Knopf, a ces fondations inscrites dans son programme de travail.

N'eût été l'absence de la Supérieure générale de la Providence, partie en tournée d'inspection dans les Hôpitaux de l'ouest des Etats-Unis, la question des chambres d'observation serait depuis longtemps résolue. Aussitôt après le retour de la Supérieure générale, l'Institut Bruchési, règlera la chose définitivement.

Quant aux Hôpitaux-sanatoria, l'aide du public nous est indispensable pour entreprendre ces travaux. Nous sommes persuadés de leur nécessité; mais on doit songer qu'il faut du temps à l'activité humaine. Lacordaire disait: C'est étonnant ce que l'on peut faire avec du temps!

Certainement, le concours des bonnes volontés, pour des œuvres aussi éminemment philanthropiques, nous permettra de brûler des stations mais que l'on nous accorde encore quelques années pour asseoir sur des bases solides les fondations de notre organisation antituberculeuse.

Nous avouons qu'il y a beaucoup encore à faire, et nous sommes heureux de voir s'élargir toujours le champ de nos activités généreuses; mais notre distingué visiteur appréciait en connaisseur notre travail de sept mois.

Des quinze cents malades venus à notre Dispensaire, beaucoup étaient les victimes de la tuberculose; le traitement qu'ils ont suivi a amélioré leur condition. Nous avons pris tous ceux qui se présentaient; patients de la troisième période comme de la première. Nous n'avons pas délivré quinze certificats de décès. Il en est qui partiront dans peu de temps; ceux-là du moins trouvent chez nous soulagement et encouragement.

D'autres qui étaient réputés incurables, sont assez ragaillardis, pour être capables de reprendre leur travail.

Nous n'avons pas fait des miracles. Nous nous sommes servis avec précision et ténacité des moyens que nos ressources et que les ressources du patient nous permettaient d'employer.

Nous avons fait un grand travail; mais surtout un bon travail!

Nos confrères apprendront avec plaisir que notre clinique du Dispensaire de l'Institut Bruchési, n'est pas en arrière des progrès scientifiques. Dans les précieuses trouvailles des savants du monde qui se vouent à la destruction du microbe tuberculeux,

nous puissions tout ce qui peut être un espoir pour les malades que nous avons à cœur de guérir, dans la mesure du possible.

Au reste, de notre expérience et de nos expériences nous entre-tiendrons plus tard nos confrères qui voudront bien nous continuer leurs encouragements et leur concours.

L'Institut Bruchési ne saura jamais trop dire au Dr Knopf sa gratitude pour l'intérêt qu'il lui porte, pour son expérience qu'il a partagée avec lui, pour les conseils qu'il lui prodigue... Il sait que sur le terrain des dévouements rien n'est à soi, qu'il faut savoir partager et se donner.

Sa visite était certes pour nous très flatteuse. Nous existons depuis sept mois à peine, et déjà, celui que le Cours médical des Post-gradués de New-York, a choisi comme professeur de phthisothérapie, celui que la Société nationale pour l'étude et la prévention de la tuberculose a élu comme un de ses directeurs, le Directeur associé de la clinique pour les maladies de poumon au Bureau d'hygiène, le médecin-chef du Riverside sanatorium de la ville de New-York, celui qui a pris aux États-Unis une place si prépondérante que le Président l'a chargé de représenter son pays à l'étranger, le Dr Knopf, disons-nous, déjà nous connaît, sait que nous progressons et vient nous voir.

Il faut dire aussi que le Dr Knopf retrouvait à Montréal deux excellents amis, qui furent ses camarades d'Université à Paris, qui sont au pays les travailleurs infatigables de la science médicale, et qui sont les promoteurs bien inspirés et très dévoués de l'Institut Bruchési, faisant partie de son Bureau médical: les Drs J. E. Dubé et A. LeSage.

Nous espérons que le Dr Knopf reviendra encore et sous peu, nous donner ses conseils et ses encouragements.

Il retrouvera toujours des admirateurs et des amis.

Dr EUGÈNE GRENIER,  
*Directeur Médical de l'Institut Bruchési.*

---

## REVUE GÉNÉRALE

### LA MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ (1)

Il y a quelques jours, nous avons eu dans le service un cas de mort apparente du nouveau-né. Il s'est agi d'une primipare, avec un gros enfant et un travail prolongé qui a nécessité une application de forceps, simple d'ailleurs. L'enfant est venu dans un état syncopal et nous avons essayé de le ranimer par l'insufflation. Chaque fois que nous mettions en œuvre l'insufflation, on voyait les battements du cœur devenir plus forts, la coloration de l'enfant perdre sa nuance violacée pour redevenir rose. Dès que l'on arrêtait, le cœur se ralentissait et l'asphyxie reparaisait. Nous avons poursuivi nos efforts pendant trois heures, avec les mêmes alternatives, perdant alors seulement tout espoir. C'est dans ces conditions que l'idée m'est venue de vous parler de la mort apparente du nouveau-né et de la conduite à lui opposer.

La "mort apparente du nouveau-né" se définit d'elle-même. C'est là un mot français, car à l'étranger on se sert généralement du qualificatif d'"asphyxie des nouveau-nés." Dans la mort apparente, l'enfant paraît mort sans l'être, en réalité. Le cœur n'est pas complètement arrêté, mais le nouveau-né ne respire pas.

Le degré de fréquence de la mort apparente du nouveau-né se chiffre difficilement. Disons qu'il varie de 25 à 50 % selon les statistiques, soit 40 % peut-être, comme moyenne. Un tel chiffre est fait pour étonner. Si la proportion est si grande, c'est que beaucoup d'enfants naissent en état d'*apnée fœtale*.

En quoi consiste l'apnée fœtale? Dans la cavité utérine, le fœtus respire par le placenta et non par ses poumons. La respiration est réduite, les besoins d'oxygène, de calorification, étant extrêmement faibles pendant la vie intra-utérine. Quand, momentanément, la respiration placentaire s'arrête, l'enfant peut rester un certain temps sans respirer. Prenez une lapine pleine, ouvrez-lui rapidement le ventre, prenez l'utérus, incisez-le : l'œuf s'énuclée, et vous l'avez sur la table. Eh bien! ce fœtus qui ne respire plus par le placenta, vous le voyez continuer à vivre quelque temps. Il y a une période d'apnée assez prolongée, 20, 25 secondes, quelquefois une minute. Puis, les efforts respiratoires

(1) Prof. Bar, dans le *Journal des sages-femmes*, 1 août 1911.

se montrent. Si, au lieu d'un œuf à terme, vous ouvrez un œuf au milieu de la gestation, la période d'apnée peut durer, 5, 6 minutes et plus. Il existe donc une période d'apnée qui se prolonge d'autant plus que l'embryon est plus jeune. La même chose se passe dans l'espèce humaine. J'ai eu l'occasion de voir un œuf, expulsé par une femme, qui contenait un fœtus vivant, dont le cœur battait. Mis dans l'eau salée à 37°, il est resté là, environ trois quarts d'heure; l'embryon avait encore des battements du cœur et ne respirait pas. L'état d'apnée continuait. Sur l'œuf de poule, j'ai vu l'embryon rester des heures avec des battements du cœur perceptibles, sans respiration.

L'apnée fœtale existe donc dans l'espèce humaine. La première inspiration est due aux excitations cutanées venant stimuler le besoin de respirer que provoquent l'accumulation d'acide carbonique dans l'organisme et l'asphyxie naissante chez l'enfant. Diverses conditions interviennent pour entraver cette première inspiration. La rapidité du travail, par exemple, qui empêche l'asphyxie naissante de se produire. Les contractions utérines, d'autre part, par la compression et la récompression qu'elles exercent sur le cœur fœtal. De même, les accidents, les procidences, etc., qui viennent gêner la circulation placentaire. De là découle l'apnée fœtale observée, vous ai-je dit, dans 40 % des cas peut-être. Soixante fois sur 100 seulement, l'enfant crie en naissant. Mais les 40 cas % en question ne sont pas tous des cas de mort apparente. L'apnée fœtale n'atteint un degré suffisant pour mériter ce nom que chez 3 ou 4 % des nouveau-nés. Ainsi, sur 100 enfants, 60 crient de suite, 35 sont en état d'apnée et 5 % en état de mort apparente. L'asphyxie, simplement à son début dans l'apnée fœtale, se prolonge dans la mort apparente. Le besoin de respirer que l'on note au commencement de l'asphyxie se perd si l'asphyxie dure. L'accumulation trop grande d'acide carbonique, la sidération des centres nerveux, entraînent l'abolition du besoin de respirer.

L'asphyxie graduelle n'est pas la seule cause de mort apparente du nouveau-né. La compression de l'encéphale de l'enfant, quel qu'en soit le mécanisme étiologique, agit aussi, en elle-même et par les hémorrhagies des centres nerveux qu'elle peut provoquer. Il se fait ici un état spécial qui tient à la syncope. Il est encore

d'autres causes de mort apparente : l'anémie suraiguë, la compression du cœur. Vous vous souvenez du procès retentissant de cette femme que l'on avait nommée l'"ogresse," que l'on accusait d'avoir tué plusieurs enfants en leur comprimant le cœur. C'est vraisemblable. Il est des enfants qui meurent ainsi, dans les foudes, par compression du cœur. La même chose peut se produire chez les nouveau-nés, au cours d'une version par exemple. Mais, si nous éliminons ces causes toutes particulières (l'anémie suraiguë et la compression du cœur), nous voyons que la grande majorité des morts apparentes du nouveau-né se produisent par deux mécanismes : l'asphyxie lente avec perte du besoin de respirer, et la compression des centres nerveux, d'ordre extérieur ou intérieur. Dans le premier cas, il y a excès d'acide carbonique, hypertension veineuse. Dans le second, il y a arrêt du cœur et syncope. L'une est de l'asphyxie pure, l'autre un état syncopal. A la vérité, la différenciation n'est pas toujours aussi tranchée. Dans l'asphyxie pure, par compression du cordon par exemple, il y a hypertension veineuse. Il peut s'ensuivre une rupture vasculaire dans le cerveau, d'où syncope. Il est donc réel de distinguer deux degrés : l'un d'asphyxie bleue, l'autre d'asphyxie blanche, mais ces deux degrés peuvent se suivre.

Comment traiter la mort apparente des nouveau-nés ? En vous inspirant de ce que je viens de dire. Cliniquement, vous vous trouverez en présence d'enfants en état d'asphyxie bleue ou d'asphyxie blanche. Les uns ont de l'asphyxie simple, les autres des troubles des centres nerveux.

Dans l'asphyxie bleue, il faut faire respirer l'enfant. Il est peut-être une autre indication : décongestionner. Les anciens accoucheurs avaient bien vu qu'en pratiquant la saignée du cordon, les enfants revenaient à la vie. Nous avons oublié cette saignée du cordon. Elle est excellente. L'enfant, alors, a une hypertension veineuse considérable qui rend possible une hémorragie des centres nerveux. On a tout intérêt à le décongestionner. C'est une bonne méthode, d'emploi facile, que nous oublions trop. C'est un moyen collatéral, auquel il faut demander non de ranimer l'enfant, mais d'améliorer sa situation.

L'enfant en état d'asphyxie bleue a perdu le réflexe respiratoire et dépassé le moment où l'asphyxie naissante provoque le besoin

de respirer. On cherchera à ranimer le réflexe respiratoire. Utiliser d'abord les frictions, les bains chauds, les bains sinapisés. Ce sont de bons moyens pour le cas légers, alors que l'enfant est en état d'apnée à peine dépassée. Les frictions doivent être faites avec précautions. Si vous frictionnez sur la paroi abdominale, le foie du fœtus débordant les fausses côtes, vous risquez de le blesser en ramenant la main sur le thorax. J'ai observé effectivement des hémorragies du foie par ce mécanisme, des inondations sanguines péritonéales. Ayez toujours soin de frictionner du côté du dos.

Si l'état d'asphyxie continue, ayez recours aux tractions rythmées de la langue. Avec un linge ou une pince, vous prenez la langue du nouveau-né, vous l'enfoncez au fond de la bouche et vous la tirez ensuite en avant. Vous appuyez ainsi sur la région qui domine le centre respiratoire. C'est une méthode excellente, qui donne des résultats parfaits, lorsqu'il s'agit d'asphyxie bleue et de réveiller le réflexe respiratoire. On a dit que la méthode des tractions rythmées de la langue de Laborde réussissait 10 fois sur 11. Mais elle ne s'adresse qu'aux cas d'asphyxie pure, sans état syncopal. Je dois dire que, dans cette clinique, nous y avons relativement peu recours, du moins comme méthode prolongée. Beaucoup d'enfants arrivent, en effet, en état d'asphyxie légère. Quelques frictions, 2 ou 3 tractions rythmées, ramènent la respiration et l'on ne s'en occupe plus. Lorsque l'asphyxie est plus profonde, si 2 ou 3 tractions rythmées de la langue restent sans résultat, nous passons à la respiration artificielle.

Un bon instrument est l'insufflateur de Ribemont. Vous mettez un doigt sur le larynx, vous sentez les cartilages aryténoïdes, vous glissez l'instrument dessus, vous aspirez les mucosités qu'il contient, et vous insufflez l'air, posément, tranquillement.

On a accusé l'insufflation de tuer les enfants. Dans la respiration normale, a-t-on dit, le thorax s'agrandit, fait un appel de sang dans les poumons. Dans l'insufflation, au contraire, vous comprimez l'air de dedans en dehors et anémiez le poumon. Vous faites un inspiration paradoxale. L'objection est logique. Mais, rien ne vaut la clinique. Or, nous ne sommes plus à compter les faits où l'insufflation a ramené les enfants à la vie. Le cas que nous venons d'observer en est un exemple, puisque pendant 3

heures, chaque tentative d'insufflation a ramené les battements du cœur, qui s'affaiblissaient dans l'intervalle. On a accusé aussi l'insufflation d'être une cause d'emphysème, de pouvoir léser la trachée et provoquer un emphysème péritrachéal par insufflation d'air dans le tissu cellulaire. Ce sont là des accidents. De même, la possibilité de tuberculose, si l'insufflateur est lui-même tuberculeux. Ici, à la clinique Tarnier, nous sommes partisans de l'insufflation.

Y a-t-il d'autres manières de faire respirer l'enfant? Je vous signale le procédé de Schultz (il a l'inconvénient de refroidir le nouveau-né si on le prolonge), le procédé de Sylvester (souvent peu actif en raison de la fragilité de la cage thoracique fœtale), etc. En réalité, on peut s'en tenir aux excitations cutanées, aux tractions de Laborde et à l'insufflation.

Est-on sûr de toujours pouvoir ranimer un enfant en état de mort apparente? Nullement. Nous avons pratiqué comme je vous l'ai dit déjà, chez le nouveau-né observé ces jours derniers à la clinique, 3 heures d'insufflation sans résultat. Le succès est, en effet, très compromis lorsqu'il y a compression des centres nerveux et hémorragie méningée. Chez l'enfant dont je parle, qui a succombé, nous avons trouvé une hémorragie méningée à l'autopsie.

Dans le cas de syncope, ayons recours à l'insufflation. Peut-on faire plus et tenter d'atteindre la cause? Dans la syncope relevant d'anémie suraiguë, on a essayé (c'est rationnel tout au moins) l'injection d'eau salée dans la veine ombilicale. Dans la syncope par compression du cœur, la respiration artificielle est excellente pour ranimer le cœur. Dans les cas de lésions des centres internes nerveux, on a proposé la voie chirurgicale, le redressement de l'enfoncement du crâne, la ponction lombaire.

Que deviennent les enfants ainsi ranimés? Ils meurent fréquemment dans les jours qui suivent. Ceux qui survivent ont souvent une existence lamentable. Je me rappelle un de ces enfants, péniblement ramené à la vie par des heures d'insufflation. Il était atteint de paralysies multiples. A 12 ans, il était incapable de se tenir debout, la langue paralysée, strabique, en état d'idiotie. Il était resté de graves lésions des centres nerveux. Il en est bien des fois ainsi, à un degré plus ou moins accusé. Pour

quoi, demanderez-vous alors, ranimer avec tant de peine des enfants pour arriver à un pareil résultat? C'est que, d'abord, le médecin n'a pas le droit de ne pas essayer de retenir une existence humaine, quelle qu'elle soit. Et puis, vous n'êtes pas sûr que ce nouveau-né que vous secourez n'est pas un génie qui naît. Ne riez pas! Le 28 août 1749, une sage-femme de Francfort-sur-Mein, accouchait la fille du bourgmestre. Le travail était long, un médecin fut appelé. L'enfant vint en état de mort apparente. Les efforts du médecin réussirent à le ranimer. Savez-vous qui était cet enfant? c'était Goëthe!

---

### DES DIVERS TRAITEMENTS DE L'OPHTALMIE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS (1)

Par le docteur Terson

Les travaux les plus récents publiés tant en France qu'à l'étranger, touchant le traitement de la conjonctivite purulente des nouveau-nés dans sa forme grave (2), de même que les communications sur ce sujet faites à l'Académie de Médecine, montrent une certaine divergence d'opinions des ophtalmologistes sur la valeur comparative des sels d'argent et sur la manière de conduire la médication.

Les uns "restent fidèles," selon une expression assez courante au nitrate d'argent, avec des différences dans l'application, n'employant que très accessoirement les nouveaux sels d'argent de nature organique. Les autres, au contraire, ont adopté presque exclusivement ceux-ci: le protargol, l'argyrol (pour ne citer que les plus en vogue), qu'ils préconisent à outrance, considérant comme surannée ou dangereuse l'ancienne médication par le nitrate d'argent.

N'y a-t-il point des deux côtés un peu de parti pris? Devons-nous simplement nous ranger parmi les partisans de l'un ou de l'autre de ces deux systèmes de traitement? Devons-nous au con-

(1) Par le docteur Terson, dans *Gazette Médicale de Paris*, Août 1911.

(2) J'appelle forme grave ou présumée telle (en l'absence de tout examen bactériologique) toute conjonctivite du nouveau-né débutant par un gonflement plus ou moins considérable des paupières, s'accompagnant rapidement d'une sécrétion abondante d'aspect purulent.

traire, pour faire un choix judicieux, rechercher les indications résultant de l'observation clinique précise de chaque cas et combiner au besoin l'ancien et le nouveau traitement? Telles sont les questions que je viens exposer devant vous.

Je crois devoir tout d'abord affirmer les bienfaits constants de la médication par le nitrate d'argent *quand la purulence est déjà bien établie*, si on l'applique en solution, au pinceau, une ou deux fois par jour, sur les paupières bien renversées et rapprochées l'une de l'autre, neutralisée aussitôt après par le chlorure de sodium, afin que la cornée reste indemne de tout contact avec le caustique.

Quant au degré de la solution pour ce genre de technique, la formule donnée dans l'*Encyclopédie française d'ophtalmologie* me paraît assez heureuse: "Pas moins qu'au 50e, pas plus qu'au 30e." Plus faible, elle peut être insuffisante pour l'obtention d'une guérison rapide et sans complications, quand une suppuration abondante s'oppose à son contact bien direct avec la muqueuse infectée. Plus forte, elle provoque une eschare dont l'élimination trop lente n'est pas sans dangers.

C'est la pratique que j'ai suivie pendant plus de quarante années, la tenant de mon ancien maître Wecker, très utilement aidée au besoin de scarifications répétées. Je ne suis donc pas ennemi de la médication ancienne.

Mais j'ai eu, depuis quelques années, l'occasion réitérée d'observer des faits remarquables, impressionnants, à la suite de l'emploi des nouveaux sels d'argent, seuls ou aidés d'un désinfectant à dose modérée, le protargol d'abord, l'argyrol ensuite, qui ont modifié dans une certaine mesure mes opinions antérieures; d'autant plus intransigeantes pendant quelque temps, que j'avais été appelé en consultation pour un grave insuccès dû au protargol appliqué à dose croissante, heureusement atténué par le nitrate d'argent et les scarifications.

Ces faits nouveaux m'ont amené à reconnaître que les sels organiques d'argent, bien maniés, sont notre arme de choix pour prévenir (je ne dis pas guérir d'une façon absolue) les complications les plus redoutables.

Quelques très brèves considérations sont ici nécessaires pour bien préciser ma pensée à cet égard.

Nul n'ignore qu'au début de l'infection, c'est l'œdème inflammatoire qui domine, avec un gonflement quelquefois si considérable des paupières, qu'on peut avoir grand'peine à les retourner, la sécrétion étant encore fluide, ascitique, pour ainsi dire; la vraie purulence ne venant remplacer que vers le troisième jour la sécrétion citrine primitive. Or, de l'avis de la plupart des cliniciens, c'est l'intensité de l'infiltration œdémateuse, durant la première semaine qui, par la gêne apportée à la nutrition de la cornée, serait l'origine du processus aboutissant en quelque sorte secondairement à son infection et à sa nécrose.

L'ophtalmie blennorrhagique de l'adulte, à marche quelquefois foudroyante, peut à cet égard servir de modèle d'observation, de même que la conjonctivite pseudo-membraneuse, où les lésions cornéennes précèdent le franc établissement de la purulence.

Il s'agit donc, pour les premiers témoins de l'infection, la sage-femme ou le médecin-accoucheur, bien plus de combattre l'intensité de l'œdème conjonctivo-palpébral, que de lutter contre une suppuration presque existante à ce moment. C'est pour ce motif que nos maîtres conseillaient, avant la connaissance des nouveaux sels d'argent, de commencer les cautérisations seulement quand la suppuration est bien établie, croyant le nitrate d'argent susceptible d'augmenter momentanément l'infiltration palpébrale et de donner à l'infection les allures d'une conjonctivite à fausses membranes, si souvent désastreuse pour la cornée avant l'application de la sérothérapie. C'est dans la même pensée que l'on a conseillé l'emploi si utile des scarifications et des divers désinfectants, acide phénique, sublimé, que le permanganate a avantageusement remplacés. Enfin c'est aussi par crainte de ces mêmes accidents, que nous avons vu, dans le cours d'un demi-siècle, les praticiens abaisser de façons diverses le titre de la solution argentine, de un tiers à 1/10, 1/30, 1/40, 1/50, 1/100, 1/200 et même 1/600 (Burkart).

Mais, en plus de cette contre-indication, à la période de début, le nitrate d'argent présente incontestablement et à toutes doses, l'inconvénient, particulièrement fâcheux en médecine infantile, d'être très douloureux; et lorsqu'il faut renouveler deux fois par jour la cautérisation, cela devient pour le petit malade un véritable supplice, qui le rend irritable à l'excès. Aussi a-t-on été conduit à tirer tout le parti possible de la médication par les nou-

veaux sels d'argent de nature organique, dont l'inappréciable avantage est d'être peu douloureux, si l'on emploie le protargol; indolore même si l'on s'adresse à l'argyrol. Ce mérite suffisait pour que chacun de nous eût le devoir de s'assurer si l'action médicamenteuse de ces sels est à peu près équivalente à celle du nitrate d'argent et s'ils ont un caractère nettement curatif.

Mon expérience personnelle réitérée, dans des cas d'une haute gravité, m'a paru démontrer que les sels organiques d'argent possèdent *contre la phase de début de l'infection* non seulement une équivalence d'action, *mais l'importante supériorité sur le nitrate, de pouvoir être appliqués sans danger, dès la première heure et avec un résultat des plus saisissants, contre l'œdème le plus intense, le plus dur; et cela à une dose très modérée et par cela même inoffensive; à la condition toutefois de multiplier d'autant plus les instillations que le titre de la solution employée est plus faible et que les signes de l'infection sont plus accusés.*

C'est depuis que j'ai agi d'après ces idées que j'ai vu les signes du début, en apparence les plus violents, s'atténuer rapidement, ne laissant après eux qu'une sécrétion assez peu virulente; ce qui permet déjà de rassurer l'entourage sur les suites de la maladie. Cette sécrétion cesse en effet souvent par la continuation d'instillations un peu moins fréquentes, dans un délai aussi court que par l'ancien système de traitement. Elle peut exiger une instillation journalière de plus de nitrate à 1/100. Au pis aller, un petit nombre de cautérisations avec la solution au 50me, d'après les règles rappelées plus haut, en ont définitivement raison.

Quel est du protargol ou de l'argyrol, le sel organique de choix? Les deux sont excellents; mais j'emploie de préférence l'argyrol pour les nouveau-nés et les jeunes sujets, parce qu'étant inodore il se prête mieux à la pratique systématique au début des instillations *toutes les heures jour et nuit*, qui s'accomplit presque sans réveiller l'enfant. Nous ne devons pas oublier, en effet, comme l'a justement dit M. Lagrange dans sa réponse à M. Motais à l'Académie de médecine, "que le petit malade guérira d'autant plus vite qu'il s'alimentera mieux."

L'argyrol à 1/10 équivaut, paraît-il, au nitrate à 1/100 comme bactéricide, et c'est la dose habituelle, qu'on peut doubler et tripler sans le moindre danger, si la détente ne semble pas se dessiner après 24 à 48 heures.

Le protargol donne les mêmes résultats à 1/20 seulement, qu'on porte à 1/10 s'il y a lieu. Mais il est plus douloureux et partant moins commode chez les enfants, pour le système d'instillations très fréquentes au début. Il présente en outre, au dire de ceux qui l'ont le plus préconisé, le désagrément de provoquer sur la conjonctive bulbaire, pour peu que le traitement se prolonge, la coloration brun-jaunâtre désignée sous le nom d'argyrose. J'ai été récemment consulté par une dame, dont les yeux, trop longtemps traités au protargol avaient conservé depuis plusieurs années un aspect assez étrange, que rien n'avait pu atténuer. L'argyrol, plus soluble, ne présente pas cet inconvénient au même degré; et c'est un motif de plus pour le préférer.

Quant au permanganate, dont on a fait abus et dont, entre parenthèses, mon fils Albert a été, je crois, le promoteur (*Arch. d'ophth.* Paris 1892), il peut aussi être très utile si la guérison est traînante; mais la solution à 1/5000, employée deux ou trois fois dans les 24 heures, suffit à titre d'adjuvant de la médication indiquée plus haut; des lavages fréquents à l'eau bouillie tiède, devant écarter la suppuration, pour ainsi dire à mesure de sa production.

Tel doit donc être à mon sens le traitement en quelque sorte successif et éclectique de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés: les nouveaux sels d'argent, *indolores d'abord*, en instillations très fréquentes, comme pierre de touche de la gravité et de la résistance de la maladie.

Ce traitement peut être confié à l'entourage du malade et sera exécuté ponctuellement, si les parents sont bien prévenus du danger de toute négligence à cet égard.

Puis, au deuxième plan, le vieux traitement par le nitrate d'argent un peu modernisé, qui, dans des mains habiles, restera la pierre angulaire, si nos nouvelles armes un peu légères se montrent impuissantes à enlever les dernières traces de l'infection dans les cas les plus rebelles ou compliqués.

Les lotions désinfectantes au permanganate de potasse (ou mieux de chaux), à la dose modérée de 1/5000, compléteront la cure qui, en général, se terminera sans encombre si le mal a été pris à temps.

Si l'on est appelé trop tard et que la cornée soit déjà atteinte, les instillations de nitrate sont dangereuses à tous égards. S'il y

a déjà une perforation de la cornée, la conduite à tenir doit varier selon son étendue. Si celle-ci est large, les *sels indolores* doivent seuls être employés, pour éviter que le petit malade aggrave encore par des contractions violentes l'éventration de l'œil.

Si la perforation est étroite ou seulement imminente, l'habileté du spécialiste consistera à retourner les paupières sans appuyer sur le globe et à appliquer avec la plus grande prudence la solution de nitrate au 40e ou au 50e, qui souvent conjurera le danger, avec l'adjonction d'instillations d'ésérine, bien mieux indiquées que celles d'atropine pour empêcher une trop forte hernie de l'iris.

J'ai cité au Congrès d'ophtalmologie de Paris, en 1906, deux cas des plus remarquables, dont l'un était une conjonctivite blennorragique d'adulte guérie sans complications, par la pratique que je recommande. J'ai montré le 1er mai 1909, à la Société de médecine de Toulouse (quatre jours avant la communication de M. Motais à l'Académie de médecine de Paris, sur les bons effets du protargol) un enfant âgé de six semaines, amené depuis trois jours seulement à notre consultation, avec les paupières absolument closes et pleines de pus qui, sous l'influence unique d'instillations d'argyrol à 1/10, pratiquées d'heure en heure jour et nuit, tenait déjà ses yeux ouverts, dont l'un nous laissait voir sa cornée à moitié détruite; et cet enfant, venu d'un département éloigné du nôtre, était remporté après une semaine presque entièrement guéri.

M. le professeur Audebert a eu l'occasion de voir avec moi une jeune fille, élève sage-femme, qui s'était inoculé par mégarde une conjonctivite purulente des plus intenses, présentant déjà une ulcération infectée de la cornée, heureusement guérie aussi par l'argyrol d'heure en heure et de fréquents lavages.

J'ai tâché de faire ressortir la part de vérité nouvelle que nous devons aux progrès incessants de la chimie médicale moderne, tout en désirant conserver précieusement ce que nos prédécesseurs nous ont légué de bon et d'utile, touchant une question vraiment sociale, dont l'intérêt reste vivant malgré les innombrables travaux qu'elle a suscités.

---

## ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

CONGRÈS DE LYON  
(22 - 25 octobre 1911)

Le Congrès français de médecine tenu cette année à Lyon sera l'occasion de la fondation de l'Association des médecins de langue française.

Il sera donc très important à ce point de vue, et aussi par le nombre des congressistes venus de tous les pays, et par le nombre et la valeur des rapports médicaux qui y seront discutés.

Les médecins du Canada inscrits à ce Congrès recevront une lettre d'invitation qui leur permettra: 1° d'obtenir sur les bateaux de la Cie Transatlantique une cabine extérieure pour le prix d'une cabine intérieure. 2° de voyager à demi-tarif entre Paris et Lyon.

## ANALYSES

### MEDECINE

Etude de statistique clinique de 134 cas de cancer de l'œsophage et du cardia. (Lucien LAMY. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, n° 8, août 1910.)

La fréquence de ces cancers dans l'ensemble des cancers du tube digestif est d'environ 32 p. 100, le sexe masculin, ainsi que l'alcoolisme, paraissent y prédisposer; il s'agit le plus souvent d'une tumeur unique sans tendance marquée à la généralisation.

Le début s'annonce le plus souvent par une *dysphagie* progressive, qui fait place à une sténose absolue huit mois environ après le début des accidents.

Cette dysphagie s'accompagne assez souvent de *douleurs*, soit provoquées par le passage du bol alimentaire, soit spontanées, spécialement pendant la nuit.

Un des symptômes très important est la *régurgitation*: tantôt il s'agit de régurgitations avec efforts de toux, tantôt d'une simple rumination: la présence de *sang* est un excellent symptôme qui souvent fait défaut.

L'anémie est moins profonde que dans le cancer de l'estomac, l'amaigrissement est surtout marqué à mesure que s'accroît la

gène de la déglutition. L'appétit est plus souvent conservé, l'évolution se fait entre six mois et un an.

Il existe de nombreuses *formes cliniques*: 1° à *début brusque*, soit par dysphagie, soit par douleur intense, soit par sténose absolue d'emblée, c'est alors que le diagnostic avec le spasme se pose et qu'il faut faire appel, pour parvenir à une opinion définitive à la radioscopie, au cathétérisme, à l'œsophagoscopie; 2° *forme latente*; certains de ces cancers peuvent être latents pendant toute leur évolution, où l'un quelconque des signes cardinaux peut faire défaut (douleur, régurgitation); 3° *forme à prédominance d'un symptôme* (on a décrit l'exagération du réflexe œsophago-salivaire de Roger); il existe des formes *suivant la durée* (évolution lente, évolution rapide, forme avec rémissions), *suivant le siège de la tumeur* (tiers moyen, cancer du *cardia*, avec douleurs très vives, perte de l'appétit, et régurgitations à peu près constantes); enfin on peut décrire des formes cliniques dont la symptomatologie est modifiée par l'apparition de *complications* (hémorragies et complications *laryngo-trachéo-pulmonaires*).

---

**Hygiène générale et de l'entourage du typhique, dans *La Clinique*, de Paris, 1911.**

Il faut que la chambre dans laquelle se trouve le malade soit débarrassée des tentures, des tapis, qu'il y ait des draps tendus tout autour. La température doit y être de 18 degrés environ pour que le malade ne se refroidisse pas.

La contagion est fréquente, pour les personnes qui sont constamment autour du malade. Elle se fait surtout par les urines ou les matières fécales. Il faut que ces personnes se munissent de blouses et qu'elles se lavent soigneusement les mains dès qu'elles ont touché les urines ou les fèces.

Les matières fécales seront désinfectées avant d'être jetées. On emploiera soit du sulfate de fer, soit de l'hypochlorite de chaux. On mettra les selles dans un seau spécial et on ne les jettera dans la fosse d'aisance *que lorsqu'elles auront été désinfectées*.

Lorsqu'un typhique est guéri, il est encore pendant longtemps un porteur de bacilles et il peut propager la maladie, soit par ses matières, soit par ses urines, soit par ses crachats. Donc, lorsqu'un typhique convalescent va se reposer à la campagne, il faut le prévenir des dangers qu'il peut faire courir à son entourage, et prévenir également de ce danger, ceux qui le reçoivent.

---

**Le signe de d'Espine dans le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'adulte, par le Dr M. ROCH. (Semaine médicale, 1911, et Progrès Médical, avril 1911.)**

Le signe de d'Espine consiste dans le retentissement exagéré et le timbre broncho-phonique de la voix, surtout de la voix chuchotée, qu'on constate en auscultant sur la colonne vertébrale. Ce procédé d'examen, d'abord appliqué exclusivement au diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant, peut rendre également de grands services dans le diagnostic de l'adénopathie de l'adulte.

La méthode consiste à ausculter le cou en arrière sur les vertèbres cervicales avec un stéthoscope à petite embouchure ou avec l'oreille en faisant prononcer par le malade aussi distinctement que possible le chiffre trois cent trente-trois; chez le sujet normal, on perçoit une transmission de la voix sous forme d'un bourdonnement qui s'entend jusqu'au niveau de l'apophyse épineuse de la septième cervicale; dans l'adénopathie trachéo-bronchique, le timbre bronchique est transmis beaucoup plus bas, dans un espace qui varie entre la septième cervicale et la quatrième ou cinquième dorsale correspondant à la région ganglionnaire postérieure classique.

Quand l'auscultation de la voix haute ne donne pas de résultat, on fait pratiquer au sujet l'articulation des mots à voix basse; on entend alors, en cas d'adénopathie, un chuchotement analogue à la pectoriloquie aphone des épanchements pleuraux et qui a la même valeur sémiologique que la bronchophonie proprement dite.

Roch, en recherchant le signe de d'Espine chez l'adulte, a pu le rencontrer plus de 30 fois; il est particulièrement fréquent chez les tuberculeux pulmonaires; il est préférable de le chercher en faisant compter le malade à voix basse, le retentissement dans ce cas se localisant avec beaucoup plus de rigueur. Au point de vue de la localisation, on ne doit pas, chez l'adulte, considérer comme pathologique le retentissement sur la septième cervicale et les deux ou trois premières dorsales; à la quatrième apophyse épineuse dorsale, on n'obtient à l'état normal qu'un murmure vocal affaibli et lointain; un chuchotement exagéré à ce niveau est donc déjà pathologique, mais il vaut mieux n'admettre comme franchement positif que le signe constaté sur la cinquième et sixième apophyse. Encore faut-il, pour que le signe garde toute sa valeur, qu'il n'existe pas de grosses lésions pulmonaires susceptibles de provoquer un retentissement exagéré de la voix non seulement aux foyers habituels d'auscultation pulmonaire mais encore sur les vertèbres avoisinantes.

---

De l'albuminurie dans l'amygdalite chronique, par GRUET, dans  
*Rép. Med. International*, août 1911.

L'albuminurie s'observe parfois dans l'amygdalite chronique, dans la forme lacunaire notamment, ainsi que dans certains abcès tonsillaires chroniques ou à répétition. Cette complication peut échapper longtemps à l'attention du médecin, qui traitera sans succès les troubles fonctionnels pouvant résulter de l'amygdalite chronique et qu'il qualifiera de fièvre catarrhale ou d'embaras gastrique. Il ne s'agit ici que d'une albuminurie simple, transitoire, à type intermittena, subcontinue ou orthostatique, sans lésion notable des reins.

Dans l'angine aiguë, cette complication relève généralement d'une toxémie. Il en est de même dans l'angine lacunaire chronique. Les cryptes sont remplies d'amas caséux où pullulent les microbes, et si par l'inflammation les orifices des cryptes se rétrécissent ou se ferment, on a une véritable culture en vase clos, et la toxémie en est la conséquence. Ou encore les amas caséux infectés sont déglutis et certains des éléments solubles peuvent être résorbés par la muqueuse intestinale. De même la déglutition du pus peut engendrer des fermentations dans l'estomac. L'intoxication, qui résulte du trouble des fonctions digestives à prolonger l'albuminurie dont le point de départ réside dans le foyer amygdalien. Cependant la dyspepsie ne se développe guère que chez les prédisposés, et l'absence de cette prédisposition jointe à une résistance spéciale du rein, explique la rareté relative de cette variété d'albuminurie chez les porteurs d'amygdalite caséuse.

La grande fétidité de l'haleine est un symptôme habituel de l'angine lacunaire avec albuminurie.

Le traitement consiste à supprimer le foyer infectieux. La dissection de l'amygdale est insuffisante. Le section du pilier antérieur avec de longs ciseaux, portant sur la partie supérieure du pilier et dirigée de bas en haut et de dedans en dehors, découvre l'amygdale farcie de dépôts caséux, de calculs, et permet de faire l'évacuation des cryptes; ce procédé est parfois suffisant. Le morcellement de la glande avec la pince de Ruault est l'opération adoptée par la plupart des médecins; on est obligé parfois de d'abord libérer la glande de ses adhérences avec les piliers. Le morcellement supprime radicalement le foyer infectieux.

---

**Faut-il toujours chercher à combattre l'hypertension artérielle ?** par  
MARTINET, dans *Rép. Méd. International*, août 1911.

L'auteur fait cette première constatation que la tension maxima normale, physiologique, peut varier dans des limites assez étendues d'un individu à l'autre (de 12 à 18 au sphygmomètre).

Les individus normaux, mais à petite aorte et à petit cœur, peuvent avoir petite tension. L'hypertension artérielle traduit en général la réaction de défense de l'organisme luttant contre un obstacle quelconque à la circulation périphérique, artérielle ou capillaire, parenchymateuse, etc. Le cœur fait en un mot acte salutaire d'adaptation en luttant victorieusement contre la résistance exagérée par l'hypertrophie. Une fois l'obstacle vasculaire vaincu et l'équilibre cardio-vasculaire atteint, il y a compensation exacte entre la résistance vasculaire augmentée et la puissance cardiaque accrue proportionnellement. L'hypertension étant donc l'indice d'une action salutaire accomplie, en pareil cas, il peut être rationnel et dangereux de lutter toujours et aveuglément, sauf indications spéciales, contre le symptôme hypertension considéré en soi. Il n'est logique d'agir contre l'hypertension artérielle que dès l'apparition de symptômes artériels, indice d'une hypertension très exagérée telle que dyspnée d'effort, céphalalgie, vertige, bouffées de chaleur, épistaxis, etc. La médication hypotensive s'imposera alors.

Dans les hypertensions pathologiques, il existe une limite inférieure d'hypertension irréductible, au-dessous de laquelle on ne parvient à abaisser la tension maxima qu'en rompant l'équilibre cardio-vasculaire au détriment du myocarde, en transformant l'hypertendu compensé en un asystolique. Tout abaissement de la tension minima, est l'indice d'un fléchissement du myocarde: il est funeste. Tout abaissement progressif de la tension maxima, qui s'accompagne d'un abaissement appréciable de la tension minima, est l'indice d'une hypotension artérielle véritable primitive: il est à l'ordinaire favorable. L'observation clinique enseigne toutefois que, pour un hypertendu donné, il existe une limite inférieure d'hypertension irréductible qu'il ne faudra pas dépasser par une médication intempestive, sous peine de porter préjudice au myocarde.

## CHIRURGIE

**Empoisonnement par l'oxyde de carbone terminé par la gangrène des deux jambes.** (Angus MCLEAN. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LVI, n° 20, 20 mai 1911, p. 1455-1457).

L'empoisonnement par l'oxyde de carbone est loin d'être rare; c'est l'oxyde de carbone qui joue un des principaux rôles dans l'empoisonnement par le gaz d'éclairage. Les symptômes du début guérissent assez vite, mais il ne faudrait pas croire que la guérison soit dès lors assurée. Une grande partie des globules du sang a été détruite; il faut du temps pour qu'ils se régénèrent; d'où une longue période de convalescence où la nutrition des tissus est défectueuse. C'est cette mauvaise nutrition qui explique le cas de gangrène rapporté par l'auteur; il s'agit là d'une complication très rare, mais intéressante.

Homme de vingt-deux ans, empoisonné accidentellement par du gaz d'éclairage contenant 7 p. 100 d'oxyde de carbone. Coma pendant quarante-huit heures; au bout de cinq jours, guérison apparente sauf que le malade se plaint de douleurs dans les jambes. Sept jours après l'accident, douleurs violentes, œdème et plaques brunâtres sur la peau au-dessous des genoux. Les plaques sont froides et insensibles. Deux semaines après, gangrène humide. Amputation des deux jambes. Convalescence très orageuse. Escarres nombreuses, gangrène des lambeaux, globules du sang régénérés, peu de leucocytes, pas de coagulabilité du sang. Une seconde régularisation des moignons devint nécessaire. Guérison complète quatre mois après l'empoisonnement.

L'auteur rapporte également un cas de thrombose de la veine axillaire après empoisonnement par l'oxyde de carbone. Ces deux cas démontrent combien il faut peu se presser de déclarer les malades guéris.

---

**Le traitement actuel des tuberculoses ostéo-articulaires,** par le Dr P. SOURDAT (d'Amiens), dans *La Clinique*, de Paris, 26 mai 1911.

Le traitement des tuberculoses osseuses et articulaires des enfants et des adolescents est-il à la veille de prendre une direction nouvelle qui le ramènerait aux méthodes sanglantes? On peut le croire, à lire les résultats obtenus depuis plus de deux ans par les chirurgiens lyonnais, en nombre assez grand pour retenir l'attention.

Quel était jusqu'à présent l'état de la question ?

I. — L'accord semblait établi sur deux points ; il était unanime pour les tuberculoses profondes, vertébrale ou pelvienne, inaccessibles, sans délabrements énormes ; l'immobilisation, les ponctions, avec ou sans injections modificatrices, suffisaient, avec le traitement général, pour guérir les bons cas ; les autres restaient au-dessus de nos ressources, et quand ils devenaient suppurés, infectés, fistuleux et fébriles, en l'absence de la possibilité d'établir un drainage suffisant, l'injection dans les trajets de la pâte bismuthée de Beck restait l'ultime tentative de ceux qui ne se résignaient pas à l'inaction. Dans les tuberculoses superficielles, côtes, ostéites diaphysaires limitées du cubitus, du radius, du tibia, du malaire... avec séquestre entretenant une suppuration prolongée, l'évidement était accepté ; sa bénignité, ses bons résultats ne retenaient contre lui que la crainte, pour une certaine catégorie de malades, d'une cicatrice disgracieuse.

Mais pour les ostéo-arthrites des grandes articulations, hanche et genou, surtout, cou-de-pied, coude, poignet, articulations du pied et de la main, deux méthodes se partageaient la faveur du public médical. Toutes deux sont *conserveatrices*, si ce terme signifie qu'elles s'interdisent toute exérèse susceptible de compromettre l'accroissement des membres ; mais, tandis que, pour l'une, "la tuberculose n'aime pas le bistouri," l'autre admet les *résections atypiques*, grattages étendus, ouverture large et drainage facile des foyers, à ciel ouvert, après ablation des séquestres et des fongosités. L'une et l'autre méthode ont leurs indications, leurs succès ; imparfaites toutes deux, elles sont passibles d'objections sérieuses.

Les ponctions, les injections modificatrices suffisent à la guérison des lésions superficielles, synovites avec masses fongueuses, des abcès sans grande tendance à l'aggravation. Avec l'immobilisation rigoureuse, elles guérissent les *bons cas*, en réduisant au minimum les chances d'ouverture et d'infection secondaire des foyers.

Mais, quoi qu'on en ait dit, elles ne diminuent pas ou guère, même précoces, c'est avéré aujourd'hui, la durée du traitement, qui se chiffre toujours par années, dans les tuberculoses vraies. Surtout très empirique, elle ne satisfait pas l'esprit : elle repose d'abord sur une conception anatomo-pathologique erronée l'origine synoviale de la tuberculose articulaire. Le point de départ osseux de celle-ci n'est plus à établir ; or, on admettrait difficilement, si même l'expérience journalière ne démontrait le contraire, que l'injection intra-articulaire va influencer un séquestre enclavé

dans l'épiphyse, à distance de la synoviale qu'il a inoculée par un trajet souvent étroit et détourné. Quant à la vertu spécifique de chacun des liquides employés, leur nombre, leurs modifications continuelles, les théories parfois contradictoires édifiées pour en expliquer l'action, la rendraient au moins suspecte. Chacun, par contre, sait comment certains abcès froids guérissent par la ponction simple sans injection aucune.

Mais, en face de ces cas complaisants, un fait incontestable s'impose : *il n'y a pas de méthode conservatrice qui, dans les cas sérieux où les os sont gravement atteints, puisse s'opposer à leur fonte*. Près de ces cas qui s'aggravent en dépit du traitement conservateur se placent ceux qui récidivent après des mois, des années de guérison en apparence.

Telles sont les considérations qui décident les "interventionnistes" à reprendre le bistouri. L'épouvantail de la résection typique, dûment condamnée à l'unanimité, n'est plus d'actualité; ils s'interdisent de toucher aux extrémités fertiles. Leur traitement est logique lorsqu'ils curettent en une séance les fongosités que les injections mettraient des semaines à fondre, lorsqu'ils enlèvent un séquestre entretenant une fistule depuis une ou plusieurs années, lorsqu'ils suppriment un foyer juxta-articulaire menaçant les synoviales voisines. Pourquoi donc la méthode saignante avait-elle si peu de partisans chez nous, où d'un côté Ménard (de Berck) et ses élèves, de l'autre les chirurgiens de Lyon étaient presque ses seuls défenseurs? C'est que les suites de cette chirurgie n'étaient rien moins que séduisantes: complications infectieuses immédiates, longueur et minutie des pansements consécutifs très douloureux, risques d'infection et de repullulation des produits tuberculeux pendant les longs mois de la convalescence, résultats esthétiques et orthopédiques souvent médiocres, parfois mauvais à la suite de ces cicatrisations interminables.

De celles-ci, les malades des milieux hospitaliers faisaient péniblement les frais, et l'absence de services spéciaux, le peu d'intérêt habituellement accordé à ces affections, n'étaient pas faits pour perfectionner la technique. Aussi la chirurgie était-elle réservée aux cas désespérés, tout au moins avancés, comme unique chance de sauver de l'amputation un membre depuis longtemps multifistuleux ou, de la mort, un malade fébrile déjà porteur d'un gros foie et de reins insuffisants. La méthode en était chargée d'autant.

En résumé, aux injections manifestement impuissantes dans beaucoup de cas, on opposait une intervention logique, sans doute, mais d'exécution lente, douloureuse, souvent décourageante, bref peu séduisante.

II. C'est elle qu'ont modifiée les chirurgiens lyonnais en posant comme base les principes suivants :

Le drainage, considéré jusqu'à présent comme indispensable, était commandé par le défaut d'asepsie. " Or, après résection ou évidement osseux pratiqués de façon aseptique, on peut et on doit supprimer tout drainage, non pas seulement parce qu'on ne risque aucune complication infectieuse, mais aussi pour éviter les infections post-opératoires au cours des pansements.

" Lorsqu'il s'agit de cavités profondes, infectables, suintantes, il est nécessaire de les combler."

L'observation de ces principes implique dans la technique deux points essentiels :

1° Opération absolument aseptique : gants, masques, champs renouvelés aussi souvent qu'il est nécessaire au cours de l'opération ; bande d'Esmarch, toilette pré-opératoire soigneuse, évacuation du pus, quand il y en a, sans inonder le champ opératoire, par aspiration ; curettage minutieux de l'os ou de l'articulation. *Assèchement exact* de la cavité à l'air chaud, si le suintement est impossible à tarir ; tamponnement pendant quarante-huit heures à l'eau oxygénée. Nous sommes loin, comme on voit, de ces curettages pratiqués à bout de doigt ou de curette, au milieu du sang, du pus et des fongosités, un doigt explorateur toujours prêt à fouiller le trajet creusé par la curette ! Ce premier point se résume en deux mots : *asepsie, hémostase*.

2° Immédiatement, si l'hémostase est bonne, après quarante-huit heures si l'on a dû tamponner, " plombage " de la cavité au mélange iodoformé de Mosevig. Suture exacte de la plaie. Si l'on était forcé de drainer, le drain devrait passer en dehors de la ligne de sutures, par un trou spécial. Bref : *obturation, occlusion*.

Grâce à cette technique, les suites opératoires se réduisent à quelques pansements, le premier au bout d'un mois, les suivants à deux mois d'intervalle. Parfois un peu de mélange s'élimine, à ces pansements, par un point désuni de la suture, sans inconvénient du reste. La résorption du mélange, contrôlée par les rayons X, permet de surveiller le travail de réparation qui se fait au niveau de la cavité.

Les contre-indications sont : le siège trop profond des lésions ou leur extension : rachis, bassin ; le bas âge des enfants toujours enclins au-dessous de trois ans aux généralisations méningées, aux lésions multiples, et s'accommodant mal d'un séjour à l'hôpital ; enfin, la *fistulation* ou l'*infection secondaire* du foyer. Les auteurs, remarquons-le, ne donnent pas leur méthode comme celle des cas désespérés ; ils s'adressent " aux formes d'ostéite os d'os

téo-arthrite graves, qui s'aggravent et suppurent malgré le traitement conservateur rigoureusement conduit." (1)

Ainsi exécutée, l'intervention donnerait une guérison accélérée et durable.

Telle est la nouvelle technique proposée. Les résultats publiés datent maintenant de trois ans, deux ans et demi, deux ans et moins. Assurément c'est le temps qui jugera définitivement la méthode; mais, pour ceux qui ont la pratique des interventions contre la tuberculose ostéo-articulaire, la suppression des pansements ultérieurs, si pénibles et si longs, serait déjà à retenir, le résultat final fût-il seulement égal à ce qu'il était antérieurement; la lecture des observations publiées nous fait espérer mieux encore; en tout cas, l'observation d'une technique plus aseptique n'est pas de celles qui comportent plus de danger pour le malade, et puisqu'il a fallu aux "interventionnistes" en venir à nos jours pour mettre leur technique au niveau des progrès de la chirurgie moderne, ils auraient mauvaise grâce à reconnaître que bien peu jusqu'ici avaient suivi ce progrès.

La confirmation des résultats publiés sera de nature à généraliser la faveur avec laquelle, dans le milieu des Lyonnais, ces tages ont été accueillis, et à étendre les conquêtes rapides qu'a faites chez eux la méthode nouvelle.

---

**Suture de la paroi abdominale. Le meilleur procédé.** Par V.

PAUCHET, dans *La Clinique*, 19 mai 1911, et *Rép. Internat.*, août 1911.

De tous les modes de suture de la paroi abdominale, si l'on excepte la réunion plan par plan de l'incision de Pfannenstiel pour les petites lésions ou de Mac Burney pour l'appendicite, de tous ces modes de réunion, le meilleur est incontestablement la suture en un plan à l'aide du fil de bronze-aluminium. C'est à la fois le procédé le plus rapide, le plus simple et celui qui met le plus sûrement à l'abri des infections de la paroi et des éventrations secondaires.

La suture en un plan ne suppure jamais; elle reconstitue une bonne paroi. Les points séparés prenant en masse tous les plans abdominaux, les maintiennent en contact une quinzaine de jours. La réunion est donc suffisante et complète lorsque le malade se re-

(1) Vignard et: *Loc. cit.*

lève. La réunion avec le catgut ou le fil de lin n'assure jamais cette coaptation parfaite. Les cicatrices ne sont pas plus disgracieuses; au bout de six mois on ne voit aucune différence entre l'esthétique des cicatrices que crée la suture en un plan et les réunions en trois ou en deux plans. Le drainage ne laisse aucune trace. Le malade peut se lever au bout de dix jours.

---

**Nouveau mode de stérilisation du catgut**, par EFISIO LAY, dans (*Policlino, sect. prat.*, 1911, n° 15).

Le catgut brut est roulé sur des bobines; on le met en flacons larges, bouchés à l'émeri. Ces flacons, débouchés, sont placés dans l'étuve à sec et on les porte lentement à 130°, température à laquelle on les laisse pendant une vingtaine de minutes; on éteint la flamme et on laisse revenir à la température ambiante. Puis alors on remplit les flacons d'alcool iodé (iode à 1 p. mille dans l'alcool à 90°).

On peut employer le catgut au bout d'une heure. Les recherches bactériologiques et les résultats opératoires ont montré la stérilisation parfaite du catgut ainsi préparé.

---

**Conservation des gants et objets en caoutchouc**, par LYNCH, (*Medical Record*, 1911.)

Après ébullition des gants, l'auteur les plonge dans un récipient renfermant de l'eau stérilisée à laquelle il ajoute du formol dans la proportion de 1 pour 10.000. Il a pu ainsi conserver des gants en caoutchouc pendant un an; au bout de ce temps-là, ils n'avaient pas la moindre altération. Si le gant était perforé au cours d'une opération, on doit le réparer avant de le soumettre à ce traitement.

---

**PEDIATRIE**

**Discussion sur la vaccination précoce du nouveau-né.** (*Société d'Obstétrique de Paris*, séances de mai, juin et juillet 1911.)

Au début de janvier 1911, l'Administration générale de l'Assistance publique transmet au chef de service des maternités pa-

risiennes une décision préfectorale enjoignant de vacciner les nouveau-nés, non plus au moment de leur sortie de l'hôpital c'est-à-dire vers le 10<sup>e</sup> jour, mais d'une façon beaucoup plus précoce, dans les 3 premiers jours. Or, le 18 mai dernier, Bonnaire rapportait à la *Société d'Obstétrique de Paris* un cas de mort d'un nouveau-né, à la suite d'une vaccination pratiquée au 3<sup>e</sup> jour. Cette communication fut le point de départ d'une discussion sur les dangers et les résultats de la vaccination précoce.

Faut-il considérer comme souhaitable ou tout au moins indifférente la vaccination pratiquée dans les trois premiers jours ? Nullement, car cette pratique ne présente qu'un bien minime avantage : celui de permettre de constater l'évolution du vaccin avant que les nouveau-nés quittent les maternités. Par contre, elle offre deux grands inconvénients :

1° Elle expose à des dangers, exceptionnels il est vrai, mais nullement négligeables cependant, puisque la mort peut en être la conséquence ;

2° Elle reste inefficace dans la moitié des cas si l'on considère la moyenne des chiffres obtenus par les différents accoucheurs. C'est ainsi que Tissier sur 204 enfants bien portants et dont le poids était au-dessus de 2.500 gr., vaccinés au troisième jour, a observé 151 échecs, 18 résultats inconnus et seulement 40 succès, soit la très faible proportion de 20 pour 100 de vaccinations positives. Boissard a obtenu des chiffres un peu meilleurs : la vaccination est restée sans résultat dans 53 pour 100 des cas. Bonnaire, sur 532 nouveau-nés vaccinés précocement a observé 218 insuccès, soit 41 pour 100 de vaccination sans résultat. Cathala, relevant les statistiques de Saint-Antoine, trouve des chiffres excellents et contrastant avec ceux des autres services : il trouve 80,23 % de succès. En réunissant toutes ces statistiques, ce qui permet de juger la valeur de la vaccination précoce sur un ensemble de 2.293 nouveau-nés, on obtient une moyenne de 48,5 pour cent d'insuccès.

Si l'on recherche la cause de ces insuccès, on voit qu'elle réside essentiellement dans ce fait, que le nouveau-né est, dans les premiers jours, réfractaire à la vaccine. Il s'agit là d'une immunité passagère, n'existant que pendant les quelques jours qui suivent la naissance.

Cette fréquente inefficacité suffit pour nous faire rejeter la vaccination précoce et revenir à l'inoculation vaccinale plus tardive pratiquée, dans les maternités, lors de la sortie des enfants, et dans la clientèle de ville, de la quatrième à la sixième semaine.

**Sérothérapie de la poliomyélite antérieure aiguë (maladie de Heine-Medin), par MM. ARNOLD NETTER, A. GENDRON et TOUTRAINE, dans *La Clinique Infantile*.**

Levaditi et Landsteiner ont montré les premiers que le sérum des singes qui ont été malades après inoculations du virus de la poliomyélite, et qui ont survécu, neutralise ce virus *in vitro*. Netter et Levaditi ont établi que cette neutralisation est obtenue également avec le sérum d'enfants ou d'adultes ayant eu une paralysie infantile sporadique ou épidémique. Flexner et Lewis ont prouvé la possibilité d'empêcher, chez le singe, le développement de la poliomyélite au moyen d'injections intrarachidiennes répétées de sérum doué de cette propriété neutralisée, à condition d'employer des doses assez importantes et suffisamment répétées, et de commencer le traitement de bonne heure. Les auteurs ont appliqué cette méthode au traitement de 4 enfants et adolescents dont la paralysie était encore en voie d'extension et avait débuté entre vingt-quatre heures et six jours avant le début du traitement. Les inoculations intrarachidiennes ont été répétées de 3 à 9 fois. La quantité de sérum à chaque injection a été en moyenne de 9 centimètres cubes; une fois seulement l'injection a déterminé un peu de raideur passagère. Le sang avait été recueilli chez des sujets dont la paralysie infantile remontait à l'épidémie présente ou à des paralysies infantiles de vieille date. Un des petits malades, nourrisson de 22 mois, a succombé au cours du traitement à une paralysie respiratoire. Chez les trois autres, la marche progressive de la paralysie a été promptement enrayée, et les manifestations paralytiques les plus récentes ont rétrogradé complètement. Le cas le plus intéressant est celui d'un jeune homme de 17 ans, chez lequel les deux premières injections ont amené une amélioration notable, mais dont la maladie présentait, trente-six heures après, une reprise inquiétante qu'arrêta une série de 6 injections consécutives.

Chez 19 malades, tout à fait comparables et non soumis à ce traitement, la mortalité fut de 31,5 p. 100 au lieu de 25, les améliorations de 36,8 pour 100 au lieu de 75. Sur ces 19 malades, 6, ayant reçu des injections intrarachidiennes de sérum antiméningococcique, fournissent une mortalité de 50 p. 100 et une proportion de régression de 33 pour 100.

Ce traitement a donc fourni la preuve de son utilité, et il a d'autant plus de chances de réussir qu'il est commencé de meilleure heure, surtout quand on aura pu faire le diagnostic de la poliomyélite à la phase préparalytique.

---

## OBSTÉTRIQUE

**Le traitement de l'éclampsie puerpérale par la méthode sanglante !**  
dans *Gazette des Hôpitaux*, 29 juillet 1911..

Voici l'analyse d'un travail allemand qui ne manque pas d'originalité, si non de folie. Je le donne comme un excès à éviter. Quelle est donc la mentalité de quelques-uns de ces chirurgiens allemands ?

“ Sellheim annonçait, en octobre 1910, qu'il était parvenu à guérir deux cas désespérés d'éclampsie puerpérale où les crises avaient débuté ou persisté après la délivrance, une fois en injectant une solution d'iode de potassium dans le tissu glandulaire des seins, une autre fois en amputant les deux glandes mammaires. La toxine éclamptique hypothétique était, selon lui, abondamment développée dans les seins, et en les enlevant le principal foyer d'infection était extirpé. Cette méthode active de traitement chirurgical semblait donc justifiée dans des cas extrêmement urgents d'éclampsie persistante.

Herrensneider (de Colmar) a publié l'observation d'un cas où il recourut à l'amputation (*Centrabl. f. Gynäk.*, n° 18, 1911). La malade était une primipare de dix-huit ans, admise à l'hôpital pendant le dernier mois de sa grossesse ; l'inconscience était absolue, la langue mordue et le facies absolument livide. Après plusieurs crises l'opération césarienne fut pratiquée et permit d'extraire un enfant vivant, du sexe féminin. Les convulsions continuèrent, très graves. Le jour suivant, les deux seins furent amputés et les convulsions cessèrent. Un coma postéclamptique suivit. Le surlendemain de la seconde opération la malade redevenit consciente, mais une pneumonie et de la manie postopératoire apparurent. La plaie abdominale, faite pour la césarienne, guérit le neuvième jour ; elle se ferma, mais il resta un trajet fistuleux. Au bout de la troisième semaine la malade expectora de grandes quantités de pus fétide. Après cinq semaines tout allait bien au point de vue obstétrical ; les plaies des mamelles amputées étaient bien cicatrisées après un peu de suppuration. Il y eut alors paralysie du nerf de la sixième paire à droite et l'expectoration redevint un peu fétide, mais la malade semblait convalescente.

Herrenschneider insiste fortement sur l'abaissement marqué de la pression sanguine qui suivit immédiatement l'amputation des seins et s'associa à la cessation immédiate des convulsions. L'amputation amena la chute de la pression, et la chute de la pression provoqua selon lui la disparition des crises, lesquelles étaient devenues très violentes."

Le journal anglais s'abstient de tout commentaire, et vraiment est-il besoin d'en faire?

---

#### PHTISIOThERAPIE

#### Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum de Marmorek.

— Ch. MONGOUR. — *Journal de méd. de Bordeaux*, 15 juillet 1911.

M. Mongour a traité, en une année, environ 100 cas de tuberculose pulmonaire par le sérum de Marmorek. — Son opinion peut se résumer ainsi qu'il suit :

1° Tuberculoses pulmonaires chroniques à lésions des sommets ouvertes ou fermées, avec apyrexie, conservation relative de l'embonpoint, aptitude au travail: pas d'amélioration nette; maintien du statu quo. — (Dans les tuberculoses chroniques non pulmonaires, ostéites, adénopathies, fistules à l'anus, arthrites fongueuses, pas d'amélioration sensible).

2°—Tuberculose pulmonaire aiguë avec cavernes (5 malades): aucun résultat favorable.

3°—Tuberculose pulmonaire aiguë au second degré, avec lésions déjà avancées, uni ou bilatérales, avec hyperthermie, tachycardie et hypertension: amélioration considérable 2 fois sur 5 et même 2 fois sur 4 si les lésions sont moindres.

L'expérience porte sur 37 malades dont beaucoup, traités dans les hôpitaux, n'ont pas bénéficié de la cure hygiéno-diététique. L'adjonction de cette cure à la sérothérapie rend les succès bien rares chez les sujets qui n'ont encore que des lésions discrètes le ramollissement.

~ Dans les quinze premiers jours du traitement, la fièvre tombe, la tachycardie et l'hypertension se modèrent, le poids augmente, l'expectoration est moins abondante et plus fluide, les bacilles y

sont moins nombreux et même disparaissent. Mais "tous les malades, même ceux qui ont le plus bénéficié du traitement, présentent encore sous forme de râles muqueux, de frottements, des traces de leur tuberculose."

4 — Tuberculoses aiguës du premier degré, "dans celles même où l'on constate des lésions avancées de bronchite spécifique": le succès est remarquable: "Je n'ai jamais, dit l'auteur, constaté des résultats comparables avec une autre thérapeutique." Jamais de récédive.

*Remarques.* — Des récédives (1 sur 5 améliorations) ont été observées chez des sujets insuffisamment traités.

Pour éviter les récédives, il faut prolonger le traitement pendant des mois.

Ce traitement est onéreux, mais l'est moins que la cure au sanatorium.

M. Mongour débute toujours par des injections sous-cutanées jusqu'au jour où apparaissent des acidents anaphylactiques.

---

#### THÉRAPEUTIQUE

Colique de plomb, par OPPENHEIM, dans *Le Progrès Médical*, 5 août 1911.

S'assurer avant tout, par un examen très approfondi du malade, qu'il s'agit bien d'une colique saturnine et non pas d'une crise d'appendicite survenue chez un saturnin, tous les services que notre thérapeutique peut rendre au malade, n'étant rien à côté du danger terrible que lui ferait courir une erreur de diagnostic.

Le diagnostic étant posé avec certitude, s'abstenir néanmoins des purgatifs drastiques violents qui font de la base de l'ancien traitement de la Charité et s'efforcer de remplir deux indications essentielles, calmer la douleur et atténuer le spasme intestinal.

1° Si les douleurs sont très intenses, faire tout d'abord une injection d'un centimètre cube de la solution:

Chlorhydrate de morphine.. . . . .	0 gr. 10
Sulfate d'atropine.. . . . .	0 gr. 05
Eau distillée.. . . . .	10 gr.

injection qu'on renouvellera, au besoin, au bout de quelques heures.

Si, au contraire, les douleurs sont modérées, on tâchera d'éviter

l'emploi de la morphine et on recourra soit à l'antipyrine, à la dose de trois grammes, à raison d'un gramme toutes les quatre heures (médication à éviter s'il y a le moindre soupçon d'insuffisance rénale), soit à la belladone; on prescrira par exemple:

Poudre de belladone . . . . . } aa 0 gr. 01  
 Extrait de belladone . . . . . }

pour une pilule n° 12; prendre une pilule toutes les quatre heures, jusqu'à 4 par jour;  
 ou encore:

Extrait de belladone . . . . . } aa 0 gr. 02  
 Extrait thébaïque . . . . . }

pour une pilule n° 12; en prendre trois par jour.  
 ou encore:

Extrait thébaïque . . . . . 0 gr. 03  
 Extrait de belladone . . . . . 0 gr. 02  
 Beurre de cacao . . . . . Q. S.

pour un suppositoire; en mettre deux ou trois par jour.

2° En même temps que les médicaments précédents, administrer l'huile d'olive suivant la méthode de Weil (de Lyon) qui réussit aussi bien que dans les coliques hépatiques.

Donner le matin à jeun, selon la tolérance, 60 à 120 gr. d'huile d'olive. Presque toujours les selles apparaissent le deuxième jour de cette médication et les douleurs diminuent à ce moment.

Si le malade ne peut, en raison d'une répugnance invincible, avaler l'huile d'olive, recourir aux grands lavements huileux: chaque jour injecter dans l'intestin à l'aide d'une sonde rectale assez longue et de la douche d'Esmarch 250 à 500 grammes d'une huile quelconque (olives, noix, œillette, sésame, etc.). Le lavement doit être gardé aussi longtemps que possible et renouvelé tous les jours jusqu'à ce que se produise une selle de matières fécales. Si le lavement huileux est douloureux, on se trouvera bien de l'additionner de deux à quatre centigrammes d'extrait de belladone.

3° Les moyens adjuvants qu'on peut utiliser pour calmer la douleur sont: localement, l'application de cataplasmes laudanisés, de compresses chloroformées ou alcoolisées recouvertes de taffetas gommé ou les frictions sur l'abdomen avec les pommades ou les liniments calmants de formule usuelle.

D'autre part, on pourra donner chaque jour un bain tiède prolongé (d'une demi-heure à trois quarts d'heure).

4° N'oubliant pas que l'hypertension artérielle joue un rôle

important dans la pathogénie de la colique saturnine et qu'il faut tenir compte du spasme des vaisseaux abdominaux, on prescrira les médicaments vaso-dilatateurs, inhalations de nitrite d'amyle ou, à l'intérieur, trinitrine :

Solution alcoolisée de trinitrine au centième... . . . . . XL gouttes.  
Ecu distillée . . . . . 300 gr.

prendre deux cuillerées à soupe par 24 heures.

5° La sédation de la douleur, presque toujours obtenue par les moyens précédents, n'entraîne pas toujours l'évacuation de l'intestin.

On s'efforcera alors d'obtenir celle-ci le deuxième ou le troisième jour, non pas par l'emploi des drastiques, mais par les purgatifs doux, huile de ricin (15 à 25 grammes ou) :

Sulfate de soude . . . . . } aa 15 gr.  
Sulfate de magnésie . . . . . }

à prendre, en une fois, le matin à jeun dans un verre d'eau.

L'administration de ce purgatif salin aura encore pour avantage d'aider à la transformation en sulfure du plomb passé dans l'intestin.

Si la constipation résiste à ces purgatifs, recourir aux irrigations intestinales faites avec de l'eau très chaude (45 à 48°) dont on injecte 250 à 500 grammes.

En cas d'échec, on pourra employer le lavement électrique. La sonde rectale introduite profondément est reliée au pôle négatif d'un appareil à courant continu ; l'autre électrode, large plaque, est appliquée sur l'abdomen ; on introduit un lavement d'un demi-litre d'eau salée dans le rectum et l'on fait passer un courant progressivement croissant jusqu'à 30 et 40 milliampères, traversé de renversements brusques toutes les deux minutes environ ; durée de la séance : 20 à 30 minutes. Souvent une selle abondante se produit aussitôt après.

Se rappeler toutefois que lavements simples et plus encore lavements électriques sont absolument contre-indiqués si le diagnostic d'appendicite n'a pu être écarté avec une certitude absolue.

6° Pendant toute la durée de la crise, le malade sera maintenu à la diète liquide : eau pure, puis bouillon de légumes et petites quantités de lait. On pourra le soutenir en pratiquant chaque jour une injection de sérum de 500 grammes. Pour quelques auteurs (Lemaire, Deléarde), l'injection de sérum aurait une action curative et provoquerait mieux que les purgatifs et les lavements l'évacuation de l'intestin et la cessation de la crise.

7° La colique terminée, on administre pendant quelques jours le miel soufré :

Soufre . . . . .	}	aa 50 gr.
Miel . . . . .		

prendre chaque jour une à deux cuillerées à soupe.

L'emploi du soufre est justifiée par ce fait qu'il agit en neutralisant le plomb à la surface de l'intestin et forme avec lui un composé insoluble et par suite inoffensif de sulfure de plomb.

Simultanément, on conseille de prendre tous les deux jours un bain sulfureux (100 grammes de polysulfure de potassium par bain).

Il reste à indiquer aux malades les mesures prophylactiques qui leur permettront d'éviter le retour des coliques de plomb : vêtements spéciaux pour le travail, nettoyage fréquent des mains, de la bouche et des dents, bains sulfureux. Le lait tiendra une grande place dans l'alimentation et l'on recommandera surtout de ne pas abuser des boissons alcooliques.

**Trinitrine et vétratrum viride dans l'hypertension artérielle**, par le Dr Adoÿphe Бачи, dans *La Clinique*, 21 juillet 1911.

Le *vétratrum viride* (colchicacée) a la propriété de rabaisser la tension artérielle et de dilater les artères. On peut s'en servir sous forme de *teinture* (teinture de vétratrum viride) dans certaines affections du cœur, dans certaines maladies de l'appareil circulatoires, dans l'artério-sclérose, peut-être encore, avec succès, dans l'angine de poitrine, qui, on le sait, serait occasionnée par un rétrécissement ou l'oblitération des artères coronaires. Son action paraît être aussi efficace que la *trinitrine* (syn.: nitro-glycérine) préconisée surtout par Huchard et employée en solution alcoolique au 1/100e ou en injection hypodermique dans les lésions artério-scléreuses, dans l'angine de poitrine, dans les affections cardio-vasculaires à tension artérielle élevée.

On se rappelle les formules usitées par Huchard :

1° Soluté alcoolique de trinitrine au 1/100e. XXX à XL gouttes.  
Eau distillée . . . . . 300 cent. cubes.

Dose : 3 cuillerées à soupe par jour.

ou bien :

2° Solution alcoolique de trinitrine au 1/100e II, III à IV gouttes p. jour.

ou bien :

## 3° Voie hypodermique:

Solution alcoolique de trinitrine au 1/100e... .XXX à XL gouttes.  
 Eau distillée bouillie... . . . . . Q. S. pour 10 cent. cubes  
 1 cen. cube contient III à IV gouttes. Dose:  $\frac{1}{4}$  de cent. cube 2 à 4 fois  
 par jour.

Todd (1) se basant sur les particularités actives du vératrum viride (déjà, avant lui, Liégeois avait signalé les vertus spéciales de la vératrine comme un médicament hypotenseur — à supposer que le vératrum viride contienne réellement de la vératrine), l'emploie sous forme de *teinture* à la dose suivante:

Teinture de vératrum viride. III gouttes toutes les 3 ou 4 heures.

ou bien le fait entrer dans la formule à préparer suivante:

Teinture de vératrum viride... . . . . .	3 cent. cubes.
Poudre de digitale... . . . . .	} aa 2 grammes.
Poudre de scille... . . . . .	
Azotate de strychnine... . . . . .	0 gr. 03 centig.
Poudre de gingembre... . . . . .	4 grammes.

pour 30 capsules:

une capsule suivant les besoins toutes les 4 à 12 heures.

Le vératrum viride, d'après les observations mêmes de Todd, aurait l'avantage sur la trinitrine d'avoir, à côté d'une action semblable, des effets beaucoup plus durables. Par exception, dans l'éclampsie, les doses ci-dessus recommandées pourraient être augmentées (injection sous-cutanée jusqu'à 10 gouttes, renouvelée en cas de besoin).

Le vératrum viride serait, d'autre part, un antidote efficace dans l'empoisonnement par l'opium, au même titre que la morphine, par la voie hypodermique, est un moyen précieux de parer aux accidents toxiques provoqués par le vératrum. Mais, en fin de compte, il faudra ne jamais oublier que ce médicament doit être manié avec une certaine prudence.

---

**Traitement général de la sciatique**, par le Dr BLANCHON, dans  
*Tablettes Médicales Mobiles*, sept. 1911.

Il y a peu de névralgies aussi douloureuses et aussi rebelles que celles qui atteignent le nerf sciatique. Aussi les traitements préconisés sont-ils extrêmement nombreux, ce qui prouve l'inconstance de leur efficacité. Le praticien doit cependant connaître

(1) *Therapeutic Gazette*, feb. 1909; *Therapeut. Monatschrift*, juli 1909.

au moins les principaux, car rien n'est plus fréquent que de voir une médication, d'abord sédative, épuiser bientôt son action. Il faut donc pouvoir lui en substituer immédiatement une autre, dont le succès souvent, à part quelques exceptions, n'est guère plus durable.

À côté du traitement général interne de la sciatique, il y a un traitement externe local (vésicatoire en lanières sur le trajet du nerf, stypage, injections d'alcool, douches d'air chaud, massage, électrothérapie, etc.) qu'il est indispensable parfois d'utiliser, et même un traitement chirurgical (élongation, hersage, etc.), qu'il ne faut employer, à cause de ses inconvénients, que dans les cas tout à fait rebelles. Nous laisserons ces traitements spéciaux de côté pour le moment et ne nous occuperons que du traitement général.

L'opium a été, de tout temps, un des médicaments les plus en faveur. On le prescrit de préférence sous forme de suppositoires, tels que les suivants :

Poudre d'opium.....	0 gr. 10 cgr.
Beurre de cacao.....	4 gr.

Pour un suppositoire : 1 à 2 par 24 heures.

Malheureusement l'opium produit fréquemment de la constipation, circonstance qui, étant données les origines parfois toxiques de la sciatique, n'est guère favorable. Pour parer à cet inconvénient, on ajoute de la belladone à la préparation.

Extrait de belladone.....	0 gr. 02 cgr.
Extrait d'opium.....	0 gr. 03 —
Beurre de cacao.....	Q. S.

Pour un suppositoire, trois par jour.

Les inconvénients de l'opium par la voie buccale sont plus marqués encore que par la voie rectale. Cependant, si on l'utilise de la sorte, il faut l'associer non seulement à la belladone, mais aussi à la jusquiame, surtout si les crises douloureuses donnent lieu à des mouvements convulsifs. Voici la formule que préconisent Lortat-Jacob et Sabareanu.

Extrait de belladone.....	0 gr. 01 cgr.
Extrait de jusquiame.....	} à 0 gr. 02 —
Extrait thébaïque.....	

Pour une pilule : 3 à 4 par jour au plus et seulement pendant quelques jours.

Les pilules de Méglin (qui contiennent de la vélériane et de l'oxyde de zinc) ne renferment pas d'opium ; elles ont eu néan-

moins beaucoup de vogue. On peut les ordonner, par alternance avec d'autres associations médicamenteuses, à la dose de trois pilules par jour.

Enfin, on recommande aussi quelquefois la teinture de *gelsemium sempervirens*, 6 gouttes au repas du soir, et l'extrait de *cannabis indica*, associé à la poudre de jusquiame (ââ 0 gr. 05 pour une pilule).

\*  
\* \*

Ces diverses préparations ne visent que la douleur; elles peuvent calmer, mais n'en empêchent généralement pas le retour. Avec les analgésiques proprement dits, nous abordons des médicaments moins dangereux qui, parfois, sont capables d'agir sur la cause même de la sciatique.

C'est ainsi que si la névralgie est à *frigore*, il faut prescrire l'exalgine:

Exalgine.....	0 gr. 30 cgr.
Bicarbonate.....	0 gr. 50 —

Pour un cachet, deux par jour.

Si elle affecte la forme rhumatisinale, on donnera la préférence à l'acétanilide, 0 gr. 40 cgr. pour un cachet, trois par jour.

Lortat-Jacob et Sabarcanu associent l'antipyrine à la phénacétine dans les douleurs lancinantes.

Phénacétine.....	0 gr. 30 cgr.
Antipyrine.....	0 gr. 50 —

Pour un cachet, trois fois par jour au plus.

Dans les formes chroniques, avec tendance à l'atrophie musculaire, Albert Robin indique la formule suivante, où le sulfate de potasse intervient pour s'opposer à la dénutrition musculaire:

Exalgine.....	} ââ 0 gr. 10 gr.
Sulfate de potasse.....	
Phénacétine.....	} ââ 0 gr. 20 —
Poudre de Dower (sans ipéca).....	
Antipyrine.....	

Pour un cachet: 3 à 4 par 24 heures.

Enfin, dans les sciaticques d'origine arthritique, c'est au pyramidon qu'il faut s'adresser et à son dérivé, l'antagol (quinosalicylate de pyramidon), qui n'est pas seulement un analgésique, mais aussi un toxilytique d'une activité remarquable. Aussi obtient-on, avec ce produit, la sédation rapide de la douleur et une modification assez profonde de la diathèse causale pour éloigner et, parfois, supprimer les crises paroxystiques.

**L'administration interne de l'ammoniaque**, par LOMBARD, dans *Tablettes Médicales Mobiles*, sept. 1911.

Les propriétés irritantes de l'ammoniaque sur les muqueuses sont mises à profit dans les syncopes, les vertiges, les accès d'asthme. La médecine populaire utilise ses propriétés stimulantes pour dissiper l'ivresse; on en fait avaler cinq à dix gouttes dans de l'eau sucrée ou une infusion de thé, de tilleul ou de café; mais il ne faut pas en donner sur un morceau de sucre non humecté, sous peine de brûler la langue.

L'ammoniaque est un stimulant nerveux diffusible en même temps qu'un sédatif antispasmodique; c'est un médicament réchauffant, diaphorétique, antiacide. Comme carminatif, on l'emploie avantageusement dans le météorisme abdominal des adultes et celui souvent observé chez les nourrissons dyspeptiques; il agit sans doute en neutralisant les acides. On emploie moins souvent l'ammoniaque pure que ses sels. Cependant, comme stimulant interne et diaphorétique, on prescrit la *liqueur ammoniacale anisée*, à la dose de vingt à trente gouttes par jour; les enfants la tolèrent fort bien, on peut leur en donner cinq gouttes par jour et par année d'âge dans une potion ou une infusion.

Le carbonate d'ammonique se prescrit en potion gommeuse à la dose de 0 gr. 50 à 2 gr.; et à la dose moyenne de 0 gr. 05 à 0 gr., 10 par année, chez l'enfant. Il est surtout connu et utilisé, sous le nom de sel anglais, contre les vapeurs.

Ces sels sont utilisés dans le catarrhe bronchique, la grippe; mais le plus communément employé est l'acétate. Les cas cliniques où il est indiqué sont excessivement nombreux; moins actif que les autres sels, l'acétate d'ammoniaque ou Esprit de Mindereus, se prescrit à la dose de 4 à 12 grammes par jour, et on peut adopter chez l'enfant la dose moyenne de 1 gr. par année d'âge. Comby donne à un enfant de cinq ans :

Acétate d'ammoniaque.....	5 gram.
Cognac.....	} à 10 —
Oxymel scillitique.....	
Sirop de fleurs d'oranger.....	
Eau de tilleul.....	60 —

à prendre par cuillerées à café.

Dans les bronchites, les congestions pulmonaires, la pneumonie, l'acétate d'ammoniaque est indiqué tant comme stimulant du système nerveux que comme expectorant; on peut formuler:

Extrait de quinquina .....	2 gram.
Teinture de cannelle.....	5 —
Acétate d'ammoniaque .....	10 —
Sirop d'éc. d'orange amères.....	30 —
Eau de méliasse.....	120 —

qu'on prend par cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures. On peut remplacer la teinture de cannelle par la liqueur d'Hoffmann, ou associer ces deux médicaments et édulcorer avec du sirop de punch.

Au début de la rougeole, l'acétate d'ammoniaque favorise l'éruption qui se fait mal; à ce titre et aussi comme stimulant du système nerveux, il est employé dans la forme suffocante. De même, dans la scarlatine, "si l'éruption se fait difficilement, si elle apparaît tardivement et par intermittence, la peau étant sèche et la fièvre élevée." (Rauzier.)

C'est le valérianate d'ammoniaque qui est volontiers prescrit comme sédatif, antispasmodique, applicable à la plupart des manifestations nerveuses de l'enfance (convulsions, excitation cérébrale), de la puberté (hystérie) et de l'âge adulte (palpitations névropathiques); on s'en sert utilement pour calmer l'hyper-excitabilité des sujets atteints de dyspepsie atonique ou d'entérite muco-membraneuse. Le sel cristallisé est prescrit, en potion, chez l'enfant, à la dose de 1 à 5 centigr. après 15 mois jusqu'à 3 ans; on augmente la dose de 2 à 3 cgr. par année d'âge jusqu'à 30 cgr. à 12 ans; et à la dose de 50 cgr. chez l'adulte, en potion ou en pilules. On s'adresse souvent à la vieille préparation de Pierlot, dont on fait avaler une à trois cuillerées à café en 24 heures.

Dans les dyspepsies flatulentes, A. Robin a préconisé les fluorures d'ammonium à la dose de cinq à dix centigr.:

Fluorure d'ammonium.....	1 gram.
Eau distillée.....	300 —

Une cuillerée à soupe à la fin de chaque repas.

Ce sel arrêterait la fermentation lactique, ferait disparaître les fermentations anormales sans entraver l'action du suc gastrique ni produire d'irritation.

---

**Remarques sur le traitement de la syphilis, par le "606,"** par MARSHALL, dans *Lancet*, 25 févr., 1911, et *Rép. de Méd. Intern.*, août 1911.

Voici les conclusions de l'auteur: Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a pas de remède qui puisse remplacer le mercure dans le traitement de la syphilis. Bien que l'arsénobenzol guérisse rapidement certaines lésions syphilitiques, cet effet n'est pas constant et souvent n'est que temporaire. Rien ne prouve

qu'il puisse réaliser le traitement abortif de la syphilis. Si l'arsénobenzol est indiqué dans le traitement de la syphilis, c'est tout au plus dans les cas rebelles au mercure. Mais ces cas sont rares; de plus il y a des cas rebelles aux deux remèdes. Enfin, l'administration de l'arsénobenzol présente de nombreux risques et dangers.

---

**La pilocarpine dans le traitement de la diphtérie**, par PINEIRO, dans *Gaz des hôpit.*, 27 avril 1911, et *Rép. Méd. Int.*, août 1911.

L'auteur n'entend pas déprécier en quoi que ce soit la méthode sérothérapique, laquelle demeure le procédé de choix; mais on peut se trouver en présence de circonstances empêchant de l'employer en temps opportun. Il est donc logique, en pareil cas, de recourir à la pilocarpine qui a déjà donné de très bons résultats entre les mains de Roger: ce qui est certain, c'est que la pilocarpine provoque la chute des fausses membranes beaucoup plus rapidement que le sérumée. Voici la formule à employer:

Nitrate de pilocarpine.....	0 gr. 05
Eau distillée.....	25 gr.

Un quart de seringue de Pravaz, chargée avec cette solution, représente un demi-milligramme de substance active. C'est la dose à injecter au début; dans les cas graves on pourra aller jusqu'à 3 milligrammes répartis sur les 24 heures. Dans l'appréciation des doses, il faut tenir compte de l'âge de l'enfant et de l'état de son cœur, afin d'éviter le collapsus.

---

**Pneumonie des vieillards. Traitement par l'injection sous-cutanée d'huile camphrée**, par LAFON, *Thèse dans Rép. Méd. International*, août 1911.

I. — Chez le vieillard, la pneumonie, affection dont la fréquence et la gravité augmentent avec l'âge, présente les mêmes symptômes que chez l'adulte.

\* Signes d'infection: température élevée, leucocytose, troubles nerveux, etc.

Complications diverses: pleurésie, endo-péricardite, urémie, conséquences de lésions antérieures (mal de Bright) ou d'infections pneumococciques ou polymicrobiennes surajoutées.

II. — Parmi les médicaments employés, les sérums ou vaccins spécifiques ne sont pas encore entrés dans la thérapeutique journalière. Il faut donc soigner les pneumoniques en luttant contre l'infection, l'adynamie, la faiblesse cardiaque, l'asphyxie, d'autant plus à craindre que le malade est plus âgé; on améliorera en même temps la diurèse et la pyrexie.

III. — Le camphre sous forme d'huile camphrée à 20 %, injectée à fortes doses, a donné, chez l'adulte, d'excellents résultats. Il est rationnel de l'employer chez le vieillard.

Ses effets sont: stimulation générale, renforcement des contractions cardiaques, baisse de température, augmentation progressive des urines, disparition lente de l'exsudat pulmonaire. L'élimination du médicament par les voies aériennes entraîne leur antiseptie relative.

L'action directe du camphre sur le pneumocoque n'est pas encore suffisamment démontrée.

IV. — L'absence de crise de défervescence, la chute en lysis de la température, l'amélioration progressive de l'état général sont autant de faits prouvant l'efficacité du camphre, sans cependant en faire un médicament spécifique.

V. — L'expérience prouve que, si l'on fractionne les doses, on peut, sans inconvénient, par suite de l'élimination rapide du camphre par les poumons, les urines et la sueur, injecter de fortes doses d'huile camphrée à 20 %, ce qui est nécessaire pour obtenir de bons résultats. Il sera prudent, toutefois, de ne pas en injecter plus de 15 c.c. par jour aux malades dont les reins fonctionnent mal, si le traitement doit être prolongé.

VI. — Dans les pneumonies et affections broncho-pulmonaires aiguës des vieillards, les indications thérapeutiques suivantes peuvent être conseillées:

(a) Injecter le plus tôt possible 15 à 20 c.c. d'huile camphrée à 20 % en deux ou trois fois, par vingt-quatre heures.

(b) Ne pas diminuer les doses pendant la période aiguë, les continuer jusqu'à ce que le pouls, la respiration, la température deviennent normaux; les réduire alors de moitié pendant deux ou trois jours.

(c) Permettre aux malades de respirer de l'air pur; les faire boire souvent.

(d) Ne pas négliger: la révulsion (ventouses, enveloppements humides du thorax), la médication toni-alcoolique (champagne, potion de Todd), les précautions propres à empêcher la dissémination des pneumocoques.

---

**Les abcès de fixation dans les maladies infectieuses,** par CHARLES,  
dans *Répertoire de Méd. Internationale*, août 1911.

Dans les maladies infectieuses, il est bien prouvé aujourd'hui que c'est l'infection générale du sang par le microbe spécifique qui est le fait essentiel, promordial; les localisations intestinales, hépatiques, pulmonaires, méningées et autres n'en sont que la conséquence. C'est cette infection générale qu'on cherche à combattre tout d'abord par les injections spéciales, celles de métaux colloïdaux, de sérums, etc. Il s'agit ensuite de limiter la localisation microbienne, et comme les germes en circulation se fixent et pullulent volontiers au niveau des points faibles ou sur les organes précédemment lésés, il est tout naturel de chercher à créer artificiellement des lésions locales en des points où leur production est sans danger; la méthode de Fochier est tout indiquée pour cela. Pour provoquer un abcès de fixation, on injecte dans le tissu cellulaire (partie externe de la cuisse, par exemple) 1 cc. d'essence de térébenthine; il est parfois nécessaire, pour provoquer la réaction désirée, de faire 3 ou 4 injections (en des points différents) à une douzaine d'heures d'intervalle. Si alors il n'y a pas de réaction, le pronostic devient fâcheux.

Une constatation qui a été faite, c'est que l'abcès de fixation donne du pus aseptique pour cette raison que l'essence de térébenthine y détruit les germes infectieux. De plus l'abcès de fixation est une voie d'élimination momentanée; une foule de poisons, de toxines, de déchets se trouvent ainsi expulsés avec les leucocytes qui les charrient; c'est une véritable saignée leucocytaire qui préserve des métastases. Il est donc abcès de dépuration et en même temps joue le rôle de révulsif, par dérivation et action substitutive.

L'abcès de fixation est donc employé utilement dans toutes les maladies générales avec bacillémies où l'on peut redouter une localisation microbienne viscérale et dans tous les cas où il importe d'éliminer au dehors les déchets organiques ou toxiques accumulés dans l'organisme. Les guérisons les plus inattendues ont été obtenues par son moyen. Mais en raison de la douleur violente que provoque l'abcès de fixation et des soins minutieux qu'exige son application, il doit rester une méthode d'exception à n'utiliser que dans les cas graves.

---

## ODONTALGIE

**Traitement de la fluxion dentaire, par ESTEBOULE et DAUSIER, de Paris.**

Le traitement dépend avant tout de l'état de la dent malade. Deux cas, en effet, se présentent.

1° La dent est trop malade ou les accidents trop aigus pour essayer un traitement conservateur.

Dans ce cas, l'extraction s'impose et on doit la pratiquer le plus tôt possible. La parge plaie opératoire est nécessaire, et peut, seule, amener la guérison à bref délai.

2° Si la dent peut être conservée, on doit agir différemment, suivant que la fluxion est œdémateuse, ou qu'elle est devenue phlegmoneuse. Dans le cas de fluxion œdémateuse, *décongestionner les tissus*. Le meilleur moyen consiste dans la scarification de gencives. On laissera la plaie saigner abondamment. On peut aussi appliquer avec une pointe fine de thermocautère quelques pointes de feu profondes sur les tissus gengivaux enflammés.

*Désinfecter la bouche* au moyen de lavages et gargarismes antiseptiques et calmants.

On peut faire usage du gargarisme suivant, prescrit par Ruaut :

Phénol absolu .....	3 gr.
Teinture de coca.....	} 5 gr.
Teinture de benjoin.....	
Infusion de coca à 2 %.....	200 gr.

ou :

Borate de soude.....	10 gr.
Acide borique.....	} 5 gr.
Acide salicylique.....	
Eau distillée.....	100 gr.
Essence de thym.....	Q. S.

ou :

Chlorate de potasse.....	5 gr.
Eau .....	250 gr.
Sirop de mûres.....	50 gr.

ou :

Alcoolé d'extrait d'opium.....	1 gr.
Mellite simple .....	30 gr.
Décoction émolliente.....	100 gr.

ou du gargarisme préconisé par Yvon :

Phénol synthétique .....	2 gr.
Hydrate de chloral.....	10 gr.
Alcoolat dentifrice.....	50 gr.

Une cuillerée à café dans un verre d'eau.

Désinfecter la dent du malade. — La cavité sera vidée de son contenu ; la dentine ramollie, enlevée. On débouchera les canaux qu'on lavera à l'eau oxygénée ou à l'eau chloroformée.

Une fois les phénomènes inflammatoires passés, on continuera les pansements antiseptiques de la dent et on procédera en temps voulu à son obturation.

Afin de hâter la résolution, on pourra badigeonner la gencive avec un des collutoires suivants :

Teinture d'iode.....	} 10 gr.
Teinture d'acodit .....	
Chloroforme .....	

ou :

Chlorate de potasse .....	} 2 gr.
Miel rosat .....	
Glycérine.....	

*Fluxion phlegmoneuse.* — L'extraction de la dent est alors urgente si l'on ne veut assister à la formation d'un phlegmon, accident grave nécessitant l'intervention du chirurgien.

L'antisepsie buccale devra être particulièrement surveillée. On ordonnera des lavages de la bouche avec :

Décoction de guimauve .....	200 gr.
Miel rosat.....	50 gr.
Liqueur de Van Swieten.....	30 gr.

Ou bien :

Acide phénique.....	1 gr.
Glycérine.....	12 gr.
Eau.....	250 gr.

Après l'extraction, on laissera saigner la plaie, puis la plaie sera soigneusement lavée à l'eau oxygénée à 12 volumes additionnée de trois fois son volume d'eau bouillie ou avec une solution d'aniodol :

Aniodol.....	10 gr.
Eau bouillie.....	500 gr.

Si l'existe un foyer, il faudra l'ouvrir, dans tous les cas, on devra toujours défendre absolument les cataplasmes sur la peau. L'application des cataplasmes ou des compresses antiseptiques sur la joue a pour action de favoriser la marche du pus au dehors, tandis que l'on doit tout faire pour amener l'abcès à s'ouvrir dans la bouche.

## OPHTHALMOLOGIE

**Traitement abortif de la cataracte commençante, par Louis DOR,**  
dans la *clinique Ophthalmologique.*

La technique de Badal (bains d'yeux à base d'iodure de potassium), dans le traitement médical de la cataracte commençante, a donné des résultats assez encourageants pour que de divers côtés on l'ait expérimentée et au besoin modifiée dans l'espérance d'obtenir des résultats encore plus satisfaisants.

A l'heure actuelle on peut escompter quelques véritables guérisons, un très grand nombre d'améliorations correspondant à la majorité des cas traités, et l'on enregistre des insuccès seulement dans une proportion très faible (1).

Les résultats les plus nets ont été obtenus non plus avec l'iodure de potassium, mais avec un mélange d'iodure de sodium et de chlorure de calcium dans la proportion suivante :

Iodure de sodium desséché ..	5 grammes
Chlorure de calcium cristallisé .....	5 —
Eau distillée.....	400 —

Cette solution permettrait d'enrayer au moins 8 cataractes sur 10, d'en guérir une et de n'avoir en moyenne qu'un cas d'insuccès. La guérison ne pouvant s'observer bien entendu que dans les cas de cataractes au début pour lesquelles il existe encore une acuité visuelle d'un demi.

On arrive, au bout de deux mois de traitement, à rendre l'acuité égale à 1 et à redonner aux malades la presbytie qui correspond exactement à leur âge. Pour la grande majorité des cas, les malades consultent au moment où leur acuité est déjà inférieure à  $\frac{1}{4}$ . Ils peuvent recouvrer  $\frac{1}{2}$  par le traitement. Telle est l'amélioration la plus généralement constatée avec cette méthode.

Les cataractes des diabétiques, des intoxiqués intestinaux, ainsi que les cataractes du décollement rétinien et de la rétinite pigmentaire ne retirent aucun bénéfice du traitement en question.

L'auteur préconise l'emploi d'ocillères de verre dont le bord est recouvert de caoutchouc et épouse les bords de l'orbite par une faible pression, sans fatigue ni douleur pour le malade. Le bain

(1) *La Clinique ophthalmologique.*

doit être assez prolongé (une demi-heure chaque jour pour chaque œil). Bien préparée, la solution n'est absolument pas irritante. Elle devra être employée tiède.

Le traitement doit durer plusieurs mois sans interruption. On peut le reprendre après une période de repos.

---

### RHINOLOGIE

**Les récidives après l'ablation des végétations adénoïdes**, par IMHOFFER, dans *Rép. Méd. Int.*, août 1911.

Les récidives ne doivent pas être toujours mises sur le compte de l'opérateur; en effet, aucun instrument, aucune méthode ne sont capables d'enlever radicalement les végétations au point de vue histologique. Du reste et c'est l'opinion de Bresgen, il suffit que les grosses végétations soient enlevées et surtout que la voûte du pharynx soit débarrassée. La cause des récidives n'est pas non plus dans la constitution de l'amygdale pharyngienne. Suivant l'auteur la cause des récidives doit être recherchée dans le sujet lui-même, dans la scrofule. Le traitement antiscrofuleux n'aura ses pleins effets qu'après l'ablation des végétations et celle-ci ne serait pas complète si après l'opération, on ne faisait pas suivre le traitement diathésique. De même la scrofule est responsable des pseudo-récidives, c'est-à-dire des cas où les végétations ne reparaissent pas, mais dans lesquels cependant persistent ou reparaissent après une courte amélioration les symptômes qui fournissent l'indication de l'adénotomie (respiration buccale, rhinopharyngites récidivantes).

---

### PHARMACOLOGIE

*Accès de migraine simple.*

Antipyrine.. . . . .	0 gr. 50
Bicarbonat de soude .. . . . .	0 gr. 25
Valérianat de caféine.. . . . .	0 gr. 05

Un cachet répété au bout d'une heure si la douleur persiste.

Antipyrine . . . . .	0 gr. 50
Bicarbonate de soude . . . . .	0 gr. 25
Citrate de caféine . . . . .	0 gr. 10
Sulfate de spartéine . . . . .	0 gr. 02

Deux à quatre cachets.

Antipyrine . . . . .	0 gr. 50
Bicarbonate de soude . . . . .	0 gr. 25
Chlorhydrate de quinine . . . . .	0 gr. 10
Valérianate de caféine . . . . .	0 gr. 02

Deux à trois cachets.

### L'emploi du salicylate de soude à haute dose.

Le docteur Ed. Crouzet préconise dans le *Répertoire de pharmacie* (n° 7, 10 juillet 1911) la solution concentrée lacto-gommeuse en injections ano-rectales, comme moyen de choix pour administrer le salicylate de soude dans les formes aiguës du rhumatisme et lorsque l'intolérance de l'estomac empêche d'utiliser la voie gastrique.

« Voici la formule de cette solution concentrée :

Salicylate de soude cristallisée . . . . .	16 grammes.
Gomme arabique pulvérisée . . . . .	4 —
Lait bouilli . . . . .	Q. S. pour 120 c. c.

Chaque cuillerée à soupe de cette solution représente donc 2 grammes de salicylate de soude, à employer *ad libitum*, et, selon le cas, avec une seringue en verre ou une poire en caoutchouc. La muqueuse rectale supporte très bien d'habitude le contact de cette solution édulcorée par la gomme et par le lait.

Cette solution se conserve facilement pendant plusieurs jours par toutes les températures, grâce aux propriétés antiseptiques du salicylate de soude lui-même.»

### Sirop expectorant.

Acétate d'ammoniaque . . . . .	5 grammes.
Sirop d'ipéca . . . . .	} 15. 30 grammes.
— de polygala . . . . .	
— de rhubarbe . . . . .	
— de tolu . . . . .	

Une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

H. SAINGERY.



*Bronchite aiguë à la première période (congestive). (MARTINET).*

1° *Combattre la congestion* par l'application de cataplasmes sinapisés, les enveloppements humides du thorax, les bottes d'ouate aux jambes, les bains chauds (38°), suivant l'intensité de la congestion bronchique.

2° *Calmer la toux* (inutile à cette période) et *favoriser l'établissement de l'expectoration* (passage à la période de coction) par administration associée de calmants (aconit, eau de laurier-cerise, codéine, bromoforme) et d'expectorants (kermès, polygala, oxyde blanc d'antimoine, benzoate de soude).

Par exemple :

Alcoolature de racines d'aconit.....	30 g.
Eau de laurier-cerise.....	8 gr.
Benzoate de soude.....	8 —
Sirop de codéine.....	50 —
Sirop de polygala.....	50 —
Sirop de Tolu.....	50 —

Quatre cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures, en dehors des repas, dans une tasse de tisane pectorale (potion pour deux jours).

3° *Combattre, s'il y a lieu, l'infection générale et la fièvre par un purgatif salin et un antipyrétique :*

Antipyrine.....	0 gr. 02
Bichlorhydrate de quinine.....	0 gr. 30

Pour cachet n° 2.

Un cachet, le premier et le deuxième jour, vers deux heures de l'après-midi, avec une tisane d'infusion chaude.

4° *Combattre la sécheresse irritante de l'air.* Faire bouillir près du lit du malade, de l'eau additionnée de feuilles d'eucalyptus et de teinture de benjoin.

*L'huile de ricin comme laxatif.*

L'huile de ricin est plus efficace lorsqu'on l'associe à de la glycérine.

On prescrira :

1° Comme purgatif :

Huile de ricin.....	} àà 30 gr.
Glycérine pure.....	

2° Comme laxatif

Huile de ricin .....	} àà 5 10 gr.
Glycérine pure.....	

---

*Médication calcique contre la tuberculose.* (Dr LE GENDRE, de Paris).

Boire (le matin de bonne heure, et une demi-heure avant chaque repas) uen eau minérale bicarbonatée calcique, telle que St-Galmier et prendre par jour 3 cachets, composés comme suit :

Carbonate de chaux.....	0 gr. 50
Phosphate tribasique de chaux.....	0 gr. 20
Magnésie calcinée.....	0 gr. 05

---

*Traitement prophylactique de la blennorrhagie.* (Méthode de LESSER).

Instiller dans l'urèthre quelques gouttes de la solution suivante :

Protargol.....	2 gr.
Glycérine.....	8 gr.

et les y laisser pendant quelques instants. Ce moyen est, paraît-il, radical, s'il est employé à temps.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

Le numéro du 2 septembre de *Paris Médical*, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillière et fils, est entièrement consacré à l'**Ophthalmologie, l'Oto-Rhino-Laryngologie et la Stomatologie**.

L'Ophthalmologie en 1911 (*revue annuelle*), par le Dr F. Terrien, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — La tuberculose des voies lacrymales, par le Dr Rollet, professeur de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine de Lyon. — L'étiologie dentaire de certaines affections des yeux, par le Dr A. Terson, ancien chef de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine de Paris. — L'oto-rhino-laryngologie en 1911 (*revue annuelle*), par le Dr M. Grivot, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — L'examen de la fonction vestibulaire, par le Dr Halphen, assistant du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière. — La stomatologie en 1911 (*revue annuelle*), par le Dr Fargin-Fayolle, dentiste des hôpitaux de Paris. — Les accidents de la dent de sagesse, par le Dr Capdepon, dentiste des hôpitaux de Paris. — Le médecin doit examiner la bouche de tous ses malades, par le Dr Kritchewsky. — *Libres propos*: A propos des examens de chirurgiens-dentistes, par le Dr Jean Camus. — *Choses du jour*: Superstitions d'aviateurs. — (*Chronique médico-littéraire*: Le premier client, par le Dr Chazal. — L'Abbé de l'Ejée, par le Dr Fernand Lemaitre. — *La médecine humoristique*: Le professeur agrégé Rénon, par Bils. — *Diététique*. — *Formules thérapeutiques*. — *Les cérémonies médicales à l'étranger*: Le Jubilé de la revue médicale de Cracovie. — (*Chronique des Livres*. — *Nouvelles*. — *La Vie médicale*. — *Cours*. — *Thérapeutique pratique*. (Envoi franco de ce numéro de 68 pages in-4 avec figures contre 0 fr. 70 en timbres-poste, tous pays.)

---

## REPertoire DE MEDICINE INTERNATIONALE

SOMMAIRE: août 1911. — Première partie. *Mort du Professeur Dieulafoy* (LA RÉDACTION). Dr WETTERWALD. — *Introduction à la pratique de la kinésithérapie* (1er article). Dr WILLIAM SCHAEFER. — *Les réformes dans la nomenclature médicale*. *Formulaire thérapeutique* (Suite)

Deuxième partie. — *Revue des Revues (Résumés sur Feuilles Mobiles)*.

Troisième partie. — *VIIe Congrès International contre la tuberculose. — Association française pour l'avancement des sciences. — Association de secours mutuels des médecins de France. — Avis de concours. — Jurisprudence médicale. — Honoraires de médecins. — Les bibliothèques médicales. — La chirurgie il y a 4,000 ans. — L'abeille et la fleur. — Les médecins et M. Marcel Prévost. — Documents médicaux sur l'Champollion. — Bibliographie française. — Bibliographie étrangère. — Ouvrages français récemment parus. — Publications étrangères récentes. — Thèses de la Faculté de Médecine de Paris (juillet)*.

---

#### LITTÉRATURE INTERESSANTE A LIRE

La valeur thérapeutique de la chaleur est tellement démontrée qu'il est inutile d'insister davantage.

Cependant, la différence entre la chaleur concentrée et la chaleur radiante semble intéresser la profession médicale.

Les deux branches des applications diverses tel que définit dans l'édition d'octobre du journal "*Bloodless Phlebotomist*" qui nous donne aussi un intéressant article par le Dr David McIntyre, chirurgien du Cunard, sur les "médicaments en mer."

Dans cette même édition, le Dr Edward Parrish, de Brooklyn, expose le mode de traitement du "Tic douloureux" et le Dr Leverett, de Yonkers, nous relate son expérience dans le traitement de l'empoisonnement par le "persil aquarien" qui est parfois aussi compliqué que le traitement du "Tic douloureux."

Vous y trouverez aussi beaucoup d'autres dissertations intéressantes et instructives qu'il vaudrait certainement la peine de lire.

La compagnie Denver Chemical Mfg., New-York se fera un plaisir de nous faire parvenir sur demande une copie de l'édition d'octobre, journal "*Bloodless Phlebotomist*."

## SUPPLEMENT

---

L'espérance d'un soulagement est la pensée absolue qui s'empare du malade, et c'est le pouvoir de soulager la souffrance, possédé par le médecin qui soigne, qui lui fait sa réputation et avec elle sa clientèle.

La première pensée qui vient aussitôt après le diagnostic, est celle de trouver le remède le plus profitable, et si c'est un cas demandant l'application d'une chaleur humide continue, comme le sont ceux d'inflammations, ou profondes ou superficielles, l'antiphlogistine, à cause de l'uniformité reconnue de son action et de son bénéfice, se présentera au premier moment à l'esprit du praticien.

La confiance en la valeur thérapeutique de l'antiphlogistine dans cette large série de cas dans lesquels son emploi est particulièrement indiqué, ne peut, en aucune façon, être plus fortement accentuée que par l'adoption presque universelle qu'en fait la profession médicale à laquelle il est excessivement offert."

---

## SUPPLEMENT

---

### EXTRAITS FLUIDES NATIONAL

Les considérations suivantes prouvent particulièrement l'excellence de nos Extraits Fluides.

"La sélection du matériel brut.

"La connaissance parfaite des procédés manufacturiers qui donne les meilleurs résultats:

"La connaissance absolue de la valeur thérapeutique du médicament employé.

"Les soins particuliers dans la fabrication et la compétence des chimistes en charge.

"Tous fabriqués dans un seul laboratoire central en charge d'un seul chimiste en chef.

"L'uniformité de dosage et d'action, le même produit chaque année."

La réputation nationale de

**L'EXTRAIT FLUIDE D'ERGOT NATIONAL**

n'est qu'un aperçu de la qualité des Extraits Fluides National de Noix Vomique, Cascara, Licorice, et une infinité d'autres produits

**D'EXTRAIT FLUIDE NATIONAL**

S'il vous plaît mentionner votre préférence dans vos prescriptions, vous ne serez pas désappointés.

**NATIONAL DRUG AND CHEMICAL CO.  
DU CANADA, Limitée.**

*Laboratoires centraux,*

MONTRÉAL.

---

L'édition extraordinaire du "*Pharmacopœia*" de Martindale et Westcott, en parlant du

**BOVRIL**

dit: "Ce n'est pas simplement un stimulant comme les autres Extraits de Viandes mais bien un aliment nutritif."

---

"des mots clairs pour les faits et les faits convainquent.

Dans la pratique de la médecine, les résultats comptent, et comme là douleur est le premier symptôme qui fait appeler le docteur, le prompt soulagement de cette douleur est l'argument le plus convaincant de l'habileté de ce docteur.

La douleur, un des principaux symptômes de l'inflammation, est le résultat de la pression sur les nerfs, des tissus infiltrés. Par l'application de la chaleur humide, offerte d'une façon si supérieure sous la forme d'Antiphlogistine son soulagement est prompt et sûr.

Dans les cas d'amygdalite, de bronchite et de complications pleurétiques, les résultats obtenus par l'emploi de l'Antiphlogistine ont démontré d'une façon convaincante sa valeur supérieure sur toutes autres formes d'application de la chaleur humide, et la foi et la confiance qu'ont en lui les membres de la profession médicale ne sont qu'une preuve de plus de sa vertu thérapeutique supérieure."

---