

PAGE

MANQUANTE

## A propos du traitement de la fièvre typhoïde

PAR LE Dr ALDLSTAN DE MARTIGNY

Nous avons à Montréal une sérieuse épidémie de fièvre typhoïde, et, depuis longtemps le service de santé n'avait enregistré un aussi grand nombre de cas.

J'en profiterai pour indiquer la méthode que j'emploie et que je recommande constamment depuis sept ans, dans le traitement de cette maladie, et qui consiste en plus du traitement habituel, à appliquer dès le début de la fièvre, un sac de glace sur le ventre du malade et à l'y maintenir jusqu'à ce que la température soit revenue à la normale, de puis trois ou quatre jours.

Comme on le voit, le moyen employé n'a rien de nouveau en soi. Il est, depuis des années, d'un usage courant dans le traitement de l'appendicite, de la salpyngite et de certaines complications de la fièvre typhoïde, comme l'hémorragie intestinale et la péritonite.

Toute l'originalité de la méthode consiste à employer contre la maladie elle-même, et d'une façon systématique, un traitement que l'on réservait d'ordinaire à certaines de ses complications.

Cette méthode à l'avantage d'être pratique, facilement acceptée des malades, de ne reconnaître aucune contre-indication, et de ne reconnaître elle-même aucun des moyens ordinairement employés dans le traitement de la fièvre typhoïde, y compris les bains froids, qui, en certains cas, seront d'un grand secours. Notamment, quand le traitement par la glace n'aura pu être appliqué dès le début de la maladie.

Elle a le grand mérite de lutter directement contre l'infection locale, alors que la plupart des autres moyens de traitement combattent seulement les effets, produits à distance, par la toxine secrétée dans l'intestin, effets qui seront d'autant plus intenses que la culture du bacille d'Eberth sera plus virulente, et que la quantité de toxine répandue dans le sang sera plus grande.

Voyons, par exemple, ce que dit le professeur Robin (1) dans ses remarquables leçons sur le traitement de la fièvre typhoïde.

"L'étude des modifications subies par les échanges organiques, dit le professeur Robin, m'a révélé quatre ordres de faits qui serviront à fixer les indications thérapeutiques de cette maladie :

10.—Le premier fait est l'augmentation de la désintégration organique.

20.—Le deuxième fait consiste dans le retard évolutif des éléments organiques désintégrés.

(1) *Bulletin gen. de thérapeutique*. No 8 25 fev. 08

30.—Le troisième fait est relatif à la rétention intra-organique des déchets incomplètement utilisés.

40.—Le quatrième ordre de faits vise les causes de la rétention intra-organique des résidus mal élaborés. Ces causes sont multiples

A.—La première tient au peu de solubilité et à la surabondance de ces résidus.

B.—La deuxième tient à la diminution dans la capacité éliminatoire des émonctoires.

C.—La troisième est l'insuffisance du drainage des tissus et des résidus incomplètement évolués, dont ils sont saturés"

De l'existence de ces quatre ordres de faits, le professeur Robin tire trois grandes indications thérapeutiques fondamentales de la fièvre typhoïde. Ce sont :

"10.—Diminuer la désintégration et soutenir l'organisme dans la lutte ;

"20.—Aider à l'évolution des éléments organiques désintégrés, et stimuler l'activité du système nerveux, directeur des échanges ;

"30.—Obvier à la rétention des résidus des éléments désintégrés."

Comme on le voit, le professeur Robin ne tire aucune indication de l'infection mais seulement de l'état typhoïde.

Voyons maintenant à l'aide de quels agents le professeur Robin pourra remplir ces indications.

Prenons, par exemple, l'ordonnance type qu'il prescrit dans un cas ordinaire de fièvre typhoïde. Nous verrons qu'elle ne diffère pas essentiellement de celles formulées par les maîtres les plus réputés. (1)

"10.—Bien aérer la chambre. Ne pas surcharger le lit de couvertures. Faire changer, de temps à autre, la position du malade ;

20.—Brosser les dents chaque jour et nettoyer la bouche, la langue, le pourtour de la bouche, de l'oeil et des narines ;

30.—Boissons abondantes, un litre et demi de lait frais, écrémé, un demi litre du bouillon du pot au feu, dégraissé. Compléter les 3 ou quatre litres avec des limonades fraîches, du vieux vin rouge ou du champagne largement coupé d'eau, des infusions chaudes, du café léger, de l'eau minérale de Vals, d'Alet ou de Pougues (St-Léger) ;

40.—Matin et soir un grand lavement de trois quarts de litre, introduit sans pression, avec de l'eau bouillie, ramenée à la température de la chambre et additionnée d'une grande cuillerée de liqueur de Larbaraque ;

50.—Matin et soir un cachet de 25 cgr. de bichlorhydrate de quinine (non pour abaisser la température, mais pour réduire la désintégration organique). Après chaque cachet, quelques gorgées de limonade ou de bouillon ;

60.—Dans les 24 heures donner, par cuillerées à soupe, à intervalles aussi réguliers que possible, la position suivante :

Extrait de quinquina Calisaya . . . . .	1 gr. 50 à 2 gr.
Eau distillée de Menthe poivrée } . . . . .	a a 50 gr.
Eau distillée de Cannelle } . . . . .	
Sirop d'écorces d'oranges amères. . . . .	30 gr.
Benzoate de soude   . . . . .	2 gr.

(1) *Bulletin gen. de thérapeutique* No 10. 15 Mars 1908

70.—Surveiller de très près les fonctions intestinales. Si la diarrhée fait défaut, ou s'il n'y a qu'une selle par jour, donner, le lendemain matin, la purgation suivante :

Sulfate de soude . . . . . 25 gr.  
Sulf de soude cristallisé dans l'eau oxygénée 5 à 10 gr.  
Eau de Vichy . . . . . 100 gr.  
Eau de Seltz, une grande cuillerée. à soupe.

Cette purgation sera préparée à la maison, au moment de s'en servir. Aussitôt après, on donnera une petite tasse de *bouillon aux herbes* chaud.

8.—Auscultation de la poitrine deux fois par jour. Quand on perçoit des râles de stase, faire aussitôt appliquer 20 ventouses sèches dont 10 sur le dos, et 10 sur le devant de la poitrine

90.—Auscultation régulièrement le cœur. S'il s'accélère, ou encore, quand le malade tend à la cyanose, administrer 10 centigrammes de sulfate de Sparteine, dans la journée, en 10 doses de 1 centigramme.

10.—Appliquer systématiquement la médication par les bains froids.

Voilà bien, ce je me trompe fort, le traitement universellement accepté, à l'heure actuelle, dans la fièvre typhoïde ; si non dans tous ses détails, du moins dans son ensemble. Or écoutons le prof. Robin : (1) " Nous avons vu, dit-il, comment, dans la fièvre typhoïde réa-lisée, les indications du traitement relèvent, non du bacille spécifique, ni de la connaissance des lésions anatomiques, mais bien d'éléments d'ordre bio-chimique engendrés à la fois par l'agression bacillaire et par la défense organique.

On peut donc dire, avec raison, que le traitement de la fièvre typhoïde n'est pas aujourd'hui dirigé contre l'infection, mais contre les effets de l'infection, contre l'état typhoïde.

Il est vrai que les antiseptiques, et particulièrement les naphthols, autrefois très employés, sont encore prescrits par certains médecins mais ils sont généralement regardés comme plus nuisibles qu'utiles, à cause du surcroît de travail que leur élimination impose aux reins déjà surchargés.

Le sulfate de soude réalise une bonne antiseptie de l'intestin, mais son action est surtout mécanique, et son antiseptie toute momentanée.

Il est très utile en chassant au dehors les toxines contenues dans les sécrétions intestinales, mais il est sans effet sur la culture du bacille d'Eberth.

Les grands lavements agissent dans le même sens, en nettoyant ce foyer d'infections secondaires qu'est le gros intestin. (2)

La glace, elle, agit directement sur l'infection, sur culture du bacille d'Eberth, qu'elle entrave. Son mode d'action est très simple. Elle abaisse la température abdominale au dessous du degré le plus favorable à la culture du bacille.

Et l'on conçoit, a priori, qu'elle sera d'autant plus efficace qu'elle aura été employée plus tôt.

D'abord parce qu'il est plus facile de combattre une infection commençante, susceptible d'acquiescer, en se développant, une plus grande virulence.

(1) *Bulletin gén. de thérapeutique* No 12 30 mars 1908

(2) Des solutions faibles de Lusoforme, 15 à 60 gts dans un litre d'eau, sont très bien tolérées et jouissent de propriétés fortement antiseptiques et désodorisantes. En peu de jours, les selles perdent leur odeur caractéristique.

Ensuite parce qu'il vaut mieux agir avant que les lésions des plaques de Peyer ne soient trop avancées.

Enfin, parce que l'action de la glace est toute locale et que les bacilles d'Eberth, primitivement localisés dans l'intestin, sont susceptibles de se répandre plus tard dans tout l'organisme, et d'échapper ainsi à l'influence du traitement.

L'expérience confirme entièrement cette conception, et pour juger de la valeur thérapeutique de la glace dans le traitement de la fièvre typhoïde, il faut appliquer la méthode dès les premiers jours de la maladie.

Rien n'est alors plus surprenant que l'aspect du fiévreux qui repose tranquille dans son lit, s'occupe de ce qui se passe autour de lui ou dort d'un sommeil paisible. On a chaque fois l'impression de se trouver en présence d'un cas d'une extrême bénignité.

Il est difficile de dire si la glace abrège la durée de la maladie. Mais il semble qu'elle prévienne presque sûrement la péritonite et l'hémorragie intestinale, et qu'elle réduise sensiblement la mortalité, du moins si je m'en rapporte à mon expérience. En effet, je n'ai pas observé une seule fois ces complications, et, sur les 26 malades que j'ai traités, seul ou avec des confrères, une seule est morte, chez laquelle, précisément, il fut impossible d'instituer le traitement en temps voulu. Il est vrai que les statistiques, surtout si elles portent sur un nombre de cas aussi restreint, n'ont pas une grande valeur. Règle générale, c'est à peine s'il y a du ballonnement du ventre, et la diarrhée est si peu fréquente, qu'il faut recourir au sulfate de soude.

Si la glace est appliquée à une période tardive, les résultats ne sont plus comparables, car tout en restant très efficace sur l'infection intestinale elle est sans action sur l'état typhoïde, contre lequel il faudra lutter par les moyens indiqués plus haut. Et, si la température est très élevée, si les urines sont rares, et surtout si l'état du malade ne paraît pas s'améliorer après quelques jours de traitement, les bains froids seront indiqués.

Rien de plus facile que l'application méthodique de la glace au cours de la fièvre typhoïde.

On recouvre le ventre avec une flanelle mouillée, et légèrement exprimée, sur laquelle on étale le sac de glace, aussi léger que possible. On recouvre avec une flanelle sèche, qu'on borde sous la flanelle humide, afin de bien localiser, et de bien concentrer le froid sur le ventre. Une simple bande en flanellette permet au malade de se retourner à volonté dans son lit.

Il faut veiller avec soin à ce qu'il y ait constamment de la glace sur le ventre. Rien n'est plus défavorable que les changements de température résultant de la négligence à remplacer la glace en temps voulu. Règle générale, même quand la température est élevée il suffit de changer le sac toutes les deux heures. Il vaut mieux avoir deux sacs, afin qu'il y en ait toujours un sur le ventre.

J'ai dit, en commençant, que la glace était facilement acceptée des malades. Certains, cependant, en ont une vive appréhension, et lui imputent volontiers les troubles, les malaises de toutes sortes, qu'ils viennent à remarquer après son application.

Il faut les convaincre. Avec un peu de patience, cela est généralement facile, beaucoup plus facile que pour les bains froids.

## Clinique médicale

### Les gros foies

L'embarras du praticien en face d'un gros foie est souvent justifié. De quoi s'agit-il au juste ? Il doit instituer un traitement, informer la famille. A vrai dire celle-ci se contente d'ordinaire du diagnostic : gros foie. Cette dénomination lui rappelle quelque chose de tangible. Seulement cela est-il grave ? On s'en tire par des formules vagues, cachant l'indécision du fond sous des affirmations enveloppées. Sans doute, on peut guérir ; de tels malades ont déjà guéri ; il suffit de les suivre de près et à moins de complications, le tout rentrera dans l'ordre.

Une première division doit être établie : y a-t-il ou non de l'ictère ? En cas d'ictère concomitant, un gros foie est souvent de pronostic plus sombre. Il y a là des formes très graves telles que les cancers "nodulaires" et bosselés du foie, de la tête du pancréas, de "l'ampoule de Vater". Ces deux dernières formes s'accompagnent d'une tuméfaction de la vésicule perçue sous forme de masse ovoïde, arrondie, vers le bord externe du muscle droit. La maladie est récente, la rate grosse, l'évolution rapide. A côté de ces formes dont il convient d'énoncer en termes voilés l'évolution fatale, il en est, au contraire, une qui permettra de rassurer la famille. Ce sont les foies peu gros, en général, liés à des "ictères hémolytiques, ces ictères décrits tout d'abord par M. Chauffard et qui sont cobscécutifs à une dissolution des globules sanguins et à la mise en liberté de leur pigment. C'est ce pigment qui colore en jaune les téguments. On distingue deux types de cet ictère ; les ictères hémolytiques congénitaux Chauffard où le sujet vaque à ses occupations, est jaune depuis des années, ne se sent nullement incommodé par la teinte ictérique de ses téguments ; le foie est d'ordinaire peu développé ; mais la rate est grosse. Il en est de même pour les ictères hémolytiques acquis, où les sujets sont plus des anémiques que des ictériques. Les globules rouges, dans tous les ictères hémolytiques sont en diminution de résistance et ils renferment un grand nombre d'éléments granuleux. Si nous parlons de ces ictères hémolytiques, c'est surtout pour mettre en garde le praticien contre l'idée d'une tentative chirurgicale. Surtout dans l'ictère congénital où l'ictère est plus accusé, on peut noter des accidents douloureux simulant des coliques hépatiques et que M. Chauffard attribue au passage d'une bile épaisse. Qu'on se garde de rien entreprendre contre de pareils malades. C'est en pareille occurrence que le grand art consiste à ne rien faire, comme le recommandait Tronchin, il y a cent cinquante ans.

Si nous avons signalé les ictères hémolytiques où le foie n'est guère hypertrophié, c'est pour marquer la relation qui relie ces ictères aux "ictères chroniques spléno-mégaliqnes, décrits par Hayem et son élève Lévy. Dans

cette maladie, le foie déborde les fausses côtes de deux à trois travers de doigt : la rate est grosse comme dans les ictères hémolytiques. En plus, la durée est indéfinie. Chez un malade de Hayem, la maladie se prolongeait depuis dix-neuf ans. La résistance globulaire est diminuée et il existe des hémaries granuleuses comme dans les ictères hémolytiques. Donc il est des gros foies avec ictère où le praticien ne bougera pas et se contentera de dissimuler le vice de sa médication sous des prescriptions de tisanes anodines (l. de boldo, p. ex., 10-000). Il rassurera son malade lui donnera confiance, dira que c'est long, mais peu grave. Les paroles rassurantes, lorsqu'elles sont justifiées, et c'est le cas, appartiennent au groupe des médications toujours acceptées avec reconnaissance.

Entre les gros foies très gras accompagnés d'ictère et ceux qui ne compromettent nullement la santé, il est un type qu'il convient de se rappeler, parce que son traitement peut amener une amélioration, parfois une guérison : c'est "l'hépatite syphilitique chronique avec ictère chronique" (Hanot.) Le tableau morbide est celui de la cirrhose de Hanot dont nous parlerons tout à l'heure. On recherchera les antécédents spécifiques pour prescrire, en cas de doute l'iodure de potassium" à hautes doses (3 à 6 grammes) ; ce médicament est, d'après Mauriac, l'agent curatif par excellence de la syphilis du foie. Le mercure réussit moins bien ; il ne donne que des résultats douteux dans l'ictère syphilitique congénital (Méry) et puis c'est toujours là un remède dangereux. On l'emploiera sous forme d'injections de benzoate de Hg (à 0 gr. 02 ou 0 gr. 03) dix à quinze jours de suite, ou de biiodure aux mêmes doses en surveillant de près son malade et en interrompant si le résultat désiré n'est point atteint. Même note pour la syphilis tertiaire du foie où l'ascite est considérable. Seulement, dans ce dernier cas, l'ictère est rare. Le foie est gros, inégalement hypertrophié. Dans une autre forme de syphilis tertiaire, il peut exister un gros foie dur, inégal, sans ascite. La rate est grosse. Rien de délicat comme le diagnostic de cette forme. On écartera le paludisme, la leucémie, la dégénérescence amyloïde, le kyste hydatique. Ce dernier diagnostic avait été porté par König sur un jeune homme de 22 ans porteur d'une tumeur volumineuse et douloureuse de la région épigastrique. La laparotomie montra un lobe du foie très augmenté de volume et bourré de nodules gommeux. Le traitement mercuriel et ioduré pourra amener des améliorations considérables : maintes fois soit qu'il soit entrepris trop tard, qu'on se trouve en présence de sclérose organisée, de dégénérescence amyloïde, des infections surajoutées, la partie thérapeutique est perdue, bien que l'origine spécifique demeure sans aucun doute. S'il soupçonne une syphilis de foie, le médecin ne devra pas se hâter de proclamer la guérison. Il instituera le traitement mixte, ne parlera pas d'intervention chirurgicale. La suite renseignera sur les éventualités du pronostic.

La "cirrhose biliaire hypertrophique" de Hanot qui est façon d'angiocholite chronique, se révèle par un foie charnu et lisse qui descend jusqu'à l'ombilic. L'ictère est persistant, les garde-robes non décolorées. La rate est

d'ordinaire grosse, mais son hypertrophie peut faire défaut (forme-hépatomégalique pur, de Gilbert et Castaigne) ou, au contraire, dépasser de beaucoup en volume celui du foie (forme hypersplénomégalique, de Gilbert et Fournier). Quant au traitement, comme nous l'avons dit il se résume dans le repos et le régime lacté ou lacto-végétarien. La cure thermale, les cholagogues sont sans effet. Le traitement chirurgical n'a rien donné. La maladie est longue, se poursuit pendant un long nombre d'années. Le praticien insistera sur le régime diététique et évitera tous les éléments de digestion lourde (graisses, crudités) ou capables d'élaborer dans l'intestin des toxines nocives (viandes, surtout viandes marinées, gibier, crustacés, etc.)

Chez tout sujet ictérique, il convient de rechercher les antécédents lithiasiques. Dans la "lithiase biliaire chronique", si le foie est souvent rétracté, parfois cependant on note de l'hypertrophie avec ictère chronique, et décoloration des garde-robes. En général la vésicule n'est pas perceptible à la palpation, ce qui distingue cette maladie du cancer du pancréas où la vésicule est d'habitude grosse (signe de Courvoisier). Le traitement sera ordonné par les prises d'huile d'olive à l'intérieur (100 gr. le matin, 10 jours de suite), la glycérine (une cuillerée à café dans un 1-2 verre d'eau de Vichy-Hôpital ou Grande-Grille chauffée, avant les repas de midi et du soir), 10 à 15 jours de suite.

Si au bout d'une dizaine de jours cela ne va pas mieux, 15 jours de "sulfate de soude" : une cuillerée à café à jeun dans un verre d'eau de Vichy. Puis employer les paquets de "benzoate" et de "salicylate de soude" 0 gr 50 de chaque avant les repas, ou 1 gr de benzoate de soude sans salicylate, une dizaine de jours. En tout temps combattre la constipation par un lavement froid avant le dîner, des "pilules aloétiques, etc.". Instituer un régime où le lait, les farineux, les pâtes, les fruits cuits occupent la première place. Éviter les condiments qui irritent le foie, les viandes, les boissons alcooliques. Si au bout de deux à trois mois (deux mois pour M. Chauffard, "Hôpital Cochin"), cela ne va pas mieux confier le malade au chirurgien.

Une dernière affection peut prêter à confusion : ce sont les "kystes hydatiques". L'ictère y est fort rare. Le médecin songera surtout à cette affection en présence de gros foies à évolution torpide, qui ne sont accompagnés ni d'ictère, ni d'ascite.

L'ascite à côté de l'ictère permet en effet de distinguer un certain nombre d'affections à gros foie. Ce sont d'abord la "syphilis tertiaire du foie" (forme ordinaire) dont nous avons déjà parlé précédemment et deux autres maladies qui peuvent réserver au praticien d'heureuses surprises ; d'une part la cirrhose hypertrophique alcoolique, de l'autre le foie cardiaque" (forme cirrhotique).

La "cirrhose hypertrophique alcoolique" considérée par quelques uns comme tuberculeuse est la moins grave des cirrhoses. L'ascite peut à un moment donné rétrocéder et disparaître, parfois même elle fait défaut (forme anascitique de Gilbert). Le diagnostic sera surtout

fait avec le cancer nodulaire, plus marronné à la palpation et d'évolution rapide. Comme traitement régime lacté ; puis pâtes et farineux. L'"opothérapie" (2 cuillerées à café de poudre de foie de porc par jour) a réussi dans quelques cas, on ne comptera guère sur cette médication dans les exemples où la phase précirrhotique est dépassée. Signalons encore la "cirrhose biveineuse avec gros foie et ictère. Le foie non bosselé peut descendre jusqu'à l'ombilic, il y a de l'ascite. Les sujets alcooliques ou tuberculeux et maintes fois atteints de la double tare originelle, succombent rapidement (en un mois). Rien à faire, sinon pour le médecin à préparer heureusement sa sortie lors de l'issue fatale. Avant tout, il se gardera de croire à de l'occlusion biliaire et de recommander une intervention chirurgicale, laquelle demeure forcément sans résultat.

Le "foie cardiaque" cirrhotique s'accompagne d'une ascite qui peut donner lieu à de singulières erreurs de diagnostic. L'un de nous a été appelé un jour pour une jeune femme soi-disant atteinte de péritonite tuberculeuse. L'auscultation du cœur permit de découvrir un roulement présystolique. Il s'agissait d'un rétrécissement mitral avec dilatation cardiaque. Il suffit de prescrire la diète lactée et le traitement digitalique avec repos au lit pour voir rapidement l'ascite disparaître et se réduire considérablement un foie énorme. Maintes fois, le "foie cardiaque" congestif et sans ascite déconcerte le diagnostic. On songe à une affection primitive du foie, à une hypertrophie de cause obscure, lorsqu'en réalité cette hypertrophie est liée à une dilatation cardiaque, celle-ci indépendante de toute lésion valvulaire et produite par une insuffisance du myocarde. L'insuffisance du myocarde peut être le résultat d'une myocardite, d'une cardiopathie artérielle, d'une symphyse cardiaque, d'une surcharge graisseuse du cœur.

Chez l'enfant on soupçonnera la "symphyse cardiaque" suite de péricardite, ou encore la cirrhose "cardio-tuberculeuse" qui est la symphyse tuberculeuse avec tachycardie, aux lèvres cyanosées, à la fixité de la pointe du cœur. Ce dernier signe n'est point toujours aisé à découvrir, en raison de la faiblesse des battements du cœur. La fixité de la matité cardiaque non plus ne peut fournir de renseignements bien décisifs. Mais un foie gros chez un sujet dyspnéique doit toujours faire songer à une affection cardiaque. Les gros foies de la symphyse cardiaque réclament le traitement diététique des affections cardiaques, le repos le lait la digitale à doses très faibles et prolongées (II gouttes de la solution de digitale crist à 1-1,000 aux enfants de 10 ans. Continuer 10 jours, interrompre 5 jours. Reprendre. Le pronostic est moins immédiatement fatal et parfois reculé à de nombreuses années quand le foie est très développé au delà de 18 à 20 centimètre sur la ligne mamelonnaire.

Parfois la dyspnée est reléguée au second plan. Il s'agit de myocardite à signes latents. On ne constate aucun signe à l'auscultation, aucun signe de dilatation cardiaque, parfois simplement un peu de cyanose. L'absence de tout signe cardiaque fait croire à une lésion hépa-

tique primitive et l'on a diagnostiqué parfois, en raison de l'aspect lisse de la tumeur et de son évolution sourde qui ne s'accompagne d'aucun trouble de la circulation abdominale, on a diagnostiqué un kyste hydatique. C'est l'erreur que nous avons dû faire, c'est l'erreur commise par M. Oulmont auprès d'un malade du même ordre. Le kyste hydatique offre une saillie arrondie et rénitente ; il n'y a pas de grosse rate, comme il advient dans certains foies cardiaques anciens, et on constate en plus de l'éosinophilie sanguine qui se retrouve dans plus de la moitié des cas. Ajoutons que le foie cardiaque est douloureux au niveau du lobe gauche (Huchard) et que le traitement cardiaque et la médication digitalique réduisent le foie cardiaque. Deux malades de M. Oulmont ont rapidement guéri par cette médication : chez l'un d'eux, on aurait même pratiqué une opération explorative à une époque où l'on ne connaissait pas ses dangers, tellement le diagnostic de kyste hydatique paraissait probable.

L'un de nous a vu un malade âgé de 43 ans qui croyait également n'avoir qu'une maladie de foie. D'une taille de 1m. 58, il pesait 103 kilogs. oppressé depuis sept ans, il avait, il est vrai, un foie qui mesurait 23 centim. sur la ligne mamelonnaire. Mais le pouls était fréquent (90), les battements du cœur un peu sourds, des râles humides encombraient les bases, les urines étaient albumineuses. Vraiment la lésion cardiaque, une distention liée à la surcharge graisseuse du myocarde, cette lésion n'était pas malaisée à dépister et le traitement par réduction des liquides avec digitaline à doses prolongées (V gouttes de la solution alcool. de digitaline crist. à 1-1,000e 10 jours, interrompre 5 jours, reprendre 10 jours et ainsi de suite pendant plusieurs mois) puis le régime d'amaigrissement qui fit peu à peu tomber notre malade à 73 kilogs produisirent une amélioration rapide.

Parfois la difficulté est bien plus grande ; d'autant, comme l'un de nous l'a démontré, que la dyspnée cède et peut même disparaître du jour où le foie s'hypertrophie suffisamment (au delà de 18 à 20 centim. sur la ligne mamelonnaire.)

Le traitement de tous ces foies cardiaques est celui de l'asystolie ordinaire : régime de réduction (1,500 gr. d'un total de lait et d'eau dans les 24 heures, à boire par verres à Bordeaux toutes les heures, trois à quatre jours de suite, digitaline cristallisée 1-10 milligr. 10 jours, interrompre 5 jours, reprendre 10 jours, à continuer de la sorte pendant de longs mois, repos au lit ; théobromine en plus si la diurèse ne s'opère pas immédiatement. 2 cachets de 50 centigr. La seule particularité thérapeutique qui soit dirigée contre un gros foie, est l'emploi local des ventouses scarifiées. Un praticien qui va voir un cardiaque à la campagne et n'a rien sur lui pour lui procurer du soulagement, obtiendra une amélioration parfois immédiate de la dyspnée à l'aide des ventouses scarifiées appliquées séance tenante sur la région hépatique et la prescription immédiate du régime de réduction.

La liste des gros foies avec ictère et ascite n'épuise pas l'énumération : il nous reste à parler d'une série de gros foies où l'ictère et l'ascite font défaut. Parmi ces

derniers, on peut encore opérer une distinction suivant que la rate est ou non hypertrophiée

Le foie gros seul appartient tout d'abord à certains foies cardiaques congestifs dont nous venons de parler. D'autres fois, le sujet est "dyspeptique ou plutôt gouteux". Une légère hypertrophie hépatique peut faire suite. Hanot et Boix ont décrit en pareil cas de gros foies très durs qui donnent au toucher la sensation du bois. Ces formes sont absolument exceptionnelles, si tant est qu'elles existent (Chauffard, Hôpital Cochin). Le traitement est celui de la maladie initiale.

Nous nous arrêtons que pour en signaler la gravité, au gros foie dur et lisse du "diabète bronzé qui s'accompagne d'une teinte cendrée spéciale de la peau et des téguments. On pourrait presque croire à une maladie d'Addison, n'étaient les signes de diabète (polyurie et glycosurie abondante, 166 à 200 gr. de glycose, ) qui fixent le diagnostic. La maladie entraîne une mort rapide. Le traitement est surtout celui de la cirrhose hypertrophique : alcalins, régime lacté ou lacto-végétarien. La glycosurie peut en effet manquer et des auteurs décrivent la maladie dans le chapitre des affections du foie sous le nom de cirrhose hypertrophique pigmentaire.

Il nous reste à passer en revue trois sortes de gros foies, non accompagnés de grosses rates, sur lesquels le praticien devra émettre un avis ferme et motivé. Ce sont les foies "tuberculo-alcooliques ; le cancer massif primitif et le kyste hydatique."

Le "foie tuberculo alcoolique" revêt trois formes : c'est tantôt le gros foie gras", mou pâteux, non accompagné d'ascite d'ictère, de grosse rate, chargeant les urines d'uroboline et de petites quantités de glycose (glycosurie alimentaire). Ou bien il s'agit de "cirrhose hypertrophique graisseuse" de Hutinel et Sabourin ; ce sont des tuberculeux alcooliques à gros ventre, à foie sensible, lisse, qui déborde de la largeur de la main le rebord costal dont l'état général décline rapidement et les fait tomber dans une série de complications graves : état typhique avec subictère, purpura, hémorragie. Dans cette forme, la rate est hypertrophiée. La troisième forme de "foie tuberculeux alcoolique" se rapproche de la "cirrhose" (Hanot et Lauth, Gilbert et Castaigne) ; ce foie est d'ordinaire lisse, mais parfois dur comme le foie des syphilitiques, une ascite terminale ne se produit souvent que dans les derniers jours. Cette ascite, quand elle apparaît abondante et en cours d'évolution peut rendre le diagnostic très délicat d'avec la cirrhose de Laënnec.

Toutes ces variétés sont utiles à connaître. Le médecin observera avec soin le foie de ses tuberculeux. M. le Pr A. Robin a noté une hypertrophie énorme du foie chez un phthisique qui avalait douze oeufs par jour. Il suffit de réduire la ration alimentaire pour amener la diminution du volume du foie. La suralimentation doit être surveillée ; elle risque de provoquer des contrastes, surtout quand le foie se met de la partie. Il faut donc revenir à un régime alimentaire modéré surtout composé de farineux et de pâtes, dès que le foie devient gros. M. L. Rénou a conseillé à titre médicamenteux la "teinture

de boldo", dix gouttes, trois fois par jour, dans un peu d'eau. En plus, le malade avalera des préparations opothérapiques ; matin et soir un petit cachet de poudre de "fiel de boeuf" à 10 centigr. ou du sirop préparé avec du foie de jeune veau : 2 ou 3 cuillerées à soupe par jour. Chez des alcooliques porteurs de gros foie, M. Triboulet a vu, grâce à cette médication, se produire une amélioration très notable.

Le "cancer massif primitif" est figuré par un foie lisse, énorme, qui descend jusqu'à la fosse iliaque et augmente à vue d'oeil. Il n'y a ni ictere ni ascite, ni splénomégalie ; mais un mouvement fébrile rémittent ou intermittent, avec accès vespéral qui est dû à de la périhépatite ou des poussées d'hépatite concomitente. La "dégénérescence amyloïde" qui présente les mêmes caractères d'hypertrophie hépatique sans ictere ni ascite, se distingue par les conditions générales (suppurations prolongées, etc.) et l'hypertrophie de la rate ; celle-ci est parfois augmentée de volume, mais à un degré moindre dans le cancer massif du foie que dans le cancer nodulaire. Le traitement est nul.

Une forme rare qu'il nous a été donné d'observer est le "cancer kystique du foie." On appelle l'un de nous pour ouvrir un abcès du foie. Le fait est qu'une masse fluctuante superficielle siégeait au niveau du foie, lequel descendait jusqu'à l'ombilic. La rate était énorme, l'état général mauvais ; la maladie datait de quelques semaines et un léger mouvement fébrile s'observait tous les jours. L'état volumineux de la rate, l'absence d'antécédents dysentériques faisaient naître un doute. Une ponction exploratrice ramena du sang pur. Il s'agissait d'une tumeur maligne. Le malade succomba trois semaines plus tard.

Pour le "kyste hydatique," la règle est formelle : ne jamais pratiquer de ponction. La mort pourrait s'ensuivre. Lorsque le praticien soupçonne une semblable affection, il s'apprêtera à une ouverture complète ou adressera le malade à un chirurgien. Son diagnostic sera guidé par la forme spéciale du kyste : ce dernier se développe en avant ou pointe en bas. Dans le premier cas, une voussure notable soulève la région hépatique ; une tuméfaction rénitente, élastique, rarement fluctuante, est perçue au palper. Si le kyste pointe en bas, la tuméfaction est sous-hépatique, se continue avec le foie et suit le mouvement respiratoires. La radioscopie et la radiographies seront pratiquées, si possible. Une erreur de diagnostic que l'un de nous a commise, a été de reconnaître un kyste de la face convexe du foie et de le prendre pour une pleurésie. La déformation marquée de la cage thoracique aurait dû ouvrir nos yeux ; une pleurésie à épanchement même considérable provoque rarement une telle voussure avec élargissement des espaces intercostaux. La malade (c'était une femme) succomba dans la cachexie après une intervention chirurgicale qui tenta d'être radicale.

Lorsque le gros foie coexiste avec une grosse rate l'ascite et l'ictère faisant défaut, on pourra se trouver en face d'une dégénérescence amyloïde" ou d'une "syphilis

tertiaire." Nous en avons déjà parlé. Restent deux maladies fréquentes, dont l'une est dépistée par les antécédents, l'autre par l'examen du sang. Ce sont le "foie paludéen et le foie leucémique". Dans le gros foie paludéen, la rate est énorme et peut remplir tout le côté gauche de l'abdomen. Le teint a une couleur terreuse bistrée. Les poussées fébriles du paludisme anciennes ou même actuelles permettent d'asseoir un diagnostic définitif. Quant au traitement, si la maladie est vieille, le foie reste volumineux, comme la rate, malgré l'emploi prolongé des sels de quinine. La résolution ne s'opère que très lentement et alors que le sujet a quitté les pays palustres depuis des années. Ajoutons que la congestion hépatique peut aboutir à une hépatite chronique, le rhobose atrophique ou hypertrophique, l'alcoolisme pouvant survenir à titre de facteur étiologique associé, mais non indispensable. Le traitement habituel des cirrhoses sera institué en pareil cas.

Dans la "leucémie et les anémies pseudo-leucémiques", de même que dans la fièvre palustre le foie est moins touffu que la rate. Dans la leucémie lymphogène et myélogène, le foie déborde à peine le rebord costal. Néanmoins et surtout chez le nourrisson, on peut observer des foies énormes. L'examen du sang est indispensable pour porter le diagnostic.

Le traitement consiste dans "l'application des rayons X", la médication par les "arsénicaux et la moelle osseuse."

Un mot pour terminer par les gros foies du nourrisson, de l'enfant. Le "paludisme, l'hérédo-syphilis, la leucémie ou les anémies pseudo-leucémiques," le rachitisme sont les grandes causes en jeu. On songera surtout à l'hérédo-syphilis précoce et parfois tardive qui frappe le foie de l'enfant encore plus aisément que le foie de l'adulte. On recherchera les signes d'hérédo-syphilis (pemphigus, kératite, coryza, décollements épiphyzaires). Le foie gros lisse, dur, peut descendre jusqu'à la crête iliaque. La rate est volumineuse ("hérédo-syphilis à forme spléno-hépatique," Chauffard). L'hypertrophie de ces deux organes distend le ventre qui est énorme, très rarement on observe de l'ascite. Dans l'hérédo-syphilis tardive où le tissu scléreux est plus prononcé, l'ascite est plus fréquente.

Le traitement consiste dans l'emploi de frictions mercurielles, voire des injections de sels mercuriels solubles. Malheureusement les enfants ne guérissent pas souvent (Méry). Ajoutons que la tuberculose peut être associée à la syphilis ; un enfant présentant des ganglions tuberculeux et un foie syphilitique. En pareil cas, la médication spécifique agit naturellement moins bien.

Nous ne parlons pas du "rachitisme". Les déformations osseuses ouvrent le diagnostic, le régime diététique combattra les troubles digestifs, le traitement par le bon lait, les préparations phosphatées est connu.

H. HUCHARD et Ch. FIESSINGER.

(in Journal des Praticiens)

## Médecine Pratique

### Traitement des anévrysmes de l'aorte

Par le professeur agrégé Vaquez

Malade se plaignant d'oppression, de douleurs, de troubles vocaux intermittents. La percussion révèle, chez lui, sur le bord droit du sternum, une zone mate. La radioscopie, faite par M. Bécclère, a permis de constater une ectasie assez volumineuse de l'aorte. Il ne s'agit pas d'une dilatation simple, d'une maladie de Hodgson, mais d'une ectasie proprement dite. La différence entre ces deux états morbides est la suivante. Dans la dilatation, l'aorte est accrue de dimension sur toute sa circonférence, elle prend un aspect fusiforme. Dans l'anévrysme, l'aorte présente, en un point, une poche développée aux dépens de ses parois, poche qui évoque à part et ne se confond pas avec l'artère. En outre, la lésion essentielle de la maladie de Hodgson siège à la paroi interne du vaisseau : c'est une endartérite avec périartite consécutive ; la tunique moyenne persiste. La lésion essentielle de l'ectasie est, au contraire, précisément, la disparition de cette tunique moyenne, élastique, avec distension consécutive de l'aorte au point intéressé.

Chez ce malade on trouve, au niveau du hile, des signes de compression : on entend, à l'auscultation des poumons, en arrière à la hauteur du hile, une respiration soufflante, et au delà un murmure vésiculaire affaibli. De plus, le signe d'Oliver est net. Ce signe se recherche en plaçant la main au-dessous du larynx, de façon à accrocher le cartilage cricoïde : on perçoit, alors, à chaque systole cardiaque un abaissement du larynx ; la tumeur anévrysmale entraînant pendant le battement systolique l'arbre aérien en bas.

L'anévrysme de l'aorte est une affection assez rebelle à la thérapeutique.

Tout d'abord le médecin s'efforcera de faire un diagnostic précoce de la maladie. Pour M. Vaquez, en effet, l'ectasie aortique a dans l'immense majorité des cas une origine syphilitique. Seule, la syphilis crée ainsi un processus de pan-artérite. L'infection rhumatismale détermine une endartérite d'emblée. Par conséquent, il convient d'essayer la médication spécifique, et cela aussitôt que possible.

Il est difficile d'une manière générale d'apprécier la valeur d'un traitement, en matière d'anévrysme aortique. Il ne suffit pas de constater une guérison ou une amélioration pour l'attribuer au traitement. Il est des guérisons spontanées. D'autre part, la marche de l'ectasie artérielle comporte des périodes d'augmentation et des périodes de rétrocession. L'influence du repos est manifeste à ce point de vue.

Le traitement de Valsalva, qui consiste en repos au lit, diète, purgation, saignée, abaisse la tension artérielle, il arrive à diminuer la tumeur et à faire disparaître les phénomènes douloureux qui l'accompagnent.

Pour l'anévrysme aortique, la radiographie seule peut nous guider quand il s'agit d'affirmer la guérison. Pour les anévrysmes des membres, le moyens de contrôle sont plus à portée du médecin. Or, on a vu guérir des anévrysmes des membres sous l'influence du traitement spécifique. Aussi, dès que le diagnostic d'ectasie aortique est posé, surtout si la lésion est petite, doit-on soumettre le patient à la médication anti-syphilitique (injections mercurielles, etc.) Chez le malade actuel, elle n'a donné aucun résultats.

En dehors de la cure spécifique, d'autres méthodes peuvent être essayées.

Quand on étudie l'évolution des cas d'anévrysmes suivis de guérisons, on voit que celle-ci s'est faite selon deux processus, l'un et l'autre aboutissant à l'occlusion de la poche par caillots. Les ectasies aortiques présentent dans leurs sacs des caillots, les uns actifs, d'autres passifs, qui diffèrent, comme diffèrent les caillots prolongés de la phlébite. Dans la phlébite existe un caillot autochtone, blanc, par battage, et un caillot prolongé, rouge, par stase. Le caillot blanc est semblable à celui que l'on obtient quand on bat le sang ; le caillot rouge comprend tous les éléments du sang, éléments qui se sont trouvés englobés dans les mailles fibreuses du caillot en formation. Le caillot blanc est accolé à la paroi de la veine ; le caillot rouge siège dans la lumière de la veine. Il en est de même pour le sac de l'anévrysme : sur sa paroi interne se trouve le caillot décoloré et au centre le caillot rouge, de stase. Il peut arriver un moment où le caillot actif comble et ferme la poche : c'est une sorte de cure naturelle de l'anévrysme, que l'on a cherché à imiter dans son mécanisme. Or, deux choses favorisent la production du caillot actif : d'une part des conditions locales (endartérite, rugosités sur la paroi interne du sac), d'autre part, des conditions générales (augmentation de la coagulabilité du sang)—d'où deux méthodes thérapeutiques, l'une agissant sur la paroi interne de l'ectasie, l'autre sur le sang.

En dehors de la cure de Valsalva et de la cure spécifique, les traitements recommandés dans l'anévrysme aortique peuvent être rangés dans l'une ou l'autre de ces méthodes. Ils visent à la formation rapide du caillot soit par action sur la paroi anévrysmale, soit par action sur la coagulation du sang.

On a tenté, par l'introduction d'aiguilles, avec ou sans passage de courant électrique, d'irriter la paroi interne et de constituer des centres autour desquels se déposait le caillot. Ces moyens, trop actifs ou inactifs peuvent créer des accidents. Ils sont aveugles et ont été abandonnés.

Pour augmenter la coagulabilité du sang, on a eu recours aux injections de perchlorure de fer, procédé dangereux et aveugle. Une autre méthode préférable, autour de laquelle on a fait grand bruit ces dernières années,



est la médication par la gélatine. Le traitement en question vise à rendre plus intense la coagulabilité générale du sang. Nous savons que pour obtenir la coagulation dans un vaisseau, il faut une coagulabilité augmentée et un point du vaisseau irrité. Ici, l'ectasie constitue le point irrité et si nous accroissons la coagulabilité générale du sang par un agent quelconque l'effet se produit à l'endroit utile. Comme agent susceptible d'exagérer la coagulabilité générale du sang, on a choisi la gélatine.

L'emploi de la gélatine exige des précautions. Ce produit est, effectivement, un excellent milieu de culture ; on s'en sert d'ailleurs comme tel en bactériologie. A ce titre, l'usage de la gélatine est dangereux dans le pansement des plaies anfractueuses où elle peut favoriser les pullulations microbiennes. On ne doit pas l'employer, non plus, dans le traitement de l'épistaxis, où les tampons sont laissés en place 24 ou 48 heures, ni dans le traitement des hémorragies, où elle peut activer des suppurations anaérobiques et être l'origine de phlegmasies diffuses graves.

La gélatine est encore dangereuse pour une autre raison. On retire cette substance de la colle de poisson ou de la corne : aussi, est-elle assez souvent contaminée et contient-elle fréquemment, entre autres germes, des spores tétaniques. Elle peut provoquer l'éclosion du tétanos et l'on connaît un certain nombre de cas de tétanos ayant succédé à des injections de gélatine. Une seule stérilisation de cette substance, qui ne peut guère se faire qu'à 95 ou 100 degrés, est insuffisante, les températures inférieures à 120 degrés laissant inattaquées les formes sporulées. Pour détruire, autant que possible, ces spores, on procède à des chauffages discontinus, que l'on répète plusieurs fois à 3 ou 4 jours d'intervalle. Et, même par ces chauffages discontinus, on n'est pas certain d'avoir obtenu une stérilisation complète. Le mieux serait de n'utiliser qu' la gélatine provenant de la colle de poisson ; malheureusement son prix est élevé.

Les inconvénients de la gélatine sont donc ses propriétés favorisantes à l'égard des pullulations microbiennes et sa contamination par les germes du tétanos. L'incertitude où l'on est d'avoir détruit rigoureusement ces derniers a incité nombre d'auteurs à injecter, en même temps que la gélatine, du sérum antitétanique ; on re-injecte du dit sérum 8 à 10 jours après, l'immunisation ne dépassant guère ce laps de temps.

LANCEREAUX a beaucoup préconisé le traitement des anévrysmes par la gélatine. Divers travaux tendent à montrer qu'elle agit à titre de préparation calcique. Les sels de chaux, comme l'a établi Wright, augmentent la coagulabilité du sang. La gélatine aurait pour effet, par les sels calciques qu'elle renferme, d'augmenter la coagulabilité du sang. Resterait à établir si, réellement, à la suite des injections de gélatine, la coagulabilité du sang est accrue. Il conviendrait de rechercher cette coagulabilité non par piqûre au doigt—méthode mauvaise—mais par des prises répétées du sang dans la veine.

La gélatine s'emploie en solution dans du sérum phy-

siologique à 7 p. 1000, à la dose de 5 à 10 gr. de gélatine p. 1,000 gr. de sérum. On stérilise ce liquide au moyen de chauffages discontinus, à la température de 95 ou 100 degrés. On injecte 100 à 150 cent. cubes (au maximum) de cette préparation et l'on renouvelle l'injection au bout de 5 ou 6 jours. Pour maintenir, pendant l'opération, la gélatine à l'état liquide, on met le sérum gélatiné dans un ballon et l'on place celui-ci dans de l'eau tiède. L'injection se pratique après stérilisation très rigoureuse de la peau. On applique ensuite, pour activer la résorption, des compresses imbibées d'eau chaude sur la région où vient d'injecter la gélatine.

M. Vaquez signale, enfin, parmi les traitements utiles de l'anévrysme aortique, les injections d'huiles iodées.

La thérapeutique doit aussi s'occuper des accidents causés par l'anévrysme. Ces accidents sont nombreux et varient suivant que la lésion se développe vers la profondeur ou vers la surface. Lorsque la poche anévrysmale évolue vers la profondeur, il y a multiplicité extrême des symptômes, oppression, toux, dysphagie, etc., et en revanche peu de signes objectifs. C'est le contraire pour les ectasies extérieures. Il y a là tout un traitement symptomatique à mettre en oeuvre, pyramidon contre les douleurs, véronal contre l'insomnie, etc.

En résumé, le traitement des anévrysmes de l'aorte comprend : la cure de Valsalva, la cure spécifique, les injections de gélatine et une médication symptomatique variable selon le cas.

## Catéchisme antituberculeux à l'usage des écoliers

1.—Qu'est-ce que la tuberculose ?

C'est une maladie très répandue et souvent fatale ; elle attaque l'homme et les animaux.

2.—où la rencontre-t-on le plus fréquemment ?

Dans les quartiers encombrés des villes, où les maisons sont entassées, les rues sont étroites, la circulation de l'air ne se fait pas librement et le soleil ne pénètre pas.

3.—A quoi est due cette maladie ?

Elle est due à la présence de petits germes ou bacilles, visibles au microscope seulement, qui, en se développant et se multipliant, tendent à détruire les parties envahies du corps.

4.—Quelle est la grosseur des bacilles de la tuberculose ?

Il en faudrait 400,000,000 pour couvrir la surface d'un pouce carré ; 7,000 mis bout à bout pour faire un pouce de long.

5.—Quelles sont les parties du corps susceptibles d'être affectées par le bacille de la tuberculose ?

Les poumons surtout ; mais peuvent être affectés,

aussi, les os, les jointures, la peau, les ganglions du cou les méninges (membranes) du cerveau, les intestins et autres régions encore.

6.—Quelle est la forme la plus rapide sous laquelle peut se manifester la tuberculose ?

La méningite, c'est à dire lorsque la maladie s'attaque aux membranes du cerveau ?

7.—Quelle est la forme la plus ordinaire ?

La tuberculose pulmonaire appelée aussi la consommation ou phthisie : On l'appelle encore la "peste blanche."

8.—Quels ravages fait la tuberculose ?

Sans parler des souffrances et des pertes de temps qu'elle occasionne, la tuberculose fait mourir, chaque année, dans le monde entier, environ deux millions d'individus.

9.—Quel est le nombre de décès causés par cette maladie dans le Canada ?

Neuf mille environ par année ?

10.—Et dans la province de Québec en particulier ?

De 2,500 à 3,000 décès. La tuberculose cause un douzième de la mortalité totale.

12.—S'attaque-t-elle aux riches aussi bien qu'aux pauvres ?

Entre quinze ans et quarante ans le plus fréquemment. Elle peut se développer cependant à tout âge, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse.

12.—S'attaque-t-elle aux riches aussi bien qu'aux pauvres ?

Oui.

13.—La tuberculose peut-elle être communiquée par une personne à une autre ?

Oui, c'est une maladie contagieuse.

14.—Par quoi le développement de la maladie est-il favorisé ?

Par l'air impur et le manque de soleil conditions qui favorisent le développement des bacilles.

15.—Les bacilles de la tuberculose font-ils partie de notre organisme ?

Non, ce sont des corps étrangers (de nature végétale) qui l'ont envahi du dehors.

16.—Comment ces bacilles peuvent ils envahir notre organisme ?

Ils sont absorbés par les voies respiratoires ou par les voies digestives.

17.—Pourquoi le poumon est-il l'organe le plus souvent affecté ?

D'abord parce que les bacilles sont facilement introduits dans les voies respiratoires en même temps que les poussières, et, ensuite, parce que les germes trouvent dans le poumon, mieux que dans les autres parties du corps, les conditions favorables pour leur prolifération.

18.—D'où proviennent les bacilles tuberculeux que l'on trouve dans l'atmosphère ?

Des crachats desséchés ou de la salive des malades tuberculeux.

19.—Les crachats d'un consumptif contiennent-ils beaucoup de bacilles ?

Un consumptif peut cracher plus d'un million de bacilles par jour.

20.—Comment les crachats peuvent-ils propager la maladie ?

S'ils ne sont pas détruits, ils se dessèchent, se pulvérisent et les bacilles ainsi libérés s'introduisent, avec l'air dans les poumons de personnes en santé ; ou bien encore, les monches, très friandes des crachats, transportent les bacilles sur les aliments.

21.—La maladie peut-elle se propager par l'alimentation ?

Oui, si la nourriture renferme le bacille, (le lait provenant de vaches tuberculeuses est le mode le plus fréquent de l'infection par ingestion).

22.—Un consumptif qui ne crache pas, ou, dont les crachats sont détruits, tel que voulu, n'est donc pas dangereux ?

Non, s'il prend les précautions voulues et ne projette pas, dans la figure des personnes qui l'approchent, des gouttelettes de salive lorsqu'il parle, tousse ou éternue ; car ces gouttelettes de salive peuvent véhiculer l'infection.

23.—Les personnes exposées à l'infection tuberculeuse peuvent-elles éviter d'être contagionnées ?

Oui, mais tout dépend de la force de résistance de l'individu. Cette force de résistance (défense naturelle) n'est pas la même pour tous les individus. Les poumons d'un individu, sain peuvent résister à l'envahissement ou détruire un nombre restreint de bacilles.

24.—Qu'est-ce qui tend à affaiblir cette résistance ?

Une maladie épuisante, comme la fièvre typhoïde, etc., une nourriture insuffisante ou peu nutritive, l'intempérance le surmenage et la fatigue, le séjour dans des chambres tenues fermées et mal ventilées, ainsi que dans les ateliers peu ventilés et où il se développe beaucoup de poussière.

25.—Comment l'intempérance peut-elle préparer l'éclosion de la tuberculose ?

Outre qu'elle affaiblit la résistance physique des individus, elle entraîne à sa suite la pauvreté et la misère dans les familles.

26.—La consommation est-elle héréditaire ?

D'une manière générale, non ; car la mère ne transmet que rarement la maladie à son enfant. Cependant les enfants issus de parents tuberculeux offrent généralement moins de résistance à la maladie que les enfants issus de parents sains.

27.—Pourquoi alors entend-on si souvent parler de la tuberculose comme étant une maladie que héréditaire ?

Parce que plusieurs membres d'une même famille deviennent victimes de la maladie ; en partie, à cause du peu de résistance naturelle dont ils ont héritée, et, en partie, à cause de l'infection constante du logis, par suite des manques de précautions de la part des malades, qui se succèdent après s'être contagionnés les uns les autres.

28.—Quels sont les principaux symptômes de la maladie ?

La fièvre du soir, la toux continue, la faiblesse progressive, l'amaigrissement, la perte d'appétit.

- 29.—Y a-t-il d'autres symptômes ?  
Les transpirations nocturnes, les crachements de sang la perte de la voix et de vives douleurs dans la poitrine.
- 30.—Ces symptômes sont-ils constants ?  
Nullément, bien que généralement plusieurs d'entre eux s'observent en même temps.
- 31.—Une personne peut elle être consomptive sans que ceux qui l'entourent s'en aperçoivent ?  
Oui, au début principalement.
- 32.—Quels sont, habituellement, les premiers symptômes ?  
Toux persistante, fatigue après le moindre exercice et perte de poids.
- 33.—Comment obtient-on la preuve positive ?  
Par la découverte du bacille tuberculeux dans l'expectoration.
- 34.—La consommation est-elle une maladie rapide ?  
En général, non.
- 35.—Un consommif est-il en état de travailler et de vaquer à ses affaires ?  
Pas généralement cela dépend de la période de la maladie, de la gravité du cas, et du genre d'occupation.
- 36.—La consommation est-elle curable ?  
Oui lorsque le mal n'a pas fait trop de progrès ; le nombre des cures augmente tous les jours, surtout pour les malades traités dès le début de la maladie.
- 37.—Peut-on guérir la tuberculose sans l'aide d'un traitement ?  
Non, il faut un traitement bien suivi pendant plusieurs mois.
- 38.—Y a-t-il un remède connu, capable de guérir la consommation ?  
Non, mais l'avenir nous en fournira peut-être.
- 39.—Alors, quel est le meilleur traitement à suivre ?  
La vie au grand air et au soleil, une alimentation reconstituante et abondante, le repos, le tout sous une direction médicale.
- 40.—Su'est-ce qu'un sanatorium ?  
C'est une institution particulière pour le traitement de la tuberculose, par le repos au grand air, sous une surveillance médicale. On y enseigne aux malades les moyens de se soigner, ainsi que les mesures à prendre pour ne pas transmettre leur maladie à leurs parents et leurs amis.
- 41.—Comment peut-on éviter la tuberculose ?  
En évitant la contagion par les microbes, ainsi que les causes qui tendent à affaiblir la résistance vitale.
- 42.—Quelle est la principale des mesures nécessaires pour la suppression de la maladie ?  
C'est de mettre fin à cette pratique de cracher partout et de détruire soigneusement les expectorations de ceux que l'on sait être des tuberculeux.
- 43.—Comment peut-on détruire les expectorations ?  
Par le feu. On pourvoit le malade de crachoir en carton. A défaut de ces crachoirs, le malade doit expectorer dans les replis d'un journal, soit encore dans une tasse ordinaire, contenant de l'eau, et ne servant qu'à cet usage. De temps à autre, le contenu de la tasse est jeté au feu, tout comme l'est le journal ou le crachoir en carton.
- 44.—Est-il dangereux pour un tuberculeux d'avaler ses crachats ?  
Oui parceque les crachats ainsi avalés permettent aux bacilles de développer un nouveau foyer de la maladie dans les intestins ou ailleurs.
- 45.—Quelle précaution doit prendre le tuberculeux lorsqu'il tousse ?  
Se couvrir la bouche avec un morceau de papier ou un morceau d'étoffe, qu'il brûlera subséquemment.
- 46.—De quelle autre manière un tuberculeux peut-il transmettre la maladie ?  
Tout ce qui touche à sa bouche devient un véhicule du microbe ; par exemple, une cuillère, une fourchette, une tasse, un verre, etc. &
- 47.—Comment prévenir ce mode d'infection ?  
Autant que possible, le malade doit avoir son service particulier d'ustensiles, etc. et tout ce qu'il approche de sa bouche doit être systématiquement bouilli.
- 48.—Est-il dangereux d'embrasser un tuberculeux ?  
Le malade ne doit embrasser personne, et, d'autre part on ne doit jamais l'embrasser sur la bouche.
- 49.—Quelles règles doit-on observer pour la chambre du malade ?  
La fenêtre doit rester ouverte jour et nuit. Personne autre ne doit partager la chambre du malade. Les rideaux doivent être faits de tissus faciles à laver. Pas de tapis, mais une simple descente de lit. Le linge de corps et les draps doivent être bouillis avec soin.
- 50.—Comment doit-on enlever la poussière dans la chambre ?  
Avec un linge ou un balai humide ou par toute autre méthode qui prévient la mise en mouvement des poussières dans l'atmosphère de la chambre.
- 51.—Quels sont les plus puissants ennemis de la tuberculose ?  
La propreté, le soin de la santé, la bonne conduite, la sobriété, le soleil, l'air pur, une nourriture saine et abondante.
- 52.—Quels sont les endroits les plus favorables pour le séjour d'un tuberculeux ?  
La campagne, les montagnes principalement, où l'air se trouve d'une grande pureté. Il ne devara pas habiter près des routes, car la poussière irrite les poumons.
- 53.—Après que la maladie a pris fin, que doit-on faire ?  
La maison ou, au moins, les pièces que le malade occupait doivent être désinfectées ainsi que tout ce dont le malade faisait usage. Tout ce qui peut être détruit doit être brûlé.
- 54.—Que doivent se rappeler les enfants pour se protéger individuellement contre l'infection et protéger ceux qui les entourent ?  
Les enfants doivent éviter : de cracher par terre, soit sur le plancher, soit sur le trottoir ; de cracher sur leur ardoise ; de se mettre les doigts dans la bouche ; de se mouiller les doigts sur la langue ; de se mettre dans la bouche des objets quelconques (plumes, crayons, etc.) ;

de mâcher de la gomme ayant servi à un compagnon, ou de manger des choses dans lesquelles un autre a mordu ; de se servir de sifflets ; de tire-pois ayant servi à d'autres ; de mouiller avec la langue des objets que l'on veut coller ; de tousser ou d'éternuer sans se couvrir la bouche d'un mouchoir ; de manger sans s'être lavé les mains avec de l'eau et du savons ; de négliger la propreté du corps et des mains.

Dr E. P. BENOIT.

## Thérapeutique Appliquée

### Les applications de l'argent colloïdal dans les maladies infectieuses.

*Conférence par M. le docteur Arnold Netter devant la société de l'Internat des hôpitaux de Paris*

(Suite et fin)

Les métaux colloïdaux ont aussi une influence incontestable sur le nombre des globules blancs" et particulièrement des polynucléaires neutrophiles. A la suite des injections intraveineuses et même des frictions chez les animaux sains comme chez l'homme malade, on constate d'abord une diminution : "leucopénie," suivie bientôt d'une augmentation : "hyperleucytose. Ces modifications se produisent plus ou moins tôt : un quart d'heure à 1, 2 et même 7 heures, et se succèdent plus ou moins rapidement, de telle sorte que, pour les bien observer, il est indispensable de procéder à des numérations répétées. Dungen, dont le travail est, à notre connaissance, le plus récent et le plus complet, comportant plus de trois cent numérations, confirme en tous points les observations d'Albert Robin et P.-E. Weil. Dungen a vu le chiffre de leucocytes diminuer de 20 à 59 p. 100 pendant la phase de leucocytose. Leucolyse et leucosytose portent surtout sur les neutrophiles polynucléaires. Avant Weil et Dungen, Bamberger avait vu, à la suite des frictions, les leucocytes diminuer d'abord et dépasser ultérieurement la normale.

Rodsiewicz avait signalé des modifications analogues à la suite des frictions, injections sous-cutanées et intraveineuses chez les animaux.

D'autres auteurs ont vu seulement l'hyperleucocytose chez l'homme (Ceresole) ou les animaux (Brunner et Majewski).

On a naturellement admis que cette augmentation des globules blancs et particulièrement des polynucléaires sous l'influence des métaux colloïdaux expliquait, dans une certaine mesure l'action thérapeutique en favorisant la "phagocytose."

Achard et P.-E. Weil ne se sont pas bornés à ex-

aminer l'influence des métaux colloïdaux sur la formule hématologique du sang, ils ont cherché les modifications exercées sur les "organes hématopoiétiques" et se sont adressés à l'argent colloïdal électrique.

Ces organes présentent des modifications très marquées. La moelle osseuse est congestionnée et ses cellules sont en prolifération marquée. La prolifération est uniquement due à l'origine aux myélocytes neutrophiles et plus tard à ces myélocytes neutrophiles, aux globules rouges nucléés et aux mégacariocytes.

Les modifications de la moelle vont en diminuant du 3e au 10e jour. Celles de la rate se voient surtout au 3e et 5e jour et consistent en hypertrophie et prolifération des corpuscules de Malpighi transformés en centre germinatifs. Le thymus présente aussi des lésions accusées.

C'est évidemment à cette prolifération de la moelle osseuse qu'est due l'hyperleucocytose et c'est aux modifications plus tardives de la rate que l'on doit attribuer le retour au chiffre normal.

Doit-on admettre une influence directe immédiate de l'argent colloïdal sur la moelle osseuse. Nous serions plutôt disposé à considérer ces modifications de la moelle comme succédant à la destruction des globules blancs, attestée par la leucopénie. Cette destruction initiale des globules blancs concorde du reste avec l'élimination plus grande d'acide urique qui ressort des analyses d'Ascoli et Izar et de Robin et est liée à la décomposition des nucléines.

On voit que les préparations d'argent colloïdal présentent l'avantage d'associer à la fois des propriétés chimiques : bactéricides et des propriétés physiques : catalytiques : importantes l'une et l'autre pour la thérapeutique.

Il ne faut pas choisir l'une de ces actions à l'exclusion de l'autre, il ne faut pas que l'action catalytique fasse oublier l'action chimique, je vais vous en fournir la preuve, et je l'emprunte toujours à l'ancienne thérapeutique. Je vous ai dit que l'argent lui-même et les sels d'argent avaient été employés avec succès, lorsqu'on ne connaissait pas du tout l'argent colloïdal.

Vous savez très bien que depuis Crédé, le père de celui qui introduisit le collargol dans la thérapeutique, l'on a fait disparaître l'ophtalmie des nouveaux nés en instillant une goutte de nitrate d'argent immédiatement après la naissance, dans les yeux de l'enfant.

On sait que cette pratique agit en détruisant le gono-coque mouillant les paupières de l'enfant au moment du passage.

De même, les sels d'argent sont employés avec succès dans la blennorrhagie et ses différentes localisations.

Alors qu'il n'était pas question de l'argent colloïdal, différents auteurs avaient employé le "nitrate d'argent dans les maladies infectieuses. Je ne parle pas de la dysenterie où les raisons d'employer ce médicament pouvaient être diverses ; je citerai les recherches d'Arnaudet de Corneilles, qui administre une certaine quantité de pilules de nitrate d'argent aux malades atteints de "fièvre typhoïde."

Caccianiga, un médecin italien, a cité une série de 60 "pneumonies" guéries, sauf quelques exceptions, par l'administration buccale de pilules de nitrate d'argent.

"Le docteur Lamarre de Saint-Germain, depuis vingt-deux ans vraie d'une façon systématique les maladies infectieuses par des pilules de limaille d'argent." D'autre part, le Dr Follet, s'inspirant des recherches de Raulin, qu'invoquait également le docteur Lamarre, avait traité la tuberculose avec succès avec des injections sous-cutanées d'un mélange contenant cette même substance.

W. Ewart, de Londres, a injecté en 1901, dans les veines d'un tuberculeux, 40 centimètres cubes d'une solution de protargol, Hume, de Baltimore, a employé, chez de nombreux malades (infections chirurgicales, appendicites, typhoïde), les injections intraveineuses de solution de nitrate d'argent (1904).

Vous voyez que ces pratiques ont démontré l'efficacité de l'argent, même de celui qui n'a rien de colloïdal.

Les faits que je viens de citer expliquent pourquoi l'argent colloïdal nous "paraît devoir être préférés aux autres métaux colloïdaux" : platine palladium, or, etc., employés par Albert Robin, par Pesci, etc., et très rarement utilisés par nous. En injectant ces derniers, on risquerait de n'utiliser que les propriétés physiques des métaux colloïdaux en général. D'autres raisons, sur lesquelles je ne saurais m'étendre, feraient d'ailleurs donner la préférence à l'argent.

### III

Je passe au dernier point, qui est celui de savoir quel les sont les préparations d'argent colloïdal qu'il faut choisir et quelles sont les doses qu'il convient d'employer.

Il existe, je vous l'ai dit, plusieurs préparations, la plus ancienne en date est celle qui porte le nom de collargol, elle a été introduite par Créde; c'est la maison Heyden qui la fabrique, au moyen d'une réaction indiquée par Carey Lea.

Pour l'obtenir, on mélange le nitrate d'argent et le sulfate de fer au contact d'une certaine quantité de citrate de soude.

Ce procédé a été perfectionné et il est hors de doute que le collargol fourni par cette maison diffère de celui du début, et pour certaines personnes peu au courant de la question, cette différence pourrait être une cause d'infériorité.

Au début on cherchait à fournir une quantité considérable d'argent, les premiers produits en contenaient une proportion de 94 p. 100, les seconds produits n'en contiennent que 87 p. 100. On y trouve aussi une matière albumineuse; loin d'être nuisible, celle-ci paraît au contraire utile, parce qu'elle maintient la stabilité de l'argent.

L'argent colloïdal chimique peut être obtenu également par d'autres procédés, et l'on a introduit une préparation sous le nom de "lysargine," dont on a dit beaucoup de bien: elle est obtenue suivant une méthode indiquée par Paal. L'albumine chauffée avec de l'acide sul-

furique dilué donne un corps acide, qui, en se combinant à l'argent, donne du lysalbuminate d'argent, dont dérive le lysargol. Ce corps paraît assez stable. Nous l'avons employé quelquefois avec d'assez bons résultats, mais pas supérieurs à ceux du collargol.

D'autre part on emploie l'argent colloïdal obtenu par voie électrique. Brélig a montré que, lorsqu'on fait passer un courant d'un électrode à l'autre, il se développe une petite poussière d'argent qui tend à augmenter de plus en plus, et qui donne ensuite un liquide ayant une couleur jaunâtre ou rougeâtre, et cela, suivant les dimensions des granules, c'est l'argent colloïdal obtenu électriquement. Cet argent ne peut exister qu'à un degré de concentration assez faible, et la solution qu'on emploie ordinairement renferme ogr. 25 d'argent pour un litre, par conséquent c'est un quart de milligramme par centimètre cube.

Au contraire l'argent obtenu par la voie chimique peut se dissoudre dans des proportions bien plus grandes, puisqu'il le fait dans une proportion de 5 centigrammes par centimètre cube, soit 200 fois plus.

Cet argent colloïdal électrique est employé de deux façons différentes. Victor Henri a préconisé l'emploi de ses solutions stabilisées, elles sont rendues "isotoniques et stabilisées" par l'adjonction d'une certaine quantité de gomme. Albert Robin prétend que cette stabilisation enlève à l'argent colloïdal toutes ses propriétés.

Ce que l'on peut dire, c'est que les auteurs italiens ont constaté que l'argent colloïdal stabilisée était actif et que l'argent colloïdal non stabilisé ne l'était pas, ou du moins qu'il était quasi inactif.

Comment choisir entre ces diverses préparations ?

Le fait que l'argent colloïdal n'est pas à l'état de pureté ne doit pas nous effrayer beaucoup, parce que l'expérience a montré qu'on pouvait le manier sans inconvénient. Du reste, que nous l'introduisons directement ou indirectement dans le sang, il n'existera pas à l'état de pureté, et l'organisme saura en tirer le parti nécessaire. Il convient de ne pas se préoccuper de ce fait que le médicament ne renferme pas l'argent à l'état de pureté.

Quoi qu'il en soit, on a obtenu des résultats satisfaisants avec l'argent colloïdal obtenu électriquement et avec l'argent colloïdal obtenu chimiquement. Je crois que ce qui doit décider le choix entre l'une et l'autre des préparations, en dehors des questions de prix et de conservation, qui sont certainement plus à l'avantage de l'argent colloïdal chimique, "c'est la question de savoir s'il est nécessaire d'employer de fortes ou de petites doses."

"Il est hors de doute que pour, ce qui est des actions catalytiques et physiques, la question de doses n'est pas d'une très grande importance, et en médecine, sans être celle d'homéopathes, nous arrivons à constater, que dans maints cas les effets ne sont pas proportionnels aux doses. Il est hors de doute néanmoins que, dans des conditions déterminées, il est utile d'employer de fortes doses et que l'on n'a pas les mêmes effets avec de petites doses.

Pour ma part j'ai pu voir qu'en injectant dans les veines

nes 10 centigrammes, j'ai obtenu ce que je n'avais pu obtenir en injectant 2 centigrammes.

Donc, dans les cas spéciaux, où l'on devra utiliser les propriétés bactéricides de l'argent colloïdal, j'estime qu'il faudra employer celui obtenu par la voie chimique. Pour les autres cas, lorsqu'il s'agit de développer l'action physique de ce médicament, on pourra employer l'argent obtenu par la voie électrique.

On a soutenu que ce dernier renferme des grains plus

petits, mais il se trouve que les auteurs qui ont invoqué cet argument n'ont pas été heureux, car Berchtold a prouvé que l'argent colloïdal chimique a des grains aussi petits que l'argent colloïdal électrique.

Cet exposé vous démontrera je l'espère, que nous avons dans l'argent colloïdal un agent thérapeutique de premier ordre, que la pathologie expérimentale nous explique jusqu'à un certain point son mode d'action, et que nous pouvons l'employer pour le plus grand bien des malades sans déterminer d'accidents.

## PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

### La typho-bacillose

La typho-bacillose est une forme particulière de tuberculose aiguë confondue très souvent avec la fièvre typhoïde. Depuis plusieurs années, M. Landouzy a souvent attiré l'attention sur cet état morbide qui n'est peut-être pas assez connu. Au dernier Congrès de la tuberculose à Washington, il a fait sur le même sujet une importante communication, que nous résumons.

M. Landouzy considère la typho-bacillose comme un des types les plus nets et les plus tranchés sous lesquels anatomiquement et cliniquement, peut se présenter à l'état aigu la septicémie bacillaire viscérale.

A première vue, la ressemblance est frappante avec la fièvre typhoïde éberthienne, et l'on comprend aisément comment ces deux états typhoïdes ont été si longtemps et sont encore si souvent confondus. Seules, des nuances symptomatiques permettent de les différencier.

C'est d'abord, l'irrégularité de la courbe thermique ; celle-ci, pour être continue comme dans la fièvre éberthienne, montre des oscillations plus considérables, avec des irrégularités d'un jour à l'autre ou d'une semaine à l'autre.

C'est en second lieu, la dissociation du pouls et de la température, le pouls étant d'ordinaire plus accéléré chez les éberthiens. C'est, encore et surtout, l'absence de signes de localisations viscérales : absence de catarrhe pharyngé et bronchitique (constant chez les éberthiens) ; absence de catarrhe intestinal, aussi bien que de constipation ; absence enfin de taches rosées lenticulaires, dont l'importance est telle qu'il faut, selon M. Landouzy, tenir pour suspecte toute fièvre typhoïde dans laquelle a manqué l'exanthème.

Lorsque, par exception, cette fièvre continue bacillaire aboutit à la mort en deux, trois, ou quatre septénaires, l'autopsie donne la raison d'être de cette absence

de signes de localisations viscérales. Elle ne montre, en effet, que des lésions congestives et dégénératives, communes à toutes les grandes septicémies ; lésions diffuses, sans majoration sur aucun viscère. C'est à peine si l'on trouve parfois quelques très rares et minimes granulations, du volume de la pointe ou de la tête d'une épingle, isolées, grises et translucides, bien insuffisantes, pour créer une symptomatologie locale, tout juste suffisantes pour donner à la maladie sa signature.

Ainsi se précise une double différence, anatomique et symptomatique, entre la granulie d'Empis et la typho-bacillose. L'absence, pour cette dernière, d'éclosion granulique dans les organes, et l'absence de symptomatologies locales, pulmonaire, cérébro-spinale ou abdominale, établissent entre ces deux modalités de la septicémie bacillaire aiguë une démarcation parfaitement tranchée.

Un autre caractère, celui-ci évolutif, accentue encore cette démarcation : tandis que la granulie d'Empis est toujours rapidement mortelle, la typho-bacillose guérit le plus souvent, du moins en tant qu'infection généralisée aiguë. Depuis vingt-cinq ans que son attention est attirée sur ce type clinique, M. Landouzy n'a guère vu mourir plus d'une dizaine de typho-bacillaires pendant la période de typhisation.

Dans l'immense majorité des cas, après trois à quatre semaines d'une fièvre continue, accompagnée de prostration plus ou moins accusée, allant habituellement jusqu'à l'état typhoïde avéré avec sécheresse de la langue, avec hypertrophie plus ou moins nette de la rate, le malade entre en convalescence. Mais généralement cette convalescence n'est pas franche, l'appétit ne revient pas, l'amaigrissement persiste, et au bout de quelques semaines ou quelques mois survient brusquement ou sourdement les signes d'une localisation tuberculeuse, pulmonaire ou pleurale le plus souvent, fréquemment méningée chez l'enfant. M. Landouzy cite ainsi plusieurs exemples très démonstratifs.

Parfois, cependant, la convalescence qui suit la typho bacillose paraît tout à fait franche et de bon aloi ; l'apyrexie est complète, on touche à la guérison, et cependant, si encore, on voit survenir, plus ou moins tard, plus ou moins brusquement une localisation tuberculeuse. C'est ainsi par exemple qu'un malade qui a présenté tout le cortège symptomatique d'une fièvre typhoïde, moins les taches rosées, est pris, au moment où il va partir pour la campagne, d'une pleurésie qui nécessite deux ponctions.

C'est qu'en effet, ils sont le petit nombre les typho bacillaires qui guérissent complètement, définitivement.

Presque toujours les typhiques bacillaires, guéris de leur fièvre, demeurent en gestation de tuberculose ; et quelques semaines, quelques mois ou plusieurs années après la septicémie aiguë initiale, ils se démasquent tuberculeux. Comme l'écrivait M. Landouzy, il y a vingt ans, c'est donc seulement "après avoir fait un certain temps de stage dans la bacillose que le typho-bacillaire entre dans l'anatomie pathologique et dans la symptomatologie tuberculeuses."

Parfois ce passage se fait insensiblement, sans la transition d'une convalescence, même ébauchée : le malade reste en proie à une fièvre continue, en même temps que s'esquisse et que, peu à peu, s'affirme la germination de tubercules. Les signes de localisations apparaissent, le plus souvent, sous forme d'infiltration d'un ou des deux sommets, décelables à la percussion et à l'auscultation.

En somme, le pronostic est ici plus grave pour l'avenir que pour le présent puisque le malade meurt rarement dans le cours de cette première atteinte, mais succombe presque toujours à une récidive plus ou moins éloignée.

La typho-bacillose a été très discutée parce qu'à l'époque où elle fut décrite, le diagnostic ne pouvait guère se fonder, que sur des nuances symptomatiques. Mais à l'heure actuelle, les méthodes de laboratoire, qui d'une part permettent de reconnaître d'une façon précise la fièvre typhoïde, et d'autre part de donner la démonstration expérimentale de la tuberculose par l'inoculation aux animaux, sont venues confirmer d'une façon absolue la réalité de cette forme morbide que M. Landouzy a individualisée sous le nom de typho-bacillose, ou de fièvre bacillaire, non granulique, à forme typhoïde.

## Les injections de morphine dans le traitement de la coqueluche

MM. Triboulet et Boyé ont fait à la Société de Pédiatrie une communication relative au traitement de la coqueluche par la morphine, traitement qui procède de la méthode préconisée par Lesage et Cléret, lesquels ont montré les bons effets des injections de morphine dans les cas de croup avec tirage.

Pour apprécier la valeur du traitement de la coqueluche, il faut être fixé d'abord sur la durée habituelle de la maladie. Or, de l'étude de 12 cas sans traitement spécial, MM. Triboulet et Boyé concluent que cette durée est en moyenne de 80 à 100 jours, et encore la plupart des enfants qui quittent l'hôpital ont-ils encore 2 quintes par jour.

M. Triboulet rappelle qu'en 1825, un médecin belge, le Docteur Baïé, (de Vilvorde), rapporte avoir traité avec succès dix-sept enfants au moyen de la morphine administrée par la méthode endermique ; il faisait saupoudrer la surface d'un petit vésicatoire avec 1-16 ou un 8e de grain d'acétate de morphine, plusieurs jours de suite et assurait avoir obtenu une guérison radicale. Cet exemple ne paraît pas avoir été suivi. "Il était même, dit M. Triboulet, de notion courante que l'emploi de la morphine chez l'enfant n'était pas sans danger. C'est le mérite de Lesage et Cléret d'avoir montré que cette médication est très bien supportée et que son emploi est inoffensif, même chez le nourrisson, au contraire de la médication par l'opium, qui contient des alcaloïdes mal définis et très toxiques.

De notre côté, nous avons fait des injections de morphine à des enfants d'âges variant de 3 mois à 7 et 8 ans, et jamais nous n'avons observé d'accidents. Nous avons injecté les doses suivantes :

Au-dessous d'un an, 1-4 de centim. cube d'une solution de chlorhydrate de morphine au 1-1000 ;

De 1 à 2 ans, 1-3 à 1-2 cc. ;

De 2 à 3 ans, 1-2 à 2-3 de centim. cube ;

Au-dessus de 3 ans, 1 cc.

Généralement, chez les enfants au-dessus de 1 an, nous ne donnions pas ces doses d'emblée. Nous commençons par une faible quantité pour augmenter progressivement (1-4, 1-3, 1-2 cc.). Bien entendu avant ce traitement nous nous sommes toujours assurés que les urines ne contenaient pas d'albumine (des traces ne sont d'ailleurs pas une contre-indication) et le jour de l'injection, les malades étaient soumis au régime lacté. Cependant, à la fin de nos expériences, nous arrivions à leur donner une nourriture légère, quasi-normale.

Ces injections paraissent avoir été très bien supportées et n'ont déterminé aucun accident sauf parfois un peu de somnolence. Or, sur 26 observations, il y a eu 18 succès et 5 insuccès et 3 malades sont sortis en cours de traitement. Il y eut ainsi 13 coqueluches guéries en moins de 35 jours et 5 en 45 à 60 jours. Les résultats obtenus sont résumés dans les conclusions suivantes :

1e La morphine est parfaitement supportée à tous les âges. Il faut cependant s'assurer que l'enfant n'a pas d'albumine en quantité notable.

2e Il ne faut augmenter que progressivement les doses de morphine et il nous paraît sage de ne faire les injections que par périodes de 2 ou 3 jours, séparées par des repos d'égale durée.

3e. Lamorphine semble peu agir sur la coqueluche compliquée. Elle n'est cependant pas contre-indiquée et n'est nullement dangereuse dans ce cas.

4e. Au contraire, dans la coqueluche simple, elle agit sur le nombre et l'intensité des quintes qui, de doubles deviennent rapidement simples ; sur leurs complications, la cyanose et les vomissements qui disparaissent dès les premières injections ; enfin sur la durée totale de la maladie, ces petits malades guérissant dans un laps de temps relativement court, généralement en moins de 6 semaines.

Il est à noter que le plus jeune des enfants traités avait trois mois et recevait 1 quart de centigramme.

En général, la morphine était donnée trois jours puis suspendue autant de temps et reprise ensuite de la même manière. La plus longue durée du traitement a été de 43 jours, mais non de traitement continu.

### Le goître oxophtalmique *Par M. von Hasemann*

(*Société de Médecine de Berlin, 29 juillet 1908.*)

M. von Hasemann, en se basant sur les données de l'anatomie pathologique, estime que le goître exophtalmique est la conséquence d'une hypersécrétion de la glande thyroïde. Il proscrit, en conséquence, comme illogique l'opothérapie thyroïdienne.

### La compresse d'alcool en thérapeutique gastro-intestinale.

Pour calmer les phénomènes douloureux, et diminuer l'intensité des spasmes gastriques ou intestinaux, la compresse d'alcool paraît posséder une action plus active que les serviettes chaudes ou les cataplasmes. Ch. Esmonet (de Châtel-Guyon) conseille de procéder ainsi :

Une compresse de tarlatane non apprêtée est pliée sur 5 à 6 doubles d'épaisseur sur 25 centimètres de long et 30 centimètres de large. On la trempe dans l'alcool à 90 degrés ou dans l'alcool dit Béziers à 85 degrés environ. La compresse est exprimée en partie et on l'applique sur l'abdomen, du taffetas gommé la recouvre et déborde de 5 centimètres. Entourer le tout avec une ceinture de flanelle.

Garder la compresse une heure en restant étendu.

Au bout de quelques jours, remplacer la compresse d'alcool par une serviette imbibée d'eau et oindre la peau de lanoline vaseline, de façon à éviter les inflammations et les gerçures.

Certains malades ne peuvent supporter la compresse après dîner, tant ils sont sensibles aux vapeurs d'alcool. Ils ne sauraient dormir. On se contentera de leur

prescrire la compresse d'alcool après les deux premiers repas.

Cette manière de faire doit être la règle chez tous les enfants. Après le dîner, s'il est besoin de compresse, on appliquera chez eux simplement une serviette humide et chaude. Employée avec ces diverses précautions, la compresse d'alcool se montrera de réelle utilité chez nombre de dyspeptiques, au moment où la digestion s'accompagne de météorisme ou de sensations pénibles, douloureuses, le long du tractus gastro-intestinal.

### Ponction lombaire et éclampsie

Parmi les récents moyens préconisés, pour combattre l'éclampsie, il faut citer la ponction lombaire qui non seulement aurait une heureuse influence thérapeutique, mais permettrait aussi d'établir un pronostic plus grave si le liquide que l'on retire est sauglant. M. le Dr Cassagne vient d'établir ce procédé dans sa thèse, d'après des documents recueillis en partie dans le service de M. le professeur Audebert.

Sur 55 observations réunies par M. Cassagne, on compte 39 cas heureux et 16 échecs dont certains sont expliqués par la présence d'une complication parfois survenue à une date assez éloignée après le premier accès. taine quantité de liquide, parfois trouble et toxique. Si on tient compte de ce fait, que c'est surtout dans les cas très graves que la ponction a été employée on peut conclure qu'elle a une réelle utilité thérapeutique.

Il semble qu'on doive demander deux choses à la ponction lombaire :

- 1e Une action de décompression ;
- 2e Une action de désintoxication en enlevant une cer-

Et, en effet, dans la plupart des cas, le nombre des crises qui ont lieu après la ponction lombaire est très inférieur au chiffre des accès avant le traitement. Outre sa valeur thérapeutique, on reconnaît à la ponction lombaire une réelle valeur pronostique, car à condition d'éviter les erreurs de technique l'issue du liquide sauglant signalera la présence d'une des complications les plus fatales de l'éclampsie : l'hémorragie cérébrale.

M. Cassagne termine donc en conseillant fortement l'usage de la ponction lombaire, surtout quand on constatera la présence de l'hypertension artérielle qui l'accompagne le plus souvent et, toutefois, comme elle ne s'adressera qu'à l'un des symptômes, il ne faut pas négliger les autres traitements.

Toutes les statistiques permettent en effet de conclure que ce sont les traitements associés qui donnent les meilleurs résultats.





## Bibliographie

L'HYGIENE DES DYSPÉPTIQUES, par le Dr René Gauthier, Librairie Delagrave, 1 fr. 50.

Ce petit livre particulièrement travaillé, contient non seulement l'hygiène des dyspeptiques, mais encore le traitement des dyspepsies. M. Gauthier, déjà connu par ses travaux de coprologie, a abordé la question largement. Comment on devient dyspeptique, comment on évite la dyspepsie, comment on en guérit : tels sont les trois chapitres qui divisent l'ouvrage. Nous y voyons une étude physiologique de la digestion, la comparaison des valeurs nutritives des aliments, des éléments de cuisine diététique, et le traitement des différents types de dyspepsie. L'inspiration du Pr Albert Robin est à la racine de bien des pages ; on y retrouve la minutie dans les détails pratique et la précision dans les lignes de conduite, qui caractérisent l'enseignement du maître.

BIBLIOTHEQUE DE THERAPEUTIQUE, publiée sous la direction de A. Gilbert, professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris, et P. Carnot, professeur agrégé de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

La nouvelle "Bibliothèque de thérapeutique sera divisée en trois séries, dans lesquelles seront étudiés les agents thérapeutiques, les médications, les traitements.

Deux volumes viennent de paraître simultanément : l'un consacré à la "physiothérapie," l'autre aux "médicaments microbiens."

L'étude des "agents physiques" a pris depuis quelques années un développement considérable. Les diverses branches de la "physiothérapie" offrent, par là même au praticien, une série de ressources nouvelles. Qu'il s'agisse de "kinésithérapie, de massage, d'hydrothérapie, de radiothérapie," etc., tout médecin doit savoir appliquer, lui-même, les méthodes usuelles et connaître le principe, les indications et les résultats des méthodes plus compliquées, qui restent, nécessairement, confiées aux spécialistes.

Quatre volumes seront consacrés à la "physiothérapie" Celui qui vient de paraître (I) est consacré à la "mécanothérapie et à l'hydrothérapie, à la rééducation," aux sports en thérapeutique, et à la méthode de Bier," et est dû aux docteurs Fraikin, de Cardenal, Constensoux, Tissé, Délagènière, Pariset, tous spécialement désignés pour traiter le sujet qui leur est particulièrement familier.

Les "médicaments d'origine microbienne" ont métamorphosé le traitement et la prophylaxie des maladies infectieuses. Ils peuvent conférer une immunité active grâce aux méthodes pastorienues, de vaccination, ou passive, grâce aux méthodes de "sérothérapie." On peut aussi, avec Metchnikoff, faire de la "bactériologie" en opposant aux microbes nocifs d'autres microbes domestiques et inoffensifs, dont le développement gêne celui des premiers.

Le volume qui paraît sous le titre de "Bactériothérapie, Vaccination et Sérothérapie (2)" est rédigé par MM. Metchnikoff, Sacquépée, Remlinger, Louis Martin, Vailard et Dopter, Salimbeni, Besredka, Wassermann et Leber, Dujardin-Beaumont, Calmette. Ces volumes inaugurent sous des auspices les plus favorables la nouvelle "Bibliothèque de thérapeutique," qui sera bientôt entre les mains de tous les praticiens.

ABREGE D'ANATOMIE, par P. Poirier, professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris, A. Charpy, professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Toulouse, B. Cunéo, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. 3 volumes gr. in-8, formant ensemble 1620 pages illustrés de 976 figures en noir et en couleurs, richement reliés toile anglaise, tête rouge, l'ouvrage complet (Masson et Cie, Editeurs) 50 fr.

VIENT DE PARAITRE : Tome III. "Organes des sens ; appareil digestif et annexés ; appareil respiratoire ; capsules surrénales ; appareil urinaire ; appareil génital de l'homme et de la femme ; périnée ; mamelles ; péritoine. 1 vol. gr. in-8, de 560 pages, avec 326 figures en noir et en couleurs. Relié toile anglaise...15 fr.

L'Abrégé d'Anatomie, qui vient de se compléter par l'apparition de son troisième volume, comble une importante lacune de la série, pourtant si nombreuse, des ouvrages d'anatomie descriptive. L'étudiant n'avait en effet le choix, jusqu'à présent, qu'entre des traités volumineux qui l'effrayaient par le détail de leurs descriptions, la richesse de leur bibliographie et leur prix élevé, et des résumés succincts dont le texte trop condensé, incomplet, souvent dépourvu de figures, imposait à sa mémoire un effort aussi stérile que rébutant. L'élève trouvera maintenant dans l'Abrégé des descriptions brèves, mais cependant claires et complètes, dont de nombreuses figures lui faciliteront encore la compréhension. Ces trois volumes contiennent en effet tout ce qu'il est essentiel de savoir ; toutes les matières demandées aux examens, expurgées des détails inutiles. Si les auteurs, dont la compétence pédagogique est bien connue, ont systématiquement éliminé la bibliographie, ils ont, par contre, essentiellement veillé à tenir leur lecteur au courant des recherches les plus récentes et à lui donner ainsi la quintessence du Traité d'Anatomie. C'est aussi dans le Traité qu'ils ont pu trouver l'illustration adéquate au texte de l'Abrégé. Grâce à d'habiles réductions des belles planches du Traité, les figures ont pu être multipliées sans trop augmenter le volume de l'ouvrage, qui devient ainsi un véritable atlas, sans l'inconvénient du texte hétérogène et décousu que constituent les seules légendes. Si nous ajoutons qu'au début de chaque chapitre se trouve un bref exposé destiné à guider l'étudiant dans la préparation des différents organes, on conçoit aisément que l'Abrégé constituera pour lui un ouvrage de choix, le livre classique de dissection pour emporter à l'École pratique. Il nous semble également que le médecin lui-même ne saurait trouver un ouvrage plus commode pour lui permettre de rechercher le renseignement précis dont il peut avoir besoin pour sa pratique de chaque jour. On peut prédire à coup sur à l'Abrégé d'Anatomie un succès considérable.