

**PAGES**

**MANQUANTES**

# Le Bulletin Médical de Québec



AVRIL 1907

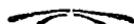
## SOMMAIRE

### *Mémoires.*

- 335—Principes d'élevage au biberon, par Paul Loude.
- 347—Sigmoidites et périsigmoidites, par Albert Katz, ancien interne des hôpitaux de Paris.
- 353—Neurologie, par Gibert Ballet.
- 358—Un antiseptique puissant, le meilleur des désodorisants, P. A. Gastonguay.
- 360—Soins à donner aux seins et mamelons pendant la grossesse et l'allaitement, Dr P. Lagueux, Lévis.
- 366—Ça et là. P. A. G.

### *Analyse*

- 376—Traitement de la fièvre tuberculeuse. P. A. G.



INAPPLÉTENCE  
DYSPEPSIE—ENTERITES  
NÉURASTHÉNIE  
CONSTIPATION

# Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 c. imprimés par jour.  
COUTURIEUX, 57, AV. D'ANTIN, PARIS

## COLLABORATION SCIENTIFIQUE

---

- L. CATELLIER, Professeur de pathologie externe, chirurgien de l'Hôtel-Dieu  
Doyen de la faculté de médecine. Membre du collège des médecins.
- M. AHERN, Professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale. Chirurgien de  
l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- E. TURCOT, Professeur de thérapeutique, de matière médicale et de clinique  
médicale. Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- ALBERT MAROIS, Professeur de Toxicologie, de Médecine légale et de clinique  
chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Assistant Surintendant à l'Asile  
de Beauport. Membre de la société Medico-Légale de New-York.
- A. HAMEL, Professeur d'histologie et de bactériologie.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologiste à  
l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène et de médecine infantile. Médecin du  
dispensaire.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino-laryn-  
gologiques à l'Hôtel-Dieu.
- P. C. DAGNEAU, Professeur agrégé, Assistant à la clinique chirurgicale,  
chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- C. VERGE, Chef du département d'Electrothérapie à l'Hôtel-Dieu.
- C. R. PAQUIN,
- F. X. DORION, Médecin du dispensaire.
- P. FAUCHER, Médecin du dispensaire, Membre du collège des médecins.
- J. GUERARD, Médecin du dispensaire.
- A. JOBIN, Membre du collège des médecins.
- P. NORMAND, Membre du collège des médecins.
- L. O. SIROIS, Membre du collège des médecins.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET, Médecin interne à l'Hôtel-Dieu.
- W. H. DELANEY, L. N. G. Fiset, E. LACERTE, A. LESSARD, E. POLI  
QUIN, A. VALLEE, P. A. GASTONGUAY, O. LECLERC, G. I  
NAULT, P. LAGUEUX, E. DON.

---

### DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU. E. TURCOT. C. VERGE. P. FAU-  
CHER. A. SIMARD. E. MATHIEU. A. MAROIS, administrateur.
- R. FORTIER, secrétaire.

# MEMOIRES

---

## PRINCIPES D'ÉLEVAGE AU BIBERON

---

Par M. PAUL LONDRE

Il n'y a pas de question plus importante en médecine préventive que celle de la prophylaxie de l'entérite de la première enfance. Cette affection qui, dans ses formes aiguës, est la plus meurtrière a, dans ses formes chroniques, les conséquences les plus fâcheuses et les plus variées, soit immédiates, soit lointaines. L'altération des fonctions digestives se retrouve à l'origine de presque toutes les maladies non spécifiques.

Il n'y a que deux moyens d'éviter les troubles gastro-intestinaux chez les nouveaux-nés : le premier est d'assurer à l'enfant l'aliment convenable ; le second est de doser cet aliment à propos. La première condition d'un bon élevage est la bonne *qualité* du lait ; la seconde est de graduer la *quantité* de lait suivant les besoins et l'état de santé de l'enfant. Ces deux conditions sont également nécessaires pour l'allaitement au sein et pour l'allaitement au biberon. Mais c'est dans ce dernier cas, dans l'allaitement artificiel (le seul envisagé ici), que les fautes sont le plus dangereuses.

### I.—LA QUALITÉ DU LAIT.

L'étude de la *qualité du lait* est une question d'hygiène publique, qui a été beaucoup débattue dans ces dernières années et qui, après de grands progrès, l'est encore. La meilleure sauvegarde de tous est, sur ce point, la police sanitaire. Il importe

avant tout d'assurer la vente d'un lait pur fraîchement traité et non contaminé, offrant une garantie moyenne, plutôt que de distribuer à quelques-uns un lait supérieur.

De même, dans la *préparation* du lait, il faut s'attacher surtout à ne pas commettre de fautes grossières, plutôt que de combiner un perfectionnement culinaire inutile et discutable. Avoir du lait recueilli proprement, provenant de vaches saines, ayant une nourriture saine, tel est l'essentiel. Tel doit être l'objet de la sollicitude constante des Pouvoirs publics. Ce lait, pourvu qu'on le prépare et qu'on l'utilise aussitôt que possible après la traite, sera toujours meilleur que le lait stérilisé du commerce ou toute autre préparation plus ou moins pharmaceutique (1). Il suffira, suivant le conseil habituellement donné, de *faire bouillir ce lait cinq minutes*; puis de le refroidir, brusquement s'il est possible, sans le transvaser ailleurs que dans le biberon directement, au moment de chaque repas; le biberon sera chauffé à ce moment au bain-marie aux environs de 38 à 40 degrés. Le lait de la journée, mis au frais, ne sera pas couvert, mais placé à l'abri des souillures sous un linge fin. En été, à moins que le lait ne soit fourni matin et soir, il sera bon de le faire bouillir deux fois par jour, dans le même vase, par exemple, dans un pot émaillé à bords droits facile à nettoyer.

L'ébullition, prolongée trois quarts d'heure dans les appareils du type Soxhlet (dite à tort stérilisation), n'est pas nécessaire. Cette méthode, bonne (abstraction faite du scorbut infantile) dans certains milieux surveillés, ou entre des mains expérimentées, est plutôt dangereuse quand elle est imparfaitement appliquée, par une personne qui n'aura pas été bien dressée, notamment quand chaque repas n'est pas stérilisé à part dans

---

1 Exception doit être faite pour le lait qui serait stérilisé chaque jour par le pharmacien.

le flacon qui servira de biberon pour ce repas, seul moyen d'éviter le transvasement néfaste.

A notre avis, si la première condition nécessaire d'un bon flacon-biberon est d'être facile à nettoyer, la seconde est d'être *gradué*. Il vaut mieux que la contenance de ce flacon ne dépasse pas 150 à 160 centimètres cubes. Ce biberon sera, aussitôt que possible et après usage, rincé à l'eau bouillante, et, au moins une fois par jour, lavé à l'eau chaude additionnée de carbonate de soude.

En résumé, relativement à la qualité du lait et à sa préparation, les perfectionnements de la technique contemporaine ne doivent pas être utilisés avant l'application rigoureuse des notions les plus simples, conformes aux bons sens, notions qui sont indispensables, et à la fois suffisantes, surtout dans les milieux pauvres.

Il est inutile, pour la pratique courante, de disserter sur la supériorité de tel ou tel lait, pasteurisé, cru ou stérilisé, sur les avantages du lait de chèvre, etc.

Le lait de vache sera *coupé* et *sucré*. Ces deux opérations ont pour but d'atténuer les différences qui le séparent du lait de femme. Par rapport au lait humain, le lait de vache contient un petit excès de graisse (5 à 10 pour 100) et un grand excès de sels et d'albuminoïdes (50 pour 100 ou davantage); le sucre s'y trouve, au contraire, en moindre quantité (10 à 20 pour 100). Le coupage de moitié aura l'avantage de diluer les matières salines et albuminoïdes. Il faudra ensuite compenser, par l'addition de lactose ou de sucre ordinaire, le déficit naturel augmenté encore par le mélange à l'eau.

Restera à tenir compte de la dilution trop grande que les graisses ont subi après coupage à parties égales: le sucrage fera les frais de cette compensation. Ces données résultent clairement des travaux de divers auteurs, notamment de ceux de

Maurel, Barbier et ses élèves (1), qui ont cherché à déterminer théoriquement la dose de lait correspondant au nombre de calories nécessaires au développement de l'enfant.

La dyspepsie des enfants au biberon tiendrait en grande partie à l'excès de caséine du lait de vache, caséine moins facilement assimilable d'ailleurs que celle du lait de femme, lait de même espèce et lait vivant. Il nous semble logique de modifier graduellement les proportions du coupage de la naissance à la fin de la première année, comme l'indique le tableau ci-après, le lait de femme variant lui-même de composition, en plus ou moins, suivant l'âge de l'enfant.

La quantité de *sucré* que prendra l'enfant sera indiquée, aussi exactement que possible, par biberon : cela vaut mieux, à notre avis, que de fixer le titre d'une solution aqueuse de coupage, puisque celui-ci variera. Le mélange de lait et d'eau qui constituera le breuvage de l'enfant sera sucré dans la proportion de 1715 en moyenne. Cette proportion pourra, l'hiver, être élevée à 1710, ou abaissée, l'été en cas de maladie, à 1720. Sur le tableau ci-après nous avons inscrit la moyenne à 1715. En général, 2 grammes de sucre suffiront pour un biberon de 30 centimètres cubes, 4 grammes pour un biberon de 60 centimètres cubes, 8 grammes pour un biberon de 120 centimètres cubes, et 10 grammes pour un biberon de 150 centimètres cubes. En comptant sept biberons, l'enfant prendra en moyenne, suivant l'époque de son développement, de 20 à 70 grammes de sucre par vingt-quatre heures. Les morceaux de sucre du commerce pèsent de 8<sup>à</sup> 10 grammes.

Si l'on emploie le sucre en poudre, on saura qu'une demi-cuillerée à café pèse 2 grammes, une petite cuillerée à café 4

1 P.-P.-H.-J. DAUSSY.—"Contribution à l'étude de la ration alimentaire du nourrisson." *I<sup>h</sup>èse*, Paris, 1904.—CH. LEMARIE. "Contribution à l'étude de la ration alimentaire du nourrisson." *I<sup>h</sup>èse*, Paris, 1904.

grammes, et une grande cuillerée à café, débordante, 8 grammes.

Le coupage du lait et l'addition au lait de sucre auront pour avantage, non seulement de faire du lait de vache un aliment plus léger, mais aussi de diminuer la quantité de lait pur nécessaire au développement de l'enfant, en lui maintenant une quantité d'eau analogue à celle qu'il prendrait s'il était au sein.

Le *dosage* du lait reste la question capitale et la plus difficile à traiter quand on veut poser des règles qui s'adaptent à chaque âge, et, qui plus est, à chaque sujet.

## II.—LA QUANTITÉ DU LAIT

L'élévation de la *quantité* de lait opportune est le point sur lequel nous voulons insister, d'autant que les auteurs, dont les estimations varient, indiquent en général des doses trop fortes, depuis A. d'Espine et L. Picot jusqu'à Michel et Perret <sup>1</sup>. Ce qui est plus grave encore, c'est que les doses indiquées dans les carnets de nourrice ou dans un certain nombre de crèches sont aussi trop élevées. Il faut savoir, il faut répéter, et répéter encore et toujours, avec Maurel et Barbier, avec Budin, qu'après les altérations du lait, la cause la plus redoutable des maladies de la première enfance,—et en particulier de l'entérite,—est la suralimentation, suralimentation méconnue souvent par ceux là mêmes qui la connaissent et qui la craignent. *L'idée de proportionner la ration alimentaire au poids de l'enfant conduit nécessairement à des erreurs*, même si l'on envisage le poids par rapport à la taille: l'activité de la nutrition varie suivant les sujets. Se fonder sur l'accroissement de l'enfant pour augmenter sa nourriture, c'est s'engager sur une pente de plus en plus raide. L'organisme ne peut faire les frais d'une progres-

<sup>1</sup> MICHEL et PERRET.—"La ration alimentaire de l'enfant". *Congrès international d'hygiène alimentaire*, Paris. 1906, Octobre 3<sup>e</sup> section, et *La Presse Médicale*, 31 Octobre 1906, p. 697.

sion de plus en plus rapide. La suralimentation, qui à elle seule, crée l'imminence morbide 1, est le résultat presque fatal de cette méthode. Le poids continue encore à augmenter alors que l'organisme est déjà malade (Maurel). Aussi voit-on les plus gros, dits les plus beaux enfants, exposés aux accidents suraigus les plus graves, qu'il s'agisse de rougeole, de choléra infantile ou de broncho-pneumonie. Chez les moins résistants l'imminence morbide est moins longtemps latente ; ils font de l'entérite souvent moins aiguë, mais plus précoce. Dans les deux cas, le résultat est le même : ayant perdu l'intégrité de ses organes, l'enfant sera désormais en état d'infériorité ; il subira un ralentissement dans son évolution et ne supportera plus qu'une ration alimentaire au-dessous de celle de son âge. Perversion nutritive et retard de développement, tel est le lot qui échoit à coup sûr à l'enfant suralimenté, s'il ne succombe pas prématurément. Tout cela pour avoir voulu aller trop vite. A notre avis, il faut se garder de proportionner la ration à l'augmentation de poids.

La détermination théorique de la ration alimentaire est en elle-même dangereuse à mettre en pratique d'une façon trop absolue. On ne doit la considérer que comme une ration maxima ; elle ne peut servir que de point de repère. Si, comme le dit Maurel 2, cette ration est de 100 grammes de lait de femme par kilogramme de poids (100 grammes, c'est-à-dire un peu moins de 100 centimètres cubes), la ration de lait de vache sera moindre encore. Barbier l'évalue (communication orale) de 60 à 80 grammes. Quoi qu'il en soit, la notion de poids est absolument insuffisante au moins dans deux circonstances ; chez l'enfant convalescent ou en imminence morbide.

P. LONDE.—“ L'état d'imminence morbide ”. *Semaine Médicale*, 1906, 4 Juillet, p 313.

2 Pour Siegel, 80 grammes suffiraient, du moins jusqu'à quatre mois

Il n'y a qu'avantage à procéder par tâtonnements (Budin) en commençant par des doses minimales. L'important n'est pas de déterminer la plus forte ration que l'enfant pourra supporter sans dommage; au contraire, cette ration n'est pas la ration convenable. La ration convenable est celle qui suffit au développement normal du bébé: elle doit donc, comme le développement, subir une progression très lentement croissante.

L'essentiel n'est pas tant de fixer une dose exacte à un moment donné, que rechercher la modification incessante que devra subir le régime, pour rester proportionnel non au poids mais au développement.

Aussi nous paraît-il utile d'établir une ÉCHELLE DE PROGRESSION insensible qui ne correspondra que très relativement aux différents âges et aux différents poids. Les sujets doués d'une énergie organique plus intense graviront cette échelle plus rapidement que les débiles; mais tous doivent gravir chaque échelon un à un. Cette méthode aura l'immense avantage d'empêcher les augmentations brusques de ration.

Nous nous sommes arrêtés, pour notre gouverne, au tableau suivant. Déterminé par l'observation clinique, il a l'avantage d'un schéma facile à retenir et par conséquent pratique. *La ration alimentaire quotidienne du nouveau-né sera augmentée de 5 à 10 centimètres cubes par jour la première semaine, de 5 centimètres cubes par jour le reste du premier mois, de 5 centimètres cubes tous les deux jours les mois suivants, ou même tous les trois jours à partir du cinquième ou sixième mois.*

A partir du deuxième mois, il faudra donc quatorze jours, si l'enfant prend sept biberons, pour qu'ils aient tous augmenté de 5 centimètres cubes; il faudra vingt-huit jours, c'est-à-dire à peu près un mois, pour que tous les biberons aient augmenté de 10 centimètres cubes. Cette progression pourra être poursuivie sans arrêt ou, au contraire, suspendue plus ou moins longtemps,

## Progression de la ration alimentaire du nouveau-né au biberon.

AGE	Nombre de repas par 24 hr.	POUR CHAQUE NURISON				RATON QUOTIDIENNE				RÉSULTÉ	MONTANT de calories correspondant à la ration quotidienne.	PROGRES- sion chimique du poids	
		lait	eau	total	sucré	lait	eau	total	sucré				
3e jour.	3	10cc.	20cc.	30cc.	2gr	30cc.	00cc.	90cc.	6r	moins de 1/2 de litre de lait, coupé de 1/2 d'eau bouillie; sucré à 1/15.	40.5	3.000	
4e —	4	10	20	30	2	40	80	120	8		"	"	
5e —	5	10	20	30	2	50	100	150	10		"	"	
6e —	6	10	20	30	2	60	120	180	12		93	"	
7e —	7	10	20	30	2	70	140	210	14		108	"	
8e —	7	15	30	45	3	105	210	315	21		102	"	
9e —	7	25	40	65	4	175	280	455	28		245	"	
10e —	7	30	40	70	5	210	280	490	35		295	3.500	
11e —	7	40	40	80	6	280	280	560	42	moins de 1/2 litre, coupé de 1/2 de sucre à 1/15.	375	4.500	
12e —	7	50	50	100	7	350	350	700	49		455	5.000	
13e —	6	60	60	120	8	360	360	720	48		480	5.500	
14e —	6	70	60	130	9	420	360	780	54		563	6.000	
15e —	6	80	60	140	10	480	360	840	60		630	6.500	
16e —	6	90	50	140	10	540	300	840	60	moins de 1/2 de litre, coupé de 1/2 de sucre à 1/15.	681	7.000	
17e —	6	100	40	140	10	600	240	840	60		726	7.500	
18e —	6	110	30	140	10	660	180	840	60		771	8.000	
19e —	6	120	30	150	10	720	180	900	60		816	8.500	
20e —	6	130	20	150	10	780	120	900	60		861	9.000	
21e —	6	140	10	150	10	840	60	900	60		906	"	
22e —	6	150	0	150	10	900	0	900	60		951	"	
23e —	6	160	0	150	10	960	0	960	60		996	"	
10e —	5	4 bib. de 180 + une bouillie avec autant.....										1.000	"
18e —	5	Même dose de lait avec deux bouillies.....										envi-ron.	"
20e —	5	3/4 de litre de lait, deux bouillies et 1 œuf (ou 1 jaune)										Id.	"
22e —	5	2 potages, 1 œuf, purée de pommes de terre .....										Id.	"
										1 litre env. dont 1 bouillie			
										1,1 litre env. 2 bouillies			
										3/4 litre env. 2 bouill. 1 œuf			
										1/2 litre de lait, etc			

N. B.—Il est entendu que le rapport de ces doses à l'âge et au poids est tout à fait relatif.

par exemple au moment des crises de dentition, suivant l'état de l'enfant. En cas de maladie, on reviendra en arrière brusquement à une dose plus ou moins faible ; mais jamais, sauf exception, il n'y aura d'augmentation brusque. Telle est la loi générale.

Quant aux chiffres indiqués pour chaque âge, on les trouvera très faibles. Ils conviennent pourtant à bon nombre d'enfants de la région parisienne dont beaucoup sont plus ou moins athéniques. Nous nous sommes souvent bien trouvés d'y revenir pour des nourrissons habitués à une ration supérieure. Nous ne voulons pas dire qu'on ne devra jamais les dépasser, mais ce sera avec circonspection.

Les repas devront être *réglés* avec un intervalle de trois heures le jour et de quatre heures la nuit. De 6 heures du matin à 6 heures du soir, par exemple, l'enfant prendra cinq biberons ; de 6 heures du soir à 6 heures du matin, deux seulement : l'un à 10 heures, l'autre à 2 heures. Plus tard, à partir du jour où l'enfant ne prendra plus que six biberons dans les vingt-quatre heures, on n'en donnera plus qu'un seul la nuit, vers minuit. Les heures peuvent être changées ; c'est le réglage qui est important.

Au lieu des six repas prévus sur le tableau, on pourra, à la fin de la première année, n'en plus donner que cinq dans les vingt-quatre heures, en supprimant celui de la nuit et en renforçant en conséquence chaque biberon. On aura soin de retarder un peu le dernier et d'avancer un peu le premier, de façon que la nuit ne soit pas trop longue, ou mieux de ne plus donner qu'un repas toutes les quatre heures le jour : à 6 heures, à 10 heures, à 2 heures, à 6 heures, à 10 heures.

On procédera à l'augmentation progressive de la quantité de lait comme il suit :

La première semaine, parti le troisième jour de trois tétés

de 10 centimètres cubes de lait avec 20 centimètres cubes d'eau bouillie, on augmentera chaque jour le régime d'une tétée, pour arriver à sept tétées à la fin de la semaine, une la nuit et six le jour. Pour peu que l'enfant soit délicat, on commencerait par 5 centimètres cubes de lait et 10 centimètres cubes d'eau.

Le huitième jour, il y aura six biberons de 10 centimètres cubes de lait + 20 centimètres cubes d'eau, et un de 15 + 30. Le plus fort biberon sera pris de préférence le matin. Le dixième jour, on donnera deux biberons de 15 + 30, et cinq de 10 + 20, etc.

Le seizième jour, le premier biberon sera de 20 + 40, les autres de 15 + 30 (1).

Au commencement de la quatrième semaine, un des sept biberons passera à 25 + 40.

La progression n'étant plus que de 5 centimètres cube tous les deux jours à partir du trentième jour, vers le milieu du deuxième mois tous les biberons seront de 30 centimètres cubes de lait + 40 centimètres cubes d'eau bouillie.

Il est bien entendu que si l'accroissement du régime est mal supporté, on ralentira la progression; il y a des enfants chétifs qui, à la fin du premier mois, se trouvent mieux de ne prendre que 20 centimètres cubes d'eau, ou même 15 centimètres cubes de lait et 30 d'eau.

La ration quotidienne du nouveau-né augmentera ainsi de 70 centimètres cubes de lait par mois.

Au cinquième ou sixième mois, au moment de la première crise de dentition, (incisives inférieures), il y aura souvent avantage à marquer le pas. Sur le tableau, cet arrêt est indiqué par la réduction du nombre des biberons à six.

---

1. Ces doses paraîtront infimes, nous nous sommes rarement bien trouvés de les forcer.

A partir du moment où on ne donne que six biberons, augmentation de la ration quotidienne n'est plus que de 60 centimètres cubes de lait chaque mois, les chiffres du tableau correspondant au milieu de chaque mois. Pour maintenir à peu près régulière cette progression ralentie de la ration, on n'augmentera, sur les six biberons, qu'un seul tous les trois jours, ou l'on marquera un temps d'arrêt un ou deux jours par semaine, ou bien encore l'augmentation n'aura lieu que tous les cinq jours mais sera de 10 centimètres cubes.

D'ailleurs, nous le répétons, l'accélération ou le ralentissement ou la suspension momentanée de la progression varieront dans chaque cas particulier. L'idéal étant dans le développement continu de l'enfant, la continuité de l'accroissement de ration devrait lui être parallèle. En pratique, la continuité dans la progression est presque impossible.

\*  
\* \*

Ainsi institué, le régime du nouveau-né ne dépassera pas 114 de litre de lait avant deux mois, (1)  $\frac{1}{2}$  litre avant 6 mois, 314 de litre avant un an. La dose de 1 litre ne sera jamais dépassée dans le premier âge, même après un an. (Pinard).

Les proportions du coupage seront peu à peu décroissantes de la naissance à un an. Il y a avantage, pour la plupart des enfants, à couper le lait jusqu'à un an. Cela permet de leur donner une quantité de liquide équivalente à celle qu'ils prendraient au sein sans les suralimenter. *Le coupage sera environ de deux tiers les deux premiers mois, de moitié jusqu'au sixième*

---

1 Barbier conseil, à 1 mois, 230 grammes pour un enfant de 3,500 grammes; à 4 mois, 380 grammes pour un enfant de 5,800 grammes; à 7 mois, 520 grammes pour un enfant de 8,000 grammes,—le lait étant coupé de moitié d'eau avec 38 grammes, 63 grammes, 85 grammes, de sucre suivant le poids *These de Daussy, (page 23).*

mois, d'un tiers jusqu'au huitième et neuvième mois, puis d'un quart, etc.

Après un an, il ne faudra pas craindre de revenir au coupage à la moindre alerte.

La quantité de sucre devant rester proportionnelle au volume de la ration, sera augmentée peu à peu jusqu'au septième mois. Après cette époque elle restera presque stationnaire, l'alimentation devenant plus substantielle sous le même volume.

La quantité de liquide absorbée ne sera jamais, avec la méthode adoptée, brusquement diminuée (sauf le cas de maladie) grâce à une diminution lente du coupage. Le volume de chaque repas ne devra pas, au moins avant un an, dépasser 160 centimètres cubes.

Enfin le nombre de calories (1) correspondant à la ration alimentaire augmentera insensiblement comme l'enfant lui-même. Si la perte de chaleur est plus grande chez les tout petits, les dépenses de l'enfant, qui se meut davantage, sont plus grandes aussi. Nous avons compté 75 calories par 100 centimètres cubes de lait de vache et 4 par gramme de sucre.

— (0) —

---

1. Nos chiffres sont d'abord plus faibles, puis plus forts que ceux qu'indique BARBIER, " Ration alimentaire du nourrisson " (*Bull. gén. de Thérap.*, 1903, 15, et 23 Novembre, p. 686 et 726), qui conclut. " La meilleure alimentation pour l'enfant est celle qui donne le meilleur résultat pour l'accroissement normal avec le minimum d'aliment. " C'est ce principe fondamental qu'on ne saurait trop vulgariser.

## SIGMOÏDITES ET PÉRISIGMOÏDITES

Par ALBERT KATZ,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La *sigmoïdite* est l'inflammation essentielle de l'S iliaque ; cette inflammation peut rester localisée à l'intestin, ou s'étendre aux tissus qui l'environnent : tissu cellulaire, méso-iliaque, péritoine pariétal, déterminant ainsi des *périsigmoïdites*, qui, selon les cas, seront simplement *adhésives* ou *suppurées* ; d'autre part, des inflammations parties des organes voisins, trompes ovariens, appendice, etc., peuvent, à la faveur des lymphatiques, se propager au mésentère iliaque et provoquer des périsigmoïdites *propagées extra-intestinales*, par opposition aux périsigmoïdites nées sur place, d'origine *intestinale*.

## ÉTUDE CLINIQUE

*Sigmoïdite simple aiguë.*—Elle éclate chez des constipés de longue date, par une douleur brusque, dans la fosse iliaque gauche, douleur accompagnée de troubles digestifs : langue saburrale, nausées, et d'une constipation plus opiniâtre que d'habitude, et qui peut même devenir *absolue*.

Le malade, obligé de s'aliter, fléchit la cuisse gauche afin de diminuer la tension de l'abdomen. La fièvre manque.

La palpation de la fosse iliaque gauche, rendue facile par l'absence de défense musculaire, permet de constater l'existence d'une *tumeur en boudin*, allongée, sans bosselures et qui se laisse facilement *mobiliser*.

Tous les symptômes cèdent après quelques jours de repos et à une bonne évacuation de l'intestin.

*Sigmoïdite aiguë avec périsigmoïdite.*—a) *Périsigmoïdite*

*adhésive*.—Le tableau clinique ressemble souvent à celui d'une appendicite aiguë avec péri-appendicite. Mais la douleur, diffuse au début, se localise rapidement à la fosse iliaque gauche ; elle consiste en accès, en véritables *coliques sigmoïdiennes*. Le ventre est *tendu* et il existe du côté gauche une *dérensse* de la paroi ; les jours suivants, la douleur cède et l'exploration de la fosse iliaque révèle une tumeur irrégulière, du volume du poing, de *mobilité limitée*, souvent même *fixe*.

Il y a *toujours de la fièvre dans la péri-sigmoïdite*, fièvre en général élevée, accompagnée de frissons, irrégulière. Les troubles digestifs sont très prononcés ; l'*amaigrissement* survient très vite.

La période aiguë de la maladie dure sept à huit jours ; puis, la fièvre tombe, le ventre s'assouplit, la constipation cède, la sensibilité de la fosse iliaque s'émousse, l'alimentation est reprise. Mais la tumeur persiste longtemps, deux mois et plus.

Ceci prouve que la *rechute* est à craindre.

b) *Périsigmoïdite suppurée*. — Au lieu de se résoudre, les phénomènes généraux ne subissent pas d'accalmie. Enfin, la tumeur devient absolument fixe ; son volume et son siège sont très variables ; tantôt on sent dans la fosse iliaque un empâtement profond, tantôt au contraire une tumeur saillante. Obrastzoff, Patel ont publié des cas avec abcès, siégeant au voisinage et à gauche de l'*ombilic* ; chez un malade de Jaboulay, l'abcès était *lombaire* et siégeait au niveau du triangle de Petit.

La topographie de l'S iliaque par rapport au péritoine explique la variabilité de siège de l'abcès périsigmoïdien.

La périsigmoïdite peut évoluer de trois façons différentes : 1° quelquesfois, mais très rarement, elle, peut se résorber, ne laissant après elle qu'une induration localisée, qui persiste pendant des mois ; 2° d'autre fois, les phénomènes généraux s'amendent alors que la tumeur persiste ; la périsigmoïdite passé à

l'état chronique ; 3° le plus souvent le pus se collecte, et sous la peau rouge, œdématisée bombe une masse purulente, que le bistouri n'a qu'à inciser : la détente est alors rapide, et le malade guérit d'habitude en peu de jours.

*Complications.*—Il arrive que l'abcès s'ouvre dans l'S iliaque ; lorsque l'ouverture est large et en un point déclive, le pus se vide par le rectum et la guérison survient aussi vite que si l'abcès s'était ouvert à la peau. Mais l'abcès peut ne s'ouvrir dans l'intestin que par un orifice petit et mal disposé pour une bonne évacuation, en même temps qu'il pointe vers la peau ; en ouvrant l'abcès on tombe sur un mélange de pus et de matières fécales et de ce jour s'installe un véritable anus iliaque gauche, qui persiste pendant des mois. D'autres complications sont possibles :

La *péritonite généralisée* a été observée, et Loison a observé la *phlegmatis alba* à gauche au déclin d'une périsigmoïdite.

Il faut donc se garder d'exagérer la bénignité de la périsigmoïdite aiguë.

c) *Périsigmoïdite chronique.*—Elle se présente sous deux formes bien distinctes : dans l'une, il n'y a ni adhérences périsigmoïdiennes, ni pus ; le processus est purement cicatriciel et se manifeste cliniquement par les symptômes du *volvulus* : dans l'autre, la périsigmoïdite forme une *tumeur inflammatoire* avec *rétrécissement de l'intestin* et simulant le cancer.

a. *Périsigmoïdite chronique rétractile à forme de volvulus.*  
—Il s'agit habituellement de vieillards, hommes qui de temps à autre ont des crises douloureuses de coliques, accompagnées de ballonnement du ventre et de vomissements. Dans l'intervalle des crises, les malades ont une inappétence absolue, ils maigrissent, se cachectisent ; puis, un jour, et sans autre prodrome, l'arrêt des matières devient complet et on assiste au tableau classique de l'*occlusion aiguë*, du *volvulus* ; et en effet la lapa-

rotomie fait constater une torsion de l'S iliaque, autour du méso court, avasculaire presque, et considérablement épaissi et rigide.

*b. Périssigmöidite chronique à forme de tumeur inflammatoire.*— Cette forme présente un intérêt clinique considérable, et à cause des nombreuses erreurs de diagnostic auxquelles elle expose et à cause des beaux succès thérapeutiques qu'on a fréquemment obtenus par des interventions chirurgicales très simples.

Il y a deux façons d'entrer dans cette forme : tantôt la maladie s'installe sournoisement ; plus souvent il s'agit de malades ayant fait autrefois *une crise aiguë* de périssigmöidite, et qui plusieurs mois après présentent les signes d'une tumeur de l'S iliaque.

La maladie se révèle par deux ordres de symptômes ; signes d'*obstruction chronique* et *accidents de septicémie*.

Les signes d'obstruction ont une intensité très variable : elle peut devenir complète ; d'habitude il n'y a que la *difficulté* d'aller à la garde-robe, et les malades sont obligés d'avoir recours aux laxatifs. Les matières sont dures, *ovillées* ou *laminées* et on y trouve souvent du *pus*, du *sang*.

Les malades éprouvent dans la fosse iliaque des *douleurs sourdes, constantes*, auxquelles s'ajoutent çà et là des douleurs plus aiguës, sous forme de crises reconnaissant comme cause ou un spasme ou une obstruction momentanée par les scybales.

Les accidents septiques sont des accès de fièvre dus à une poussée de péritonite localisée ou des phénomènes de résorption toxique au niveau de la tumeur : *amaigrissement, peau terreuse, cachexie progressive*.

Enfin l'examen de la fosse iliaque fait constater une *tumeur à limites indéfinies*, à consistance ferme, à surface irrégulière, elle englobe l'S iliaque, qu'elle fixe à la fosse iliaque.

On conçoit qu'avec un semblable tableau clinique, le *diagnostic de cancer* vienne immédiatement à l'esprit.

#### TRAITEMENT

*Sigmôidite simple.*—Le traitement des sigmôidites simples aiguës est exclusivement médical. Deux indications sont à remplir : calmer la douleur et éviter l'extension vers le péritoine de la lésion intestinale.

L'application de la vessie de glace, au besoin une injection de morphine rempliront la première indication ; pour remplir la seconde rien ne vaut une bonne évacuation de l'intestin ; enfin le repos et une diète sévère pendant quelques jours compléteront le traitement.

*Sigmôidite avec péricôidite.*—Elle demande un traitement plus sévère. *Au début*, à la phase exsudative on mettra tout en œuvre pour éviter le passage à la suppuration. Pour cela, on se gardera bien de donner un purgatif ou un lavement ; l'immobilisation absolue, la vessie de glace, la diète forment la base du traitement. Il suffit très souvent, la tendance habituelle de la plupart des péricôidites aiguës étant la résolution.

Mais, si, vers le huitième jour, la fièvre s'élève, si la tumeur est le siège de douleurs lancinantes, il faut intervenir rapidement et sans attendre la fluctuation qu'on ne perçoit pas toujours. *Toute péricôidite suppurée, qu'elle soit d'origine intestinale ou extra-intestinale, doit être hâtivement et largement drainée.*

*Sigmôidite avec péricôidite chronique.*—Le traitement des formes chroniques est beaucoup plus complexe et on ne peut ériger aucune règle précise.

Quelquefois la guérison survient spontanément ou à la suite d'un simple traitement médical : quelques observations témoi-

gnent de la possibilité d'une résorption spontanée de la tumeur avec *Restituo ad itegrum*.

Mais le plus souvent les accidents douloureux ou sceptiques ou les phénomènes d'obstruction commandent l'intervention chirurgicale, qui variera beaucoup selon les circonstances.

Dans la périsigmoïdite à la forme de tumeur inflammatoire, on peut se contenter, comme l'on fait Segond et Hartmann, d'inciser la tumeur, de vider quelques poches purulentes et de drainer; les malades ont guéri.

Rotter ayant à traiter deux malades, établit chez l'un un anus contre nature audessus de la tumeur et fit chez l'autre une iléo-sigmoïdostomie.

Lorsqu'il n'y a pas de tumeur, que la périsigmoïdite prend une forme rétractile avec volvulus de l'S iliaque, le rôle du chirurgien est très difficile. Lorsqu'on intervient au moment d'une crise aiguë, il faut en effet tenir compte qu'on a affaire presque toujours à des vieillards épuisés par de longs mois de stercorémie et qui ne supportent pas d'intervention compliquée.

Von Bergmann, Brehm se sont contentés de détordre l'anse sigmoïde; mais la péri-sigmoïdite continuant son évolution, la récurrence est à craindre. Roux cite le cas d'un malade chez lequel il a dû intervenir deux fois: aussi recommande-t-il de suturer l'S iliaque et le mésocôlon sur toute leur hauteur à la paroi abdominale par un surjet au catgut. Braun, trouvant chez un malade les deux pieds de l'S iliaque rapprochés en canon de fusil et adhérents, anastomosa les deux anses et rétablit le cours des matières. Riedel, von Bergmann firent plusieurs fois la résection de l'S iliaque suivie soit de l'établissement d'un anus iliaque avec le bout supérieur, soit d'une anastomose colorectale.

Bref, on se trouve, dans ces cas de volvulus par périsigmoïdite, aux prises avec les mêmes difficultés que s'il s'agissait d'un

volvulus avec mésentère sain et lorsque par le degré de la torsion ou par l'état de l'intestin on est obligé de faire une intervention compliquée comme la résection ou l'entéro-anastomose, le pronostic est grave et les cas de guérison se comptent par quelques unités. (*Gaz. des Hôpitaux*, 5 janvier 1907.)

—(o)—

## NEUROLOGIE

*Les affections que l'on confond souvent avec la neurasthénie. Nécessité d'un diagnostic précis préalable pour instituer un traitement rationnel.*

PAR GILBERT BALLEZ

Le mot neurasthénie a eu une remarquable fortune : il est promptement devenu populaire ; tout le monde s'en sert, et on s'en sert à tort et à travers.

Or, la confusion d'une espèce nosologique avec d'autres qui lui ressemblent plus ou moins, a, dans la pratique, des conséquences très fâcheuses : erreurs de pronostics, erreurs de traitement. En effet, en matière de névroses et de psychoses, on est exposé aux pronostics les plus faux et à la thérapeutique la plus stérile si, au préalable, on ne porte un diagnostic précis.

Sur 10 malades qui se présentent au neurologue comme atteints de neurasthénie, une bonne moitié souffrent de tout autre chose.

Indiquons ici brièvement les confusions les plus communes contre lesquelles il faut particulièrement se mettre en garde.

\* \* \*

Il est assez rare qu'on prenne de simples troubles neurasthéniques pour les symptômes d'une lésion du système nerveux ou inversement. Cependant, dans certains cas, l'erreur est possible.

Ainsi il est fréquent qu'un ancien syphilitique, éprouvant de la fatigue, quelques troubles dyspeptiques, des vertiges, des topoalgies diverses, bref quelques signes d'asthénie nerveuse, se croit atteint d'*ataxie locomotrice*.

Mais cette phobie de l'ataxie ne présentera aucun des signes subjectifs de la maladie de Duchenne. Pas d'abolition des réflexes rotuliens, pas de douleurs fulgurantes, pas d'immobilité pupillaire à la lumière, pas de signes de Romberg, pas de troubles urinaires, pas de troubles génitaux.

Certaines *paralysies générales* débutent par des symptômes rappelant ceux de la neurasthénie. Dans ce cas aussi, l'absence de signes objectifs et de trouble de la parole sera une présomption en faveur de la neurasthénie. D'ailleurs, les neurasthénies préparalytiques offrent quelques particularités qui leur appartiennent en propre : variation brusque d'un jour à l'autre dans les symptômes, bizarreries de certaines des sensations accusées par les malades, intensité anormale de quelques-unes de ces sensations, etc. Enfin si l'on reste dans l'embarras, on a pour s'éclairer la ressource de la ponction lombaire. La *lymphocytose rachidienne*, absente chez les neurasthéniques, existe dans la paralysie générale comme dans le tabes.

Inutile de signaler la confusion possible entre la neurasthénie et les *tumeurs cérébrales*. Elle n'est jamais de longue durée.

Les troubles neurasthéniformes (céphalées, vertiges, dyspepsie, lassitude, dépression morale légère) ne sont quelquefois

que la manifestation secondaire d'un état organique sous-jacent ; affection rénale, hépatique ou cardiaque, état d'hypertension artérielle, auto-intoxication arthritique ou intoxication d'origine externe.

De là la nécessité, chez tout individu suspecté de neurasthénie, d'un examen complet de l'organisme, sans lequel on s'exposerait à laisser passer inaperçus des désordres auxquels la thérapeutique doit être subordonnée.

\* \* \*

Mais les erreurs les plus fréquentes de diagnostic résultent de la confusion qui règne encore dans l'esprit de beaucoup de médecins au sujet de diverses névroses ou psychoses. Aussi je rappellerai quels sont les caractères fondamentaux des groupes de malades qui viennent consulter le neurologue avec le diagnostic tout fait de neurasthénie. Ces malades se classent en 5 groupes : 1° les asthéniques ; 2° les scrupuleux, douteurs, phobiques ; 3° les mélancoliques, 4° les hypocondriaques ; 5° les anxieux.

1° Chez *l'asthénique nerveux*, le neurasthénique vrai, les phénomènes caractéristiques expriment la fatigue nerveuse (céphalée, rachialgie, inaptitude au travail, amyosthénie, atonie gastro-intestinale). Sur ce fond de faiblesse viennent souvent se greffer quelques-uns des symptômes des autres groupes ; mais ces phénomènes sont accessoires, leur pronostic et leur traitement sont étroitement subordonnés au pronostic et au traitement de la neurasthénie elle-même.

L'état de fatigue et d'impuissance cérébrale des neurasthéniques ne les prédispose pas seulement au doute, aux phobies, à la tristesse, aux préoccupations hypocondriaques, mais encore à toutes les formes d'auto-suggestion. Voilà pourquoi on trouve si fréquemment associés aux phénomènes neurasthéniques des.

symptômes hystériques (hystéro-neurasthénie dite traumatique.

\* \* \*

2° Le *scrupuleux*, le *douteur*, le *phobique*, diffère profondément du neurasthénique. Chez lui, il ne s'agit pas de fatigue nerveuse, mais d'une forme particulière d'impuissance cérébrale, l'impuissance à arriver à la certitude. Derrière toutes les manifestations morbides, il a toujours un doute : doute d'abord, moral, constituant le scrupule d'un objet ou d'un acte, constituant la phobie.

Le douteur est très différent du neurasthénique. C'est un psychopathe qui ne présente pas ou ne présente qu'accessoirement les phénomènes de l'asthénie. D'ailleurs, scrupules, doutes, phobies, procèdent par par poussées et n'ont pas la continuité de la neurasthénie.

La psychothérapie par persuasion, qui rend dans la neurasthénie tant de services, est impuissante contre cette insuffisance cérébrale constitutionnelle.

3° Le *mélancolique* est journallement pris pour un neurasthénique, et pourtant il en diffère essentiellement. Le phénomène primitif et constant de la mélancolie est un trouble émotionnel ou affectif ; il s'agit d'un sentiment plus ou moins constant d'abattement, d'impuissance, et conséquemment de tristesse et d'angoisse. Le malade interprète les modifications de son affectivité et crée ses *idées fausses* d'indignité, de culpabilité, de ruine.

4° L'*hypochondrie* n'est pas une maladie ; c'est un symptôme dont la signification varie, et qui consiste dans une préoccupation exagérée ou sans fondement relativement à la santé physique.

L'état hypochondriaque est un état mental. La neurasthénie, au contraire, quelle qu'en soit l'étiologie, est constitué par

un état de fatigue nerveuse ; or, la fatigue nerveuse est quelque chose de réel, qui se sent, qui se mesure même. Seulement sur ce fonds viennent aisément se greffer des habitudes défectueuses de sentir et de réagir, des préoccupations erronées et fausses. C'est à ce titre que l'idée hypocondriaque peut s'associer à la neurasthénie en la compliquant.

L'hypochondrie du neurasthénique, qui mérite le nom de *petite hypochondrie*, constitue moins une conviction fautive qu'une appréhension, une crainte, une phobie, mais moins agonisante que celle des vrais douteurs. L'hypocondriaque neurasthénique est accessible au raisonnement, à la persuasion. Il est possible de dissiper, au moins pour un moment, les préoccupations erronées que ses sensations pénibles ont fait naître.

À côté de l'hypochondriaque neurasthénique, il faut placer celui chez qui l'appréhension malade est une simple forme de la maladie de doute.

Mais le *grand hypochondriaque* est un véritable délirant : ce n'est plus un appréhensif ni un douteur à phobies obsédantes c'est un convaincu. Aucun raisonnement ne saurait entamer ce délire partiel.

5° On a décrit, dans ces dernières années, comme névrose autonome une affection dont la physionomie clinique est toute spéciale, c'est l'*anxiété paroxystique de Brissaud*, névrose d'angoisse de Freud.

Il s'agit de malades qui présentent, à la suite de chagrins, un état d'inquiétude diffuse et vague, qui sont continuellement appréhensifs ; sur ce fait se dessinent des paroxysmes d'anxiété se produisant surtout le matin.

Un pareil état d'insécurité continue avec crises anxieuses intermittentes donne à l'affection une physionomie tout à fait particulière qui l'a séparée nettement, au point de vue symptomatique, sinon nosologique, de la neurasthénie vulgaire.

Il importe d'autant plus de ne pas confondre avec cette dernière la névrose d'angoisse, que celle-ci comporte des indications thérapeutiques spéciales, celles de tous les grands états anxieux.

\* \* \*

Cette revue rapide des états qui sont à chaque instant pris pour de simples états neurasthéniques fait ressortir l'importance d'un diagnostic précis différentiel de formes qui ne sont similaires qu'à la surface. Une bonne hygiène et une bonne thérapeutique sont à ce prix. (*Bulletin médical*, 10 nov. 1906.

—o—

## UN ANTISEPTIQUE PUISSANT, LE MEILLEUR DES DÉSODORISANTS

—

Sur le sol mouvant de la thérapeutique nous avons moins besoin de presser que d'assurer nos pas, surtout à l'heure actuelle, où règne une fièvre grandissante pour les médicaments nouveaux, où souffle partout une sorte d'hystérie thérapeutique qui tend à nous envahir.

Aujourd'hui, je suis à me demander s'il ne vaudrait pas mieux pour faire du nouveau, parler encore des médicaments anciens, dont souvent nous ne connaissons encore qu'imparfaitement l'action physiologique et les applications thérapeutiques ?

Nonobstant ces quelques considérations, je vous présente l'*aniodol*, produit synthétique dû aux persévérantes recherches du Dr. Sedan, de Marseille.

L'*aniodol* est un produit complexe. C'est une solution de triméthanal, combinée avec une substance de la série allylique, et à laquelle on ajoute une glycérine spécialement distillée à cet effet.

Ce médicament est un puissant antiseptique et le meilleur des désodorisants connus jusqu'à ce jour.

La puissance antiseptique de ce corps est telle que, de prime abord, elle parut quasi paradoxale à Sedan. En cinq minutes, une solution à 17100 détruit presque tous les microbes. La solution à 1710000, voire même à 1720000, infertilise n'importe quel milieu. Mérieux, directeur de l'Institut Pasteur, à Lyon, a fixé le titre bactéricide moyen exact et il l'a exprimé ainsi : 175000. Cet agent thérapeutique est inodore. En outre, il est incolore, n'est pas toxique et est fixe dans sa composition.

Voulez-vous maintenant avoir une idée de son pouvoir désodorisant? Dans une solution d'aniodol à 174000, plongez une gaze iodoformée, et quel que soit son titre, elle en sortira inodore. Les mains lavées au savon à l'anicdol sont débarrassées de toute odeur d'iodoforme. Il n'est pas une plaie, si fétide qu'elle soit, qui résiste à son action et ne perde en peu de temps son odeur, fut-ce une plaie cancéreuse ou gangréneuse.

La posologie de ce corps est très importante, attendu que des solutions trop fortes stérilisent une plaie, mais la dessèchent et l'empêchent de cicatriser.

Vous aurez de beaux résultats avec une solution à 174000. Ne dépassez jamais 173000 dans les plaies. Ce produit n'étant pas toxique des solutions de 171500 à 173000 feront une désinfection complète des narines et de la bouche.

Les enfants auront beaucoup à bénéficier de cet agent. Pour les mains la solution à 172000 suffit généralement et elle n'est pas irritante. Sedan prétend même obtenir une parfaite stérilisation des instruments avec la solution à 172000 qui ne les détériore en rien.

Ce produit existe aussi en poudre mais se montre toutefois moins efficace.

P. A. GASTONGUAY.

SOINS À DONNER AUX SEINS ET MAMELONS  
PENDANT LA GROSSESSE ET  
L'ALLAITEMENT

---

Notes recueillies dans les Maternités de New-York

Les soins ordinaires de *propreté* sont généralement suffisants pendant la *grossesse*, mais parfois en dépit de toutes les précautions nous aurons une suite de troubles sans fin avec le mamelon. En règle générale les seins n'ont besoin d'aucun traitement, mais si le mamelon est douloureux, petit, des soins appropriés, surtout pendant les derniers mois de la grossesse éviteront bien des ennuis. Dans tous les cas, les seins devront être lavés tous les jours à l'eau et au savon. Si le mamelon est bien développé et indolore ces soins seront suffisants. Si le mamelon est douloureux, il faudra appliquer une pommade à la vaseline stérilisée tous les soirs avant le coucher, puis envelopper le sein d'une gaze stérilisée. Avec un mamelon petit, molasse ou peu développé, un massage bien fait avec des mains propres nous rendra de grands services. Ce massage consiste à faire des tractions sur le mamelon une quinzaine de minutes par jour pendant les deux derniers mois de la grossesse. On pourra se servir de vaseline boriquée stérile pour lubrifier le mamelon et faire ces massages. Souvent cette seule précaution suffira à former un mamelon convenable pour donner prise à l'enfant.

Nous devons chercher à assouplir les seins et le mamelon, nous éviterons ainsi les crevasses et les gerçures qui semblent être le propre des seins gonflés et durs.

Pendant l'*allaitement* il faut surveiller attentivement les glandes mammaires. Dans la majorité des cas si le bout du sein est en bon état tout ira bien. La source la plus directe et

la plus commune de l'infection des seins est sans aucun doute la malpropreté du bout du sein. C'est une conviction, dit le Docteur Broadhrat, que si le mamelon est tenu parfaitement propre, les seins ne pourront pas s'infecter. Avec une antiseptie chirurgicale du mamelon il n'y a pas d'infection. Le mamelon, la bouche de l'enfant, les linges qui entourent le sein, les doigts de la garde malade devront être aussi stériles que possible. La bouche de l'enfant et le bout de sein devront être lavés avec une solution saturée d'acide borique faite avec de l'eau stérilisée avant et après chaque tétée. Les linges en contact avec les seins, la vaseline employée devront être stérilisés, les mains de la garde malade chirurgicalement propres. La malade ne devra pas se toucher elle-même et elle devra être instruite de tous les accidents qui peuvent survenir des salivés du mamelon. Entre les tétées, les mamelons seront recouverts d'un gaze stérile avec ou sans vaseline boriquée stérile. Ce traitement est suivi depuis plusieurs années dans tous les services de New-York. Les douleurs, gerçures, crevasses, abcès ne se voient plus si tout est bien fait. Si l'on voit les statistiques de la Sloaur Maternity de New-York ou de La Lying Hospital N. J., sur les 7 ou 8 milles accouchements qui se font par année dans chacune de ces maternités nous verrons peut-être 1 à 2 cas d'infection que l'on pourrait d'ailleurs attribuer à la négligence de la mère. Et encore l'infection disparaît; elle se guérit avec un traitement convenable sans recourir au bistouri.

Il n'y a pas de meilleure application qu'une solution de nitrate d'Argent à 1 pour 10 contre les gerçures et les crevasses du mamelon. Après chaque tétée, une fois le mamelon lavé avec la solution d'acide borique, gerçures, érosions ou crevasses sont exposées avec les doigts d'une main propre et l'application de la solution de nitrate d'Argent se fait au moyen d'un petit bourdonnet de coton monté sur un cure-dent ou une allumette.

L'érosion, la gercure, etc., seulement sont couverts de nitrate d'Arg. puis après avoir enlevé l'excès de nitrate avec un boudonnet sec on fait une application de vaseline stérilisée.

Quelques applications contrôleront le plus souvent le mal. Si les lésions sont plus étendues, le mamelon douloureux, il sera préférable de couvrir le bout de sein de plusieurs gazes stériles jusqu'à complète guérison. Le nitrate d'Argent devra être appliqué avec précaution, l'excès est pour le moins inutile.

Nous avons deux classes de malades à traiter. Pour une raison ou pour une autre la femme allaitera ou n'allaitera pas, de là deux catégories bien distinctes. La femme n'allait pas ou abandonne l'allaitement après quelques mois. Voici la règle de conduite à suivre au Post-Graduate et dans les différentes maternités de New-York.

J'ai souvent cherché depuis les leçons de mon savant et distingué maître, monsieur le Docteur Groudin, de Québec, quelle pourrait être l'utilité de la bande abdominale que nombre de praticiens mettent à toutes leurs nouvelles accouchées. Au début de ma pratique, voulant m'en tenir à l'enseignement, je refusai de mettre ces bandes abdominales. Mes clientes ne m'en ont jamais voulu depuis. La trop fameuse bande abdominale, pour le moins inutile, était toujours un énigme pour moi. Chez l'oncle Sam, j'ai cru trouver son utilité.

Si la femme *n'allait pas*, on cesse après un certain temps, le traitement suivant devra être fait après l'allaitement ou le second jour après l'accouchement. Les mamelons sont couverts d'une gaze stérile, les seins sont entourés de coton absorbant que l'on met aussi dans les aisselles, puis une bande aussi serrée que possible est appliquée sur ce pansement. Ce pansement sera changé seulement s'il est souillé, il devra rester en place tant que les seins ne sont pas ramollis et indolores. La bande devra être serrée de nouveau au besoin. La moindre manipulation

pouvant augmenter les douleurs il vaut mieux ne rien toucher à moins de bonnes raisons. Cette bande est appliquée la malade étant dans la position horizontale, les seins bien appliqués sur le thorax.

Plus d'un cas bénéficiera de ce pansement. La sécrétion lactée arrêtera rapidement avec peu ou point de malaise. Parfois il sera bon de diminuer la quantité de liquide pris dans les 24 heures. Si les seins sont gonflés et douloureux il est recommandé d'administrer de bonnes doses de sel. Le sel de la Rochelle assez agréable à prendre sera efficace. Il peut se donner dans de l'eau ordinaire ou dans de l'eau de Vichy à la dose de  $\frac{1}{2}$  once toutes les heures jusqu'à ce que les intestins soient libres. La déperdition de liquide fera diminuer la distention des seins et dans la majorité des cas avec ces différentes pratiques (pansement—bande—diminution de liquides—Sel de la Rochelle) nous aurons un succès complet. Un peu de morphine ou de lithine sera utile si les douleurs ne disparaissent pas de suite, mais le traitement si haut mentionné est presque toujours suffisant.

Le massage, les pompes, les applications chaudes, l'autipyrine, les onguents belladonnés ou autres sont disparus des services américains que j'ai suivis, depuis que l'on emploie la bande.

*La femme allaite.* Dans ce cas il suffira le plus souvent de soutenir les seins pendant l'intervalle des tétées au moyen d'une bande appliquée pour soutenir les glandes en position sans de exercer de compression. Si les seins sont distendus on peut faire un peu de compression, mais si le lait est en petite quantité, il pourrait y avoir suppression complète de la sécrétion. S'il y a douleur un massage fait par la garde-malade toutes les 4 heures ou moins souvent suivant les indications sera fort utile. Il ne s'agit pas ici de faire sortir au dehors une

certaine quantité de lait mais bien de le distribuer dans toute la glande. Une fois la distribution devenue égale la douleur sera minime et les tétées régulières feront disparaître tous les ennuis. Il faudra peut-être diminuer un peu les liquides et voir à ce que l'enfant prenne en quantité suffisante. Si la distension augmente, le sel de la Rochelle sera utile. Une cuillerée à dessert de sel dans de l'eau de Vichy ou de l'eau pure à toutes les heures jusqu'à ce que les intestins soient libres.

Les pompes quelqu'utiles qu'elles soient demandent beaucoup plus de temps pour agir. Cependant, si l'enfant est trop faible pour prendre le sein il sera avantageux de se servir de de ces pompes mais il faudra surveiller leur stérilisation.

Si la sécrétion lactée est minime le massage 3 à 4 fois par jour, du lait riche, des œufs, du beurre, de la crème et quelques extraits de malt donnés 3 à 4 fois par jour seront d'une grande utilité.

Une légère élévation de température peut accompagner le gonflement, les douleurs des seins. Mais en règle générale le pouls n'est pas accéléré à un degré correspondant à cette élévation de température. Si le pouls et la température augmentent, l'infection est à soupçonner. Une palpation soignée nous la fera trouver. Sur quelques centaines d'observations d'infection recueillies dans les différents services, il n'y a que trois cas d'infection rapportés qui ont nécessité le bistouri depuis 1900. Ainsi, si toutes les précautions sont prises nous n'avons rien à craindre.

Toute infection du sein ne veut pas dire opération. Lorsque l'infection est établie il y a une induration dans le sein, un pouls accéléré, de la température et peut-être du frisson. Cette infection se contrôle et guérit dans un grand nombre de cas par un traitement approprié et suivi.

Le massage sera fort utile ici—le pus est d'abord dans les canaux et non dans les tissus connectifs environnant; ce pus peut

facilement être poussé vers le bout du sein où il est enlevé.

Ce massage sera fait doucement, puis graduellement avec plus de pression. Le but est de pousser ce pus vers le mamelon où on l'épongera. C'est parfois douloureux, mais nombre de clientes préfèrent souffrir un peu que de voir le couteau du chirurgien.

Ce massage est fait toutes les 4 heures et dans l'intervalle l'on met un sac de glace sur le sein malade. La bande sera utile pour tenir le sein en position. De bonnes doses de sel seront utiles encore et peut-être quelques petites doses de codéine. S'il y a du pus, l'enfant ne doit pas prendre le sein mais dans le cas contraire on ne devra pas discontinuer. Pour éviter le bistouri, il faudra surveiller attentivement et faire le traitement au moindre doute d'infection et le continuer jusqu'à ce que tout danger soit fini. Si l'amélioration tarde à apparaître, si l'inflammation augmente, si la peau rougit il faudra alors faire une incision, curetter et traiter comme un abcès ordinaire. Incision rayonnante du mamelon pour couper le moins possible de conduits, elle devra être assez longue et profonde pour ouvrir tous les sacs. L'hémorrhagie une fois contrôlée par la compression le pansement humide à l'eau oxygénée ou au sérum artificiel sera le pansement idéal. Ce pansement sera renouvelé aussi souvent que possible.

Dans l'espace de quelques semaines nous aurons une guérison parfaite; l'allaitement par ce sein pourra se faire encore si l'inflammation n'a pas détruit tout le tissu glandulaire.

DR P. LAGUEUX,

Lévis.



## ÇA ET LA

---

M. le docteur Champion rapporte récemment l'histoire d'une petite fille de sept ans qui, à la suite de l'absorption en une fois, d'une dose de 30 centigrammes de calomel, fut prise de vomissements bilieux et muqueux ainsi que de brûlures d'estomac. Plus tard, ces accidents furent suivis de coliques très vives, d'évacuations alvines, d'oligurie, de tachycardie. De plus, la petite malade se plaignait d'éprouver dans la bouche un goût de contreau (goût métallique). Champion fit aussitôt avaler à l'enfant un verre d'eau albumineuse et ordonna le lait en abondance pendant la journée, ainsi que 10 gouttes d'élixir parégorique matin et soir. Sous l'influence de ce traitement auquel furent ultérieurement ajouté des injections de sérum et des applications chaudes sur le ventre, l'enfant guérit rapidement. De ce cas, notre confrère conclut que, contrairement aux indications fournies par les formulaires, on ne doit pas dépasser la dose de 25 centigrammes au moins jusqu'à 10 ans; aussi qu'il convient d'administrer le médicament à doses fractionnées, ce qui a beaucoup plus d'importance que d'éviter l'absorption simultanée de chlorure de sodium; qu'il faut enfin et surtout, se rendre compte de l'idiosyncrasie des malades, et en présence de tares de dégénérescence ou de faiblesse congénitale ou acquise, donner une dose de calomel proportionnelle, non pas à l'âge qu'a le malade, mais bien à celui qu'il paraît avoir.

*(Année médicale de Caën.)*

---

"Le monde médical" rapporte qu'à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux (28 décembre 1906) M. Rocer a communiqué l'observation d'un enfant de 8 ans qui, à la suite

de la grippe s'était mis à maigrir, à tousser et à cracher le sang. L'examen physique décelait l'existence de signes cavitaires localisés à la région sous-claviculaire gauche. Sa fièvre oscillait autour de 40°. Tout semblait donc autoriser le diagnostic de tuberculose pulmonaire lorsque, dans les crachats, Rocer découvrit des membranes d'hydatides évidentes. L'hypothèse de kyste hydatique s'imposant, Rocer conseilla les inhalations d'éther, la teinture d'eucalyptus, associées à l'emploi des toniques et en quelques jours, l'enfant se rétablit.

Cette observation est de nature à infirmer la théorie classique qui veut que les kystes hydatiques siègent toujours à la base du poumon. Elle fait aussi ressortir leurs analogies cliniques avec la tuberculose. A cet âge, le diagnostic n'est pas chose facile, car l'enfant ne crache que très peu ou point, et l'examen histologique des crachats seul peut donner une certitude.

---

A la Société anatomo-clinique de Lille, (janvier 1907), M. Bonnet-Laborde, rapporte un cas ayant trait à l'évolution simultanée de la variole et de la vaccine. Il s'agit d'un nouveau-né qui, né le 3 juin 1906, fut vacciné le 10; la mère quitte la Maternité le 17, et le 21, elle aperçoit une éruption qui atteint le visage, puis le tronc et les membres. Elle entre à l'hôpital le 26; l'enfant est couvert de vésicules présentant nettement l'aspect variolique, et, sur le bras gauche, on aperçoit de grosses pustules vaccinales déjà arrivées à la période de dessiccation. Le 28 juin, les vésicules commencent à se dessécher sans suppurer et, le 15 juillet, il ne restait plus que des cicatrices déprimées couleur rose-pâle.

Il s'agissait bien d'une variole, et, de ce fait, l'on doit conclure que la vaccine inoculée pendant la période d'incubation de la variole n'exerce sur cette dernière aucun effet modérateur

quand l'éruption survient du cinquième au dixième jour. Par conséquent, il est indispensable de se faire vacciner ou revacciner au plus tôt, lorsqu'on séjourne dans un endroit où règne la variole.

*(Monde médical.)*

---

La cryogénine est une poudre cristalline blanche, peu soluble dans l'eau. Elle n'est nullement toxique et son administration prolongée n'entraîne pas d'inconvénients. Elle ne possède aucune propriété anesthésique, analgésique, hypnotique, bien qu'elle se range dans la catégorie des antithermiques nervius. Par contre, elle n'a provoqué en aucun cas ni frissons, ni sueurs, ni collapsus, ni cyanose, ni troubles cardio-vasculaires, ni troubles digestifs, ni accidents cutanés ou sensoriels, ni modifications urinaires. C'est un antithermique pur, particulièrement précieux, par conséquent, dans les cas où la fièvre est durable et doit être combattue longtemps.

Les Drs Dumarest, Quinson et Bayle ont expérimenté ce corps avec succès dans la fièvre des tuberculeux.

La dose thérapeutique qui varie de 20 centigrammes à 1 gr 50, est sans action sur les sujets sains. Administrée en une fois, chez les fébricitants, elle amène une défervescence rapide de 1° à 2° qui s'accuse immédiatement, atteint son maximum au bout de deux heures environ et reste encore sensible le lendemain matin, contrairement à ce que l'on observe avec la plupart des antipyrétiques, qui ne font que retarder l'accès sans le supprimer.

Cette dépression thermique semble liée à une action de présence, car elle s'obtient avec des doses faibles et n'est pas toujours proportionnelle à la dose. En particulier, la défervescence, une fois obtenue, peut être maintenue à l'aide de doses très faibles, continuées pendant quelques jours. Dans la

plupart des cas, l'action médicamenteuse est encore réelle le lendemain.

Son innocuité et son efficacité font donc de la cryogénine le médicament de choix de la fièvre des tuberculeux.

Le mode d'administration le plus commode est le cachet. Les doses de 20 centigrammes à 1 gram. sont généralement suffisantes ; il y a avantage à commencer par une dose plus massive, administrée en une seule fois, au début de l'ascension thermique ou un peu avant, à une ou plusieurs reprises. Il suffit ensuite de maintenir le résultat acquis à l'aide de doses décroissantes de 60 à 20 centigrammes, données tous les deux jours seulement à la même heure, aussi longtemps qu'il est nécessaire. (*Formulaire Bocquillon*).

---

Berkeley (Société médicale de Londres) fait une distinction importante dans les vomissements qui peuvent être observés chez les femmes enceintes. Les uns seraient dus à la grossesse même et seraient d'origine nerveuse ou toxique. Quant aux vomissements survenant au cours de la grossesse, l'auteur les groupe en deux catégories : les vomissements d'origine réflexe les vomissements d'origine organique. Les premiers reconnaissent pour cause les déplacements de l'utérus, en particulier les rétrodéviations. Les seconds seraient dus à des affections des organes, tels que tumeurs ovariennes ou occlusion intestinale. Il est évident que si le médecin provoque l'avortement dans ces cas-là, le résultat sera tout à fait problématique, sinon nul.

---

Dans les plaies, les brûlures, les ulcérations douloureuses de tout genre, M. Reclus emploie la pommade suivante, dont on peut, suivant les circonstances, faire modifier les substances et leurs doses :

Vaseline.....	200 gram.
Antipyrine.....	5 "
Acide borique.....	3 "
Salol.....	3 "
Iodoforme.....	1 "
Acide phénique neigeux....	1 "
Sublimé corrosif.....	10 centigram.

Dans certaines brûlures étendues, on peut dédoubler la pommade en mettant 400, 500, 600 grammes et plus de vaseliné.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

Mixture pour tampon vaginal :

Teinture d'iode.....	} aa 40 gram.
Tannin de noix de galles....	
Glycerine.....	150 "

Quantité suffisante pour imbiber un tampon d'ouate qui sera renouvelé matin et soir.

(POUCHET.)

Liquide pour injection dans les cas de métrorrhagies :

Teinture d'iode.....	15 gram.
Iodure de potassium.....	50 centigram.
Eau distillée.....	30 gram.

Il n'est pas rare de voir survenir chez les enfants nouveaux-nés des érythèmes ou mieux des dermo-épidermites. Tout d'abord limitées au siège et à la face postérieure des organes génitaux, ces manifestations cutanées, quand elles ne sont pas soignées, et surtout quand elles sont mal soignées, ne tardent pas à s'étendre à la face postérieure des cuisses et des jambes. À un degré plus avancé, la région lombaire toute entière, la région

plantaire, finissent par être envahies. La dermite peut devenir érythémato-vésiculeuse, papuleuse, ou même ulcéreuse. Il importe donc de bien savoir traiter cette lésion. M. Quillier vient de préciser les règles à suivre en pareil cas. Le traitement doit être à la fois local et général.

1. *Traitement général*.—Le véritable point de départ de la dermatose réside dans les altérations du tube digestif, que ces altérations agissent par l'intermédiaire des garde-robes souillant et irritant le siège de l'enfant ou par l'intermédiaire du système nerveux vaso-moteur. Il n'est point rare de voir des troubles digestifs, uniquement caractérisés par de simples renvois ou des vomissements se compliquer d'érythème.

C'est dire qu'il faut surveiller avec soin l'allaitement de l'enfant, bien régler les tétées au sein ou au biberon ; souvent il suffit de surveiller l'allaitement pour voir les dermites disparaître en même temps que les troubles digestifs qui les ont occasionnées.

2. *Traitement local*.—Il faut, tout d'abord, recommander les soins hygiéniques élémentaires, la propreté, l'emploi des langes de toile douce, souple, usée, et renouvelés dès qu'ils sont souillés.

Dans les formes vésiculeuses ou papuleuses, il faut veiller à ce que l'enfant ne soit pas toujours maintenu sur le dos ou sur le siège. Il est indiqué de le retourner souvent, et même de le coucher sur le ventre, dans le but d'éviter une compression trop prolongée du plan postéro-inférieur du siège.

Faut-il en outre prescrire des bains ou des pommades ?

En ce qui concerne les bains, M. Quillier répond nettement par la négative : chez les nouveau-nés atteints d'érythème du siège, léger ou accentué, papuleux ou vésiculeux, limité ou non, l'usage des bains doit être radicalement proscrit.

Beaucoup de médecins recourent aux bains tièdes deux fois

par jour, et préparés soit avec de l'eau bouillie simple, soit avec de l'eau légèrement antiseptique ; ces bains sont toujours très courts. Cette pratique semble plus nuisible qu'utile. Ce qu'il faut, c'est, chaque fois que l'enfant est souillé, le laver avec soin et douceur, en employant du coton hydrophile et de l'eau bouillie tiède ; cela fait, l'enfant est *épongé* et non *essuyé*, et, quand il est *Tout à fait sec*, on le poudre largement avec de la poudre de talc, ou de la poudre de sous-nitrate de bismuth, ou mieux encore avec le mélange suivant :

Poudre de talc.....	}	ââ 50 gr.
— de sous-nitrate de bismuth.. . . .		
Oxyde de zinc.....		25 —

Pour ce qui est de l'emploi des *pommades*, il y a lieu de distinguer.

Dans les cas bénins d'érythème simple, il est préférable de s'en abstenir, car l'onction d'une pommade, fût-elle de vaseline pure et stérilisée, peut être irritante.

Dans les formes érosives, papuleuses, M. Quillier recommande, à l'exclusion de tout autre, l'emploi du glycérolé d'amidon qui évite les frottements, empêche les surfaces irritées de macérer à nouveau dans des langes souillés, et donne des résultats excellents.

Mais ce qu'il ne faut pas oublier, quand il s'agit de traiter l'érythème du siège des nouveau-nés, c'est que le traitement prophylactique et général doit occuper le premier plan : le traitement local, très prudent, ne sera jamais qu'un adjuvant

(*Revue pratique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.*)

Le Dr Spaak emploie, depuis plusieurs mois, comme liquide hémostatique, l'eau chloroformée, qui, d'après lui, offre sur tous les liquides hémostatiques employés jusqu'ici de grands avantages.

- 1° Il agit avec une rapidité qui tient du prodige ;
- 2° Il n'a pas le moindre goût désagréable ;
- 3° Il n'exerce aucune action escharotique ;
- 4° Il est à la portée de tout le monde et se fabrique instantanément ;
- 5° Il ne coûte presque rien ;
- 6° Il n'offre aucun désagrément dans son application et ne gêne pas le chirurgien dans ses opérations.

Voici la formule de cet agent hémostatique :

Chloroforme ..... 2 gr.  
Eau distillée..... 100 gr.

(*Archives de stomatologie.*)

---

On sait qu'il est souvent très difficile d'obtenir du malade le relâchement musculaire complet, qui est nécessaire pour la recherche du réflexe rotulien. On a déjà préconisé dans ce but diverses manœuvres ; M. Félix en indique une nouvelle. Il faut, dit-il, rechercher le réflexe après avoir placé le malade dans l'attitude du sommeil, c'est-à-dire sur le flanc, le membre inférieur étant fléchi légèrement au niveau des articulations de la hanche et du genou, les yeux étant fermés. Cette position réalise un relâchement complet des extenseurs de la jambe. Cette posture du patient permet d'obtenir le réflexe rotulien dans tous les cas où il existe ; elle présente en outre l'avantage de permettre l'exploration du réflexe du tendon d'Achille.

*Wiener Klin. Woch.*

---

Sous un titre un titre un peu étrange, M. le Dr Laurent, de Bruxelles, décrit une nouvelle méthode thérapeutique qui s'adresse surtout aux méningites aiguës (*Bull. génér. de Thérap.*

On sait, dit cet auteur, que : 1° la méningite guérit quelquefois à la suite du simple traitement médical ; 2° qu'elle guérit parfois à la suite de ponctions lombaires ; 3° qu'elle guérit surtout à la suite de la trépanation. Pour renforcer l'action des ponctions lombaires, pourquoi ne pas injecter préalablement dans les veines ou sous la peau, une quantité de sérum artificiel supérieure à la quantité de liquide céphalo-rachidien à retirer ? De cette façon, on atténue considérablement les inconvénients des ponctions trop copieuses en même temps que l'on peut débarrasser les espaces sous-arachnoïdiens du pus qu'ils contiennent. Le sérum artificiel ayant à peu près la même composition que le liquide céphalo-rachidien, et s'absorbant, de plus, complètement et rapidement, se substitue au premier, à la suite de la ponction, et réalise ainsi le lavage du cerveau et de la moëlle. Toutes les formes de méningite doivent, en principe, être favorablement influencées par cette méthode, dont il est encore difficile d'apprécier la valeur.

---

ACROCÉPHALOSYNDACTYLIE.—Tel est le nom donné par M Apert à une malformation congénitale qu'il vient d'étudier (*Soc. méd. des hôpitaux*, 21 décembre 1906). Cette malformation, compatible avec une durée de vie normale, est caractérisée d'une part, par des lésions spéciales de l'extrémité céphalique, et, d'autre part, par une syndactylie des quatre extrémités. Voici la description donnée par M. Apert, d'après l'examen de neuf cas : la tête est aplatie d'avant en arrière et très développée en hauteur ; l'occiput ne fait aucune saillie ; le front est bombé sur la ligne médiane, en forme de proue de carène ou de cimier de casque ; les yeux sont saillants ; le nez est déprimé à la base ; la voûte palatine est ogivale ; le voile du palais et la luvette sont souvent bifides. Le cou, le tronc et les segments

proximaux des membres sont normaux, mais les mains forment des moignons en forme de cuiller ou de tête d'oie; les quatre derniers doigts sont fusionnés, souvent même les quatre ongles sont réunis en un ongle unique; le pouce est plus ou moins immobilisé. Aux pieds, les orteils sont en syndactylie, avec participation ou non du gros orteil. Dans plusieurs cas, on a retrouvé la syphilis chez les parents.

---

DIAGNOSTIC DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE.— Voici une question qui semble rebattue et sur laquelle M. d'Espine prouve qu'il y a encore des choses intéressantes à dire, (*Acad. de Médecine*, 29 janvier 1907). Les premiers signes de l'affection sont fournis exclusivement par l'auscultation de la voix et se perçoivent dans le voisinage immédiat de la colonne cervico-dorsale, soit dans la fosse sus-épineuse, soit encore plus bas, dans l'espace interscapulaire. Ils consistent dans un caractère particulier de la voix, que l'on peut appeler *chuchotement* dans le premier stade et *bronchophonie* aux phases ultérieures du mal. Pour déceler la bronchophonie, il faut faire prononcer aussi distinctement que possible à l'enfant le chiffre 333, et appliquer le stéthoscope à la partie postérieure du cou, au niveau des vertèbres cervicales. On constate alors que, chez l'enfant normal, la bronchophonie cesse brusquement au niveau de la 7<sup>ième</sup> vertèbre cervicale, tandis que, dans le cas d'adénopathie, il continue à être perçu dans un espace qui s'étend de la 7<sup>ième</sup> cervicale à la 5<sup>è</sup> dorsale.

Lorsque l'auscultation de la voix ne donne pas de résultat M. d'Espine conseille de faire articuler aux enfants quelques mots à voix basse: on entend alors en cas d'adénopathie, un phénomène analogue à celui que M. Baccelli appelle la pectoriloquie aphone, et que l'on peut appeler le *chuchotement*.

La bronchophonie est le signe le plus précoce et, très souvent, le seul d'adénopathie ; cependant, il s'y joint parfois de la submatité ou de la matité vraie, ces modifications du son s'observant au même niveau que la bronchophonie. La matité de la zone ganglionnaire antérieure coïncide fréquemment avec l'existence d'un lacis veineux de la région thoracique supérieure. Quant au souffle bronchique perçu le long de la colonne vertébrale, ce n'est jamais un symptôme précoce.

L'adénopathie trachéo-bronchique retentit habituellement sur l'état général des malades, qui sont pâles, anémiques, amaigris, et dont la nutrition est languissante. Ces phénomènes généraux sont surtout marqués chez les nourrissons, qui ne présentent, à l'infection tuberculense, qu'une résistance des plus insuffisantes.

P. A. GASTONGUAY

—(o)—

## **Analyse**

### TRAITEMENT DE LA FIEVRE TUBERCULEUSE

Etudiant ce sujet, dont l'importance pratique n'a pas besoin d'être signalée, M. le professeur Lemoine donne les indications suivantes, qu'il nous a paru intéressant de résumer ici.

La quinine a été préconisée contre cette fièvre, et Jaccoud s'est fait le défenseur de son emploi : il la donne à doses assez élevées, par cachets de 0 gr. 50 pris de demi-heure en demi-heure, juste avant que la fièvre monte et jusqu'au moment où

le malade en a pris 2 gr. à 2 gr, 50. De telles doses finissent par abaisser la température, mais seulement d'une façon momentanée et, même, ce n'est pas toujours qu'elles réussissent. C'est, qu'en effet, en dehors du paludisme, son action n'est pas spécifique et elle n'exerce plus qu'une influence restreinte sur le système nerveux et la circulation.

Pour ces raisons, M. Lemoine rejette complètement la quinine, du moins à forte dose dans le traitement de la fièvre tuberculeuse : si elle réussit à couper un accès un jour, elle ne l'empêche pas de revenir le lendemain, elle fatigue l'estomac et provoque parfois des vomissements : puis elle épuise le système nerveux et diminue à la longue la résistance du sujet.

On peut néanmoins avoir recours à elle pour mettre à contribution son action tonique et vaso-constrictive, mais, pour l'obtenir, il faut la donner à petites doses, de 30 à 50 centigr. au maximum par jour, et de préférence le matin, en même temps que le premier repas. Elle agit comme le quinquina pour exciter les fonctions organiques et stimuler l'appétit : elle n'a nullement la prétention de couper la fièvre, mais elle arrive à la diminuer dans une certaine mesure, grâce à l'action vaso-constrictive et, par conséquent, décongestive, qu'elle exerce sur les vaisseaux.

Si nous refusons de reconnaître à la quinine ce rôle de spécifique contre toutes les fièvres, que quelques-uns veulent lui accorder, quels médicaments lui préférerons-nous ? Sans passer en revue tous ceux qui ont été successivement proposés, indiquons ceux dont l'usage est le plus usuel et dont les résultats sont les plus appréciables.

«L'acide salicylique a joui d'une grande vogue et l'a mérité en partie : non pas qu'il réussisse toujours, mais, dans bien des cas, il paraît diminuer la fièvre en arrêtant le développement du processus inflammatoire. Agit-il comme antiseptique pour em-

pêcher les microbes de se produire? c'est bien peu probable, car s'il coupe quelquefois la fièvre, il ne paraît jamais guérir la tuberculose. Il est plus vraisemblable qu'il agit soit comme une antitoxine, soit en modifiant le terrain sur lequel les cellules luttent contre les éléments envahisseurs. Comme l'acide salicylique réussit rarement pour faire tomber la fièvre du début de la tuberculose, celle qui est liée à l'action du seul bacille de Koch, il semble vraisemblable qu'il agit surtout sur les suppurations secondaires qui contribuent, pour une si large part, à la production du type de fièvre, dont il est question en ce moment.

Quand il s'agit des premières poussées de fièvre qui marquent le passage de la période de crudité du tubercule à la période de ramollissement, la médication par l'acide salicylique est facile à faire. Comme il s'agit alors d'une fièvre régulière à maximum vespéral et à rémission matinale, c'est dans l'après-midi qu'il faut donner l'acide salicylique, un peu avant le commencement de l'ascension thermique. Une dose de 1 gr. à 1 gr. 50 suffit, mais il est bon de ne pas la donner en bloc, l'estomac pouvant se révolter, et mieux vaut la faire prendre par fractions de 0 gr. 50 centigrammes administrées d'heure en heure. D'autres fois, M. Lemoine donne un cachet d'acide salicylique à la dose de 0,75 centigr. à 1 gramme, un heure avant le début présumé de l'accès, et une deuxième dose semblable un heure ou deux heures après que la température a commencé à monter. Par cette méthode on a des chances de faire avorter l'accès, c'est-à-dire que la température, après avoir oscillé un certain temps autour de  $38^{\circ} \frac{1}{2}$ , finit par tomber sans avoir atteint son maximum habituel. Dans les cas heureux, au bout de 10 à 15 jours, l'état général devient meilleur, et la température monte de moins en moins haut. Chaque cachet médicamenteux doit être pris en même temps qu'une tasse de lait, ou

d'infusion quelconque, pour diluer le médicament et empêcher l'intolérance stomacale.

Le lait est préférable à l'infusion, car il présente l'avantage de former rapidement dans la cavité stomacale, une masse caillée, dans laquelle l'acide salicylique est pour ainsi dire, perdu et ne peut irriter l'estomac. Mais il y a aussi un inconvénient : C'est que le médicament n'étant pas en contact immédiat avec la muqueuse, est moins rapidement absorbé et agit par conséquent moins vite.

Dans la forme la moins grave de la fièvre de ramollissement, il n'y a qu'une seule ascension thermique, par jour, le plus souvent vers 5 heures du soir. La fièvre commence à monter vers 2 heures de l'après midi, bat son plein vers 5 heures et commence à baisser vers 6 ou 7 heures du soir, en provoquant une transpiration qui dure une bonne partie de la soirée ; le malade est ensuite apyrétique pendant une douzaine d'heures. Mais à côté de ce type clinique sur lequel l'acide salicylique a une assez grande action, il en est un autre plus dramatique dans ses allures, d'un pronostic plus grave et qui ne se montre guère que lorsque le ramollissement gagne une assez large portion du poulmon. C'est une fièvre continue qui présente en 24 heures deux élévations thermiques séparées l'une de l'autre par un période de calme relatif, pendant laquelle la température est simplement élevée.

Contre ce type de fièvre à double accès quotidien. M. Lemoine donne l'acide salicylique à une dose plus élevée que dans le cas précédent, sans toutefois dépasser 2 gr. 50 par jour en 2 fois. Comme le premier accès atteint généralement son maximum vers 10 h. du matin, et le second vers 5 h. du soir, il donne la première dose à 8 h. du matin, soit 1 gr. à 1 gr. 25 d'acide salicylique et la seconde dans l'après-midi, vers 4 h. Ces doses massives sont indispensables si l'on veut obtenir un

résultat. Quand on n'a pas affaire à une suppuration trop abondante, l'acide salicylique réussit quelquefois d'abord à faire diminuer l'intensité des accès, puis à les empêcher de reparaitre ensuite ; mais il ne faut pas se dissimuler que son action ne se montre réellement que lorsque l'organisme se défend bien. En général, au bout de 5 à 6 jours, il faut cesser la médication par l'acide salicylique et laisser reposer pendant un temps égal l'estomac et le système nerveux. On revient de nouveau à la même médication.

L'antipyrine joue un rôle important dans le traitement de la fièvre de ramollissement ; elle réussit à faire baisser la température, à calmer les malaises dus à l'accès, mais elle n'amène pas la guérison ; elle ne constitue qu'un palliatif qui peut entretenir les illusions du malade et de la famille, et c'est tout. Il ne faut pas oublier que très vraisemblablement l'antipyrine diminue la fièvre, en déglobulisant le sang, par conséquent en l'appauvrissant, et qu'à la longue, elle pourrait devenir nuisible. Il faut la prescrire à des doses aussi fractionnées que possible, et en cesser l'administration si l'on voit que la fièvre ne monte plus ; cela permet d'obtenir le résultat cherché avec la plus faible dose possible de médicaments. Dans ces conditions, il faut surveiller attentivement la température avant de prendre une nouvelle dose. Les fortes doses de 2 et 3 gr. par jour ne réussissent pas mieux ; elles diminuent l'accès par une chute rapide de la fièvre, mais elles amènent souvent, et beaucoup plus que les doses faibles, une forte transpiration qui mouille et fatigue le malade.

Le gaïacol a été préconisé, il y a quelques années, en applications sur la peau comme un antithermique puissant ; depuis, de nombreuses expériences ont été faites avec lui, et son action antithermique n'est pas douteuse ; il est très certainement absorbé par la peau, et, chose singulière, tandis que, absorbé

par l'intestin, il n'a qu'un très faible pouvoir antithermique, absorbé par la peau il en a un extrêmement puissant.

La gaïacol s'applique sur la peau de la façon suivante : on prend 2 grammes de gaïacol incorporé à une quantité égale de glycérine, puis avec un pinceau on en badigeonne une surface de peau d'environ 10 centimètres de côté ; on la recouvre ensuite d'un morceau de taffetas gommé recouvert lui-même d'un peu de ouate et d'une bande, de façon à séparer la zone de peau gaïacolée aussi complètement que possible de l'air libre. Dans ces conditions, le gaïacol s'absorbe très vite et, une ou deux heures après, l'abaissement thermique commence à se produire.

On se rappellera que le gaïacol est un médicament très énergique et qui doit être mis en réserve pour les cas sérieux où les malaises causés par l'hyperthermie sont fort pénibles et où les autres médications ne réussissent pas à faire tomber la température. Quand on l'emploie, il faut toujours commencer par une dose faible : 1 gr. par exemple de façon à tâter la susceptibilité du sujet, car sans cela on pourrait s'exposer à des accidents. Ce n'est que plus tard, et si cela devient nécessaire, que la dose sera portée à 1 gr.  $\frac{1}{2}$  et à 2 gr. Le gaïacol a l'avantage de couper l'accès fébrile presque à coup sûr, mais il a le grand inconvénient d'amener des sueurs froides, abondantes, profuses, qui glacent et affaiblissent le malade et sont tellement pénibles que, dans bien des cas, les malades préfèrent avoir leur accès que d'être exposés à la transpiration que donne le gaïacol.

Lorsque la fièvre tuberculeuse de ramollissement s'accompagne de phénomènes congestifs étendus et profonds pouvant faire redouter une hémoptysie, le meilleur moyen de l'enrayer et d'amender les phénomènes congestifs consiste dans l'emploi de tartre stibié, à la dose faible de 0 gr. 05 par jour, incorporé dans un julep gommeux comme il suit :

Tartre stibié..... 0 gr. 05

Julep gommeux..... 100 gr.

On en donne une cuillerée à soupe toutes les deux heures, et, dans les intervalles, on donne un peu de lait au malade pour l'alimenter. En espaçant ainsi les cuillerées à soupe, on provoque bien quelques nausées, mais on évite les vomissements et, presvu à coup sûr, on diminue l'inflammation, cause principale ou accessoire, mais toujours importante de la fièvre.

Le traitement pharmaceutique de la fièvre tuberculeuse n'est certainement pas celui qui est le plus actif, et il y a grand avantage à se servir toutes les fois qu'on le peut du traitement simplement hygiénique : aération continue, hygiène de la peau, frictions excitantes à l'alcool et à l'essence de thérébenthine, bains tièdes, douches tièdes et même, chez certains malades, douches froides en jet brisé très courtes. Ces douches, dont on a généralement une grande appréhension, sont souvent bien efficaces et réussissent à briser la fièvre là où les médications internes échouent.

Telles sont les méthodes thérapeutiques que l'on peut recommander contre la fièvre de la période de ramollissement ; si elles sont nombreuses, c'est qu'il n'en est aucune parmi elles qui soit particulièrement efficace : chacune trouve son indication dans un cas particulier ; c'est au médecin à chercher, parmi elles, la meilleure façon de soulager son malade.

*(Nord Médical).*

P. A. G.