

PAGE

MANQUANTE

Technique des opérations sur le rein

Par M. le Dr F. Cathelin

Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine.

La technique des opérations lombaires (1) pratiquées sur le rein comprend un temps commun, qui est la voie d'abord et une technique particulière suivant telle ou telle opération. Nous les étudierons donc successivement.

I.—VOIE D'ABORD.

La voie d'abord des opérations portant sur le rein est presque exclusivement lombaire, les quelques rares cas de néphrectomie transpéritonéale ou parapéritonéale pour cancer, pouvant être fait avec peut-être plus de facilité par la voie postérieure qui est pour cela la seule que nous étudierons ici.

Instrumentation.—Elle est extrêmement simple: un bistouri, deux pinces de Kocher, une paire de ciseaux suffisent. Joignons ici une demi douzaine de Kocher longue et une néphrectomie ordinaire pourra être tentée sans danger.

Position.—Le malade sera placé sur le côté opposé, jambe de ce côté pliée, l'autre allongée, sous le flanc reposant sur la table est glissé un coussin rond de 10 centimètres de diamètre environ et le bras du côté malade est maintenu éloigné du thorax par un aide, pour faciliter la respiration.

Incision.—Toutes les variétés ont été proposées, depuis l'incision transversale, sous-costale, jusqu'à la verticale, surcraie, en passant par l'oblique. La meilleure est une association des deux; l'incision dite de Guyon, recto-courviligne allant du sommet de l'angle costo-vertébral, verticale d'abord, on rapporte avec le bord externe de la masse sacro-lombaire pour s'incurver en béniqué et venir passer à un centimètre de l'épine iliaque antéro-supérieure, pour mourir plus ou moins loin au niveau de la paroi abdominale antérieure, pouvant être ainsi prolongée, suivant le cas.

Superposition des plans.—Après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané avec l'aponévrose superficielle, le chirurgien trouve d'abord un premier plan formé du grand dorsal en haut et du grand oblique en bas séparé par un hiatus, puis un second plan musculaire formé du petit dentelé en haut et du petit oblique en bas, perforé du

nerf grand abdomino-génital qu'on ménagera autant que possible. C'est entre ces quatre muscles, que se trouve une dépression caractéristique, vide de toute fibre musculaire, le triangle de Z synfelt, limité en bas par la masse sacro-lombaire et qu'on perçoit sur le sujet maigre avant même l'incision cutanée.

Il est même possible dans certains cas d'aborder le rein par cette voie; c'est ce que j'ai appelé autrefois: la néphrectomie sans couper de muscles. Au-dessus, se trouvent les fibres nacrées et brillantes de l'aponévrose du transverse avec en haut les fibres transversales du ligament transverso ou lombo-costal de Henle, qu'on sectionne jusqu'à la cote, en refoulant la plèvre et pour se donner ainsi plus de jour.

A ce moment, la technique diffère avec l'opération qu'on se propose d'exécuter.

II.—TECHNIQUE SPECIALE A CHAQUE CAS.

10. Néphrostomie dans un rein normal d'aspect (calcul aseptique).

Une fois l'incision des différents plans effectuée, on tombe sur la capsule adipeuse du rein en arrière (fascia de Toldt), à laquelle un léger coup de ciseaux déterminera une petite fenêtre que le doigt agrandira aussitôt et le rein apparaîtra couché au fond de sa loge. Pour l'amener, on le décorbique complètement dans la profondeur, en s'aidant des deux index qui glisseront sur le rein, tout en le protégeant, pendant qu'un aide tient avec deux pinces la capsule éversée, en suivant successivement les faces antérieure et postérieure, puis les pôles, inférieur et supérieur; ce dernier pour la fin, à cause des adhérences plus fortes et plus dangereuses, et aussi à cause d'une artère intraparenchymateuse existant souvent à ce niveau et qu'il importe de bien voir, pour la couper entre deux ligatures.

Cela fait, on essaie la sortie du rein de sa loge ou subluxation de l'organe sur les côtés, en prenant le rein tout entier dans la main, ce qui est plus ou moins difficile suivant le cas de pédicule-long ou court.

Une fois le rein sorti, on le fait reposer sur des compresses placées aux points cardinaux de la plaie et l'exploration commence. On pourra suivant le cas, le fendre sur son bord convexe (incision unique) ou au niveau de ses deux pôles (incision bipolaire) pour explorer l'un ou l'autre des calices. Suivant les cas, on fermera complètement le rein ou on le fermera avec drainage, ou enfin on le fixera à la paroi. On se servira alors de catgut No 4 qu'on passera avec une aiguille de Hagedorn courbe ou une aiguille de Reverdin à un bon centimètre de la section et on nouera à trois noeuds dans les deux premiers cas, lentement et très prudemment, pour éviter la section du parenchyme, qui dans certains cas, surtout ceux où il y a eu effraction de la capsule, se produit assez facilement. Dans l'autre cas, le fil de catgut est passé en U toujours à un bon centimètre de la section et noué en dehors par double ou triple noeud

(1) Nous laissons de côté dans cet article les opérations dites plastiques ou conservatrices que nous étudierons dans un autre article.

de sorte que le nœud pariétal sera serré sur celui-là. La fixation à la paroi se fait de moins en moins. (1)

20. Néphrostomie dans les grosses pyonéphroses, inflammations simples ou tuberculeuses.

Une fois l'incision de la paroi effectuée, il n'y a plus ici à tenir compte de la capsule graisseuse, qui s'est lentement sclérosée, et qui ne fait plus qu'une avec la capsule fibreuse et le rein. On tombe alors sur une épaisse couche de tissu lardacé qui crie sous le scalpel et qu'on incise directement et largement jusqu'au rein d'où sort un flot de pus. L'essentiel ici est au contraire de décortiquer le moins possible pour diminuer le plus possible les surfaces d'absorption. J'ai même fait construire autrefois par Collin un trocart mou, gros et très long, permettant la ponction profonde, qui évitera ainsi de souiller le moins possible la plaie. De l'index, protégé d'un gant, le chirurgien détruit alors toutes les cloisons et travées intérieures, convertit cette éponge rénale, en une noix de coco et draine largement, en n'oubliant pas de retourner ses drains par des épingles de nourrice ou des crins cutanés.

30. Néphrolithotomie (pour calculose rénale)

La technique est la même que pour la néphrostomie avec quelques points particuliers.

D'abord il peut y avoir des adhérences cellulo-fibreuses qui encastrent le rein dans la profondeur et rendent dangereuses toutes tractions trop énergiques; il faut alors inciser le rein dans la profondeur et pour éviter une hémorragie trop forte, l'aide qui ne peut comprimer aisément le pédicule entre ses doigts, comprimera celui-ci du bout de tous les doigts contre la fosse iliaque, sur le muscle iliaque lui-même, la main étant bien perpendiculaire à l'os iliaque.

Quand, au contraire, le rein vient facilement, la compression est faite soit entre les doigts de l'aide, ce qui est fatiguant, soit entre les mors de ma pince spéciale, compresseur digital à mors élastiques.

Les calculs seront extraits avec la pince-tenette-courbe de Guyon, dont on se servait déjà du temps d'Ambréose Paré, une fois que le doigt intra-rénal se sera orienté et aura apprécié l'aspect et le siège intra-rénal ou intrapyélique du calcul.

40. Pyélotomie postérieure (calcul du bassinnet).

Cette opération, qui autant qu'historique est antérieure à la néphrolithotomie pour l'extraction des calculs du bassinnet avait été à peu près complètement abandonnée. Mais après cette longue éclipse, elle tendrait aujourd'hui à sup-

(1) La technique est la même dans la néphrostomie pour kyste hydatique du rein. Une fois l'incision faite au parenchyme, et une fois la solution formolée injectée dans le kyste d'après la méthode de Devé, le kyste est enlevé comme un vulgaire kyste de l'ovaire, aussi simplement, et la tranche rénale suturée au dessus, et en dessous un gros tube de drainage.

planter dans beaucoup de cas son ancienne rivale, et nous avons été un des premiers à préconiser cette rénovation. On conçoit que pour être réalisable, l'extériorisation du rein soit nécessaire, et on la fera de préférence sur la face antérieure du bassinnet, moins richement veinosée que la face postérieure, où se trouve l'abondant plexus de Bourguery et Jacob. L'incision sera de un centimètre, faite sur le calcul lui-même qui sera facilement amené avec une pince de Péan.

Point n'est besoin de saturer, un tamponnement léger suffit, tout comme dans la chirurgie du cholédoque, à condition que la voie urétérale soit libre, comme une division antérieure des urines faite avec mon appareil aura pu le montrer. Dans le cas contraire, il y aurait une fistule lombaire.

50. Néphrectomie.

On conçoit qu'elle diffère avec la lésion en cause, et il importe de donner ici les principales techniques avec leur différence suivant les cas.

1) Néphrectomie pour tuberculose. — C'est la plus simple et la plus rapide de toutes. Le rein se décortique comme nous l'avons indiqué plus haut à la néphrostomie et il est rare que des adhérences créent une difficulté sérieuse. Les deux côtés intéressants de la question sont dans la conduite à tenir vis-à-vis de l'urètre et du pédicule.

Pour l'urètre, l'indication est de le suivre, le plus loin possible, car il y a toujours urétrite dans les pyélites tuberculeuses. Il faut dire que ce ne peut être là qu'une demi-mesure, car il faudrait l'enlever tout à fait, en entier, jusqu'à la veine, ce qui est pratiquement peu aisé. L'indication est donc de s'attaquer à l'urètre avant le pédicule, de façon à le relever ensuite en haut et en dehors, pour l'éloigner du pédicule. De bonnes ligatures ne doivent en effet jamais prendre l'urètre ou une portion du bassinnet, car on s'exposerait à des fistules interminables. Cet urètre sera coupé au thermo entre deux pinces, puis lié du côté vésical à la fin de l'opération avec un catgut No 2.

Pour le pédicule, le mieux est de faire ici comme toujours ce que j'ai appelé la forcipressure séparée consistant à décortiquer le hile de sa graisse ambiante, de façon à bien voir tous ses vaisseaux, comme autant de tiges, artérielles et veineuses. Cela fait on pince chacun d'eux, le plus près possible du rein que l'on enlève au thermo en deça des 4 ou 5 pinces; on évite ainsi les moindres chances d'infection et le pédicule n'est pas pris en bloc, comme l'étaient autrefois ces gros moignons annexiels, douloureux par la suite.

Chacun des vaisseaux pincés reçoit un catgut No 2 à sa base, puis le pédicule est pris en-dessous en bloc, sous une ligature totale ou par transfixion avec nœud de Lawson-Tait, sans qu'on craigne ici de perforer un vaisseau comme cela arrive quand on le fait à l'aveugle, même avec l'aiguille mousse et courbe de Deschamps.

Un drain pédiculaire et un gros drain urétéral sans mèche terminent l'opération.

2) Néphrectomie pour cancer. — Elle est différente par plusieurs caractères; d'abord, étant donné l'abondance et l'importance des veines capsulaires, qui déterminent une hémorragie en nappe sérieuse, l'essentiel est donc de pro-

céder à une énucléation rapide et à assécher le tout avec de très larges compresses, puis d'avoir une bonne valve à vagin plate, dont l'aide se servira pour maintenir béante la plaie.

Le pédicule se fera de la même façon à trois étages : noeud de Lawson-Tait, transfixion, noeud total à un centimètre au-dessous et ligature séparée de chacun des vaisseaux, le tout au catgut No 1 et 2 pour les dernières.

3) Néphrectomie pour hydronéphrose. — a) *Hydronéphrose simple*. — Dans les cas d'hydronéphrose moyenne, il est possible de décortiquer la poche très facilement et d'enlever le tout en vase clos. Nous retombons dans la technique générale d'une néphrectomie ordinaire.

Au contraire, dans le cas de poche énorme de plusieurs lobes, l'indication est de ponctionner d'abord avec le gros trocart à kyste de Péan, de fermer la brèche avec une pince à cadre, puis de décortiquer toute cette poche avec le doigt recouvert d'une compresse et tout comme on le ferait pour une vaginale ou pour un sac de hernie. Cette dissociation peut se faire très rapidement, en quelques secondes. Il ne reste plus qu'à confectionner le pédicule par la technique habituelle.

b) *Hydronéphrose calculeuse*. — La néphrectomie peut se faire avant l'ouverture du rein, si l'on est sûr de la nullité physiologique de son parenchyme, ou après si l'on juge qu'il est inutile de conserver un moignon rénal sans valeur fonctionnelle, avec la crainte d'une fistule intarissable.

Dans ces cas, la technique ne diffère pas sensiblement des techniques énoncées plus haut avec cette différence qu'il peut y avoir ici des adhérences hilaires importantes, nécessitant une pédiculisation en masse, ancienne manière.

60. Pyonéphrose et abcès chaud du rein.

Nous gardons cette forme pour la fin, car c'est la plus délicate et celle qui expose le plus aux dangers. L'inflammation récente ou ancienne a déterminé une périnéphrite adhésive plus ou moins intense, de sorte que l'absence d'un bon plan de clivage anatomique pardonne tous les dérapages et toutes les erreurs. C'est là où on peut blesser le péritoine, la plèvre ou ce qui peut être plus grave, la veine cave inférieure, dans le cas de lésion droite. J'ai étudié autrefois d'une façon complète ces blessures de la veine cave, avec les observations et la thérapeutique employée dans chaque cas.

Il n'y a pas là de règles fixes à donner et c'est dans ces cas où le sang-froid et l'ingéniosité du chirurgien peuvent se donner libre carrière.

Remarque. — Il peut même arriver des cas, et en particulier dans les néphrectomies dites secondaires qu'on pourrait encore appeler néphrectomies tardives où la pédiculisation est presque impossible et où l'on est alors obligé de laisser à demeure des pinces courbes, comme cela a lieu dans les hystérectomies vaginales. Il faut les serrer à fond jusqu'au dernier cran et ne les enlever qu'au bout de 3 jours; 48 heures sont le plus souvent insuffisantes.

Dans le cas de néphrectomie tardive, faite de propos délibéré, comme on ne peut trouver aucun plan anatomique

permettant un clivage, l'indication est d'aller jusqu'au parenchyme rénal ou au peu qu'il reste, ce qu'on reconnaît aisément à sa couleur d'abord et ensuite à son saignement, puis de décoller cette capsule fibreuse, comme on le fait de la capsule adipeuse à l'état normal. Cette véritable énucléation capsulaire du rein est en général très facile, mais les difficultés commencent dans la région du hile où le fil conducteur est perdu.

On peut alors ou bien laisser là une ou deux pinces à demeure ou bien chercher hors de la zone scléreuse par une brèche faite en un endroit de la région du hile qu'on décortiquera comme nous l'avons vu au début, pour pincer et couper un pédicule à peu près sain. Il s'agit là d'une technique un peu osée, rarement réalisable et dangereuse.

Suture générale.

Quelque soit le genre d'intervention, la suture des parois reste toujours à peu près la même, en dehors du drainage par les mèches et les drains.

Il est inutile de repérer le transverse séparément. Je conseille ici la suture musculo-aponévrotique en masse, avec quelquefois quelques points de renfort, le tout au catgut No 2 sur l'aponévrose superficielle, puis la suture de la peau aux crins de Florence.

Je n'ai jamais eu d'éventration par ce procédé, d'ailleurs infiniment plus rare, comme on le conçoit que les éventrations post-opératoires de la ligne blanche.

En résumé, on pourra se rendre compte de la multiplicité des techniques d'opérations rénales variant avec les diverses affections, on peut voir que la néphrectomie diffère tout au moins en ses temps spéciaux, avec la maladie en cause, et que cette variété opératoire présente infiniment plus de charme pour le chirurgien que la fierté de technique des hystérectomies pour fibrome ou des cures radicales de hernie.

Notes sur l'existence de glandes vasculaires sanguines non décrites juxtathymiques

M. Léon Tixier et Mlle Feldzer ont trouvé, chez une quinzaine d'enfants, de petites glandes juxta-thymiques se différenciant par leur structure du thymus, des parathyroïdes et des ganglions. La charpente de l'organe est formée par un lacis de vaisseaux sanguins et lymphatiques : à la paroi mince des vaisseaux se raccorde un réticulum délicat, dans les mailles duquel sont disposées des cellules lymphatiques ordinaires et des cellules très particulières qui paraissent l'élément caractéristique de cette formation. Ces cellules ont un noyau arrondi et un protoplasma qui retient intensément les colorants basiques.

L'existence de ces glandes est intéressante, car il n'est pas impossible qu'elles fassent du système thymique un système glandulaire superposable au système thyroïdien.

Pathogénie et traitement de la phosphaturie ammoniaco-magnésienne

Par le Dr J.-C. Bourgoïn

Médecin de l'Hôpital Ste-Justine.

Il y a quelques mois, monsieur P... vint me consulter pour des troubles urinaires. Depuis longtemps, il a de fréquentes envies d'uriner. Les mictions sont abondantes et douloureuses, laissant après elles un chauffage qui persiste durant quelques minutes.

L'histoire de sa famille est excellente. On n'y relève ni syphilis ni tuberculose. Lui-même n'a eu aucune maladie vénérienne.

Il est âgé de 53 ans et célibataire. Depuis nombre d'années il mène une vie très régulière, même un peu sédentaire. Aucune maladie grave à noter dans son passé.

Questionné au point de vue rénal, le patient n'accuse aucun trouble qui puisse faire penser à une tuberculose ou une lithiase du rein.

Son système digestif, par contre, est très délabré. L'appétit est nul, la digestion pénible et lente. Le malade éprouve de la somnolence après les repas: très souvent, de la céphalée et des vertiges. Enfin les intestins sont très paresseux, les évacuations ne survenant que tous les 8 ou 10 jours, après une purgation saline. L'état général est plutôt mauvais, le moindre travail épuise rapidement le malade.

L'examen des organes ne donne rien de particulier.

L'analyse des urines s'imposait tout d'abord; en voici le détail:

Couleur, jaune pâle.
Odeur, ammoniacale.
Aspect, trouble.
Dépôt, abondant, blanc.
Consistance, épais, visqueux.
Réaction, fortement alcaline.
Densité, 1028.
Albumine, traces marquées.
Sucre, non.
Urobiline, non.
Pigment biliaires, non.

Le microscope montre que le dépôt est uniquement composé de phosphates-ammoniaco-magnésiens et de granulations amorphes.

Les urines étaient donc manifestement pathologiques.

Avant d'en attribuer la cause à une infection locale, je m'attaquai tout d'abord, aux troubles dyspeptiques, croyant trouver dans le mauvais fonctionnement de l'intestin la raison d'une désassimilation abondante et défectueuse.

Je recommandai au patient de boire beaucoup, je lui fis suivre un régime végétarien, lui faisant prendre en plus une à deux cuillerées à soupe de graines de lin après les repas. Les intestins reprirent peu à peu leur fonction quotidienne. Les forces du malade se relèverent en même temps que la digestion devenait plus facile.

De notables changements s'opéraient également du côté des urines. Les mictions étaient beaucoup moins fréquentes, moins abondantes et complètement indolores.

La réforme du régime alimentaire en améliorant l'état des voies digestives, avait donc suffi à corriger du même coup, des troubles urinaires, qui paraissaient, au premier abord complètement étrangers au mauvais fonctionnement de l'intestin.

J'ai fait récemment une nouvelle analyse des urines. Elles sont absolument normales.

Couleur, jaune citrin.

Odeur, sui generis.

Aspect, absolument transparent.

Dépôt, nul.

Consistance, limpide.

Réaction, acide.

Densité, 1020.

Ni albumine, ni sucre.

En consultant les auteurs, nous voyons que la phosphaturie ammoniaco-magnésienne est assez fréquente. Il suffit d'ailleurs d'avoir travaillé quelque temps dans un laboratoire d'analyse pour l'avoir constaté bien des fois.

Cette phosphaturie tient à deux causes qu'il importe de connaître, car le traitement diffère dans les deux cas.

Dans le premier cas, à la suite d'infection locale, les ferments de l'urée déterminent la formation de carbonate d'ammoniaque qui rend l'urine alcaline. Ce changement de réaction produit la précipitation des phosphates terreux de chaux et de magnésie qui s'unissent alors à l'ammoniaque pour former des phosphates ammoniaco-magnésiens, longs cristaux prismatiques qu'on a comparés aux pierres tombales.

Ces cristaux sont toujours accompagnés de granulations amorphes de carbonate de chaux ou d'urate d'ammoniaque.

L'odeur est fétide, le dépôt blanchâtre, épais et visqueux. On trouve aussi des débris cellulaires de toute sorte.

Dans cette première variété, il n'y a pas à proprement parler de phosphaturie, car la quantité des phosphates n'est pas augmentée, mais il y a plutôt précipitation et cristallisation de ces sels solubles dans l'urine normale.

Cette phosphaturie relève de la chirurgie et est justiciable de lavages vésicaux.

La seconde variété se rencontre dans une urine parfaitement aseptique et relève par conséquent d'une tout autre pathogénie nécessitant un traitement différent. Elle provient d'un mauvais état de la nutrition, et est due ordinairement à une désassimilation trop abondante. Cette désassimilation défectueuse se rencontre dans les maladies de la nutrition: l'ostéomalacie, le rachitisme, le diabète, etc., ou encore dans les dyspepsies chroniques avec constipation.

Dans ces cas-là, les phosphates urinaires sont réellement augmentés.

Le dépôt a la même composition que dans la première variété.

Sous un régime trop exclusivement végétal ou après absorption de boissons alcalines l'urine peut devenir alcaline et l'on voit les phosphates se précipiter. Il suffit alors de modifier le régime alimentaire pour que tout rentre dans l'ordre.

Pour ce qui regarde la phosphaturie d'origine nutritive et dyspeptique, le traitement n'est pas toujours aussi simple surtout dans les maladies réputées incurables comme l'ostéomalacie, le diabète, etc. Il faut dans ces cas tonifier les malades, leur faire absorber des phosphates pour suppléer aux pertes en même temps qu'on surveille le bon fonctionnement de l'intestin. Si les fonctions digestives se font bien, la nutrition, qui en dépend, sera bonne et il y aura équilibre plus parfait entre l'assimilation et la désassimilation.

Il existe bien encore une phosphaturie chez certains sujets nerveux, au moindre surmenage. Ces malades peuvent être assimilés aux glycosuriques. Mais le traitement diffère essentiellement. Tandis qu'on supprime aux glycosuriques les matières sucrées, il faut au contraire, donner aux phosphaturiques des toniques à base de phos-

la main et du pied déterminant une impotence du membre qui ne dure guère que vingt-quatre ou quarante-huit heures. Ce signe, fréquent chez les tabétiques, a été décrit par Charcot sous le nom de dérochement des jambes.

Au pied gauche existe un pied bot tabétique, déformation particulière produite par une augmentation considérable du volume du pied.

Cette localisation de l'arthropathie tabétique, pour être assez fréquente, est souvent méconnue des médecins. A ce propos, M. Raymond cite le fait suivant :

Un malade de trente-quatre ans présentait une déformation considérable de la hanche et de toute la partie supérieure de la cuisse droite. Le médecin traitant, craignant une affection maligne, préconisait une désarticulation de la hanche.

Un examen attentif décèle l'absence de réflexe rotulien et des troubles oculaires tabétiques. Peu après, la hanche gauche se prit dans les mêmes conditions. La radiographie permit de se rendre compte qu'on était en présence d'une arthropathie tabétique coxofémorale avec atrophie osseuse et délabrement du rebord cotyloïdien.

On voit donc toute l'importance d'un diagnostic précis, qui permettra toujours d'instituer un traitement curatif et d'éviter une intervention chirurgicale pour une affection depuis longtemps décrite par Charcot.

Hospice Broca-Pascal. --- M. Brocq

TRAITEMENT DE L'ANTHRAX.—SEBORRHEE PÉRIANALE. — SEBORRHEE SECHE DU CUIR CHEVELU.

La levure de bière fraîche longtemps considérée comme le traitement le meilleur de l'anthrax, est loin d'être d'une utilisation facile et ne réussit pas toujours. D'autres médications sont à employer : le sulfure de lithium donne des résultats, mais on peut employer d'autres préparations soufrées :

Soufre lavé, 20 centigr.

Bicarbonate de soude, 30 centigr.

• Cascara, 25 centigr.

Pour un cachet.

La poudre de cascara ne sera utilisée dans cette formule que lorsqu'il sera nécessaire d'employer un laxatif. On la préférera à la magnésie qui, mêlée avec le soufre, constitue souvent de véritables blocs d'une expulsion difficile.

Le traitement général sera complété par un traitement local approprié : lavages au savon pour désinfecter la peau, sur le cou surtout, et badigeonnage avec de l'alcool camphré.

Quand l'anthrax est tendu et douloureux, on calmera la douleur par des pulvérisations ou des applications de cataplasmes de fécule faits avec de l'eau bouillie. Pour que le cataplasme n'adhère pas à la peau, ou qu'en séchant il ne produise pas d'excoriations, causées d'inoculations consécutives, on mettra une couche épaisse de pommade adhérente sur la peau.

Les cataplasmes peuvent être remplacés par des enveloppements humides non recouverts d'une enveloppe imperméable.

Clinique des Hôpitaux

Hospice de la Salpêtrière. --- M. le Dr Raymond

MAL PERFORANT ET TABES.

La présence d'un mal perforant doit toujours faire penser à la possibilité du tabès; aussi ne doit-on pas négliger de rechercher les signes de cette dernière affection. Un homme se présentait à la consultation pour un durillon forcé que de multiples traitements avaient été impuissants à guérir. Ce durillon forcé n'était autre qu'un mal perforant: ulcération profonde, suppurante, infectée et entourée d'une zone anesthésique bien marquée. Fréquente chez les artério-scléreux, cette affection se rencontre 95 fois sur 100 environ chez les tabétiques; c'était le cas ici.

Le malade a eu depuis deux ans des douleurs dans les membres inférieurs, puis des douleurs en ceinture, ainsi que de l'incontinence d'urine. Jusqu'à présent, il n'a pas présenté d'incoordination motrice, cependant les réflexes sont abolis et le signe d'Argyl est manifeste; pas de diplopie.

On trouve aussi des troubles de la sensibilité, de l'anesthésie de la trachée, du testicule, une bande anesthésique au niveau des seins, autant de symptômes permettant de faire un diagnostic ferme. Ce malade est en outre un syphilitique, et c'est trois ans après l'accident initial que les premiers phénomènes se sont manifestés.

En outre des phénomènes dont nous venons de parler, le malade présente de temps à autre, une sorte de chute de

Traitement de la Coqueluche

Par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de Morphine

Par M. Murfan

Pendant le dernier trimestre de 1908, j'ai traité un certain nombre d'enfants atteints de coqueluche par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, ainsi que l'ont proposé MM. Triboulet et Boyé.

Pour apprécier la valeur de cette médication, je ne l'ai appliquée qu'à certains malades; j'ai éliminé ceux qui avaient une coqueluche trop ancienne (quintes datant de plus d'un mois) ou trop bénignes (quintes rares et faibles); j'ai choisi ceux qui avaient une coqueluche intense et assez récente. La médication a été employée chez 18 enfants; mais il en est quatre dont l'observation est inutilisable, le traitement ayant été trop court ou trop irrégulier, en raison d'une rougeole intercurrente ou du retrait de l'enfant par les parents. Restent 14 cas dont l'histoire a été recueillie avec soin par M. I. Méricand, externe du service, et qui nous ont permis de porter un jugement sur la médication.

La technique que nous avons suivie est à peu près celle de M. Triboulet. Nous faisons une injection quotidienne pendant trois jours de suite; puis la médication était suspendue pendant trois jours; nouvelle série d'injections quotidiennes pendant trois jours; repos de trois jours; et ainsi de suite. La première injection était en général de 1-4 de centigramme de chlorhydrate de morphine; les suivantes étaient, suivant l'âge et l'effet obtenu, de 1-3, de 1-2, de 3-4 de centigramme; rarement, et seulement chez des enfants de 7 ans ou plus, nous sommes allés jusqu'à 1 centigramme. A la seconde série d'injections, nous employons soit les mêmes doses, soit des doses plus fortes, suivant l'âge et l'effet obtenu, sans jamais dépasser un centigramme. Cette technique pourrait d'ailleurs être modifiée suivant les formes que l'on a à traiter.

Nous avons observé les résultats suivants:

1o *Tolérance et contre-indications.* — Tout d'abord, nous avons été frappés de la tolérance des enfants pour la morphine; en général, ils continuaient à jouer et ne présentaient pas de somnolence; ils n'avaient pas de myosis; en un mot, ils n'offraient aucun symptôme d'intoxication. Je n'ai vu qu'une exception à cette règle: il s'agissait d'une fillette de 15 mois, atteinte de broncho-pneumonie grave et dont les urines renfermaient un gramme d'albumine; elle a présenté une somnolence telle que, après deux injections faites à un jour d'intervalle, nous avons suspendu la médication: elle a succombé 10 jours après la dernière injection en sorte qu'on ne peut admettre une action défavorable de la morphine sur la marche de la maladie. J'attribue son intolérance à sa lésion rénale, et non à la broncho-pneumonie, car nous avons traité d'autres malades atteints de

broncho-pneumonie, mais sans albuminurie, et nous n'avons observé aucun effet fâcheux de la médication. Donc, l'albuminurie nous semble une contre-indication, mais non la broncho-pneumonie.

Le très jeune âge n'est pas non plus une contre-indication; nous avons traité par la morphine un enfant de 8 mois; il a très bien supporté la médication, qui a été très efficace; mais chez lui, nous n'avons pas dépassé la dose de 1-4 de centigramme.

2o *Action sur les quintes de toux.*—Sauf un seul malade atteint de broncho-pneumonie, tous les autres ont présenté, sous l'influence de la morphine, une diminution du nombre et de l'intensité des quintes. Cette action a été peu marquée dans trois cas et très nette dans les 10 autres. A la première série d'injections, c'est l'intensité de la toux qui diminue d'abord; les accès sont plus courts et le nombre des reprises inspiratoires devient notablement plus faible; ce résultat reste acquis pendant la période de repos; il s'accroît à la seconde série, et c'est pendant celle-ci que le nombre des quintes diminue d'une façon appréciable. Ces effets sont plus ou moins accusés suivant les cas; ils peuvent aussi subir quelques variations: ainsi, il arrive parfois que dès la première série d'injections, il y a, en même temps, diminution du nombre et diminution de l'intensité des quintes. Mais la réalité de ces effets ne laisse pas de doute dans l'esprit de l'observateur. Il nous a semblé que les cas dans lesquels ils étaient le moins marqués étaient ceux dans lesquels la coqueluche se compliquait de broncho-pneumonie.

3o *Action sur quelques symptômes.* — Sous l'influence de la médication, l'état général nous a paru s'améliorer; les enfants étaient plus gais et jouaient plus volontiers.

Mais, surtout, l'appétit est revenu d'une façon surprenante; des malades qui, avant la médication, se refusaient à manger, prenaient ensuite leur repas avec plaisir.

Étant donné l'action émétisante de la morphine, on pouvait craindre que les vomissements ne fussent plus accusés; il n'en a rien été; au contraire, ils ont presque toujours diminué ou même ont été supprimés.

Dans les coqueluches graves, il y a presque toujours de la polypnée (même sans complication de broncho-pneumonie) et de la tachycardie; dans presque tous nos cas, ces symptômes ont diminué sous l'influence de la morphine. Ceci prouve que, administré comme il l'a été, ce remède n'a aucune action défavorable sur le cœur et sur le système nerveux.

4o *Action de la durée de la coqueluche.* — L'action de la médication morphinique sur la durée de la maladie est difficile à apprécier. S'il est vrai, comme M. Triboulet l'a fait remarquer, que cette durée est en général beaucoup plus longue que ne le disent les auteurs classiques, il est vrai aussi qu'elle est très variable et que, chez certains sujets, elle est assez courte.

En tout cas, après avoir fait remarquer que nous avons cessé la médication morphinique lorsque nous avons obtenu une sédation persistante, je vais dire ce que nous avons observé.

Dans les quatre cas les plus anciens, lorsque la médi-

cation a été commencée, les quintes violentes et nombreuses duraient depuis plus de 20 jours; et trois fois, nous avons cessé les injections après deux séries de trois jours (soit après six injections et 10 jours après le début de la médication), parce qu'il n'y avait plus que 2 ou 3 quintes par jour et sans reprise inspiratoire: une fois, chez un enfant atteint de broncho-pneumonie, nous avons suspendu les injections après trois séries de 3 jours chacune, parce que atteint de broncho-pneumonie, nous avons suspendu les injections ne s'est amendée par la suite que très lentement.

Pour les malades dont les quintes caractéristiques durent de moins de 20 jours et qui étaient au nombre de 10, nous pouvons les classer comme il suit:

Trois sortent après trois séries d'injections, un peu améliorés, mais ayant encore des quintes avec reprises.

Sept sortent de l'hôpital n'ayant que deux ou trois quintes par jour et sans reprises; parmi eux, 3 ont reçu trois séries d'injections, c'est-à-dire que la sédation a été obtenue 15 jours après le début du traitement; 3 dans deux séries, c'est-à-dire après 10 jours de traitement; 1 après une série, c'est-à-dire après 3 jours de traitement.

La période des quintes caractéristiques durant au moins un mois et étant, en moyenne, de six semaines, je suis donc porté à croire que la médication morphinique peut, en certains cas, raccourcir la durée de cette période.

En résumé, le traitement de la coqueluche par les injections de morphine est généralement très bien toléré; il peut être employé même en cas de broncho-pneumonie; mais l'albuminurie constitue une contre-indication. Le plus souvent, cette médication détermine une diminution notable de l'intensité et du nombre des quintes de toux (10 fois sur 14 cas, au moins); dans les cas sensibles à la médication, on obtient une sédation définitive après 10 ou 15 jours; il semble donc bien que la morphine est capable de raccourcir la durée de la maladie.

D'après ce que j'ai observé, la médication par la morphine donne des résultats analogues à ceux de la médication par le bromoforme, quand on sait administrer ce remède à doses suffisantes, à doses progressivement croissantes, ainsi que je l'ai indiqué autrefois. Il est assez remarquable de voir que deux médicaments qui paraissent se adresser qu'à l'élément spasmodique de la coqueluche peuvent, non seulement diminuer le nombre et l'intensité des quintes, mais aussi raccourcir parfois la durée de la maladie.

J'ajouterai que la médication morphinique me paraît l'emporter sur la médication bromoformique par deux avantages. D'abord ce n'est pas un traitement par voie gastrique et, en l'employant, on épargne l'estomac, qui n'est pas négligeable dans la coqueluche. Ensuite c'est un traitement simple; le médecin doit faire l'injection lui-même; mais une fois qu'elle est faite, il n'y a plus de médicament à donner à l'enfant.

Après cela, je me garderai de préconiser, la médication morphinique comme une médication systématique, devant être appliquée à tous les cas de coqueluche. Mais je suis persuadé qu'elle pourra rendre de très grands services dans le traitement si pénible de cette maladie. Ayant à soigner

un malade dont les quintes sont violentes, longues, suivies de vomissements. qui est épuisé par l'intensité et la fréquence des accès de toux, je n'hésiterai pas à recourir à l'injection de morphine.

Pour terminer, je ferai une remarque. Un des avantages de la médication morphinique, ai-je dit, c'est que le remède est administré par voie sous-cutanée. Mais dans la pratique privée, les parents ont parfois une certaine répugnance à laisser faire une injection de morphine; ils laisseraient plus volontiers administrer ce médicament par la bouche. Que donnerait la médication ainsi modifiée? C'est ce que je ne saurais dire; mais j'estime qu'il y aurait lieu d'étudier la question.

Thérapeutique Médicale

Par MM. Huchard et Fiessinger.

La thérapeutique en vingt médicaments

DIGITALE.

Les sujets les plus rebattus prêtent matière à des vues sinon entièrement neuves, au moins peu familières. Sur la digitale et son action cardiaque, presque tout a été dit. Néanmoins, les recherches cliniques de ces dernières années ont apporté leur pierre au monument et les études physiologiques, encore pour confuses qu'elles soient, appuient les documents révélés par l'étude du malade.

Bn dehors des maladies du coeur, la digitale, dont l'histoire commence dès 1542, avec Léonard Fuohs (de Tubingen) a été employée dans d'autres affections, comme autrefois dans les affections pulmonaires et la phthisie, même dans le cancer. Ce n'est qu'à la fin de l'avant-dernier siècle qu'un auteur anglais, Withering, fit connaître, en 1775, ses propriétés diurétiques et cardiaques. Pour d'autres maladies encore, elle agit d'une façon très inégale, sinon douteuse. Nous consacrerons quelques renseignements à ces divers usages. Mais avant tout, et comme seule digne de figurer dans le temps, arrêtons-nous devant la digitale et ses vertus toni-cardiaques.

I.—Action dans les maladies du coeur.

On sait que trois propriétés fondamentales signalent les fonctions du coeur: 1o l'*excitabilité* ou sensibilité des fibres myocardiques au passage de l'onde sanguine; 2o la *contractilité* ou aptitude à la contraction; 3o la *conductibilité* ou propagation de l'onde contractile à l'ensemble du muscle. Il importe avec le traitement digitalique de ne compromettre aucune de ces trois fonctions. Or, dans certains cas, les hautes doses de digitale, en cinglant le

coeur d'un coup de fouet trop violent, risquent, après une amélioration passagère, d'amener son épouement irrémédiable.

La digitale augmente l'excitabilité et la contractilité; c'est le grand secret de sa valeur thérapeutique. Seulement, rappelons-nous la loi mécanique, que l'action est égale à la réaction. Sollicitez cette excitabilité et cette contractilité à doses médicamenteuses trop élevées, le myocarde répondra les première fois; puis ce sera l'indifférence et l'apathie absolues. Aucun effet ne sera obtenu, ou plutôt si nous insistons, c'est une action contraire qui se fera sentir. Le médicament ne pouvant plus renforcer l'excitabilité et la contractilité qui demeurent inertes, les amènera davantage l'une et l'autre; en sorte que plus nous multiplierons le remède surtout à dose élevée, plus apparaîtront les signes que nous nous efforcions de combattre.

La conductibilité du myocarde sera touchée au même titre que ses deux autres propriétés. Des précautions plus grandes encore devront entourer l'administration de la digitale, lorsque cette fonction est atteinte du fait d'une lésion anatomique spéciale qui entrave la transmission de l'onde contractile entre les oreillettes et le ventricule (lésion du pont de Gaskell, ou faisceau de His). Dans ces conditions qui réalisent cliniquement le syndrome du pouls lent permanent ou syndrome de Stokes-Adams, la plupart des auteurs interdisent la digitale. Nous verrons qu'elle peut être prescrite avec avantage à doses très faibles et pendant quatre à dix jours de suite.

La physiologie doublée de l'expérience journalière nous apprend le danger fréquent des hautes doses médicamenteuses. Régions ici tout de suite ce problème. Qu'entendons-nous par le terme de hautes doses? Nous y comprenons les doses de 0 gr. 60 à 1 gramme de feuilles de digitale en macération, ou de 40 à 50 gouttes de la solution alcoolique de digitaline cristallisée à 1-1000. C'est la dose *antiasystolique* recommandée surtout par Potain, puis par Huchard. Elle n'est employée que dans des conditions déterminées. Dans les insuffisances myocardiques au début, quand la fibre du coeur est peu altérée, elle est indiquée. On s'en méfiera dans les altérations avancées.

Ce n'est pas tout d'améliorer un malade sur le moment; il faut le faire vivre de longues années. Ce résultat n'est obtenu que par les deux autres doses de digitale: la dose *faible*, surtout sédative, (0 gr. 20 à 0 gr. 25 de feuilles en macération, X à XV gouttes de digitaline cristallisée, 3 à 4 jours de suite), ou plutôt la *dose très faible* (0 gr. 10 de feuilles, 5 gouttes de la solution de digitaline cristallisée à 1-1000 cinq à 10 jours de suite. Interrompre 5 à 10 jours, reprendre s'il est nécessaire). Il s'agit ici de la dose "*d'entretien cardio-tonique*" destinée le plus souvent à prévenir l'hyposystolie en maintenant la contractilité du myocarde. C'est ainsi, comme l'a dit autrefois Pécholier (de Montpellier), que suivant les doses, dans un médicament, il y a plusieurs médicaments.

Entre la digitale et la digitaline notre choix depuis longtemps est fait. On doit préférer la seconde. "Il y a des années de bonne et de mauvaise digitale, comme des années de bon et de mauvais vin" (Huchard), et suivant

les années, en raison des terrains divers où croît la plante, le rendement des feuilles de digitale en principes actifs peut être très différent. C'est ainsi que naguère, à Edimbourg, la dose de 15 grammes d'infusion de feuilles semblait bien tolérée, qu'en Roumanie Pétruseu nous a parlé autrefois d'une quantité de 10 à 15 grammes d'infusion de feuilles dans le traitement de la pneumonie, qu'à Londres on aurait obtenu seulement quelques troubles gastriques avec 4 à 5 grammes, alors qu'en France on n'arrive guère à dépasser la dose de 0,60 centigrammes à un gramme. Y aurait-il donc deux vérités thérapeutiques différentes, l'une au delà de la Manche et du Rhin, l'autre en deçà? Nullement. Il y a des digitales différentes au delà comme en deçà des différents pays, au delà comme en deçà des mêmes contrées, et l'on sait que la digitale cultivée de nos jardins est pauvre en principes actifs; on sait encore que les racines, la tige, la pétiole et les nervures des feuilles plus ou moins volumineuses ne renferment que de faibles quantités de digitaline; on sait enfin que les feuilles bien préparées doivent être conservées à l'abri de la lumière et de l'humidité, qu'elles s'altèrent rapidement en perdant beaucoup de leurs propriétés après un an de conservation.

La digitaline cristallisée, découverte en 1863 par Nativelle, est toujours la même; son action est plus régulière, plus fidèle, invariable. Elle s'emploie également par *voie rectale* d'ordinaire peu usitée, ou par *voie sous-cutanée*. Nous n'avons jamais usé de la *voie endoveineuse* qui nous semble une complication thérapeutique inutile. La voie sous-cutanée, sous forme d'huile digitalinique à 1-10 de milligramme nous a maintes fois rendu service, dans les cas où le mauvais état du tube digestif s'oppose à l'absorption par voie stomacale. Chez les enfants les doses sont réduites suivant l'âge; à 4 ans et 5 ans, les doses quotidiennes de I à III gouttes poursuivies quelques jours de suite avec suspension de 4 à 5 jours nous ont permis souvent de conjurer des états asystoliques menaçants.

Deux conditions sont acquises pour permettre à la médication digitalique de produire tout son effet: le repos au lit, et si le malade est infiltré, la *réduction des liquides*. Le repos sera gardé au moins dix jours. Nous usons de deux méthodes pour réaliser la réduction des liquides. La première consiste à donner toutes les heures un verre à Bordeaux de lait mêlé d'eau: 15 verres à Bordeaux dans les 24 heures, 1-3 de lait le 1er jour, moitié et 2-3 de lait les 2 jours suivants, 3 jours de suite. Dans les formes graves, nous réduisons encore la quantité de liquide: 4 fois par jour 150 gr. de lait mêlés à 50 gr. d'eau: à 8 h. matin, midi, 4 h., 8 h. du soir. Donner du lait pur à partir du 4e jour. Karrell en Allemagne use d'une méthode analogue. Pendant 5 jours on n'augmente pas la quantité de liquide, puis on peut remonter à 1500 et 1800 gr. La diurèse libératrice s'opère dès le second, parfois, et, dans les formes plus sérieuses, seulement le troisième, quatrième, cinquième jour. Les quantités d'urine émises dépassent de beaucoup les quantités de liquide absorbées. Quand l'équilibre s'établit entre les unes et les autres, que le malade après les fortes diminutions des premiers jours, ne baisse plus de poids (les baisses sont de plusieurs kilos en

quelques jours, par suite de la disparition des œdèmes, comme l'un de nous l'a établi dès 1888 par la méthode des pesées régulières, employées ensuite à l'Étranger), on peut commencer l'alimentation solide par des potages maigres, des oeufs, des pâtés, des légumes peu salés, des crèmes, des fruits cuits. Après chaque prise de lait, soit l'un ou l'autre de ces aliments.

La digitaline est prescrite en même temps, unie en général à la théobromine. En moyenne, dans les états asystoliques: V gouttes à VIII gouttes de digitaline le premier jour, 5 gouttes les 7 à 8 suivants. Interrompre 5 à 10 jours et reprendre. Quand on reprendra, le malade, s'il n'a plus d'œdèmes, ne sera plus soumis au régime de réduction. Il suffit d'un repos relatif et du régime alimentaire requis.

Mais, cette méthode de réduction des liquides ne doit être appliquée que dans les asystolies avancées, principalement lorsqu'on a remarqué que l'abondance des liquides continue à entraver, à diminuer la diurèse, et surtout lorsque la dilatation des cavités cardiaques est devenue irréductible. Dans le cas contraire, et surtout lorsqu'il s'agit d'un état simplement hyposystolique, la conduite du praticien doit être celle-ci: Plusieurs jours avant l'administration de la digitale, prescrire le repos avec le régime lacté exclusif et un purgatif énergique (teinture de jalap composée, 15 à 20 grammes, pour ouvrir les voies au médicament), puis en un seul jour une seule dose de 30 à 40 gouttes de solution de digitaline cristallisée au millième. Ici, le purgatif réalise en quelque sorte, d'une façon indirecte, la réduction des liquides.

Dans les cardiopathies artérielles caractérisées par la lésion précoce de la fibre myocardique, il ne faut jamais oublier que le coeur est en imminence continuelle de dilatation. Pour éviter et surtout pour prévenir celle-ci, surtout lorsque le régime lacté absolu a été suivi pendant un temps plus ou moins long en raison des accidents dus à l'insuffisance rénale, il est utile de prescrire tous les mois ou toutes les six semaines, par exemple, la réduction des liquides suivie, pendant dix à quinze jours, de l'administration d'une gramme d'un dixième de milligr. de digitaline cristallisée (dose d'entretien cardio-tonique). C'est là un moyen très simple, très efficace pour prévenir ou retarder l'apparition des crises hyposystoliques ou asystoliques que l'on a tort de combattre seulement lorsqu'elles se produisent et se traduisent par l'œdème périphérique. Il faut toujours se rappeler que celui-ci est, plus souvent qu'on ne le pense, précédé par des œdèmes et des congestions passives des différents viscères, appréciables d'abord par les indices stéthoscopiques et l'examen clinique du malade (foie douloureux à la région épigastrique et augmenté de volume, ronchus sous-crépitaux aux bases pulmonaires, présence de liquide pleural surtout à droite, puis diminution de la diurèse avec *nycturie* ou polyurie nocturne, caractérisée par l'excrétion urinaire à prédominance nocturne, etc).

Ce sont là les symptômes de la période *préasystolique*, quoique l'hyposystolie viscérale ait déjà ainsi fait son apparition. Ces œdèmes et ces congestions viscérales sont encore appréciables par l'augmentation rapide du poids des

malades, d'où l'importance des pesées fréquentes au cours des cardiopathies.

Mais la digitale et la réduction des liquides ne sont pas les seuls moyens à opposer à l'hyposystolie et à l'asystolie menaçantes, lesquelles ne dépendent pas seulement de l'athénie cardio-vasculaire. Dans les cardiopathies artérielles et même dans les cardiopathies valvulaires, un rôle important doit être attribué au fonctionnement rénal dont l'insuffisance se mesure par l'oligurie et par la rétention chlorurée comme dans les néphrites, même sous forme sèche, c'est-à-dire sans œdème. Alors, de bonne heure la *cure de déchloruration* s'impose et parfois elle réussit, à elle seule, à prévenir et même à guérir les crises asystoliques, avec ou sans l'administration de la digitale et de la théobromine, qui sont d'excellents agents d'élimination chlorurée, comme l'un de nous l'a démontré dès 1896.

Comment ces heureux résultats sont-ils obtenus par la digitale? Parler de l'excitabilité, de la contractibilité, de la conductibilité, c'est invoquer des propriétés du muscle, ce n'est pas expliquer la fonction elle-même. Or le coeur, soumis à des mouvements alternatifs de systole et de diastole, voit chacune de ces phases d'activité influencée par la digitale. Celle-ci renforce la systole et allonge la diastole. Plus de sang dans les cavités ventriculaires du fait de la diastole plus longue, plus de force et une vitesse accrue dans la propulsion du liquide sanguin en raison de la systole plus énergique. Telle apparaît l'action cardiaque de la digitale. Mais à côté de l'action *cardiaque* se range l'action *diurétique*, celle-ci subordonnée à l'existence d'œdèmes pépiphériques ou d'épanchements interstitiels. Le malade urine ses liquides infiltrés: ce n'est qu'à ce prix que la digitale manifeste des effets diurétiques. Quand il n'y a pas d'œdèmes, la diurèse fait défaut. C'est là un fait des plus importants déjà pressenti par Withering, en 1775, quand il disait que "la digitale agit dans toutes les hydropisies, excepté dans les hydropisies enkystées"; par Vassal, dans sa thèse de 1809, lorsqu'il disait encore que "l'état d'infiltration est nécessaire pour l'action diurétique de la digitale"; enfin par Lorain en 1879, et ensuite par Sidney Ringer qui l'appelaient "le remède des hydropisies cardiaques"; de sorte que l'on peut dire que la digitale ne résout pas les épanchements parce qu'elle est diurétique, mais qu'elle *devient* diurétique parce-qu'elle les résout.

On sait encore que le liquide des œdèmes renferme de grandes quantités de chlorures. Dès 1896, l'un de nous, avec Neuhauser et Vogel, a insisté sur les débâcles chlorurées, 20 à 50 gr. qui accompagnent la diurèse digitalique, véritable hyperchlorurie urinaire "d'emprunt" (H. Euchar), c'est-à-dire provenant des tissus infiltrés.

La digitale n'agit pas aussi lentement qu'on l'a dit, et il faut distinguer l'action cardiaque et diurétique. L'action cardiaque est rapide, apparaissant après 10 à 15 minutes, une demi-heure ou une heure au plus; l'action diurétique est plus lente, se manifestant après 12, 24, 36 ou 48 heures. Il ne faut même jamais oublier en pratique l'action *dissociée* de la digitale, ce qui veut dire que dans des cas bien déterminés par la clinique, l'action de la digitale reste cardiaque, et qu'on ne doit pas augmenter les doses pour avoir

des effets diurétiques impossibles à obtenir, quand il n'y a pas des œdèmes à résorber. Tel est même le secret des intoxications digitaliques que l'on peut toujours éviter, la digitale n'étant pas le médicament "dangereux" que l'on dit; dangereux sans nul doute entre des mains inhabiles, mais d'une innocuité constante pour tous ceux qui ont appris à manier l'arme la plus puissante de l'arsenal thérapeutique, pour tous ceux qui savent transformer en qualités ses prétendus défauts.

L'action cardiaque et l'action diurétique constituent les deux grandes propriétés de la digitale. Ces deux actions, combinées quand il existe des œdèmes à résorber, se dissolvent lorsque les œdèmes se sont dissipés. A ce moment, l'action cardiaque subsiste seule: c'est la période, nous l'avons vu, où la réduction des liquides devient inutile et où le malade peut boire un peu plus: 1500 à 1800 grammes dans les 24 heures.

La digitale ne borne pas son action au cœur. Elle agit également sur les vaisseaux dont elle augmente la contractibilité. Mais cet effet ne semble produit qu'à hautes doses. De même l'hypertension artérielle qu'on accuse la digitale de produire, ne se manifeste pas dans tous les cas. Elle est observée surtout lors de la résorption des œdèmes (Mackenzie). La redouterait-on, il serait facile de l'éviter en associant la théobromine à la digitaline. On peut donc, en général, dans la prescription cardiaque de la digitale, laquelle est d'ordinaire administrée à faibles doses, négliger l'action sur les vaisseaux.

La digitale dans les diverses affections valvulaires. — D'une façon générale, la digitale n'est jamais indiquée, surtout à dose massive, pendant la période de compensation des affections valvulaires. On doit l'employer seulement quand se montrent les symptômes d'hyposystolie ou d'asystolie, quelquefois aussi, mais à faible dose, c'est-à-dire sédative, lorsque les contractions ventriculaires sont fréquentes ou violentes, lorsqu'il y a hypersystolie et éréthisme cardiaque, ou encore à doses très faibles (doses d'entretien cardiotonique), lorsqu'il s'agit de conjurer les effets de l'affaiblissement cardiaque et de prévenir l'hyposystolie.

Autrefois, on a voulu, en raison de simples idées théoriques, faire dépendre l'indication ou la contre-indication du siège même des lésions valvulaires, ce qui a été une grave erreur, encore partagée par quelques auteurs. On les a vus tour à tour affirmer que la digitale est utile dans le rétrécissement aortique en excitant la myocarde et en favorisant la déplétion ventriculaire (Gubler, Milner Fothergill); qu'elle est encore utile dans la maladie mitrale caractérisée par l'insuffisance et le rétrécissement (Grisolle, Potain, Rendu); qu'elle est contre-indiquée dans l'insuffisance aortique parce qu'elle élève la tension artérielle déjà augmentée par la maladie et qu'elle contribue à produire, à exagérer encore la dilatation du cœur en allongeant la phase diastolique, puisqu'elle peut même rendre service "en vertu de son effet sur la tension ventriculaire" qu'elle tend à restreindre (Lauder-Brunton); qu'en général elle est contre-indiquée dans les insuffisances orificielles et indiquée dans les sténoses (Germain, Griselle, Lelion); qu'elle est le médicament des affections mitrales et qu'elle doit être bannie

des affections aortiques; qu'elle est contre-indiquée dans l'insuffisance tricuspidienne, parce qu'en faisant disparaître celle-ci, surtout lorsqu'elle est secondaire, elle contribuerait à supprimer une lésion, "la sauvegarde du poumon, la soupape de sûreté contre l'exagération de pression dans la petite circulation" (Potain); enfin, qu'elle est nuisible dans le rétrécissement mitral, parce qu'elle augmenterait le travail du cœur dans une maladie où celui-ci est à son minimum (Potain).

Toutes ces idées purement théoriques ne sont aucunement confirmées par la pratique, et au sujet du *rétrécissement mitral* par exemple, on peut répondre que l'opinion de Potain, partagée par Durozic, est passible de deux objections: d'abord, c'est une erreur de croire que le médicament "augmente le travail du cœur", et s'il en était ainsi, il ne serait jamais indiqué dans aucune affection cardiaque où il économise, régularise et facilite ce travail; ensuite, il faut faire une distinction entre la dose massive (anti-asystolique) et les petites doses sédatives. C'est ainsi que l'administration systématique et méthodique d'un quart de milligramme de digitaline pendant trois à quatre jours toutes les trois ou quatre semaines produit un effet sédatif presque constant sur les palpitations et surtout sur la dyspnée, qu'elle retarde l'imminence asystolique dans la sténose mitrale même à l'état de compensation parfaite, mais qui est caractérisée, à cette période, par des phénomènes d'excitation cardiaque et de dyspnée très accusée, le symptôme fonctionnel le plus important, le plus pénible, le plus rebelle de la maladie. Et cette affection valvulaire est presque la seule qui indique l'emploi systématique du médicament à la période de compensation. Est-ce parce qu'elle permet à l'oreillette gauche de gagner le temps nécessaire pour chasser son contenu dans le ventricule (Niemeyer), ou plutôt parce qu'en allongeant la période diastolique, elle permettrait une réplétion ventriculaire plus considérable? Il est encore difficile d'en donner une explication certaine; ce qu'il importe de savoir, c'est ce que l'observation clinique nous a appris.

Causes des insuccès. — Toutes choses ne se passent pas toujours comme il conviendrait. Des insuccès atteignent la méthode. Ceux-ci sont imputables soit au médicament, soit au médecin, soit au malade (Huchard):

1o Le médicament: il est préférable d'employer la digitaline cristallisée. Nous avons vu qu'elle offre plus de garantie que la digitale. Elle assure également des effets plus constants que tels produits industriels dont la réclame a célébré les bienfaits, alors que leur composition exacte n'est même pas connue. Parfois, la digitale qui renferme des glucosides dont est exempte la digitaline, semble exercer des effets plus diurétiques. Mais de pareils faits constituent une exception.

2o Pour obtenir les effets voulus, le médecin doit soumettre à la fois son malade au repos et au régime de réduction lacto-hydrique. De grandes quantités de liquide sans doute sont maintes fois tolérées; mais le régime de réduction assure des résultats autrement brillants et le cœur se tonifie plus vite.

3o Le malade réagit mal à la digitale, soit en raison d'une prédisposition spéciale. La digitale manque son effet

par inaptitude initiale des tissus à se laisser influencer par elle. C'est rare; à peine trois malades au cours de notre carrière nous ont montré cette absence d'impressionnabilité au remède. Plus souvent, le malade ne réagit plus, parce qu'il a consommé de trop hautes doses. Aussi la première question que nous posons à tout cardiaque asystolique est la suivante: "Avez-vous pris de hautes doses de digitale?" Si oui et à plusieurs reprises, le pronostic de ce fait devient bien plus sombre.

Les autres conditions qui s'opposent au succès digitale sont les obstacles dénommés *barrages* (Peter, Huchard) barrage central, par dilatation excessive du cœur; barrage périphérique, par oedème dur des jambes; barrage viscéral, par ascite ou épanchement pleural.

Deux médications permettent de réduire le *barrage central*; une *soustraction sanguine* sous forme de 10 à 12 ventouses scarifiées sur le dos, la région du foie ou du cœur, ou bien une saignée de 300 grammes. Un remède sera prescrit en même temps: la *cafféine*. Dans l'espèce, elle rend les plus signalés services, à condition de ne pas être ordonnée à trop hautes doses: 2 injections sous-cutanées quotidiennes de 0 gr. 25 ou une cuillerée à café, par voie stomacale, d'iode de caféine dans un demi-verre d'eau, matin et soir. On continue 3 ou 4 jours, la caféine réduit la distension excessive du cœur; à ce moment, la digitale qui demeurait inerte a chance de recouvrer son action. Le régime de réduction sera institué en même temps.

Le *barrage périphérique* — oedème dur des jambes — est réduit par les mouchetures. Après lavage soigneux de la jambe, cinq mouchetures sur chaque jambe à l'aide d'une aiguille rougie à blanc. Les épingles à chapeaux constituent dans l'espèce un bon instrument, la tête de l'épingle fournissant un point d'appui qui arrête en même temps la chaleur. Comme la pointe est rougie à blanc, l'arepsie est parfaite. Nous couvrons ensuite la jambe de vaseline stérilisée pour empêcher la macération de l'épiderme et posons, pour les premières heures, le membre couvert d'une couche protectrice de gaze dans un baquet où s'écouleront les premiers litres de liquide. Pour la nuit, pansement d'ouate stérilisée, changer le lendemain matin et les premiers temps 2 à 3 fois dans le jour. Une résurrection s'opère, la dyspnée disparaît, le cœur revient sur lui-même, la digitale agit. Parfois, tous les quinze jours ou trois semaines, lorsque le cœur est à bout de sa puissance contractive, il faut recommencer. Si la chose est faite proprement, aucun risque infectieux n'est à craindre. Celui-ci se produirait-il sous forme de lymphangite ou de suppuration locale, un grand mieux peut suivre ces complications. Nous en avons observé des exemples. Les accidents infectieux ne se produisent pas; à la longue, les mouchetures évacuent moins de liquide. Une sclérose se dissémine qui ferme les mailles du derme et les isole, ce semble, les unes des autres.

Quelquefois, mais assez rarement, sur les tissus indurés par un oedème chronique et persistant, les mouchetures restent insuffisantes. Alors, au lieu d'avoir recours à l'introduction de tubes capillaires ou du fameux clou de Van Lair, il est préférable de pratiquer quelques incisions, comme dans un cas de phlegmon diffus accidentel où celles-ci ont

été suivies d'une énorme évacuation de liquide et d'une amélioration considérable dans l'état asystolique (Huchard). Mais il s'agit là d'une médication d'exception.

C'est une règle chez tout cardiaque où la digitale n'agit pas, d'examiner avec soin ses plèvres ou son péritoine. S'ils contiennent du liquide, *barrage viscéral*, il faut évacuer tout de suite. On retire un litre et demi de liquide de la plèvre, on recommence, si nécessaire, deux jours plus tard, on ponctionne l'ascite. Si l'état grave du malade fait redouter une syncope, une double précaution met à l'abri de cet accident: tout d'abord, avant la ponction, une injection d'huile éthérocamphrée et ensuite un écoulement très lent du liquide. Surtout pas d'hésitation. Il faut évacuer d'urgence. La diurèse se reproduit ensuite, à telle fin qu'on peut dire que la ponction pleurale et la paracentèse exercent un effet diurétique, comme des observations nombreuses l'ont démontré. La digitale sera ensuite administrée avec succès.

Un mot encore d'une grande importance: Quelques médecins ont la mauvaise habitude d'associer la digitale à d'autres médicaments cardiaques que l'on regarde faussement comme des succédanés. Pratique déplorable, puisque l'on peut ainsi associer des substances absolument antagonistes ou encore des médicaments incompatibles: antipyrine, opium, belladone, qui ferment le rein quand la digitale tend à l'ouvrir; iodures et nitrites qui abaissent la tension artérielle. Règle générale sur laquelle on ne saurait trop insister: Lorsqu'on prescrit la digitale, surtout à dose massive et même à dose faible ou très faible, il faut cesser tout médicament capable d'amoindrir ou d'entraver son action.

in *Jnal. des Praticiens*.

L'électragol dans l'otorrhée

Par Mossé, (de Perpignan)

Les sels d'argent à l'état colloïdal ont permis d'obtenir des résultats parfois précieux, dans les complications septiques, soit comme auxiliaire d'un traitement chirurgical approprié, soit quelquefois comme *ultima ratio*.

Ces mêmes sels employés dans le traitement des otorrhées, sous forme de bains d'électragol, ont dans plusieurs cas amené des guérisons radicales extrêmement rapides.

Les cas d'otite chronique, qui sont le plus heureusement influencés par l'électragol, sont ceux dans lesquels il y a une large perforation du tympan et une infiltration diffuse de la muqueuse de la caisse. Ces cas relevaient du nitrate d'argent et de l'alcool absolu. La supériorité de l'électragol est qu'il ne souille ni la face du patient ni les doigts de l'opérateur, qu'il a une action rapide et qu'il ne s'accompagne d'aucune réaction douloureuse.

Quand les lésions de la caisse s'étendent du côté de la mastoïde ou qu'elles dépassent la muqueuse pour s'étendre aux parois osseuses et aux osselets, on peut s'attendre à la faillite de l'électragol.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Dr L. E. FORTIER, Professeur de Thérapeutique, et Dr M. H. LEBEL, Assistant à l'Hôtel-Dieu.

TRAITEMENT DE L'OPHTALMIE DES NOUVEAUX-NÉS.

Au point de vue du pronostic, il faut diviser les ophtalmies du nouveau-né en trois catégories :

- 1^o Celles qui apparaissent dans les deux premiers jours;
- 2^o Celles qui se développent du troisième au septième jour;
- 3^o Celles qui viennent après le septième jour.

Les premières sont presque toujours graves et gonococques; les secondes sont d'une gravité moyenne et ont une richesse microbienne très variée; les dernières sont amicrobiennes et sont presque toujours bénignes; elles guérissent avec un traitement quelconque.

Voici, en détail, le mode de traitement de l'ophtalmie préconisé dans les récentes séances de l'Académie de médecine. Il est simple, sans danger et d'une efficacité démontrée :

1^o *Lavage des yeux* aussi souvent qu'il est nécessaire, c'est-à-dire lorsqu'une petite quantité de pus apparaît entre les bords palpébraux. Il suffit d'écarter les paupières le plus possible, d'enlever le pus avec un tampon d'ouate hydrophile largement imbibé d'une solution tiède de permanganate de potasse à 0,25 p. 1,000. Si la paupière supérieure est gonflée, il faut la renverser.

Rejeter l'emploi, pour les lavages, de l'entonnoir de Kalt qui peut provoquer des lésions mécaniques de l'épithélium cornéen.

Si la sécrétion a tendance à agglutiner le bord des paupières en se desséchant, badigeonner les bords palpébraux avec de la vaseline légèrement iodoformée (2 p. 100).

2^o Quand la *cornée est saine*, instiller aussitôt après le lavage au permanganate, VI à VIII gouttes d'une solution faible de nitrate d'argent à 1 p. 100 (1-75 au plus).

3^o Si la *cornée est ulcérée*, on proscrira absolument la solution de nitrate d'argent et on lui substituera le protargol à 1-25 qu'on emploiera aux mêmes doses dans les mêmes conditions. L'albuminate d'argent étant sans danger pour l'épithélium cornéen, on pourra avoir recours à une solution plus concentrée: à 1-5 par exemple, dont on instillera 2 gouttes à chaque fois.

Tous les cas d'ophtalmie cèdent au bout de 10 à 15 jours de ce traitement, à condition qu'il soit fait *régulièrement*. L'ulcère cornéen est amélioré progressivement. Il n'y a jamais d'à coups ni de temps d'arrêt dans la marche de la cicatrisation qui est rapide.

Accessoirement, on peut faire usage de l'atropine pour prévenir les synéchies postérieures.

Comme *traitement préventif*, on peut inviter les sages-mères à instiller dans l'oeil du nouveau-né VII ou VIII gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100, de manière à bien arroser avec le liquide argentique le sac conjonctival et la marge des paupières; s'il apparaît une sécrétion, elles pourront faire de grands lavages au permanganate de potasse, en attendant le médecin.

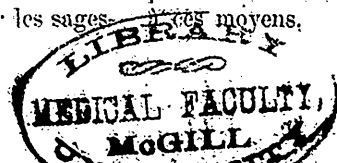
(D'après MM. Motais, Lagrange, Pinard (*Bullet. Acad. Méd.* 4 et 11 mai, 1909).

TRAITEMENT DE LA DOULEUR CARDIAQUE.

La douleur cardiaque dit Thomson (in *Bristol Med.-Chir.*, J.), s'observe le plus habituellement dans la dégénérescence chronique du myocarde, l'athérome des artères coronaires, les lésions des valvules de l'aorte, l'anévrisme de l'aorte. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'une douleur réellement cardiaque, mais d'une véritable douleur réflexe occupant certaines aires avec lesquelles le système nerveux cardiaque est en relation. L'auteur insiste particulièrement sur les localisations des sensations douloureuses dans les diverses lésions cardiaques.

Le traitement des douleurs cardiaques implique celui des diverses lésions du coeur qui peuvent les déterminer. Lorsque les lésions organiques du myocarde sont très avancées, nous n'avons que bien peu de moyens de prévenir les accès, on ne peut qu'insister sur le repos physique et l'absence de toute cause d'excitation. Lorsque la maladie est moins avancée et que le myocarde possède encore des forces en réserve, une bonne hygiène, un régime convenable, l'emploi des moyens propres à diminuer l'intoxication intestinale et à réduire la pression artérielle, peuvent atténuer beaucoup les douleurs et assurer le bien-être du malade. Dans les cas où l'élément nerveux domine, on recommandera au malade d'éviter toute fatigue physique et intellectuelle, tout sujet d'excitation, on aura recours à la fois aux sédatifs, surtout aux bromures et aux toniques, comme le fer et l'arsenic.

Le traitement d'un accès d'angine de poitrine repose sur trois indications: le repos, pour permettre à la fonction cardiaque de se rétablir, les vaso-dilatateurs, pour diminuer l'effort cardiaque, et la morphine, pour calmer la douleur lorsque le repos et les nitrites sont insuffisants. Le nitrite d'amyle, en abaissant la tension artérielle, peut procurer un soulagement momentané dans les cas de douleur spasmodique gravé chez les individus d'âge moyen. Plus tard, lorsque le myocarde est atteint de dégénérescence fibreuse, le seul médicament qui calme la douleur est la morphine ou encore le chloroforme. Mais le soulagement n'est que temporaire et on est obligé de recourir de plus en plus souvent



LE JOURNAL DE Médecine et de Chirurgie DE MONTREAL

VOLUME IV

QUATRIEME ANNÉE 1910

A

Abeès chauds. Méthode de guérison rapide	121
Abdomen ; trait. des contorsions de l'	4
Argent colloïdal dans les maladies infectieuses.	6-19-39-57-139
Anévrisme de l'aorte : —	
Benoît	221
Latreille	11
Vaquez	35
Alcool en application locale dans les gastralgies	43
Allemagne. Les Instituts anatomo-pathologiques en	120
Asystolie. Trait. de l' . . par la méthode de Karrel	120
Association Médicale canadienne. 1909	184-188-342
Asthme. Trait. de l'	171
Albuminurie orthostatique	204
Anesthésie locale. Kerndirdgy	207
Aphasie. Le procès de l' . . Prof. Benoît	285
Atoxyl dans la syphilis et la tuberculose	347
Appendicite: —	
Pneumonie simulant l'	171
Trait. par l'argent colloïdal	6-19-39-57-139
Diagnostic différentiel et traitement. H. st. Jacques	349
Diagnostic et entérite muco-membraneuse	
Analyse du sang dans l'	296
Signe de Rovsing dans l'	315
Appendicite et crise hépatique	349
Appendicite et crise rénale	350
Pseudo-appendicite pneumonique	350
Appendicite et salpingite	351
Appendicite à gauche	352

B

Brûlures. Traitement par pomnade au protargol.	16
Bureau Médical Provincial	237-328
Biologie. Êtres organisés et corps organiques. Prof. Flahant	141
Bacillerie puerpérale et trait.	296
Blennorrhagie.	
La septicémie blennorrhagique.	220

Trait. du chancre mou	139-266
Trait. de la . . aigue chez l'homme. Kendirdjy	275
Bronches. Symptômes et trait. de la gangrène des	307
BENOÎT, Prof. E.P. —	
Exposition de la tuberculose à Montréal	17
Catéchisme antituberculeux	36
Trait. du goître exophtalmique	125
Hémiplégie infantile compliquée tardivement d'épilepsie jacksonnienne	185
Anévrisme de l'aorte	221
Le procès de l'aphasie	285
BEAUDRY, Aug. — Myxoedème Infantile spontané	46
BOURJOIN, J. C. — Pathogénie et trait. de la phosphaturie ammoniaco-magnésienne	

C

Cancer. —	
Radiumthérapie.	54
Étiologie du —, p. Castaigne.	62
Opérabilité du — intestinal.	297
Rôle de la chirurgie dans le — de l'estomac.	297
Coeur. —	
Rupture valvulaire, Barié.	3
Prognostic des maladies congénitales, M. de Lepinay	
Prognostic des maladies congénitales, M. de Lepinay.	146
Traitement de l'asystolie par la méthode de Karrel.	120
Chesnes-Stokes. La respiration de.	198
Chlorure de calcium: ses indications.	250
Chlorure de calcium: contre les accidents sériques.	89
Clavicule: Comment traiter les fractures de la.	149
Coqueluche: traitement par la morphine.	42
Coqueluche: traitement général. Marfan.	24
Contusions de l'abdomen et leur traitement.	4
Céphalée. — Son traitement.	296
Cerveau. — Longueur de la survie dans les hémor. du	300
Chorée de Sydenham, terminée par la mort.	310
Coxalgie. Traitement.	325
Colchique. — Quand et pourquoi l'administrer.	327
Charlatans et Rebouteurs.	33

D

Diabète: grave chez les jeunes.	22
Diabète: trait. du coma diabétique.	283
Digitale: ses indications, Huchard.	168
Diphthérie: Traitement.	233 250
Diphthérie: Traitement des paralysies post-diphthériques.	89, 128, 107
Diphthérie et Rougeole.	269
DE COTRET, Prof. René:	
Decollement prématuré du placenta.	93
Présentation de la face pendant la grossesse.	157
La Folie Puerpérale.	353

DE MARTIGNY, A. — Trait. de la fièvre typhoïde	29
DE MARTIGNY, FRs. — La nouvelle loi médicale.	166
D'AUBIGNY. — Médecine comparée.	353

E.

Eclampsie. Son trait. par la ponction lombaire.	43
Enseignement Médical.	143, 271, 282, 329
Enseignement Médical, en France.	59
Enfants, voir Pédiatrie.	
Empoisonnement par le phénol.	156
Enésol. Etude clinique.	202
Etres organisés et corps organiques, Prof. Flohaut.	141
Erysipèle: Son traitement.	219
Epilepsie et régime alimentaire.	122
Epilepsie: la ville de l'—.	231
Estomac. L'ulcère de l'—.	273, 304

F

Foie. Les gros—Pathologie et thérapeutique. Huchard et Fiessinger.	31
Foie: Calculs du — et lésions pancréatiques.	205
Foie: Pathologie Chirurgicale des voies biliaires, par E. St-Jacques.	253
Foie: Crise de lithiase et appendicite. E. St-Jacques	349
Fièvre puerpérale: traitement.	295, 312
Folie puerpérale, p. de Cotret.	333
FORTIER, Prof. L. E. — Notes thérapeutiques, dans chaque numéro. — Voir: Traitement.	
FLAHAUT, Prof. — Etres organisés et corps organiques.	141
FOURNIER, N. —	
Les abcès de la Prostate.	2
Traumatismes du crâne et leur traitement.	61

G

Goutte: du pharynx. — Traitement de la crise.	16
Goutte: quand faut-il donner la colchique.	283
Goutte: traitement diabétique.	364
Goitres simples. — Traitement.	139
Goitre exophtalmique. Traitement.	43, 77, 125
Gastriques. — Les fausses — d'origine utero ovarienne	155
Gastropathies hystériques. Roux.	196
Gonococcies. — La septicémie gonococcique. v. Blennorrhagie.	220
Gangrène des bronches: symptômes et trait.	307

H

Hématémèses. Traitement des.	74
Hoquet. La séméiologie du.	101

Hygiène. Rapport présenté au bureau d'hygiène, par J. E. Laberge.	111
Hôtel-Dieu: Fêtes du 250 ^e anniversaire de sa fondation.	271
Hyperthermie due à la rougeole.	284
<i>Hanche.</i>	
Traitement de la Coxalgie.	325
Comment examiner une.	338

L

Lithiase biliaire et fièvre typhoïde, L. Launois.	117
Loi Médicale (nouvelle) Frs de Martigny.	166
Lait — Rapport de la Commission du Bon.	196
Lait. Approvisionnement de N.-York.	201
Luxations multiples congénitales.	296
LEBEL, Dr. M. H.:	

Notes thérapeutiques, dans chaque numéro. Voir: Traitement.

La mort imprévue dans la scarlatine.	260
Tendance des médications nouvelles.	271
Séro-thérapie anti méningococcique.	292
LABERGE, J. E. — Rapport au Bureau d'Hygiène	111
LACHAPPELLE, S.: —	
Un nouveau traitement de la Chorée.	201
Rapport sur la question du lait à New York.	201

M

Médecin. Le — et son milieu. Huchard et Fiessinger	195
Meningocèles. Les — Kirrison.	67
Méningite. La — cerebro spinale. Son trait. 107, 147, 164, 292	
Méningite syphilitique: traitement.	341 et No. 24
Médecine comparée: examen d'un malade, par F. T. D'Aubigny.	353
Mal perforant et tabes.	No. 24

N

Néphrites. Régime dans les.	162, 169
Néphrites, traitement.	162, 169, 210
Néphrites, traitement par la cantharide.	313

O

OBSTÉTRIQUE: —	
Mort de foetus pendant la grossesse. Lepage.	52
Decollement prématuré du placenta. R. de Cotret	93
Présentation de la face, de Cotret.	157
Placenta praevia Son traitement, de Cotret.	189
Vomissements incoercibles de la grossesse. Bonnaire.	262, 293
Eclampsie et ponction lombaire.	43
Bacillurie dans la fièvre puerpérale et trait.	295
Folie Puerpérale, de Cotret.	333
Ophtalmie des nouveaux-nés. Trait.	198, 279
Oedème aigu du poumon: pathogénie.	30

P

PEDIATRIE: —	
Idiotie amaurotique familiale. Etude clinique.	68
La fièvre typhoïde chez les enf. Marfan.	48
La fièvre typhoïde chez les enf. Leone.	190
Infections ombilicales et lésions hépatiques.	103

Meningite cérébro-spinale: soustraction	107, 147, 164	Rougeole. Hyperthermie due à la —	284
Pleurésies purulentes et leur trait. Kirmisson	133	Rovsing. Signe de — dans l'appendicite.	
Broncho.—Pneumonies d'orig. intestinale.	136	Rebouteurs et Charlatans.	336
Dentition.	136	ROY, Dr J. N.: —	
Paralyse diphtérique: trait.	138	Necrologie du Prof. Argyl Robertson.	85
Diphthérie, son trait.	233, 250	La section d'oto-rhinologie à la réunion de la	
Syphilis, son trait. par le mercure.	139	Can. Med. Ass.	187
Polyurie essentielle.	163		
Hémiplégie compliquée d'épilepsie Jacksonienne,		S	
E. P. Benoit.	185	Santonine. Comment administrer la.	122, 298
Chorée: son trait. S. Lachapelle.	201	Scarlatine. Mort imprévue dans la —	260
Rougeole: son diag. précoce par le signe de Koplik	236	Scarlatine. Comment elle se transmet.	279
Ictère des nouveaux nés.	258	Septicémie gazeuse. Son trait. par eau oxygénée.	219
Pneumonie des enfants.	259	Septicémie streptococcique.	295, 306
Fièvre typhoïde chez le bébé.	259	SÉRUMTHÉRAPIE:	
Hemothorax chez le bébé.	259	Prévention des accidents dus au sérum.	89
Alimentation dans la diarrhée infantile.	265, 314	Dans la diphtérie.	233, 250
Les enseignements de la lutte contre la mortalité		Dans les paralysies post-diphthériques,	89, 138, 167
infantile à New York.	280	Dans la meningite. Lebel.	292
Néphrites hémor. chez les enfants.	331	Dans la meningite.	107, 147, 164
Pancréas. Lésions du — dans la lithiase biliaire.	205	Dans la pleurésie serofibrineuse.	364
Paracéntèse abdominale: les accidents au cours de.	123	Surrénales. Pathologie des —. Castaigne.	226
PNEUMONIE:		SYPHILIS: —	
Trait. par le chlorure de sodium. Netter.	58	Etudes cliniques et thérapeutiques.	70
Trait. par iodure de potasse et les citrates.	170	Son trait. par le Prof. Finger.	81
Trait. variés: .6, 19, 39, 90,	139	Particularités de son traitement.	70, 75, 81
du sommet chez l'enfant.	135	Meningite aiguë: trait.	341
infantile d'origine intestinale.	136	Mal perforant et tabes.	No. 24
et infection sanguine.	220	SANG: —	
à symptomatologie appendiculaire.	350	Bacillemie streptococcique.	306
Poumon: pathogénie de l'œdème aigu du —	300	Bacillemie puerpérale et trait.	295
Poitrine: Placés de poitrines et leur trait.	56	Analyse du — dans l'appendicite.	296
Pharmacologie et Pharmacotechnie dans l'enseigne-		Salpingite et appendicite.	351
ment médical.	143	ST-JACQUES, EUG.: —	
Plomb. Colique saturnine.	91	Les Goîtres simples et leur traitement.	109
Pott. Mal de — et son trait. Cabot.	246	Les Goîtres exophtalmiques, traitement.	129
Phosphaturie. Trait.	331 et No. 24	Pathologie urinaire.	161
Prostate. Abus de la —. N. Fournier	2	Antisepsie urinaire.	167
		La Canadian Med. Ass.	188, 342
		Pathologie chirurgicale des voies biliaires.	253
		Le 250 ^e anniversaire de la fondation de l'Hôtel-	
		Dieu.	270
		Notes chirurgicales.	295
		La tuberculose rénale: particularités cliniques.	301
		A propos de rebouteurs et charlatans.	336
		Considérations cliniques sur le diag. différentiel	
		et le traitement de l'appendicite.	349
		T	
		Tabès: Le Pyramidon contre les douleurs du —	75
		Thérapeutique appliquée: Huchard et Fiessinger:	
		Le Salicylate de soude.	212
		La Quinine.	255
		Le Mercure.	318
		Le sous-nitrate de Bismuth.	343
		Les médications opothérapeutiques.	357
		La digitale.	No. 24
		Thyroïde:	
		Rayons X dans trait. des affections de la —	24

Myxoedème infantile spontané. Aug. Beaudry.	46	Epilepsie.	122, 170
Hypo et hyperthyroïde: Eug. Latreille.	77	Erysipèle.	219
Goitres simples. E. St-Jacques.	109	Fracture de la clavicule.	149
Goitre exophtalmique. E. St-Jacques.	125	Fièvre typhoïde: 28, 29, 48, 74, 87, 106, 152, 199,	
Goitre exophtalmique: trait. médical. E. P. Benoit	125	250, 267	
Goitre exophtalmique: trait. chirurgical. E. St-		Gangrène des bronches.	307
Jacques.	129	Goitre simple.	109
Extrait thyroïdien dans le trait. du rhumatisme	123	Goitre exophtalmique.	43, 109, 125, 129
Thyphoïde, — Fièvre:		Hémorragie intestinale typhique.	152
Thérapeutique minima.	28	Hémorragie pulmonaire.	170, 235
Variétés du traitement.	28, 29, 74	Hémorragie stomacale.	74
Chez les enfants. Mandan.	48	Insomnie.	203, 347
Balnéation in —	74	Infections par argent colloïdal: 6, 19, 39, 57,	
Pyramidon in —	87, 106	139, 296, 330	
Rapports avec la lithiase biliaire.	117, 200	Mal de Pott.	246
Contagion interhumaine.	124	Meningite cerebro spinale: 107, 147, 151, 164, 292	
Formes cliniques chez les enfants.	190	Meningite aiguë syphilitique.	341
Deux nouveaux signes de perforation.	269	Meningocèles.	67
Détails thérapeutiques: 28, 29, 48, 74, 87, 152,		Néphrites.	162, 169, 210
199, 250, 267		Oedème aiguë du poumon	266
Typhobacillose. — Landouzy.	41	Otite aiguë et chronique.	219
Tendance de la thérapeutique moderne. Lebel.	273	Ophtalmie des nouveaux nés.	198
Thoracocentèse: quelques procédés de —	No. 24	Poumon: oedème aiguë.	266
Tuberculose:		Poumon: pneumonie.	58, 90, 170
Exposition à Montréal. E. P. Benoit.	17	Poitrine: plaies pénétrantes de la —	57
Cathéchisme antituberculeux. E. P. Benoit.	36	Pleurésie.	132, 202
Tuberculose rénale. E. St-Jacques.	301	Pott, mal de.	246
Trait. de la — par les inhalations de sels calcaires	297	Phosphaturie.	331 et No. 24
Inauguration du Royal Edwards Institute.	308	Rhumatisme articulaire aiguë	330
Traitement d'		Rhumatisme chronique.	123
Anthrax.	140	Rhinites chroniques:	140
Asthme.	171	Scarlatine.	152
Adénites de la scarlatine.	267	Stokes-Adams.	266
Aneurysmes: Latreille 11. — Vaquez.	35	Septicémie gazeuse.	219
Angine du pharynx.	16	Syphilis.	70, 75, 81, 347
Accidents consécutifs aux serums.	89	Tabes.	75, 154, 347
Asystolie.	120	Tuberculose.	297
Abcès chauds.	121	Variole, par la leverre.	200
Appendicite: . . . 352, 6, 19, 39, 57, 139, 296, 330			
Abdomen: contusions de l' —	4		
Brûlures.	16, 299		
Bacillemie streptococcique.	295		
Bleennorrhagie.	250		
Céphalée.	299		
Coxalgie.	325		
Coqueluche.	42		
Cancer.	54		
Crane. Traumatismes du —	61		
Chancre Mou.	139, 266		
Cystite.	167		
Chorée.	201		
Coma diabétique.	283		
Diphthérie.	233, 250		
Diphthérie. Des paralysies post-diphthériques:			
89, 138, 167			
Diarrhée.	107, 154, 203		
Eclampsie, par la ponction lombaire.	43		

U

Urèthre. Rupture traumatique.	162
Urine. Acidification de P.	162
Ulcère de l'estomac. Prof. Debove.	273
Ulcère de l'estomac. Prof. Mathieu.	304

V

Verres. Comment reconnaître qu'un sujet a besoin	
de — ; Bichon.	119
Varices. Trait. des — du membres inférieur.	155, 171
Vétérinaire: Art et Science.	362
VERNER, I.: —	
Notes de Pédiatrie.	135 à 138
Notes de Pédiatrie.	258 à 260
Notes de Pédiatrie.	279 à 283
La meningite cérébro spinale.	148
Trait. des paralysies diphthériques.	167
Rapports de la Soc. Médicale.	