

PAGE

MANQUANTE

## Pathologie chirurgicale des voies Biliaires

Par E. St-Jacques, Prof. adjoint de Clinique Chirurgicale  
à l'Hôtel-Dieu.

Les affections des voies biliaires qui sont du ressort de la chirurgie, ont en ces derniers temps fait le sujet de nombreuses communications. Kehr, au Congrès de la Société Internationale de Chirurgie, à Bruxelles, et Delage-rière et Gosset, au Congrès français de Chirurgie nous ont présenté des aspects intéressants de ce problème varié, que nous allons résumer.

Les indications opératoires sont nombreuses. Ce sont d'abord les plaies et ruptures du cholédoque, de l'hépatique; ce sont là, sans doute, des complications rares, mais tous les avis sont unanimes: il est nécessaire d'intervenir le plus tôt possible. En éliminant encore les rétrécissements congénitaux des voies biliaires, on reste donc en présence de deux indications: d'une part, la lithiase biliaire; d'autre part, les tumeurs des voies biliaires.

10. Dans la lithiase, étant donné que la notion de l'infection tient la place prépondérante, à quel moment doit-on opérer? Kehr pose en principe que l'opération ne doit pas être précoce; sa statistique est suffisamment démonstrative, puisque sur 4,000 lithiasiques, 1,309 seulement ont été soumis au traitement chirurgical; c'est-à-dire que la cholélithiase est susceptible d'être améliorée, guérie par la thérapeutique médicale. Lorsqu'après les troubles du début: fièvre, frissons, ictère, les phénomènes s'amendent, il y a "latence du calcul", il n'y a pas "indication vitale", l'opération doit être écartée. Cette règle de conduite s'applique aux cas simples; mais lorsque le traitement médical devient insuffisant, les crises douloureuses se multiplient, les malades présentent de l'élévation thermique indiquant souvent une cholestite phlegmoneuse; on peut avoir en plus de la dilatation ou empyème vésiculaire; il ne faut plus hésiter: on doit opérer.

Telle est l'opinion de Kehr et de Hartmann. D'autres chirurgiens, Monahan (de Leeds), Bruning (de Giesen), Alessandri (de Rome) pensent, au contraire, que la présence de calculs dans la vésicule est plus fréquente qu'on ne le croit généralement; souvent même la cholélithiase serait prise pour une affection gastrique, une appendicite ou même une affection rénale.

Lorsque la lithiase entraîne des complications, il n'y a plus à hésiter, qu'il s'agisse d'angiocholécystite suppurée, d'abcès du foie et surtout de sténose du pylore, d'accidents d'occlusion intestinale aiguë, la vie est en danger, l'opération s'impose. Telles sont les indications. Il y a les contre-indications: le diabète, les affections cardio-pulmonaires, la néphrite chronique; enfin, il faut se souvenir que les hommes gras supportent moins bien que les femmes ces opérations.

Les interventions types sont: a) la cholédocotomie sus pancréatique, rétro et transpancréatique ou transduodénale; b) l'hépatotomie est une opération d'exception: elle ne doit être faite que lorsque le calcul siège dans le canal hépatique, près de l'abouchement du cholédoque, ou au niveau du hile du foie; c) la cholécystectomie supprimerait théoriquement la formation des calculs; mais elle aggrave l'acte opératoire. Enfin, pour terminer, on fera le drainage du canal hépatique; d) l'épiplooplastie sous-hépatique consiste à relever le tablier épiploïque flottant, à le fixer, de manière à isoler la région sous-hépatique de la grande cavité péritonéale. Ces opérations sont particulièrement graves; le malade est souvent exposé à l'infection, aux hémorragies, d'où l'indication de combattre énergiquement le choc opératoire.

20 Les opérations sur le cholédoque et sur l'hépatique, pour tumeurs, ont été étudiées par M. Gosset qui énumère les différentes formes sous lesquelles on trouve le cancer de l'hépatique, du confluent des canaux hépatique et cystique, le cancer du cholédoque, le cancer de l'ampoule avec les opérations palliatives et curatives. Il est évident que les résultats obtenus pour les tumeurs ne peuvent être mis en parallèle avec ceux obtenus chez les lithiasiques. En effet, M. Gosset, sur 1,124 interventions trouve, pour calculs une mortalité globale de 12,55 p.c. Outre les complications immédiates, il en est de tardives: éventrations, fistules biliaires et intestinales et souvent récidive de calculs. Ceux-ci auraient pu passer inaperçus au cours de l'intervention ou auraient pris naissance secondairement dans des cryptes existant sur les parois des canaux biliaires, même à l'état normal. Il est certain que par l'ablation, de parti pris, de la vésicule biliaire, on diminue les chances de récidive.

Cependant cette question de l'ablation de la vésicule n'est pas définitivement décidée. Si dans nos mains elle n'a donné que des résultats parfaitement satisfaisants,— il ne faut pas oublier que malgré une thérapeutique médicale post-opératoire la mieux appropriée, il est impossible de toujours empêcher la réformation de calculs hépatiques. Dès lors, s'il faut à nouveau intervenir plus tard, ce qui n'est pas un fait rare, ne l'oublions pas, nous sommes du fait de l'absence de la vésicule privés d'un précieux canal conducteur vers l'hépatique ou le cholédoque. Erdman, de New York, mettait bien ces faits en lumière dans un récent travail qu'il publiait dans le Medical Record et indiquait combien plus difficile est une seconde intervention, après que la vésicule a été antérieurement enlevée.

### L'HYDROPIE INTERMITTENTE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Parmi les accidents de la lithiase biliaire, certains résultent de l'infection biliaire, d'autres au contraire relèvent de l'action mécanique. Malgré toutes les discussions récentes, cette première classification de M. Chauffard persiste dans toute son intégrité. Certaines complications ne peuvent être expliquées que par un processus mécanique:

telle l'hydropisie intermittente de la vésicule biliaire. La fréquence avec laquelle apparaissent les accidents, la courte durée des crises douloureuses, l'intégrité souvent complète de la vésicule en dehors des paroxysmes démontrent une pareille origine.

Cette hydropisie intermittente de la vésicule, décrite par MM. Villard et Cotte, puis plus récemment dans le travail de Cotte (1908, Maloine-Lyon) sur le traitement chirurgical de la lithiase biliaire, se produit au cours de toutes les obstructions du canal cystique, quand le calcul fait soupape.

Le syndrome clinique évolue sous la forme de crises paroxystiques qui reviennent plus ou moins régulièrement à des intervalles plus ou moins rapprochés. Ces crises sont caractérisées par l'apparition de deux symptômes: la douleur et la tumeur. L'intensité des phénomènes douloureux rend quelquefois l'examen impossible et empêche de reconnaître l'existence d'une tumeur dans la région vésiculaire. Le début de la crise survient au milieu d'une santé parfaite ou bien à la suite d'un passé hépatique, particulièrement chargé de lithiasique. C'est vers quatre à cinq heures de l'après-midi que la crise débute. La douleur se montre tout d'abord, elle siège dans la région vésiculaire ou la région épigastrique. Atroce, paroxystique, elle arrache des cris au malade, irradie de même qu'une colique hépatique et entraîne même des symptômes réflexes.

L'examen local, avons-nous dit, est souvent empêché par l'intensité de la douleur.

Dans les cas où il est possible, on perçoit une tumeur pyriforme au bord externe du grand droit et immédiatement au-dessous du rebord du foie. Certaine malade insiste même sur la présence constante dans l'hypocondre droit, au moment des crises douloureuses, d'une boule atteignant le volume du poing, mobile et se dirigeant vers l'ombilic.

Ces accès sont de courte durée. En deux heures, ils se terminent, vis en même temps que la douleur s'atténue, on voit la vésicule diminuer de volume et reprendre des dimensions normales. Après la crise, la palpation de la région ne fournit plus aucun renseignement et réveille à peine une douleur vague.

Les malades présentent bientôt d'autres crises, et un jour une cholécystite suppurée peut se développer et compliquer cette hydropisie jusqu'alors cliniquement aseptique. Aussi, comprend-on la nécessité d'une intervention radicale. M. Chauffard (*com. orale*) a observé des cas de ce genre et ayant constaté la rareté de la guérison spontanée, considère l'intervention chirurgicale comme une nécessité thérapeutique. M. Cotte manifeste la même opinion (*Th. Lyon, 1908*). La cure radicale de l'hydropisie intermittente de la vésicule appartient tout entière aux procédés chirurgicaux.

En attendant, M. Chauffard conseille le repos, et au moment des crises, *l'application locale de la glace*; la morphine doit être maniée avec prudence: dans une observation de M. Chauffard, son administration précéda une mort subite. L'intervention chirurgicale de choix est la cholécystostomie, c'est celle que recommandent MM. Villard et Cotte.

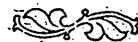
#### ACCIDENTS AIGUS BILIAIRES DUS A LA PRESENCE DE CALCULS.

A une récente réunion de la Société des Chirugiens de Berlin, M. Martens rappela quelques faits cliniques en présentant des malades, qui montrèrent à quelles graves et subites complications peuvent donner naissance des calculs biliaires. Cette communication montra bien aussi que, quoi qu'on ait dit, il y a plus d'un point de ressemblance dans la pathologie de la vésicule biliaire et celle de l'appendice iléo-cœcal. Chez les 2 malades en question, l'opération montra, au 2<sup>e</sup> et au 3<sup>e</sup> jour d'une attaque de colique hépatique, une gangrène totale de la vésicule dans un cas, une gangrène partielle dans l'autre et, dans les deux cas, une distension telle du réservoir qu'on peut dire qu'il était en imminence de rupture: dans un cas, il existait de la péritonite suppurée dans le voisinage; dans l'autre de la péritonite fibrineuse avec exsudat séreux libre abondant. Grâce à la *cholécystectomie d'urgence* ces deux malades guérirent.

M. Martens communiquait ensuite l'observation d'une femme de 58 ans, qui, 3 jours avant son admission à l'hôpital avait été prise, de vives douleurs dans la moitié droite du ventre, avec fièvre, frissons, etc. L'opération, pratiquée dès l'admission, montra une péritonite généralisée avec énorme épanchement de bile, due à une *perforation du canal cystique*, gangréné, par un volumineux calcul. Extirpation de la vésicule calculeuse et du cystique, drainage de l'hépatique, lavage du péritoine à l'eau salée physiologique. La malade fit, au 6<sup>e</sup> jour après l'opération, une pneumonie à laquelle elle succomba le lendemain. L'autopsie ne révéla qu'un petit foyer de pneumonie et M. Martens est persuadé que si cette femme avait été opérée plus tôt, d'urgence, comme une appendicite, dans les premières heures de la crise, avant d'avoir été touchée si profondément par l'infection, elle aurait certainement pu résister victorieusement à sa pneumonie.

Enfin M. Martens cita encore l'observation d'une femme de 67 ans, entrée à l'hôpital, dans un état bien misérable, avec une *obstruction calculeuse du cholédoque* s'accompagnant d'un ictère très accentué durant déjà depuis 2 ans 1-2, et d'accès fréquents de fièvre (40°) et de frisson. L'opération permit d'enlever 16 calculs du cholédoque. Drainage de l'hépatique, guérison, qui se maintient actuellement parfaite depuis 2 ans.

Ces faits et combien d'autres que nous pourrions citer de notre expérience personnelle, ne prouvent-ils pas combien est heureuse la chirurgie dans ses interventions sur les voies biliaires.



## Thérapeutique Médicale

Par MM. Huchard et Fissinger.

### LA QUININE

Comme tous les médicaments vraiment actifs la quinine a envahi les champs les plus disparates de la pathologie. Spécifique dans la fièvre palustre, elle exerce une action utile à titre d'hémostatique ou dans certaines affections douloureuses (névralgies) et pénibles (vertige de Ménière), ou dans certains états physiologiques (accouchement). La plupart des maladies infectieuses s'accommodent de la médication quinique peut être plus par confiance théorique dans le remède qu'en vertu d'une efficacité bien démontrée.

Comme pour le salicylate de soude, nous étudions tour à tour dans la quinine l'action utile, l'action douteuse, l'action spécifique.

I. (Action utile).—L'action utile s'observe surtout dans les hémorragies, certains états vertigineux, les névralgies, en obstétrique, et pour activer les contractions utérines, dans les maladies de nutrition. La quinine arrête les hémorragies; à cela aucun doute. Inférieure à l'ergot dans le traitement des hémorragies utérines, elle réussit mieux dans les épistaxis, les hémorragies dentaires, les hémorragies des tuberculeux. Toutefois, dans ces derniers emplois, elle n'occupe qu'un rang secondaire par rapport à d'autres médications. Les tamponnements dans les épistaxis, à l'aide de boulettes de coton imbibées d'une solution "d'antipyrine" (1 pour 2), ou "d'eau oxygénée" (à moitié ou au 1-3) arrêtent mieux les épistaxis ou les hémorragies dentaires, et comme traitement interne, le "chlorure de calcium" (2 à 4 gr.) qui favorise la production du caillot, sera supérieur aux médications quiniques. Ces dernières trouveront-elles un refuge dans les hémoptysies? Là, encore, d'autres agents lui barrent la voie. "L'extrait thébaïque, les injections de morphine, de sérum gélatiné" (50 gr. de la solution à 2-100 de gélatine) assurent aux tuberculeux des bénéfices autrement marqués. Que si l'hémorragie accompagne l'hémophilie, les injections de "sérum frais," voire de sérum antidiphthérique (20 à 40 cent. cubes, Weil) ont fourni leurs preuves.

Nous ne voyons aucun inconvénient à "l'emploi externe" du remède sous forme de gaze imbibée d'une solution de chlorhydrate de quinine à 1 ou 2 p. c.; des médecins lui accordent une confiance résolue. Alors même que les tissus ne saignent pas, le remède favoriserait la guérison des pertes de substance. Reid (de Bristol) emploie un mélange de

quinine et d'huile de foie de morue (4 gr. pour 250 gr.) Les ulcères syphilitiques, certaines gangrènes des téguments, sous l'application de ce topique, verraient leurs bords se cicatriser rapidement. Nous y consentons. Seulement, pour semblable usage il y a autre chose et mieux.

Les affections "névralgiques" jadis ne connaissaient d'autre médicament que la quinine. La gamme des analgésiques, pyramidon, antipyrine, phénacétine, a délogé la quinine de sa place d'honneur. Toutefois, elle retrouve son rang dans la névralgie paludéenne. Labrosse, d'Alger, recommande la valérianate de quinine : 0 gr. 30 matin et soir. Et les douleurs les plus rebelles sont amendées.

Certains états vertigineux, tels que le "vertige de Ménière," sont grandement améliorés par la quinine. Il n'est point nécessaire d'ordonner de hautes doses comme le faisait Charcot. Une pilule ou un cachet de 0 gr. 10 de sulfate de quinine suffit avant le repas du midi et du soir. Continuer 8 à 10 jours.

Si les bourdonnements accompagnent les vertiges, les courants de haute fréquence ont donné d'heureux résultats (Desnoyès, Marquez, Imbert).

En (obstétrique), une valeur réelle est accordée au médicament, en tant qu'excitateur des contractions utérines. Il ne donne pas le signal des contractions, mais les favorise une fois qu'elles sont engagées. On administre trois cachets de 0 gr. 50 de demi-heure en demi-heure. Au bout de trois quarts d'heure, l'effet maximum est produit. Dans 78 0-0 des cas, le remède assure une augmentation de l'intensité et de la fréquence des contractions. Une fois l'accouchement opéré, sous l'effet médicamenteux, l'expulsion du placenta se trouve activée. M. Lepage prescrit, dans ce but, 0 gr. 50 à 1 gramme de sulfate de quinine.

Les maladies de nutrition où la quinine rend des services se bornent (au diabète). Depuis la découverte de l'antipyrine, les médecins prescrivent beaucoup moins la quinine. M. A. Robin l'emploie encore, après l'antipyrine, dans ce qu'il appelle la deuxième étape du régime : 0 gr. 40 de sulfate de quinine avant le déjeuner de midi. Continuer six jours, interrompre 4 jours, reprendre six jours. Le remède agit comme modérateur de la nutrition et diminue le chiffre du sucre urinaire.

II. (Action douteuse). C'est l'histoire de la quinine dans toutes les maladies infectieuses — en dehors du paludisme — dans les affections cutanées nerveuses, génitales ou cancéreuses.

On prescrit le remède dans l'amygdalite aiguë, et la grippe. Sans doute la quinine offre l'avantage, en détruisant les globules blancs, de mettre en liberté les ferments leucocytaires, ces derniers agissant à la fois sur les toxines qu'ils neutralisent et les microbes qu'ils détruisent. Pratiquement, cette action qui rappelle celle des ferments métalli-

ques, n'est point toujours constatée avec netteté. Ne nous attardons pas à discuter l'efficacité sur des vues théoriques. Le remède possède surtout d'autres mérites. Il est inoffensif et contente le malade hautes doses. M. le Pr. Albert Robin insiste depuis A condition, toutefois, de ne pas ordonner de trop longtemps sur leurs inconvénients. Au-dessus du chiffre 0 gr. 50 à 0 gr. 60 dans les 24 heures, les oxydations s'abaissent, les déchets nutritifs s'accumulent. Au dessous de cette dose, le remède agit comme tonique et diminue la destruction des matières albuminoïdes.

On l'ordonnera donc dans l'amygdalite et la grippe. De là à croire qu'il constitue le remède spécifique dans ces maladies, il y a loin. Nombre d'amygdalites et de gripes guérissent dans les 24 heures. Il suffit du repos au lit et de la diète hydrique. Ajoutons l'emploi de gargarismes (eau oxygénée au 1-4); formulons des cachets de quinine. Ces derniers n'entraveront en rien l'évolution favorable. Il y a vingt ans, sur des centaines de malades, nous avons comparé la marche des malades traités par la quinine et de ceux qui ne recevaient aucune médication. La guérison, chez ces derniers ne s'opérait pas moins du jour au lendemain.

Dans la "fièvre typhoïde," le remède s'ordonne communément. M. A. Robin se contente de deux doses de 0 gr. 25 matin et soir pendant les six premiers jours. Il n'est point nécessaire et il est dangereux de dépasser. Les doses massives diminuent la vitalité des réactions nutritives. Si la chute thermique signifiait guérison, sans doute de hautes doses de quinine seraient indiquées. Mais les infections les plus graves sont parfois celles qui évoluent avec des températures modérées, et, de hautes doses de quinine ne font que précipiter les accidents d'adynamie et de collapsus. 7

Ce que nous venons de dire s'applique aux autres maladies infectieuses: les "états septicémiques," la "fièvre puerpérale," où le remède a été détrôné par le collargol; dans la "pneumonie" où Jürgensen ordonnait jusqu'à des doses de 5 grammes, preuve que les pneumoniques qui guérissent ont la vie dure. Dans le "rhumatisme articulaire aigu", la quinine a cédé la place au salicylate de soude; dans la "coqueluche" les traitements inefficaces abondent; dans la "varioloïde," les médecins ont associé la quinine à l'acide phénique; dans les "fièvres éruptives, dans "les tuberculoses fébriles," tous les antioxydants sont maintes fois dangereux.

N'oublions pas que le remède exerce parfois une action adjuvante — à n'importe quelle dose — sur l'infection qu'il avait charge de combattre. Telle est l'histoire du "tétanos." Le danger est grand d'administrer de la quinine en semblable condition. M. Vincent recommande la plus grande circonspection dans l'emploi hypodermique de la quinine chez

teurs d'une excoriation aux téguments: le tétanos risquerait de s'ensuivre, la quinine favorisant le développement des bacilles tétaniques.

Parlerons-nous de l'usage de la "quinine" dans les affections cutanées? Les dermatologistes apprécient les propriétés vaso-constrictives du remède, les congestions locales s'en trouveraient amendées; c'est pourquoi Oppenheim (de Vienne), recommande la quinine contre le "lupus érythémateux": 0 gr. 50 matin et soir, avec élévation progressive jusqu'à la dose quotidienne de 4 grammes. En même temps les surfaces lupiques sont badigeonnées à la teinture d'iode. Ces hautes doses médicamenteuses nous laissent rêveur. Quels estomacs ont ces malades pour supporter ces débauches pharmaceutiques et comment leur système nerveux n'en est-il point incommodé? Brocq, à l'intérieur, se contente de pilules de 5 centigrammes de quinine (chlorhydrate de) et il associe le remède à dose égale d'ergotine et à un milligramme d'extrait de belladone: 4 à 8 pilules par jour. Extérieurement, des applications de savon noir étendu d'alcool (quantité suffisante pour faire une pâte molle étendue sur un linge de flanelle, appliquée le soir, le lendemain savonnage à l'eau chaude) suffisent en général comme traitement.

"L'urticaire rebelle" s'est également vu opposer la quinine. Chebaier utilise des injections hypodermiques d'une solution contenant 12 grammes de chlorhydrate de quinine, 8 grammes d'antipyrine pour 24 grammes d'eau distillée. Injection de 1 centimètre cube. La médication semble bien agressive contre une maladie dont les moyens diététiques, suffisamment prolongés, possèdent une efficacité non démentie.

Dans les affections nerveuses et les névralgies, la sédation de la douleur est manifeste, surtout quand elle est d'origine paludéenne: 0 gr. 50 de chlorhydrate ou de valériate de quinine matin et soir.

Il est une autre maladie — plus d'origine auto-toxique que nerveuse — où le remède produit également des résultats favorables: (la maladie de Basedow). M. Huchard recommande la quinine aux doses de 1 gr. 50 de bromhydrate de quinine (trois cachets de 50 centigrammes en trois fois, pendant 8 jours; 1 gramme en deux fois, pendant 8 autres jours; 50 centigrammes, les 8 jours suivants). Plus récemment, Lancereaux vante la même médication. En dépit des succès obtenus, l'électrisation et l'opothérapie ont détrôné la méthode; l'opothérapie étant, comme le dit M. Huchard, la médication de l'avenir.

Parlerons-nous de la quinine dans le traitement des (maladies génitales)? Chez la femme, elle a été utilisée contre les affections douloureuses, les inflammations annexielles et nous n'avons d'autres reproches à faire à son emploi que l'inefficacité habituelle du remède.

Par contre, nous faisons des réserves sur les affirmations du gynécologue américain Parsons. Il combat le prolapsus utérin par des injections de quinine dans l'épaisseur des ligaments larges (0gr. 75 de sulfate pour 2 grammes d'eau distillé et 2 grammes d'acide sulfurique dilué : injecter 4grammesde chaque côté). L'auteur célèbre avec enthousiasme cette méthode : 90 0-0 de guérisons. C'est un gros chiffre. En Amérique, on ne s'étonne de rien.

Chez l'homme, Jullien a recommandé la quinine par voie externe et sous forme d'injection uréthrale dans la blennorrhagie. Il associait 1 gramme d'alkaloïde à 5 grammes de bismuth pour 100 grammes d'excipient. On a renoncé à la méthode, coûteuse à la fois et d'une efficacité non démontrée.

Nous croirons, sans nous y arrêter, au traitement des (affections cancéreuses) par la quinine. C'est l'un de nous qui, le premier, employa cette médication, en 1897. Les observations de Jaboulay ne vinrent que plus tard et si nous n'avons pas publié les nôtres, c'est que les résultats obtenus, tout en se montrant passagèrement favorables, n'exerçaient aucun effet de loaque durée. Le remède peut être prescrit par voie hypodermique ou stomacale : 0 gr. 20 de sel de quinine deux fois par jour.

III. (Action spécifique)

Nul doute sur l'action spécifique de la quinine dans le paludisme. Elle s'oppose nettement au développement de l'hématozoaire pathogène. Toutefois, certains auteurs préfèrent encore à l'alkaloïde la poudre de la plante elle-même. Zilgien (de Nancy) a publié plusieurs observations où la quinine ayant échoué sur d'anciens paludéens, c'est la poudre de quinquina seule qui a réussi; 10 grammes de poudre de quinquina, en deux fois, à une heure d'intervalle après l'accès. Le lecteur se rappellera que 2 grammes de poudre équivalent à 25 centigrammes de sulfate de quinine.

En général, on use de l'alkaloïde : sulfate, chlorhydrate, chlorhydro-sulfate, bromhydrate, formiate de quinine. M. Laveran estime qu'il convient de préférer le chlorhydrate au sulfate. Le chlorhydrate renferme, en effet, plus de quinine (81 0-0), au lieu de 59 0-0 pour le sulfate; ajoutons qu'il est également plus stable et plus soluble. Le formiate de quinine est bien plus soluble que le sulfate et moins soluble que les autres sels. Il offre l'avantage de ne pas être douloureux en injections hypodermiques (Hirts, Claisse et Lemoine.) M. Lemoine recommande une solution contenant 0 gr. 20 de formiate de quinine pour 4 centimètres cubes d'eau.

La formule usuelle du bichlorhydrate en injection hypodermique est connue.

Bichlorhydrate de quinine... 5 grammes

Eau distillée..... p.s. pour 10 cc.

Un centimètre cube de cette solution représente

0 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine. La quantité d'excipient peut être augmentée (Malafosse préfère une solution à 1-20 au lieu de 1-2. Il injecte 20 centimètres cubes d'eau salée à 7-1000 renfermant 1 gramme de quinine. Laveran estime que point n'est besoin de recourir à un chiffre de dilution aussi élevé. Celui de 1-5 est largement suffisant pour éviter les douleurs.

Inutile d'insister sur les conditions d'asepsie indispensables. Les solutions de quinine devront être préparées en ampoules stérilisées; si le liquide contient des cristaux, on chauffera préalablement au bain-marie. L'injection sera pratiquée profondément dans la fesse ou à la partie externe de la cuisse.

Bacelli a oréconisé les injections intra-veineuses. Elles ne sont guère plus efficaces et la technique plus compliquée nécessite des soins plus minutieux et expose à des accidents locaux. Ce n'est que dans les accès pernicieux cholériformes avec état algide, qu'on pourra utiliser la méthode (Laveran). La formule pour injections intra-veineuses est :

Chlorhydrate de quinine..... 1 gramme  
Chlorure de sodium..... 0 gr. 75  
Eau distillée..... 10 grammes

En général la (voie stomacale) est la plus habituelle. Quinine en cachets pour l'adulte ou, pour en dissimuler l'amertume, quand les cachets ne peuvent être absorbés comme il advient chez les enfants, mélange de la quinine à l'huile d'olives. C'est Bordes (de Bordeaux) qui a imaginé cette méthode. On mêle dans un mortier 1 gr. de sulfate de quinine avec 8 gr. d'huile d'olives : vingt gouttes du mélange renferment 0,05 de quinine. Un certain nombre de gouttes sont versées dans une cuiller à soupe, remplie à moitié de lait froid et sucré. L'huile forme une lentille à la surface du lait. Chaque particule de quinine, étant enveloppée d'huile, glisse comme une pilule. L'enfant avale sans répugnance. Une gorgée d'eau ou de lait est donnée par dessus.

Au lieu d'huile, on peut incorporer la quinine au beurre de cacao; on fait avaler le tout fondu dans une cuillerée de lait chaud (Roch de Genève).

Sulfate de quinine..... 0 gr. 05 à 0,10  
Beurre de cacao..... 0 gr. 15 ou 0,30

Des maisons de commerce fabriquent des chocolates à la quinine, insolubles dans l'eau, dépourvues conséquemment d'amertume.

On n'usera pas de la boie intestinale, lavements ou suppositoires, qu'à défaut de la précédente. L'absorption par l'intestin est toujours moins rapide et moins sûre.

A un adulte on peut ordonner un lavement de 1 gr. de chlorhydrate de quinine dissous dans 120 gr. d'eau et additionné de 6 à 8 gouttes de laudanum. Les enfants garderont plus aisément les sup-

positoires: 0 gr. 10 pour 1 gr. 50 de beurre de cacao (enfant de un an). Lavements et suppositoires ne sont indiqués qu'en cas de vomissements; la diarrhée s'y ajoute-t-elle, la voie hypodermique sera celle de choix. Les praticiens se rappelleront, en thérapeutique infantile, les avantages d'un produit voisin de la quinine, (l'equinine) qui s'obtient en faisant agir l'éther éthyl carbonique sur la quinine. C'est une poudre cristalline dont le goût, très peu amer, disparaît dans le lait sucré. Moins actif que la quinine, le produit sera prescrit à plus haute dose, 1 gr. 50 à 2 gr. chez l'adulte, en potion aqueuse édulcorée avec du sirop de groseille.

Comment convient-il d'administrer le remède? Tout d'abord disons que le type de la fièvre importe peu; qu'elle soit quotidienne, tierce, quarte, la quinine sera administrée de même. Dans les continues palustres, la dose du début sera toutefois plus élevée (1 gr. 50 au lieu de 1 gr.) les deux ou trois premiers jours. Laveran recommande deux séries de trois jours de quinine, séparées par deux périodes de trois jours d'interruption. Le traitement sera terminé par deux séries de deux jours, coupées de trois jours de repos.

Soit les 1er, 2e, 3e jours, 0 gr. 80 à 1 gr. par jour de chlorhydrate de quinine. Trois jours de repos.

Les 8e, 9e, 10e jours, 0 gr. 60 à 0 gr. 80 de chlorhydrate de quinine. Trois jours de repos.

Puis, en périodes de deux jours: les 15e et 16e jours, 0 gr. 60 à 0 gr. 80 de chlorhydrate de quinine. Repos de trois jours.

Les 2e et 22e jours, 0 gr. 60 à 0 gr. 80 de chlorhydrate de quinine.

Chez les enfants de 4 ans, on prescrira 0 gr. 40 en plusieurs doses; chez les enfants de 2 ans, 0 gr. 20. Les doses de 0 gr. 10 conviennent aux enfants d'un an.

La méthode hypodermique sera employée dans les accès pernicieux: 1 gr. de chlorhydrate de quinine à renouveler au bout de quelques heures, si l'amélioration ne se produit pas.

La dose de 3 grammes ne doit pas être dépassée (Laveran).

Récemment, de nouvelles méthodes d'administration ont été préconisées (Fuster); au lieu de hautes doses, on se contentera de doses plus faibles. Ces dernières suffisent à tuer le parasite; les hautes doses altèrent en plus le globule sanguin. De 6 à 12 ans, une quantité de 0 gr. 40 de sel de quinine se montre suffisamment active; c'est un tiers en moins que la dose habituelle. La dose médicamenteuse est distribuée en quatre cachets donnés chaque jour à des heures plus tardives. Soit le premier jour, un cachet à 4, 6, 8, 10 heures du soir. Si la poussée fébrile persiste, le lendemain on commencera les cachets deux heures plus tard: soit 6, 8, 10, 12 h. du soir. En sorte qu'au bout de quelques jours de

traitement, toutes les heures de la journée auront successivement subi le maximum d'action de la quinine. Et comme fatalement la segmentation de l'hématozoaire a dû se produire à un de ces moments, elle aura été troublée et le jeune parasite, encore fragile, détruit plus ou moins complètement.

Cette méthode nous semble préférable à celle préconisée par Mr. Laveran. Les hautes doses de quinine peuvent en effet produire des phénomènes toxiques plus ou moins inquiétants: éruptions diverses, troubles de la vue et de l'ouïe, hémoglobinurie, collapsus avec diarrhée, accidents cardiaques caractérisés par la fréquence et l'irrégularité des battements et rappelant ceux produits par l'intoxication tabagique.

Dans (l'anémie et cachexie palustre), on prescrira la quinine pour éviter les rechutes fébriles (0 gr. 10 à 0 gr. 25 par jour de chlorhydrate de quinine); mais on lui associera un traitement tonique général où prendront place de vin, le quinquina, les arsenicaux à petite dose (2 à 10 gouttes de liqueur de Fowler par jour. Un changement de climat et le repatriement assureront le maintien de la guérison.

in Jnal. des Praticiens.

## Notes de Pédiatrie

Par L. Verner, assistant à l'Hôtel-Dieu.

### ETIOLOGIE DE L'ICTERE DES NOUVEAU-NÉS.

Pour élucider le mécanisme de l'ictère des nouveau-nés, Knopfmacher (in J. fur Kinderheilk) a examiné, par la méthode d'Eppinger, le foie chez 43 nouveau-nés. Les uns mort-nés, les autres âgés de deux à huit jours. Dans aucun cas il n'a trouvé l'existence des lésions nécessaires pour réaliser l'ictère par stase, à savoir la stase de la bile, la déchirure des capillaires-biliaires, la sortie de la bile dans les espaces lymphatiques.

En revanche, l'étude de la bile chez les mort-nés (17 cas) et chez les nouveau-nés âgés de un à cinq jours (22 cas) a montré à l'auteur que, chez les premiers, la viscosité de ce liquide est en moyenne de 11,3, tandis qu'elle n'est que de 6,05 chez les seconds. Ce fait indique donc qu'au moment de la naissance la bile est particulièrement épaisse et visqueuse, et c'est à cette particularité que l'auteur attribue l'ictère des nouveau-nés, en l'expliquant de la façon que voici:

Il pense notamment que la présence dans les voies biliaires, au moment de la naissance, d'une bile épaisse qui s'écoule mal, incite les cellules hépatiques à une suractivité

fonctionnelle plus grande. L'hypersécrétion de bile est du reste favorisée d'abord par la congestion du foie survenant après l'interruption de la circulation placentaire, ensuite par le péristaltisme intestinal amenant un afflux plus grand de sang vers le système porte, enfin par la résorption des acides biliaires à la surface de l'intestin. Il se peut cependant que cette hypersécrétion n'arrive pas à élever la pression au point de faire avancer dans les canaux biliaires la bile visqueuse. La bile passe alors de la cellule même dans la voie lymphatique et sanguine, et ce passage se manifeste cliniquement par l'ictère. De cette façon, l'ictère des nouveau-nés serait en dernière analyse une anomalie de sécrétion des cellules hépatiques.

\* \* \*

### DIAGNOSTIC DE LA PNEUMONIE CHEZ LES JEUNES ENFANTS.

Dans une récente clinique à l'Hôpital des Enfants-Assistés, Variot étudie les moyens cliniques de préciser ce diagnostic.

Deux enfants âgés l'un de quatre-ans, l'autre de trois ans, ont été pris soudainement de fièvre forte, avec de grandes oscillations thermiques, de 40° à 37°5 le matin : c'est ce que M. Variot appelle les pneumonies à température oscillante.

Chez des sujets aussi jeunes, le diagnostic de la pneumonie est difficile, parce qu'il peut n'y avoir aucun signe autre que la brusquerie de la fièvre. Une manœuvre qui réussit quelquefois consiste à pratiquer une percussion minutieuse sous les clavicules en plaçant le cou de l'enfant sur un petit billot formé d'un coussin ou de compresses, de façon à renverser la tête et à faire saillir les creux sous-claviculaires. On trouve ainsi une légère diminution de sonorité et souvent d'élasticité, bien avant d'entendre aucun signe à l'oreille et de voir aucun trouble fonctionnel. Il n'y a pas de dyspnée, ni de point de côté, pas même de toux.

Chez l'un de ces petits malades, il y avait quelques râles sous-crepitants à la base.

On a signalé l'immobilisation de la paroi thoracique du côté de la pneumonie. C'est un signe inconstant. On peut être trompé par une lésion préexistante du sommet.

Parfois, au lieu de matité, on trouve du tympanisme, tenant à l'emphysème vicariant.

Dans certains cas, la maladie se traduit uniquement par la fièvre. Cela dure quelques jours. La fièvre tombe sans qu'aucun signe révélateur ait éclairé le diagnostic. Ce sont des infections pneumococques.

Très grave chez le vieillard, très gravé aussi chez les nourrissons (à cette époque n'importe quelle maladie est grave), la pneumonie est au contraire très susceptible de guérison chez les enfants de deux à six ans (5 p.c. de mortalité). M. Variot cite le fait suivant : deux enfants sont atteints de pneumonie ; dans la même maison habite le grand-père, visitant les malades de temps à autre ; il est atteint de pneumonie et succombe en six jours ; les deux enfants guérissent.

### FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LE BÉBÉ

On sait la rareté de cette affection chez le nourrisson. Crozer Giffith en rapporte trois cas dans les *Archives of Pediatrics*, que nous croyons intéressant de résumer.

10. Garçon de cinq mois, reçu au *Philadelphia Hospital* le 12 mai 1902, avec sa mère, qui avait une fièvre typhoïde. L'enfant est bien jusqu'au 25 mai ; il a alors de la fièvre, des selles diarrhéiques et vertes, un ventre ballonné, de l'agitation. Le 28, état plus grave ; le 30, taches rosées sur le ventre et les bras ; rate grosse. Le 3 juin, séro-réaction positive ; défervescence le 5 (douzième jour). Dans la nuit du 8 au 9, deux hémorragies intestinales, vomissements, vives douleurs abdominales, cris, refroidissement des extrémités. Le 10, amélioration. Mort le lendemain. A l'autopsie, gonflement des plaques de Peyer, des follicules, de la rate, pas d'ulcération.

20. Fille de neuf mois, vue en consultation avec le Dr Asher le 1er janvier 1907. Fièvre attribuée à la dentition depuis quatre ou cinq jours. Constipation, un vomissement, fièvre vive (40 degrés). Pâleur, ventre distendu, taches rosées. Contagion probable par l'eau du bain. Le 30-décembre, toux plus accusée, râles de bronchite. Le 1er janvier, séro-réaction positive. Pas de fièvre après le 17 janvier ; anorexie jusqu'au 25 ; la fièvre reparait, la rate redevient palpable, nouvelles taches rosées (rechute). Le 10 février, taches disparues, rate normale. Eruption de furoncles, fièvre rémittente. Guérison.

30. Fille de neuf mois. Il y a un an, le père a eu la fièvre typhoïde ; à cette époque, un autre enfant fut atteint, puis une fillette de six ans. En janvier 1907, l'enfant a de la fièvre, qu'on attribue à la dentition. Vomissement, anorexie, diarrhée, affaiblissement, etc. Le 7 février, on l'apporte à l'hôpital. Rate grosse, taches rosées sur le ventre. Séro-réaction positive. Guérison malgré un gros abcès de la région sacrée, une otite, une vulvo-vaginite, etc.

\* \* \*

### HEMOTHORAX CHEZ UN NOURRISSON.

L'hémothorax n'est pas nécessairement mortel, ainsi qu'en témoigne ce cas de Northrupp (*Arch. of Ped.*) :

Enfant de cinq mois, chétif, pâle, dyspnéique (80 respirations). Poumon gauche moins expansif que le droit, mat du haut en bas, cœur déplacé : pas de fièvre.

La radioscopie montre l'opacité totale du poumon gauche. Ponction avec l'appareil Potain, dans le sixième espace, sur la ligne axillaire, l'enfant reposant sur le dos. On retire 60 grammes de sang, sans incident : pas de pus ni de caillots. L'enfant guérit rapidement, sans nouvelle ponction. L'examen du sang montre des hématies normales, avec peu de leucocytes.

Un an après, l'enfant est bien, tout en conservant une respiration précipitée. D'où venait l'hémothorax ? La recherche des bacilles de Koch a été négative.



## Clinique Médicale

### La mort imprévue dans la scarlatine

M. le Dr A. Gouget et Mademoiselle Dechaux, internes des hôpitaux, consacrent, dans la *Presse médicale*, un travail important à l'étude de ces morts imprévues qui, plus que dans toute autre maladie, peuvent survenir alors qu'on s'y attendait le moins. Trousseau disait que la scarlatine est la maladie dont les dangers peuvent être les moins prévus. Duclos dit "qu'il est peu de maladies aiguës ayant causé autant de déceptions, autant de douloureux imprévus. On y voit des morts survenant sans aucun signe prémonitoire et en dehors de toute explication possible".

Ces morts inopinées peuvent survenir à tous les stades de la scarlatine.

Elles peuvent survenir tout au début, avant que l'éruption ait eu le temps d'apparaître, voire même avant l'angine; ce sont des cas foudroyants de scarlatine maligne. Au milieu d'une parfaite santé éclatante et se déroulent plus ou moins au complet les symptômes suivants: vomissements incessants, diarrhée, violent délire, convulsions, quelquefois vive dyspnée sans signes stéthoscopiques, fièvre très élevée (42 degrés 4 dans le cas de Günther; 42 degrés 8 dans celui de Leichtenstern), pouls très petit et d'une fréquence extraordinaire, puis, bientôt, collapsus complet. "L'enfant est méconnaissable, les yeux ternes, enfoncés dans les orbites, le regard fixe, les joues pâles ou légèrement cyanosées, les mains froides. On n'obtient de lui que de brèves réponses ou des soupirs et des gémissements. Peu à peu il perd connaissance. Les bruits du cœur sont faibles, le pouls misérable. La mort survient dans le plus profond coma." Cet effrayant spectacle se déroule en douze heures (Günther), en moins de onze heures (Bretonneau et Trousseau), en dix heures (Leichtenstern), en quelques heures seulement (Baginsky). Wood parle de cas analogues.

Le diagnostic n'est alors possible que par la notion de l'épidémie existante et la connaissance d'un ou plusieurs cas de scarlatine dans l'entourage du malade. Mais "si l'épidémie commence par un cas de ce genre, comme je l'ai observé, le médecin le plus expérimenté se trouve dans un cruel embarras, jusqu'à ce que d'autres cas, plus caractéristiques lui donnent la clef de l'énigme" (Baginsky).

Dans les précédents on est surpris par la brusquerie avec laquelle est frappé le sujet au milieu d'une parfaite santé; mais dès que les premières manifestations pathologiques ont éclaté, elles portent d'emblée un cachet de gravité, que l'on ne saurait méconnaître, et le médecin n'est pas exposé à une erreur de pronostic.

Il n'en est déjà plus tout à fait de même dans les cas comme ceux dont parle Wunderlich sous le nom de "cas rudimentaires à évolution maligne". Ici, la maladie

débute sous des allures bénignes; mais, de très bonne heure, "en quelque sorte avant que la maladie ait eu le temps de se développer, survient, avec une rapidité surprenante, ou même subitement, un accident tel que convulsion, délire, coma, accès d'étouffement, qui amène brusquement la mort. Quand le malade succombe, on ne découvre encore sur la peau aucune trace d'exanthème, et l'examen des organes internes ne peut davantage expliquer la catastrophe

Dans d'autres cas, comme ceux qu'a rapportés Goldschmidt, la mort survient encore brusquement et au début de la scarlatine, mais ici le seul symptôme est un pouls filiforme et d'une extrême fréquence. Sans doute, Henoch a particulièrement insisté sur la valeur de cette tachycardie (pouls atteignant ou dépassant 170 chez l'enfant), comme signe précurseur de la paralysie cardiaque. Il n'en est pas moins vrai que c'est là un symptôme isolé qu'il faut chercher et qui ne s'impose pas de lui-même à l'attention comme le tableau symptomatique impressionnant des cas habituels de scarlatine maligne.

Quoi qu'il en soit, ces observations établissent la transition entre les cas classiques de scarlatine maligne et d'autres, dans lesquels, au quatrième ou cinquième jour d'une scarlatine absolument régulière, sans aucun indice spécial de gravité, le malade est terrassé, brutalement et succombe en quelques heures. Ici, l'erreur de pronostic est fatale.

M. Gouget en cite plusieurs exemples observés par lui dans le service des scarlatineux ou par divers auteurs.

Déjà en 1853, dans une communication à la *Société médicale d'Edimbourg*, Wood déclare que "quelquefois le collapsus survient au milieu de la maladie, alors que celle-ci a suivi jusque-là un cours tout à fait régulier. L'éruption est bien développée, la réaction franche; brusquement, et sans cause connue, sans refroidissements, l'éruption disparaît, la peau devient pâle et froide, toute réaction est anéantie, l'enfant tombe dans le collapsus et meurt."

Ces surprises ne sont donc pas tellement exceptionnelles qu'on puisse les considérer comme une simple curiosité pathologique; elles méritent d'être bien connues, et cependant, comme Duclos le fait observer avec raison, on n'en trouve aucune mention sérieuse dans les traités de pathologie récents. Parmi les monographies consacrées à la scarlatine, une seule, semble-t-il, signale expressément les cas de ce genre: c'est l'article de M. Moizard dans le *Traité des Maladies de l'Enfance*. Sous la rubrique: "Mort subite et imprévue à la période d'éruption", il cite le travail de Duclos, en ajoutant: "Il s'agit évidemment d'une variété insidieuse de scarlatine maligne, masquée sous ces dehors bénins au début, donnant par conséquent au médecin une sécurité trompeuse."

Ce qui ne frappe pas moins que l'imprévu du dénouement fatal, c'est l'absolue similitude de presque toutes ces observations. Elles sont littéralement calquées l'une sur l'autre. C'est toujours le quatrième ou le cinquième jour de la maladie que les accidents éclatent. En quelques instants, le malade, jusque-là plein de vie, n'est plus qu'un corps inerte, la température atteint un très haut degré, le

pouls devient incomptable, et, en deux à quatre heures, exceptionnellement un peu plus, tout est terminé. La dyspnée (avec ou sans oedème pulmonaire), la disparition ou l'aspect cyanotique de l'éruption sont inconstants. C'est, en somme, le tableau de la scarlatine maligne, réduite à sa phase terminale, et brusquement greffée sur une scarlatine d'évolution normale jusque-là.

Plus rarement, c'est un peu plus tard, au début du déclin de la scarlatine, que survient l'aggravation foudroyante.

Enfin la mort peut survenir d'une façon tout aussi imprévue au cours même de la convalescence.

"Un individu guérit de la scarlatine; il est en convalescence, vous n'avez plus aucune inquiétude lorsque tout à coup des vomissements surviennent, semblables à ceux du début; avec ces vomissements, du délire, une épouvantable agitation, une grande fréquence du pouls, et le malade succombe dans le coma ou au milieu de phénomènes convulsifs. Cependant il n'y avait pas d'anasarque, pas d'albuminurie, rien qui pût faire prévoir de pareils désordres. Ces accidents se montrent chez les adultes comme chez les enfants... Je ne saurais donc trop dire et répéter que, dans la scarlatine, on ne doit considérer les malades comme guéris que longtemps après la cessation des derniers phénomènes morbides. La fièvre est éteinte, vous annoncez la guérison et cependant le mal est encore redoutable, il va tuer le malade avec une extrême rapidité alors que rien ne pouvait le faire craindre." (Trousseau).

Ce sont les cas de ce genre que Moizard décrit sous le nom de "forme maligne tardive". "Quelquefois, dit-il, les accidents de malignité paraissent tardivement dans le cours d'une scarlatine ayant évolué normalement jusque-là, sans qu'il soit possible de les rattacher à une complication nettement définie. J'ai vu un enfant, arrivé sans aucun incident à la troisième semaine d'une scarlatine jusque-là normale, être enlevé en quelques heures par des accidents hémorragiques (épistaxis abondantes, hémorragies sous-cutanées donnant lieu à de vastes collections sanguines, hémorragies intestinales) accompagnés d'accidents nerveux graves, et sans albumine dans les urines".

Ici encore, la mort peut être absolument subite, comme dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Leichtenstern rapporte trois cas de ce genre, survenus chez des enfants convalescents de scarlatine, dont un seul avait eu une néphrite, d'ailleurs sans manifestations urémiques. Dans les trois cas, la mort fut absolument imprévue; deux fois, elle se produisit au moment où l'on mettait les enfants sur leur séant, pour manger ou pour aller à la selle; la troisième fois, elle survint pendant la nuit, dans le décubitus dorsal le plus tranquille.

Ces morts brusques ne sont pas exceptionnelles dans la néphrite scarlatineuse.

La mort peut donc survenir d'une manière absolument imprévue à toutes les périodes de la scarlatine, et l'on peut ajouter que les cas de ce genre ne sont pas absolument exceptionnels. C'est tantôt la mort subite, tantôt l'agonie subite, soit au milieu de phénomènes d'excitation,

soit, plus souvent avec le tableau du collapsus, moins l'hyperthermie qui est, au contraire, remplacée le plus souvent par une très forte hyperthermie. Il est certain que, lorsqu'on connaît les cas de ce genre, et surtout lorsqu'on en a soi-même observé un, on n'ose plus jamais porter, sans réserves, un pronostic favorable, même à brève échéance, devant le cas de scarlatine en apparence le plus bénin.

De ces morts imprévues on ne donne en somme aucune explication anatomo-pathologique bien certaine et on arrive à faire jouer aux causes prédisposantes personnelles un rôle important.

D'après Czerny, il s'agit toujours d'enfants de familles atteintes d'une anomalie du système nerveux, donc d'enfants présentant une tare héréditaire. Il y a, dans certaines familles, des anomalies héréditaires de l'innervation cardio-vasculaire, et parmi les enfants nerveux, il y a une catégorie dans laquelle prédominent les anomalies de cette innervation. Ce sont des enfants qui, à la moindre émotion, changent de couleur, et parfois même ont de la tachycardie ou de l'irrégularité du pouls (Morquio). Ils appartiennent à des familles dans lesquelles ont déjà été observés des cas de mort inattendue, non seulement dans l'enfance mais encore à l'âge adulte." Le caractère familial de certaines morts subites a été, en effet, souligné par toute une série d'auteurs, mais la plupart de ces observations ont trait à des enfants en bas âge, ou reposent sur des renseignements insuffisants. Cependant, dans les cas d'Hedingër (mort subite de 6 enfants sur 9), il s'agissait d'enfants de cinq à six ans, et, d'après Gilbert et Baudouin on observerait chez l'adulte des cas analogues, tendant à faire admettre l'existence d'une véritable "diathèse de mort subite" dans certaines familles. Il semble, d'ailleurs, que la mort imprévue, dans la scarlatine, s'observe plus souvent dans l'adolescence et au début de l'âge adulte, puisque dans la majorité des observations rapportées, c'est des sujets de vingt à trente ans qu'il s'agit, malgré la fréquence incomparablement moindre de la scarlatine à cet âge.

Malheureusement, ces observations sont muettes sur les antécédents personnels et héréditaires des malades, sur leur constitution ou leur tempérament.

En somme, ces morts inopinées dans la scarlatine, comme dans les autres maladies infectieuses, restent aujourd'hui encore bien mystérieuses; sur leur cause et leur mécanisme, on en est réduit à des hypothèses, dont aucune n'est vraiment satisfaisante. De toute façon, il y a lieu, dans les cas de ce genre, de procéder à une enquête sérieuse sur les antécédents personnels et familiaux du sujet, notamment au point de vue de l'état nerveux, de l'hérédité alcoolique, syphilitique, tuberculeuse, etc., et de l'existence possible d'autres morts subites dans la famille.

Dr M. H. LEBEL,

Assistant à l'Hôtel-Dieu.



## Vomissements incoercibles de la grossesse

Par M. E. Bonnaire, agrégé accoucheur de l'hôpital Lariboisière.

Rien n'est plus commun que le vomissement du début de la grossesse. On s'accorde à admettre que plus de la moitié des femmes enceintes, tant primigestes que pluripares, vomissent. Dans la règle, le phénomène est considéré comme quasi physiologique; la femme l'accepte avec une résignation confiante: un état nauséux au réveil, le rejet brusque des aliments au cours du repas, sans effort ni malaise consécutif, comme un vomissement d'enfant, tels sont ses caractères habituels. D'ordinaire, il cesse à la mi-grossesse.

Exceptionnellement, les vomissements atteignent un degré de fréquence, d'intensité et de persistance tel qu'ils déterminent un état de déchéance profonde et progressive, dont la mort peut être le terme. Ce sont les vomissements incoercibles, vomissements pernicieux ou hyperémèse de la grossesse. Il s'agit là d'une entité morbide, spéciale à la gestation, et, précisément caractérisée, elle porte ainsi le nom du syndrome qui domine la scène pathologique. Cette dénomination offre, en outre, l'avantage de ne pas préjuger de l'essence pathologique du mal; ce dernier point compte, d'ailleurs, parmi les questions les plus controversées à l'heure actuelle.

✦

C'est à Paal Dubois (1) que nous devons la première description d'ensemble de la maladie parue dans une série de leçons publiées par Laborie dans *l'Union médicale*, en 1848, et lors de la discussion à l'Académie de médecine, en 1852.

P. Dubois assigne à l'évolution des vomissements incoercibles trois périodes dites: 1<sup>o</sup> d'amaigrissement; 2<sup>e</sup> de fièvre; 3<sup>e</sup> des accidents cérébraux, cette dernière ne s'observant que dans les cas terminés par la mort. Rien n'est à changer dans l'exposé qu'a tracé P. Dubois; seule la désignation de la deuxième période est erronée en ce qu'elle confond tachycardie et fièvre.

Notre observation personnelle, qui comporte un ensemble de 29 cas traités par nous à la Maternité de Lariboisière depuis 1901, sur un mouvement d'environ 20,000 femmes, nous a permis de corroborer l'exactitude de la description de P. Dubois, tout en la développant au point de vue de la séméiologie.

L'hyperémèse gravidique est une affection rare: Les statistiques publiées jusqu'ici ne portent guère que sur des chiffres restreints; la première en date, réunie par Guéniot, en 1863, comprend 118 cas (2); Horwitz, de Copenhague (3), en a colligé 157, en 1873. Mais il s'agit là de faits épars dans la science et d'origines diverses. Comme statistique individuelle, Pick (4), en 1902, a publié celle du

service de Schauta, à Vienne; elle comporte 22 faits recueillis sur un total de 30,600 femmes. En alliant ces chiffres aux nôtres, on arrive à un pourcentage approximatif de fréquence, de 1 cas d'hyperémèse sur 1,000 femmes admises dans les maternités.

Il semble que la fréquence de l'affection varie selon les pays. D'après Horwitz, elle est très rare dans les pays du Nord, plus commune en Angleterre, et atteint son maximum de fréquence en France.

Le degré de parité influence certainement sur la genèse de la maladie: se basant sur 12 observations personnelles, Horwitz professe qu'elle est deux fois plus fréquente chez les primigestes que chez les multipares (8 : 4).

Les chiffres de Guéniot indiquent une prépondérance inverse: sur 51 femmes, cet auteur compte 39 multipares et 12 primigestes; Rosenthal, sur 100 cas, relève 67 multipares et 33 primipares; personnellement, sur 30 cas, nous trouvons 21 multipares contre 9 primigestes. Toutefois, la fréquence n'est pas en rapport avec le degré de la multiparité; sur nos 21 multipares 10 étaient II-pares; 2, III-pares; 3, IV-pares; 2, V-pares; 2, VI-pares; 1, VIII-pare; enfin, 1, IX-pare; cette dernière est la seule que nous ayons perdue.

La récurrence est assez commune, ou, tout au moins, on trouve souvent dans les antécédents des vomissements tenaces, sinon pernicieux, apparus lors des grossesses précédentes. Pour 9 de nos malades, 4 avaient eu des vomissements certainement incoercibles et nous avons déjà fait avorter l'une d'elles; les 5 autres avaient eu simplement des vomissements anormalement violents. Tarnier (5) rapporte le cas d'une dame russe qu'on dut faire avorter 4 fois; Pick (6) cite un fait où il fallut intervenir de même façon à 5 grossesses consécutives. Les récurrences alternent parfois avec des grossesses non accidentées: Dirmoser (7) a vu une V-pare qu'on fit avorter à sa première grossesse, qui mena à bien la deuxième et la troisième, chez laquelle il fallut interrompre la quatrième et qui, récidivant à la cinquième, put être guérie en conservant son œuf.

✦

Rien n'est plus difficile que de déterminer l'époque à laquelle les vomissements prennent nettement le caractère d'incoercibles. Il est exceptionnel de les voir éclater d'emblée avec ce caractère absolu; nous n'en n'avons qu'une observation ayant trait à une récidiviste qui, à la suite d'un traumatisme (chute d'une chaise), fut brusquement prise de vomissements incoercibles. Dans la règle, les vomissements offrent d'abord un caractère simple et ils n'arrivent au type pernicieux que par gradation.

C'est une maladie du début de la grossesse. Dans notre relevé, qui concorde exactement avec celui qu'a publié Guéniot, nous voyons que, chez 29 malades, les vomissements ont débuté: 2 fois, dès la conception; 10 fois, au bout de 15 jours; 3 fois, à 3 semaines; 6 fois, à 1 mois; 2 fois, à 6 semaines; 2 fois, à 2 mois; 2 fois, à 2 mois 1-2; 1 fois, à 8 mois.

Autant que nous avons pu savoir, d'après un interrogatoire serré, nous avons noté que les vomissements avaient

pris le type incrovable : 1 fois d'emblée, à 6 semaines de grossesse; 2 fois après une période de 15 jours de vomissements encore tolérants; 1 fois après tolérance de 1 mois; 1 fois, après tolérance de deux mois. Pour toutes les autres femmes, l'époque de début de la phase grave est restée très douteuse.

✦

La frontière entre la première période dite d'amaigrissement et celle des vomissements prodromiques est, comme nous venons de l'indiquer, la plupart du temps imprécise. On note fréquemment, qu'à la période prodromique, les vomissements, encore intermittents, s'accompagnent d'un malaise spécial continu; c'est un mélange d'inappétence, de nausées et de vertige qu'on ne saurait mieux comparer qu'à la sensation de mal de mer. L'hyperémèse commence par des vomissements "à vide" consistant dans le rejet pénible de mucosités stomacales mélangées de bile. Plus encore que des efforts infructueux, la patiente se plaint de l'état nauséux permanent; une de nos malades, que nous suspectâmes tout d'abord de supercherie, cherchait à se soulager en transformant la nausée en effort de vomissement, et, dans ce but, s'introduisait les doigts au fond de la bouche.

Avec l'état nauséux, marche souvent de pair une autre complication épuisante: le ptyalisme. La salive hypersécrétée s'écoule constamment soit hors de la bouche, dans la station assise, soit dans le pharynx, dans l'attitude couchée. Ce liquide, de goût salé, donne à la bouche une sensation tantôt visqueuse et tantôt spumeuse; il entretient un état d'écœurement continu. Chez une de nos malades, nous avons vu l'écoulement de salive au dehors atteindre un litre et de mi par jour. Une telle hypersécrétion ne va pas sans comporter un trouble dans la composition chimique de la salive: Dans une analyse pratiquée dans notre laboratoire, la proportion des éléments extractifs par rapport à la normale était la suivante: par litre, l'extrait sec s'élevait à 8,08 au lieu de 5 à 7; les chlorures atteignaient le double de la normale: 3,35 au lieu de 0,84 à 1,70; l'urée également était portée au double: 2,02 au lieu de 1; la ptyaline, par contre, était un peu inférieure à la moyenne: 1,27 au lieu de 1,39 à 2,9. Il est à remarquer que chez cette malade, l'analyse d'urine, pratiquée à la même date que celle de la salive, indiquait une élimination des chlorures réduite à 6,5 par jour et un abaissement du taux de l'urée à 7,68.

Le ptyalisme évolue d'ordinaire parallèlement à l'hyperémèse, et il disparaît avec elle. Nos 30 observations ne font mention que 12 fois de sa coexistence; mais nous pensons, d'après nos souvenirs, qu'on a dû oublier d'en faire mention dans un certain nombre de nos cas.

A cette première période les vomissements alimentaires ne surviennent pas toujours aussitôt après l'ingestion des aliments: ceux-ci peuvent stagner plusieurs heures dans l'estomac; ils offrent alors, au moment du rejet, une fétidité excessive. A une phase plus avancée de l'hyperémèse, l'intolérance de l'estomac devient immédiate; l'inappétence est telle que la pensée seule d'ingérer un aliment suscite une crise de nausées. Liquides et solides brûlent l'estomac et l'œsophage au passage; l'épigastrie est continue; elle

tient autant à l'ébranlement des attaches du diaphragme et des grands droits causé par la violence de l'effort émétique, que par l'irritation de l'estomac. L'intolérance pour les liquides est d'autant plus pénible que la soif est intense. Sauf dans le cas de ptyalisme, la bouche reste sèche; les lèvres, les bords et la pointe de la langue ont à cette période un aspect rouge vif, comme vernissé.

La violence des vomissements détermine parfois des hémorragies variées: nasales, sous-conjonctivales, palpébrales, auriculaires, hémorragies traumatiques qu'il ne faut pas confondre avec les pétéchies survenant parfois à la cachexie ultime; souvent les vomituritions glaireuses sont striées de filets de sang. Davis (8) a rapporté 3 cas de mort avec hématomèse.

Un symptôme aussi constant que tenace est la constipation; celle-ci ne manque jamais, tant avant qu'au cours de l'hyperémèse; la grossesse, d'ailleurs, constipe comme elle fait vomir, même en dehors de tout état pathologique. Cette constipation atteint parfois un degré excessif: une de nos malades nous a affirmé, à son entrée à l'hôpital, n'avoir pas été à la garde-robe depuis un mois. Cette concomitance de la constipation et de l'hyperémèse avait, du reste, déjà frappé les vieux auteurs: Guillemeau et Mauriceau compartaient l'emploi des purgatifs comme premier élément de leur traitement. Il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence: nous avons dû tous nos succès de guérison, obtenus en dehors de l'avortement, à l'évacuation systématique de l'intestin, poursuivie avec ténacité par le moyen des purgatifs salins. La débâcle des matières s'effectue sous forme d'un copieux rejet de gravats noirs, dissociés en fragments très durs et d'une fétidité extrême. Une de nos malades en évacua 1,200 grammes en un jour. De tels amas incrustés dans la paroi de l'intestin déterminent une entéralgie constante; il n'existe cependant pas de météorisme; le ventre, au contraire, est rétracté en bateau. Par le palper, on sent les masses fécales dures et régulières et, lorsqu'elles garnissent le côlon transverse, il n'est pas rare qu'elles en imposent pour une tumeur cancéreuse de l'estomac.

Par anomalie rare, on peut observer de la diarrhée, au lieu de constipation: parfois celle-ci est absolue, en ce sens que l'intestin ne supporte pas mieux que l'estomac les corps étrangers d'origine alimentaire. Elle offre alors le caractère incoercible et aggrave puissamment le pronostic. Stoltz (9) a vu une malade succomber à la diarrhée un mois après l'évacuation de l'utérus. Plus souvent, elle résulte de l'irritation liée à l'incrustation des matières fécales dans l'intestin. On l'a vue survenir à titre de phénomène critique suivi de guérison immédiate. P. Dubois en rapporte une observation remarquable. En pareil cas, la diarrhée est la manifestation heureuse de la défense de l'économie. Elle montre la voie au médecin qui, en recourant à la thérapeutique purgative, ne fait ainsi donc qu'agir dans le sens des efforts de la nature.

Le foie subit le contre-coup de la perversion fonctionnelle de tous les éléments glandulaires du tube digestif. L'ictère est commun dans l'hyperémèse: nous l'avons observé 12 fois sur nos 30 malades. Il se présente sous deux allures très différentes: le plus souvent (11 fois sur 12)

ce n'est qu'un subictère passager, transitoire et pouvant se répéter qui, sous ce type, n'affecte aucune valeur pronostique grave: il disparaît d'ordinaire après nettoyage de l'intestin et par la cessation des secousses émétiques du diaphragme. Dans des cas, heureusement rares, c'est un phénomène terminal des formes mortelles: très accentué en ce cas, il est lié à une destruction du parenchyme du foie et est analogue dans son essence à celui qui apparaît dans son essence à celui qui apparaît dans certaines formes graves de l'éclampsie puerpérale; nous l'avons observé chez la seule de nos malades qui ait succombé.

La crase urinaire est profondément troublée dès le début de l'hyperémèse et les modifications pathologiques de l'urine vont en augmentant à mesure que la maladie approche de la troisième période. La quantité des urines diminue: nous estimons qu'elle se réduit à la moitié du chiffre normal dans la période d'amaigrissement, soit à 500 ou 600 gr., et au quart pour la période d'état; il est, d'ailleurs, difficile d'évaluer précisément la quantité réelle des urines: tantôt les malades en perdent une notable partie sous l'effort des vomissements ou à l'occasion de la purgation; tantôt, au contraire, elles présentent une diurèse artificielle et momentanément provoquée par l'introduction massive de sérum artificiel sous la peau ou dans l'intestin.

La réaction est franchement acide, comme il est de règle dans l'inanition. La densité moyenne est de 1.023 ou lieu de 1.020.

La moyenne de l'urée: 23,2 au lieu de 23, est normale, mais les chiffres extrêmes varient entre 37 et 4,53; il en est de même pour les phosphates: 2gr. 6 au lieu de 2,3 (chiffres extrêmes, 5,66 et 0,2). L'acide urique est en excès, non seulement par rapport au coefficient d'urée (au lieu du rapport azoturique normal 1 : : 37, les extrêmes varient entre 1 : : 10,9 et 1 : : 82,5), mais encore de façon absolue. Cet excès, d'ailleurs, propre à toute grossesse, peut atteindre dans l'hyperémèse le taux de 2,12 par litre; comme minimum nous avons noté 0,25; c'était chez la malade qui a succombé.

Le dosage des chlorures est de grosse importance clinique: cet élément est constamment diminué; c'est là le caractère urologique dominant, mais il offre cette particularité de ne pas comporter une gravité de pronostic parallèle à l'affaissement du taux des chlorures. Au lieu du chiffre moyen de 9 grammes par litre, nous avons noté, d'après 24 recherches chlorurimétriques pratiquées dès l'entrée à l'hôpital, 9 fois un taux inférieur à 1 gr. (minimum 0,12); 3 fois de 1 à 2 grammes; 7 fois au-dessus de 2 grammes.

Nous dûmes faire avorter la malade qui n'offrait que 0.12 de chlorures par litre; par contre, une malade fut guérie en trois jours, qui n'offrait que 0.14 de chlorures à son entrée. La femme qui a succombé comptait 3 gr. 8 de chlorures. Si la valeur pronostique de l'urochlorurimétrie est incertaine, il convient de remarquer que les analyses en série que nous avons pratiquées en cas de guérison nous ont montré un relèvement du taux des chlorures marchant de pair avec le rétablissement; une malade entre le 9 juillet 1904 rendant 0,79 de chlorures par vingt-quatre heures;

le 12, elle cessa de venir; la quantité monta à 6 grammes; le 14, à 8 grammes; le 15, à 14 grammes; le 17, à 17,40, et le 18, à 16,56.

Il arrive, d'autres fois, que l'augmentation des chlorures n'indique pas un relèvement réel dans l'état général; une de nos malades, qui dut quitter notre service momentanément fermé sans avoir été améliorée, rendit 0,70 de chlorures le jour de l'entrée: 2 et 3 gr. 15 les jours suivants; elle fut soumise, pendant les trois jours où nous la gardâmes, à des injections massives de sérum salé de Hayem. Il y a donc lieu de tenir compte de la mise en oeuvre de ce mode de traitement dans l'appréciation de la valeur pronostique de l'urochlorurimétrie.

Il est de règle de constater dans les urines l'apparition de substances extractives anormales; en tête de celles-ci, il faut citer les dérivés de l'indol (scatol, indican, indoxyl); cette présence est relevée 11 fois dans nos analyses, dont 3 fois en quantité considérable. Cette proportion n'a rien qui doive étonner si on songe à l'intensité des putréfactions intestinales et à la perversion fonctionnelle des glandes digestives, qui sont la marque de la maladie.

Quinze fois la présence de l'urobilinæ a été signalée. L'albuminurie, à laquelle les auteurs attachent une signification grave, est commune. Légère, elle n'a plus d'importance que l'ictère transitoire; nous l'avons trouvée dix-huit fois; personnellement, nous ne l'avons pas vue excéder le taux de 2 gr. 9, chez une malade qui d'ailleurs guérit. Elle ne fut pas dosée chez la femme qui succomba.

Nous n'avons pas recherché systématiquement la présence de l'acétone que certains auteurs, comme Dirmoser et Tuschkaï, considèrent comme constante dans l'hyperémèse; nous l'avons cependant constatée une fois.

Nous ne parlerions pas de la diazo-réaction d'Ehrlich à laquelle on n'attribue plus guère de valeur clinique certaine, si Walzer n'avait assis sur ce signe l'indication de l'avortement provoqué.

Nos diverses analyses de salive et d'urines ont été pratiquées par M. Deval, préparateur à la Faculté.

Il ne nous a pas été possible de multiplier, comme nous l'aurions voulu, les analyses du sang pour les mettre en parallèle avec les analyses d'urines; ce champ de recherches a d'ailleurs été peu exploré dans le cas de vomissements incoercibles. Williams se contente de rechercher le degré d'alcaléscence du sang, liée à l'ammoniémie; il propose d'interrompre la grossesse lorsque ce chiffre s'élève jusqu'à 25 pour 100.

Lovrich dans un cas où il fut obligé de faire avorter la femme, constata un coefficient d'alcaléscence normal.

Tuschkaï indique, comme élément imposant l'indication d'interrompre la grossesse, l'apparition de mégalo-blastes dans le sang, coïncidant avec une diminution du nombre des hématies.

Tout récemment, M. Claude a bien voulu faire l'examen hématologique d'une de nos malades, chez laquelle nous ne vîmes à bout de l'hyperémèse qu'après une lutte de trois semaines. Un premier examen, pratiqué avant guérison et après cessation d'un subictère passager, décéla les caractères du syndrome cholémique dans le sang. En

outre, les globules rouges étaient au-dessous de la moyenne: 3,328.000. Il y avait légère polynucléose aux dépens des autres leucocytes. Une seconde analyse, faite après guérison, indiqua la disparition du syndrome cholémique; le taux des hématies n'avait pas changé, mais il s'était produit une inversion dans le rapport précédent entre les globules poly et mononucléaires.

Un de nos élèves, M. Barbier, a pratiqué dans deux de nos plus récentes observations l'examen chimique du sang: chez les deux malades, il constata une modification particulière de la globuline, consistant dans l'élévation du taux de l'acétoglobuline au double de la normale; au lieu de 2 grammes par litre, 3,55 chez l'une, et 3,26 chez l'autre; le bloc des autres albuminoïdes se trouvait diminué d'autant.

Le rôle physiologique de l'acétoglobuline, différencié par M. Patein, est encore inconnu.

Notons que pareille modification n'a jamais été rencontrée par M. Barbier dans le sang des éclamptiques (3 cas).

Il était intéressant de rechercher si l'hypochlorurie urinaire tenait à un défaut d'absorption ou à la rétention des chlorures dans le sang; M. Barbier fit deux examens à ce sujet chez une de nos malades; une première analyse, pratiquée alors que le taux des chlorures était de 1,68 par litre d'urine, indiqua 8,19 de chlorures pour 1000 de sang, vingt-quatre jours plus tard, après guérison, ce dernier chiffre tombait à 7,8. La quantité de chlorures contenus dans le sang normal étant, suivant une moyenne peu variable, de 5,2 par litre, on peut voir que l'hypochlorurie urinaire se relie à la rétention des chlorures dans le sang.

Il va de soi que les diverses modifications humorales que nous venons de passer en revue ne sont pas propres à la première période de la maladie; d'ailleurs, la plupart de nos analyses ont porté sur des femmes entrées à l'hôpital au cours de la deuxième période.

(à suivre)

## NOTES THÉRAPEUTIQUES

### ALIMENTATION DANS LA DIARRHÉE INFANTILE

L'auteur a l'habitude de considérer comme graves toutes les diarrhées d'été, et les traite en conséquence, quelques légers qu'ils soient les premiers symptômes. La diarrhée légère occasionnée par un peu de dyspepsie peut parfois devenir une affection virulente si le lait est continué. Le lait est suspendu pour n'être repris que quand les selles redeviennent normales, et il faut pour cela attendre 48 heures et même des semaines dans certains cas.

Par quoi remplacer le lait? Les gruaux et les tisanes de céréales sont certainement les meilleurs aliments à substituer au lait dans les diarrhées. L'auteur commence presque toujours avec l'eau d'orge, et au besoin la remplace par l'eau de riz. Pour préparer l'eau d'orge (*barley water*?, Kerley met 2 cuillerées à soupe de farine d'orge de préférence la *Robinson's barley flour*), dans une chopine d'eau et fait bouillir pendant 20 minutes; pour compenser pour l'évaporation il ajoute un peu d'eau au cours de l'ébullition, afin d'avoir encore une chopine d'eau après l'opération terminée. Pour fabriquer l'eau de riz, il met trois cuillerées à soupe de riz par chopine d'eau, et fait bouillir, comme pour l'eau d'orge. L'auteur donne, pour varier un peu la monotonie de ce régime, quelques aliments liquides tels que bouillon de boeuf, de mouton ou de poulet. Il donne souvent le mélange suivant: 4 à 5 onces d'eau d'orge et 2 onces de bouillon. Le jus de boeuf (une demie cuillerée à thé dans un peu d'eau d'orge) est excellent pour changer le goût de ces tisanes de céréales.

L'auteur défend absolument de donner de l'alcool dans

la diarrhée d'été, vu que l'estomac et les reins sont déjà en assez grand danger sans ajouter ce nouveau toxique. L'auteur, après une expérience assez longue, ne donne plus l'eau albumineuse. Plusieurs enfants ne pouvaient pas la digérer et chez eux l'eau albumineuse, en passant dans l'intestin, devenait un milieu de putréfaction tout comme le lait.

Au cours de la diarrhée, les urines, devenues concentrées par suite de la grande déperdition d'eau par l'intestin, exercent une action plus irritante et plus toxique sur l'épithélium rénal.

Les tisanes susdites sont données à intervalles réguliers, toutes les 2 heures si l'enfant le veut, et en quantité égale à celle du lait suspendu. L'enfant peut prendre de l'eau *bouillie* dans les intervalles. On mettra l'enfant dans une grande chambre, bien aérée. Lorsqu'il y a de la fièvre, on devra, plusieurs fois par jour, donner un bain d'éponge avec de l'eau à 80 degrés F. pendant 15 minutes environ.

Quand recommencer à donner du lait? On commence avec du lait très faible, dès que les selles sont devenues normales, et on augmente graduellement, si les premiers repas sont tolérés et bien digérés. L'auteur commence par mettre d'une à quatre cuillerées à thé de lait dans chaque bouteille d'eau d'orge. Si les selles restent normales, la quantité de lait est augmentée, petit à petit, tous les jours ou tous les deux jours. L'auteur a quelques fois été obligé d'attendre 2 semaines et voire même 2 et 4 mois avant de reprendre l'alimentation au lait.

Par le Dr C. G. Kerley de New-York,

### TRAITEMENT DE L'OEDEME AIGU DIFFUS DES POUMONS

Après avoir énuméré les diverses conditions dans lesquelles on peut rencontrer l'œdème aigu du poumon, l'auteur donne quelques indications sur le traitement. Il fait remarquer que beaucoup de cas sont bien limités et se résolvent spontanément par le repos. Dans quelques cas, le traitement a sans aucun doute contribué à la guérison. Un enfant atteint d'œdème pulmonaire aigu a été apparemment délivré de son état asphyxique après avoir été mis la tête en bas; l'action de la pesanteur a eu pour effet de vider l'arbre aérien d'un liquide qui ne s'est pas reproduit. On emploie généralement les stimulants cardiaques, mais au point de vue théorique, on ne peut affirmer si la stimulation cardiaque est indiquée ou non, à moins que l'on ne sache si l'œdème est dû à la faiblesse de tout le cœur. Dans certains cas, cette stimulation du cœur pourrait aggraver l'œdème pulmonaire.

De tous les médicaments employés, c'est l'atropine qui a donné les résultats les plus constants en dehors de la saignée de la veine. C'est la saignée qu'il faut pratiquer dans toute attaque subite d'œdème pulmonaire. Le traitement doit être rapide et énergique pour être efficace.

Par Grosvenor Cross (*Saint-Paul med. J.*, juillet 1909).

\*\*\*

### LE TRAITEMENT DU CHANCRE SIMPLE ET DE SES COMPLICATIONS

Le malade atteint de chancrelle doit prendre tous les jours un bain, se laver soigneusement les mains après chaque miction ou chaque toilette intime, et nettoyer souvent à l'eau bouillie sa lésion et les alentours. Trois fois par jour au moins, on utilisera pour le nettoyage le sublimé à 1 : 2000, le permanganate de potasse à 1 : 4000, l'eau oxygénée à 12 volumes dédoublée.

L'ablution terminée, on assèche avec un tampon d'ouate et on applique une poudre médicamenteuse; parmi elles, on préférera l'iodoforme quand son emploi est possible. L'aristol provoque, au bout de quelque temps, une réaction intense des tissus qui force à l'abandonner. Le calomel, excellent topique, a l'inconvénient d'indurer le chancre, ce qui peut avoir des inconvénients au point de vue du diagnostic.

L'enlèvement des croûtes est indispensable.

Le chauffage, soit au moyen de bains locaux, avec des solutions antiseptiques, soit au moyen d'insufflations tous les deux jours ou de l'approche d'un thermocautère rougi, constitue un grand progrès dans le traitement du chancre mou. La cautérisation par la potasse caustique, la pâte de Cancoing, ne paraissent pas recommandables à l'auteur. Le traitement chirurgical (excision ou raclage) a le gros inconvénient de laisser une surface à vif plus étendue que la lésion.

Le phagédénisme sera combattu efficacement par les bains et irrigations au sublimé à 1 : 2000 ou à l'eau oxy-

génée, pure si les téguments la supportent. Dans les cas graves, le thermocautère enraiera la lésion.

Les adénites chancrelles seront traitées, d'après l'inger, par l'application du mélange suivant:

Goudron de hêtre, 10;

Sulfate de chaux, 50.

Us. ext.

Par Nicolas (*Le Bulletin médical*, 8 mai 1909).

\*\*\*

### TRAITEMENT DU SYNDROME DE STOKES-ADAMS

Le syndrome qui consiste dans la bradycardie et des attaques cérébrales peut être accompagné d'urémie et s'observe dans diverses affections et intoxications; l'usage prolongé de la digitale peut le produire. Cependant on ne doit pas comprendre dans ce syndrome les infections et les intoxications; si l'on peut exclure ces dernières et si l'on constate de l'artéri-sclérose, le diagnostic est très probable. Le pronostic est incertain, il est favorable s'il existe des antécédents syphilitiques.

La prophylaxie consiste à éviter les exercices fatigants, les émotions et les écarts de régime. Le traitement mécanique est quelquefois utile. S'il existe des symptômes cérébraux, on peut donner au malade une position inversée, car il existerait de l'anémie bulbair.

Dans le traitement médical, l'auteur recommande d'associer l'atropine, pour diminuer le tonus des terminaisons du pneumo-gastrique, à la trychnine pour augmenter la force et la fréquence des systoles ventriculaires. L'atropine est inutile dans les affections du myocarde qui se traduisent par ce syndrome. L'alcool a paru parfois abrégé les accès. Wilcox a obtenu de bons résultats de l'emploi du cactus grandiflorus, dont on donne l'extrait fluide par doses de XXX gouttes. Après la cessation de l'accès aigu, il est indiqué de donner de l'iodure d'arsenic à la dose d'un milligramme trois fois par jour pendant une période assez longue. Comme on a souvent constaté la présence de gommages dans le faisceau de His dans les autopsies, on peut essayer les frictions mercurielles ou mieux les injections d'iodure de mercure dans l'huile. Enfin, l'iodure de strontium peut être donné à doses élevées en même temps que le mercure. Il est important de rechercher avec soin les autres états pathologiques concomitants pour y remédier si possible.

Par Webb Wilcox (*Boston med. and surg. J.*, 24 juin 1909).



## PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

### LES ADENITES DE LA SCARLATINE.

Les adénites sont une des caractéristiques de la scarlatine et on sait quelle importance elles peuvent prendre à titre de complications, mais elles appartiennent à diverses catégories. M. le Dr Guyonnet vient de faire à ce propos une étude d'ensemble montrant bien comment doit être envisagée la question (*Thèse, Paris*).

L'adénite du début est la plus habituelle et est en rapport avec l'angine de cette période.

Mais il existe encore deux formes d'adénites de la scarlatine: l'adénite secondaire et l'adénite post-scarlatineuse.

L'adénite secondaire se produit au moment de l'éruption ou peu après. A ce moment, on peut voir survenir une fièvre plus ou moins vive dont on ne trouve pas l'explication; mais en explorant les ganglions, on reconnaît que les ganglions latéraux du cou, de l'aisselle et peut-être d'autres territoires, sont plus ou moins enflammés. Peu augmentés de volume, ils roulent sous le doigt et sont légèrement sensibles à la pression. Ces adénites disparaissent en général assez vite.

Mais c'est surtout à la troisième variété, l'adénite post-scarlatineuse, que M. Guyonnet a consacré son travail. C'est une complication assez fréquente, deux fois plus que la néphrite environ. Elle survient avec un maximum de fréquence vers la troisième ou la quatrième semaine, pouvant cependant se produire ou plutôt (deuxième semaine), ou plus tard (jusqu'à la huitième semaine).

Les symptômes essentiels de cette adénite sont les suivants: élévation brusque de la température, gonflement des ganglions de l'angle de la mâchoire, d'un ou des deux côtés, sensibilité très vive. Cette adénite évolue rapidement. La fièvre tombe en lysis vers le deuxième ou le troisième jour; généralement la sensibilité s'atténue et la tuméfaction disparaît. La terminaison par résolution est la règle, la suppuration est exceptionnelle.

L'adénite post-scarlatineuse peut survenir isolément, très souvent elle s'accompagne d'autres manifestations post-scarlatineuses. La plus fréquente et la plus importante est la néphrite qu'elle semble souvent annoncer. Plus rarement, on voit se produire en même temps que l'adénite une fièvre sans localisation, une endocardite, des manifestations pseudo-rhumatismales, exceptionnellement une récidive de la scarlatine.

Aucun rapport de cause à effet n'unit les manifestations précédentes. Elles sont toutes les manifestations d'un état infectieux qui reste latent durant un temps variable après l'éruption et revient à l'activité dans des conditions encore imprécises.

La période dangereuse pendant laquelle ces diverses complications peuvent se produire est entre la troisième et

la quatrième semaine, exceptionnellement avant, rarement après.

On ne peut encore déterminer, étant donné que l'on ne connaît pas l'agent spécifique de la scarlatine, si l'adénite post-scarlatineuse et les autres manifestations contemporaines sont dues à l'agent de la maladie elle-même ou à des infections secondaires.

### LES HEMORRAGIES MENINGEES SPINALES

L'hémorragie méningée peut se produire non seulement dans les méninges crâniennes, mais aussi dans les méninges spinales. L'étude des hémorragies méningées spinales est à peine commencée; M. Vigneras y apporte une contribution intéressante dans sa thèse, inspirée par M. Sicard.

On peut distinguer trois types principaux d'hémorragies méningées spinales: les hémorragies traumatiques; les hémorragies consécutives à une tumeur de la moelle ou des méninges, à une pachyméningite; les hémorragies essentielles dans lesquelles la syphilis, l'alcoolisme, l'hémophilie semblent jouer un rôle considérable, mais dont la cause est encore inconnue, dans certains cas.

Toutes ces hémorragies déterminent les mêmes symptômes médullaires: paraplégie spasmodique, troubles de la sensibilité, troubles trophiques, douleurs le long de la colonne vertébrale et aux membres inférieurs, élévation de la température; il survient quelquefois des troubles des sphincters.

Le diagnostic clinique doit être confirmé par une ponction lombaire: le liquide céphalo-rachidien a une coloration sanglante et, examiné au microscope, il représente, pendant les premiers jours, une véritable préparation de sang; ensuite, les globules rouges se déforment et une réaction leucocytaire apparaît.

Le pronostic peut être basé sur l'intensité des phénomènes sensitifs, la présence ou l'absence de troubles trophiques et de troubles sphinctériens. Quand l'hémorragie n'a pas entraîné la mort au bout de cinq à six jours, on peut prévoir la régression des phénomènes graves; mais le pronostic reste réservé, de par la possibilité d'une nouvelle hémorragie.

(Vigneras, Th. de Paris, 1908; G. Steinheil, édit.)

### LE REGIME ET LES SOLS DE L'INTESTIN DANS LA FIEVRE TYPHOÏDE

Jusqu'à il y a une quinzaine d'années on prescrivait une diète liquide dans la fièvre typhoïde avec le lait pour base, depuis on a recommandé un régime beaucoup plus varié. Le malade se trouve beaucoup mieux quand on lui



donne autre chose que du lait et de l'eau. Des expériences de Puritz ont montré que 80 p. 100 environ de l'azote sont assimilés lorsqu'on donne aux typhiques des oeufs, de la viande, du pain, du café, du thé ou du porto. Des statistiques indiquent les accidents intestinaux; la perforation et l'hémorragie sont un peu moindres avec le régime libre qu'avec le régime lacté. Toutefois, les différences ne sont pas très sensibles. Ce serait cependant une faute grave, l'auteur le reconnaît, que de prescrire une alimentation variée dans la fièvre typhoïde sans une surveillance sévère, et l'on s'exposerait à voir survenir des rechutes et des accidents intestinaux. Le premier soin est de mettre le malade à une diète liquide avec du lait et du blanc d'oeuf pour base. Cette alimentation peut être portée à 2.500 calories en ajoutant des féculents, de la purée de viande, des huîtres. On surveillera les selles pour y chercher des aliments non digérés et pour surveiller l'état de l'intestin. Dans les premiers jours, des doses de calomel assureront l'évacuation de l'intestin, puis on aura recours aux lavements. En cas de diarrhée l'alimentation sera suspendue et l'on donnera du bismuth et des préparations opiacées.

Par Fussel (*Boston med. and surg. J.*, 24 juin 1909).

#### Auto-inoculation et réinfection syphilitiques

L'auteur, fort de son expérience personnelle, considérable et de celle de son père, le célèbre syphiliographe anglais, bat en brèche la théorie qui veut qu'une atteinte syphilitique confère l'immunité.

En premier lieu, Hutchinson relate quatre observations personnelles d'auto-inoculation syphilitique. Le premier cas est celui d'une femme de 25 ans, ayant présenté un chancre de la lèvre inférieure : 3 semaines plus tard, un second chancre induré apparaissait à la lèvre supérieure. La seconde observation concerne un homme qui, 1 mois après avoir présenté un chancre induré de la verge, eut un chancre à la deuxième phalange du pouce droit. Chez le troisième sujet, un intervalle de deux mois s'écoula en l'apparition du premier chancre, situé dans le sillon balano-préputial, et le second développé au niveau de la racine de la verge. Deux mois également s'écoulèrent chez le quatrième sujet entre les deux chancres : le premier, à la verge, le second, à l'index droit avec adénopathie axillaire et traînées lymphangitiques au bras.

La deuxième partie du travail d'Hutchinson traite de la réinfection syphilitique, dont la possibilité est prouvée par 7 observations personnelles rigoureusement contrôlées. L'intervalle entre les deux infections a été respectivement de 7 ans, 3 ans, 12 ans, 3 ans, 7 ans, 8 ans, 18 mois (l'intervalle le plus court qui ait jamais été observé). 7 ans tous ces cas les deux atteints furent caractérisés par le chancre induré et par les accidents secondaires.

Hutchinson conclut à l'insuffisance et à l'inefficacité du traitement mercuriel, continu et de durée relativement courte (1 an à 18 mois), tel qu'on le

pratique en Angleterre. Mieux vaut un traitement interrompu et continué pendant plusieurs années.

L'auteur a vu 3 cas de syphilis acquise, incontestable, chez des hérédosyphilitiques.

G. HUTCHINSON (de Londres).

\* \* \*

#### Deux nouveaux signes de perforation intestinale dans la fièvre typhoïde

A. J. Brown, de Rome (Etat de New-York), décrit les deux signes suivants qu'il a observés plusieurs fois dans les perforations intestinales de la dothiéntérie. Quand on place le stéthoscope au niveau de la région habituelle des perforations et qu'on appuie brusquement, l'oreille perçoit des crépitations fines; elles s'entendent sur une étendue de 5 cm. de diamètre au maximum et seraient dues au frottement se produisant entre les 2 feuillets enflammés du péritoine.

L'autre signe consiste en un déplacement du point douloureux maximum suivant la position du malade. Si, par exemple, le malade accuse un point douloureux au niveau de la fosse iliaque droite, on le couchera sur le côté gauche : au bout d'un temps variable, de 15 à 30 minutes, on verra que le point douloureux s'est déplacé vers la gauche de 25 à 30 millimètres, obéissant aux lois de la pesanteur.

Ces deux signes commanderaient l'intervention immédiate au même titre que la rigidité de la paroi abdominale. (*Journ. of the American med. Assoc.*, 27 Février, p. 695.)

#### Rougeole et diphtérie

M. Warden (de Paris) relate l'observation d'une jeune fille de 16 ans qui, au décours d'une rougeole, présenta des phénomènes d'obstruction laryngée. Au treizième jour, la situation devint grave; l'épiglotte et l'amygdale droite étaient recouvertes d'un exsudat grisâtre de nature probablement diphtérique; la température était de 40°6, le pouls à 140, le facies plombé la gêne respiratoire extrême. La trachéotomie fut pratiquée et l'auteur injecta 40 centimètres cubes de sérum antidiphtérique; le lendemain, cette même dose fut répétée deux fois. Entre temps, l'examen bactériologique démontra la nature diphtérique de l'exsudat. Lentement, une amélioration se produisit dans l'état de la malade et elle entra en convalescence au 25e jour.

La moralité de cette observation est que, dans tous les cas où une laryngite pseudo-membraneuse vient compliquer une rougeole, il y a lieu de pratiquer des injections de sérum antidiphtérique sans attendre le résultat de l'examen bactériologique.

(*Lancet*, 15 Mai 1909).