

PAGES

MANQUANTES

TRAVAUX ORIGINAUX

Les injections de sels de mercure dans le traitement de la syphilis.

par le Docteur EUGÈNE LACERTE, Lévis,

Leçon du Professeur Fournier, recueillie à l'hôpital St Louis, Paris.

Je veux vous parler aujourd'hui, Messieurs, d'une question d'un grand intérêt et très-pratique. Nous causerons pendant cette conférence du traitement de la Syphilis par les injections mercurielles.

Cette méthode, comme toute méthode nouvelle, du reste, a eu ses enthousiastes ; ils ont peut être exagéré ses vertus. Les qualités qui font sa supériorité, ils nous les donnent comme suit. Énumérons les, nous les discuterons ensuite.

1o. Cette méthode écarte la supercherie dont nous sommes souvent témoins dans les hôpitaux ;

2o. C'est la seule qui assure l'absorption du mercure ; les frictions, en effet, peuvent être mal faites ;

3o. Le 3e avantage c'est de laisser l'estomac libre, et de permettre au malade de bien se nourrir. Enfin de ne pas nuire à l'administration de certains médicaments : Bromure (épilepsie), huile de foie de morue, etc.

4o. Pourquoi faisons-nous des injections mercurielles ? C'est que cette médication est plus active.

C'est un mince avantage que de pratiquer ces injections pour éviter la supercherie. Nous savons bien que l'absorption se fait autrement.

On en a conclu que :

1o Les injections mercurielles possèdent une intensité thérapeutique supérieure à d'autres médications.

2o Cette médication font ce que ne fait pas les autres. Positivement le calomel injecté présente une intensité thérapeutique supérieure à tout ce qui s'est fait jusqu'à ce jour.

Il va sans dire qu'introduite sous la peau et dans les muscles une injection de sel mercuriel n'est pas sans inconvénients, et pour preuve, les accidents observés au début.— Depuis lors, on a rendu cette médication tolérable, sinon inoffensive.

TECHNIQUE DE LA MÉTHODE.

Deux conditions sont indispensables à une bonne injection : (1) une solution irréprochable ; (2) une instrumentation irréprochable.

(1) La solution doit être—(a) chimiquement pure ; (b) stérilisée.

Avons-nous cela ? Non, dans la plupart des cas (8 fois sur 26) l'injection n'est pas stérile. Il faut donc veiller à la stérilisation.—

(2) La seringue doit être stérilisable dans toutes ses parties. L'aiguille en platine iridié aura une longueur de 5 à 6 centimètres.

Manuel opératoire. L'opérateur stérifiera la seringue, ses mains et les parties à injecter. Je me sers de la seringue de Lüer, tout en verre.

Il y a des précautions majeures qu'il faut prendre. L'injection sera faite profondément, dans les muscles. Aujourd'hui, on peut conclure que l'injection faite sous la peau est bien plus douloureuse et expose à plus d'accidents que l'intramusculaire. Elle doit donc être musculaire pour éviter la douleur et les accidents inflammatoires.

Où injecter ? *A priori* la réponse paraît facile, L'empirisme est encore ici notre maître. Il y a des endroits tout à fait intolérants. Après une interminable série d'expériences, on a trouvé 3 régions favorables. Quelles sont-elles ?

La fossette rétro-trochantérienne, les lombes (ensellure lombaire, la fesse.—On a donné la préférence à la fesse. Et dans la fesse où piquer ? Divisez la fesse en trois tranches égales. L'injection peut être faite partout sauf, a) dans la *tranche inférieure* b) dans le *tiers moyen* de la tranche moyenne.

On s'assied sur la tranche inférieure, donc, pas de piqûre là. Non plus dans le tiers moyen de la tranche moyenne, parceque là est le nerf sciatique, là sont les nerfs et les vaisseaux fessiers.

Je poursuis. L'injection doit être faite en deux temps (1^o) ponction avec l'aiguille seule (2^o) ajustage de la seringue et injection proprement dite. Une fois l'aiguille enfoncée, il vaut mieux attendre quelques secondes avant de fixer la seringue, car s'il sort du sang il faudra recommencer.

L'injection doit être faite *lentement*, empirisme encore, vu que les injections brusques ont donné lieu à des douleurs et à de l'inflammation. On appliquera une légère couche de collodion et un petit pausement.

Dernier point Comme on a des injections multiples à pratiquer d'un jour à l'autre, ou alternera.

Souvenons nous que l'élément capital c'est l'asepsie.

Les injections mercurielles hypodermiques se divisent en deux grandes méthodes :

1^o La méthode des injections fréquentes (quotidiennes) :

2^o La méthode des injections rares (hebdomadaires, des 10 ou 15 jours)

Préparations employées. Dans plus de 500 travaux sur la question, on a expérimenté tous les composés mercuriels possibles et imaginables. Aujourd'hui, guère plus que cinq ne sont usités ;

En premier lieu, l'injection de sublimé à dose de $\frac{1}{2}$ à 1 centigramme

2^o La peptonate de mercure ammoniacal, solution de Delpech. 1 centigramme pour une seringue de Pravaz de 1 gramme.

3^o Le cyanure de mercure, au même titre.

4^o benzoate de Hg, (s-l. de Gancher) Benzoate de Hg, Benzoate d'ammoniacal, à 10 centigrammes, eau distillée 50 centigr. dose : cette solution.

5^o L'injection de biiodure : Huile stérilisée 10 grammes, biiodure de Hg, 4 centigrammes. Injectez 2 grammes.

Vous me demanderez maintenant quelle est la valeur réelle de ce traitement. Les uns le dénigrent, les autres ont pour lui un enthousiasme délirant. Sans rappeler toutes les disputes, laissez-moi vous dire que le temps a émoussé ces dissidences. Le traitement par les injections *solubles* est une méthode *active*, mais comporte des inconvénients.

1^o Elle est active. Des milliers d'observations médicales le prouvent. Le mercure administré à l'intérieur ou injecté est toujours le mercure. Cette activité cependant est moyenne. Au début, on a dit que la vérole avait récu, qu'il n'y avait plus de vérole cérébrale !

2^o Elle a des inconvénients—Je ne dis pas des dangers—ils sont les suivants. Je commence par la stomatite. Il s'en est trouvé qui l'ont niée. C'est une erreur. Il faut savoir se servir des injections comme le chasseur sait se servir de son fusil.—

Il y a des inconvénients propres à la méthode, et en premier lieu les phénomènes douloureux. Nous voici au cœur de la question. La douleur est inséparable des injections mercurielles. Si quelqu'un pouvait la faire disparaître, ce serait une conquête.

Nous observons 3 douleurs ; a) la douleur immédiate de la piqûre ; b) une douleur prochaine se manifestant par un sentiment de tension, de

mentrissure de la fesse, $\frac{1}{4}$ d'heure ou $\frac{1}{2}$ heure après ; c) enfin, la douleur éloignée, des jours suivants, douleur qui éclate 48 heures et plus après l'injection, douleur et endolorissement avec élancements névralgiformes, plus ou moins vive suivant la région, etc.

Les douleurs prochaines et éloignées varient extrêmement en raison de la nature de l'injection, des sujets ou suivant des causes ignorées.

C'est l'injection au bichlorure qui fait le moins souffrir.

Des sujets supportent tout sans rien sentir. D'autres, au contraire, sont d'une extrême sensibilité qui va parfois jusqu'à la défaillance.

Suivant des causes ignorées, la douleur vive aujourd'hui ne se manifesterait nullement demain avec la même injection.

M. Besnier a dit en parlant de ce mode de traitement que c'était un système propre à faire le vide dans un service.

Phénomènes de douleur locale.

Non pas constamment, mais fréquemment, l'injection mercurielle détermine ou peut déterminer des *noisettes* dans la fesse, petites tumeurs grosses comme un pois ou une noisette. Ces *noisettes* sont indolores et gênantes par elles mêmes. Quand il y en a quelques unes, ça ne va plus bien du tout. La fesse devient sensible. Le malade n'ose plus se toucher la fesse et ne peut s'asseoir que difficilement. Il y a des cas où la douleur survient, déterminant de véritables troubles fonctionnels comme la difficulté de la marche et de la claudication. Je ne parlerai que comme simple souvenir des arbres. Aujourd'hui nous n'en voyons plus 1 sur 300 injections. Ce que nous voyons, ce que nous voyions autrefois c'est la douleur et les nodosités.

Je viens de vous énumérer les inconvénients de la méthode. Auparavant, nous en avons vu les avantages. Pesons.

De tout ce que je vous ai dit il en ressort quatre vérités :

1^o La méthode des injections quotidiennes ne comporte pas des inconvénients tels qu'elle doive être excluse de la thérapeutique. Mais il s'en trouve encore beaucoup aujourd'hui, qui la rejettent complètement.

C'est une erreur, car enfin les injections peuvent être tolérées, donc elles peuvent produire du bien.

2^o Ce système comporte des inconvénients pour ne pas être préféré à d'autres sans motifs. Ainsi un autre traitement est réalisable, pourquoi se servir de cette médication ennuyeuse.

3^o L'injection rend de très utiles services dans des indications posées. La première, c'est l'échec d'autres traitements. Autres indications

S'en trouveront bien les dyspeptiques, les malades qui ont de la gastralgie, de la diarrhée, les individus dont la peau ne supporte pas sans s'enflammer les frictions. Pour soulager l'estomac qui prend du bromure ou de l'iode.

Enfin, quand il s'agit d'aller vite, inflammation de l'œil, des méninges, du cerveau.

Un mari pour détourner l'attention de sa femme qui se porterait sur le traitement ordinaire à coup sûr.

4^o Autant il est très bon comme traitement provisoire, pour un temps, autant il est détestable pour tout le traitement. Il ne saurait être adopté comme traitement complet, d'abord pour les raisons énumérées plus haut, douleurs, nodosités, etc. Le malade endurera peut-être deux semaines, deux mois : lui dire que ce sera son traitement continu, autant lui dire que l'on veut l'écoeurer. En dernier lieu, c'est un traitement qui n'est pas pratique, à cause de l'assiduité du malade et de celle du médecin, assiduités impossibles à la campagne, difficiles à obtenir en ville.

Je termine. En tant que traitement provisoire c'est une bonne méthode, en tant que méthode usuelle, elle est détestable.

La tuberculose et la médication phospho-créosotée;

(Par M. le DR. SAMUEL BERNHEIM, de Paris).

Nous allons traiter ici le point le plus important de la médication éthéro-créosotée et faire l'étude des médicaments qui au double point de vue thérapeutique et clinique nous paraissent la réaliser le plus complètement.

Nous avons conclu, ailleurs dans une étude sur la créosote que trois inconvénients principaux en restreignaient l'emploi ou en entravaient l'action :

- 1^o. La créosote est corrosive.
- 2^o. Son odeur pénétrante est souvent intolérable pour le malade.
- 3^o Elle est toxique ; et cette toxicité est un inconvénient d'autant plus redoutable que la composition même de la créosote est essentiellement variable, qu'il n'y a pas une seule, mais des créosotes, dont il faudra mesurer le pouvoir toxique à propos de chaque malade, comme il faut

avec chaque malade tâter avec infiniment de prudence sa susceptibilité à l'endroit du médicament, et mesurer sa tolérance.

Nous avons dit que la causticité et l'action toxique de la créosote était due en majeure partie aux phénols qui entrent dans sa formule, et qu'en éthérifiant ces phénols, c'est à-dire en les combinant avec un radical acide, on obtient des composés classés sous le nom d'Éthers de la créosote, qui ne sont pas caustiques, qui ont une odeur créosotée, atténuée et une toxicité fort abaissée. Préparés avec de la créosote répondant aux caractères de pureté du Codex, ils peuvent être définis: "Des mélanges d'éther phénolique neutres stables et facilement saponifiables"

Nous avons vu, au chapitre précédant avec les carbonates de créosote et de gaiacol que l'action de ces éthers créosotés est beaucoup plus efficace que celle de la créosote, que leur emploi est plus facile et leur tolérance plus grande.

Grâce au radical acide qui combiné avec la créosote constitue l'éther carbonaté de la créosote, les trois inconvénients inhérents à l'emploi de la créosote pure sont évités et l'on a, avec le carbonate de créosote par exemple, un éther créosoté qui n'est pas caustique, ménage les voies digestives supérieures, l'estomac et aussi l'intestin puisque, au contact de sa muqueuse, le dédoublement du carbonate en acide carbonique et en créosote ne s'opère que tardivement, lentement et en diffusant le principe créosoté sur toute la surface muqueuse.

Mais, il y a plus. On s'est demandé si à ce radical acide des polyéthers créosotés qui joue déjà un rôle si important en privant la créosote de ses principaux inconvénients—rôle "empêchant" utile à coup sûr quoique simplement négatif comme dans le carbonate de créosote—il ne serait pas possible de conférer, en outre, une action directement utile, de lui faire jouer un rôle actif dans la médication créosotée, en associant ses principes thérapeutiques et en combinant ses propriétés aux propriétés et aux principes de la créosote.

Le rôle du radical acide serait double, dans ce cas; il permettrait l'emploi de la créosote au même titre que le radical acide, mais indifférent du carbonate, par exemple—et de plus, convenablement choisi, il associerait ses propriétés physiologiques et son action thérapeutique à celles de la créosote.

Parcourons la liste des polyéthers créosotés, les mieux connus actuellement.

Sans préjuger des conclusions auxquelles nous conduira l'étude détaillée de chacun d'eux, valérianate, camphorate, phosphates, phosphites etc... nous aurons à décomposer le complexe physiologique et la synergie thérapeutique, à dire comment les propriétés physiologiques du radical acide et de la créosote, comment leurs actions thérapeutiques se combinent pour accentuer leurs effets et concourir plus sûrement et plus rapidement au but curatif.

Dans cet ordre d'idées—dès maintenant nous pouvons déclarer qu'aucune des combinaisons étherées de la créosote, n'est plus active que les éthers phosphorés. Ils contiennent, en effet, — phosphate, tanno-phosphate ou phosphite—un radical phosphoré qui, à priori même ne saurait être considéré comme indifférent, étant donné ce qu'on sait aujourd'hui du rôle du phosphore et de ses dérivés dans l'organisme. Nous aurons ainsi à nous demander, dans un chapitre à part sur le mode d'action de ces polyéthers phospho—créosotés, quelle est la part qui revient au radical d'acide, quelle à la créosote. Mais cette étude ne peut que terminer l'étude physiologique et clinique de ces composés, et c'est par des considérations d'abord chimiques, puis physiologiques et cliniques que nous devons commencer et poursuivre l'étude des éthers phosphorés de la créosote.

Le phosphate de créosote ou phosote fut découvert, en 1890, par M. J. Brissonnet, professeur suppléant à l'École de Médecine de Tours. Au congrès de la tuberculose, de Paris, en août 1898, il présentait un nouveau polyéther de la créosote, le tanno-phosphate de créosote ou taphosote.

I

ETUDE CHIMIQUE

Le phosphate et le tanno—phosphate de créosote se préparent en traitant la créosote par les oxychlorures de phosphore pour le premier ; par les oxychlorures combinés au tannin pour le second.

“ L'acide phosphorique étant triatomique, il peut donner trois sortes d'éthers avec les corps organiques ; les uns acides dans lesquels l'acide phosphorique n'est pas entièrement combiné et possède encore une ou deux fonctions acides libres. Le phosphate neutre de créosote est celui dans lequel l'acide phosphorique est entièrement combiné à la créosote.

La créosote étant un mélange de monophénols et d'éthers monométhylés de diphenols, le phosphate et le tanno-phosphate de créosote sont un mélange de ces phosphates et de ces tanno-phosphates.” (Lorot).

Le phosphate de créosote est un liquide sirupeux, incolore lorsqu'il est pur, de densité = 1,25, n'ayant qu'une très faible odeur et saveur de créosote. Le tanno phosphate possède en outre une couleur ambrée

Tous deux sont insolubles dans l'eau et dans la glycérine, mais solubles dans l'alcool, l'éther et le chloroforme.

Le phosote contient 80 % de créosote et 20 % d'acide phosphorique.

Le tanno-phosphate contient 76 % de créosote, 19 % d'acide phosphorique et 5 % de tannin.

D'après Gilbert, la dose toxique du phosphate de gaiacol chez le cobaye est de 2 gr. 4 par Kilo gr. d'animal.

Se fondant sur cette donnée, Brissonnet fit des expériences biologiques dont voici les résultats. Il inocula trois cobayes avec une culture pure de bacilles de Koch

Le cobaye témoin mourut le 21ème jour.

L'un des deux autres cobayes reçut en injections sous-cutanées et par jour, en alternant les semaines de traitement et de repos, 5 centigr. de phosphate de créosote dilué dans de l'huile d'amandes douces ; et mourut le 39ème jour.

Le troisième reçut par jour en injections sous-cutanées 5 centigr. de tanno-phosphate dilué dans de l'huile d'amandes douces : on le traita pendant 100 jours à raison d'une semaine de traitement et d'une semaine de repos alternantes. Il mourut le 127ème jour.

Lorot a pu injecter impunément à un cobaye de 400 gr., pendant trois semaines, un gr. de phosphate de créosote pur, alcoolisé au 1/10 ; alternativement un jour de traitement.

« Après un repos consécutif de huit jours nous avons injecté à ce cobaye 2 gr. de phosphate en une séance, puis de huit en huit jours, 3, 4, et enfin 5 gr. L'animal a admirablement bien supporté ce traitement. Il n'a nullement souffert et n'a éprouvé aucun phénomène de toxisme ni de paralysie. Mais, il a subi une diminution de poids constante ; après l'injection de 3 gr., il ne pèse que 369 gr., et après l'injection de 5 gr., 320 gr. Il meurt avec 300 gr. ; ses poils tombent au moindre frottement. Son autopsie donne :

Reins, 3 gr. ; on voit très bien la division des pyramides capsules surrénales d'un blanc marron. Vessie pleine d'urine. Rate 2 gr. Estomac à demi rempli d'une bouillie grisâtre ; muqueuse d'un gris foncé et intacte. Rien aux cils de sac.

Pas d'ulcération dans l'iléon, le cœcum. Gros intestin dilaté et rempli de matières verdâtres.

Muqueuses trachéale et pharyngée pâles.

Cette expérience, conclut Lorot, et d'autres semblables, nous ont montré que le phosphate de créosote n'est pas toxique, puisqu'un cobaye qui ne pesait plus que 320 gr. a pu en recevoir 5 gr. sans phénomènes immédiats, ce qui fait exactement 1 kilogr. 015 pour un homme normal pesant 65 kilogr. Mais administré à hautes doses, il amène une congestion pulmonaire intense et un amaigrissement continu."

Nous nous sommes livrés de notre côté à une série d'épreuves expérimentales que nous tenons à résumer ici :

Nos expériences fort nombreuses peuvent être sériées en 4 catégories.

1^o— Des animaux sains : cobayes, lapins et chiens auxquels nous avons injecté des doses progressivement élevées de phosphate de créosote pour essayer sa tolérance. Nous avons pu constater chez 6 cobayes, 6 lapins et 2 chiens soumis à l'expérience en excellent état de santé, que le phosphate de créosote était toléré pendant longtemps (50 jours d'injections consécutives) sans provoquer aucun accident que de temps à autre un peu de diarrhée. A ces animaux, nous avons injecté 2 gr. du médicament par Kilogr. de leur poids. Si l'on vient à dépasser cette dose, on peut constater de l'hypothermie, de l'abattement, une diarrhée plus profuse, du ralentissement de la respiration et des battements du cœur et peut, si l'on persévère à donner des injections quotidiennes de 5 gr. par Kilogr. du poids, causer la mort de l'animal qui succombe dans le coma.

2^e Nous avons inoculé des bacilles très virulents à 4 lapins et à 1 chien qui avaient reçu antérieurement pendant 20 jours quotidiennement, les lapins 1 gr. et le chien 3 gr. de phosphate de créosote. Nous avons voulu ainsi augmenter l'état d'immunité de ces animaux contre l'infection tuberculeuse. Or, tandis que 2 lapins témoins sont morts très rapidement, l'un le 17^{ème} jour et le 2^{ème} le 23^{ème} jour, nos lapins ont survécu 2 pendant 47 et 61 jours, un pendant 75 jours, enfin le 4^{ème} ainsi que le chien sont encore vivants après 80 jours quoique leur état ne soit pas fort brillant.

3^e A une 3^{ème} série d'animaux, 5 lapins et 2 chiens, nous avons inoculé des bacilles de Koch, et immédiatement après cette infection, nous avons commencé le traitement intensif : 1 gr. de phosphate de créosote par Kilogr. du poids de l'animal. Ici encore, des animaux témoins succombèrent le 14^{ème}, le 21^{ème} et le 29^{ème} jour. Au contraire nous obtinmes

par la médication phospho créosotée une survie chez tous les animaux traités : 2 lapins atteignirent 42 jours, 1 autre mourut le 53ème jour, un autre mourut le 58ème jour, un 4ème, le 70ème jour et enfin le 5ème ne vit encore après 88 jours. Des deux chiens, l'un est mort au 91ème jour et le deuxième est encore en parfait état.

4e La 4ème série d'expériences est certes la plus intéressante au point de vue pratique, car nous nous sommes rapprochés, autant que faire se peut des difficultés cliniques. Nous avons injecté à 6 cobayes, 5 lapins et 3 chiens des bacilles virulents et nous avons tenu en observation les animaux que nous n'avons traités par la médication phospho-créosotée que le jour où des symptômes manifestes d'intoxication bacillaire se déclaraient, ce n'est qu'au moment où l'animal commençait à grelotter la fièvre tuberculeuse et à traduire l'infection par de l'amaigrissement que nous avons commencé nos injections de phosphate de créosote. Voici nos résultats : nos cobayes succombèrent le 22ème, le 27ème, le 32ème, le 40ème, le 48ème et le 53ème jour, et chez tous nous avons trouvé des lésions granuleuses mais sans fonte, dans les différents viscères. Les lapins ont succombé le 24ème, le 33ème, le 41ème, le 52ème, le 55ème jour également avec des lésions tuberculeuses non ramollies. Un chien succomba le 41ème jour, le 2ème est très amaigri après 82 jours et le 3ème est revenu en bon état; il a regagné le poids perdu; il n'a pas l'air souffrant jusqu'à ce jour.

Que pouvons-nous conclure de ces expériences ? D'abord que le phosphate de créosote est un médicament qui ne provoque jamais de la congestion rénale, puisque nous n'avons jamais observé d'albumine chez les animaux même soumis à des injections massives de phosphate de créosote ? Ce médicament n'est ni caustique, ni toxique et on ne provoque de l'hyperthermie et de l'amaigrissement qu'à des doses excessives. Il met l'animal en état d'immunité tuberculeuse, lorsqu'on injecte pendant un certain temps avant l'infection tuberculeuse. Cette immunité n'est pas définitive pas plus que le Sérum de Behring ne rend l'organisme réfractaire d'une façon absolue et définitive contre la diphthérie; l'immunité obtenue est limitée et relative, mais elle existe.

Ce qui n'est pas déniabie non plus, c'est l'influence exercée par le phosphate de créosote sur le développement et la guérison des lésions tuberculeuses : ce médicament entrave le développement des granulations et exerce sur elles une influence curative. Toujours les animaux témoins ont succombé beaucoup plus rapidement que les animaux infectés; chez ces derniers, nous avons trouvé à l'autopsie rarement des tubercules ramol-

lis malgré leur longue survie ; fréquemment des masses tuberculeuses étaient calcifiées ou en voie de transformation scléreuse. Enfin, certains animaux en petit nombre, il est vrai, continuent à survivre.

Quel est le mode d'action du phosphate de créosote ? Nous préférons répondre à cette question lorsque nous examinerons son influence thérapeutique sur les malades.

II

ACTION PHYSIOLOGIQUE.

Comme le carbonate de créosote et de gaiacol, le phosphate et le tanno-phosphate de créosote offrent cet avantage de traverser l'estomac sans être décomposé et de ne se dédoubler qu'au contact du milieu alcalin de l'intestin ; les produits de ce dédoublement sont la mise en liberté des principes constituants : créosote, acide phosphorique et tannin.

Le docteur Fouses Diacon expérimentant sur le phosphate de gaiacol administré en lavements et trouvant son absorption insignifiante en conclut que le phosphate de gaiacol ne subissait dans l'intestin qu'une saponification légère. Mais, ainsi que le remarque Lorot, la conclusion est prématurée et l'expérience prouve tout au plus, ce qu'on savait déjà, la grande stabilité des phosphates. L'absorption, par mode de lavement, réduite à la surface absorbante d'une partie très réduite peut être du gros intestin (car on n'ignore pas qu'un lavement remonte rarement audelà de l'S iliaque), ne permet pas de préjuger que cette absorption soit de même insignifiante dans l'intestin grêle ; il faut tenir compte de l'action des sucs pancréatiques qui aident sans doute puissamment à toutes les absorptions intestinales.

Ce qui prouve, d'ailleurs, que le phosphate et le tanno-phosphate sont absorbés, c'est qu'on peut très bien atteindre avec ces médicaments des doses sinon toxiques, du moins intolérées ; nous avons observé le fait expérimentalement et cliniquement.

En outre, dit Lorot : " La pratique des injections hypodermiques nous a montré que si l'absorption du phosphate était lente, elle ne l'était pas davantage et souvent moins que le carbonate, surtout si l'on avait soin de l'alcooliser à 1/10. Il y a donc tout bénéfice à prescrire le phosphate et surtout le tanno phosphate alcoolisé au 1/10. "

Le phosphate et le tanno-phosphate administrés par voie gastrique sont mal éliminés. Le docteur Bourreau, de Tours, a montré que le taux d'acide phosphorique reste stationnaire dans les urines.

Fonzo Diacon, expérimentant avec le phosphate de gaiacol qui se rapproche évidemment du phosphate de créosote, a noté pour une observation de 1 gr. de phosphate, une élimination de 2 % de gaiacol.

Linossier et Lannos donnent comme chiffre l'élimination de 20 à 55 % Grosset et Imbert 71 %, Stourne, 74 % ; ces auteurs employaient le gaiacol en badigeonnages.

Gilbert et Choay annoncent 72 à 73 % ; Génévrier observe par voies stomacale et rectale une moyenne d'élimination de 60 %.

Par conséquent, on voit que les phosphates s'accumulent dans l'organisme, d'où la nécessité d'espacer les doses et de suspendre le traitement par intervalles sans quoi, on s'expose à des accidents. " La preuve, dit Lorot, que les phosphates doivent s'accumuler dans l'organisme, c'est que les accidents dépendent non seulement des doses mais surtout de la durée du traitement. Un traitement continu avec 4 gr. par jour peut provoquer des accidents dans une période variable, suivant les sujets de 3 semaines à 1 mois. D'autre part, nous avons pu injecter 15 gr. de phosphate de créosote en une séance, avec repos ultérieur de huit jours, sans observer d'accident immédiat ou consécutif."

Ces accidents d'intolérance, ces menaces d'intoxication phosphorée ne sauraient peut être, intégralement être rapportés à l'absorption accumulative du médicament. Depuis que Lorot a fait paraître sa thèse, le Docteur Trison, médecin de l'hôpital St Joseph, qui l'avait inspiré, est revenu sur ces accidents d'intolérance, lesquels se manifestent par des phénomènes de polynévrite des membres inférieurs, qui chez certains malades, surviennent pour une dose quotidienne de 3 à 4 gr., au bout de 1 à 2 mois. Cette polynévrite se traduit par des inquiétudes et des douleurs dans les jambes et dans les pieds, douleurs qui se révèlent à la pression. " Cette douleur, écrit le Dr Trison, est surtout remarquable et précoce, si on presse avec le doigt sur le mollet au niveau de l'anneau du soléaire. Bientôt se manifeste dans les jambes une douleur qui s'accroît et qui s'accompagne d'une impotence qui rend la marche difficile et même impossible sans l'aide d'une personne ou d'un bâton. Le malade oscille en marchant et menace constamment de perdre l'équilibre.... Des manifestations semblables surviennent en même temps ou un peu plus tard dans les membres supérieurs, au point que les malades ne peuvent plus se servir de leurs mains pour boire et manger....

Quelle est la cause de cette polynévrite?Sa ressemblance et, pour ainsi dire, la similitude de ces accidents de polynévrite avec ceux

qu'on observe après une trop longue administration de l'arsenic, me fait penser qu'ils sont dus à l'arsenic.—Voici pourquoi ;

J'ai remarqué en effet, que ces accidents de polynévrite se produisaient plus rapidement chez les malades auxquels, en même temps que le phosphate de créosote, on administrait une préparation arsenicale. J'ai observé aussi que ces accidents très longs à se produire quand on n'en administre pas en même temps de préparations arsenicales, avaient lieu plus tôt quand précédemment la malade avait pris de l'arsenic. Dans ces conditions, on peut se demander s'il n'y aurait pas une certaine incompatibilité entre l'arsenic et le phosphore. Ces deux corps appartiennent à la même famille chimique. Le phosphore introduit à une certaine dose dans l'économie retarderait-il ou empêcherait-il l'élimination de l'arsenic? Autant de questions que je pose sans pouvoir les résoudre."

Il est possible, en effet, que des intoxications du même ordre se surajoutent, et que, du fait de leur association, des produits toxiques, chacun pour son compte, prennent une toxicité tout à coup exaltée, comme s'exalte la virulence respective des bactéries dans les associations microbiennes.

La conclusion pratique qui découle de ces remarques, c'est que la médication par le phosphate de créosote doit être exclusive et ne comporter que l'emploi de ce médicament; qu'il y a lieu surtout de proscrire l'usage simultané de l'arsenic, et pour cette raison, de vérifier le phosphate qu'on utilise, afin qu'on ait la certitude qu'il est absolument pur de toute trace d'arsenic.

Ces conditions réalisées, nous avons de bonnes raisons de croire qu'aux doses utiles et curatives le phosphate de créosote n'est pas toxique; et nous avons pu en continuer l'emploi aussi prolongé que celui de la créosote ou du carbonate de créosote sans avoir pour les doses équivalentes de créosote active observé avec le phosphate plus de signes d'intolérance qu'avec les autres éthers de la créosote ou la créosote pure.

(A suivre.)

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Le curettage dans l'infection utérine,

par le Dr J. Thiénot (d'Abbeville).

Après l'avortement ou l'accouchement, lorsqu'il survient de l'infection utérine, on a communément recours aux injections intra-utérines répétées; mais en présence des résultats graves de ces infections, il ne faut pas hésiter à une intervention plus active qui est le curettage.

Il faut cependant opérer en temps opportun, — pas trop tard : avant que l'infection n'ait gagné les annexes, — pas trop tôt : car l'utérus serait trop friable, trop mince et trop saignant.

Ainsi que le recommande le Dr Pinard, on surveille les malades par la courbe de température. Si la fièvre ne cède pas en trois jours, si la courbe remonte une deuxième fois malgré les injections intra-utérines, on a recours d'urgence au curettage.

Les instruments à faire stériliser sont deux valves, deux pinces de Museux à deux mors, des curettes mousses et demi-tranchantes grandes et petites, une sonde intra-utérine de Tarnier, de Budin ou de Doleris, deux pinces à pansement, une paire de ciseaux, un porte-tampon.

On doit encore préparer une sonde de femme, une canule vaginale et un bock émaillé, un rasoir.

L'opération étant peu douloureuse, on n'endort pas la malade si elle est profondément infectée et en état grave. Généralement on a recours à l'anesthésie parce que l'on a ainsi une résolution plus grande du col utérin, et qu'il est plus facile d'explorer l'utérus. D'ailleurs l'opération est de courte durée et n'exige qu'une quantité de chloroforme très minime.

La malade étant placée dans la position obstétricale, la vessie est vidée, on rase la vulve, on lave, savonne et brosse la vulve et le vagin, les culs-de-sacs vaginaux sont soigneusement frottés avec une compresse et touchés avec la teinture d'iode faible. Le champ opératoire est recouvert de compresses aseptiques.

Avec les porte-jambes un seul aide est nécessaire, et découvre le col avec les deux valves. Ou bien, si l'on dispose de deux aides, chacun tient une jambe et une valve.

L'opérateur ayant posé les valves, et les ayant confiées aux aides, prend le col en saisissant chaque lèvre avec une pince de Museux. On peut même se contenter de ne prendre qu'une lèvre, mais fermement, et à la condition que la pince ne dérape pas en déchirant.

Le col est ainsi très abaissé, l'abaissement est d'ailleurs facilité par une main qui, placée juste au-dessus du pubis, déprime le bas-ventre.

Tout en même temps on explore avec l'index de l'autre main l'intérieur même de l'utérus pour s'assurer qu'il ne contient ni fibrome, ni cancer. Le doigt cherche à ramener, s'il y a lieu, des débris de placenta ou de membranes. On est en même temps renseigné sur la profondeur et la direction de l'organe.

Cependant, surtout après l'avortement, l'utérus peut être assez revenu sur lui-même pour ne pas laisser pénétrer l'index, on sera, dans ces cas, obligé de le dilater au moyen de bougies d'Hégar; mais c'est une éventualité rare, l'utérus infecté étant généralement mou et gros.

Après cette exploration, on se rince les doigts au sublimé et on introduit la grosse curette mousse jusqu'au fond de l'utérus.

On commence par atteindre le fond de l'utérus et l'on râcle assez fortement la face postérieure bien méthodiquement selon des lignes parallèles depuis le fond jusqu'au col.

Il est bon de ramener de temps en temps la curette au dehors pour évacuer les débris.

Après la face postérieure, on nettoie et gratte de même la face antérieure puis les bords latéraux, puis le fond. Pour terminer on repasse le fond et les angles avec une curette plus petite, peu tranchante, car c'est surtout vers le fond et vers les cornes utérines qu'il y aurait danger avec une petite curette de perforer l'utérus d'autre part, la grosse curette n'y pénètre pas bien.

La petite curette de Récamier, inventeur de la méthode, est encore la meilleure pour râcler les angles de l'utérus.

Dans le cours du curettage, s'il y a beaucoup de fongosités, il sera bon de faire, comme entr'acte, un grand lavage au permanganate de chaux.

On termine l'opération par le curettage du col.

Dans le cas qui nous occupe il ne faut pas s'attendre à percevoir le cri utérin. Dans ces utérus mous on a une sensation de mollesse, de friabilité, et il serait dangereux de râcler brutalement; ce qui indique qu'on est allé assez loin, c'est une sensation de résistance qui tient à ce que la curette râcle un tissu plus dur et plus courant.

Il arrive que, pendant le curettage, brusquement on éprouve de la résistance ; la curette ne trouve plus son chemin : cet incident est en rapport direct avec une contravention de l'utérus, et il suffit d'attendre quelques instants pour continuer l'opération.

Pour terminer, on peut, si l'on est bien sûr de l'aseptie de ses doigts, se rendre compte par le toucher digital, qu'il ne reste plus de fongosités ni de débris membranoux retenus dans la matrice.

D'autres opérateurs préfèrent frotter la cavité utérine avec un peu de gaze stérilisée, roulée et montée sur une longue pince. Par ce frottement on ramènerait très bien les débris que l'utérus pourrait encore contenir.

On fait définitivement une irrigation intra-utérine très chaude, car la température de 45 degrés arrête les hémorragies en nappe. Le liquide employé pourrait être l'eau stérilisée ou le sublimé préparé avec de l'eau bouillie et 25 centigrammes de bichlorure de mercure par litre. Certains auteurs préfèrent le permanganate de chaux au millième ou la solution iodo iodurée.

Après l'injection, il est bon d'assécher l'utérus avec de la gaze sèche portée au moyen d'une pince, puis de baligeonner la cavité avec de la glycérine créosotée ou avec du chlorure de zinc au dixième.

Ce baligeonnage peut être fait au moyen d'écouvillons, suivant la pratique de Budin ou de Déjéris, ou plus simplement avec un tampon de gaze ou de ouate monté sur un hystéromètre ou une pince.

On aura soin de préserver le vagin contre l'action des caustiques. D'ailleurs, pour enlever l'excès du liquide caustique, on recommence l'irrigation utérine et on termine par l'assèchement de l'utérus avec de la gaze stérilisée et l'introduction dans la matrice, au moyen d'une pince à pansement, d'une étroite bandelette de gaze stérilisée destinée à faire du drainage, sans faire cependant un vrai tamponnement. On met également de la gaze dans le vagin.

Si l'on a été obligé de dilater l'utérus, il convient, au lieu de gaze, d'introduire dans la cavité utérine un drain de caoutchouc de 10 centimètres de long sur 6 à 8 millimètres de diamètre, et fixé au col par un orin de Florence.

Ce drain sera laissé de 48 heures à 8 jours, si l'on craint l'atésie.

Après l'opération, on relèvera avec soin la température. Si elle diminue, on enlève les mèches et on commence les injections vaginales. Si elle persiste, on pratique une injection intra-utérine et on renouvelle la mèche.

Si même la fièvre semblait continuer à s'élever les jours suivants, il faudrait en conclure ou bien que l'infection s'est généralisée en dépit du traitement, ou bien que le curetage a été incomplet ou insuffisant; de toutes façons, on devra le renouveler.

On ne négligera pas le traitement général, et particulièrement les injections de sérum artificiel et antistreptococcique.

(L'Indépendance Médicale.)

Des injections rectales de sérum artificiel chez les enfants dans la débilité congénitale et acquise.

D'après M. le Dr RUMPELMAYER.

L'état de faiblesse générale de l'organisme qui définit la débilité congénitale se voit surtout chez les enfants nés avant terme: chez eux les fonctions sont imparfaites, parce que les organes sont inachevés. Mais tous les prématurés ne sont pas débiles.

L'aspect extérieur des débiles, ne trompe jamais un œil exercé: tout le corps est grêle; la peau mince, privée de son pannicule graisseux, est d'un rouge uniforme. Le visage est petit, ridé, simiesque, et le menton pointu. Les fonctions de la peau s'accomplissent très mal ainsi que l'atteste la lenteur de la desquamation épidermique, de la chute des poils, de la croissance des cheveux.

Pour peu que l'enfant ne soit pas tenu très proprement, la peau des fesses se couvre d'érythème, de vésicules, d'érosions, d'ulcérations. Il se produit très facilement des eschares des malléoles et du talon.

Les sécrétions digestives imparfaites et peu actives, la musculature gastro-intestinale en état d'asthénie, font que le tube digestif est la partie la plus faible de tout l'organisme; c'est ce qui explique la fréquence des troubles intestinaux même chez les enfants nourris au sein.

En résumé deux grands dangers menacent les débiles, l'hypothermie et l' inanition. Deux éléments principaux leur répondent dans le traitement de la débilité: la chaleur et l'alimentation.

D'autres indications se posent: le mauvais état des téguments (œdème, sclérome), la fragilité de la respiration (cyanose), l'état anguissant de la circulation (œdème), la délicatesse du tube digestif.

L'usage de solutions salines introduites dans l'organisme, comme moyen auxiliaire, pour le traitement de la débilité congénitale et acquise, est admis aujourd'hui par la plupart des auteurs.

La plus grande partie des travaux écrits sur ce sujet ont en vue la débilité acquise. Cette méthode fut surtout appliquée chez les enfants épuisés par une maladie aiguë ou longue, chez les cachectiques de toute origine, et dans cette forme spéciale de la cachexie consécutive à la gastr-entérite chronique vulgaire des nourrissons, survenant dans les premiers mois de la vie, dont Pariot avait fait une entité morbide sous le nom d'athrepsie.

La voie généralement choisie dans cette médication était la voie hypodermique. En 1897, M. le professeur Queirel, de Marseille, eut l'idée d'employer chez les débiles, la voie rectale.

A. *Voie hypodermique.*—Malgré la simplicité de la technique, la méthode hypodermique n'est pas à la portée des mains profanes. Le médecin seul avec sa prudence et sa science peut en tirer profit. Elle ne pourra donc être appliquée que par lui, ou en sa présence, ce qui, dans une médication de longue durée, est peut-être un inconvénient.

B. *Voie rectale.*—L'usage de la voie rectale, dans la sérothérapie artificielle minima, a un historique moins long. Il est de date récente.

En 1897, M. le professeur Queirel, chirurgien en chef de la maternité de Marseille, conseilla, le premier, ce moyen thérapeutique simple et à la portée de tout le monde et le fit appliquer dans son service, comme traitement de la débilité.

La méthode est appliquée à la clinique Baudelocque depuis 1898, d'une façon régulière. Elle a été essayée dans différents services.

Les solutions salines agissent de la même façon sur l'organisme, quel que soit leur mode d'introduction.

Il y a longtemps qu'on ne discute plus le pouvoir absorbant du rectum. L'absorption y est ordinairement plus rapide que par l'ingestion parce qu'elle n'est pas retardée par le séjour dans l'estomac. M. Amagat, dans sa thèse, considère le fait comme suffisamment démontré.

M. Lamanski a fait, dans le service de M. le Dr Dujardin-Beaumez, des expériences sur l'absorption par le rectum. Il y a vérifié ce fait, que la voie rectale est presque toujours plus rapide que la voie buccale. Les solutions d'antipyrine, d'iodure, de salicylate de soude, étaient éliminées plus rapidement; seule l'élimination du bleu de méthylène a paru plus tardive par la voie rectale.

Chez l'adulte, l'injection hypodermique paraît garder l'avantage de la rapidité plus grande de diffusion du liquide injecté.

Or il n'en est pas de même chez le débile, grâce à l'état des téguments, des tissus et de l'irrigation périphérique défectueuse. Cet avantage très utile dans les cas urgents (hémorrhagie abondante) le devient moins dans l'usage d'une médication de longue durée. Sans reprendre point par point notre critique des injections hypodermiques, nous allons la résumer, pour mieux montrer la supériorité de la voie rectale.

Cette dernière méthode a comme intermédiaire un organe dont les fonctions présentent plus d'activité que celle de la peau et des tissus sous-jacents. Dans l'absorption du sérum artificiel, le rectum accomplit une fonction normale, physiologique.

L'injection rectale n'occasionne ni plaie ni ecchymoses.

Ses effets thérapeutiques persistent plus que ceux de l'injection sous-cutanée, sans doute parce que le foie s'oppose à la dispersion trop rapide du médicament.

L'injection rectale a, en outre, un effet local, certain. Elle excite ou diminue les contractions de l'intestin, suivant les cas; nous l'avons vu agir nettement sur certaines diarrhées séreuses, modifier et surtout régulariser les selles.

Son action sur les hémorrhagies gastro-intestinales du nouveau-né est évidente.

Si nous comparons les deux méthodes au point de vue de la technique de l'injection et de l'instrumentation, là encore l'injection rectale a l'avantage.

Ainsi que l'a dit M. M. le professeur Queirel, c'est bien là un moyen sans danger, à la portée de tout le monde.

Il faut pourtant signaler les inconvénients de la méthode. Ils proviennent de la difficulté, que l'on rencontre parfois, de faire garder les injections rectales à certains enfants.

Cette difficulté tient, la plupart du temps, à la technique employée.

TECHNIQUE DE L'INJECTION.—Le sérum artificiel de Hayem, stérilisé à l'autoclave, a pour la formule :

Chlorure de sodium.....	5 gr.
Sulfate de soude.....	10 gr.
Eau.....	1000 gr.

Doses.—On ne peut pas dépasser les doses de 5 à 10 centimètres cubes par injection.

Suivant l'âge et le poids de l'enfant, une ou deux injections par jour suffisent.

Chaque fois que l'on dépasse ces doses, l'intestin les rejette.

Une seringue quelconque, mais stérilisable, une sonde de Nélaton de petit diamètre, tels sont les instruments nécessaires.

Mode d'administration.—La seringue et la sonde sorties de l'eau bouillante, on verse le sérum dans un verre préalablement flambé. Ce verre est placé dans de l'eau très chaude qui élèvera la température du sérum à la température physiologique, ou au dessus. Elle ne dépassera pas 40°. Au dessus elle ne serait pas tolérée : elle excite l'intestin (Onimus et Legros).

On fait l'aspiration du liquide, on ajuste la sonde et, après avoir expurgé, on introduit le bec de la sonde, avec la plus grande douceur, à environ 4 ou 5 centimètres de profondeur dans le rectum. Cette distance suffit.

On pousse alors le liquide avec une vitesse quelconque. On tient, quelques secondes, le doigt sur la région anale, et on reconvre l'enfant. S'il n'a pas rejeté son lavement, au bout de quelques minutes, on le rhabille. Il peut arriver que l'enfant ait une selle immédiatement après l'injection. Après la toilette de la région on recommence l'injection.

Si l'on suit ces prescriptions : petites doses, faible diamètre de la sonde et température physiologique de la solution, il est très rare que l'injection soit rejetée.

On peut continuer longtemps ces injections. Il est rationnel de s'arrêter dans leur usage lorsque le poids de l'enfant et son état général l'indiquent.

INDICATIONS.—a) Les indications rectales de solutions salines répondent parfaitement aux indications de la débilité congénitale.

Elles combattent l'hypothermie, et sont par conséquent un auxiliaire de la couveuse.

Elles soutiennent l'enfant qui ne peut pas téter et excitent son appetit, en relevant son état général. Elles contribuent donc au rôle du gavage.

Dans la débilité congénitale, ces injections seront donc employées dès les premiers jours. Elles hâteront l'évacuation du méconium sans inconvénient

b) A titre prophylactique on les donnera à tout nouveau-né, issu de souche douteuse, et à celui chez qui les variations de poids, avant tout autre signe, pourraient faire craindre une débilité prochaine.

A titre curatif on les emploiera avec succès, dans les œdèmes, les vomissements, les hémorrhagies, l'ictère, la constipation et la diarrhée du nourrisson.

Leur emploi est indiqué aussi chez le nouveau-né, qu'un accident de l'expulsion empêche momentanément de téter (manœuvre de Mauriceau, du Champetier, forceps, etc.) ;

c) Dans la débilité acquise, l'injection rectale remplacera dans bien des cas, avec avantage, l'injection hypodermique.

Dans les formes légères, où prédomine un des symptômes que nous avons énumérés plus haut (vomissements, ictère, etc) il agira directement sur le symptôme

Dans les formes graves, les injections rectales de solutions salines donneront à l'organisme déprimé " le coup de fouet ", qui lui permettra de réagir plus vivement contre le danger. Elles l'aideront ainsi à passer un moment difficile.

Enfin dans les cachexies incurables, dans l'athrepsie, elles permettront, comme les injections hypodermiques, sinon de sauver les malades, au moins de prolonger leur vie, ce qui est encore un résultat appréciable, dont on saura parfois gré au médecin.

(Gaz. Hebdomadaire de Méd. et Chir.)

Quelques mots à propos des indications de l'enlèvement des végétations adénoïdes chez l'enfant.

—
par le Dr E. Burs.
—

Toute hypertrophie de l'amygdale pharyngienne ne mérite pas le nom de végétations adénoïdes.

Les végétations sont l'hypertrophie devenue gênante, soit que l'organe altéré entretienne dans le voisinage un catarrhe rebelle, soit qu'il nuise par sa masse à la respiration nasale, soit qu'il provoque des phénomènes d'ordre réflexe.

L'obstruction produite par la situation de la tumeur sur le passage du courant d'air respiratoire n'est pas, selon moi, constamment en rapport avec le volume de cette tumeur. Théoriquement, une amygdale médiocrement

hypertrophiée peut constituer un obstacle sérieux, si le cavum est de dimensions inférieures à la normale. Ce cas se rencontre en pratique.

J'ai opéré un enfant de 7 ans dont le cavum était réduit au point de ne pas permettre l'introduction d'une curette que j'emploie communément chez des sujets de 3 ans. Dans un autre cas, l'arrêt de développement m'est apparu plus évident encore. Il s'agissait d'un sujet de 2 ans, arriéré et rachitique, qui présentait un naso-pharynx en tout semblable par sa forme à celui d'un nouveau-né. Il possédait, en effet, un diamètre antéro-postérieur notable avec un diamètre vertical insignifiant, de sorte que ce pharynx nasal n'existait, pour ainsi dire, pas en hauteur, et que la cavité qu'il comprenait pouvait être considérée comme presque virtuelle.

De ces observations, qui démontrent l'existence du cavum trop petit, je conclus à la possibilité de l'obstruction nasale due à la petitesse du cavum plutôt qu'à la grosseur de l'amygdale.

Je vais plus loin, et j'admets qu'on peut être appelé à enlever une tonsille normale chez un sujet à naso-pharynx très petit ; je crois avoir rencontré le cas chez des sujets très jeunes. Chez eux, l'exiguité de la région est déjà si considérable dans les conditions normales que la moindre déviation des diamètres supprime l'espace d'une façon presque complète.

Si l'amygdale pharyngienne peut obstruer sans être volumineuse, soit par le mécanisme que je viens d'indiquer, soit parce qu'elle entretient un catarrhe du nez, s'ensuit-il que l'on soit autorisé à curetter un enfant obstrué sans procéder à l'examen direct de la région ? Evidemment non. Il peut y avoir dans le nez des causes d'obstruction sans rapport avec l'amygdale pharyngienne ; bien plus, l'amygdale pharyngienne elle-même peut faire absolument défaut.

J'ai rencontré un cas d'absence complète de toute tonsille chez un enfant de 6 ans, qui avait d'ailleurs toutes les apparences d'une adénoïdienne.

Tout praticien connaît actuellement les principaux symptômes objectifs et fonctionnels des végétations. Il accorde leur valeur au facies si typique, aux altérations du palais et de la denture, aux déformations du thorax ; il admet l'origine adénoïdienne de certains catarrhes du nez, de l'oreille, de la gorge et des bronches ; il comprend les troubles de la miction, si fréquents chez les sujets en question ; mais il est moins habitué à rattacher aux manifestations adénoïdiennes certains désordres qui peuvent se présenter dans le domaine du système nerveux.

C'est moins à certains troubles nerveux, plutôt fréquents, tels que cauchemars nocturnes, émission nocturne, paresse intellectuelle, etc., que je veux faire allusion, qu'à des affections d'un type bien défini, constituant une entité morbide véritable, d'observation rare, en somme, telles que la manie, l'épilepsie, voire même la maladie de Basedow.

Notre confrère Cheval, dans son excellent travail sur la tonsille pharyngienne hypertrophiée, relate un cas très curieux d'accès maniaque, d'origine irréfutablement adénoïdienne; l'épilepsie a été observée plus souvent; personnellement j'en'ai vu deux cas chez des enfants, et l'un d'eux chez un sujet à hérédité nerveuse très chargée; la guérison a cependant été réalisée dans les deux cas par l'ablation des végétations. Arslan rapporte un résultat aussi heureux dans un cas d'épilepsie jacksonienne. Quant à la maladie de Basedow, Arslan l'a rencontré dix fois chez des adénoïdiens; cinq fois il l'a complètement guéri par la tonsillectomie pharyngienne.

L'étude de ces formes n'est pas terminée; chaque jour peut en compléter la liste ou corriger des erreurs d'appréciation à leur endroit. Je n'ai voulu que signaler leur existence.

Ces exemples d'affections en apparence étrangères au complexus adénoïdien et que l'on parvient parfois à y rattacher dans certains cas, doivent, semble-t-il, engager le praticien à considérer les végétations comme un facteur pathogénique fréquent dans les cas les plus variés.

Ceci est vrai surtout en pathologie infantile, et l'on peut dire sans trop s'aventurer que, pour le médecin des enfants, il est aussi utile de savoir dépister les adénoïdes que de bien connaître l'auscultation, par exemple.

Les végétations ne sont pas toujours faciles à diagnostiquer.

Il y a des formes atténuées dont l'existence est, de l'avis de Cheval, facilement méconnue. Il y a des formes de début, et celles-ci, chez l'enfant, présentent le plus grand intérêt à être diagnostiquées. Reconnaître les végétations incipientes, c'est être à même de prévenir les irréparables déformations du squelette qui toujours seront acquises à un degré quelconque chez l'adénoïdien complet.

On peut se demander quel est le minimum de symptômes nécessaires pour qu'il faille intervenir opératoirement chez l'enfant.

A mon avis des symptômes auriculaires persistant ou une obstruction nasale habituelle, même intermittente (nocturne), sont des phénomènes suffisants.

Tout le monde sera, sans doute, d'accord au sujet de l'importance à accorder aux manifestations du côté de l'oreille, mais la valeur de l'obstruction nasale intermittente paraîtra plus contestable. On n'attache, en général, pas assez d'importance comme cause morbide à l'élément d'obstruction nasale. Je l'ai déjà dit autrefois. Je le répète.

Si un enfant a le nez constamment bouché et le masque adénoïdien, tout le monde s'accordera à lui supposer des végétations et à expliquer par celles-ci le catarrhe bronchique et l'anémie dont il souffre. Mais si un enfant est anémique et qu'il tousse sans avoir l'aspect typique du porteur de végétations, beaucoup de confrères ne songeront pas aux végétations. Là est l'erreur. Il faudrait chercher si ce second enfant ne dort pas la bouche ouverte et, dans l'affirmative, examiner son naso-pharynx. S'il y a des végétations, il faut les opérer, car cette intervention guérira l'anémie et le catarrhe des bronches.

Il existe une vérité banale que l'on médite trop peu : c'est que l'enfant qui dort la bouche ouverte s'asphyxie et irrite ses bronches pendant un tiers de son existence.

(Journal Médical de Bruxelles.)

Rhinite purulente dans la scarlatine.

D'après M. CHAUSSERIE-LAPRÉE

La muqueuse nasale passe pour être rarement atteinte dans la scarlatine. Beaucoup d'auteurs signalent seulement les manifestations nasales, certains les passent sous silence ; elles sont pour eux trop bénignes et trop fréquentes. " Dans la scarlatine, écrit Marfan, le coryza est rare, il affecte une forme sèche, et ce sont plutôt des épistaxis qu'un écoulement muqueux qui attirent l'attention. "

Cependant ce coryza si peu connu, est intéressant à connaître parce qu'il n'est presque plus une complication, mais un véritable symptôme se montrant alors que la scarlatine est encore à son début—symptôme assez fréquent pour qu'on puisse craindre son apparition, assez grave pour qu'on puisse le redouter ; symptôme qui transforme la scarlatine, nécessite un traitement spécial, assombrit le pronostic et explique parfois certains morts qui peuvent sembler extraordinaires par leur rapidité.

En s'appuyant sur 10 cas de rhinite purulente qu'il a réunis, M. Chausserie-Laprée divise son étude en : 1^o coryza purulent précoce ; 2^o coryza purulent tardif ; et 3^o coryza pseudo-membraneux.

I. *Coryza purulent précoce*.—Le début de la scarlatine avec coryza purulent peut n'offrir rien de particulier. Le plus souvent cependant les symptômes habituels de la période d'invasion sont plus bruyants. On peut alors constater une certaine inflammation de la muqueuse nasale qui cause un peu d'enclouement et de nasonnement accompagnés d'un léger catarrhe oculaire ; bientôt apparaît un écoulement par le nez de liquide séreux, pas très abondant, forçant seulement le malade à se moucher plus souvent que d'habitude et gênant sa respiration. C'est le coryza simple qui peut disparaître très rapidement, mais qui souvent est l'annonce du coryza purulent. On observe rarement cette marche croissante, et c'est subitement, sans que rien puisse le prévoir, que le coryza purulent apparaît le premier, le second ou le troisième jour de la période d'invasion. Sans avoir été précédé d'un écoulement muqueux, il s'installe avec une intensité qui n'augmentera guère, accompagnant l'éruption, la précédant rarement. Dès son apparition l'écoulement est d'une abondance extraordinaire, effrayante. C'est du muco-pus jaunâtre, pus très épais, s'écoulant continuellement par le nez, recouvrant les lèvres, le menton et les joues du malade, traversant les linges qui protègent les oreillers. On n'a pas alors affaire à un léger suintement qui pourrait passer inaperçu, il n'est pas nécessaire de presser sur les narines pour apercevoir le pus ; on se trouve en présence d'un véritable jelage, d'une intensité rare et si grande que dans un cas on a cru à la morve.

L'écoulement se fait presque toujours par les deux narines ; deux fois seulement le pus ne sortait que d'un seul côté. Le pus est fétide, mais l'odeur n'est cependant pas repoussante comme dans certaines affections nasales. Elle manque d'ailleurs quelquefois et disparaît momentanément avec les lavages.

Le coryza purulent coïncide presque toujours avec la présence d'une angine violente et très douloureuse, angine érythémateuse avec une rougeur diffuse ; angine avec dépôts pultacés et trainées muco purulentes sur la paroi postérieure du pharynx. Les amygdales sont très volumineuses, énormes ; elles s'accolent l'une à l'autre, oblitérent presque complètement la voie pharyngienne, laissant pénéttrer difficilement l'air qui ne passe déjà plus par le nez. La voix se modifie et prend un timbre nasillard. Plus rarement on voit une angine pseudo-membraneuse avec un coryza puru-

lent. Lorsque la luette et les amygdales sont recouvertes de fausses membranes, le jetage nasal purulent sans membranes est rare, il est généralement lui aussi, pseudo-membraneux.

Les ailes du nez sont rouges et tuméfiées. L'inflammation s'étend souvent au nez tout entier qui grossit. La peau devient tendue, luisante, à aspect érysipélateux ; l'œdème peut gagner rapidement les joues et le front et donner au malade un aspect bouffi. L'entrée des narines est encombrée par des croûtes d'un jaune foncé, dures et assez adhérentes. Le passage constant du pus sur la lèvre supérieure l'irrite, la rend volumineuse et l'excorie.

Le malade ne respire que par la bouche qu'il ouvre difficilement ; il respire mal, parce que l'angine est violente et que le pus retombe des fosses nasales postérieures dans le pharynx, augmentant beaucoup la gêne respiratoire.

La bouche est remplie de pus mélangé à des viscosités dont l'enfant ne peut pas se débarrasser et que les malades plus âgés détachent difficilement ; l'haleine est fétide, les ganglions de la mâchoire sont gros et douloureux.

Les symptômes douloureux sont très graves. Le malade est abattu et prostré, il dort mal et s'agite, parfois même il délire et ses membres sont secoués par des spasmes. La langue est sèche, les lèvres et les dents se recouvrent d'un enduit noirâtre, le ventre est douloureux et légèrement ballonné, la rate et le foie sont un peu gros, l'urine contient toujours de l'albumine et la température se maintient entre 40° et 41°.

L'écoulement purulent ne diminue pas ; au contraire la gorge est de plus en plus encombrée. Au début, alors que le nez n'est pas entièrement bouché, l'air expiré se mélange au pus et produit une sorte de gargouillement : le pus sort du nez en bouillonnant. Mais bientôt le malade se cyanose, les ailes du nez se dilatent, les mouvements respiratoires sont rapides et tumultueux, l'air pénètre seulement par la bouche que le malade laisse constamment entr'ouverte ; à chaque mouvement respiratoire c'est un ronflement sonore qui se produit à l'inspiration et à l'expiration, ronflement qui s'entend dans toute la salle.

Si la bronchite ou la broncho-pneumonie viennent s'ajouter à cet état, alors la dyspnée devient violente et paroxystique. On assiste à une véritable asphyxie qui durera peu. Le thermomètre monte à 41°, 5 à 42°, et la mort arrive dans l'adynamie le 3e ou le 4e jour.

Notre description est celle d'un cas très grave, d'un cas mortel, c'est d'ailleurs malheureusement trop souvent le cas qui se présente, mais il y a a des coryzas purulents moins graves. L'écoulement est aussi abondant, il a les mêmes caractères, mais l'agent pathogène est peut être moins virulent. La fièvre est très forte, mais le malade est un peu moins abattu ; la dyspnée violente au début, peut céder et les symptômes d'infection peuvent manquer. Cependant l'urine est toujours albumineuse. C'est un coryza purulent relativement bénin qui guérit, mais aggrave beaucoup la scarlatine, la prolonge, maintient la température au-dessus de 38°,5 pendant plusieurs jours et affaiblit le malade qui se défend mal contre les complications secondaires.

Coryza purulent tardif.—Il se montre vers le 10^e jour de la maladie, à la période de décroissance, alors que l'éruption a disparu et la desquamation commencée. Rien ne peut faire prévoir l'apparition de l'écoulement. Moins fréquent que la rhinite précoce, il n'a pas la même gravité. C'est une infection secondaire scarlatineuse : le nez se met à suppurer pour la même raison que l'oreille se met à couler. A ce moment, on constate une élévation de la température et une légère aggravation de l'état général. La maladie qui semblait vouloir se terminer bientôt, reprend presque plus sérieusement qu'au début. Le malade est très agité, il délire et respire mal, le pouls petit est fréquent. L'écoulement par le nez est très abondant, le nez est gonflé, laèvre supérieure est rouge et volumineuse. L'angine reparaît violente et douloureuse. On constate dans les urines de l'albumine en assez grande quantité le jour même ou le lendemain. Quelques articulations deviennent douloureuses et le malade a souvent la diarrhée.

Cette participation de la muqueuse nasale aux suppurations secondaires dans la scarlatine est autrement importante que certaines autres manifestations qui sont loin d'avoir sa gravité, car si le coryza tardif guérit relativement facilement, dans certains cas il peut être tenace, cesser pour reparaître quelques jours après et peut être la cause d'une complication grave se terminant trop souvent par la mort, la broncho pneumonie.

Quant à la symptomatologie du coryza tardif, il ressemble beaucoup à celle du coryza précoce.

Coryza purulent pseudo-membraneux.—En face d'un coryza purulent pseudo-membraneux se montrant dans les premiers jours d'une scarlatine, il y a un point très important à élucider, à cause de ses conséquences pratiques ; le coryza pseudo-membraneux est-il de nature diphtérique ?

Bien qu'un diagnostic différentiel d'après les caractères purement objectifs soit impossible, on peut dire que presque toujours le coryza pseudo-membraneux précoce est indépendant de la diphtérie. La bactériologie comme nous le verrons plus loin le prouve.

Ce sont les mêmes symptômes que dans le coryza purulent ; mais l'angine est pseudo-membraneuse, d'une violence et d'une malignité telles, qu'on croit avoir affaire à la diphtérie. Le coryza n'est généralement pas membraneux d'emblée, il est, au début, purulent seulement, très abondant et semblable au coryza que nous avons décrit. Puis l'écoulement diminue un peu d'intensité et ce sont alors des fausses membranes que le malade rejette par le nez en même temps que du pus jaunâtre dont la quantité est en raison inverse des membranes. Les fausses membranes qui remplissent le nez et la bouche sont assez minces, pelliculeuses, adhérentes et d'un blanc jaunâtre ; enlevées, elles se reforment assez vite et s'aperçoivent fort bien lorsqu'on écarte l'entrée des narines avec les doigts ou un speculum nasi. Ce sont les mêmes symptômes, la même température élevée, les mêmes phénomènes cérébraux que dans le coryza purulent, c'est la même dyspnée violente, c'est plus souvent encore la même terminaison fatale.

II *Le coryza purulent est encore grave par les conséquences qu'il comporte.*

La première conséquence du coryza purulent, c'est l'obstruction nasale surtout grave chez les jeunes enfants et les nouveaux nés. Les cavités nasales de l'enfant sont très rapidement bouchées, il tette difficilement, mis au sein il étouffe ; l'air n'arrivant aux poumons ni par le nez, ni par la bouche, l'enfant s'irrite, se met à crier, il fait une déglutition maladroite qui le suffoque et peut déterminer un spasme de la glotte. Chez certains petits malades, c'est à chaque lavage du nez et de la gorge que les accès de suffocation se produisent, accès si menaçants, qu'on cesse les lavages dans la crainte de voir se produire un accident, une syncope mortelle.

Parfois, sans cause apparente, l'enfant subitement étouffe, il est cyanosé, les ailes du nez se dilatent et l'accès se termine pour reparaitre sans aucune raison, 2, 3 et 4 fois dans la même journée.

Ces accès sont si forts, qu'il faut pratiquer la respiration artificielle, et faire des tractions de la langue. Une fois même on dut sur-le-champ faire le tubage. Chez la plupart de ces malades, ces accidents sont dus à la congestion des poumons ou à la broncho-pneumonie ; chez d'autres, ces spasmes sont la conséquence d'une excitation directe de la glotte par le

pus qui tombe continuellement et, pour ainsi dire goutte à goutte, des cavités nasales dans le pharynx.

L'infection reste rarement localisée aux cavités nasales, elle gagne de proche en proche les conduits et cavités annexes, avec lesquelles les fosses nasales sont en communication directe par leur muqueuse.

Elle gagne d'abord très souvent le canal nasal et donne lieu au larmolement, à l'injection et à une sensibilité assez grande de la conjonctive. C'est quelquefois une conjonctivite purulente qui se déclare.

C'est par une voie de propagation analogue que se produisent aussi les troubles de l'audition. L'inflammation gagne l'orifice de la trompe d'Eustache, les malades accusent des bourdonnements, un peu de douleur, et une otite simple ou double apparaît. Elle est presque fatale dans les coryzas purulents précoces ou tardifs qui guérissent.

C'est très souvent au moment où l'écoulement par le nez est arrêté ou presque supprimé, que l'oreille se met à couler. Dans les rhinites graves, elle n'a pas le temps de se produire. 12 malades ont eu une otite simple ou double ; 2 ont eu une mastoïdite qu'il a fallu trépaner, 2 autres malades seulement ont eu de la stomatite, chez eux les gencives rouges et tuméfiées saignaient au contact seul de la sonde qui servait aux lavages de la gorge.

Ce sont encore parfois des abcès multiples qui durent longtemps et épuisent le malade. C'est parfois aussi un adéno-phlegmon du cou qui se montre quelques jours après le le coryza.

Dans les cas extrêmement graves, le malade est emporté en quelques jours avec tous les symptômes d'une infection généralisée. C'est, en effet, une véritable infection dont le point de départ a été la muqueuse nasale, infection maligne, prenant vite des allures septicémiques, qui a facilement raison d'un malade déjà affaibli par le virus scarlatineux.

D'une façon générale, la broncho-pneumonie est assez rare dans la scarlatine, mais, chez les enfants atteints de coryza purulent, elle se montre assez souvent. C'était une terminaison facile à prévoir ; elle se montre dans le coryza tardif, elle se montre aussi dans le coryza précoce, avançant le dénouement fatal chez les malades déjà fortement infectés, prolongeant souvent pendant de longs jours la scarlatine, lorsque le coryza peut guérir.

III.—Quel pronostic faut-il porter ? La meilleure réponse que nous puissions faire est la suivante :

Sur les 39 malades dont les observations sont consignées dans le travail de M. Chausserie-Laprée, 18 sont morts, morts du coryza purulent

ayant occasionné une infection généralisée, une bronchite capillaire, une broncho pneumonie ou un spasme de la glotte. C'est une proportion de 46 %, presque une mort sur deux cas ; mortalité effrayante mais parfaitement exacte.

D'un autre côté, sur 779 scarlatines soignées à l'hôpital d'Aubervillers pendant l'année 1899, 29 sont morts. Sur les 29 morts, 9 avaient du coryza purulent. Or, si nous consultons la statistique dressée par M. Roger, nous voyons que 6 autres malades sont morts d'urémie précoce, que 5 ont été emportés par une scarlatine maligne sans coryza purulent, 3 par une broncho pneumonie, 2 par une urémie tardive, etc. On voit donc bien que le coryza purulent est la cause la plus fréquente de la mort dans la scarlatine.

Le pronostic est évidemment très sombre ; toujours, il nous faudra rester sur une réserve prudente qu'il vaudra mieux exagérer, prévenir l'entourage de la gravité de la situation et lui faire craindre beaucoup l'issue fatale qui trop souvent nous donnera raison. Dans les cas même de guérison, la scarlatine est toujours plus grave et les conséquences ne sont pas à oublier.

Nous avons indiqué combien souvent la rhinite purulente pouvait occasionner des lésions qui doivent la faire redouter ; les otites presque fatales, les mastoïdites, les conjonctivites purulentes, les stomatites, les adéno-phlegmons, etc. Il est évident que le coryza n'est pas la seule complication pouvant causer ces infections secondaires. Mais assurément elles sont plus fréquentes avec lui, certaines mêmes, la conjonctivite purulente, la mastoïdite, ne se sont guère montrées que chez les malades qui avaient du coryza.

IV.—Il est prouvé depuis plusieurs années que le streptocoque est le microbe presque toujours trouvé dans les complications de la scarlatine. C'est un fait constaté par tous ceux qui ont fait des recherches bactériologiques dans cette maladie.

L'examen bactériologique du pus de la rhinite, les ensemencements et les inoculations faits aux animaux par M. Chausserie-Laprée ont pleinement confirmé ce fait : le streptocoque produit dans la scarlatine aussi bien la suppuration des cavités nasales que les otites, les adéno-phlegmons, etc. Les ensemencements qui ont été faits sur gélose et bouillon ont montré un streptocoque dont les petits éléments parfois réunis deux par deux étaient le plus souvent groupés en chaînettes longues et recourbées. Mais le streptocoque, qui a pu suivant les cas produire la suppuration, les fausses mem-

branes ou la gangrène, n'a pas semblé différer du streptocoque pyogène vulgaire.

Il s'est montré seul (4 fois), ou associé (8 fois) à d'autres microbes staphylocoques, coli bacilles.

Nous avons dit que, très souvent chez ces malades, la mort avait été occasionnée par une infection rapide généralisée. On a pu en faire la preuve en examinant le sang pris dans une veine chez un malade mort dans ces conditions. On a obtenu des cultures de streptocoques prouvant bien ainsi que l'organisme entier avait été envahi par le microbe.

V.— Le coryza purulent doit être énergiquement combattu dès son apparition. Il faut : agir localement sur l'agent de la suppuration et diminuer, si possible, sa virulence ; 2° combattre une affection qui est purement locale et prévenir l'infection de l'organisme entier.

C'est dans ce but qu'on emploie les grands lavages aseptiques des fosses nasales.

M. Roger emploie l'eau oxygénée dans son service de l'hôpital d'isolement de la porte d'Aubervilliers ; elle a bien réussi chez plusieurs malades. L'eau oxygénée est mélangée à un volume égal d'une solution de bicarbonate de soude à 4/1000. Le liquide est ainsi neutralisé et la solution n'est plus qu'à six volumes.

Les lavages sont faits à l'aide d'un bock placé à 50 ou 75 centimètres au dessus du lit. Ils doivent être répétés trois ou quatre fois pendant la journée et au moins deux fois pendant la nuit.

On peut, après chaque lavage, insuffler dans les fosses nasales une petite quantité d'iodoforme (qui a cependant l'inconvénient de pouvoir occasionner un érythème généralisé), ou mieux encore un petit tampon, un peu de pommade mentholée au 1/30 ou encore de la pommade à la résorcine. En même temps que les lavages du nez, il faudra toujours faire des lavages de la gorge.

Cette médication peut agir rapidement (au bout de 36 heures). Mais généralement la suppuration ne diminue guère qu'au bout de trois jours. Le pus a alors meilleur aspect et n'a plus la mauvaise odeur du début.

Ces irrigations ont aussi l'avantage de dégager les fosses nasales en chassant tout le pus qui les remplit et en détachant les croûtes qui ferment l'entrée des narines. Le 5^e ou 6^e jour l'écoulement disparaît presque entièrement. Parfois il est plus tenace, un léger suintement persiste pendant plus longtemps, on doit alors continuer les lavages, deux fois par jour seulement, matin et soir.

Le traitement local suffit dans les cas de coryza bénin. Mais, en présence d'une rhinite avec écoulement très abondant, il faudra lui associer un traitement général énergique : Bains, injections de sérum artificiel, caféine, etc.,

Malheureusement, le traitement n'agit pas toujours, il peut rester impuissant et le malade succombe sans qu'on ait pu diminuer l'intensité de l'écoulement. Chez plusieurs malades qui sont morts, le jetage avait diminué dès les premiers lavages ; ils ont été emportés par une infection généralisée, extrêmement rapide.

Les divers sérums anti-streptococciques n'ont jamais été essayés chez les malades atteints de rhinite qui ont été soignés à l'hôpital d'Aubervilliers ; d'ailleurs Josias, dans le but de prévenir les lésions à streptocoque qui compliquent la scarlatine en a employé en 1896 dans 96 cas. Ni la marche de la maladie, ni l'apparition des symptômes n'ont été modifiés.

La prophylaxie de la rhinite purulente ne s'adresse qu'au malade atteint de la scarlatine ; il faut chez lui surveiller le nez, et nous croyons que par des irrigations nasales faites régulièrement pour maintenir les fosses nasales aseptiques, on pourrait souvent éviter la rhinite qui est en somme assez fréquente et assez grave pour qu'on puisse chercher à l'éloigner.

Les irrigations sont parfois pénibles chez les enfants indociles qui résistent et remuent. Souvent, elles nécessitent l'aide d'une personne qui maintient la tête du petit malade.

Le procédé très simple et très ingénieux imaginé par M. le Lorier, interne à l'hôpital d'Aubervilliers, rend cette petite opération beaucoup plus facile et plus efficace. Il a de plus l'avantage de permettre de pratiquer en même temps des lavages de la gorge.

L'appareil se compose d'une sonde en caoutchouc de Nélaton percée à sa partie moyenne de trois petits trous qu'on pratique soi-même avec des ciseaux. La sonde introduite par le nez doit sortir par la bouche, suffisamment pour que les trous se trouvent dans les cavités nasales, elle est ensuite adoptée au tuyau d'un bock : le robinet ouvert, le liquide s'écoule à la fois par les trois trous et par l'œil de la sonde. On peut à la volonté augmenter ou diminuer la pression du liquide en laissant ouverte l'extrémité de la sonde.

Pour les lavages de la gorge, on tire légèrement la sonde du côté de l'orifice buccal.

Ce procédé est aujourd'hui employé à l'hôpital d'Aubervilliers dans tous les cas de coryza purulent.

Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.

Cure radicale de hernie

par M. PIERRE DELBET.

Messieurs, le qualificatif de communication est vraiment trop pompeux pour ce que j'ai à vous dire. Je veux seulement vous citer quelques chiffres qui me paraissent de nature à vous intéresser.

Nous regrettons tous de ne pas être suffisamment renseignés sur les résultats de nos cures radicales de hernies. Nous revoyons bien de temps en temps quelques-uns de nos opérés que la reconnaissance ou la récurrence ramène vers nous, mais ils sont bien peu nombreux. La plupart disparaissent ; ils s'évanouissent dans une foule anonyme sans que nous sachions leur sort.

Aussi, bien que nous soyons tous convaincus que les cures radicales sont des opérations efficaces, notre jugement sur leur valeur comporte une part d'incertitude. Nous en sommes réduits à des suppositions, à des appréciations vaguement hypothétiques, et en causant avec certains de nos collègues, j'ai pu constater que leurs appréciations sur ce point sont étrangement divergentes. Aussi m'a-t-il semblé que tout ce qui pourrait apporter dans cette obscurité une lumière, si faible qu'elle soit, serait bien accueillie.

Vous savez qu'il existe un service des bandages qui consiste à distribuer des bas aux variqueux et des bandages aux hernieux. Les opérés des hôpitaux qui ont des récurrences doivent porter bandage tôt ou tard. C'est donc à la consultation des bandages qu'on doit retrouver les mal guéris qui ne vont pas revoir leur chirurgien.

Or, je suis chargé actuellement du service des bandages, et ce que je vous apporte, c'est tout simplement la statistique de ce service du 6 janvier au 9 juin.

Pendant ce laps de temps, j'ai distribué 1,516 bandages inguinaux à un millier de hernieux.

Je n'insiste pas sur le nombre de malades, car c'est par hernie qu'il faut compter. En effet, si un malade opéré des deux côtés récidive des deux côtés, cela fait incontestablement deux récurrences.

Eh bien sur les 1.516 hernies, combien y en avait-il qui eussent été opérées ? J'ai posé la question à certains de nos collègues. L'un m'a répondu mille, l'autre m'a répondu cent.

Messieurs, il y en avait sept.

Entendons-nous bien. Sur ces 1.516 hernies inguinales, il y en avait 1,509 qui n'avaient pas été opérées et 7 qui, ayant été opérées, avaient récidivé.

Pour les hernies crurales, la proportion est plus forte, ce qui, je crois, ne surprendra personne. Sur 70 hernies crurales, il en avait deux récidives après opération.

De ces neuf hernies (inguinales et crurales) récidivées, trois avaient été opérées en province. La responsabilité n'en incombe donc pas aux hôpitaux parisiens.

Je serai discret, Messieurs. Je ne dirai par qui ont été opérées les six hernies qui ont récidivé. Mais alors même que je le dirais, ce qui serait très indiscret, personne de vous n'aurait rien à redouter de mon indiscretion. Ce n'est pas à vous qu'incombe, au moins en tant qu'opérateurs, la responsabilité de ces récidives, car pas une de ces hernies récidivées n'avait été opérée par le chef de service. Ceci prêterait à des développements, mais je passe.

On peut dire, Messieurs, que les chiffres que je viens de vous citer ne prouvent rien de précis, et en effet, ils ne permettent pas de faire de pourcentage. Ils n'auraient de valeur mathématique que si nous savions exactement la proportion des hernieux qui se font opérer, et nous ne le savons pas.

Mais si l'on songe au nombre énorme de cures radicales qui sont faites dans les hôpitaux de Paris, on admettra je crois que si les hernies récidivées sont si rares à la consultation des bandages, c'est que les cures opératoires sont réellement radicales.

En tout cas, Messieurs, ces chiffres m'ont vivement frappé et j'ai pensé qu'ils vous intéresseraient.

Soc. de Chir.

L'uricémie chez les enfants.

par le Dr J. COMBY.

L'uricémie, c'est l'arthritisme en germe, la diathèse en puissance. Ce trouble général de la nutrition, qui se traduira plus tard par la goaite, l'obésité, le diabète, l'asthme, la migraine, la gravelle, etc., ne donne chez l'enfant qu'une esquisse, qu'une ébauche de ces grandes manifestations, quand il ne se déguise pas sous des troubles obscurs (digestifs, nerveux, urinaires, cutanés) dont la filiation avec l'arthritisme échappe aux esprits non prévenus.

Pour expliquer les accidents, on a invoqué l'excès d'acide urique et des corps alloxuriques (xanthine, para et hétéroxanthine) qui s'en rapprochent.

Souvent, en effet, l'analyse des urines a montré : une densité élevée, une acidité extrême, de l'azoturie, de la phosphaturie, un excès d'acide urique et d'urates alcalins, un peu d'albuminurie et de glycosurie parfois.

Les accidents uricémiques de la première et de la seconde enfance présentent le caractère paroxystique : crises revenant à des intervalles variables, parfois assez longs (plusieurs semaines, plusieurs mois), durant peu et suivies d'un rétablissement complet. Je vais énumérer les principales manifestations :

1^o *Céphalalgies* périodiques, que rien n'explique, éclatant à l'improviste, soit par le travail, soit spontanément, s'accompagnant de malaise général, de faiblesse, d'inaptitude intellectuelle, de neurasthénie.

2^o *Vomissements* cycliques, durant 2, 3, 4 jours, avec intolérance absolue de l'estomac, avec fièvre, prostration, amaigrissement, puis retour rapide à la santé.

3^o *Arthralgies* et ostéalgies uricémiques, sans fièvre, sans gonflement ni rougeur, attribuées souvent à la croissance ou au rhumatisme relevant de l'auto-intoxication uricémique.

4^o *Excitation cérébrale* et névroses diverses, (insomnies, terreurs nocturnes, spasmes de la glotte, convulsions).

5^o *Eczémas* uricémiques et dermatoses diverses, erythèmes, hyperhydrose.

6^e *Spasmes vésicaux* et troubles urinaires (incontinence, sable, colique néphrétique, uréthrite).

7^e *Spasmes respiratoires* (pseudo-asthme, coryza spasmodique, fièvre des foins).

J'en passe. Toutes ces manifestations, si diverses de forme et de localisation, ont un lien commun, une pathogénie identique qui en font des membres de la même famille pathologique : ce lien est l'*uricémie*.

Les causes sont surtout héréditaires ; c'est dans la descendance des goutteux, obèses, graveleux, diabétiques, asthmatiques, migraineux, hérpétiques, etc., qu'on trouve les manifestations dont je viens de donner la liste incomplète.

Mais la tare héréditaire que ces manifestations accusent peut s'enrichir d'acquisitions personnelles dues à la mauvaise hygiène alimentaire, à l'abus des viandes, à la suralimentation aggravée par la sédentarité et le manque d'exercice. Elle peut s'atténuer par une hygiène différente.

Le diagnostic se fera moins d'après les symptômes isolés, sans caractères pathognomoniques, que d'après leur situation dans le temps et dans l'espace : âge des sujets, leurs antécédents héréditaires, leurs habitudes hygiéniques, retour périodique des paroxysmes. Enfin l'analyse des urines viendra confirmer le diagnostic.

Le pronostic, malgré l'éclat et la gravité apparente des symptômes, n'indique aucun danger immédiat. Mais il y a des craintes pour l'avenir, et il faut instituer une hygiène et un traitement préventif. La diathèse se renforce avec les années. Tel enfant qui n'a que des crises céphaliques ou gastriques éphémères aura plus tard, à l'âge d'homme, des crises d'asthme, de goutte, de gravelle, etc. On s'efforcera d'éloigner ou de prévenir ces échéances funestes.

Le traitement est, avant tout, d'ordre hygiénique. Alimentation végétarienne, pas de viandes noires (gibier de poil) ou rouges (viandes de boucherie), pas de charcuterie ni mets faisandés. Viandes blanches et poissons frais de préférence, œufs et légumes verts ou secs, farineux, fruits cuits. Comme boisson, pas de vin ni autres liquides alcooliques, lait ou eau. On devra veiller au bon fonctionnement de l'intestin (lavements, suppositoires, laxatifs, pain complet), de la peau (bains, douches, drap mouillé, frictions), des muscles et du poumon (massage, gymnastique suédoise, grand air, exercices physiques), du cerveau (pas de surmenage).

Au moment des paroxysmes, le repos absolu et la diète s'imposent. Dans l'intervalle, on préconisera les alcalins (bicarbonate de soude ou de potasse, citrate de potasse, carbonate ou benzoate de lithine).

Enfin on conseillera les cures thermales pour modifier le fond organique et les échanges nutritifs : eaux chlorurées sodiques chaudes et froides, eaux bicarbonatées sodiques et calciques, eaux sulfatées calciques, eaux arsenicales, etc.

Pour le choix des différentes stations, on s'inspirera des symptômes prédominants et du tempérament des enfants.

Mais on comptera, avant tout, sur l'hygiène qui, à la longue, modifiera le terrain organique plus profondément et plus sûrement que les remèdes.

Ann. de Méd. et de Chir. infant.

Les Pelades

par le Dr SABOURAND.

Presque tous les médecins et beaucoup de dermatologistes appellent indistinctement : pelades, comme le vulgaire, toutes les aires alopeciques survenant brusquement sur une surface normalement velue.

De l'ensemble des affections qui peuvent se présenter ainsi je distrairai :

1° *Les alopecies infectieuses*, de cause générale (syphilis, typhoïde, fièvres éruptives, cachexies, etc.).

2° *Les alopecies cicatricielles traumatiques*.

3° *Les alopecies cicatricielles consécutives à des lésions inflammatoires diverses* : acné nécrotique, variole, varicelle, acné keloïdienne, pseudo-pelade de Brocq, folliculites décalvantes, favus, lupus érythémateux ; impétigo contagieux phlyctéculaire (streptocoque), impétigo folliculaire ou furonculeux de Bockart (staphylocoque) etc..

4° *Les alopecies diffuses progressives* dues à la calvitie vulgaire (séborrhée grasse ou crobacillaire et eczéma séborrhéique de Unna.)

A mon avis, nous devons définir les pelades comme constituées par des aires alopeciques d'apparition soudaine non précédées de traumatismes ou de lésions inflammatoires quelconques.

Même en restreignant ainsi la définition de la pelade, l'ensemble des cas qu'elle englobe n'est pas à mon avis univoque.

On peut dans la pelade décrire au moins deux types cliniques différents :

1° La pelade ophiastique (de Celse).

2° La pelade séborrhéique (de Bateman).

I. *Pelade ophiastique de Celse.*—Début plus fréquent dans la seconde enfance. Localisation occipitale ordinaire. Extension bilatérale Symétrie fréquente : " Id (genus arearum) vero quod a serpentis similitudine ophiastis appellatur, incipit ab occipite; duorum digitorum latitudinem non excedit, ad aures duobus capitibus serpit, quibus iam etiam ad frontem, donec se duo capita in priorem partem comittant " (*Celse, De re medica VI*)

La limitation de cette pelade est ordinairement faite suivant des arceaux qui se coupent. Les plaques secondaires naissent à une petite distance du bord de la plaque initiale et se réunissent à la première par disparition de la bordure de cheveux qui les séparent. Les plaques secondes à distance sont ordinairement amorphes, sans forme définie. Sur les surfaces déglabrées, peau lisse, amincie, atrophiée variqueuse, dépigmentée; quelquefois épaisse, spongieuse, d'apparence œdématisée et grasse. Les bordures des plaques en extension sont signalées par une bordure large de cheveux cassés, bruns, de couleur acajou, ou par une bordure plus mince de cheveux isolés, cassés, ayant la forme de points d'exclamation d'imprimerie.

Il existe des formes diverses de cette maladie : des formes atypiques à localisation frontale ou sus-auriculaire primitive, des formes unilatérales, des formes graves, serpiginieuses, à plaques multiples, quelquefois diffuses, des formes très extensives, généralisées, totales.

Ces formes peladiques très étendues, très rebelles s'accompagnent souvent de lésions unguéales : ongles *grêles*, rarement infiltrés d'air. D'autres s'accompagnent de plaques de *canitie* précédant l'alopecie ou coexistant avec elle. La parenté de ces cas avec le vitiligo semble cliniquement indiscutable.

L'étiologie et la pathogénie de la pelade ophiastique sont de tous points inexpliquées. L'hérédité des formes graves est certaine (9 observations) quoique inconstante. Début après chocs nerveux graves : coups de feu, amputations traumatiques, gelures des extrémités, chutes, etc... Coexistence de tares nerveuses (tics, chorée), de malformations (pieds plats, genu valgum, scoliose), de troubles de nutrition (adiopose généralisée des enfants). Le plus souvent l'ophiasis débute sans cause appréciable. Aucune flore mi-

crobienne particulière n'a pu être mise en évidence sur la surface de ses plaques. Jamais depuis l'ouverture de l'École Lailler (1897) aucun cas de contagion ne s'y est produit. (Les pelades sont mélangées aux favus.) Et dans toute la série de mes observations, j'ai seulement observé un cas de coexistence chez la femme et le mari (sans consanguinité). C'est le seul cas que j'aie vu de cette forme où la contagion puisse être mise en cause nettement.

La durée moyenne de cette pelade chez l'enfant est de 15 à 20 mois. Rarement elle présente moins de 6 mois de durée. Elle peut persister indéfiniment (persistance totale ou incomplète).

L'influence heureuse de la puberté est très fréquente et certaine (*Sæpe per se finitur* Celse.) La guérison est la règle. De même les récurrences ultérieures partielles, sans cause apparente ou après une infection générale (syphilis), un traumatisme, etc.,

Cette pelade existe chez l'adulte et n'est même pas très rare chez lui. Elle peut se présenter chez lui avec tous ses caractères ou bien se montrer moins parfaite en ses symptômes que chez l'enfant.

Traitement. " Maintenir perpétuellement les surfaces malades en état d'irritation légère " Vidal. Rasage, brossage, applications irritantes: acide acétique, lactique, phénique, ammoniacque, sulfures, chlorure de méthyle, vésications, cautérisations, action des rayons chimiques du spectre (Finsen).

II *Pelade séborrhéique.*—Age moyen 15-45 ans. Contagion possible, assez souvent probable, très rarement certaine, mais quelquefois évidente (6 cas). Début par une aire unique de 2 à 3 centimètres de diamètre, ronde ou ovale toujours régulière. Les cheveux qui tombent sont entiers ou fragmentés de 3 ou 4 millimètres au-dessus de la peau. Le tronçon qui demeure et tombe plus tard est progressivement atrophié par sa base et prend la forme d'un point d'exclamation d'imprimerie. Sur la plaque constituée, la zone d'extension périphérique est toujours signalée par un ou plusieurs rangs de ces cheveux de forme spéciale. L'expression de la peau de la plaque entre deux ongles fait sourdre entre des gouttelettes de sueur des filaments de matière séborrhéique.

Après cinq ou six semaines on peut voir apparaître de nouvelles plaques (seconde) identiques en tous leurs caractères à la plaque maîtresse (primitive): orbicularité, déglabration totale, bordure de cheveux massués, surface grasse, etc, et diversement réparties sur le cuir chevelu.

L'examen microbiologique de ces surfaces montre dans tous les ori-

fices piliaries, dès que leur poil semble malade, l'existence de la lésion élémentaire de la saborrhée grasse.

Au $\frac{1}{3}$ supérieur du follicule existe un cocon de lames cornées imbriquées contenant au milieu de matière grasse une colonie compacte du microbacille décrit par Unna et Hodara dans le comédon comme étant le microbe spécifique de l'acné.

Cette infection microbienne existe dans tous les orifices pilosébacés de la séborrhée grasse qui au visage précède l'acné polymorphe et au cuir chevelu précède et accompagne la calvitie séborrhéique. Comme cette infection microbillaire toujours identique et toujours pure est partout où on la rencontre suivie de la chute du poil dans le follicule auquel se loge la colonne microbienne, on peut sans que l'expérimentation ait donné encore de preuve absolue et définitive, concevoir cette espèce de pelade comme une attaque aiguë et localisée de calvitie, c'est-à-dire d'alopecie séborrhéique.

Les faits que je rappelle ici sont certains, les conclusions qu'on en peut tirer demeurent discutables tant que l'expérimentation ne les aura pas justifiés davantage.

La durée moyenne de cette forme de pelade varie de 2 mois à 10 mois, quelquefois moins, rarement plus ; la guérison est précédée de la disparition des colonies microbiennes.

Le traitement qui dans cette forme de pelade m'a donné constamment les meilleurs résultats est le même qui dans le traitement de l'alopecie séborrhéique m'a toujours le mieux réussi ; applications quotidiennes de pommades contenant de l'huile de cade 5—10 pour 20 grammes et un sel de mercure 1 pour 20 ; on peut y associer le soufre, l'acide pyrogallique, l'acide chrysophanique, l'ichtyol, la résorcine, etc...

III. *Pelade de la barbe.*— La pelade de la barbe n'est pas une entité morbide spéciale, elle peut certainement accompagner la pelade ophiasique chez l'adulte, elle accompagne peut être aussi la pelade séborrhéique... En tout cas, elle diffère de toutes les autres localisations peladiques par des mœurs et des caractères spéciaux.

1° Souvent les taches peladiques de la barbe ne sont pas alopeciques. Sur leur surface, le poil est aminci, décoloré, mais il persiste et en conservant la barbe sans la raser on peut suivre sur la longueur de chaque poil l'atrophie progressive, la décoloration, puis la recoloration et la reprise du diamètre normal sur le même poil sans qu'il soit tombé. Les poils blancs

sur une plaque peladique de la barbe ne sont donc pas la certitude d'une guérison prochaine.

2° Les taches peladiques de la barbe à égalité de dimension guérissent d'une façon générale beaucoup plus lentement que les mêmes taches au cuir chevelu sur le même sujet. Règle générale presque sans exception

3° Aucun traitement quelconque ne me paraît avoir sur la marche, la gravité, la guérison d'une plaque peladique de la barbe une influence quelconque.

IV. *Contagion de la pelade.*—J'ai vu un seul cas dans lequel la pelade ophiasique m'a paru procéder d'une contagion. La pelade séborrhéique dans certains cas rares m'a paru contagieuse manifestement. Pour prouver cette proposition j'ai dû écarter tous les cas de contagion apparente qui pouvaient s'expliquer par consanguinité ou hérédité (pelade chez deux frères, ou chez la mère et l'enfant). Ces cas sont déjà rares ; parmi eux, les uns semblaient héréditaires, les autres nés de contagion probable.

Je n'en retiens aucun, pas même, en faveur de la contagion, le cas que j'ai vu 3 fois de père ou mère n'ayant présenté de tache peladique qu'après la pelade de leur enfant.

Je ne considère comme prouvant la contagion que les cas de concomitance de pelade sur le mari et la femme. J'en ai réuni 7 cas. Ces 7 cas triés entre tous sont figurés par l'observation générale suivante :

“ L'un des conjoints présente depuis plusieurs semaines une ou plusieurs taches peladiques observées depuis leur début, caractéristiques en leur forme et en tous leurs symptômes lorsque apparaît chez l'autre conjoint une tache alopécique ayant l'aspect absolu, les dimensions, la forme, les symptômes élémentaires et ultérieurement l'évolution de la pelade la plus classique. ”

Bien que les cas inverses avec absence de contagion entre mari et femme soient extrêmement nombreux, je considère les faits précédents rigoureusement probants. La pelade est rarement contagieuse, mais elle l'est quelquefois. Je n'ai jamais pu suivre la filiation de plus de deux cas authentiques.

V. *Les épidémies de pelade.*—Je n'ai jamais pu contrôler l'existence d'une seule épidémie de pelade bien qu'ayant fait dans ce but plusieurs longs voyages.

Journellement j'ai vu désigner par des médecins sous le nom d'épidémies de pelade des épidémies de teigne tondante ou encore des épidémies d'impétigo contagieux ayant causé des aires alopéciques lesquelles pren-

ner une apparence épidémique au moment de la chute simultanée des croûtes impétigineuses. Lorsque j'ai commencé l'étude de ce sujet, cette erreur facile m'est arrivée à moi-même. Depuis lors, partout où l'on m'a signalé une épidémie de pelade que j'ai pu voir, ce n'était pas une épidémie de pelade.

J'ai commencé l'étude de la pelade en 1894, et l'ai poursuivie depuis lors. Plus nombreux ont été les cas que j'ai soumis à l'étude (environ 1500), moins je me suis trouvé capable de poser des conclusions étiologiques fermes à leur sujet. Il me paraît aujourd'hui impossible que toutes relèvent d'une même et unique cause, que l'on suppose d'ailleurs cette cause externe et parasitaire ou interne, dystrophique ou indépendante de tout facteur contagieux. Et à côté des cas où la contagion de mari à femme semble positivement indiscutable, il y en a d'autres où l'influence de causes générales profondes paraît difficile à mettre en doute.

Récemment M. le docteur Jacquet vient de publier une étude sur l'urologie des pelades graves. Même en limitant ma critique autant que le sujet m'ême de ce travail, il ne me semble point que ses parties déjà parues soient à l'abri de la discussion.

Les cas qui ont servi à ces analyses sont surtout des cas de pelade généralisés, par eux-mêmes exceptionnels, à côté desquels existent des formes bénignes peut-être de tous points différentes.

Les cas de pelade "vraie et contagieuse" ne paraissent nullement avoir fixé l'attention de l'auteur. Si rares qu'ils soient, ils existent et ils ont dans le sujet une importance considérable. Ne pas les avoir rencontrés ne les rend pas négligeables. Les méconnaître au profit d'une théorie dystrophique de la pelade est un défaut symétrique à celui qui ferait toutes les pelades parasitaires et contagieuses indistinctement.

Ces réserves faites, je considère que la voie dans laquelle mon savant collègue s'est engagé, si elle est suivie, pourra fournir sur l'étiologie de certaines pelades de formes graves des indications importantes.

D'où que nous vienne la lumière sur cette question, elle sera très bienvenue. Je ne vois pas jusqu'ici que ni mes travaux ni ceux des autres soient d'une importance décisive dans le sujet.

CONCLUSIONS

1° On doit écarter du tableau nosographique de la pelade les alopecies qui ne sont que le reliquat de lésions antérieures et disparues.

2° On doit conserver le nom de pelade aux seules alopecies en aires, cliniquement spontanées qui ne sont précédées d'aucune lésions préalables.

3° Même en se conformant à cette règle, il est probable que nous confondons encore sous le nom commun de pelade plusieurs maladies différentes.

4° J'en distingue deux formes principales :

I. *La pelade ophiassique* (de Celse) : plus fréquente et plus nette chez l'enfant. Debut occipital, extension circonférencielle au cuir chevelu, marche lente, guérison à la puberté. Héritéité certaine. Contagion infiniment rare si elle existe.

II. *La pelade séborrhéique* (de Bateman) : adultes âge moyen, plaque initiale suivie à distance de plaques secondes.

Toutes plaques orbiculaires. Infection séborrhéique microbacillaire de leur surface. Contagion rare encore, mais possible et certaine.

5° La forme, le siège, l'âge, la microbiologie, la thérapeutique me semblent séparer ces deux formes morbides

Bien que la démonstration expérimentale de leur séparation absolue et définitive soit également impossible pour l'une comme pour l'autre de ces deux maladies, bien que certains cas cliniques, faute d'un critérium expérimental reconnu, ne puissent se classer dans l'une ou l'autre de ces deux catégories, la séparation des pelades en deux classes, l'une de cause locale, l'une de cause générale me paraît vraie. Je me trouve donc ramené en somme à la classification ancienne des pelades en pelade parasitaire et pelade non parasitaire, dite nerveuse.

6° Je considère ce sujet comme l'un des plus obscurs de la dermatologie, et l'un de ceux où, en l'absence de techniques expérimentales nouvelles, cette obscurité persistera le plus longtemps.

(*Journal des Praticiens*).

Traitement des teignes tondantes.

Les traitements proposés pour la guérison des teignes tondantes sont innombrables. Rien que cette multiplicité prouve qu'il n'y en a pas un de bon, les meilleurs sont médiocres, il faut le savoir et puisqu'on est amené forcément à utiliser les meilleurs parmi les médiocres, il faut savoir comment s'en servir pour hâter leur effet thérapeutique. Voici comment le Dr Pigeot, dans un intéressant travail sur les teignes (Swinheil, éditeur)

s'exprime à ce sujet, donnant en cela le traitement des teigneux, tel qu'il est pratiqué à l'hôpital Saint-Louis.

Le traitement de la teigne sur une tête doit d'abord être la prophylaxie des parties restées saines. Il comprend six à huit jours d'applications thérapeutiques successives, c'est :

1° Des applications d'huile de cade ou de glycérolé cadique le soir, sur toute la tête universellement. Ce médicament a pour action spéciale de détruire tout *pityriasis alba*, toute desquamation épidermique et de ramener l'épiderme interfolliculaire à l'état d'intégrité.

2° Chaque matin, on savonne le cuir chevelu pour enlever la médication appliquée la veille et après savonnage, rinçage et séchage on applique par friction dure et également générale, une couche de teinture d'iode étendue 3 ou 4 fois son volume d'alcool à 90°, cette dernière application ayant pour résultat de détruire indistinctivement tous les fragments de parasites que la solution iodée a touchés. Ce premier traitement n'a pas la prétention de détruire le parasite *dans la profondeur* mais seulement à la *surface* et d'empêcher que les graines, incessamment dispersées sur le cuir chevelu, aillent s'inoculer à distance des plaques malades dont elles sont issues, en créant des foyers nouveaux. Il est excellent de continuer ce traitement de prophylaxie locale pendant toute la durée de la maladie. Dès qu'on aura commencé son application on empêchera la production à distance de tout nouveau point d'inoculation et on limitera des dégâts par le parasite à ce qu'ils étaient, lorsqu'on a pris la direction du traitement.

Reste maintenant à examiner les moyens de traitement actif des plaques de tondantes constituées. Une simple comparaison nous montrera comment la nature guérit elle-même certaines plaques trichophytiques. Il y a des trichophyties animales en grand nombre dans lesquelles le parasite produit, outre l'infection du poil, une réaction suppurative périfolliculaire. Le poil détaché se trouve éliminé avec le parasite qu'il contient par un petit abcès folliculaire du type des folliculites profondes et il est d'observation clinique courante que ces trichophyties à folliculites guérissent spontanément, beaucoup plus vite que les trichophyties sans réaction folliculaire, celles dont nous connaissons les symptômes. Le traitement le plus rationnel des teignes tondantes sera celui qui copiera la nature en provoquant artificiellement autour des follicules affectés de teigne tondante une réaction suppurative artificielle. On fera ainsi de toutes pièces, volontairement, une suppuration périfolliculaire expulsive du poil malade et la

guérison s'obtiendra, par le même mécanisme, qui, dans les teignes ton dantes animales suppurées, s'observe spontanément. Il s'agit donc d'un procédé d'inflammation substitutive analogue à tous ceux que d'instinct l'ancienne médecine avait créés, comme par exemple les applications de chlorure de zinc dans les tuberculoses, les applications de nitrate d'argent dans la blennorrhagie. Le meilleur des topiques est, l'expérience le prouve, l'*huile de croton*. Lorsqu'on passe cette huile en badigeonnage à la surface de la peau, elle crée de toutes pièces une miliaire pustuleuse d'abord amicrobienne et chimique, le lendemain les pustulations qu'elle a créées sur la peau vague sont tariées et au contraire celles qu'elle a créées autour du follicule sont microbiennes, staphylococciques, se développent dans la cheminée folliculaire et provoqueront autour du follicule une folliculite expulsive dont l'évolution copiera exactement celle des sycosis parasitaires et des kérions dus aux trichophytons pyogènes. Ainsi une plaque de teigne, qui fut demeurée des mois et des années sans subir de régression spontanée, après la première application d'huile de croton perdra un tiers ou une moitié de ses cheveux teigneux. Des applications successives d'huile de croton reprendront une partie des follicules épargnés par les premières éliminations. La difficulté du traitement est de modérer le processus suppuratif éliminatoire de façon à ne pas faire, à la place du placard de teigne tondante une cicatrice dépilée et définitive. On y arrive, soit en diluant l'huile de croton à moitié ou au tiers, soit en modérant l'activité des folliculites suppurées une fois faites, par l'application d'émollients en temps utile.

Tel est le mécanisme du traitement des teignes tondantes tel qu'il est compris à l'école Laillier et appliqué journellement avec les meilleurs résultats qu'on puisse obtenir encore dans la thérapeutique de cette affection, mais il faut bien comprendre et répéter que cette thérapeutique n'a pas dit son dernier mot, qu'elle est encore boiteuse et que ses résultats, même les meilleurs, sont encore médiocres.

Dans le traitement des teignes tondantes, l'épilation n'a pas le rôle décisif qu'elle a dans la thérapeutique du *favus* par exemple et cela pour une raison bien simple. Dans cette dernière affection le cheveu n'est pas cassant ; avec la totalité du cheveu, on épile la presque totalité du parasite ; conséquemment l'épilation à elle toute seule peut suffire à la guérison. L'épilation dans les teignes tondantes a cependant un triple rôle :

1° Elle enlève une bordure de cheveux sains autour des plaques constituées : elle ne permet pas ainsi leur agrandissement excentrique.

2° En même temps quand il s'agit d'un point teigneux, petit, comme elle a pour résultat de faire de toutes pièces un point glabre très visible; au cours du traitement, l'attention du médecin sera attirée vers ce point minime qu'il pourrait négliger.

3° Enfin l'épilation des plaques elle-mêmes, quand elle est bien comprise et faite lentement, enlève les fragments de cheveux malades plus ou moins profonds. Cela permet une meilleure application et une action plus profonde de l'huile de croton mise après lui. Mais nous ne saurions trop le répéter, l'épilation des teignes tondues, employée seule, serait absolument incapable de les enlever et de les guérir, par exemple à la façon dont elle guérit sans faute le favus.— S. R.

Journal des Praticiens.

La Peste et son microbe.

par le DR NETTEN.

Ce petit volume embrasse une question pleine d'actualités, et l'auteur s'y arrête surtout avec succès à l'étude de la *Sérothérapie* et de *vaccination* chez les pestiférés.— Son enseignement précieux devrait être sous la main de tous les médecins.

En vente chez GEORGES CARRÉ et C. NAUD, éditeurs, 3 rue Racine, Paris



CONSULTATIONS ET ORDONNANCES MÉDICALES.

—

Traitement de la toux émétisante des phtisiques.

—

Trop souvent les phtisiques *toussent parce qu'ils ont mangé et vomissent parce qu'ils ont toussé*. Il faut dès lors agir sur l'estomac pour empêcher les malades de tousser, et il est nécessaire d'intervenir au moment même où se produit l'irritation gastrique, au début de la digestion, alors que les extrémités terminales de pneumogastrique commencent à être excitées.

MARNEU (*Revue de thérapeutique*) commence par donner de la *glace* à avaler par très petits morceaux immédiatement après les repas. Ce procédé ne réussit pas constamment. Il a alors recours à l'*eau chloroformée* à la dose d'une ou deux cuillerées, quatre à cinq minutes après les repas. L'eau chloroformée saturée est étendue de moitié d'eau ordinaire. Si ce procédé échoue, il a recours à l'*eau bromoformée*, selon la formule.

R. Eau bromoformée.....	100 grammes.
Sirop de codéine.....	30 —

Il arrive que l'eau bromoformée elle-même échoue; il faut alors recourir au *menthol*, qu'on prescrit à la dose de 15 à 25 centigrammes dans 150 grammes de julep gommeux.

Si le malade est rebelle à cette médication, on peut utiliser les narcotiques sous forme de potion :

R. Chlorhydrate de morphine.....	5 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	5 à 10 —
Eau distillée.....	150 —

A prendre par cuillerées à café de cinq à six minutes après les repas

G. DERSCHIED, s'occupant du même sujet (*Polyclinique*, 1er janvier 1901,) fait une courte revue de la pathogénie du symptôme. Il n'admet pas l'origine gastrique du phénomène : lésions inflammatoires de l'estomac (Brousseau, Grisolle); secousses de l'organe; pression abdominale par la toux; irritation du pneumogastrique prenant son point de départ dans l'estomac par le contact de la muqueuse avec les aliments. Il épouse l'opinion de Berthier, qui explique la toux émétisante par une hyperesthésie pharyn-

gée, la compression du pneumogastrique par des ganglions tuberculeux étant possible, mais exceptionnelle.

G. Derschied recommande les médications suivantes :

1° L'emploi des badigeonnages du pharynx au moyen d'une solution de cocaïne à 1 pour 50 en moyenne ;

2° L'eau oxygénée sous forme de potion vineuse au repas : vin coupé d'eau oxygénée contenant, par litre, une cuillerée à soupe d'eau oxygénée à 10 volumes ;

2° L'eau chloroformée, en potion :

R Eau chloroformée.....	40 grammes.
Sys. diacad.	à 30 —
Eau de fl. d'orang.....	100 —
Eau distillée.....	100 —

M. H.

Journal Médical de Bruxelles.

Traitement des corps étrangers superficiels de l'œil.

L'extraction des corps étrangers de la conjonctive ou de la cornée n'exige pas de connaissances bien spéciales en oculistique ; elle peut et doit souvent être faite par le praticien non spécialiste, par le médecin de campagne. Les manœuvres que nécessite l'ablation des corps étrangers superficiels de l'œil ont été récemment décrites, d'une façon simple et pratique, par M. P. Desfosses dans la *Presse médicale* de Paris.

Corps étrangers de la conjonctive.— L'extraction du corps vulnérant doit être précédée de l'anesthésie de la surface de la conjonctive par quelques gouttes de solution de cocaïne à 1/50. Pour ce faire, de l'index et du pouce gauches on écarte les paupières, et avec un compte-gouttes on verse 4 à 5 gouttes de cocaïne dans le cul-de-sac inférieur. Généralement le corps étranger est logé dans le cul-de-sac conjonctival supérieur, très souvent sur la tarse même. Pour le déloger, il faut avoir recours au retournement de la paupière supérieure ; cette manœuvre, que tout le monde doit pratiquer, se fait de la manière suivante : le malade regardant en bas, on saisit le rebord ciliaire supérieur entre le pouce et l'index gauches, et l'on attire la paupière supérieure en bas pour la déplier ; puis, la main

droite maintenant un stylet longitudinalement sur le milieu de la paupière, la pression du stylet fait basculer le cartilage tarse et amène la face conjonctivale et la paupière supérieure à regarder en avant. Le corps étranger se présente à la surface de la conjonctive; l'extrémité d'une tige mousse le cueille et l'enlève. Une fois l'extraction terminée, on ordonne au malade de regarder en haut et le cartilage tarse reprend de lui-même sa position normale.

Si le corps étranger est *implanté* dans la conjonctive, on l'enlèvera au moyen d'une pince ou à l'aide d'un léger coup de ciseaux.

Corps étrangers de la cornée. — L'ablation des corps étrangers de la cornée (paillettes métalliques, particules solides) doit être immédiate, afin de parer aux phénomènes inflammatoires et douloureux, et de prévenir l'opacité de la cornée et quelquefois l'iritis.

Généralement le corps étranger s'aperçoit facilement; on l'attaquera après cocaïnisation, à l'aide d'une pointe effilée, d'une aiguille spéciale, en insistant la pointe de l'instrument entre le corps étranger et la cornée. S'il résiste aux premiers efforts, s'il est solidement implanté, on le déracinera en creusant tout autour une loge, aux dépens des lames cornéennes superficielles. Une fois isolé, on le saisira avec une pince. Il est nécessaire d'enlever les tissus altérés ou teints de rouille, car une plaie de la cornée ne se répare rapidement qu'à condition d'être nette et propre. Après l'extraction, il est utile d'appliquer, pour quelques heures, un pansement formé de gaze stérilisée confectionnée en rondelles et d'un peu d'ouate hydrophyle, le tout maintenu par une bande de crépon de Velpeau.

M. H.

(*Journal Médical de Bruxelles*)



De la Déontologie Médicale

· Nous croyons être agréable et utile à nos lecteurs en commençant aujourd'hui la publication d'extraits des conférences du professeur Aubert de l'Université Catholique de Louvain sur la Déontologie Médicale. Si un grand nombre de confrères peuvent s'en passer, il reste acquis que cette étude ne saurait nuire à personne et peut être utile à plusieurs indépendamment de leur âge et de leur position. Ce sera certainement un sujet toujours plein d'actualité. Chaque numéro du journal à l'avenir en reproduira quelques fragments.

(Comment le Médecin doit être.)

Certains gens à qui vous demandez où est située Braine — l'Allend vous répondent :— Vous savez où est Bruxelles et Genappe ? ce n'est pas là, c'est entre les deux ! — Je vous demande la permission de suivre un procédé analogue, d'aller au but par des courbes et, pour vous faire entrevoir le médecin "*comme il faut*" auquel vous devrez ressembler plus tard, de faire défiler devant vos yeux quelques types de médecin "*comme il n'en faut pas*." A défaut d'un diagnostic direct, on doit parfois se contenter d'un diagnostic par exclusion. Je vous prie de ne chercher aucune allusion sous ces croquis ; Je vous affirme qu'il n'y en a pas.

Le Docteur *Hellifu* a un mot aimable pour tout le monde, depuis le portier jusqu'au chien de la maison ; sa manière de prendre le pouls ressemble à une caresse et ses paroles sont édulcorées comme ses prescriptions : "Ma chère petite dame, montrez moi donc votre jolie petite langue !"

Quelques femmes sont très sensibles à ces grâces mignardes, pas toutes et les plus intelligentes sont bientôt écœurées de tout ce sucre. On se dégoûte moins vite du quinquina que du miel et du roastbeef que des pâtisseries. Méfiez vous des douceurs !

Est ce à dire qu'il faille se montrer bourru pour l'entourage et rude pour le malade ? — Ce serait l'excès contraire. Il a été à la mode quelque temps et presque tous les élèves de Dupuytrin avaient pris à l'école du maître des allures qui terrorisaient véritablement le pauvre patient. D'après certaines expériences physiologiques, il paraîtrait que l'animal sur lequel foud un carnassier, ne souffre pas beaucoup : la peur lui paralyserait la sensibilité. Ce serait une atténuation à la peine que la Providence aurait ménagée à ceux qu'elle a destinés à être mangés. — Aujourd'hui que

nous avons le chloroforme, même les chirurgiens n'ont plus aucun prétexte de se montrer brutaux..... et ils y ont presque tous renoncé.

Même pour attraper les mouches, le vinaigre ne vaut pas l'orgeat!

Le docteur Tantpis, est grave comme une porte de prison. Il a le sourcil constamment froncé et il plisse le front à chaque renseignement qu'on lui donne. Un rhume peut devenir une pneumonie!..... Il ne répond de rien!..... et pour un bobo voilà toute la maisonnée sans dessus-des-ous. —Est-ce un homme qui voit noir?— Peut être: certains esprits portent des lunettes à verres fumés. Mais ce pourrait aussi être un malin qui s'est livré à cette petite spéculation. "Si le Rhume tourne mal on dira: quelle prévoyance! et s'il guérit: quel miracle!" Les trauses inutiles données à la famille ne comptent pas pour cet oiseau de sinistre augure.

Le docteur Jorival fait une entrée bruyante, il a bien dormi, il digère bien, la terre tourne à son gré et son contentement intérieur déborde. Le malade cependant a eu la fièvre: tant mieux! c'est que la nature travaille; il est relâché: tant mieux! la diarrhée purge le sang; il est constipé: tant mieux! les selles trop abondantes épuisent! Et se met à parler d'autre chose, à conter les petites nouvelles du jour et les historiettes de la veille. On dit de lui: "Qu'aimable homme!....." à moins qu'on ne dise aussi: "Qu'il est léger!" Et le chœur des bourdais et des venimeux de répéter à l'unisson: il a trop d'esprit pour être sérieux et trop d'enjouement pour avoir du cœur.

Le docteur Didacte est un verbeux; il explique, commente, argumente démentre. "Oui, Madame, la matrice en se déplaçant pèse sur la vessie le gros intestin, les vaisseaux et les nerfs; de là tous les troubles que vous accusez et comme l'utérus est lié par d'étroites sympathies avec les voies digestives et les centres nerveux tant cérébro-spinaux que ganglionnaire de là aussi la dyscrasie du sang et le nervosisme que je suis obligé de combattre par les toniques et l'hydrothérapie. Miséricorde! Le moindre inconvenient de ces dissertations est de s'adresser à un auditoire qui ne peut en apprécier la saveur, ou qui n'en retient que ce qu'il faut pour mettre, à la visite suivante, le discoureur pédant en contradiction avec lui même.

N'expliquez que juste ce qu'il faut aux clients très intelligents; aux autres, exigeant des explications dont ils n'ont que faire, dites, c'est un froid, c'est dans le sang, ou c'est nerveux. Cela ne dit rien et ils s'en contentent.

En général, ne vous laissez pas entraîner en société, à des disserta-

tions médicales ; c'est autoriser des discussions, où vous n'avez rien à gagner et beaucoup à perdre. Coupez court aux interrogations sous prétexte que vous faites assez de médecine toute la journée pour être heureux de vous en reposer un instant dans le monde, à parler d'autres chose.

Le Docteur *Beeelos*, n'est pas un prolix : il palpe, percute, ausculte, renifle, regarde, prescrit..... et ne souffle mot. Pour les bienveillants—qui ne sont jamais les plus nombreux—c'est un puits de science ; pour les autres son mutisme masque mal sa nullité.

“ Docteur *Chilosea*, si nous mettions des cataplasmes aux pieds ?—C'est une bonne idée.—Ou aux mollets ? C'est tout aussi bien.—Ou aux cuisses ?—C'est peut être mieux encore.—Ne pensez vous pas qu'un laxatif ferait du bien ?—Sans doute.—Et la limonade ?—j'allais la proposer.”

Ne vous laissez jamais ainsi suggérer une médication, vous auriez l'air d'avoir besoin de la suggestion. Bien fixé sur les indications à remplir, *ordonnez* : c'est le terme reçu et le mot propre. Si vous avez parlé de soupe verte, ne concédez pas le bouillon gras. Pourquoi voudriez vous qu'on attachât de l'importance à des conseils auxquels vous paraîsez ne pas tenir vous-même ? Il ne faut céder que devant des répugnances invincibles, pas devant des caprices. Les malades, comme les enfants capricieux, deviennent bientôt insupportables et tyranniques.

Je me souviens qu'à mes débuts, mon père m'envoya un jour à sa place voir un enfant dérangé. Pour avoir trop mangé, l'enfant avait une indigestion. Et qu'avez vous fait ? me demanda mon père.— Mais je l'ai mis à la diète, tout simplement.— J'entends bien, mais qu'avez-vous prescrit ?— Rien, répondis-je, un peu étonné de la question.— Eh bien ! vous avez eu tort : vous ven- z de chez de très sottes gens, pour qui l'hygiène n'est pas de la médecine et qui trouvent que ce n'est pas la peine d'appeler un médecin qui ne prescrit pas de drogues. L'eau d'istillée et les pilules de *mica panis* ont été inventées précisément pour les malades intelligents, elles ont sauvé souvent le crédit dont le médecin a besoin, elles n'ont jamais fait de mal à personne.

Le docteur Polypharmaque prescrit quelque chose contre chaque symptôme et c'est une grosse affaire que de suivre ponctuellement toutes ses ordonnances ; on n'est pas un quart d'heure sans avoir une poudre, une pilule, une potion, ou un granulé à ingurgiter. Cette prodigalité de médicaments, cette profusion d'ordonnances et cette débauche de drogues sont très appréciées dans les pharmacies ; elles le sont beaucoup moins du client lorsqu'arrive le compte de l'apothicaire.

Le docteur X. vient vous voir trois fois par jour pour un coryza, tandis que Zed reste quarante-huit heures sans revoir un nouveau-né atteint d'entérite ou d'ophtalmie. — X. s'expose à s'entendre dire : " nous vous rappellerons quand nous désirerons que vous reveniez ; " — on accuse Zed de ne pas s'intéresser à ses malades : et la clientèle se détourne, avec raison, de l'un et de l'autre, de l'exploiteur et du négligent.

Tel malade se croit toujours négligé ; tel autre s'inquiète de se voir soigner trop de près. Avec un peu de tact on acquiert bientôt la mesure : la maison où l'on est toujours le bienvenu est facile à distinguer de celle où il faut se faire désirer.

Revenez au besoin d'office, aussi souvent que vous le jugerez nécessaire ou utile, auprès du malade en danger et ménagez — par dignité et discrétion — des visites qui se paient, là où on vous en demande trop.

Le docteur *Voléville* entre chez vous en courant ; il n'a pas le temps de s'asseoir, à peine celui de déposer son chapeau : " La langue ? — le pouls ? — Bien, continuez ! " Et le voilà parti. —

(*A suivre.*)

Société Médicale de Québec.

—
Séance de Janvier.
—

Monsieur le Dr Ahern, Président, est au fauteuil.

L'assistance est très nombreuse. Après les affaires de routine, monsieur le Dr Art. Simard rapporte un cas du plus grand intérêt, de sa clinique hospitalière, et sur lequel il demande l'opinion de l'assemblée. Il s'agissait d'un érysipèle traumatique.

Ces deux observations avec la discussion qui s'en suivit seront publiées dans le prochain numéro du BULLETIN.

On procède ensuite à l'élection des officiers pour 1901.

Il est proposé par le Dr D. Brochu, secondé par le Dr P. V. Faucher que M. L. J. A. Simard soit élu président actif.

L'auteur de la motion profite de la circonstance pour payer un tribut d'éloges aussi juste que mérité envers M. le Dr Ahern, le président sortant de charge, et il s'exprime dans les termes suivants que nous sommes heureux de reproduire :

" En faisant cette motion pour le choix d'un nouveau président, dit le

Dr Brochu, il me sera permis d'ajouter quelques remarques qui justifieront cette démarche."

"Je dirai tout d'abord, que s'il s'agissait d'opérer un changement, dans le seul but d'arriver à mieux dans la direction de notre Société, ou de lui ajouter un plus grand éclat, cette notion n'aurait guère sa raison d'être. En effet, tous les membres présents se plaindraient à reconnaître avec moi, que non seulement M. le Dr Ahern, pendant les quatre années consécutives qu'il a été appelé à présider à nos délibérations, s'est toujours montré à la hauteur de la situation, mais qu'il a particulièrement fait honneur à la Société Médicale, dans les circonstances mémorables et délicates par lesquelles elle a passée, et qui feront époque dans son histoire.

"Tous admettront, également, que par son prestige personnel, ses hautes capacités scientifiques, en même temps que par sa large expérience et son impartialité dans nos délibérations, ce digne président n'a pas peu contribué à assurer le succès et la prépondérance de notre Société, au dehors, en la dirigeant sûrement dans la voie du progrès et en lui faisant éviter les écueils qu'elle était exposée à rencontrer, surtout aux premières phases de son évolution,"

"Parmi les nombreuses qualités que l'on pourrait exalter, à bon droit, dans la personne de M. le Dr Ahern, il en est une que je crois devoir mentionner d'une manière toute spéciale, en lui payant ce juste tribut d'éloges et de reconnaissance pour le zèle et le dévouement dont il a toujours fait preuve envers notre Société : c'est sa grande aménité de caractère qui le rend familier avec tous et qui lui fait gagner si facilement les sympathies les plus étroites et les plus durables, parmi tous les membres de la profession."

"Il ne sera pas exagéré de dire que cette qualité, qui s'allie si bien aux autres dons acquis par la plus haute éducation professionnelle, a été d'une influence la plus heureuse sur l'organisation et le développement de notre Société, alors que, dans son origine, et pour mieux en assurer la fondation et le maintien dans l'avenir, il importait, surtout, d'en arriver à opérer un ralliement général, à faire naître la bonne entente et les rapports de plus grande intimité entre tous les médecins de notre district. Et c'était bien là, en effet, les conditions essentielles pour réussir à grouper toutes les énergies et à favoriser à la suite, l'essor dans les études. On ne saurait donc s'empêcher de reconnaître qu'à ce point de vue, M. le docteur Ahern, par ses éminentes qualités ait été véritablement l'homme de la circonstance

“ Mais, dans nos sociétés médicales comme dans les associations littéraires et scientifiques, l'honneur de la présidence n'est pas toujours rattaché à l'appréciation des services rendus ou de ceux qu'on peut en attendre dans l'avenir. C'est en même temps un hommage que l'on aime à rendre, tour à tour, à nos aînés, dont les enseignements nous ont ouvert les premiers horizons de la science, ou qui, par une longue expérience acquise, peuvent mieux nous servir de guides, dans les sentiers ardues des études professionnelles et dans la formation pratique d'un art dont les devoirs comportent de si lourdes responsabilités. ”

“ Cet hommage bien légitime, qu'il convient ainsi de rendre alternativement à tous ceux qui se dévouent aux intérêts de la science et dont le prestige est consacré par une longue carrière dans le travail de la profession, sert, en même temps, à accréditer tout le corps d'une société, elle-même, en démontrant aux yeux des étrangers, qu'elle peut recruter facilement, dans son sein, des hommes d'un haut mérite et d'égale valeur dont les noms puissent lui faire honneur en toutes occasions et qui soient dignes de présider à ses délibérations. ”

“ En proposant le nom de M. le docteur L. J. A. Simard, doyen de notre Faculté de Médecine, pour succéder à M. le docteur Ahern, comme président de la Société Médicale, je tiens à dire que je ne suis pas guidé par d'autres motifs que ceux auxquels je viens de faire allusion. ”

“ Je n'entreprendrai pas de faire l'éloge de ce collègue émérite que tous sont habitués à entourer de leur estime, de leur plus entière confiance, et qui est universellement apprécié, non seulement pour ses connaissances variées, mais aussi pour cette même urbanité et cette grande aménité de caractère, qui le rapprochent si étroitement de celui auquel il est appelé à succéder. Il me suffira de rappeler qu'il a déjà été choisi unanimement comme Président honoraire de notre Société Médicale, à laquelle il a fait particulièrement honneur, en présidant la première convention des médecins du district de Québec, en 1900 ; et de plus qu'il en a toujours été un des membres les plus assidus et les dévoués. Tous admettront que c'était bien le premier nom à la vérité qui devait se présenter à l'esprit, en songeant au choix d'un nouveau président. ”

“ Je ne saurais cependant proposer cette motion, devant cette assemblée, sans satisfaire au premier devoir de la gratitude envers M. le Dr Ahern, en lui donnant l'assurance de notre plus haute considération et en lui témoignant, au nom de toute la Société Médicale, qu'il a présidé avec tant de tact

et de dévouement, depuis sa fondation, que nous lui garderons toujours le meilleur souvenir et la plus sincère reconnaissance.

Tous les officiers suivants furent élus à l'unanimité sur motion spéciale:

Inutile de dire combien, ces remarques qui rencontraient les sentiments de tous, furent appréciées et applaudies.

Président honoraire :	M. le Dr M. Ahern
Présiden Actif.....	“ “ L. J. A. Simard.
Vice-président.....	“ “ Edwin Turcotte.
Secrétaires conjoints }	“ “ René Fortier
	“ “ Alphonse Lessard.
Trésorier.....	“ “ Charles Verges.

MM. les Docteurs Simard et Ahern en acceptant les nouvelles charges auxquelles ils venaient d'être appelés répondirent dans les termes les plus heureux aux éloges qui leur avaient été adressés et promirent leur concours le plus dévoué pour assurer les progrès de la Société Médicale.

Enfin il ne restait plus qu'à offrir des remerciements aux autres officiers sortant de charge. M. le Dr Art. Rousseau le fit avec beaucoup de bonne grace. Il appuya surtout sur le fait que ces officiers étaient tous des fondateurs de la Société, et occupaient depuis quatre ans leur position respective.

L'assemblée s'ajourne au mois de Février.

Par ordre,

C. R. PAQUIN,

Ex Secrétaire.

