

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DURÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX.

MM. A. LeSAGE,
A. MARIEN.

✉ Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XLI

1er SEPTEMBRE 1912

No 9

BULLETIN

A PROPOS DE LA MORTALITE INFANTILE A MONTREAL

Vous avez lu, comme moi sans doute, dans nos braves journaux quotidiens et hebdomadaires que les enfants mouraient comme des mouches durant les mois d'été, à Montréal surtout. Oui.

Mais on nous le répète, chaque été régulièrement, depuis dix ans... et les enfants meurent toujours, plus nombreux durant les mois de juillet et août.

C'est ainsi que, chaque année, les journaux quotidiens ou autres, en mal de sensation, font des découvertes, toujours les mêmes, que nous pourrions appeler saisonnières.

Des remèdes ?...

Des réformes ?

Un appui ferme pour ceux qui s'en occupent ?...

Point. Et il en sera ainsi pour longtemps encore.

Tant que nous aurons des *sirops calmants* qui masquent le danger et qui empoisonnent ces jeunes enfants avant l'arrivée du médecin ; tant que nous aurons des *commères* qui encombrant nos faubourgs de leurs préjugés ridicules et qui promènent leur bagout dans nos logements ouvriers ; tant que nous aurons *un lait pourri* qui traîne dans les gares au soleil durant 10 à 12 heures, et des

pouvoirs publics qui refusent de légiférer sur ce point capital ; tant que nous aurons des *laitiers malhonnêtes* qui rient de nous et qui sont acquittés pour une chanson lorsqu'ils sont pris en flagrant délit d'adultération pour la centième fois ; tant que les médecins — comme toujours — seront seuls pour enrayer le mal et que les pouvoirs municipaux ou autres resteront sourds à leurs appels réitérés lorsqu'il demandent des sommes d'argent plus considérables dans le but de fonder des *gouttes de lait* dans tous les quartiers populeux ; tant que les mères se consoleront dans la pensée qu'elles ont fabriqué des anges, nos enfants mourront en très grand nombre et nous serons des nigauds.

Le temps des conférences est terminé. Laissez là votre plume "quotidiens" et "hebdomadaires"... Le seul remède c'est l'éducation de chacune des mères, à tour de rôle, sous les yeux des médecins, dans les dispensaires des gouttes de lait bien dotées et conduites avec science et bon sens.

Et maintenant occupez-vous des échevins et des commissaires. Assez de littérature.

ALBERT LESAGE.

REVUE GENERALE

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET APPENDICITE CHRONIQUE (1)

2° *Rapports de cause à effet entre l'appendicite chronique et la tuberculose pulmonaire.*

Vous devez considérer ici deux catégories : ou bien la tuberculose conduit à l'appendicite chronique ;

Ou bien l'appendicite chronique conduit à la tuberculose, ce qui est beaucoup plus fréquent.

Presque tous les auteurs qui ont tenu la statistique des autopsies de leurs tuberculeux ont constaté qu'il est extrêmement fréquent de trouver, chez eux, des lésions de l'appendice. (Je fais abstraction, je le répète, de l'appendicite tuberculeuse.)

(1) Voir la 1er partie dans *L'Union Médicale* du 1er Août 1912.

Leulle a trouvé qu'on constatait des lésions inflammatoires de l'appendice chez près de 30% des tuberculeux. Ceci ne permet pas de reconnaître si l'appendicite a précédé ou suivi la tuberculose ; ceci signifie simplement que l'appendicite est fréquente chez les tuberculeux. Il reste à établir la proportion des cas dans lesquels la tuberculose conduit à l'appendicite et de ceux dans lesquels l'appendicite conduit à la tuberculose ; d'après mon expérience personnelle, je suis enclin à penser que ces derniers sont de beaucoup les plus fréquents.

Etudions successivement ces deux variétés.

a) Par quel processus la tuberculose pulmonaire peut-elle conduire à l'appendicite chronique ?

Il y a quelques années encore, le régime de la suralimentation, la viande crue, les œufs crus, étaient ordonnés systématiquement aux tuberculeux ; on les gavait, on les soumettait à un repos absolu ; on les retranchait de la vie ordinaire. On leur donnait ainsi presque invariablement des troubles digestifs, et, particulièrement, de l'entérite. Ces malades entretenaient dans leur intestin des fermentations continuelles et, pour peu qu'ils y présentassent quelque disposition, ils faisaient tôt ou tard de l'appendicite chronique.

Il est certainement beaucoup de tuberculeux qui ont eu de l'appendicite par ce processus. Je suis sûr que ceux d'entre vous qui ont un certain nombre d'années de pratique médicale en trouveront dans leurs souvenirs beaucoup d'exemples. Pour moi, j'en ai rencontré une notable proportion et je suis convaincu que si les tuberculeux font de l'appendicite avec une grande facilité, c'est par suite d'une hygiène alimentaire déplorable, trop souvent conseillée encore.

En effet, on observe beaucoup moins souvent l'appendicite chronique chez les tuberculeux qu'on ne soumet pas à cette cure de suralimentation. La viande crue surtout est particulièrement nuisible ; vous ne sauriez vous en étonner si vous vous souvenez qu'on a invoqué une pathogénie assez fréquente de l'appendicite consistant dans l'invasion de l'appendice par les vers intestinaux.

Chez nombre d'opérés, en effet, on trouve l'appendice plein de vers ou d'œufs de *tænia*. L'alimentation carnée trop abondante, la viande crue, la suralimentation, sont, en un mot, des agents pro-

vocateurs de l'appendicite chronique chez les tuberculeux, comme, d'ailleurs, chez tous les autres malades.

Mais ceci m'amène à vous dire, en quelques mots, ce qu'il faut entendre au juste sous la dénomination d'appendicite chronique.

L'inflammation chronique de l'appendice peut être le reliquat de l'appendicite aiguë ; bien des sujets âgés présentent de l'appendicite chronique parce qu'autrefois ils ont eu la chance de survivre à des crises aiguës. Mais, il y a une forme d'appendicite chronique d'emblée et c'est elle que j'ai surtout en vue. Ici, il s'agit de lésions qui, à aucun moment, n'ont présenté un caractère aigu ; elles ne provoquent ni ulcération, ni nécrose ; elles infiltrent chroniquement la paroi, qui s'épaissit progressivement en même temps que la muqueuse s'enflamme et que la face péritonéale contracte avec la séreuse des adhérences plus ou moins étroites.

Or, cette inflammation chronique de l'appendice, si elle est souvent la conséquence d'une hygiène alimentaire défectueuse chez les tuberculeux, trouve encore, chez de tels malades, de puissants adjuvants dans l'abus des médicaments dont on les abreuve trop souvent et dont l'effet le plus sûr est l'irritation du tube digestif.

Je ne veux pas insister plus longtemps sur ces considérations ; car j'ai hâte d'arriver à l'étude de l'appendicite chronique menant à la tuberculose, qui me paraît beaucoup plus intéressante.

b) Je vous ai montré, au début de cette conférence, l'importance qu'il y a à faire le diagnostic différentiel entre l'appendicite chronique et la tuberculose pulmonaire. Il ne faut pas que vous en concluiez qu'on ne peut pas être à la fois atteint d'appendicite chronique et de tuberculose. Il faut, au contraire, que vous sachiez qu'un individu qui a une appendicite chronique non douteuse peut être, dans une certaine mesure, considéré comme suspect de tuberculose. N'exagérez pas trop ma pensée, cependant. Je m'explique.

Quels sont les gens qui sont surtout atteints d'appendicite chronique ? Ce sont des gens chez lesquels on constate, peu de temps avant ou après l'appendicite, une poussée d'adénoïdite. Ceci est extrêmement fréquent chez les jeunes sujets ; il y a nombre d'enfants, garçons ou fillettes, qui font pendant des années de petits poussées adénoïdiennes récidivantes ; cette adénoïdite constituant un danger pour l'avenir, à cause du retentissement qu'elle

exerce sur la santé générale, sur le développement de l'enfant, sur l'intégrité de l'ouïe, on se décide au grattage du rhino-pharynx. Quelques mois après, l'enfant présente une poussée d'appendicite plus ou moins aiguë, plus ou moins légère, qui, quelquefois d'emblée, suit l'évolution de l'appendicite chronique.

Chez d'autres enfants on constate en même temps que des poussées adénoïdiennes et des poussées appendiculaires, des réactions inflammatoires des ganglions lymphatiques. Ces cas sont souvent décrits sous le nom de fièvre ganglionnaire. J'en ai recueilli plusieurs observations. Ces enfants, généralement âgés de 6 à 10 ans, ont des poussées inflammatoires des ganglions du cou, des aines, de l'aisselle ; ils ont de la fièvre, des phénomènes d'entérite et d'adénoïdite ; si on examine leur intestin, si on palpe attentivement leur appendice, on provoque une réaction douloureuse caractéristique ; on opère et on découvre un appendice nettement enflammé ; puis, on est obligé, quelque temps après, de faire un curettage du rhinopharynx.- Ces sujets font, en somme, une réaction inflammatoire généralisée de tout le système adénoïdier et chez eux, cette généralisation est tellement particulière qu'elle constitue un type clinique que vous ne pouvez pas ignorer.

Or, ces malades sont très souvent de souche tuberculeuse ; ce sont des enfants de tuberculeux ; ils ont de grosses tares ; ils sont prédisposés ; ils font, sous forme d'inflammation adénoïdienne subaiguë, une sorte d'ébauche de la scrofule et, un jour ou l'autre, si vous n'y prenez garde, ils versent dans la scrofulo-tuberculose. Et cette terminaison est d'autant plus à craindre que les signes d'appendicite prédominent ; car, alors vous instituez un régime alimentaire spécial et vous supprimez de l'alimentation précisément tout ce dont ces enfants ont besoin en tant que sujets prédisposés à la tuberculose. Voilà un premier type clinique fort important.

À côté de lui, voici des sujets, en général plus âgés, qui ne sont pas des adénoïdiens, qui sont atteints d'entéro-colite muco-membraneuse depuis des mois, des années ; ils sont, à chaque instant arrêtés par une crise aiguë ; ils deviennent nerveux ; ils ont une préoccupation constante de leur alimentation ; ils en suppriment la viande, le poisson, les œufs ; ils poussent eux-mêmes leurs médecins dans cette voie ; on leur donne un régime consistant sur-

tout en pâtes alimentaires (on en a singulièrement abusé), et on ne se rend pas compte que cela ne suffit pas aux besoins de leur organisme ; on les amoindrit dans leur résistance générale et on fait d'eux des candidats à la tuberculose pulmonaire.

Que se passe-t-il en effet, chez de tels malades ? Par leur intestin, ils font des pertes abondantes de chaux ; il est démontré qu'on trouve de la chaux en excès dans leurs déjections ; ils se décalcifient ; ils sont victimes de spoliations calcaires importantes : non seulement ils perdent beaucoup de chaux par leur intestin, mais beaucoup aussi par leurs urines parce qu'ils ne tardent pas à verser dans un état nerveux particulier, dont la phosphaturie est une des conséquences les plus constantes. Or, vous connaissez l'importance de la décalcification dans la pathogénie de la tuberculisation. Les travaux de Ferrier ont bien établi cette notion ; et, pour ma part, je me suis attaché à en montrer l'intérêt pratique. La décalcification n'est, d'ailleurs, qu'une limitation de la réminéralisation générale invoquée antérieurement par le Pr Robin comme caractéristique du terrain tuberculeux.

Chez ces sujets vous faites, donc, tout ce que vous pouvez pour favoriser la décalcification ; vous leur donnez une alimentation tout à fait insuffisante ; vous leur faites prendre indéfiniment des ferments lactiques, sous le prétexte de combattre leurs prétendues fermentations intestinales ; et qui ne connaît le pouvoir profondément décalcifiant de cette médication ! Or, ces malades, le plus souvent, n'ont pas de fermentations ; ils ont surtout des poussées de diarrhée nerveuse, réflexe, avec selles bilieuses, se produisant sous l'influence d'une émotion, d'une douleur, d'un trouble dyspeptique banal. Et si vous regardez avec attention, vous voyez qu'ils ne sont pas infectés. Par conséquent, qu'ont à faire les ferments lactiques ? Rien du tout au point de vue de leur entérocologie ; ils ne serviront qu'à les décalcifier davantage ainsi que vous pourrez vous en assurer par la pesée de la chaux contenue dans leurs selles et dans leurs urines. Vous aggravez donc leur maladie ; vous achevez la spoliation calcaire ; vous les dirigez peut-être vers la tuberculose.

Ceci est une notion qui, à mon sens, a une importance considérable dans la pratique, puisqu'elle conduit à des conclusions capitales pour la direction du traitement que vous avez à instituer

si vous voulez éviter de voir votre malade s'acheminer de l'appendicite chronique vers la tuberculose pulmonaire.

Enfin, je tiens à vous dire quelques mots d'une dernière catégorie de malades, chez lesquels la tuberculose peut être la conséquence de défaillances enzymatiques provoquées par l'entéro-oclite.

Mon élève et ami, Justin Roux (de Cannes), vient de publier les premiers résultats des recherches expérimentales qu'il poursuit depuis deux années et qui tendent à établir l'importance des défaillances enzymatiques protéolytiques et tyolytiques des glandes digestives ; dans la pathogénie de la tuberculose ulcéreuse et caséuse ; cette altération des ferments digestifs normaux, constatée dans la tuberculose par d'autres observateurs, et notamment par Loeper et Esmonet pour le ferment pancréatique, est appelée, à mon sens, à jouer un rôle important.

Ces recherches nous conduiront, j'en ai la conviction, en raison des premiers résultats que j'ai déjà obtenus, à une thérapeutique autrement rationnelle et efficace que celle qui a été si en honneur dans ces derniers mois et qui consiste à chercher la guérison de la tuberculose dans une sérothérapie plus ou moins problématique.

Quoi qu'il en soit, les malades qui, précisément, font ces défaillances enzymatiques caractérisées, sont souvent, en même temps, des appendiculaires, des sujets dont le tube digestif, dans toutes ses parties, fonctionne mal. Ces faits sont utiles à connaître, non seulement au point de vue didactique, nosographique, mais aussi au point de vue thérapeutique.

Terminons par les conclusions pratiques que peuvent comporter les considérations que je viens de passer en revue. Elles sont de deux ordres : les unes concernent le diagnostic, les autres la thérapeutique.

L'importance diagnostique de cette étude des relations de l'appendicite chronique avec la tuberculose pulmonaire est grande. Deux conditions peuvent se présenter : le malade est atteint d'appendicite chronique ou de tuberculose ? Ou bien, il est atteint, à la fois, d'appendicite chronique et de tuberculose ?

Pour trancher la première question, il faut faire un examen complet, détaillé, du sujet, se renseigner très exactement sur ses fonctions digestives, ses antécédents, pousser l'interrogatoire aussi

loin que possible et, surtout, il faut pratiquer une exploration méthodique de son appareil respiratoire et s'assurer de l'intégrité de ses poumons ; pour ce faire, il convient de ne pas s'en tenir à la percussion, ni à l'auscultation, et de recourir, en outre, à l'épreuve de la réaction à la tuberculine et à l'examen radioscopique.

Si la réaction à la tuberculine est positive, et si, en même temps, on constate des modifications du murmure vésiculaire au sommet droit, il y a bien des chances pour que ceux-ci soient symptomatiques d'une germination tuberculeuse. Si l'auscultation laisse un doute, si les signes physiques sont insuffisants, faites passer votre malade à l'écran et vous verrez si les sommets sont clairs des deux côtés. Il est bien rare, s'il existe des lésions tuberculeuses, qu'on ne constate pas une opacité plus ou moins accentuée.

Les mêmes recherches s'imposent lorsque le diagnostic d'appendicite chronique est évident, car, tout n'est pas dit : il faut encore chercher si le sujet n'est pas en même temps atteint de tuberculose pulmonaire. A ce propos, laissez-moi vous rappeler l'histoire d'une malade qui est entrée dans le service avec le diagnostic d'appendicite ; il paraissait bien probable, en effet, qu'elle était atteinte d'appendicite chronique et qu'elle venait de subir une poussée subaiguë. Nous aurions pu nous en tenir là et discuter s'il fallait ou non enlever l'appendice. Nous avons poussé plus loin notre examen et nous avons découvert des signes d'auscultation qui nous ont permis d'affirmer que le poumon droit présentait une lésion tuberculeuse du sommet, qui s'est accentuée peu à peu sous notre oreille, au point que nous avons trouvé, à un moment donné, de petites crépitations ; l'intradermoréaction fut positive : la tuberculose du sommet droit n'était pas douteuse. Or, il est arrivé ceci ; c'est que les phénomènes appendiculaires, d'abord prédominants, sont passés au second rang ; ils ont même fini par s'atténuer à tel point qu'on put mettre en doute l'existence d'une appendicite chronique. Nous avons traité la malade médicalement ; nous l'avons récalcifiée ; elle se porte bien aujourd'hui.

Voilà donc un fait fort important : nous aurions pu nous en tenir aux indications du premier moment et faire enlever l'appendice. Je crois que nous aurions eu tort ; car il est possible que cette intervention chirurgicale chez un sujet en période de germination tuberculeuse eût donné un coup de fouet à la tuberculose.

Je connais, pour ma part, des exemples bien troublants à cet égard.

Evidemment, on peut discuter la question. Voilà un tuberculeux : il a un mauvais appendice, il est exposé à des poussées aiguës ; nous sommes obligés si nous ne l'opérons pas, de le soumettre à un régime alimentaire qui n'est guère compatible avec le traitement de la tuberculose. Cela est vrai ; et j'admets que, dans un grand nombre de cas, il y a intérêt à enlever l'appendice, mais à la condition qu'au moment où on soumet le malade à l'intervention chirurgicale, il ne soit pas en puissance de poussée pulmonaire, sinon le moment est mal choisi et il faut d'abord tâcher de juguler la poussée qui menace et, ensuite seulement, autoriser l'opération.

Lorsqu'on a discuté l'opportunité de l'intervention chirurgicale, il ne faut pas s'en tenir là, surtout si on soupçonne le sujet d'être en même temps tuberculeux. On doit le soumettre, aussitôt après l'opération, à un traitement approprié, lui donner une médication réminéralisante, et, particulièrement, le récalcifier, pour réparer les pertes qu'il a faites et traiter en même temps la tuberculose éventuelle. En effet, la récalcification est la méthode qui m'a donné les résultats les meilleurs, les moins décevants, dans le traitement de la tuberculose et particulièrement de la tuberculose débutante.

C'est pourquoi, systématiquement, je vous conseille de prescrire cette médication aux malades que vous aurez soignés pour une appendicite chronique, même s'il ne paraissent pas entachés de tuberculose, en vous souvenant qu'ils ont subi bien souvent de fortes spoliations calcaires et que l'appendicite chronique n'est, parfois, qu'une des formes des entérites pré-tuberculeuses.

Tels sont les points sur lesquels je désirais attirer votre attention : souvenez-vous que les rapports de la tuberculose pulmonaire et de l'appendicite chronique ne se bornent pas uniquement à une question de diagnostic différentiel, mais que bon nombre d'appendicites chroniques sont associées à la tuberculose pulmonaire par des liens étroits de cause à effet.

ETAT ACTUEL DE L'ANESTHESIE LOCALE (1)

Je voudrais aujourd'hui parler des modifications que le professeur Reclus a apportées à la méthode et qui lui ont donné une extension véritablement inespérée.

La plus importante de ces modifications concerne la *solution anesthésique*. La stovaïne, qui avait détrôné la cocaïne, a cédé le pas à la *novocaïne*, comme elle d'origine synthétique. Le véhicule n'est plus de l'eau, mais du *sérum physiologique* (2). Enfin, pour renforcer et en même temps localiser l'action analgésiante de la novocaïne, on ajoute à cette dernière une très minime quantité d'*adrénaline* en solution à 1 pour 1000. Voici, d'ailleurs, la formule dont nous nous servons depuis trois ans :

Sérum physiologique	100 centimètres cubes.
Novocaïne.....	0 gr. 50 centigrammes.
Adrénaline au millième.....	XXV gouttes.

La solution reste à un pour 200. Comme la seringue que nous employons a une capacité de *deux centimètres cubes*, il s'ensuit qu'une seringue pleine contient : 2 centimètres cubes de sérum, 1 centigramme de novocaïne et une demi-goutte de la solution d'adrénaline au millième. Le calcul est facile : autant de seringues injectées autant de centigrammes de novocaïne et moitié moins de gouttes d'adrénaline. Soit une cure radicale de hernie pour laquelle on a injecté 25 seringues ; cela fait : 25 centigrammes de novocaïne et 12 gouttes $\frac{1}{2}$ d'adrénaline au millième.

L'addition de l'adrénaline a plusieurs avantages. Grâce à son pouvoir vaso-constricteur considérable, elle empêche la diffusion de la substance analgésiante qui reste ainsi le plus longtemps possible enfermée dans le champ opératoire. Cela procure une anesthésie plus complète et surtout de plus longue durée. Par contre, l'anesthésie est plus longue à venir et M. Reclus insiste tous les jours sur la nécessité qu'il y a à attendre avant de prendre le bistouri en main. Et si l'attente est nécessaire pour l'anesthésie locale proprement dite, lorsque l'instrument doit diviser les tissus directement mis en contact avec la novocaïne, elle devient indispen-

(1) Par le Dr Léon Kendirdjy, ancien interne des hôpitaux de Paris, Chef de clinique adjoint à la Faculté.

(2) Rappelons que la formule du sérum physiologique est de 7 grammes 50 pour 1.000 grammes d'eau distillée et stérilisée.

sable et doit être de plus longue durée dès qu'il s'agit d'anesthésie régionale, par exemple de la bague anesthésique à la base d'un doigt, d'un orteil ou de la verge.

Mais pour avantageuse que soit la vaso-constriction de l'adrénaline, elle n'en présente pas moins un petit inconvénient, c'est celui de menacer la vitalité des tissus. Aussi, lorsqu'on opère dans des régions où les conditions anatomiques font que cette vitalité laisse quelque peu à désirer, par exemple au niveau des orteils, il y a intérêt à réduire au minimum la quantité de solution injectée, sous peine de voir survenir des accidents de mortification. Et puis-que j'ai pris comme exemple le gros orteil, où les opérations pour ongle incarné sont si fréquentes, je dirai qu'il est prudent de ne pas injecter plus de quatre seringues pour faire la bague anesthésique à sa base. A la condition d'attendre assez longtemps, c'est-à-dire de huit à dix minutes, et davantage s'il le faut, l'analgésie sera parfaite. Ces dix minutes seront d'ailleurs mises à profit par l'opérateur pour parfaire le nettoyage de ses mains et réaliser l'asepsie du futur champ opératoire. Quel que soit le temps écoulé, on ne commencera l'acte opératoire qu'après s'être assuré par une exploration attentive que l'analgésie est pleine et entière.

L'adrénaline présente un deuxième avantage, et c'est celui d'être un *tonique du cœur*. Chez les malades dont l'état général est précaire, dans les hernies étranglées, les occlusions intestinales, les péritonites de causes diverses, etc., on voit cet état général se modifier heureusement sous l'influence des injections d'adrénaline, et ces modifications s'observent plus particulièrement du côté du poulx.

Enfin, l'adrénaline est *hémostatique* et permet d'opérer dans des tissus à peu près complètement exsangues. Plus d'un détail anatomique devient ainsi nettement visible, et l'opération sur le vivant rappelle alors la démonstration à l'amphithéâtre. Quant aux vaisseaux d'un certain calibre, ils continuent à saigner et doivent être pincés et liés ; ainsi disparaît tout danger d'hémorragie secondaire au moment où cesse la vaso-constriction de l'adrénaline.

Le mélange de novocaïne et d'adrénaline doit être fait *extemporanément*, c'est-à-dire au moment même de l'acte opératoire (1).

(1) Pratiquement, le mieux est d'avoir à sa disposition des ampoules d'adrénaline au millième dont le nombre de gouttes est connu d'avance. On aura, d'autre part, une solution stérilisée de novocaïne dont la quantité correspond à la quantité d'adrénaline, soit quatre fois plus de centimètres cubes de la solution novocaïnique que de gouttes de solution adrénalinée. Exemple : une ampoule de 20 gouttes d'adrénaline sera versée dans $4 \times 20 = 80$ cent. cubes de solution de novocaïne dans du sérum physiologique.

Au bout de quelques heures, ce mélange perdrait de son pouvoir anesthésique, car la puissance anesthésiante de la novocaïne n'est pas telle qu'elle puisse se passer du concours de l'adrénaline. Employée seule, la novocaïne serait inférieure à la stovaïne et, à plus forte raison, à la cocaïne.

D'autre part, l'adrénaline ne peut pas être stérilisée à l'autoclave, sous peine de se décomposer et d'être inefficace. La novocaïne, elle, au même titre que ses devancières, supporte, au contraire, les températures élevées de 118 et 120° (1).

Au point de vue de la *technique* proprement dite, je dois insister, après M. Reclus, sur la *lenteur de l'injection*, et cela pour les trois raisons suivantes :

1° Avec une injection lente, la distension des tissus se fait insensiblement et *la douleur est nulle*. La lenteur sera portée à son maximum dans les régions où, normalement ou pour des causes pathologiques, la densité des tissus oppose une certaine résistance à la pénétration du liquide ;

2° *Le danger d'intoxication est moindre* et résulte de ce fait clinique observé depuis si longtemps par M. Reclus et confirmé dans la suite par des expériences de laboratoire, à savoir : qu'une même quantité de poison est d'autant moins dangereuse qu'elle met plus de temps à aller au contact des centres nerveux. En d'autres termes, il y a un rapport inverse entre l'unité de temps et la toxicité, pour une même quantité de poison ;

3° *L'anesthésie des tissus a le temps de s'installer*, de sorte que plus la durée de l'injection aura été longue, moins on aura à attendre après la dernière injection.

Si j'ai tant insisté sur ces menus détails, c'est parce que le succès de l'anesthésie locale est à ce prix. Certaines indications de la méthode découlant de ses nombreux et immenses avantages, au premier rang desquels se place son innocuité *absolue*, sont tellement impérieuses qu'il n'est guère permis à un chirurgien de les méconnaître. Il aura beau vouloir restreindre au minimum l'emploi de la méthode, ce minimum restera une quantité peu néglig-

(1) La suprarenine, substance synthétique possédant les mêmes propriétés que l'adrénaline (qui est extraite des capsules surrénales), serait, au contraire, stérilisable à l'autoclave, seule ou déjà mélangée à la novocaïne. Si le fait est exact, il y aurait là un réel progrès, aussi bien au point de vue de l'asepsie qu'au point de vue des diverses manipulations pré-opératoires et des erreurs possibles

geable. Or, ce n'est pas en un jour que se fait l'apprentissage de la méthode, et pour que les malades puissent en bénéficier, il importe de se soumettre aux mille petits détails qui en constituent l'ensemble.

Grâce à l'adoption des nouvelles substances analgésiantes, beaucoup moins toxiques que la cocaïne, les doses primitivement établies pour cette dernière ont pu être largement dépassées sans que nous ayons jamais observé, du côté des centres nerveux, le moindre phénomène d'intoxication. Les doses de 20 à 30 centigrammes sont maintenant d'un emploi courant. Personnellement, dans un cas de thrombo-phlébite chronique de la veine saphène, j'ai dû, pour réséquer la portion de veine malade avec la peau qui la recouvrait, injecter 45 centigram. de novocaïne, c'est-à-dire 90 cent. cubes de liquide. Je m'empresse cependant d'ajouter que de telles doses, quoique d'une innocuité absolue, ne sont que très rarement indiquées.

L'élévation de la dose maniable a permis une vigoureuse extension de la méthode, et cette extension s'est faite dans deux directions : d'une part, nous pratiquons maintenant, sous anesthésie locale, des interventions qui, soit par leur complexité, soit par leur durée, n'avaient pas été considérées, jusqu'il y a trois ans, comme judiciables de cette méthode. La cure radicale des hernies en est un exemple frappant. Certes, les hernies de petit ou de moyen volume, chez des sujets maigres, et en dehors de tout étranglement, étaient, depuis la création de la méthode par M. Reclus, du ressort des injections localisées. Mais lorsqu'il s'agissait de hernies volumineuses, partiellement ou totalement irréductibles, ou bien lorsqu'on avait affaire à des individus obèses, on hésitait et, à moins d'une contre-indication formelle à l'emploi des anesthésiques généraux, c'est à ceux-ci que l'on avait recours. Aujourd'hui, il n'en est plus de même, et entre des mains expertes, je veux dire rompues aux difficultés et aux minuties de l'anesthésie locale, il n'y a pour ainsi dire pas de hernie inguinale où cette méthode ne soit applicable. Les hernies ombilicales forment un chapitre à part, et si les femmes qui en sont atteintes présentent souvent des tares physiologiques rendant dangereuse la narcose par le chloroforme ou par l'éther, il faut avouer, par contre, que dans un grand nombre de cas, la complexité anatomique de l'encéphale est telle que cette narcose est indispensable.

Les exemples pourraient être multipliés qui viendraient confirmer ce que j'ai dit à propos de l'extension *presque indéfinie* du domaine de l'anesthésie locale. Je n'en citerai que quelques-uns parmi les plus typiques, tirés aussi bien de la pratique de M. Reclus, notre maître à tous en matière d'anesthésie locale, que de la mienne personnelle.

Et d'abord les *laparotomies* et, plus particulièrement, l'*opération césarienne*. Au cours de ces six derniers mois, M. Reclus, sollicité par le professeur Bar, a eu deux fois l'occasion de faire l'anesthésie de la paroi abdominale en vue de l'extraction du fœtus, à terme, chez des femmes dont l'état général rendait la narcose chloroformique non exempte de dangers. L'une de ces malades était une rachitique, ayant un thorax de poulet, où l'appareil cardio-pulmonaire était à l'étroit ; l'autre une hypothyroïdienne. Dans les deux cas, le succès a été complet, et fait intéressant, les malades ont saigné de leur utérus beaucoup moins que si elles avaient été endormies.

Vient ensuite le *kyste de l'ovaire*. Dans les livres de M. Reclus plusieurs cas sont mentionnés de kystes ovariens extirpés sous anesthésie locale. Mon expérience personnelle ne porte que sur un cas unique et récent (13 décembre 1911). Le kyste était uniloculaire. Après anesthésie des divers plans anatomiques sur la ligne médiane, je fais une incision de 15 à 16 centimètres. Puis, ayant protégé les abords du kyste, je le vide par ponction. Il n'y avait heureusement aucune adhérence, ce qui permit d'extérioriser totalement la poche. Avant de lier le pédicule, j'y injectai de chaque côté et sous le péritoine un peu de novocaïne ; je pus le lier et le sectionner sans douleur. Le ventre fut alors fermé après vérification de l'état de l'utérus et des annexes de l'autre côté.

L'*appendicite* mérite une mention spéciale. Je me réserve, un jour prochain, d'étudier en détail les indications et la technique de l'anesthésie locale dans l'opération de l'appendicite. Pour aujourd'hui, je me contenterai d'une simple esquisse.

En présence d'une *péritonite appendiculaire*, étendue ou généralisée, l'utilité de l'anesthésie locale me paraît hors de doute, d'autant que l'opération proprement dite est alors des plus simples. Et ce qui est vrai pour la péritonite d'origine appendiculaire, l'est aussi pour les autres variétés de péritonite. Il s'agit toujours, en pareil cas, de malades profondément intoxiqués, dont le foie et les

reins sont en état d'équilibre instable, et il n'est pas indifférent d'épargner à ces organes en dépense physiologique, le choc du chloroforme ou de l'éther. Dans les *suppurations péri-appendiculaires* bien localisées, si l'on juge à propos d'intervenir, l'opération est également très simple, puisqu'elle se réduit à l'ouverture large d'un abcès. Donc, ici aussi, l'anesthésie locale pourrait être d'un grand secours. Le chapitre le plus délicat à traiter est celui de l'*appendicite à froid*. Les chirurgiens ne sont pas rares qui ont observé une susceptibilité spéciale des malades appendiculaires vis-à-vis du chloroforme. En outre, il peut y avoir une contre-indication expresse à l'emploi de la narcose. Enfin, il y a toute une catégorie de malades, plus nombreux qu'on ne le pense, qui, à tort ou à raison ont peur d'être endormis et seraient très heureux d'être débarrassés de leur appendice sans courir les risques de la syncope. Personnellement, j'ai opéré le 24 avril dernier, à l'Hôtel-Dieu, mon 14^e cas d'appendicite à froid. Mais, je me hâte de dire que la chose n'est pas toujours possible, par suite des adhérences qui parfois rendent la recherche de l'appendice ou pénible ou même impossible.

J'ajoute qu'en admettant que des adhérences, une fois le péritoine ouvert, se montrent telles que l'opération ne saurait être continuée sans le secours du chloroforme ou de l'éther, rien n'est plus agréable à constater que la facilité avec laquelle s'endorment les malades. La période d'excitation est nulle ou à peine existante. Quant à l'adrénaline qu'ils ont déjà reçue, nous savons quelle est son action bienfaisante en pareil cas et le prof. Delbet y a insisté encore tout dernièrement.

Parmi les acquisitions récentes, je dois citer la *colpo-périnéorrhaphie*. Ma première opération date du 26 octobre 1911, et je crois bien que c'était la première tentative de ce genre. Il s'agissait d'une femme de 60 ans, artério-scléreuse et atteinte d'un prolapsus total de l'utérus avec retournement du vagin. Le 21 octobre, sous anesthésie locale, je pratique une amputation du col. Le 26, je fais, en avant, une colporraphie losangique, et en arrière, une large colpo-périnéorrhaphie, avec suture des deux releveurs de l'anus. Les injections anesthésiantes ayant produit une véritable hydrotomie des tissus, la dissection de la muqueuse a été beaucoup plus facile qu'en temps ordinaire. De plus, l'ischémie du champ opératoire permettait de se tenir plus facilement dans le plan du

clivage et de mieux apercevoir les muscles releveurs. Cette première tentative m'ayant pleinement réussi, je l'ai répétée le 11 janvier de cette année sur une femme de 36 ans dont le périnée était largement déchiré à la suite d'un accouchement laborieux qui remontait à 20 mois. Chez elle, je me suis contenté d'une colpo-périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, sans toucher à la paroi antérieure du vagin. Comme dans le premier cas, le résultat au point de vue de l'anesthésie locale a été parfait, et m'a laissé la conviction que la réfection du périnée était peut-être plus facile à pratiquer sous anesthésie locale qu'une cure radicale de hernie ou d'hémorroïdes. Comme, d'autre part, il s'agit souvent de femmes âgées, la substitution de l'anesthésie locale à l'anesthésie générale constitue, à nos yeux, une extension précieuse de la méthode.

La chirurgie osseuse a, elle aussi, bénéficié des perfectionnements de la technique. Il y a longtemps que M. Reclus a démontré que rien n'était plus facile que d'anesthésier l'os *en anesthésiant le périoste*. Celui-ci seul est sensible, et si l'on réussit à injecter entre lui et l'os qu'il recouvre une certaine quantité de liquide analgésique, l'os perd complètement sa sensibilité et se prête alors à toutes les interventions. Les amputations dans la continuité des phalanges et des métacarpiens, la résection partielle de la tête du premier métatarsien dans l'hallux valgus, l'ablation des exostoses du calcaneum, sont choses courantes. Mais voici qui est plus intéressant.

Dans les plaies pénétrantes de la voûte du crâne, l'anesthésie locale peut rendre de réels services, et je n'en voudrais pour preuve que les deux exemples suivants. Le premier a trait à un homme de 39 ans, qui était entré à l'Hôtel-Dieu le 4 juin 1911, après avoir reçu sur le haut du front un violent coup de marteau. Le malade était venu à pied, et ne présentait, à la visite du lendemain, aucun phénomène anormal tel que paralysie, dilatation pupillaire, etc. Je le fis monter à la salle d'opération, en vue de pratiquer l'antisepsie du foyer de la fracture compliquée. La plaie siégeait un peu à gauche de la ligne médiane. Après avoir circonscrit la région opératoire par des injections circonférentielles de novocaïne-adréraline, j'enfonçai l'aiguille plus profondément *juste qu'au contact de l'os*, et là, je déversai entre celui-ci et le périoste une certaine quantité de liquide anesthésique. Je pus alors agran-

dir la plaie accidentelle, retirer une plaque osseuse, grande comme une pièce de 5 francs, qu'avait enfoncée le marteau (véritable embarras), régulariser au moyen de la pince-gouge la brèche crânienne, bref, faire tout ce qu'il est indiqué de faire en pareil cas, sans que le malade eût à souffrir à aucun moment. Le pansement terminé, nous eûmes toutes les peines du monde à empêcher le malade de s'en retourner à pied dans la salle. Le 17 juin, il sortait guéri.

Le deuxième cas concerne un homme de 28 ans qui, le 4 avril dernier, avait reçu, à la distance d'environ un mètre, un coup de revolver de moyen calibre. Le projectile avait pénétré exactement sur la ligne médiane. Le malade avait toute sa connaissance, le seul symptôme qu'il présentait était une céphalée violente. Séance tenante et après anesthésie locale comme dans le cas précédent, je traçai une incision demi-circconférentielle à concavité antérieure (afin que, plus tard, elle se dissimulât sous les cheveux), et je rabattis le lambeau sur le front. La brèche crânienne apparut, petite et irrégulière. Je l'agrandis et la régularisai alors avec la pince-gouge, puis je retirai les esquilles et les caillots qui encombraient le foyer traumatique ainsi qu'une parcelle de la chemise du projectile. Celui-ci ne fut pas cherché. Ici aussi l'anesthésie fut parfaite. Deux jours plus tard, je dus, pour lutter contre une céphalée-violente, faire une ponction lombaire qui me donna un liquide hémorragique et sous pression, et fit disparaître les maux de tête. Le 28, le malade quittait le service guéri.

Les deux cas que je viens de rapporter brièvement appartiennent à la pratique courante. Tout médecin doit pouvoir agir de la même manière, en présence d'une plaie pénétrante, évidente ou soupçonnée, de la voûte du crâne. L'intervention, très simple en réalité, gagnerait à être pratiquée le plus vite possible après l'accident. L'anesthésie locale, en supprimant l'aide qu'on n'a pas toujours sous la main, rend la besogne du praticien plus facile. D'autre part, chez les malades atteints de traumatismes intra-crâniens aussi graves, il n'est pas indifférent de pouvoir se passer du chloroforme.

La fracture de la rotule bénéficie, elle aussi, de l'anesthésie locale. Dans deux cas récents, j'ai pu facilement, après avoir débarrassé la jointure du sang et des caillots qui l'encombraient, rapprocher les deux fragments et suturer aussi bien les ailerons rotu-

liens que les lambeaux du surtout aponévrotique prérotulien. J'aurais pu faire aussi bien le cerclage que la suture métallique directe des fragments, car cette dernière opération a été déjà pratiquée il y a longtemps par M. Reclus sous l'anesthésie locale. En pareil cas, il faudra se rappeler que l'appareil ligamenteux des articulations est doué d'une sensibilité très vive, et que son anesthésie demande à être faite avec le plus grand soin et dans un temps spécial. Dans mes deux cas, la quantité de novocaïne injectée n'a pas atteint 30 centigrammes à chaque fois. Mais nous savons que cette dose peut être dépassée sans inconvénient.

D'une façon générale, lorsqu'il s'agit d'anesthésier des tissus profonds particulièrement sensibles : périoste, capsule et ligaments articulaires, etc., il y a intérêt à ne pas attendre, pour les anesthésier que le bistouri les ait mis à découvert. Mieux vaut, au contraire, enfoncer l'aiguille jusqu'à leur niveau à travers une certaine épaisseur de tissus, voire même au travers de la peau encore intacte, afin que le liquide anesthésique qu'on va y injecter soit *sous tension*. Si cette tension n'existe pas, le liquide fuit de toutes parts, se mélange au sang avec lequel il est épongé et se trouve perdu pour l'anesthésie. Est-il, au contraire, bridé, il entre en contact intime et prolongé avec les terminaisons nerveuses et leur enlève momentanément leur sensibilité.

On pourrait multiplier les exemples, mais ceux que j'ai cités suffisent, je crois, à démontrer l'utilité de l'anesthésie locale. Et M. Reclus a raison de dire que les deux tiers de la chirurgie *courante* peuvent se faire avec elle.

Les séances opératoires du lundi qu'il a inaugurées, il y a trois ans, à l'Hôtel-Dieu, en font foi. Et le public médical, par son nombre et par son assiduité, montre à quel point cette question l'intéresse.

Je conclurai donc en disant que les acquisitions récentes de la chimie, en nous donnant des substances analgésiques moins toxiques et moins dangereuses que la cocaïne, ont permis à l'anesthésie locale de prendre un essor considérable et d'empiéter de plus en plus sur le domaine de l'anesthésie générale, et cela pour le plus grand bien des malades.

CORRESPONDANCE

Montréal, 8 août, 1912.

M. le docteur A. Le Sage,

Rédacteur en Chef de L'Union Medical du Canada,

346 Avenue Laval, Montréal.

Mon cher docteur,

Je sollicite l'hospitalité de votre Journal pour corriger une erreur inexplicable commise par l'imprimeur de l'Annuaire de la Faculté de Médecine, pour 1912-13. Dans la liste des professeurs, page 14, il a enlevé la désignation de médecin légiste de l'Université de Paris, à M. le docteur G. Wilfrid Derome, qui en est titulaire, pour la donner à MM. les Drs Latreille et Rhéaume, qui ne le sont pas. M. le docteur Derome est le seul médecin du Canada qui possède ce titre ; il l'a gagné par de fortes études, à Paris, et par un brillant examen. Il est donc juste qu'il en ait le mérite.

Je vous prie d'agréer, monsieur le rédacteur, l'expression de ma considération distinguée,

GEO. VILLENEUVE,

*Professeur titulaire et Membre du
Comité de l'Annuaire.*

Je pourrais ajouter qu'il y a d'autres erreurs. En ce qui me concerne : mes initials ne sont pas J. A. LeSage, mais Albert, tout court. Je suis "suppléant" à la chaire de Clinique Médicale et non "assistant" comme le dit l'annuaire.

A. L.

SOCIÉTÉS

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

XIII^e CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris — 13 - 16 octobre 1912

L'Association a pour but l'union et le groupement scientifique des Médecins de Langue Française.

Elle organise des Congrès périodiques de médecine interne dans les pays de langue française, destinés à mettre en relations personnelles et à réunir dans les assises scientifiques communes les membres permanents de l'Association et les membres adhérents de chaque Congrès. La langue française est la seule langue de ces Congrès.

Le XIII^e Congrès Français de Médecine, qui se tiendra à Paris, du dimanche 13 octobre 1912 au mercredi 16 octobre inclusivement, est le premier Congrès périodique organisé par l'Association des Médecins de Langue Française et dirigé par le Bureau du Congrès.

Les questions choisies pour être l'objet de rapports et de discussions sont au nombre de trois :

1° *L'oxalémie et l'oxalurie.*

Rapporteurs : MM. Cade (Lyon). — Colites infectieuses aiguës. Lambling (Lille). — Etude chimique de l'oxalémie et de l'oxalémie et de l'oxalurie.

2° *Les colites infectieuses aiguës.*

Rapporteur : MM. Cade (Lyon). — Colites infectieuses aiguës chez l'adulte.

Hutinel et Nobécourt (Paris). — Colites infectieuses aiguës de l'enfance.

3^c *Thérapeutique des syndromes hémorragiques.*

Rapporteurs : MM. Carnot (Paris). Exposé général du sujet. Sabrazès (Bordeaux). — Examen du sang dans le diagnostic des syndromes hémorragiques.

Nolf (Liège). — Physio-pathologie de la coagulation du sang.

Le Bureau estimant, sans vouloir rompre avec les traditions et s'opposer aux communications sur des sujets divers, qu'il est d'un réel intérêt scientifique d'éviter l'abus des communications dispersées et de favoriser leur groupement sur les questions d'actualité, propose à l'orientation des travaux des futurs adhérents du Congrès les deux questions suivantes :

1^o *Les états anaphylactiques en clinique.*

2^o *La vaccination antityphique.*

COMITÉ DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION

M. Chauffard, Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, 2, rue Saint-Simon, Paris.

M. Grasset, Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, Associé national de l'Académie de médecine, 6, boulevard J.-J. Rousseau, Montpellier.

M. Henrijean, Professeur à la Faculté de médecine de Liège, 11, rue Fabry, Liège.

M. Landouzy, Doyen de la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine, 15, rue de l'Université, Paris.

M. Mayor, Professeur à la Faculté de médecine de Genève, Correspondant étranger de l'Académie de médecine, 6, rue Adhémar-Fabri, Genève.

M. Teissier (J.), Professeur à la Faculté de Médecine, 7, rue Boissac, Lyon.

M. Bard, Professeur à la Faculté de Médecine de Genève, Correspondant national de l'Académie de médecine, *Secrétaire général de l'Association*, 44 boulevard des Tranchées, Genève.

COMITÉ DU XIII^e CONGRÈS

M. Chauffard, Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine, 2, rue Saint-Simon, Paris, *Président*.

M. G. Ballet, Professeur à la Faculté de médecine de Paris, 39, rue du Général-Foy, *Vice-Président*.

M. Galliard, Médecin des hôpitaux, 4, rue Cambacérés, Paris, *Vice-Président*.

M. Teissier (Pierre), Professeur à la Faculté de médecine de Paris, 142 bis, rue de Grenelle, *Secrétaire général*.

M. Thibierge (Georges), Médecin de l'hôpital Saint-Louis, 54, rue des Mathurins, *Trésorier*.

Sont adhérents au Congrès ceux qui auront envoyé leur cotisation à M. le Docteur G. Thibierge et leur adhésion à M. Pierre Teissier.

Les membres faisant partie de l'Association n'ont pas à envoyer leur adhésion, mais seulement leur cotisation.

ENSEIGNEMENT EUROPEEN

UNIVERSITE DE PARIS — FACULTE DE MEDECINE

Professeur : M. A. GILBERT.

Cours de Vacances — Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu.
ANNÉE SCOLAIRE 1911-1912

*Cours de Clinique pratique et d'application des Méthodes de
Laboratoire au Diagnostic clinique.*

Un Cours de Vacances, commençant le lundi 23 septembre 1912, aura lieu à la *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu*, sous la direction de M. le professeur A. GILBERT, le matin à 10 h. $\frac{1}{2}$ et l'après-

midi à 2 h. $\frac{1}{2}$. Ce cours comprendra 28 leçons et sera terminé en quatorze jours. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, à la rédaction d'ordonnances, au maniement des appareils, aux travaux de laboratoire, et pourront emporter les préparations exécutées par eux.

L'enseignement, *essentiellement pratique*, sera fait par MM. les Docteurs HERSCHER, ancien chef de clinique, LIPPMANN, JOMIER et Maurice VILLARET, chefs de clinique, M. le Docteur Paul DESCOMPS, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, et M. DEVAL, chef de laboratoire de chimie ; et, pour les spécialités, par MM. les Docteurs GUILLEMINOT, DUREY, DAUSSET, assistants de la clinique.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant contre mandat-poste de 100 francs adressé à M. DEVAL, chef de laboratoire, Hôtel-Dieu, Paris.

PROGRAMME DU COURS

Lundi 23 septembre, à 10 heures du matin — Ouverture du Cours par M. le Professeur A. GILBERT.

1re Leçon. — Lundi 23 septembre, à 10 h. $\frac{1}{2}$ du matin. — M. HERSCHER. — Diagnostic de la tuberculose. — Examen clinique de tuberculeux pulmonaires. Procédés biologiques applicables à ce diagnostic (tuberculino-diagnostic : sous-cuté et cuti-réactions, ophtalmo-réaction, intradermo-réaction).

2e Leçon. — Lundi 23 septembre, à 2 h. $\frac{1}{2}$ du soir. — M. DEVAL. — Analyse des urines (éléments normaux). — Acidité. Azote total (méthodes de Denigès, de Ronchèse). Urée (méthodes de Folin, de Saint-Martin). Purines (méthodes de Denigès, de Ronchèse). Chlorures (méthodes de Charpentier-Votlhardt). Phosphates. Sulfates. Cryoscopie.

Applications cliniques à l'étude des rétentions chlorurées et azotées. Diabète chlorurique, phosphatique.

3e Leçon. — Mardi 24 septembre, à 10 h. $\frac{1}{2}$ du matin. — M. LIPPMANN. — Les méthodes d'exploration clinique du système circulatoire. — Interrogatoire et examen d'un cardiopathe. Procédés d'exploration du cœur et des vaisseaux. Cardiographie. Phlébographie. Sphygmographie. Sphygmomanométrie (oscillomètre de Pachon). Orthodiagraphie. Electro-cardiographie.

4e Leçon. — Mardi 24 septembre, à 2 h. 1/2 du soir. — M. PAUL DESCOMPS. — *Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire.* — Recherche du bacille de Koch dans les crachats. Méthodes de Ziehl, de Bezançon, de Spengler, de Jacobson, etc. Albumino-diagnostic. Cytodiagnostic.

Recherche du bacille de Koch dans les urines et les liquides pathologiques. Inoscopie.

Diagnostic avec les bacilles acido-résistants. Cultures. Inoculations. Autopsie d'un cobaye tuberculeux.

5e Leçon. — Mercredi 25 septembre, à 10 h. 1/2 du matin. — M. HERSCHER. — *Traitement de la tuberculose.* — Hygiène des tuberculeux. Alimentation. Cure d'altitude. Sanatoria. — Tuberculines. Sérums antituberculeux. Corps immunisants de Spengler. — Méthodes de Freund, de Forlanini, etc.

6e Leçon. — Mercredi 25 septembre, à 8 h. 1/2 du soir. — M. PAUL DESCOMPS. — *Notions générales de bactériologie pratique.* — Staphylocoques, streptocoques.

Diagnostic de l'angine diphtérique et des autres angines à fausses membranes.

Paludisme. Maladie du sommeil.

7e Leçon. — Jeudi 26 septembre, à 10 h. 1/2 du matin. — M. MAURICE VILLARET. — *Notions cliniques récentes sur les principales affections cardiaques.* — Endocardites. Insuffisance mitrale. Rétrécissement mitral. Insuffisance aortique. Péricardites. Symphyse cardiaque.

8e Leçon. — Jeudi 26 septembre, à 2 h. 1/2 du soir. — M. PAUL DESCOMPS. — *Examen du sang par les procédés de laboratoire (globules rouges).* Notions générales sur le sang et l'hématopoïèse.

Prélèvement ; coloration vitale ; numération (Hématimètres).

Colorations diverses. Caractères normaux des globules rouges.

Modifications pathologiques des globules rouges. Plyglobulies.

Anémies.

Les notions récentes sur les hématies granuleuses et les globulins.

9e Leçon. — Vendredi 27 septembre, à 10 h. 1/2 du matin. — M. HERSCHER. — *Diagnostic et traitement des pleurésies sérofi-*

brineuses (Ponctions exploratrice et évacuatrice. Autosérothérapie. Injections gazeuses).

10^e Leçon. — Vendredi 27 septembre, à 2 h. 1/2 du soir. — M. DEVAL. — *Analyse des urines (Éléments anormaux)*. — Matières protéiques (Albumines [sérine, globuline], albumoses, peptones). Matières sucrées (glucose, lévulose, lactose, pentoses). Acide glycuronique, acétone, acides oxybutyrique, acétylacétique. Pigments (bilirubine, biliverdine, urobiline et son chromogène, indoxyle).

Acides biliaires. Sédiment.

Applications cliniques à l'étude des néphrites et du diabète.

11^e Leçon. — Samedi 28 septembre, à 10 h. 1/2 du matin. — M. LIPPMANN. — *Étude clinique et thérapeutique des arythmies cardiaques* (tachycardies, bradycardies, pouls lent permanent, extrasystoles), *des angines de poitrine*.

12^e Leçon. — Samedi 28 septembre, à 2 h. 1/2 du soir. — M. Paul DESCOMPS. — *Examen du sang par les procédés de laboratoire (globules blancs, caillot, sérum)*. — Modifications pathologiques des leucocytes. Leucocytose. Leucémies myélogène et lymphogène aiguës ou chroniques. Anémie pseudoleucémique. Modifications pathologiques de la coagulation, en particulier dans le purpura et l'hémophilie.

Dosage de l'hémoglobine (méthodes de Hénoque, de Tallqvist, de Malassez). Valeur globulaire ; ses variations physiologiques et pathologiques (chlorose, chloro-anémies).

Cholémimétrie. Notions récentes sur la cholesterinémie.

13^e Leçon. — Lundi 30 septembre, à 10 h. 1/2 du matin. — M. JOMIER. — *Procédés d'exploration des reins*. — Exploration physique ; radiographie ; cryoscopie ; étude des éliminations provoqués (épreuve du bleu de méthylène ; épreuve de la phloridzine ; polyurie expérimentale ; épreuve de l'ovalbumine).

14^e Leçon. — Lundi 30 septembre, à 2 h. 1/2 du soir. — M. Paul DESCOMPS. — *Recherche de la résistance globulaire* (méthodes de Vaquez, de Widal, etc.). — Application à l'étude des ictères.

Les hémolysines dans le sérum et les liquides pathologiques. Épreuve de Donath et Landsteiner.

Les opsonines de Wright. L'activité et la résistance leucocytaires.

15e Leçon. — Mardi 1er octobre, à 10 h. 1/2 du matin. — M. LIPPMANN. — *Les agents thérapeutiques dans les cardiopathies.* — *L'asystolie* : son traitement. — *L'artério-sclérose* : son traitement.

16e Leçon. — Mardi 1er octobre, à 2 h. 1/2 du soir. — M. Paul DESCOMPS. — *Diagnostic de la fièvre typhoïde, des paratyphoïdes, de la mélitococcie.* — Le bacille d'Elberth ; sa recherche dans le sang, dans les matières fécales (méthodes de Elsner, de Von Drigalski et Conradi).

Le sérodiagnostic. Diazoréaction. Réaction de fixation. Fibrine-diagnostic. Examen leucocytaire.

Les paratyphoïdes. Le micrococcus melitensis.

17e Leçon. — Mercredi 2 octobre, à 10 h. 1/2 du matin. — M. GRIVOT. — *Technique de l'examen clinique de l'oreille, du larynx, des cavités faciales.*

18e Leçon. — Mercredi 2 octobre, à 2 h. 1/2 du soir. — M. Paul DESCOMPS. — *Les réactions de fixation.* — Méthode de Bordet et Gengou. Réaction de Wassermann. Réaction de Weinberg dans le kyste hydatique. Déviation du complément dans la tuberculose, la fièvre typhoïde, l'actinomycose, la sporotrichose.

19e Leçon. — Jeudi 3 octobre, à 10 h. 1/2 du matin. — M. DAUSSET. — *Les procédés nouveaux de Thermo-thérapie* (Air chaud ; diathermie ; bains de lumière à incandescence, avec lampes de Cooper-Hatway).

20e Leçon. — Jeudi 3 octobre, à 2 h. 1/2 du soir. — M. Paul DESCOMPS. — *Diagnostic bactériologique de la syphilis et du chancre mou.* — Recherche du tréponème pâle à l'*ultramicroscope*. Sa coloration (procédés de Giemsa, de Levaditi).

Caractères morphologiques et coloration du bacille de Ducrey.

21e Leçon. — Vendredi 4 octobre, à 10 h. 1/2 du matin. — M. Maurice VILLARET. — *Examen d'un hémiparalysé, avec ou sans aphasie, et d'un paraplégique.*

22e Leçon. — Vendredi 4 octobre, à 2 h. 1/2 du soir. — M.

GUILLÉMINOT. — *Technique de l'électro-diagnostic. Son utilité en clinique.*

23e Leçon. — Samedi 5 octobre, à 10 h. 1/2 du matin. — M. MAURICE VILLARET. — *Diagnostic et traitement des méningites aiguës et chroniques.* — Méningite cérébro-spinale épidémique. Méningite tuberculeuse. Méningites syphilitiques. *Tabes.* Technique de la ponction lombaire.

24e Leçon. — Samedi 5 octobre, à 2 h. 1/2 du soir. — M. PAUL DESCOMPS. — *Examen du liquide céphalo-rachidien et des épanchements par les procédés de laboratoire. Liquide céphalo-rachidien :* étude chimique ; étude cytologique (la cellule de Nageotte, cytologie des méningites ; cytologie des autres affections nerveuses) étude bactériologique.

Epanchements pleuraux ; étude chimique (réaction de Rivalta) ; étude cytologique (éosinophilie locale) ; étude bactériologique.

Epanchements péritonéaux ; étude chimique, cytologique, bactériologique.

25e Leçon. — Lundi 7 octobre, à 10 h. 1/2 du matin. — M. JOMIER. — *Examen clinique d'un malade atteint d'une affection du tube digestif.* Notions récentes sur la séméiologie et la thérapeutique des gastrites et des entérites.

26e Leçon. — Lundi 7 octobre, à 2 h. 1/2 du soir. — M. GUILLÉMINOT. — *Application des rayons X et du radium au diagnostic clinique et à la thérapeutique.*

27e Leçon. — Mardi 8 octobre, à 10 h. 1/2 du matin. — M. JOMIER. — *Examen clinique d'un malade atteint d'une affection hépatique.* Notions récentes sur la séméiologie et la thérapeutique des maladies du foie. — *Le syndrome ictère.* — *Syndromes d'hypertension portale et d'hypertension sus-hépatique.* — *Insuffisance hépatique.*

28e Leçon. — Mardi 8 octobre, à 2 h. 1/2 du soir. — M. DEVAL. — *Chimisme stomacal, chimisme intestinal.*

Chimisme stomacal : Repas d'Ewald. Analyse qualitative (acide chlorhydrique et acides organiques ; mati(res) protéiques ; hydrates de carbone ; pepsine ; ferment lab). Analyse quantitative

(acidité, combinaisons chlorées ; pepsine ; maltose). Motricité. Examen microscopique.

Chimisme intestinal : Repas d'épreuve. Analyse qualitative (matières protéiques et hydrates de carbone, sang, pigments). Analyse quantitative (acides libres, graisses neutres, savons). Examen microscopique.

Applications cliniques au diagnostic des insuffisances pancréatique et biliaire et à l'étude des entérites.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les Mardis, Jendis et Samedis, de midi à 3 heures.

Le Doyen de la Faculté, L. LANDOUZY.

A LA SALPETRIERE

UNIVERSITE DE PARIS — FACULTE DE MEDECINE

ANNÉE SCOLAIRE 1911-1912

Clinique des Maladies du Système Nerveux, Hospice de la Salpêtrière. Professeur : M. DEJERINE.

COURS DE VACANCES

Un Cours de Vacances, comprenant l'enseignement complet des *Maladies du Système nerveux*, étude clinique, anatomique et thérapeutique, sera fait à la Salpêtrière, du 7 au 30 octobre 1912, sous la direction de M. le Professeur DEJERINE, par MM. les Docteurs André THOMAS, TINEL, JUMENTIÉ, BAUDOUIN, CHENET et HRET, chefs de clinique et chefs de laboratoire de la Faculté.

Le cours comprendra 40 leçons, avec présentations de malades et de pièces anatomiques, autopsies, étude de coupes microscopiques.

piques, projections lumineuses de coupes et de photomicrographies en couleur.

Les leçons auront lieu à 10 heures du matin et à 4 heures de l'après-midi.

Tous les jours, de 2 à 4 heures de l'après-midi, quelques malades du service seront mis à la disposition des élèves qui pourront les étudier, prendre leur observation et les présenter aux chefs de clinique.

Les élèves seront exercés par des travaux pratiques facultatifs aux réactions de laboratoire utilisées en clinique nerveuse (ponction lombaire, cyto-diagnostic, réaction de Wassermann, etc.).

PROGRAMME :

7 OCTOBRE. — *Anatomie générale et physiologie.*

1^{re} Leçon, 10 heures du matin. — M. TINEL. — *Le neurone ; cellule nerveuse ; fibres nerveuses. Lésions cellulaires ; Chromatolyse ; Histolyse ; Neuronophagies, etc. Dégénérescences wallérienne, segmentaire, rétrograde. Régénérations. Fondements anatomiques de la théorie du Neurone.*

2^e Leçon, 4 heures du soir. — M. JUMENTIÉ. — *Les associations de neurones. Arc réflexe. Segments médullaires. Voies d'association. Voies motrices, sensibles, cérébelleuses.*

8 OCTOBRE. — *Sémiologie générale.*

3^e Leçon, 10 heures du matin. — M. TINEL. — *Les voies motrices : 1° Troubles moteurs. Neurone périphérique et neurone central ; Paralysie flasque et spasmodique. Revue générale des troubles moteurs dans les maladies des nerfs, racines, moelle et cerveau. 2° Sémiologie des réflexes ; topographie ; réflexes normaux et pathologiques ; inversions des réflexes.*

4^e Leçon, 4 heures du soir. — M. TINEL. — *Les voies sensibles. Sémiologie des troubles de la sensibilité. Syndromes périphériques ; syndromes radiculaires ; syndromes médullaires ; dissociation tabétique ; dissociation syringomyélique. Syndrome de Brôwn-Séquard. Anesthésies bulboprotubérantielles et cérébrales.*

9 OCTOBRE.

5e Leçon, 10 heures du matin. — M. TINEL. — *Paralysies périphériques*. Paralyse faciale, radiale, cubitale, du grand dentelé, etc. Paralysies du plexus brachial.

6e Leçon, 4 heures du soir. — M. TINEL. — *Les polynévrites*.

10 OCTOBRE.

7e Leçon, 10 heures du matin. — M. TINEL. — Les syndromes radiculaires et ganglionnaires. LES RADICULITES. Les syndromes de la queue de cheval. Le zona.

8e Leçon, 4 heures du soir. — M. BAUDOUIN. — *Les névralgies*. Sciatiques. Névralgie du trijumeau. L'alcoolisation des troncs nerveux dans les névralgies.

11 OCTOBRE.

9e Leçon, 10 heures du matin. — M. JUMENTIÉ. — *Le tabès*, étude clinique.

10e Leçon, 4 heures du soir. — M. JUMENTIÉ. — *Le tabès*, étude anatomi-pathologique.

12 OCTOBRE. — *Les poliomyélites*.

11e Leçon, 10 heures du matin. — M. TINEL. — Les poliomyélites aiguës. Maladie de Heine-Medin.

12e Leçon, 4 heures du soir. — M. TINEL. — Poliomyélites subaiguës et chroniques. Sclérose latérale amyotrophique.

14 OCTOBRE.

13e Leçon, 10 heures du matin. — M. TINEL. — Les myélites aiguës et chroniques. La myélite syphilitique.

14e Leçon, 4 heures du soir. — M. JUMENTIÉ. — Les compressions de la moelle. Mal de Pott. Pachyméningite cervicale. Tumeurs.

15 OCTOBRE.

15^e Leçon, 10 heures du matin. — M. JUMENTIÉ. — Syringomyélie. Hématomyélie.

16^e Leçon, 4 heures du soir. — M. TINEL. — La sclérose en plaques. Les scléroses combinées. Maladie de Friedreich.

16 OCTOBRE.

17^e Leçon, 10 heures du matin. — M. JUMENTIÉ. — Hémorragie. Ramollissement cérébral. L'Hémiplégie. Monoplégies corticales. Les voies motrices. La voie pyramidale et ses faisceaux aberrants.

18^e Leçon, 4 heures du soir. — M. JUMENTIÉ. — Les Hémianesthésies; syndrome thalamique; anesthésies corticales. Les voies sensibles centrales.

17 OCTOBRE.

19^e Leçon, 10 heures du matin. — M. JUMENTIÉ. — Hémiplégie cérébrale infantile. Maladie de Little. L'athétose.

20^e Leçon, 4 heures du soir. — M. JUMENTIÉ. — Les nerfs crâniens. Syndromes alternes bulboprotubérantiels.

18 OCTOBRE.

21^e Leçon, 10 heures du matin. — M. JUMENTIÉ. — Les voies optiques. L'hémianopsie. Les voies directrices du regard. Nerfs moteurs de l'œil.

22^e Leçon, 4 heures du soir. — M. JUMENTIÉ. — Les voies acoustiques et vestibulaires. Vertiges. Nystagmus, etc.

19 OCTOBRE.

23^e Leçon, 10 heures du matin. — M. André THOMAS. — Le cervelet. Les voies cérébelleuses. Syndrome cérébelleux.

24^e Leçon, 4 heures du soir. — M. JUMENTIÉ. — Les tumeurs cérébrales. Abscess du cerveau. Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.

21 OCTOBRE.

25e Leçon, 10 heures du matin. — M. TINEL. — La syphilis cérébrale. Méningites chroniques. Paralyse générale.

26e Leçon, 4 heures du soir. — M. TINEL. — *Les épilepsies.*

22 OCTOBRE.

27e Leçon, 10 heures du matin. — M. JUMENTIÉ. — *L'aphasie.*

28e Leçon, 4 heures du soir. — M. JUMENTIÉ. — *Les dysarthries.* Paralyties bulbaires et pseudo-bulbaires.

23 OCTOBRE.

29e Leçon, 10 heures du matin. — M. TINEL. — *La ponction lombaire* dans les affections du système nerveux. La réaction de Wassermann.

30e Leçon, 4 heures du soir. — M. TINEL. — *Les chorées.*

24 OCTOBRE.

31e Leçon, 10 heures du matin. — M. TINEL. — *Les tremblements.* La maladie de Parkinson.

32e Leçon, 4 heures du soir. — M. JUMENTIÉ. — *Myopathies ; myotonies, myatonies.* *Les atrophies musculaires.*

25 OCTOBRE.

33e Leçon, 10 heures du matin. — M. BAUDOIN. — *Les syndromes thyroïdiens et parathyroïdiens.* Goitre exophtalmique. Myxœdème. Tétanie.

34e Leçon, 4 heures du soir. — M. BAUDOIN. — *Les syndromes hypophysaires.* Les syndromes polyglandulaires.

26 OCTOBRE.

35e Leçon, 10 heures du matin. — M. CHENET. — *Sémiologie des yeux.* Examen de la papille, atrophie ; stase papillaire ; né-

vrite rétrobulbaire ; paralysies oculaires ; strabisme, etc. Les troubles pupillaires.

36e Leçon, 4 heures du soir. — M. HUET. — Electro-diagnostic.

28 OCTOBRE.

37e Leçon, 10 heures du matin. — M. HUET. — Electrothérapie.

38e Leçon, 4 heures du soir. — M. TINEL. — *Les psychonévroses.*

29 OCTOBRE.

39e Leçon, 10 heures du matin. — M. TINEL. — *Troubles fonctionnels chez les névropathes.*

40e Leçon, 4 heures du soir. — M. TINEL. — Psychothérapie.

Le droit d'inscription est fixé à 80 francs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine, les Mardis, les Jendis et Samedis, de midi à 3 heures.

Le Doyen de la Faculté, L. LANDOUZY.

ANALYSES

CHIRURGIE

La désinfection du péritoine par l'alcool, dans *Gazette Médicale de Paris*, juin 1912.

Tout le monde, aujourd'hui, est d'accord pour regarder l'alcool comme un excellent agent antiseptique. Les qualités spéciales de l'alcool à cet égard viennent d'être établies d'une façon particulièrement remarquable, par le professeur Tansini (de Pavie). Ce chirurgien, nous apprend en effet la *Riforma Medica*, n'a pas hésité à utiliser l'alcool pur comme désinfectant du péritoine dans deux cas où celui-ci avait été souillé par des matières fécales au

cours d'interventions chirurgicales. Dans le premier cas, il s'agissait d'une entéro-anastomose latéro-latérale pour sténose intestinale chez un jeune homme de dix-sept ans. L'ouverture d'une anse intestinale répandit les matières fécales sur une large surface d'autres anses qui avaient été éviscérées. Celles-ci furent replacées dans le ventre après avoir été lavées à l'alcool à 95 degrés. Les suites opératoires furent excellentes.

Le second cas a trait à une femme de vingt-neuf ans à qui l'auteur pratiquait une résection totale du cæcum pour tuberculome, avec iléo-colostomie latéro-latérale. Là encore des anses intestinales furent souillées par des matières fécales, et là aussi ces anses furent nettoyées au moyen de tampons de gaze imbibés d'alcool à 95 degrés ; de plus, l'auteur désinfecta de la même façon les lignes de suture colique, iléale et iléo-cæcale. Comme dans le cas précédent, les suites opératoires furent excellentes et il n'y eut pas la moindre trace de réaction péritonéale.

Encouragé par ces deux cas heureux. M. le professeur Tansini a depuis appliqué à plusieurs reprises ce procédé de désinfection par l'alcool, qu'il est, suivant toute vraisemblance, le premier à avoir utilisé, dans divers cas de gastro-entérostomie.

PEDIATRIE

Vaccine généralisée suivie de mort, dans *Journal de Méd. et de Chir. prat.*, juillet 1912.

Les cas de vaccine généralisée sont très rares heureusement et il est tout à fait exceptionnel de voir succomber les sujets ainsi atteints. A cet égard, le fait publié par le professeur d'Astros dans le *Marseille médical* (n° 5) mérite d'être signalé.

En ce cas, il s'agit d'une enfant de un mois qui avait été vaccinée en ville et qui eut tout d'abord des boutons dans les délais voulus ; mais au bout de quelques jours, autour des pustules primitives se fit une série d'autres pustules qui amenèrent un gonflement énorme avec infiltration du bras ; en outre, à partir de ce moment, des pustules ombiliquées, absolument semblables aux premières, se produisirent d'une façon irrégulière sur toutes les parties du corps. Puis l'état général s'aggrava et l'enfant finit par mourir.

Ce fait n'est pas d'une interprétation facile, car il ne rentre pas dans des cas ordinaires. En effet, on classe généralement les cas de vaccine généralisée en deux catégories :

1 Les vaccines généralisées primitives (fièvres éruptives vaccinales) dans lesquelles une éruption de pustules sur diverses parties du corps se fait en même temps que l'éruption des pustules sur les points inoculés. Il paraît y avoir eu pénétration du virus dans le sang, d'où contemporanéité de l'éruption aux points d'inoculation et en dehors de ces points.

2 Les vaccines généralisées secondaires par auto-inoculation. Dans ce cas, les pustules de vaccine secondaires se montrent quatre ou cinq jours au moins après les pustules de l'inoculation opératoire, puisque ce sont celles-ci qui fournissent matière aux inoculations ultérieures.

Ce fait paraît bien rentrer dans cette seconde classe. C'est en effet au voisinage immédiat des pustules d'inoculation opératoire que se sont développées et multipliées les premières pustules secondaires, dont l'extension ultérieure a été, il est vrai assez disséminée.

Mais il est difficile de s'expliquer les poussées successives qui se sont faites jusqu'à la mort de la malade, c'est-à-dire pendant près de deux mois. Il faut admettre que chez elle l'immunisation, qui est ordinairement complète après le 9^e ou le 10^e jour, quelquefois retardée un peu plus longtemps, ne s'est pas produite. On peut supposer que l'on se trouve en présence d'une idiosyncrasie, mot qui recouvre notre ignorance, mais qui indique que c'est du côté de l'organisme qu'il faut rechercher une explication.

De la mort subite dans la myocardite scarlatineuse, par le Dr Florea SIMIONESCU, ancien interne et médecin des hôpitaux, dans *Gazette Médicale de Paris*.

Weill et Mouriquand (1), dans deux mémoires, ont attiré l'attention sur la mort brusque, subite (imprévue) au cours ou au déclin de la scarlatine.

Le premier mémoire se terminait par les conclusions suivantes :
" ... il est, à notre avis, indispensable d'étudier, dans tous les cas

(1) *La Presse Médicale*, 14 janvier 1911, No 3 et 5 août 1911, No 62.

de scarlatine à issue brusque, l'état du myocarde, sans se contenter d'un examen macroscopique ou de quelques coupes histologiques pratiquées au hasard.”

C'est parfait quand on peut faire l'examen anatomo-pathologique, mais quand on ne peut pas le faire ?.

Alors, ne peut-on pas se baser seulement sur le diagnostic clinique et, par conséquent, affirmer qu'on se trouve en face d'une myocardite due à la scarlatine ? Du reste, cela paraît résulter des conclusions des auteurs cités ci-dessus.

On peut très bien établir seulement un diagnostic clinique, sans avoir recours même “ à un examen microscopique bien pratiqué et non au “ *hasard*”.

Il est un fait dont ces auteurs ne font pas mention, à savoir si les symptômes de la myocardite sont apparus en même temps que la scarlatine ou plus tard, après les troubles rénaux de la scarlatine. Cela est une question très importante au point de vue de la pathogénie et en même temps du traitement.

Les cas que j'ai observés sont importants parce que les troubles cardiaques, ainsi que ceux du foie, ont débuté quelques années après la scarlatine et probablement en même temps que ceux des reins. Nous avons constaté la myocardite, mais, nous n'avons pas pu suivre la fin de la maladie.

Les phénomènes urémiques, sous la dépendance desquels se trouvait le premier malade, prouvent que la scarlatine a atteint en premier lieu les reins. Le fait ne peut pas être contesté, parce que les phénomènes cardiaques ont débuté il y a trois ans, par une syncope, tandis que ceux des reins, il y a six ans, par de l'albuminurie.

Les myocardites scléreuses en général ont été étudiées d'une façon remarquable par Juhel-Rénoy (1) et A. Weber (2) dans leurs thèses. Le premier, dans ses observations ne cite aucun cas de myocardite due à la scarlatine.

Martineau, dans sa thèse, cite une observation (obs. VII), de mort subite au cours de la scarlatine, mort qui ne peut être due qu'à la myocardite ; en effet, à l'examen microscopique d'une par-

(1) *Études sur la sclérose du myocarde, etc.*, Paris 1882.

(2) *Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'artérose-sclérose du cœur (sclérose du myocarde)*, Paris 1887.

celle du tissu cardiaque de la surface interne de la paroi ventriculaire, il s'agissait d'une endocardite et myocardite aiguë.

“ Femme de 30 ans, entrée à l'hôpital de la Charité (service du Prof. Natalis Guillot). Le 17 décembre 1864, elle est prise d'angine, de frissons, de vomissements, et, dans la nuit du 18 au 19, son corps se couvre d'une rougeur très intense, accompagnée d'un léger pointillé. Le jour de son entrée à l'hôpital, le 19, nous constatons une scarlatine avec angine pultacée. Au cœur, il existe un bruit de souffle assez doux, ayant son maximum d'intensité à la pointe, ne s'entendant que pendant le premier bruit ; pas de douleurs articulaires. Les jours suivants, le souffle devient de plus en plus intense, râpeux ; en même temps, il existe un second bruit de souffle à la base ; son intensité est moindre ; il se prolonge dans les vaisseaux du cou. Des douleurs surviennent aux membres supérieurs, coude, poignet et doigts ; elles ne s'accompagnent ni de gonflement, ni de rougeur des téguments. Elle succombe subitement, le 25, sans que rien dans son état ait pu faire prévoir une si prompte terminaison. ” (1).

Weber (2) cite un cas de myocardite probablement à la suite de la scarlatine : “ Lec... Ars... 51 ans, camionneur (3 novembre 1886, hôpital Bichat, service de M. Huchard).

“ Une sœur morte à 51 ans de cancer de l'utérus. Rougeole et scarlatine pendant l'enfance ; pas de syphilis. Excès alcooliques. Il y a trois mois seulement, il a commencé à éprouver les symptômes de la maladie, caractérisés par des accès de palpitations et des troubles dyspeptiques. Les palpitations fort intenses, apparaissent sous l'influence de la marche et le forcent à s'arrêter. Dyspnée d'effort. Sensations vertigineuses le matin en se levant ; bourdonnements d'oreilles. Léger œdème péri-malléolaire ; il est polyurique. Circulation abdominale. A l'inspection du cœur rien d'important ; la pointe bat au niveau du 6^e espace, à 4 cm. au-dessous du mamelon. Hypertrophie cardiaque considérable. Il n'existe ni trille, ni frémissement. Matité anormale. Aucun bruit anormal surajouté. A la pointe quelques légers frottements. Le

(1) L. Martineau. — *Des endocardites*. — Thèse de Paris, 1866, page 11 et suivante.

Union médicale, 27, 29 décembre 1864.

(2) A. Weber. — *Loc. cit.*

premier bruit est sourd ; le second bruit de la base est sec, métallique, clangoreux. Pas de souffle d'insuffisance aortique.

“ Le malade présente les signes d'une sclérose artérielle généralisée. Battements artériels du cou ; faux pouls veineux. Sinuosités énormes des temporales. Le pouls radial est petit, régulier et dur.

“ Au 26 novembre. Léger souffle systolique à la pointe. Mort le 3 décembre. *Autopsie* : La sclérose cardiaque est très accusée ; les foyers de sclérose, visibles à l'œil nu ; valvule mitrale sclérosée ; ses bords sont épais et très altérés. L'aorte très athéromateuse est dilatée sur presque tout son parcours et surtout au niveau de la crosse. L'orifice des coronaires est libre ; ces artères sont manifestement athéromateuses *Examen histologique*. Sur la coupe d'un pilier, on remarque à un faible grossissement, que le tissu musculaire est envahi à peu près également partout par du tissu conjonctif. Nulle part cependant il n'a fait disparaître entièrement la fibre musculaire. Ici la sclérose procède de deux manières par rapport aux vaisseaux. Ceux-ci sont tous en grande partie oblitérés par l'endartérite proliférante. Les plus volumineux sont atteints également d'une périartérite plus ou moins intense qui donne çà et là l'aspect d'une sclérose périvasculaire. Mais ce n'est pas seulement autour des vaisseaux artériels que la sclérose se cantonne. Sur un grand nombre de points elle forme des foyers manifestement indépendants de toute paroi artérielle, et dans lesquels on ne rencontre que du tissu conjonctif adulte, renfermant quelques débris de fibres musculaires et des capillaires dilatés. En somme le tissu musculaire est atteint sur presque toute l'étendue de la coupe. Il semble qu'il a subi successivement une série de transformations dégénératives avant de céder la place à la sclérose.”

2. Huguenin affirme aussi que “ la scarlatine peut être cause de la myocardite ” (1).

L'explication des auteurs (2), au sujet de la mort subite des malades, au cours de la scarlatine, ne paraît pas suffisante ; je pense que ces malades meurent non seulement par la “ lésion du myocarde ”, insignifiante quelquefois, mais aussi par la sclérose

(1) *Revue de médecine*. — Décembre 1888.

(2) Weill et Mouriquand. — *La Presse Médicale*. — *Loc. cit.*

des coronaires, ou par l'insuffisance aortique ; d'autres, par l'association de ces lésions, ou plutôt par l'arrêt du cœur (troubles de la contractilité ou de la conductibilité) par ses propres éléments des mouvements rythmés, comme affirme Mauriac (1).

Ainsi et avec plus de raison, peuvent s'expliquer les cas de mort subite au cours de la scarlatine, même quand les orifices sont faiblement lésés, ou pas du tout, comme cela s'observe dans le cas publié par Montagnon, quoiqu'il nous semble que l'autopsie du cœur ait été insuffisante.

Le cas que nous avons observé concerne un enfant de 13 ans $\frac{1}{2}$. Pour son âge, il est assez grand ; il est fortement amaigri. Dans ses antécédents héréditaires on trouve que son père est sujet à des eczémas de la face et du cuir chevelu ; sa mère, depuis longtemps souffre d'une néphrite interstitielle.

Le malade a eu à 4 ans la rougeole, sans suites ; à 9 ans la scarlatine, laquelle, d'après les dires des parents, était mauvasic. La convalescence s'est passée assez bien, sans toutefois attirer l'attention de quelqu'un sur les reins et sur le cœur.

La maladie actuelle a débuté il y a trois ans par une syncope ; l'enfant se trouvait au bureau de son père, quand il tomba subitement évanoui ; les soins donnés dans une pharmacie l'ont ranimé. Les troubles ne se sont plus répétés. Depuis six semaines l'enfant garde la chambre. Quand je l'ai vu pour la première fois (26 juillet 1911) il était couché ; la figure pâle verdâtre ; faible teinte sub-ictérique bien plus marquée sur les conjonctives. Les yeux cernés et le regard terni. Les lèvres bleuâtres, la parole embarrassée. La poitrine en chapelet ; l'abdomen énormément ballonné et sillonné d'une circulation veineuse sous-cutanée ; le foie dépassait les fausses côtes de quatre travers de doigt ; il était fortement hypertrophié et douloureux à la pression. Les jambes et les pieds œdématisés, depuis les genoux, de couleur violacée ; la pression digitale ne laisse pas de trace trop marquée, mais elle est douloureuse. Matité complète à peu près sur tout le long du thorax. A l'auscultation on perçoit des signes de congestion broncho-pulmo-

(1) Charles Mauriac. — *Essai sur les maladies du cœur. De la mort subite dans l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte.* — Thèse de Paris, 1886, p. 95.

Larcher. — *Union médicale*, 1870, p. 87.

Merkleine et Heitz. — *Examen et sémiologie du cœur*, T. II, page 97 et suiv. Paris, Masson 1911.

naire avec œdème (congestion passive). On entend aussi une respiration voisine du souffle tubaire. Dyspnée considérable. L'enfant ne peut pas trouver une bonne position. Impossible de rester ni sur son séant, ni d'un côté, ni de l'autre ; parfois il descend et s'assoit sur un fauteuil. Les vaisseaux du cou sont dilatés. Le cœur gauche est hypertrophié ; à l'auscultation on peut ne pas distinguer les signes de l'insuffisance aortique, masqués par un bruit de galop très manifeste. Le pouls est faible et petit ; à peine s'il arrive à 48-52 par minute. Diarrhée. L'émission de l'urine est de 250 à 300 grammes ; elle est trouble et de couleur ronge-foncée. Elle contient peu d'albumine. Les phénomènes d'asystolie (cardio-rénale) sont à craindre d'un moment à l'autre.

La diète lactée absolue (Kéfir parce qu'il ne supportait pas le lait), infusion de queues de cerises (1 litre) ; teinture de digitale 12, 10, 8 gouttes trois jours de suite, ventouses sèches sur la région du cœur et des reins, n'ont apporté aucun soulagement ; la quantité d'urine restait la même. Pour la quatrième fois, quand j'ai vu le petit malade, je lui ai recommandé le même traitement, en ajoutant de la lactose (1,50 à 2 grammes par jour). Le malade est mort le lendemain.

THERAPEUTIQUE

Vaccination antityphique, par M. VINCENT. Communication à l'Académie de Médecine, juin 1912. *Journal de Méd. et de Chir. prat.*

M. Vincent, qui a déjà signalé en décembre dernier les résultats obtenus par un certain nombre de vaccinations antityphiques vient de faire une nouvelle communication au sujet de 5,000 cas d'immunisation par les vaccins polyvalents.

A ce moment, le nombre des personnes vaccinées était de 578. Depuis cette époque, le chiffre des vaccinations effectuées avec le même vaccin s'est beaucoup accru. Le nombre des personnes ainsi immunisées, en France et à l'étranger, et comprenant des adultes des deux sexes ainsi que des enfants de sept à quinze ans, dépasse actuellement 5,000. Ce chiffre ne comprend, naturellement, que les personnes ayant reçu la totalité de leurs injections immunigènes.

Une proportion élevée de typho-vaccinations est actuellement en cours. Il a été demandé, pendant ces derniers mois, du vaccin pour 35,000 personnes.

Une première et importante remarque mérite, dès à présent, d'être faite. C'est que ces 5,000 vaccinations, qui comportent plus de 20,000 injections de doses vaccinales, ne se sont accompagnées d'aucun incident anormal. La gamme des réactions locales et générales observées n'a pas dépassé la fréquence indiquée dans une précédente communication. Elle a même été, presque partout, beaucoup plus faible, les vaccinés n'étant pas dans cet état de fatigue et de dépression physique où se trouvaient les soldats inoculés au Maroc. Dans certaines villes ou localités, la proportion des réactions fébriles, toutes moyennes, n'a été avec le vaccin par autolyse, que de 43 p. 100 ; 10 p. 100 (et souvent moins) parmi ceux qui ont reçu le vaccin polyvalent ; les bacillaires ont eu les mêmes réactions bénignes et parfaitement tolérables.

On peut citer, à titre d'exemple, celui des infirmiers de l'hôpital du Val-de-Grâce qui, au nombre de 104, ont été immunisés avec l'autolysat de bacilles vivants stérilisé par l'éther. Ils avaient été invités, s'ils le désiraient, à se reposer le lendemain des inoculations. Or, aucun d'eux n'a demandé à interrompre son service. A Alger, où a régné, à la fin de l'année dernière, une épidémie de fièvre typhoïde, 564 personnes de tout âge, de tout sexe et de toute condition se sont soumises à la typho-vaccination. " Quelques-unes ont eu une légère réaction locale avec douleur et état fébrile ne dépassant pas 38 degrés à 38°5. Dans un cas, il y a eu 39 degrés. Cette élévation thermique a été de courte durée. "

On sait par contre, que les autres vaccins antityphiques sont manifestement plus douloureux.

Presque tous les médecins qui ont essayé la pratique de ces vaccinations se sont adressés à des cultures mortes ou à des extraits préalablement stérilisés. On a utilisé aussi des bacilles vivants atténués par un léger chauffage, mais par cette méthode on risque beaucoup plus de produire des accidents graves et de créer des foyers de fièvre typhoïde.

Il a été dit que des provisions élevées de vaccin antityphique polyvalent ont été demandées en Turquie, ainsi qu'en France, ainsi que dans nos colonies et à l'étranger. En nombre de localités, notamment en Espagne, en Belgique, en Turquie, en Syrie, etc., et dans certaines familles, en France, ces demandes ont été motivées par des épidémies de fièvre typhoïde. Le vaccin a été envoyé et utilisé aussitôt. Il ne faut pas hésiter, en effet, à vacciner en période épidémique. Il vaut mieux, sans doute, devancer l'infection par des inoculations préventives faites en période favorable. Mais il est bien démontré, par ce qui a été vu au Maroc et en d'autres régions, que le vaccin antityphique polyvalent, injecté à des sujets en incubation de fièvre typhoïde, n'aggrave en rien l'évolution ul-

térieure de la fièvre typhoïde. M. Vincent en a cité plusieurs exemples. Depuis lors, plusieurs faits tendent même à montrer que, dans ces cas, la sécrétion précoce d'anticorps spécifiques, qui résulte de l'injection d'autolysat bacillaire, imprime, au contraire, à la fièvre typhoïde, un cours bénin et de brève durée.

Comme toujours, dans les villes telles qu'Alger, récemment éprouvée par la fièvre typhoïde, aucun des habitants immunisés n'a été atteint (Professeur Soulié). Il en a été de même dans la garnison.

M. Vincent cite, en outre, plusieurs cas de jeunes gens qui, occupés à la préparation de cultures, en avaient avalé involontairement une certaine quantité et chez lesquels des injections de sérum antityphique empêchèrent le développement de la maladie qui, dans ces cas, peut être considérée comme à peu près fatale.

À la fin de l'année dernière, un grand nombre d'officiers et de soldats, de touristes, de colons et de prospecteurs sont venus à mon laboratoire solliciter leur immunisation, avant de se rendre au Maroc. La fièvre typhoïde sévissait encore avec intensité notamment à Fez et à Casablanca. Aucun d'entre eux n'a, depuis cette époque, contracté cette maladie.

Alors que plus de 14 hommes sur 100 ont, dans les camps marocains, contracté la fièvre typhoïde, alors que beaucoup d'entre eux ont succombé, aucun de ceux qui ont dûment reçu la totalité de leurs injections de vaccin polyvalent n'a été atteint par la fièvre typhoïde. Aujourd'hui comme l'année dernière, ces résultats se maintiennent toujours tels : l'immunité des vaccinés demeure complète. Et cependant — il n'est point inutile de le signaler de nouveau — vaccinés et non vaccinés ont vécu et vivent encore ensemble, indifféremment répartis dans les camps installés sur un étroit espace en raisons d'attaques possibles, couchant sous les mêmes tentes, mangeant les mêmes aliments, buvant la même eau, usant des mêmes latrines, également infestées en été et en automne, par des myriades de mouches bacillifères, partageant chaque jour, chaque heure, les mêmes fatigues, les mêmes causes de dépression physique et morale, en un mot exposés absolument aux mêmes et multiples facteurs de contagion par le bacille typhique et de prédisposition à cette infection.

Au Maroc, les hommes vaccinés ont traversé la rafale épidémique sans en subir le plus léger dommage, alors que les non vaccinés ont été formidablement éprouvés. Ces constatations n'ont pas été sans déterminer une impression profonde parmi les troupes de la région, et l'on a appris récemment que presque tous les hommes, jusqu'ici non vaccinés, se sont fait inscrire pour bénéficier des inoculations préventives.

Traitement des points de côté des tuberculeux, par le Dr PHILIPPE, analysé dans *Revue de Méd. et de Chirurg. pratiques*, 10 juin 1912.

Les points de côté des tuberculeux constituent un symptôme qui, bien que très banal, est souvent une raison de grande préoccupation pour les malades et peut être, par l'insomnie, la douleur constante, une cause d'aggravation qu'il faut combattre par tous les moyens possibles. M. le Dr Philippe a étudié dans sa thèse (1) tous les procédés préconisés à ce sujet et montre les ressources qu'on peut trouver dans l'emploi des injections d'eau bouillie dont l'usage est un peu trop oublié maintenant.

La variété et le nombre des moyens thérapeutiques employés prouvent que le résultat obtenu par le choix de l'un ou l'autre est loin d'être toujours satisfaisant. Les applications de teinture d'iode, les badigeonnages à la térébenthine, les sinapismes, les pointes de feu, les ventouses sèches ou scarifiées, les vésicatoires ou au moins les mouches volantes, le cautère, le stypage, donnent évidemment des résultats appréciables, mais en général, transitoires et insuffisants. Les pointes de feu sont, parmi les précédents, un des meilleurs procédés, mais encore son efficacité est-elle loin d'être constante. Mais M. Philippe insiste tout spécialement sur l'efficacité des injections sous-cutanées d'eau bouillie au point douloureux.

Autrefois, Potain y avait fréquemment recours contre les névralgies des plus diverses dans son service de l'hôpital Necker, et Dieulafoy a rapporté les multiples succès qu'il lui devait. Pour s'en convaincre, il suffit d'ouvrir le *Dictionnaire Jaccoud* à l'article : *douleur*, article écrit par Dieulafoy lui-même, et où il préconise cette méthode, qui, " par une injustice bien regrettable, est tombée dans l'oubli ", dit Romme en 1910. Toutefois, cet oubli, n'était pas tout à fait complet. Dans plusieurs services hospitaliers, on a continué à employer cette méthode.

Le mode opératoire est le même que celui pour une injection hypodermique quelconque d'une faible quantité de liquide. Il suffit de posséder une seringue et une aiguille stérilisée. Il ne reste plus alors qu'à déterminer aussi exactement que possible le point où la douleur est maxima, et à injecter à cet endroit 1 ou 2 centimètres cubes d'eau bouillie.

Dans les quelques instants qui suivent l'injection, le patient éprouve parfois la sensation d'une brûlure assez vive, mais supportable. Cette douleur va s'atténuant graduellement et finit par disparaître complètement vingt minutes ou une demi-heure après

(1) Thèse de Paris; chez Jouve.

l'injection, emportant généralement avec elle la douleur première. Le plus souvent une seule injection suffit pour faire disparaître pour toujours le point douloureux ; cependant, plusieurs jours après la première injection, il est quelquefois nécessaire d'en faire une deuxième au même endroit.

Devant ces résultats, une question se pose naturellement : par quel moyen agit cette médication vraiment simpliste ?

On a cherché à résoudre la question expérimentalement et Surmont et Dubus ont fait des recherches à ce sujet et ont trouvé certaines lésions histologiques.

Par quel processus physiologique précis agissent les injections d'eau bouillie ? il est possible que les phénomènes osmotiques entrent pour une part importante dans cette action. Les injections de sérum physiologique que M. Philippe a faites quelquefois, comparativement aux injections d'eau bouillie, ne lui ont donné que des résultats insignifiants. Peut-être pourrait-on voir, comparativement aussi, si les solutions hypertoniques ont une action quelconque.

De toute façon, ce qui reste évident, c'est l'innocuité des doses. Ce point est fort intéressant car, si on fait cette erreur de diagnostic, on fait par le fait même une erreur de traitement, erreur qui peut avoir les conséquences les plus fâcheuses.

Si l'on prend une phlébite pour une névrite on s'expose, en n'immobilisant pas le membre, ou en pratiquant des massages, à détacher le caillot veineux qui va aller au cœur.

Si l'on fait l'erreur inverse, on est conduit à immobiliser strictement et pour longtemps le membre malade, et les conséquences infaillibles de ce traitement mal dirigé seront : l'atrophie musculaire, les troubles trophiques et l'impotence persistante du membre. Cette erreur thérapeutique transforme en une infirmité durable une affection qui, traitée correctement dès son apparition a un pronostic très bénin et ne doit être considérée que comme un incident insignifiant des suites de couches.

Le traitement est purement symptomatique, il consiste surtout à calmer les douleurs.

Traitement de l'érysipèle par la teinture d'iode, par le Dr BINET
(de Nancy), dans *Journal de Méd. et de Chir. pratiques*,
juillet 1912.

Dès que le diagnostic est confirmé, on fait un premier badigeonnage à la teinture d'iode fraîche. Pour éviter la concentration excessive de la teinture d'iode officinale du Codex, on dédouble

cette teinture avec de l'alcool obsolu. On ajoute même à cette teinture une petite quantité de gâïacol. On prescrit par exemple :

Teinture d'iode.....	} à 30 grammes
Alcool à 95°.....	
Gâïacol cristallisé.....	3 grammes

Le gâïacol jouit comme l'iode de propriétés d'absorption considérables. C'est un corps à la fois analgésique et antithermique, très employé en badigeonnages dans les grandes pyrexies. Son association à la teinture d'iode semble donc heureuse dans l'érysipèle, mais non pas indispensable.

Le premier badigeonnage iodé est fait largement sur toute la

plaque érysipélateuse, déborde même cette plaque pour prévenir l'invasion serpiginieuse de l'infection et un pansement occlusif est pratiqué. Le lendemain, le surlendemain et jours suivants, le badigeonnage est renouvelé. Si une pellicule se forme à la surface de l'épiderme, la peau est détergée avec un peu de glycérine.

A quel moment les badigeonnages doivent-ils être interrompus ? L'examen seul des résultats obtenus peut nous renseigner à cet égard. Etudions-les donc en quelques mots.

Dès le deuxième ou le troisième jour de l'application iodée, une modification très apparente se produit au niveau de la plaque érysipélateuse.

Aux lieu et place des téguments œdématiés, mais surtout tendus et luisants, on trouve au contraire une peau qui s'est plissée en s'affaissant. L'épiderme semble ratatiné, flétri, parfois même il se craquelle, mettant à nu en d'étroites fissures le derme sous-jacent. Puis, vers le cinquième ou sixième jour, la desquamation se produit et à ce moment il y a lieu de cesser les badigeonnages. L'action caustique de la teinture d'iode pourrait entraîner, si son emploi était prolongé à l'excès, une escharification de la peau qu'on n'a jamais eu à regretter.

Ainsi l'action locale de la teinture d'iode a semblé très favorable. Disparition rapide de la plaque érysipélateuse, flétrissure de la peau, puis desquamation épidermique dans des délais sensiblement plus courts que les délais habituels, voilà ce qu'on a observé.

Généralement, au moment de la desquamation, la défervescence se produit en même temps que l'état du malade s'améliore.

Toutefois, le polymorphisme même de l'érysipèle et surtout les variations très grandes que l'on observe normalement dans la gravité et la durée de cette maladie sans cycle clinique révolu sont de nature à rendre très difficile l'interprétation des résultats obtenus.

Traitement de la colique hépatique, par le Dr HIRTZ, dans *Journal de Méd. et de Chirurgie prat.*, juillet 1912.

— Voici les prescriptions que M. Hirtz fait le plus souvent dans les cas de coliques hépatiques.

Le malade atteint de colique hépatique doit, pendant l'accès, garder le repos absolu et se priver de tout aliment. Il ne prendra de loin en loin qu'un peu d'eau de Vichy glacée. On peut pourtant rompre ce repos en transportant doucement le malade dans un grand bain chaud dont la prolongation amène assez souvent des effets sédatifs remarquables. Après le bain, des applications locales très chaudes (compresses imbibées d'eau, cataplasme, etc.), ou très froides (vessie de glace), peuvent rendre des services. Il faut bien le dire, ces moyens ne suffisent que rarement. On doit néanmoins les essayer pour retarder autant que possible l'injection de morphine qui amènera à peu près sûrement le calme et le sommeil, mais qui est dangereuse parce que les malades, surtout les nerveux, s'y habituent très vite et deviennent souvent des morphinomanes, quelquefois dès la première piqûre. Si, pourtant l'intensité ou la prolongation des douleurs forçaient la main, on ferait une injection d'un centigramme de morphine à laquelle on peut ajouter un milligramme de sulfate d'atropine, s'il y a des vomissements. Mais avant de recourir à la morphine, il faut épuiser les autres médications préconisées dans ce cas. En voici quelques-unes :

Faire appliquer sur la région douloureuse une pommade de ce genre :

Salicylate de méthyle.....	5 grammes
Baume de Fioraventi.....	} à 15 grammes
Huile de jusquiame.....	

Ou encore :

Gaiacol.....	10 grammes
Huile d'amandes douces.....	30 grammes

Ou le liniment (imbibant une flanelle) :

Baume tranquille.....	40 grammes
Extrait thébaïque.....	} à 2 grammes
Extrait de belladone.....	
Extrait de jusquiame.....	
Chloroforme.....	10 grammes (Robin.)

Dans les formes graves de coliques hépatiques avec symptômes ataxo-adyamiques et hyperthermie, Humbert Mollière a conseillé

l'emploi de bains froids, de la même manière que dans la fièvre typhoïde.

On essaiera au préalable les lavements froids qui abaissent la température et décongestionnent l'appareil hépatique.

On prescrira un quart de lavement de chloral.

Hydrate de chloral.....	3 grammes
Jaur.e d'œuf.....	No 1
Eau.....	150 grammes

Pour un lavement tiède à garder.

Ou encore :

Eau bouillie.....	100 grammes
Laudanum de Sydenham.....	XV gouttes
Antipyrine.....	2 grammes

Pour un lavement tiède à garder.

On pourra avoir recours aux suppositoires belladonés :

Extrait de belladone.....	} 44 0 grammes 03
Extrait thébaïque.....	
Beurre de cacao.....	Q. S.

Pour un suppositoire.

Le salicylate de soude à la dose de 2 à 3 grammes peut avoir une action cholagogue qu'il ne faut pas négliger. L'huile d'olives, quand elle est bien supportée, doit être prescrite à la dose de 1 à 2 verres à bordeaux.

On peut lui substituer avec avantage l'éther amylnvaérianique.

Enfin, M. Robin recommande la formule suivante :

Bromure de potassium.....	6 grammes
Chlorhydrate de morphine.....	} 44 0 grammes 05
Extrait aqueux de belladone.....	
Sirop d'éther.....	30 grammes
Hydrolat de valériane.....	110 grammes
Eau de laurier-cerise.....	10 grammes

Administrer par cuillerées toutes les demi-heures jusqu'à concurrence de trois à quatre doses.

L'accès terminé, on administrera un purgatif léger dont on doit, au contraire, s'abstenir pendant l'accès, par crainte de déterminer un enclavement du calcul ou une exacerbation et un retour offensif de l'accès.

THERAPEUTIQUE

Tœnias, par Dr OPPENHEIM, dans le *Progrès Médical*, 27 juillet 1912.

A) Chez l'adulte.

1° Supprimer le repas du soir la veille du traitement ; le remplacer par un ou deux verres de lait.

Avant le coucher, prendre un lavement évacuant simple ;

2° Le lendemain matin, prendre les seize capsules suivantes :

Extrait éthéré de fougère mâle.....	0 gr.	50
Calomel.....	0 gr.	05

Pour une capsule n° 16, deux capsules de dix minutes en dix minutes.

3° Une heure après l'ingestion des dernières capsules, prendre un purgatif drastique, par exemple :

Poudre de scammonée.	0 gr.	50
Poudre de rhubarbe.....	0 gr.	30

pour un cachet.

ou bien :

Eau de vie allemande.....	} à 15 gr.
Sirop de nerprun.....	

à prendre en une fois.

Bien qu'on en ait exagéré les inconvénients ou les dangers, il est préférable de ne pas employer l'huile de ricin qui peut favoriser la dissolution et l'absorption de l'acide filicique, produit toxique.

Pendant l'absorption du vermifuge et pendant les heures qui suivent, le malade gardera le lit pour éviter les vertiges et les nausées.

Il se présentera à la garde-robe sur un vase plein d'eau tiède, afin de prévenir la rupture du ver pendant son expulsion. En cas d'échec (tête non expulsée), on attendra pour une nouvelle tentative que des anneaux aient reparu dans les selles (trois mois environ).

4° En cas d'échec de la fougère mâle (soit que le médicament ait été rejeté par vomissement, totalement ou partiellement, soit qu'il ait été conservé mais n'ait pas provoqué l'expulsion complète du parasite), on pourra dans les essais ultérieurs recourir à d'au-

tres anthelmintiques et prescrire, par exemple, l'écorce de grenadier :

Ecorce de racines de grenadier..... 60 gr.

Faire bouillir dans 750 grammes d'eau jusqu'à réduction à 500 gr. ; passer ; édulcorer avec :

Sirop de menthe..... 30 gr.

à prendre en une fois ; une heure après, prendre 30 grammes d'huile de ricin ;

Ou bien les semences de courge, très peu usitées chez l'adulte et qui ne s'emploient guère qu'en thérapeutique infantile, ou enfin le thymol suivant la méthode de Guiart :

Thymol..... 0 gr. 75

pour un cachet n° 10 :

Durant trois jours consécutifs, prendre chaque matin, à jeun, à une heure d'intervalle, trois de ces cachets ; après chacun, boire un peu d'eau ; cinq heures après le dernier, prendre un léger purgatif salin. S'alimenter comme d'habitude, mais ne boire que de l'eau ; l'ingestion de toute boisson alcoolisée, d'huile, d'éther ou de chloroforme doit être évitée de façon absolue, car elle permettrait la dissolution et l'absorption du thymol et il pourrait en résulter un grave empoisonnement.

B) Chez l'enfant :

1° Chez l'enfant en bas-âge, employer de préférence la semence de courges qui constitue le moins toxique des antbelmintiques :

Semences de courges mondées.....	30 à 50 gr. (suivant l'âge)
Sucre.....	40 gr.
Eau de fleurs d'oranger.....	20 gr.
Eau.....	Q. S. pour 150 gr.

F. S. A. une émulsion sans passer, à prendre le matin, en une fois. Une heure après, donner un purgatif à l'huile de ricin.

2° Pendant la seconde enfance, on pourra recourir comme chez l'adulte à l'extrait éthéré de fougère mâle (0 gr. 50 par année) associé au calomel (0 gr. 05 par année.)

Si l'enfant peut avaler des capsules, on donnera les capsules de

Créqny-Limousin dont nous avons plus haut donné la formule ;
au cas contraire on recourra à une émulsion telle que :

Extrait éthéré de fougère mâle.....	4 gr.
Sirap d'éther	10 gr.
Eau de mélisse.....	10 gr.
Looch blanc	60 gr.

On à une gelée :

Huile éthérée de fougère mâle.....	2 à 3 gr.
Calomel	0 gr. 15 à 0 gr. 30
Eau	} 44 15 gr.
Sucre en poudre	
Gélatine.....	Q. S. pour faire une gelée

A prendre par cuillerée de dix minutes en dix minutes ;

Une heure après, prendre dans un peu de confiture le contenu
du paquet suivant :

Poudre de scammonée.....	} 44 0 gr. 20
Poudre de rhubarbe.....	
Lactose.....	0 gr. 50

pour un enfant de cinq à six ans.

3° En cas d'échec de la fougère mâle, recourir à l'écorce de
racine de grenadier (10 grammes à 3 ans, 30 grammes à 6 ans,
40 gr. à 10 ans), ou au thymol (0 gr. 30 répartis en 3 doses pour
un enfant de 3 ans, 0 gr. 75 divisés en 3 doses pour un enfant de
6 ans), les modes d'administration étant les mêmes, sauf en ce qui
concerne la réduction des doses, un d'eux indiqués plus haut pour
l'adulte.

C) Chez l'adulte et chez l'enfant, il faudra se préoccuper ensuite
du traitement prophylactique qui comporte :

1° La surveillance des viandes livrées à la consommation ;

2° La cuisson suffisante des viandes. Dans le cas, où la viande
crue est indiquées, recommander la viande de mouton ou de cheval.

HYGIENE

Un nouveau mode de désinfection des locaux, par MM. DERR et RAUBITSCHER, dans *Gazette Médicale de Paris*, 31 juillet 1912.

Ce procédé, employé depuis 1908 pour la désinfection officielle en Allemagne, utilise la formaldéhyde et le permanganate de potassium à froid, sans appareil.

Il y a les avantages suivants : inutilité d'appareils coûteux ; il n'est pas nécessaire de fermer hermétiquement les locaux avec des bandes de papier ; le procédé est simple et à la portée de tous ; il est bon marché ; il n'y a pas de danger d'incendie.

Il faut pour la désinfection :

1° Formaldéhyde à 40% qu'on étend de la même quantité d'eau ; 2° permanganate de potassium cristallisé ; 3° de grands vases dans lesquels on verse la solution de formaldéhyde sur le permanganate.

Pour un total de 50 mètres cubes, il faut 1 kilogramme de permanganate et 2 litres de formaldéhyde étendue d'eau. Les vases doivent être très grands, le mélange moussant fortement.

De vieilles cuves, des baquets de bois sont préférables aux vases en métal.

Les taches que peut faire le liquide débordant s'enlèvent facilement à l'acide oxalique.

Pour désinfecter on procède comme d'ordinaire en ouvrant tiroirs et armoires et fermant les portes et fenêtres de la pièce.

On verse dans les ustensiles le permanganate avec quantité nécessaire de formaldéhyde diluée.

Après 10 à 12 secondes, les gaz se dégagent en nuages épais. On sort et ferme la porte. En six heures, la désinfection est complète.

PHARMACOLOGIE

Hémorroïdes et fissures anales :

Stovaïne.....	0 gr. 25
Adrénaline au millième.....	XXX gouttes
Lanoline.....	5 grammes
Vaseline.....	5 grammes

ou :

Stovaïne.....	0 gr. 02
Extrait de belladone.....	0 gr. 03
Beurre de cacao.....	Q. S.

pour un suppositoire.

Hématémèses :

Chlorhydr. d'adrénaline.....	1 milligramme
Chlorure de calcium.....	4 grammes
Sirop de ratanhia.....	20 — —
Sirop de belladone.....	40 — —
Sirop de codéine.....	30 — —
Eau de tilleul, q. s. pour.....	125 — —

Par cuillerées à dessert toutes les deux heures.

Lavements calmants dans les affections génitales :

Hydrate de chloral.....	2 grammes
Laudanum de Sydenham.....	XXV gouttes
Jaune d'œuf.....	N° 1
Eau bouillie.....	150 grammes

On peut employer aussi le mélange suivant :

Laudanum.....	12 grammes
Teinture de belladone.....	3 — —
Teinture de jusquiame.....	3 — —
Teinture de cannabis.....	2 — —

Ajouter trente à trente-cinq gouttes de ce mélange à cent cinquante grammes d'une solution de chlorure de sorium à 0,70 pour cent.
(SIREDEY.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de Kinésithérapie, fasc. 1 : F. WETTERWALD. *Le rôle thérapeutique du mouvement. Notions générales.* — E. ZANDER JOH. *Maladies de la circulation*. 1 vol. in-8°, de 188 pages, avec 75 figures dans le texte, 3 francs. (Librairie Félix Alcan).

La publication de ce *Manuel* a pour but de mettre les médecins français au courant d'une méthode de diagnostic et de traitement, qui, dans notre seul pays, n'est pas encore officiellement enseignée. La Kinésithérapie, répandue par les praticiens et par les congrès de physiothérapie, a cependant déjà trouvé son application dans bien des services hospitaliers et a été exposée dans quelques amphithéâtres.

Quoique la thérapeutique par le *mouvement-médicament* ait été connue sans conteste comme méthode à la Suède, la France a multiplié et perfectionné ses applications, et la plupart des auteurs de ce *Manuel* peuvent, pour leur part, revendiquer des travaux dont quelques-uns représentent des découvertes :

Les sujets suivants seront publiés par fascicules séparés, après celui dont nous annonçons aujourd'hui l'apparition : II. GYNÉCOLOGIE par le *Dr H. Stäpfer*. — III. MALADIES RESPIRATOIRES (MÉTHODE DE L'EXERCICE DE LA RESPIRATION) par le *Dr G. Rosenthal*. — IV. ORTHOPÉDIE par le *Dr René Mesnard*. — V. MALADIES DE LA NUTRITION par le *Dr Wetterwald* et MALADIES DE LA PEAU par le *Dr R. Leroy*. — VI. LES TRAUMATISMES ET LEURS SUITES par le *Dr L. Durey*. — VII. LA REEDUCATION MOTRICE par le *Dr R. Hirschberg*. La publication sera terminée à la fin de la présente année.

Revenant au premier fascicule nous en indiquerons les grandes divisions : *M. Wetterwald*, après un historique, décrit les formes et les effets du mouvement thérapeutique, les indications et les contre-indications de la kinésithérapie et la technique générale des positions et des mouvements. *M. vander Jor*, dans les MALADIES DE LA CIRCULATION, donne un formulaire pratique, simple et clair, accompagné de nombreuses figures. Le massage et les mouvements actifs et passifs constituant les agents de la kinésithérapie, la réglementation de la cure des troubles circulatoires est établie suivant des principes généraux dont l'application conduit à des programmes mécaniques manuels et à des programmes mécaniques de force progressive, appropriés aux différents degrés de pouvoir de réaction cardiaque.

La Blennorrhagie chronique et ses complications, par MM. les Professeurs OBERLÄENDER, de Dresde, et KOLLMAN, de Leipzig, traduit sur la 2^e édition allemande par le Dr C. Lepoutre, de Lille. 1 volume in-8 avec 178 figures dans le texte, et 3 planches hors texte en couleurs, 15 francs, (Librairie Félix Alcan).

Cet ouvrage est divisé en trois parties.

La première traite du *diagnostic*. Les troubles de la sensibilité, l'étude de la sécrétion (écoulement et filaments), la recherche des gonocoques et des microbes d'infection secondaire, en donnant les premiers éléments. L'examen par les explorateurs à boule et les urethromètres, le palper sur bougie donnent des notions nouvelles et importantes. Mais le diagnostic complet exige l'emploi de l'urethroscopie. On trouve dans ce chapitre une étude complète et détaillée de ce mode d'examen et des renseignements qu'il fournit.

Le livre II étudie *les principes du traitement et les moyens* dont nous disposons pour y atteindre. Les auteurs indiquent le mode d'action de leur *traitement par la dilatation*. Ils décrivent l'instrumentation (bougies, sondes, laveurs, dilateurs à vis) et le mode opératoire (asepsie et antiseptie des interventions ; introduction des instruments dans l'urèthre et la vessie ; lavages de l'urèthre ; les dilatations).

Dans le livre III, on étudie *le traitement de chaque période de la blennorrhagie et des complications*. Infiltration molle ; Infiltration dure de faible et moyenne intensité ; Rétrécissements. La prostatite est l'objet d'un chapitre important. Enfin les autres complications de la blennorrhagie sont étudiées à leur tour.

En somme cet ouvrage est un traité complet de la blennorrhagie chronique. Mais deux points attirent particulièrement l'attention : le diagnostic par l'urethroscopie et le traitement par les dilateurs à vis. Les auteurs ont indiscutablement attaché leurs noms à ces méthodes et ils les décrivent avec beaucoup d'ampleur.

L'allure de l'ouvrage est exclusivement clinique, et les auteurs ont obtenu la collaboration de divers spécialistes dont la compétence particulière est universellement reconnue.

La traduction a été aussi fidèle que possible. Mais l'illustration a été quelque peu modifiée et on a seulement présenté des instruments que le praticien français puisse facilement se procurer.

Le numéro du 3 août 1912 de *Paris Médical*, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Haute-fenille, à Paris, est entièrement consacré aux *Maladies infectieuses*.

Voici le sommaire :

Les Maladies infectieuses et l'Hygiène en 1912 (*Revue annuelle*), par le Dr DOPTER, professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce. — La Sérothérapie anticharbonneuse, par le Dr M. AYNARD, préparateur à l'Institut Pasteur. — La Méningite à pneumocoques, par le Dr LAFFORGUE, professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce. — La Pancréatite ourlienne, par le Dr Victor RAYMOND. — La réaction de l'Antigène, par MM. Robert DEBRÉ et Jean PARAF. — La Dysenterie bacillaire à Casablanca et son traitement par le sérum antidysentérique, par les Drs GRALL et HORNUS. — Epuration des eaux d'alimentation publique par les composés oxychlorés, par les Drs DOPTER et ROUQUETTE. — ACTUALITÉS MÉDICALES. — SOCIÉTÉS SAVANTES. — *Libres propos*. — *Chronique scientifique* : Comment on prépare les sérums thérapeutiques, par le Dr DOPTER. — *Hygiène appliquée*. — *La médecine rétrospective*. — *Variétés*. — *Médecine littéraire*. — *La médecine humoristique*. — *Diététique*. — *Désinfection des vêtements*. — *Revue de la Presse française et étrangère*. — *Chronique des Livres*. — *Nouvelles*. — *La vie médicale*. — *Cours*. — *Instruments nouveaux*.

(Envoi franco de ce numéro de 100 pages in-4 avec figures contre 1 fr. en timbres-poste de tous pays).

SUPPLEMENT

PREPAREZ LES BEBES A RESISTER AUX CHALEURS

Durant le mois de chaleurs il convient que le médecin se remémore les enfants qu'il a sous ses soins surtout ceux qui sont nourris à la bouteille en recommandant un traitement qui puisse tonifier ceux dont la nutrition est mauvaise. Ils pourront alors passer les mois d'été dans les meilleures conditions possibles et mieux supporter la dépression causée par les grandes chaleurs ou lutter contre les crises de la diarrhée de la saison chaude.

Le soin de l'alimentation est une question primordiale et les détails de la nourriture doivent être bien surveillés et réglés. Mais ce n'est pas tout. Plusieurs bébés nourris à la bouteille ont un

sang inférieur à la normale. Le marasme anémique mérite une attention toute spéciale si l'on veut reconstruire et restaurer les globules rouges et l'hémoglobine qui manquent au sang. Dans toute la matière médicale on ne saurait trouver un aussi bon hématique que le PEPTO-MANGAN (GUDE). A part son goût agréable, ce tonique ne contient aucune substance irritante capable de troubler la digestion de l'enfant même le plus faible.

Sans action astringente il ne peut provoquer la constipation.

Il suffit de quelques semaines de traitement à des doses appropriées de Pepto-Mangan pour permettre au bébé de bien supporter les méfaits de la chaleur sans troubles sérieux gastro-intestinal ou autre.

LE SAC DE GLACE DANS L'APPENDICITE

Un médecin des E.-U., dans un article récent affirme que dans 50% des cas le sac de glace dans l'appendicite fait plus de mal que de bien, car il paralyse la phagocytose dans sa lutte contre l'infection. Des applications chaudes, la morphine produiraient l'effet contraire. Dans ces cas il est rationnel de conseiller l'application d'antiphogistine et qui est très propre, dont le pouvoir calorique est très puissant. Les médecins devraient y songer et en conseiller l'emploi plus fréquemment. Elle est facile à appliquer, elle remplit les conditions physiologiques requises et elle est plus pratique que l'eau chaude.

SPECIFIQUE DE LA FIEVRE DES FOINS (1)

DISPARITION DE TOUS LES SYMPTÔMES EN DEUX JOURS.

Il n'est pas de maladie plus commune et pourtant plus difficile à traiter, que le rhume des foins. Cette affection, connue depuis longtemps et traitée sans succès du reste jusqu'ici, à l'aide des médications les plus diverses, se reproduit avec une régularité désespérante chez les individus qui en ont eu une première atteinte.

Elle est fréquente en Angleterre, en Allemagne, dans l'Amé-

(1) Par M. le Docteur A. MOUNEYRAT, Professeur agrégé - Docteur en sciences.

rique du Nord et dans le nord de la France, où elle se manifeste régulièrement chaque année. Elle apparaît au printemps, au moment où les prés entrent en floraison, et c'est à cause de cette coïncidence, qu'on lui a donné le nom de rhume des foins, de coryza des foins, d'asthme d'été, hay fever, catarrhe printanier, etc. . .

Elle débute tout à coup par des éternuements fréquents, du larmoiement, une sécrétion nasale très abondante et un gonflement de la muqueuse qui rend la respiration nasale impossible. Souvent l'affection se complique de fièvre et d'accès dyspnéiques en tout comparables à ceux de l'asthme avec angoisse indéfinissable, ralentissement des mouvements respiratoires et hypersécrétion bronchique. L'examen rhinoscopique montre les cornets du nez tuméfiés. Sa pathogénie n'est pas élucidée. Les théories les plus anciennes ont incriminé d'une part les poussières de pollen, qui viendraient se déposer sur la muqueuse nasale et en déterminer l'irritation ; d'autre part une prédisposition spéciale. ELLIOTSON, en 1831, incrimina l'un des premiers, les grains de pollen, car il avait remarqué que l'accès augmentait lorsqu'on passait auprès de prés en fleurs. GORDON, MORELL-MACKENZIE, DECHAMBRE, etc., soutinrent la même théorie.

La seconde théorie incrimine une diathèse. C'est là l'opinion qu'ont défendue nombre d'auteurs, après GUÉNEAU DE MUSSY. Il s'agirait d'une hyperexcitabilité nerveuse ; d'une susceptibilité spéciale de la muqueuse nasale de quelques individus ou de leur conjonctive : la conjonctive, irritée par des poussières quelconques, ou par des grains de pollen, s'enflammerait et son inflammation se propagerait au canal lacrymal, puis à la muqueuse pituitaire, entraînant toute la série des phénomènes que l'on observe : larmoiement, enchifrènement, éternuements, sécrétion nasale : puis souvent céphalée très vive avec fièvre, par suite de l'extension de l'irritation aux sinus frontaux.

Actuellement, cette théorie, dite neuro-arthritique, n'est plus guère admise. Il est certain qu'il y a une prédisposition spéciale de certains individus, pour contracter le rhume des foins ; mais ce n'est pas tout. Le rôle des poussières et des grains de pollen est plus démontrée expérimentalement.

Comment donc agissent ces derniers ? Pour certains auteurs, les graines de pollen contiennent une toxalbumine qui, isolée et

déposée sur la muqueuse pituitaire ou sur la muqueuse oculaire, détermine une irritation spécifique. Pour d'autres, HELMHOLTZ, et plus tard CORNIL, le rôle des poussières est tout autre. Elles serviraient de vecteurs à des microorganismes qui seraient les agents véritables du rhume des foins. Ainsi s'expliquerait l'action des poussières, et non pas seulement celle des graines de pollen ; ainsi se trouverait également expliqué le rôle du terrain neuro arthritique ; il s'agirait simplement d'un organisme en état de réceptivité pour les mêmes germes pathogènes, à la même époque de l'année. On comprend alors que les récurrences se reproduisent chaque année, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir une notion d'anaphylaxie, comme on l'a fait ces dernières années.

Nous croyons également que la fièvre des foins est le résultat d'une infection provoquée par un microorganisme inconnu que transportent à certaines époques de l'année les poussières ou le pollen des fleurs ; soit que ce microorganisme se multiplie sur ces poussières ou sur le pollen, soit qu'au moment de la floraison des foins, il trouve des conditions favorables à sa pullulation. Autrement dit, la véritable cause de la fièvre des foins n'est pas comme on le pense le pollen des fleurs, mais bien un agent infectieux auquel ce pollen sert de vecteur pour son transport au niveau des muqueuses oculaires, nasales et pulmonaires.

Cette théorie m'est dictée par des faits récents qu'il m'a été donné de constater et qui m'ont amené à trouver un véritable spécifique de la fièvre des foins ; affection dont la guérison avait jusqu'ici défié toute thérapeutique.

J'ai, tout d'abord essayé à l'intérieur un grand nombre de composés chimiques dits antiseptiques : acide salicylique, acide phénique, salol, salophène, phénacétine, etc. Seule la quinine m'a donné quelques résultats intéressants, mais très incomplets et passagers. La quinine n'ayant aucune action sur les muqueuses, son effet ne peut s'expliquer que par une action microbicide ; j'ai tout de suite pensée que ce corps détruisait partiellement l'agent causal de la fièvre des foins tout comme il détruit celui de la malaria. C'est alors que, rationnellement, j'ai été amené à essayer les autres agents antimalariques, en particulier les arsenicaux : arséniate de soude, liqueur de Fowler, cacodylate de soude, méthylarsinate de soude, atoxyl, tous ces corps m'ont donné quelques

résultats qui n'ont été que partiels et passagers. Seule l'*Hectine*, dont le pouvoir anti-malarique est extrêmement puissant, au moins égal à celui de la quinine, m'a donné des *résultats complets et extrêmement brillants et rapides*, puisque, en moins de trois jours de traitement avec ce corps, j'ai fait disparaître, chez tous mes malades, tous les symptômes qu'ils éprouvaient du fait de la fièvre des foins.

Je ne rapporterai ici que quatre de mes observations :

OBSERVATION I.

A. L. . . , 36 ans, est atteint depuis plusieurs années de rhumes des foins ; chaque printemps, il est pris d'éternuements continus, matutinaux, se répétant fréquemment pendant la journée, apparaissant par crises sous une influence quelconque, état humide de l'atmosphère, augmentation de pression, lumière trop vive, etc. Il a pris le parti de ne plus sortir au soleil sans ombrelle. Fréquemment, il a des accès de fièvre avec douleurs frontales, enchifrènement, larmoiement. Il a été traité sans succès par le sérum de canard.

Je lui conseille l'*Hectine* forme gouttes. Il en prend 80 gouttes le premier jour, 100 gouttes le second, et également 100 gouttes le troisième, dans un liquide quelconque (eau, vin, lait, etc.).

Ensuite, tous les deux jours, A. L. . . continue à prendre 100 gouttes par jour (50 gouttes matin et soir) d'*Hectine* jusqu'à épuisement de son flacon.

L'*Hectine* est très bien supportée. Dès le premier jour, l'enchifrènement et le larmoiement disparaissent ; les éternuements diminuent ou sont très rares ; le second jour, plus d'éternuements ; le troisième jour, la guérison est complète.

OBSERVATION II.

Mme D. . . , 64 ans, tempérament arthritique, avec artério-sclérose et hypertension artérielle assez forte, a la fièvre des foins chaque année depuis l'âge de 30 ans, avec coryza très violent, larmoiements et congestion intense des muqueuses, éternuements peu fréquents, dix à douze fois par jour, léger mouvement fébrile. Cette malade a d'abord essayé la quinine, mais sans succès. A

Bagnoles-de-l'Orne, où elle fait une saison et se trouve en pleine crise, je lui conseille l'Hectine aux mêmes doses que dans l'observation III. Dès le deuxième jour cette malade était complètement guérie. La malade, en raison de son âge sans doute, a eu quelques phénomènes d'intolérance qui se sont manifestés pendant une demi-journée par un peu de congestion de la face. Le médicament fut cessé et repris encore pendant six jours à doses moitié moindre que ci-dessus ; c'est-à-dire seulement 50 gouttes par jour, rien d'anormal ne fut observé.

OBSERVATION III.

M. I. . . , 43 ans, souffre du rhume des foins depuis une quinzaine d'années. Les premiers symptômes apparaissent généralement vers le 25 mai, pour disparaître aux environs du 15 juillet.

Ces symptômes se traduisent par une irritation très prononcée des muqueuses nasales, de l'inflammation des paupières, du coryza et de très fréquents éternuements, douleurs frontales sus-orbitaires, fièvre légère.

M. I. . . a essayé de nombreux sérums et remèdes divers sans succès. Nous lui conseillons l'Hectine, en pilules, à prendre :

Le *premier jour*, une pilule le matin et une pilule le soir ; le *deuxième jour*, une pilule le matin et une pilule le soir. Ensuite, deux pilules par jour tous les deux jours jusqu'à épuisement du flacon.

Dès le deuxième jour de traitement tout est rentré dans l'ordre, au grand étonnement du malade que cette affection gênait fort dans son travail. M. I. . . peut aujourd'hui, sans être incommodé, sortir en ville et aller à la campagne.

OBSERVATION IV.

Mme S. . . , 30 ans, a, depuis douze ans, à chaque printemps, la fièvre des foins. Congestion intense des muqueuses nasales et oculaires, avec démangeaisons extrêmement désagréables. Coryza abondant, éternuements extrêmement fréquents rendant toute sortie et station dans le jardin impossible.

Six semaines après le début de cette affection, et alors qu'elle était en pleine crise, je conseille à cette malade de l'Hectine en gouttes, à prendre :

Le premier jour, 50 gouttes le matin et 50 gouttes le soir ; le deuxième jour, 50 gouttes le matin et 50 gouttes le soir. Ensuite, 50 gouttes matin et soir, tous les deux jours.

Après un jour de traitement les éternuements ont totalement cessé, ainsi que le coryza, la fièvre a diminué, les yeux sont beaucoup moins rouges et les douleurs sus-orbitaires ont totalement disparues. Au bout de deux jours, la fièvre a totalement disparu, ainsi que tous les autres symptômes. La malade continue à prendre de l'*Hectine* et sort sans être le moins du monde incommodée. Cette malade, outre sa guérison, est enchantée de ce traitement, qui a beaucoup accru son appétit, augmenté ses forces et son poids.

Ces observations et beaucoup d'autres que nous possédons nous permettent d'affirmer que l'*Hectine* constitue un véritable spécifique du rhume des foins, et il n'est pas sans intérêt d'avoir découvert un mode de traitement sûr dans une maladie où la thérapeutique restait jusqu'ici sans effet.

On formulera pour l'adulte :

Hectine forme gouttes : un flacon ; ou *Hectine* forme pilules : un flacon.

A prendre avant chacun des deux principaux repos (l'*Hectine* ne gêne en rien la digestion) :

Le 1^{er} jour : 40 gouttes (ou une pilule) le matin et même dose le soir ou bien injecter une ampoule *B* d'*Hectine* (0 gr. 20) ;

Les 2^e, 3^e et 4^e jours : 50 gouttes (ou une pilule) le matin et même dose le soir ou bien injection journalière d'une ampoule *B* d'*Hectine* ;

Ensuite, tous les deux jours, 50 gouttes ou une pilule matin et soir jusqu'à épuisement du flacon ou injection tous les deux jours d'une ampoule *B* d'*Hectine*.

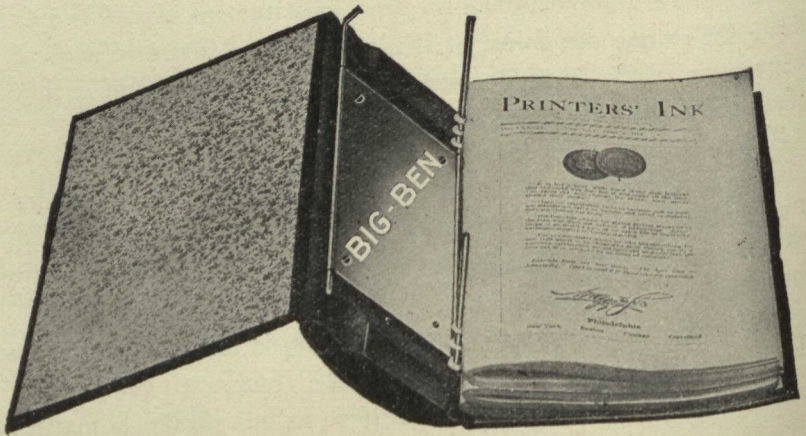
Deux ou trois jours après le début du traitement, la guérison est complète et le malade peut reprendre le cours de sa vie normale, s'exposer aux causes provocatrices de l'accès, sans en redouter les effets ; la fièvre disparaît. Les premiers phénomènes qui cèdent le pas sont l'enchifrènement, la céphalée et le larmolement. Dans le second jour, les éternuements et l'enchifrènement cessent.

Nous possédons donc dans l'*Hectine* un véritable spécifique de

l'asthme des foies ; spécifique presque inoffensif, et dont le mode d'administration est simple et facile. Dans les cas observés jusqu'ici, la guérison a été la règle, à la condition, bien entendu, que l'usage de l'*Hectine* soit prise aux doses indiquées ci-dessus pendant le temps nécessaire.

Nous ne savons pas si une première guérison met le malade à l'abri d'autres accès ; en tout cas, si l'affection se reproduit, il n'y a qu'à la retraiter comme précédemment.

FAITES RELIER VOS JOURNEAUX MEDICAUX



ECRIVEZ POUR DETAILS

Medical Surgical Supply Co.

223, rue Bleury

MONTREAL.