

**PAGES**

**MANQUANTES**

# MEMOIRES

---

## QUELQUES REMARQUES SUR L'ÉPILEPSIE DITE ESSENTIELLE ET SON TRAITEMENT

---

Chez les anciens, les manifestations tragiques de l'épilepsie étaient considérées comme une intervention des dieux, on les respectait ; à Rome on suspendait les comices (1) quand un assistant était pris du «morbus sacres». Plus tard et principalement au Moyen-Age, la mors d'espilencie (Lacurne) est le vœu que l'on forme pour son plus irréconciliable ennemi. Ce n'est donc qu'au commencement du XIXe siècle que l'on s'occupe sérieusement du mal St-Jean.

Bravais en 1827, et après lui Jackson ont vu qu'à côté de la névrose, il y avait des formes traduisant à l'extérieur des lésions du système nerveux central et ils ont distrait du domaine primitif le syndrome connu sous le nom d'épilepsie Bravais-Jacksonienne. On vécut longtemps ces idées, et si chez un épileptique on ne trouvait pas une symptomatologie indiquant d'une façon bien précise une irritation localisée à un point de la zone motrice, jetant le manche après la cognée, on concluait à la forme essentielle.

Des travaux récents viennent bouleverser de fond en comble les connaissances acquises et la névrose *sine materia* est en train de disparaître ; c'est le démembrement de la forme essentielle et

---

(1) D'où le nom de mal comitial, on l'appelle encore mal caduc, hart mal ou mal St Jean, pour ce que la teste de St-Jean cheut en terre lorsqu'il fut décapité, puis posée dans un plat à l'appétit d'Hérodiad (Paré).

l'élargissement du cadre nosologique des formes spéciales que l'on est à préparer. Si donc, disent les classiques récents, vous trouvez en présence d'accès convulsifs que vous êtes tentés de ranger dans l'ancienne rubrique «névrose,» dites-vous bien plutôt que vous avez affaire à des convulsions dont vous ne connaissez pas le *primum movens*. Il n'y a pas une épilepsie, il y a des épilepsies reconnaissant les causes les plus diverses, c'est un syndrome qui extériorise une épine irritative.

Au cours de l'urémie, de l'auto-intoxication digestive, de l'hépatotoxémie, de la paralysie générale, etc., on observe des crises épileptiformes qui manifestent l'irritation corticale. Dans ces cas le facteur causal est connu, on sait que l'écorce réagit sous l'action des toxines. Ne se passerait-il pas quelque chose d'analogue chez le comitial, n'y aurait-il pas une cause pour ainsi dire chronique, cause que les moyens dont nous disposons ne nous permettent pas de dépister?

La mode, on le sait, est aux théories des sécrétions internes; l'étude des glandules parathyoïdes donneront-elles les résultats qu'on en espère? Voilà des questions grosses de probabilités, mais qui sont loin d'être élucidées.

Les auteurs se sont acharnés à décrire les troubles intellectuels observés chez les épileptiques. Ces troubles ne sont-ils pas antérieurs à l'accès, n'indiquent-ils pas plutôt la fertilité du terrain, la prédisposition du sujet à réagir par son cerveau? N'est pas épileptique qui vent et tel comitial n'a pas ses accès parce que son père était épileptique. L'hérédité n'est pas toujours similaire et homologue, non, elle est quelque chose de plus complexe. L'épileptique prépare plutôt chez son descendant un système nerveux plus ou moins anormal, apte à réagir à l'excitation (Pitres et Bessières), un terrain «*spasmophile*» comme dit Pierret. Marie a observé quelques cas d'hérédité directe, mais

c'est l'exception, d'après lui la cause directe des convulsions *est extéricure à l'individu et postérieure à la conception* et à l'appui de ce principe, il cite le fait que les convulsions de la première enfance ne sont assez souvent rien autres que la première manifestation du haut mal; elles indiquent l'hyperexcitabilité motrice. Le nombre des comitiaux qui ont vu apparaître leur mal à la suite de maladies infectieuses est considérable; les lésions cérébrales observées ne sont très souvent que des lésions d'infection, enfin dans le domaine expérimental les toxines sont l'agent qui reproduit le plus facilement les convulsions. Voilà donc autant de faits qui militent pour les idées de Marie.

Cadéac et Meunier ont produit l'état convulsif par l'alcool et surtout l'absinthe; le résidu des fermentations intestinales a donné des résultats analogues. Herther, Smith et Charrin ont expérimenté avec les toxines microbiennes; Clauss et Van der Stricht ont rendu épileptiques des animaux à qui ils avaient injecté de l'urine de comitiaux. La clinique a révélé des cas où l'ablation d'un corps étranger ou d'une petite tumeur, au niveau des téguments ou sur le trajet d'un nerf avait fait disparaître d'emblée les accès convulsifs imputés à la névrose essentielle.

Mais si la cause agit d'une façon constante, pourquoi y a-t-il intermittence dans les accès? Cette objection a quelque peu embarrassé les partisans des théories nouvelles. Ils ont répondu en comparant la cellule nerveuse à la bouteille de Leyde. Si le facteur étiologique est assez puissant, assez productif, on aura les accès subintrants, l'état de mal par suite des décharges successives de la cellule nerveuse atteignant plus rapidement son maximum de tension. L'explication en vaut une autre.

Nous avons exposé rapidement l'état de la question, nous avons passé en revue quelques-unes, les plus fréquentes, des causes qui pouvaient amener le mal comital. Nous n'avons pas

la prétention d'avoir été complet, non, notre but a été simplement de démontrer qu'il peut exister des raisons à l'épilepsie, raisons contre lesquelles iront se briser nos efforts, raison qu'une bonne hygiène ou un traitement approprié aurait fait disparaître. Sans doute, il nous arrivera souvent d'être dans l'impossibilité de trouver la cause du mal, on concluera à la névrose *sine materia* si l'on veut, mais on surveillera le malade, on l'observera, on lui conseillera un bon régime, une bonne hygiène; si le traitement échoue quand même, on aura au moins la satisfaction d'avoir essayé un traitement plus rationnel.

*Traitement*: Des moyens mécaniques ont été conseillés pour juguler l'accès, constriction du membre, flexion forcée et prolongée d'un doigt ou d'un orteil, déglutition, d'eau froide suivant que l'aura part d'un doigt, d'un membre ou de l'estomac. Tout empiriques qu'ils sont ces moyens ont arrêté la crise chez quelques comitiaux.

Le médecin assiste à la crise, que doit-il faire? Son rôle se borne aux soins de garde-malade, il fera mettre le malade au lit ou le fera placer dans la meilleure position pour éviter les heurts aux objets voisins. Pour diminuer la congestion cérébrale il conseillera les applications froides sur la tête et la révulsion aux membres inférieurs. Contre les accès subintrants de l'état de mal, il donnera en injection rectale des préparations comme la suivante :

Hydrate de choral	4 grammes
Bromure de strontium	4 "
Janne d'œuf	N <sup>o</sup> 1
Lait	200 grammes

Renouveler 3 ou 4 fois par jour.

Ces lavements tout en calmant le malade le soutiendront quelque peu. Voilà pour la crise.

Le traitement du comitial comporte deux indications : A. Rechercher et combattre la cause, si cause il y a. Cette cause nous l'avons vu, peut être locale ou générale, physique ou morale, toxique ou infectieuse. Les tumeurs, les corps étrangers des téguments, les parasites digestifs, les excès vénériens, la masturbation, les intoxications, la toxi-infection, l'émotion, la peur, les chagrins, etc., etc., voilà des causes, les plus diverses il est vrai, mais qui toutes ont pu être retracées comme facteur étiologique de l'épilepsie.

Voilà ce que nous devons combattre, malheureusement nous avouerons ne trouver aucune raison d'être au mal. Nous instituerons quand même un régime spécial et une hygiène irréprochable. Tissot et Mathieu ont rapporté des cas où le régime lacté a éloigné les accès ; un résultat analogue aurait été observé par le régime lacto-végétarien, mais on tend de plus en plus à donner la priorité au régime déchloruré ; nous y reviendrons plus loin

Ces malades devront éviter tout ce qui peut congestionner les centres nerveux comme les promenades au soleil tête nue, la fatigue intellectuelle, les efforts, les exercices violents. La vie calme à la campagne, un régime sobre voilà ce qui convient le mieux à l'épileptique. Son intestin devra fonctionner régulièrement, car on le sait, le tube digestif est le générateur par excellence de l'agent qui amènera la décharge de la cellule motrice.

B) La seconde indication, c'est de modifier l'hyperexcitabilité corticale par les modérateurs du pouvoir excito-moteur de la cellule nerveuse. Le bromure, dit Legrand du Saulle, c'est la muselière de l'épilepsie, l'hypnotisant des centres nerveux. On a discuté et on discute encore sur le sel de Brome à employer. Nous ne donnerons pas les différentes opinions émises

ce serait trop long. Le bromure de potassium semble rencontrer le plus de sympathies, mais il a des détracteurs. La médication polybromurée préconisée par Gilles de la Tourette, Charcot et à leur suite par Raymond concilie trois écoles, c'est la plus à la mode aujourd'hui. Voici la formule donnée à la Salpêtrière, formule que nous avons notée dans une clinique du professeur Raymond.

Bromure de potassium	40	grammes
Bromure de Sodium	12	"
Bromure d'Ammonium	12	"
Benzoate de soude	12	"
Eau distillée	1000	"

(Gilles de la Tourette)

Comment instituerons-nous ce traitement aux bromures ? Il faut en donner assez, sans en trop donner. Voisin conseille d'obtenir d'emblée la disparition du réflexe pharyngé et pour cela donner des doses massives de 15 à 20 grammes par jour s'il le faut. Ce réflexe est un signe trompeur par ce fait qu'il n'est pas constant et que souvent chez quelques femmes l'association des deux névroses masque l'action du bromure. D'autres auteurs conseillent de bromurer le malade jusqu'à l'apparition de l'acnée; c'est ajouter une intoxication à la maladie. Gilles de la Tourette préconise la pupille comme réactif témoin de la saturation de l'organisme par le bromure.

Sans être d'une sûreté absolue, la réaction pupillaire est le signe qui offre le plus de sécurité. Un tâtonnement méthodique nous permettra d'établir la susceptibilité du patient. A cet effet on emploiera la méthode en escalier de Charcot, on donnera d'abord 2, 3, 4, 3, 2 grammes; si on n'obtient pas de réaction on augmentera 3, 4, 5, 4, 3 grammes et ainsi de suite jusqu'à ce que la pupille réagisse d'une façon paresseuse à l'accom-

modation. Va sans dire qu'on aura bien observé auparavant comment réagissait l'œil.

De plus il faut compter avec l'accoutumance du sujet et telle dose suffisante aujourd'hui ne le sera plus demain.

Il faudra donc suivre la pupille pendant toute la durée du traitement, augmenter la dose si elle s'accommode bien, la diminuer si la dilatation est permanente.

La maladie, dit Trousseau, doit être attaquée sans trêve ; l'économie doit sans cesse être sous l'empire du médicament si vous ne voulez pas qu'elle retombe sous le joug de la maladie que vous forcez à se taire et Voisin ajoute que le bromure doit rester presque un aliment pour l'épileptique. Ces quelques paroles disent éloquemment combien long devra être le traitement bromuré. Nous en reparlerons plus loin.

Pour que le bromure donne son maximum d'action, il faut réparer l'organisme. Ch. Richet et Toulouse disaient en 1899 à l'Académie de médecine. « Nous avons pensé qu'en privant dans une certaine mesure l'organisme des chlorures, on devait le rendre plus sensible à l'action des bromures. Comme les actions médicamenteuses sont dues à l'imbibition de la cellule par tels ou tels poisons, les actions doivent être d'autant plus intenses que l'appétition des cellules pour tels poisons était plus intense et par conséquent elle doit être augmentée pour les sels alcalins thérapeutiques par l'absence des sels alimentaires ». La disparition des sels de l'organisme favoriserait donc l'absorption cellulaire des bromures. La clinique a donné raison à ces deux observations ; en effet on a constaté que l'organisme des déchlorurés réagissait beaucoup mieux aux bromures qui, à petites doses, amenaient de nombreux phénomènes d'intoxication. Pour Voisin le régime sans sel n'aurait aucune influence sur les accès, il n'agirait donc qu'en favorisant l'action du bromure. Les sels de brome

seront pris par la cellule en autant que l'organisme ne recevra pas plus de 5 grammes de chlorure de sodium par jour, à cet effet Toulouse et Richet ont composé le régime suivant qui en fournira à peu près 2 grammes.

Lait	1000 grammes
Bœuf	300 "
Patates	300 "
Farine	200. "
Œuf, N° 2	70 "
Sucre	50 "
Café	100 "
Beurre	40 "

Un régime déchloruré trop longtemps maintenu amènerait avec le temps des troubles de la nutrition; pour parer à cet inconvénient on aura soin de donner de temps en temps des sels de chlore, e. g. on soumettra le malade au régime de déchloruration pendant 2 mois, puis on permettra le sel pendant 15 jours, on reprendra le régime sans sel et ainsi de suite tant que durera le traitement.

Quelle sera la durée du traitement, quels seront les signes qui guideront la thérapeutique bromurée et déchlorurée. Pour Gilles de la Tourette, le traitement devrait être continué pendant un an après la cessation des crises. Lorsqu'un comitial avait été 6 mois sans voir apparaître ses attaques, Charcot faisait diminuer la dose. Après 3 autres mois toujours sans accès convulsifs, il réduisait la ration journalière de bromure à  $\frac{1}{2}$ , 1,  $1\frac{1}{2}$ , 1,  $\frac{1}{2}$  grammes, ration qu'il continuait de donner pendant 2 à 3 ans. Si pendant ces laps de temps il survenait des convulsions, il reprenait 6 mois de traitement intensif.

La multiplicité des adjuvants du bromure prouve leur inefficacité; la série en est longue. On a prétendu que l'arséniaté de soude, l'opium (Flechsigs) la digitale, etc., corrigeait les

mauvais effets du bromure tout en augmentant son action. Netter a pu mettre quelques sujets à l'abri des accidents du bromisme en leur donnant du collargol ; Greding dit avoir eu des résultats analogues avec la belladone. Les bains salés auraient donné de bons effets.

Le borate de soude aurait remplacé avec avantage le bromure : Gowers et Mairet en notent quelques observations.

Le camphre, l'oxyde de zinc, la valériane, le chloral (Séguin), le sulfonal sont conseillés. Peut-être dans quelques cas isolés a-t-on obtenu de bons résultats de l'emploi de ces agents, mais ils ne valent pas les bromures. La chirurgie n'a pas non plus donné les résultats qu'on en attendait dans le traitement de l'épilepsie vraie.

L'épileptique peut-il se marier ? Voilà une question grosse de conditions qui ne cessera d'embarrasser le médecin. Si les crises n'apparaissent qu'à des intervalles éloignées, si le terrain est bon, on conseillera au malade d'attendre 2 ou 3 ans, de suivre un traitement bien conduit pendant cet espace de temps. La disparition ou la persistance des accès nous permettront de répondre à la question.

Avons-nous au contraire affaire à un sujet dont la tare intellectuelle est grande, nous devons déconseiller le mariage. Le malade est-il un buveur, un viveur ou un masturbateur et qu'il continue à être accepté tel, on devra conseiller le mariage ; peut-être une vie régulière et les douceurs de la vie conjugale amèneront-elles une amélioration de l'état comitial.

L'épilepsie ne guérit pas toujours d'une façon complète, mais toujours une bonne thérapeutique éloignera les accès, rendra l'existence plus supportable et retardera l'évolution du mal. C'est déjà beaucoup pour ces pauvres malheureux.

J. O. LECLERC.

## CONSIDÉRATIONS SUR LE GENU VALGUM

---

Paris, 15 novembre, 1907.

Le genu valgum est une malformation sur laquelle l'orthopédie est bien fixée, grâce à la fréquence de cette difformité et à de nombreuses études faites par des médecins français et allemands.

Ce qui caractérise le genu valgum, c'est la déviation du genou en dedans, la cuisse et la jambe formant un angle inférieur à  $172^{\circ}$ . A l'état normal les rapports du tibia avec le fémur sont tels qu'une ligne droite abaissée de la tête fémorale au milieu de l'espace intermalléolaire passe au centre de l'articulation fémoro-tibiale. Dans le genu valgum cette verticale laissera donc en dedans le condyle externe en tout ou en partie, ou même s'en éloignera de quelques centimètres.

Toutes les femmes sont cagnenses, dit Broca, et ne peuvent pas sans tricher se mettre exactement à la position du soldat sans armes, les talons joints, les condyles internes en contact. Si leurs condyles se touchent, les talons s'écartent un peu. Cette cagnosité existe aussi chez l'homme, mais à un degré moins marqué.

Le genu valgum en tant que malformation est observé le plus souvent dans les premières années de la vie où il relève alors du *rachitisme*; l'adolescence en compte quelques cas se développant au moment de la *crise de croissance*. Nous qualifierons la première catégorie de genu valgum de l'enfance et la seconde de genu valgum de l'adolescence.

Les garçons sont atteints de préférence aux filles, sans doute à cause de la station debout parfois prolongée et des travaux

pénibles auxquels ils sont astreints. Le genu valgum *professionnel* est de notion courante aujourd'hui et en Allemagne le mot Bæckerbein (boulangier) est synonyme de genu valgum.

Tout le monde admet sans discussion à l'heure actuelle que les lésions anatomiques caractérisant le genu valgum ont pour sièges les extrémités osseuses. Du côté du fémur on observe quelquefois une courbure de la diaphyse à convexité interne siégeant sur le tiers inférieur et pouvant faire tous les frais de la difformité. Si l'altération osseuse a pour siège le *condyle interne*, et c'est ce qui arrive le plus fréquemment, ce dernier présente une augmentation de ses diamètres vertical et transversal et une diminution du diamètre antéro-postérieur.

Le genu valgum *tibial*, quoique rare, n'en existe pas-moins. L'incurvation à convexité interne du tiers supérieur du tibia et l'hypertrophie du plateau tibial interne sont les lésions osseuses étudiées au cours du traitement de ces formes de genu valgum, et M. Nové-Jasserand, d'accord avec M. Forgeue, a signalé chez l'adolescent ces altérations de l'épiphyse supérieure du tibia et ne craint pas d'ajouter que ces lésions sont plus fréquentes que ne le disent les classiques.

Il est important, au point de vue du traitement, de faire le diagnostic du siège de l'altération osseuse. La palpation des épiphyses et la détermination de l'interligne articulaire renseignent suffisamment dans bon nombre de cas. Cet interligne articulaire est oblique de haut en bas et de dehors en dedans dans les formes fémorales de genu valgum et horizontal ou à peu près dans les formes tibiales.

La radiographie permettra de préciser davantage, et on pourra grâce à elle, établir d'une façon indiscutable la part revenant respectivement dans la déformation au fémur et au tibia. Pour cela, suivant les conseils de Mikulicz, il faudra

tracer les axes des deux os. Sachant que normalement ils forment entre eux un angle de  $170^{\circ}$  à  $175^{\circ}$ , que d'autre part l'angle formé par la rencontre de l'axe fémoral avec l'interligne articulaire est de  $76^{\circ}$  à  $84^{\circ}$  alors que celui formé par l'axe tibial avec le même interligne mesure de  $90^{\circ}$  à  $98^{\circ}$ , on pourra très facilement en déduire le degré de la déviation et la part qu'y prend chacun des deux os.

*Traitement.*—Le genu valgum de l'enfance, ayant pour cause le *rachitisme*, sera traité en conséquence. On connaît les bons effets de l'air et de la lumière et en particulier de l'atmosphère saline sur le développement du système osseux.

Chaque fois que cela sera possible il faudra conseiller le séjour au bord de la mer et à défaut de cure marine le rachitique profitera des conditions hygiéniques de la campagne. L'eau marine sera remplacée par les bains de sel de  $33^{\circ}$  à  $35^{\circ}$  pendant dix à quinze minutes chaque jour.

Le régime sera abondant, sans l'être trop, et aura pour base le lait, les œufs, les purées et en général les substances phosphatées. Il y aura avantage à faire manger l'enfant quatre ou cinq fois par jour.

On lui administrera de l'huile de foie de morue à laquelle il sera bon d'associer du phosphate de chaux en solution simple ou en sirop sous les formes diverses de biphosphate, chlorhydrophosphate, lactophosphate et glycérophosphate.

L'enfant sera gardé autant que possible dans la position horizontale et pour aucune raison il ne lui sera permis de marcher.

Dans les formes légères, ce traitement, pourvu qu'il soit observé assez longtemps et dans toute sa rigueur, sera suffisant pour remettre les choses dans l'ordre.

Lorsque la difformité sera très accentuée, comme le cas se

présente assez souvent ou encore lorsque le traitement général aura fait échec, il faudra joindre à ce dernier le traitement orthopédique. Le *coussin de Heine* que l'on interpose entre les deux genoux lorsque la lésion est bilatérale, et qui sous l'influence de liens élastiques rapproche les deux pieds, de même les *attelles de Tuppert et Thomas* destinées au même but, qui est d'augmenter l'angle fémoro-tibial, ont certes leur valeur, mais à la condition expresse d'être très bien surveillées. Or, il est impossible que cette surveillance soit bien réglée dans les familles, et les parents ne sauront pas faire l'application de ces appareils suivant la technique désignée et ne toléreront pas une visite quotidienne du médecin pendant plusieurs mois. Aussi, à notre avis, ces méthodes, quoique dénuées d'une certaine efficacité, devront être mises de côté, pour faire place à un procédé qui, sans contredit, a donné et donnera les meilleurs résultats : nous voulons parler du *redressement progressif par une série d'appareils plâtrés*.

La simple inflexion de la diaphyse fémorale ou tibiale rendue très flexible par le rachitisme est suffisante quelquefois, et un ou deux plâtres réussiront à maintenir le membre en rectitude. Les manœuvres seront parfois un peu plus difficiles mais reposeront toujours sur le principe suivant : Imprimer au genou une force de dedans en dehors, tandis que deux forces, dont l'une a pour point d'appui la diaphyse fémorale et l'autre la jambe, seront dirigées en sens contraire, c'est-à-dire de dehors en dedans.

Il n'y aura pas d'inconvénients à produire un décollement de l'épiphyse inférieure du fémur qui permettra dans une seule séance, le redressement complet du membre.

On reprochera peut-être à ces manœuvres de produire une élongation des ligaments externes de l'articulation, qui ont déjà

un certain degré de laxité; mais sous l'influence du repos et de l'immobilisation ces ligaments ne tardent pas à se rétracter.

Chez l'adolescent on ne s'attardera pas aux traitements ci-haut décrits. La lésion étant bien précisée, on remédiera à la déformation par une *ostéotomie*. Dans les formes de genu valgum fémoral, l'opération de choix est l'ostéotomie sous-cutanée de Macewen, décrite dans tous les ouvrages de technique opératoire.

Le genu valgum tibial de l'adolescent est suivant nous susceptible d'être traité par l'ostéotomie cunéiforme du tibia dont le trait supérieur sera immédiatement sous-jacent au tubercule antérieur.

ACHILLE PAQUET.

15 novembre 1907.

—(o)—

#### L'ENDOCARDITE GONOCOCCIQUE.—EXEMPLES CLINIQUES.

Le *Journal de Médecine Interne* vient de publier, il y a quelque temps, quelques considérations fort intéressantes sur l'étude de l'endocardite gonococcique et le traitement par le professeur Vidal.

Ce savant professeur cite l'observation d'un jeune homme de 20 ans qui contracta, il y a 8 mois, une blennorrhagie compliquée d'arthralgies multiples intéressant l'épaule droite, le coude, l'articulation temporo-maxillaire du même côté et qui ont évolué

vers la guérison après quelques jours sans qu'il y ait eu dans la suite aucune manifestation d'arthrite, de tuméfaction ni de fluctuation.

Actuellement le malade ne présente plus la moindre trace d'écoulement rappelant son ancienne chaude-pisse, mais il a conservé par la suite une volumineuse arthrite du genou gauche. Il fut pris de violentes douleurs six jours auparavant dans l'articulation qui s'est remplie de liquide. La fluctuation et le choc rotulien ainsi qu'un épaissement considérable de la synoviale au niveau des condyles fémoraux et des ligaments confirmaient davantage l'affection ; ce qui nous amène à considérer, dit le professeur Vidal, un processus de rétraction scléreuse et d'ankylose propre au rhumatisme blennorrhagique.

Vu le caractère et les antécédents de cette arthrite mono-articulaire, le diagnostic en était vraiment facile.

Ce qui fait l'intérêt spécial de cette observation, c'est l'évolution en deux temps de l'affection qui présente dans le premier cas, une forme purement arthralgique que Fournier a autrefois si bien décrite.

Elle se présente chez les malades par de fortes douleurs sans trace de synovite, forme fugace, et quand cette forme arthralgique est arrivée au terme de sa guérison, elle prend la forme hydropique.

M. Vidal fait remarquer que cette dernière forme si redoutable par sa localisation, s'est accrue à une période avancée de la maladie, alors que la blennorrhagie était déjà dans l'oubli.

Cela prouve tout l'intérêt de la question et confirme les faits cliniques à savoir que, malgré la disparition de la sécrétion, des complications articulaires peuvent encore survenir. La littérature médicale ne manque pas de citer certains cas, où, à la

même époque, on voyait apparaître des complications cardiopathiques.

Cette hydarthrose, de nature probablement gonococcique, a donné issue à un liquide séro-fibrineux abondant et d'aspect louche. L'examen a révélé l'existence de globules polynucléaires sans la présence du gonocoque, même il n'a pas été retrouvé dans les cultures.

Vu la persistance du gonocoque pendant des jours et des semaines, on peut rechercher le microbe par l'ensemencement du sang, car il doit nous faire craindre l'apparition ultérieure d'autres complications.

Cependant les résultats ont été négatifs chez le malade par l'ensemencement du sang qui a été l'objet d'une thèse fort intéressante de Lemièrè. Le gonocoque existe le plus souvent au cours des blennorrhagies compliquées d'arthrite suppurée.

Telles sont les considérations utiles que présente ce premier malade dont la jointure devra être surveillée, mobilisée et massée.

L'autre malade a été suivi pendant 5 mois à l'hôpital. Il a conservé une lésion cardiaque antérieure malgré la guérison de sa complication gonococcique.

Voici en quelques mots son histoire :

C'est un homme âgé de 57 ans qui, à l'âge de 18 ans, eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisée et très violente, d'une durée de 3 mois environ. Longtemps après sa guérison, il conserva des douleurs dans la jointure, revenant surtout pendant l'hiver. De plus, il avait conservé une cardiopathie.

Peu de temps après, une hémorrhagie compliquée d'arthropathies multiples se déclarait au niveau des genoux et de cons-de-pied. Ces arthropathies n'eurent pas une intensité très grande sauf celle qui intéressait le genou gauche, remarquable par son

volume lorsque le malade est entré à l'hôpital. La ponction donna un liquide préalablement mis en culture, riche en gonocoque à l'état de pureté.

Par conséquent, on pouvait conclure par cet examen, que nous avons affaire à un rhumatisme blennorrhagique sous la dépendance d'une gonococcie en pleine activité.

A son entrée, le malade avait une fièvre de 40° oscillant entre ce chiffre et 38° pendant la première semaine. Puis les jours suivants, on voit apparaître sur le dos de la main, une tache de purpura de la dimension d'une lentille et bientôt après d'autres taches tout à fait identiques se développèrent sur les avant-bras et les membres inférieurs. Ces taches ne ressemblaient pas au véritable purpura que l'on rencontre ordinairement, à cause de leur aspect plus étendu, plus circulaire avec un bord un peu irrégulier; de plus elles en diffèrent par leur coloration franchement échymotique, donnant l'impression d'une embolie cutanée. Dans les jours suivants, nous vîmes apparaître sur l'une des taches les plus considérables, siégeant au niveau de la tête d'un métacarpien, un point blanchâtre de suppuration, c'était une embolie septique cutanée.

Vu la première attaque de rhumatisme de ce malade, à l'âge de 18 ans, l'on apporta un soin particulier dans l'examen du cœur. La région précordiale présentait de forts battements. On constatait un abaissement marqué de la pointe du cœur qui siégeait au 7ième espace et qui offrait des mouvements d'ondulation et de rétraction.

A la base, un souffle au second temps indiquait une insuffisance aortique. D'autres signes non moins importants, tels que la danse des artères, le soulèvement des régions carotidiennes, fémorale, de plus le signe de Musset consistant en petits mou-

vements de la tête battant la mesure par ses pulsations artérielles, affectaient ce malade.

Comme complément de cet examen, on constatait un certain degré de pouls de Corrigan, un double souffle intermittent crural, le pouls amygdalien de Frédéric Müller, enfin le pouls capillaire.

Donc en présence de ce tableau symptomatique, on pouvait conclure à une symphyse cardiaque avec hypertrophie et une insuffisance aortique avec rétrécissement de même nom qu'on considère comme des lésions anciennes survenues pendant la première attaque de rhumatisme.

Ce fut à cette époque, que cet homme a été pris d'une blennorrhagie chez un vieux rhumatisant porteur de tares cardiaques. Le professeur Widal ne semble pas attacher beaucoup d'importance aux signes caractéristiques de la symphyse, cependant, il fait remarquer combien cette complication est plus fréquente qu'on ne serait tenté de le croire, surtout lorsque le rhumatisme s'adresse aux enfants et aux adolescents, c'est-à-dire à l'époque où le péricarde est plus favorisé par l'agent de cette affection.

Au cours de cette blennorrhagie, le malade fut ausculté de nouveau et on constatait la présence d'un souffle systolique, siégeant à la pointe, se propageant vers l'aisselle, nous donnant l'indice d'une insuffisance mitrale. On aurait pu croire à une dilatation secondaire de l'orifice mitral qu'on rencontre chez les malades atteints de vieille symphyse cardiaque; mais ce souffle a été passager et n'a pas duré plus de quelques semaines.

Que des végétations gonococciques se développent sur l'endocarde et amènent une insuffisance mitrale; ou bien que le cœur soit dilaté secondairement, nous pouvons affirmer que chez ce malade, il s'agit véritablement d'une localisation blennorrha-

gique sur l'endocarde déjà maculé par la première attaque rhumatismale.

La courbe de la température a été enregistrée pendant 5 mois. Une injection de collargol de 4 centimètres cubes dans les veines dès le premier mois a été suivie d'un abaissement de la température de 40 à 39 degré puis à 38.6.

Donc nous pouvions assurer que nous étions en présence d'une endocardite secondaire gonococcique.

Nous savons qu'il y a des formes sub-aigues ou chroniques dans lesquelles la température persiste autour de 38°, s'élève de nouveau à 39°, 39.5 pour persister pendant des mois et voire même, au bout de quelque temps, le malade faire des embolies multiples ou des pyhémies mortelles par l'action redoutable du streptocoque ou du staphylocoque.

Chaque fois que la fièvre s'installe d'une façon persistante chez un malade ayant une lésion cardiaque antérieure et que nous ne constatons aucune complication au niveau des jointures et des viscères, nous pouvons affirmer que le microbe s'est fixé au niveau de l'endocarde et que nous sommes en présence d'une endocardite infectieuse, secondairement développée sur un cœur primitivement touché.

C'est pour cela que chez ce malade, le professeur Widal s'est basé sur la persistance de la fièvre pendant plusieurs mois, malgré l'apparition de nouveaux bruits et d'embolies microbiennes, pour conclure à une endocardite infectieuse. Au delà de deux mois, la température est restée autour de 38°, ce n'est que vers le 3e mois qu'elle a commencé à fléchir avec quelques irrégularités, avant de redevenir normale.

Que de discussions sur le diagnostic du rhumatisme blennorrhagique d'avec le rhumatisme vrai ! Ce sont deux maladies différentes, mais il est vrai de dire que le rhumatisme crée dans

les jointures un point de départ favorisant l'écllosion de l'infection gonococcique.

Cependant cette préparation n'est pas absolument nécessaire.

On peut établir les mêmes considérations au point de vue des localisations cardiaques ou endocardiques de la blennorrhagie.

On a signalé la présence d'un bruit d'insuffisance fonctionnelle dans la plupart des observations d'endocardite blennorrhagique. Assez souvent on a constaté des végétations se développant sur les valvules sans manifester même pendant la vie un bruit normal indiquant cette lésion cardiaque.

Rendu et Hallé ont publié une observation très précise sur l'endocardite blennorrhagique avec examen anatomique et bactériologique sur une malade suivie avec le plus grand soin pendant toute une période de sa vie.

Il s'agissait d'une jeune femme qui, après une fatigue, avait été prise de phénomènes métrorrhagiques très graves. Avions-nous affaire à l'existence d'une septicémie d'origine utérine ? telle était la question. Les doutes furent dissipés, à l'aide d'un sondage utérin qui, par l'examen, confirma la présence du gonocoque. Cette femme raconta qu'elle avait eu une blennorrhagie trois ans auparavant sans la manifestation d'écoulement urétral depuis qu'elle avait été infectée.

Ceci prouve une fois de plus, combien l'infection utérine gonococcique peut demeurer latente pendant longtemps sans donner lieu à aucun trouble, et se réveiller à un moment donné sous l'influence de causes nocives pour faire naître la septicémie gonococcique et aboutir même à l'endocardite.

La classification des endocardites peut se réduire à deux groupes : les formes septiques graves qui causent la mort (on constate le gonocoque localisé sur les valves) et les formes cura-

bles dont plusieurs exemples nous ont été fournies par les professeurs Martin et Larôche. Dans le service de ces deux derniers, il s'agissait de deux malades atteintes de blennorrhagie, faisant des localisations articulaires, et chez lesquelles, en auscultant le cœur, on constatait un assourdissement des bruits comme dans l'endocardite rhumatismale, puis un souffle au premier temps à la pointe, qui finit par disparaître.

Un autre cas a été observé dans le service de Troisier. Le malade entre pour une blennorrhagie, des phénomènes infectieux se produisent et des signes d'endocardite se développent : un bruit de souffle au premier temps à la pointe et une température élevée qui dure longtemps.

Ce sont là des cas où l'endocardite s'est développée au cours d'une gonococcie généralisée avec manifestations articulaires.

On a trouvé le gonocoque dans le sang dans une ou deux observations.

Le professeur Widal, de ces faits, établit le principe clinique suivant :

En présence d'un malade atteint de gonococcie et d'arthrites localisées ou généralisées, il faut immédiatement se demander s'il n'existe pas d'autres localisations sur le cœur.

Longtemps, l'on s'est basé sur l'opinion de Grisolle et l'on a cru que le cœur ne pouvait jamais être affecté par la chaude-pisse, mais les observateurs cliniques de ces trente dernières années tendent à prouver le contraire, c'est pourquoi il incombe au médecin de s'enquérir de l'état du cœur dans le rhumatisme blennorrhagique comme il le fait toujours dans l'articulaire aigu vrai.

Comme traitement, l'on enseigne que le collargol est un médicament qui semble donner de bons résultats.

Il a été démontré que le collargol injecté dans les veines à dose massive peut amener la rétrocession de l'endocardite infectieuse gonococcique, mais il faut compter avec les variétés énormes de virulence. Il est évident que dans les végétations petites et solides, le collargol sera plus effectif que dans les végétations volumineuses et friables.

J. A. EDGE.

---

## ANALYSES

---

*Traitement de l'éclampsie.* — Un collaborateur au « Journal de Médecine » de Paris trace ainsi la conduite à tenir dans les cas d'éclampsie.

1° Toute femme enceinte, albuminurique, étant exposée à être prise d'éclampsie, et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie, et contre l'albuminurie gravidique en particulier, on doit examiner avec le plus grand soin les urines de toutes les femmes enceintes, et si l'on y constate la présence de l'albumine, si minime que soit la quantité de cette albumine, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le traitement préventif par excellence de l'éclampsie.

2° Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une éclampsie, débiter, si la malade est forte, vigoureuse et très cyanosée, par une saignée de 4 à 500 grammes, puis administrer la médication chloralique et faire prendre du lait aussitôt que cela sera possible.

3° Si la femme est plus délicate, si les phénomènes de cyanose sont peu marqués, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique.

4° Attendre que le travail se déclare spontanément, et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela sera possible.

5° Si le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parceque les contractions utérines sont trop faibles, terminer l'accouchement par une application de forceps ou une version si l'enfant est vivant, par une céphalotripsie, une basiotripsie, ou une cranioclasie, si l'enfant est mort.

6° Attendre pour intervenir ainsi, que l'état des parties malades soit tel (dilatation complète ou dilabilité du col) que l'on puisse le faire impunément, c'est-à-dire sans violence, et par suite, sans danger pour la mère.

7° Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels où le traitement médical aura échoué complètement.

8° Rejeter absolument l'opération césarienne et l'accouchement forcé, surtout l'accouchement forcé par les incisions profondes du col, c'est-à-dire la méthode sanglante.

P.-A. G.

***Du bleu de méthylène comme topique des bouts de seins.***

Nous détachons de la « Gazette Médicale » de Paris, la petite note suivante, qui n'est pas sans intérêt, croyons-nous, pour le praticien.

Depuis plusieurs années, le docteur Dresch, d'Ax-les-Thermes, emploie une solution de bleu de méthylène à 3%, comme topique des bouts de seins pour prévenir et guérir les geïçures.

Ses résultats sont excellents, dit le confrère, et d'autant meilleurs que la méthode est commode, économique, et qu'elle n'oblige à aucune précaution pour les têtes. Voici comment il procède : il fait laver la bouche de l'enfant et les bouts de seins avec une solution tiède de bi-carbonate de soude à 2%. Il fait ensuite appliquer sur les mamelons, au pinceau, la solution de bleu de méthylène. On sait que le bleu de méthylène est un anesthésiant et de plus, un agent favorable à la kératinisation, point très important pour un organe soumis à une macération constante par la salive et le lait. L'enfant tète sur ces mamelons sans le moindre inconvénient, sans le moindre dégoût. Sa bouche reste barbouillée de bleu, mais les urines ne sont pas suffisamment influencées pour teinter les langes. Cela n'a nulle importance, nul inconvénient. Huit ou dix jours d'application suffisent. Il est nécessaire de faire l'application immédiatement après la têtée, quand le bout présente encore le maximum d'érectilité.

P.-A. G.

**Traitement de la coqueluche, P. Tissier.**—La « Presse Médicale » dans un « compte-rendu » qu'elle fait de la « Société de Thérapeutique du 22 octobre 1907 », rapporte que M. Tissier traite aujourd'hui la coqueluche à l'aide du fluoroforme ( $C^2 H F L C^3$ ). Il emploie l'eau fluoroformée qui contient 2.8% de fluoroforme.

Pour les nourrissons, les doses sont de 1 goutte après chaque quinte le premier jour, puis 2 et 3 gouttes après chaque quinte à mesure que celles-ci diminuent. Ne pas dépasser 100 gouttes.

De 2 à 4 ans, on peut donner 5 à 10 gram. par jour. Chez l'adulte, la dose est de 30 gram. par jour, qui doivent être donnés par cuillerée à thé.

Tissier affirme que sous l'influence de ce traitement le nombre des quintes diminue très rapidement. Au bout d'une semaine, il est exceptionnel qu'il persiste plus d'une dizaine de quintes.

Sur 117 malades qu'il a traités depuis 4 ans, tous ont guéri, quelque soit l'âge du malade.

P.-A. G.

**German.**—Les indications de l'accouchement prématuré ou l'avortement dans les maladies des yeux.—*Westnik ophthalm et Wratch Gazeta.*

La « Gazette hebdomadaire des sciences médicales » publie la petite analyse qui suit sous la signature de A. German :

German soulève une question qui n'a pas encore été traitée par les oculistes, à savoir :

Faut-il provoquer l'accouchement prématuré ou l'avortement quand, pendant la grossesse ou dépendant d'elle, une grave affection des yeux menace la vue ? German affirme qu'il y a des cas où la grossesse a une influence nocive sur certaines affections oculaires, entraînant un grand danger pour la vue ; mais ce danger ne menace pas la vie de la mère ni celle de l'enfant. Ces graves affections se rencontrent habituellement dans la seconde moitié ou à la fin de la grossesse et se manifestent sous forme de rétinite albuminurique, hémorragique, névrite de différents degrés, périnévrite, décollement de la rétine, atrophie du nerf optique, etc. Si ces différentes maladies se manifestent pendant la grossesse et progressent malgré le traitement approprié, l'auteur croit indiquée l'interruption de la grossesse comme seul moyen pouvant enrayer l'affection oculaire et sauver la vue de la parturiente. Le devoir de l'oculiste est d'insister sur l'opportunité de l'intervention obstétricale, car il vaut mieux

conserver la vue à la mère en la privant de l'enfant que de conserver l'enfant à une mère aveugle.

Nous ne saurions adopter complètement les conclusions de l'auteur. Au cas de viabilité de l'enfant, il vaudrait peut-être mieux d'interrompre la grossesse. Dans le cas contraire, observons ce principe de droit commun : tu ne tueras point.

P.-A. G.

*Fièvre Typhoïde et Ulcération de Duguet.* (Maurice Letulle, Pres. Méd. N° 83,—15 octobre 1907).

En examinant soigneusement la gorge des typhiques, on a grande chance, dit l'auteur, de trouver au moins une fois sur 7 ou 8 cas, le signe de Duguet, i. e. l'ulcération staphyloïenne constituant un signe pathognomonique de la dothiéntérie.

Ces ulcérations siègent surtout sur un des piliers antérieurs du voile du palais, plus rarement sur le pilier postérieur, la luette ou la face inférieure du voile. C'est une exulcération ovalaire ou arrondie à bords taillés à pic, à fond lisse ou granité de teinte grisâtre. Cette plaie est superficielle, n'est pas recouverte de fausses membranes, et guérit en règle générale après 8 à 12 jours.

On en trouve habituellement une ou deux. Letulle en a vu jusqu'à 7. Elles apparaissent dans le second septenaire en même temps que les taches rosées. Elles peuvent se présenter plus tôt, même avant le séro-diagnostic positif.

L'ulcération de Duguet ne se rencontre dans aucune autre maladie. Sa bénignité, et le fait qu'elle ne débute jamais après le quinzième jour, la distingue du pharyngo-laryngo-typhus.

Cette manifestation spécifique est fréquente ; pour Letulle, elle serait plus fréquente en été, et se rencontrerait plutôt

dans les formes bénignes. Duguet en a vu une centaine de cas, Letullé en compte une soixantaine à son actif.

La plaie est peu profonde, mais peut entamer les fibres musculaires de la sous-muqueuse. Elle est tapissée de lymphocytes et les follicules lymphatiques ont été détruits s'ils existaient en cet endroit. On ne peut isoler de l'ulcération un bacille d'Eberth caractéristique.

Bouveret, dès le début, rapporte cette plaie à la maladie typhoïdique et l'identifie aux lésions folliculaires du pharyngolarynx et de l'intestin. Mais comme les follicules sont rares dans cette région, et qu'on n'y trouve pas de bacilles typhiques, il est difficile d'en établir la cause. Ce qu'il faut retenir, c'est qu'elle est spécifique de la dothiéntérie, a une grande valeur séméiotique, et est très facile à reconnaître.

Pour Letulle, ce signe est peu connu et peu utilisé, surtout parceque l'on n'examine pas assez souvent la gorge des typhiques. La lésion étant indolore, on n'est pas attiré de ce côté. L'auteur conseille d'examiner la gorge du malade tous les jours.

Ce signe ne se rencontrerait pas dans les diverses variétés des paratyphoïdes et deviendrait pour cette raison beaucoup plus précieux pour le diagnostic.

A. VALLÉE, M. D.

### *Radiothérapie des tumeurs malignes. (Le Monde Médical.)*

La question de la radiothérapie des cancers vient d'être étudiée au *Congrès de Chirurgie* (Paris, 7-12 octobre 1907.) Voici les principales conclusions du rapport de M. Bécèle, relativement aux indications de la radiothérapie.

Quand une tumeur maligne est opérable, elle doit être immédiatement opérée, et l'intervention du chirurgien est pré-

férable, en règle générale, à la radiothérapie. Il n'est guère à cette règle que deux exceptions, d'ordre très différent.

D'une part, pour les épithéliomas de la peau qui n'ont pas dépassé le derme, spécialement pour ceux de la face, il est permis de préférer la radiothérapie, en raison de l'excellence de ses résultats esthétiques.

D'autre part, les sarcomes opérables peuvent être avec avantage soumis, à titre d'essai, à la radiothérapie, dans tous les cas où l'intervention ne paraît pas immédiatement nécessaire. C'est le seul moyen de savoir s'ils n'appartiennent pas au groupe des néoplasmes ultra-sensibles, que la radiothérapie suffit à guérir.

En dehors de ces deux indications spéciales, voici les trois grandes indications de la radiothérapie.

En présence d'un néoplasme à ses débuts, dont la nature maligne est encore incertaine, et plus généralement toutes les fois que l'ablation d'un néoplasme est volontairement différée par le chirurgien ou temporairement repoussée par le malade, la radiothérapie est indiquée.

Après l'ablation de toutes les tumeurs malignes, la radiothérapie est indiquée dans le but de prévenir les récidives. Les irradiations doivent être dirigées non seulement sur la région opératoire, mais sur la région des ganglions qui en dépendent. Si la radiothérapie n'est pas pratiquée, comme il convient, aussitôt après l'opération, elle doit l'être au moins au premier signe de récidive.

Enfin, contre toutes les tumeurs malignes jugées inopérables, la radiothérapie est indiquée. C'est la seule médication rationnelle et le palliatif dont il y'a le plus à attendre.

C. V.

**Dieulafoy. Rapport des pancréatites avec la lithiase biliaire, Syndrôme pancréatico-biliaire ; le drame pancréatique, cytotéatonécrose et hémorragies pancréatico-péritonéales. (Presse Méd. No. 83, 15 oct. 1907.)**

Les Pancréatites sont une complication relativement fréquente et grave de la lithiase biliaire. C'est la plupart du temps chez des individus souffrant depuis plusieurs mois ou plusieurs années de lithiase biliaire que l'on rencontre ces pancréatites, et le plus souvent il s'agit de *pancréatite scléreuse hypertrophique*. En général dans les derniers mois les crises hépatiques ont été plus intenses, l'ictère s'est installé en permanence, le malade a beaucoup maigri. On constate souvent une grosse tumeur de la tête du pancréas, qui dans plusieurs cas, a pu être prise pour un cancer de cet organe. Mais l'intervention chirurgicale, dans les observations rapportées, a toujours donné de bons résultats. Il s'agit d'aller enlever le calcul s'il s'en trouve encore dans la vésicule ou les canaux biliaires, de drainer et dériver la bile au dehors.

La lésion s'est le plus souvent cantonnée à la tête du pancréas, laissant le reste de l'organe indemne. Il s'agit d'un processus un peu spécial, et Dieulafoy a proposé de désigner ces pancréatites sous le nom de *pancréatites sténosantes* et *pancréatites exhubérantes*. La pancréatite exhubérante est en même temps sténosante, et forme de plus une tumeur qui peut aller jusqu'à comprimer le duodénum.

A l'examen histologique, on trouve des lésions interstitielles et parenchymateuses.

Il est difficile de donner la cause exacte de cette affection. En somme tout ce que l'on peut dire, c'est que la lithiase biliaire quelque soit son siège, est capable à la longue d'engendrer la pancréatite, et les calculs du cholédoque sont les plus favorables

à cette complication. Elle se rencontre en général seulement chez les gens qui ont subi depuis longtemps les atteintes de la lithiase.

Il n'existe pas de symptôme pathognomonique de la complication. Assez souvent elle se développe insidieusement. La douleur ne peut même pas sûrement être rapportée au pancréas. Elle siège en général au point pancréatique, i. e. à 4 ou 5 centimètres au dessus et à droite de l'ombilic. L'ictère prolongé et l'amaigrissement doivent faire songer à la maladie, mais ne donnent rien de positif.

C'est l'analyse chimique et microscopique des selles qui donne le plus de renseignements. Il y a stéarrhée marquée, l'utilisation des graisses est abaissée à 15%, sauf pour les graisses émulsionnées, la saponification est diminuée. À l'examen microscopique, on ne trouve plus ni savons, ni cristaux d'acides gras. *Les fibres musculaires sont beaucoup plus nombreuses, et l'on trouve encore des graisses neutres.*

L'association de la pancréatite à la lithiase biliaire est une complication parfois redoutable. Le malade devient souvent cachectique et ressemble d'autant plus à un cancéreux qu'on se méprend souvent sur la nature de la tumeur à la région épigastrique. Le tout se termine souvent par la mort.

*Le traitement* relève exclusivement de la chirurgie. L'intervention consiste à supprimer la vésicule biliaire, rechercher les calculs et les expulser des canaux, et terminer par un drainage du canal hépatique. La bile ainsi dérivée, tout rentre dans l'ordre. Au bout de quelques mois tous les symptômes sont disparus, même la tumeur pancréatique.

Dans le cours de ces pancréatites chroniques, il peut survenir des accidents de pancréatite aigüe. Celle-ci se manifeste par les symptômes habituels de péritonite par perforation, ob-

struction intestinale, appendicite, etc. Mais à l'ouverture du ventre, elle se reconnaît au point de vue anatomique par la constatation de véritables "*taches de bougies*" dues à la stéato-nécrose, et par la présence des hémorragies pancréatico-péritonéales. C'est cette symptomatologie aiguë à grand fracas que Dieulafoy désigne sous le nom de drame pancréatique.

La stéatonécrose est due à la diffusion du suc pancréatique dans la cavité péritonéale. Mais on ne peut dire comment ce suc se diffuse, et pourquoi l'accident nécrotique peut se produire même sur les graisses de la cavité thoracique. La constatation de ces taches est d'un pronostic excessivement grave.

On trouve de plus des hémorragies dans le pancréas, et dans les différentes régions de la cavité péritonéale. La stéatonécrose peut exister sans ces hémorragies, mais celles-ci n'existent pas sans la stéatonécrose. Ces hémorragies sont dues à la digestion des parois vasculaires par la trypsine. Outre les petits hématomes que l'on rencontre alors, il s'écoule un liquide sanguinoient de la cavité péritonéale.

Dieulafoy rapporte alors plusieurs observations de malades ayant présenté ces symptômes. Puis il ajoute que le diagnostic est assez souvent délicat ; mais dans le doute, il faut faire intervenir le chirurgien, le drainage du pancréas et de la cavité péritonéale est la seule planche de salut si l'intervention est assez hâtive.

Cet article des plus intéressants, se termine par une réflexion curieuse : c'est le fait que dans la lithiase pancréatique, le cancer de la tête du pancréas et de l'ampoule de Vater, toutes les mêmes conditions se trouvent réalisées et cependant on ne constate à peu près jamais le *drame pancréatique*. Dieulafoy l'a vu signalé une fois dans un cas de cancer de la tête, et dans ce cas, il y avait infection lithiasique biliaire. A. VALLÉE, M. D.

## MÉDICATIONS USUELLES

Sous cette rubrique nous publierons chaque mois la technique et les indications de certains traitements tombés en désuétude à la fin du siècle dernier. Nous résumerons quelques chapitres d'un petit volume du professeur Lemoine de Lille dont voici du reste la préface :

« Les médications usuelles sont en général mal connues, « du moins en ce qui concerne leurs applications. C'est un peu « au hasard que le praticien qui débute, prescrit par exemple « des vésicatoires ou des pointes de feu, et il hésite encore plus « quand il s'agit de faire poser des sangsues. Cela tient à ce « que l'enseignement qui lui a été donné n'a jamais porté sur « ce genre de matières que ses maîtres ont jugé d'ordre trop « inférieur pour en faire l'objet de leurs leçons. Souvent, sur « ce point spécial, il est obligé de se laisser guider par son ma- « lade, et c'est ce dernier qui décide de l'opportunité d'un sina- « pisme ou d'une mouche de Milan. Or, il y a pour lui un intérêt « majeur à combler cette lacune de son éducation médicale et à « bien connaître les méthodes thérapeutiques dont il devra se « servir tous les jours. C'est dans ce but que je publie ces leçons « et aussi, je dois l'avouer, avec le secret espoir qu'elles contri- « bueront un peu à remettre en honneur certaines médications « des plus utiles que la transformation des idées médicales fit un « instant passer de mode ».

(G. LEMOINE).

## BAIN DE PIEDS

Le pédiluve a pour but de modifier la circulation locale des membres inférieurs et par suite la circulation générale.

*Technique* :—Le bain de pieds peut être :

Simple	{ Froid Tiède Chaud
Médicamenteux	{ Salin—250 à 500 grammes de gros sel ajoutés bain. Alcalin — 125 grammes de carbonate de soude du commerce ajoutés au bain. Ammoniacal— 250 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque par 6 litres d'eau. Chlorhydrique — 100 grammes d'acide par bain. Sinapisé — Obtenu en délayant 150 grammes de farine de moutarde dans de l'eau froide qu'on ajoute à l'eau tiède au mo- ment du bain.

Le bain de pieds doit être pris à jeun ou au moins en dehors des périodes de digestion. Il n'y a pas lieu d'insister sur le mode opératoire, il est très facile. Toutefois, le bain chaud requiert des précautions spéciales. Le récipient est d'abord rempli d'eau tiède, le malade y plonge les pieds, puis petit à petit on y verse de l'eau chaude le long des parois du vase afin d'éviter les brûlures. On élèvera ainsi la température à 45° ou 50° et on l'y maintiendra pendant toute la durée du bain par l'addition de nouvelle eau chaude. On maintiendra également la température du bain froid par l'addition répétée d'eau froide.

Lorsque l'on prescrit le bain sinapisé on conseillera de recouvrir le récipient par suite de l'action irritante pour les muqueuses des vapeurs de moutarde qui s'en dégagent.

*Action*.—L'action générale des bains de pieds est dérivatrice, les pédiluves chauds et les pédiluves médicamenteux qui sont aussi toujours chauds amènent une vaso-dilatation. Le pédiluve froid possède une action particulière sédative, antiphlogistique

et vaso-constrictive. Si les pédiluves froids diminuent et refroidissent les parties submergées, les pédiluves chauds et les médicamenteux au contraire irritent et congestionnent la peau et par suite appellent le sang aux extrémités inférieures.

*Indications du pédiluve froid.* — On utilisera son action vaso-constrictive et antiphlogistique dans les cas suivants :

*Fatigue* due aux longues marches, il durera 3 à 5 minutes et sera suivi d'une friction énergique.

*Froid aux pieds habituel.* — Ici le bain sera quotidien, durera 2 à 3 minutes et sera suivi d'une friction à l'alcool.

*Entorse du pied.* — Il modère le gonflement et la douleur. Quelques chirurgiens conseillent le bain quotidien, d'autres veulent qu'on le répète 2 ou 3 fois par jour pendant une couple d'heures chaque fois. Dans les contusions et les écrasements, les bains froids prolongés donneront des résultats analogues.

*Hémorragie capillaire.* — Le séjour suffisamment prolongé dans l'eau froide produira une vaso-constriction suffisante à arrêter l'hémorragie.

*Hémorragie à distance.* — L'action vaso-constrictive hémostatique qui peut retentir même à distance peut arrêter les flux sanguins, épistaxis, hémoptysies, hémorragies intestinales, métrorragies, flux hémorrhoidal.

*Nervosisme.* — Chez les sujets nerveux, irritables, ils amènent une détente, combattent la fatigue et produisent un repos plus calme.

On prescrira le bain chaud chaque fois que l'on veut obtenir une dérivation sanguine vers les membres inférieurs.

*Migraine congestive des arthritiques et des pléthoriques.* — Ici on devra répéter souvent les bains chauds prolongés pendant l'évolution des phénomènes aigus. Administrés comme préven-

tifs à l'époque probable du retour de l'accès, s'ils n'empêchent pas l'écllosion ils en diminuent la durée et l'intensité.

*Congestion cérébrale.*—Le bain de pieds ne sera employé que dans les formes légères alors que le malade peut se mouvoir. Dans les cas graves on aura plutôt recours aux autres révulsifs, bouillottes, sinapismes, etc. Prescrit journellement chez les arthritiques et les pléthoriques sujets à des poussées congestives vers la tête, le bain chaud empêchera les accès.

*Ophthalmies.*—Dans la conjonctivite hyperhémique et dans la conjonctivite catarrhale où l'élément congestif est très marqué, on se trouvera bien de l'emploi du pédiluve chaud, on évitera toutefois les bains médicamenteux, surtout les bains sinapisés.

*Congestion pulmonaire.*—Toujours par son effet dérivatif il est encore ici indiqué. Il diminuera en outre la dyspnée et la congestion. On donnera la préférence au bain sinapisé, on le fera répéter tous les jours pendant un temps assez prolongé. Il sera un précieux adjuvant des autres révulsifs. Le pédiluve très chaud et très prolongé devra être prescrit s'il y a menace d'apoplexie.

*Tuberculose pulmonaire.*—Contre les poussées congestives péricatarrhales, Lemoine conseille le bain chaud pris vers 11 h. a. m. et vers 5 h. p. m. La susceptibilité individuelle indiquera la température et la durée du bain, durée qui devra être au moins de 10 à 15 minutes.

*Contraindications du pédiluve.*—On évitera le bain de pieds pendant la période menstruelle, pendant l'évolution des fièvres éruptives, chez les sujets souffrant d'affections aiguës. Si le sujet est très impressionnable et très faible, le bain froid devra être employé avec circonspection.

## BAIN DE MAINS

Comme le pédiluve, le manuluve peut-être :

Simple	{ Eau chaude — tiède — froide
Emollient	{ Infusion de guimauve 50 à 100 grammes par litre d'eau. Eau de son à la même dose. Graine de lin " " " Amidon 20 à 30 grammes pour un bain à 60°
Calmant	{ Feuilles de morelle 15 à 30 gram- mes pour 1 litre. Feuilles de Belladone — même dose. Capsules de pavot — 1 ou 2 en infusion par litre.
Médicamenteux	{ Alcalin. Carbonate de soude 25 à 30 gr. pour 1000. Sulfureux 10 à 20 grammes de trisulfure de potassium finement concassé dans 50 à 100 grammes d'eau. — A mettre dans le bain au moment de s'en servir. Arsenical. Arséniate de soude 10 à 20 gram- mes pour 1000 d'eau. Sinapisé 25 grammes de farine de moutarde délayée dans l'eau froide, pour un bain. Antiseptique un verre à vin de liqueur de Van Swieten par litre d'eau.

Le manuluve agit d'une façon à peu près analogue au bain de pieds; froid c'est un antithermique, chaud il possède une action dérivative et diaphorétique.

*Indications.*—Il est un précieux adjuvant pour plusieurs affections médicales, mais c'est surtout en chirurgie qu'il rend des services signalés.

*Entorse du poignet.*—On emploiera le bain froid qu'on

prolongera durant plusieurs heures. Plus tard quand le massage sera commencé on l'emploiera encore dans l'intervalle des séances.

*Engelures.*—Les bains froids à l'hypochlorite de chaux ou de potasse à raison de 20 à 25 grammes pour 1000 donneront de bons résultats. Les manuluves chauds auront notre préférence comme agent préventif.

*Lymphangites, abcès, panaris, phlegmons, etc.*—On sait les bons effets que l'on peut obtenir dans les affections inflammatoires de la main par le manuluve antiseptique suffisamment prolongé, point n'est besoin d'insister. Si la douleur est vive le manuluve sera prescrit émollient et antiseptique.

*Congestion cérébrale.*—La manuluve, dit Lemoine, agirait encore plus sûrement que le pédiluve.

Dans les *angines* avec inflammation, congestion et douleur on emploiera les bains chauds ou sinapisés. Il en sera de même dans la congestion pulmonaire.

*Rhumatisme articulaire chronique.*—On emploiera ici le manuluve alcalin d'une durée d'une heure; on le fera répéter 5 fois par semaine. S'il y a des nodosités on préférera donner le manuluve arsénical.

Les *Contraindications* du bain de mains sont les mêmes que pour le pédiluve.

#### MÉDICATION RÉVULSIVE

Par révulsion on entend l'action d'arracher, de tirer au dehors. Besson (de Lyon) définit la révulsion : « La production d'un phénomène local douloureux, pouvant être inflammatoire ou même pyogène, ayant pour but de modifier par voie réflexe la sensibilité, la circulation et la nutrition, soit dans une partie déterminée, soit dans la totalité de l'organisme. » Hippocrate

a dit: « De deux douleurs simultanées, mais non dans le même lieu, la plus forte obscurcit l'autre. » Cet aphorisme semble être l'origine de la révulsion. Hippocrate semble avoir observé ce que Peter appelle la contre-fluxion constituée par la cessation ou l'atténuation d'un état morbide sous l'influence de l'apparition d'une nouvelle maladie.

La révulsion a rencontré à travers les âges des partisans et des détracteurs. Quoiqu'il en soit, comme le dit Bablon, tous les observateurs sont unanimes à louer les avantages d'un travail pathologique dont le siège extérieur et choisi arbitrairement est sans danger, dont la marche est prévue et qui modifie les progrès d'une phlegmasie interne.

Tout le monde sait, ou du moins a dû savoir et se le rappellera avec plaisir en feuilletant ses notes de matière médicale, que la révulsion a une action fort complexe, action locale, action générale, action sur la circulation, la pression artérielle, la respiration, la température, la nutrition, la leucocytose, la sensibilité, sur la motilité et enfin des actions localisées à distance. N'insistons pas, du reste nous reviendrons sur l'action physiologique en parlant de chacun des agents de révulsion en particulier.

#### TEINTURE D'IODE

Est-il une affection contre laquelle la teinture d'iode n'a pas été employée? C'est l'échappatoire universel. Nous ne sommes pas prêts à admettre la nullité d'action que lui prêtent certains praticiens. Employée en temps et lieu elle peut rendre de grands services, elle est un révulsif précieux. La solution à employer est la solution alcoolique d'iode pulvérisé à raison de 1 partie pour 12 d'alcool à 90°. La solution ne devra pas vieillir, car, au bout d'un certain temps il se forme de l'acide iodhydrique dont la présence peut causer des brûlures, phlyc-

tènes, etc. On l'appliquera avec un pinceau ou un bourdonnet de coton. Avant de repasser sur un endroit de la peau déjà recouvert, il faut avoir soin de bien laisser évaporer l'alcool, puis on recouvrera le tout d'une couche d'ouate sans laquelle l'iode ne produirait guère d'effet.

On emploie aussi la teinture d'iode comme topique au niveau des muqueuses.

Après l'application d'iode le malade éprouve une sensation de cuisson. La sensation tolérable au début peut devenir une véritable douleur avec agitation extrême chez quelques sujets. C'est pourquoi il faudra tâter la susceptibilité du sujet en prenant les précautions suivantes: 1° Ne passer qu'une seule fois le pinceau imbibé de teinture au lieu désigné; 2° Ne pas dépasser comme étendue d'application les limites désignées d'une façon exacte.

L'application d'iode tuméfie la peau et amène une disquamation de l'épiderme. L'iode agit comme topique à l'extérieur mais une partie est absorbée et éliminée à l'état d'iodure. L'application cause quelquefois une telle douleur qu'il faut faire cesser l'action de la teinture, dans ce but on lavera la peau à l'alcool ou mieux on emploiera les cataplasmes d'amidon. Le coton iodé du commerce ne saurait remplacer la teinture. Son action est lente; il n'a que des mauvais effets, sans produire de révulsion. En résumé: 1° Se servir de teinture fraîchement préparée;

2° Recouvrir l'application d'une couche d'ouate;

3° Badigeonner à l'aide d'un pinceau ou d'un coton;

4° Désigner exactement les dimensions de surface à badigeonner;

5° Recourir aux faibles doses chez les sujets dont on ne connaît pas la susceptibilité.

*Indications thérapeutiques.*—Elle s'emploie comme topique et révulsif.

A.—*Comme topique.*

*Sur les muqueuses.*—Dans le gingivite due au tartre, après avoir enlevé le dépôt on touchera les fongosités et les ulcérations avec un tampon imbibé de teinture. Dans la *stomatite ulcéreuse bénigne* des enfants ou badigeonnera 3 ou 4 fois par jour avec :

Teinture d'iode	—	5 grammes
Glycerine	—	12 grammes

Dans l'amygdalite ulcéro-membraneuse, on badigeonnera la partie ulcérée après en avoir enlevé la fausse membrane.

Ces applications non douloureuses ont l'avantage de substituer une inflammation réparatrice à un processus pathologique.

*Affections cutanées.*—La teinture d'iode a été conseillée dans le traitement abortif des furoncles dès l'apparition des premiers signes de la furonculose.

Les chirurgiens en badigeonnent les plaies pour hâter la guérison ; il s'y passe quelque chose d'analogue à ce que nous avons dit pour les muqueuses.

La teinture d'iode rencontre encore quelques indications dans la pathologie spéciale de l'utérus et ses annexes, de la peau, etc. Ces indications sont celles que nous avons données pour les muqueuses en général, c'est-à-dire substitution d'une inflammation réparatrice à un processus pathologique.

B.—*Comme révulsif.*

*Affections douloureuses.*—La pleurodynie, la névralgie, les points si pénibles de la convalescence de la pleurésie, de la pneumonie et de la péricardite, les douleurs articulaires, les séquelles des poussées antérieures aiguës seront souvent calmées

par l'application large de teinture d'iode recouverte d'ouate et de taffetas gommé pour faire une bonne révulsion.

*Affections chroniques.*—Elle facilite assez souvent la résorption des produits morbides dans la pleurésie, la péricardite, les arthrites à forme lente, et surtout dans les engorgements ganglionnaires.

C'est un bon révulsif dans les affections médullaires, après disparition des phénomènes aigus. Il est indiqué ici de faire une révulsion lente et continue le long du rachis. Dans ce but on préférera l'iode au vésicatoire à cause de l'effet fâcheux du cantharidisme vésical consécutif à l'application prolongée du vésicatoire. Les applications d'iode devront être faites tous les 4 à 8 jours.

*Affections aiguës.* — Laryngite, laryngo-trachéite, trachéo-bronchite, bronchite des grosses et moyennes bronches, voilà autant d'indications de la teinture d'iode. Elle calme la toux, modère la dyspnée, produit une sédation de la phlegmasie en agissant sur l'élément congestif. On fera l'application au-devant de l'organe en en dépassant un peu les limites. Les applications seront répétées tous les jours et la partie badigeonnée devra ici surtout être recouverte d'ouate sauf si la peau est fine ou que l'on a affaire à un enfant.

*Tuberculose pulmonaire.*—L'emploi de la teinture mérite une mention spéciale dans le traitement de la tuberculose. Ce que nous avons dit pour les points douloureux de la pneumonie et de la pleurésie s'applique encore ici. A quelque période que soit la tuberculose, que la douleur soit myosalgique, névralgique, l'application d'iode la calmera, elle fera aussi disparaître la dyspnée due au point de côté.

La teinture d'iode a encore une action décongestiomante vis-à-vis du poumon par dérivation de voisinage et Lemoine en

prescrit l'application au niveau des zones de matité, mais alors seulement qu'il n'y a pas de ramollissement. Ces applications doivent être faites d'une façon précoce dès qu'on croit à une zone d'induration pulmonaire. Le plus souvent ces phénomènes d'induration se localisent au sommet, on fera donc l'application au niveau des sommets, en avant de préférence, sur une hauteur représentant un tiers de la poitrine tous les 2 à 4 jours. L'action de l'iode est peu efficace sur les régions qui recouvrent des cavernes.

L'iode est le plus faible des révulsifs employés contre la tuberculose sauf les cas où on la met si largement qu'elle produit la vésication. Si la zone péricuberculeuse à traiter est large et de développement récent on emploiera un révulsif plus inobile, le sinapisme. Contre les points localisés et tenaces, à résolution lente, l'iode à dose vésicante donnera de bons résultats.

L'iode agit comme révulsif et par l'iode absorbé dans la bronchite tuberculeuse.

*Contraindications.* — L'iode s'élimine par le rein à l'état d'iodure de sodium qui irrite le filtre rénal. La teinture sera donc évitée dans le traitement des affections rénales. Si les reins d'un sujet à traiter par la teinture d'iode sont malades, il faudra surveiller la dépuratation urinaire. L'iode se reconnaît dans l'urine en ajoutant quelques gouttes de chloroforme et un peu d'acide nitrique nitreux. Par agitation on obtient une coloration rouge due à l'iode mis en liberté.

Les affections cardiaques mal compensées offrent un danger à l'emploi de l'iode.

Si la peau du sujet est fine, chez les jeunes filles et les enfants, il faut être prudent et ne jamais recouvrir d'ouate les endroits badigeonnés à la teinture d'iode.

(A suivre.) J. O. LECLERC, M. D.

## MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Méthyltrodine ou acide méthylacétyl salicylique

Antirhumatismal, sans action secondaire, porte aussi le nom de méthylaspirine.

A pour formule  $C^4H^4$   $\left\{ \begin{array}{l} \text{cooc H } 3 \\ \text{ococ H } 3 \end{array} \right.$

En cristanx incolores, solubles dans l'alcool, la glycérine, le chloroforme et les graisses. Se dédouble en présence de l'eau sous l'influence de la chaleur en acide salicylique et salicylite de méthyle, n'est pas attaqué par les acides étendus, décomposé par les alcalis.

Posologie : Prise journalière de 5 à 8 grammes.

Isopral ou alcool trichlorosé filopylique. Hypnotique. En cristaux prismatiques notables, d'odeur camphrée, saveur aromatique un peu piquante, soluble dans 30 p. 100 d'eau.

Posologie : sous forme de solutions, potions, à la dose de 0 gr. 55 à 0 gr. 75 par jour, par exemple.

Isopral.....	15 gr.
Alcool.....	140 gr.
Sirop simple.....	350 gr.
Essence de menthe .....	XX gouttes

à prendre par cuillerées à soupe.

Trop volatil pour être mis en paquet ou cachet. On peut en faire des dragées.

## LA LEVURE DE BIÈRE DANS LES VOMISSEMENTS

Dans le journal de médecine et de chirurgie pratique du 25 avril 1906, le docteur Debougy (de Wepecnie) fut le premier qui prescrivit la levure de bière dans le traitement de la furon-

culose. Il nous fait remarquer les bons résultats qu'il a obtenus par cette substance dans le traitement des vomissements.

L'eau de Seltz a été employée sans doute avec avantage dans les vomissements, mais la potion de Rivière réussit beaucoup mieux à cause du dégagement d'acide carbonique.

Il est vrai de dire que l'acide carbonique mis en contact avec la muqueuse de l'estomac est beaucoup trop faible. Or, chaque fois que l'acide carbonique est indiqué, M. le Dr Debouzy se sert de la levure de bière qui est un remède beaucoup plus puissant.

Voici comment on doit s'y prendre. Mettez dans un verre quelques cuillerées à soupe de levure fraîche, ajoutez-y deux ou trois morceaux de sucre et remplissez le verre avec de l'eau ou de la bière. Ce n'est que quelques minutes après, c'est-à-dire lorsque la fermentation devient fort active, que vous buvez tout d'un coup ou en plusieurs fois ou par cuillerées à soupe. L'opération peut être répétée aussi souvent que l'on veut.

Un dégagement énorme d'acide carbonique à l'état naissant se produit dans l'estomac qui se dilate progressivement; en même temps, il y a absorption de l'acide carbonique par la circulation, la respiration devient plus facile et il se produit un certain degré d'ivresse et tout rentre dans l'ordre.

A. EDGE

## TUBERCULIN-TEST

PRÉPARÉE PAR L'INSTITUT PASTEUR DE LILLE  
POUR LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE CHEZ L'HOMME  
AU MOYEN DE

## L'OPHTALMO-RÉACTION

La découverte de l'ophtalmo-réaction, venue d'observations de von Pirquet sur les effets des inoculations dermiques de tu-



berculine (cuti-réaction) est, certes, un évènement en médecine clinique.

L'épreuve de l'ophtalmo-réaction est singulièrement facilitée par l'emploi de la Tuberculin-Test préparée à l'Institut Pasteur de Lille et délivrée par Les Etablissements Poulenc Frères, à Paris. Ce produit se trouve sous deux formes diffé-

rentes : à l'état de poudre sèche (dont il est très facile de se préparer suivant avis, une solution rigoureusement dosée et titrée à volonté) et à l'état de solution à  $\frac{1}{2}$  ‰, prête à être employée en ampoules. La première convient surtout à la pratique hospitalière et aux cas où l'on désire utiliser des solutions relativement condensées de tuberculine. La seconde est particulièrement commode pour le praticien.

L'ampoule porte sur son extrémité effilée un caoutchouc. On l'enlève, on brise le bout effilé de l'ampoule, qu'on coiffe ensuite de nouveau de son caoutchouc, et, tenant l'ampoule horizontalement (pour ne pas laisser échapper le liquide d'une façon inutile), on en brise aussi le gros bout, au point marqué d'une entaille. Une légère compression du tube en caoutchouc suffit alors pour faire sourdre de l'ampoule une goutte de la solution de tuberculine à  $\frac{1}{2}$  ‰ et pour l'instiller, de la sorte dans le sac conjonctival de l'œil en expérience.

On laisse tomber une ou deux gouttes sur la conjonctive d'un seul œil, autant que possible à proximité de l'angle interne de cet œil, puis on maintient un moment les paupières écartées.

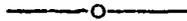
Le sujet en expérience n'éprouve ni douleur ni sensation désagréable, il peut vaquer à ses affaires habituelles. S'il n'est pas tuberculeux, il ne se présentera aucune réaction. Est-il, par contre, atteint de tuberculose, même dans sa forme la plus légère et sans retentissement sur l'état général, on voit, à partir de la troisième heure environ, rougir la conjonctive de la paupière inférieure et la caroncule lacrymale. Cette congestion augmente par la suite, et il survient du larmolement. Au bout de six heures on constate un gonflement de la caroncule lacrymale, et l'œil se recouvre d'un léger dépôt fibrineux qui s'accumule en flocons tenus dans le sac conjonctival inférieur. La réaction atteint son maximum d'intensité entre six et seize

heures. Elle n'est jamais accompagnée de réaction fébrile manifeste. On n'observe ni chemosis ni douleurs. Le malade n'accuse qu'un peu de gêne par suite du larmolement. Celui-ci une fois disparu, tout rentre dans l'ordre au bout de deux ou de trois jours.

Il est facile de se rendre compte de cette ophtalmo-réaction et de son degré d'intensité par la comparaison de l'œil tuberculiné avec l'autre œil qui sert de témoin.

*Les Etablissements Poulenc Frères*

92, rue Vieille-du-Temple, Paris.



RAPPORT ANNUEL  
DE LA COMPAGNIE DU BULLETIN MÉDICAL  
DE QUÉBEC

*Pour l'année 1906-07, jusqu'au 26 août*

Recettes.....	\$1,110.40
Dépenses.....	933.08
Surplus.....	177.32
Balance en caisse, 1 <sup>er</sup> sept. 1906.....	335.58
En caisse, 26 août 1907.....	512.90

A. MAROIS, M. D.

*Administrateur.*



## LE SANG TARÉ

---

Toutes les tares, syphilis, tuberculose, cancer sont souvent à combattre chez les malades qui viennent sous nos soins. Si nous pouvons améliorer le sang de ces malades et le tenir dans de bonnes conditions de santé les chances du patient augmentent, mais si, au contraire, nous négligeons ces précautions, alors toutes les tares de la famille apparaissent. Les bons toniques ferrugineux, le Pepto-Mangan surtout, donnés au début de la tuberculose, dans toutes les affections qui minent l'individu feront un bien considérable en améliorant l'état du sang. Le malade augmente en force et en poids et se met dans de meilleures conditions de résistance.

## LE SANG DEGENERÉ

---

Peut aboutir à la dégénérescence mentale, donc remettre le sang dans son état normal c'est reconstruire la base des forces corporelles. La dégénérescence n'est en somme que le manque du pouvoir de résistance laissant le malade à la portée de toutes les infections. Le Pepto-Mangan est le remède qu'il faut pour rendre au malade son énergie perdue, c'est le meilleur véhicule d'oxygène connu. Après les maladies longues comme la fièvre typhoïde, administrer du Pepto-Mangan c'est assurer la convalescence rapide.