

MALADIES
de
L'INTESTIN

Lactimase

Ferment lactique pur 2 à 6 comprimés par jour
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN
Paris.

Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement : \$2.00 par année



DECEMBRE 1910

SOMMAIRE

- 193.—Contre les traitements systématiques de l'entérite muco-membraneuse et des mucorrhées.—M. Loeper.
- 203.—La grippe.—Dr Le Gendre.
- 213.—Traitement des hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde.—M. Hirtz.
- 215.—Traitement interne du lupus.
- 215.—Vaccination antityphique.—M. Vincent.
- 220.—Les "petits soins" dans la fièvre typhoïde.—Dr H. Pallard.
- 223.—Traitement de l'hémophilie.
- 229.—Le traitement abortif de la blennorrhagie par les sels d'argent.
- 233.—Pratique médicale sur les modificateurs de la sécrétion bronchique.—M. Ed. Tilly.
- 235.—Les brûlures et leur traitement.—M. Thiéry.
- 237.—La sélection sexuelle.

FURONCLES, ANTHRAX,
Suppurations, Diabète,
Grippe, Leucorrhée,
Constipation, etc. LA

LEVURINE

de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris
est le seul vrai produit de ce nom
dérivé de la LEVURE DE BIÈRE
En Cachets, en Poudre et Comprimés

INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 comprimés par jour.
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN
PARIS

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. PAQUET, Professeur d'anatomie pratique, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- M. AHERN, Professeur d'Anatomie et de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologue à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène, de médecine infantile, et de clinique de maladie des enfants.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- EUG. MATHIEU, Professeur de Physiologie, et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.
- P.-C. DAGNEAU, Professeur d'anatomie descriptive, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur agrégé à l'Université Laval, chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie.
- C.-R. PAQUIN, Membre du Bureau des Médecins.
- D. PAGÉ, Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET.
- A. VALLÉE, Professeur agrégé, Anatomo-pathologiste à l'Hôtel-Dieu.
- P.-A. GASTONGUAY,
- O. LECLERC.
- G. PINAULT.
- JOS. VAILLANCOURT.
- P.-A. SAVARD.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU
BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, C.-R. PAQUIN,
D. PAGÉ, A. SIMARD, A. ROUSSEAU,
N.-A. DUSSAULT, P.-C. DAGNEAU, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

MEDECINE PRATIQUE

CONTRE LES TRAITEMENTS SYSTEMATIQUES DE L'ENTERITE MUCO-MEMBRANEUSE ET DES MUCORRHEES

Par M. LOEPER

Professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Malgré les nombreux travaux parus sur cette question, le traitement de l'entérite muco-membraneuse ne peut être considéré comme établi, à l'heure actuelle, sur des bases indiscutables. Les auteurs sont loin d'être d'accord sur l'origine et la nature de cette affection et proposent pour l'expliquer des processus pathogéniques absolument opposés; aussi, pour la traiter, leurs méthodes sont-elles très différentes.

De ce fait qu'on constate chez une malade atteinte d'entérocélite une lésion péritonéale, une affection salpyngienne, voire une appendicite, on n'a pas le droit de considérer toutes les entérocélites comme d'origine péritonéale, ovarienne ou appendiculaire; l'existence de troubles dyspeptiques, de phénomènes atténués d'insuffisance hépatique, la présence de stigmates arthritiques ou goutteux, l'élimination, par les selles, d'oxalates ou d'acide urique

Syphilis
Artério-sclérose, etc.
(Ioduro-Enzymes)
Todure sans Todisme

Todurase

de COUTURIEUX,
57, Ave. d'Antin, Paris,
en capsules dosées à 50 ctg. d'Io-
dure et 10 ctg. de Levurine.

(Combe, Teissier), la présence ou la constance de la constipation, ne sont pas suffisantes à affirmer l'origine dyspeptique, biliaire, diathésique ou coprostatique de la maladie. Il n'est pas jusqu'aux infections intestinales antérieures, dont l'importance est pourtant considérable, aux troubles de l'état névropathique et aux lésions nerveuses déterminées, quelle que soit leur fréquence à l'origine de la maladie, sur lesquels on puisse fonder à coup sûr une pathogénie certaine et univoque de la maladie.

L'expérimentation est d'ailleurs venue montrer combien sont variées les causes qui, chez l'animal, peuvent déterminer l'apparition de mucorrhées; ce sont d'abord les infections et les toxoinfections par des produits microbiens (toxine diphtérique, Courmont), (pyocyanique, Charrin, ou même les intoxications par des substances minérales dont les unes sont étrangères à l'organisme et d'autres, comme l'acide oxalique et l'acide urique (Roger et Trémolières) peuvent encombrer les humeurs de certains individus. La suppression de l'excrétion biliaire chez l'animal semble favoriser également la production de mucus et de membranes. L'excitation du système nerveux abdominal dans les expériences de Hallion, Soupault et Jouaust, Laignel-Lavastine, etc., du pneumogastrique, dans celles de Roger et Trémolières, font également apparaître expérimentalement l'entéro-colite muco-membraneuse.

Tout au moins peut-on affirmer que ces diverses irritations intestinales d'origine nerveuse, microbienne ou toxique exagèrent la production du mucus. Pour expliquer sa coagulation on doit encore faire intervenir un autre facteur: c'est, dans les expériences de Roger et Trémolières, l'hyperactivité du ferment coagulant, la mucinase; dans d'autres travaux la stase et le spasme intestinal, dans quelques recherches personnelles enfin ¹, l'exagération de la richesse calcaire du milieu digestif.

1. LOEPER. — Le rôle de la chaux dans la coagulation du mucus intestinal *Soc. de Biologie*, 1909.

A point de vue clinique donc, comme au point de vue expérimental, l'entéro-colite muco-membraneuse apparaît comme une maladie extrêmement complexe, à laquelle une multitude de causes variées sont susceptibles de donner naissance.

Pourtant la plupart des cliniciens, à l'heure actuelle, désireux de maintenir l'entéro-colite à son rang d'entité morbide, s'efforcent encore de lui attribuer une pathogénie à peu près univoque, et, suivant leurs tendances, la considèrent tantôt comme d'origine infectieuse, tantôt comme d'origine nerveuse.

*
* *

L'anatomie pathologique est-elle susceptible d'apporter aux uns et aux autres des arguments convaincants? Certainement non. D'abord ces examens sont rares et puis, fait assez curieux, ces mêmes lésions apparaissent aux uns la preuve de l'irritation nerveuse simple, et aux autres, la preuve d'une infection intestinale bien caractérisée.

En 1887, MM. Rothmann, et un peu plus tard Edwards constatent dans un cas d'entéro-colite muco-membraneuse l'intégrité presque absolue ou tout au moins des lésions à peine marquées de la muqueuse intestinale. On devine l'importance que prennent ces examens anatomiques pour les partisans de la théorie nerveuse. Cinq ans plus tard, le même Rothmann, examinant l'intestin d'un malade atteint d'entéro-colite conclut à l'existence d'altérations, qu'il dit être très prononcées et que cependant le protocole de l'autopsie montre vraiment assez légères. Les partisans de la théorie organique ne pouvaient manquer de donner à cette observation un relief tout particulier.

2. COMBE. — Traitement de l'entérocologie muco-membraneuse. Baillière, 1911, p. 180.

Ils font également grand état du cas rapporté par MM. Combe et Marullaz ², dans lequel les altérations muqueuses sont si peu accentuées qu'aucun histologiste ne peut les considérer comme caractéristiques d'une entérite infectieuse grave.

L'amincissement de la couche muqueuse, l'état anhyste de la muscularis, la faible augmentation des épithéliums glandulaires, sont des lésions assez banales dans les autopsies. J'admets que l'infiltration lymphatique périvasculaire est plus intéressante, mais elle est peu marquée dans la plupart des points, et les follicules sont à peine hypertrophiés. D'ailleurs, si l'on veut voir dans cette infiltration comme un stigmate anatomique de l'inflammation, où est la preuve que cette inflammation est microbienne et intestinale et non toxique et humorale? Elle existe dans certaines intoxications comme l'hydrargyrisme chronique, et il ne vient à l'idée de personne de ranger la colite mercurielle dans les entéropathies infectieuses ou tout au moins exclusivement microbiennes.

Il est donc impossible jusqu'à présent de trouver dans l'étude anatomique de l'intestin des entérocolitiques l'ombre d'argument probant en faveur de l'une ou l'autre théorie.

L'étude de la fausse membrane peut-elle nous donner des renseignements plus précis? Elle est, comme on sait, surtout formée de mucus concrété, disposé en strates ou lames parallèles, alternativement muqueuses et muco-épithéliales (Esmonet et Nattan-Larrier). Laboulbène, Krysinski et nous-même, avec Esmonet, avons insisté sur l'absence presque constante de fibrine ¹. Or, la fibrine est une conséquence de l'inflammation, le mucus au contraire résulte d'une hypersécrétion simple; distinction un peu schématique, mais assez exacte en pratique.

Pourtant certaines membranes contiennent de la fibrine et du mucus des leucocytes polynucléaires à côté de leucocytes éosino-

1. LOEPER et ESMONET. — L'entérocolite muco-membraneuse. « Manuel des maladies du tube digestif ». Masson 1907.

philes et de lymphocytes. L'hypersécrétion n'est donc pas la cause constante ou unique de leur formation; un processus pathogénique se surajoute parfois et ce processus est inflammatoire.

Q'est-ce à dire, sinon que l'entérite muco-membraneuse n'est pas une maladie, mais un syndrome, *qu'il n'existe pas une entérocolite mais des mucorrhées*, dont les unes sont des accidents, et les autres des états morbides mieux définis et plus persistants. Il existe des mucorrhées mécaniques, dyspeptiques, inflammatoires. Il existe des mucorrhées toxiques, infectieuses, des mucorrhées d'hypersécrétion et des mucorrhées entéritiques. De ce groupe émergent, comme l'avait bien vu Nothnagel, deux types qui conservent une certaine individualité : la colite inflammatoire et hypergénétique que M. Combe voit presque partout, et l'entéronévrose qu'il ne voit à peu près nulle part.

La première comporte des lésions intestinales inflammatoires, la seconde ne se révèle anatomiquement que par l'hypergénèse muqueuse; la première donne naissance à des membranes en partie muqueuses et un peu aussi fibrineuses, la seconde à des mucosités formées uniquement de lames de mucine concrétées. La première est une maladie intestinale, la seconde apparaît comme un trouble du système nerveux abdominal, parfois comme une névrose, parfois comme une névralgie ou une névrite corliaque; elle représente la détermination spastique, mucorrhéique et douloureuse d'une *cœlialgie*.

Je préférerais lui donner le nom plus précis et plus pathogénique d'*entérospasme mucorrhéique* par opposition à l'autre qui est une *colite*.

*
* *

On comprend, en présence de la multiplicité des causes et de la multiplicité des types cliniques, combien il est irrationnel d'appliquer aux mucorrhées un traitement identique. Bien peu guéri-

ront uniquement par ce régime farineux et ce traitement antiputride qu'imposent, souvent avec exagération, les partisans de l'origine infectieuse. Les médicaments nervins, l'isolement, la psychothérapie ne suffiront pas non plus à la guérir, quelle que soit la conviction des partisans de l'origine névropathique. Il serait désirable de pouvoir appliquer à chaque variété le traitement commandé par sa propre pathogénie. Malheureusement, la distinction en clinique est souvent difficile à faire de façon absolue et de plus, son point de départ fut-il évident, l'entéro-colite constituée se manifeste par des symptômes trop complexes et des troubles trop variés pour bénéficier d'une méthode de traitement trop exclusive.

Je ne puis donner ici une étude complète du régime et du traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse que l'on peut trouver facilement ailleurs. Je me bornerai à faire sur certains points de ce régime et de ce traitement les réserves indispensables et à montrer l'importance que prend, à côté du traitement intestinal, la thérapeutique générale souvent trop négligée.

Régime. — Nul ne conteste aujourd'hui que, tout au moins dans ses phases aiguës, l'entéro-colite muco-membraneuse exige le régime lacto-farineux. Il n'est irritant ni pour l'intestin ni, ce qui est bon à noter, pour l'organisme. Mais peut-être oublie-t-on trop dans certains milieux que le lait et les farines de légumineuses doivent occuper dans ce régime une place considérable. Certes, les farines de céréales sont des aliments assez pauvres en albumine, dont la proportion ne dépasse guère 10%, et de plus leur albumine, très analogue au gluten, est une albumine imputrescible. Cette considération suffirait à imposer ces farines, comme le veut M. Combe, si toutes les entérites étaient vraiment la conséquence de putréfaction intestinale. Or il en est où la putréfaction ne joue aucun rôle, et les travaux de M. Roger ¹ ten-

1, ROGER. — Alimentation et digestion, Masson 1907.

dent à montrer que, malgré la putréfaction, le contenu du gros intestin est loin d'être aussi toxique qu'on le croyait jusqu'à ce jour.

J'ajoute que leur faible proportion d'albumine diminue précisément beaucoup la valeur nutritive de ces farines. Si les recherches de Krauss, de Munck et de Rübner montrent que les farineux augmentent l'assimilation de l'azote animal ingéré parallèlement, elles ne démontrent nullement que les *farines ingérées apportent à elles seules la nourriture azotée suffisante*. En outre, le gluten des céréales est une albumine parfaite pour les animaux, particulièrement pour les herbivores. Il n'est nullement prouvé qu'elle soit une albumine parfaite pour l'organisme et les tissus des omnivores qui ont l'habitude de se nourrir depuis de longs siècles d'alimentation mixte.

Il faut donc donner à ces malades une albumine proche de l'albumine animale; il faut augmenter la *ration azotée de leurs tissus* et insister beaucoup sur l'introduction du lait dans leur alimentation. S'il n'est pas supporté pur, on le donne associé aux céréales et aux farines de légumineuses, ou on lui substitue un lait fermenté quelconque, ou les dérivés du lait sous forme de fromage blanc, de fromage frais, et la caséine sous toutes ses formes.

Le lait et les légumineuses ont encore un autre avantage: leur richesse en matières minérales. J'ai montré combien était pauvre en chaux l'alimentation farineuse quotidienne d'un entéro-colitique et combien était au contraire abondante sa décalcification par la voie intestinale. Le lait et les légumineuses apportent aux farines qu'on leur associe la quantité de carbono-phosphates calcaires et d'autres substances minérales nécessaires.

M. Combe prolonge le régime farineux plus ou moins strict pendant plus de six mois et les malades ont tendance à le prolonger d'eux-mêmes pour ainsi dire indéfiniment. Il faut, dès que les symptômes inflammatoires sont passés, introduire dans l'alimentation des malades une certaine quantité de viande pulpée, à

un seul repas, et même la viande cuite à quelques jours d'intervalle.

L'interdiction du blanc d'œuf ne me paraît pas absolue à condition qu'il soit un peu cuit, et absorbé de préférence sous la forme de gâteaux au blanc d'œuf battu, surcuits au four, sortes de "tuiles" sans amandes.

Je n'insiste pas sur les traitements purement végétariens, qui sont fortement minéralisés, mais qui contiennent une quantité trop insuffisante d'albuminoïdes pour ne pas relever au premier chef des critiques que je viens de formuler à l'égard du régime trop exclusivement farineux.

*
* *

Médications et médicaments. — Il n'est pour ainsi dire pas d'entéro-colitique qui ne soit, avant l'apparition de son entérocolite, pendant son évolution ou après sa guérison, fortement atteint au point de vue général et au point de vue nerveux.

La cause de ces troubles secondaires réside souvent dans la prédisposition individuelle, plus souvent encore dans l'irritation intestinale elle-même et l'insuffisance d'assimilation qu'elle entraîne; fréquemment aussi, il faut bien le dire, *dans la trop grande rigueur de son régime alimentaire.* Beaucoup font de la psychasthénie et de la neurasthénie, quelques-uns même sont susceptibles de faire des localisations tuberculeuses au poulmon. Il ne suffit donc pas d'évacuer l'intestin pour diminuer l'intoxication, de donner un régime antiputrescible et antiseptique, d'administrer des médicaments antispasmodiques, de faire agir tel ou tel topique pour modifier l'hypersécrétion intestinale, il faut aussi faciliter l'absorption des aliments utiles et particulièrement des albumines pour l'administration de médicaments ou de ferments digestifs, calmer le système nerveux en même temps que le tonifier et relever l'état général.

Dans le groupe des médicaments que l'on pourrait appeler "eupeptiques", on peut faire entrer le phosphate de soude et le sulfate de soude à petites doses, les combinaisons chlorhydro-peptiques artificielles ou les sucs gastriques naturels, enfin la pancréatine, associée ou non à l'extrait de bile ou à l'extrait de muqueuse intestinale. Chacun de ces produits sera particulièrement indiqué dans les insuffisances gastriques, pancréatiques ou biliaires. On peut espérer de leur action une digestion plus parfaite des produits albumineux et hydrocarbonés: par conséquent une augmentation de l'assimilation et une diminution des putréfactions secondaires.

La belladone ne suffit pas toujours à calmer l'éréthisme du système nerveux abdominal. On peut lui associer la *valériane*, qui agit à la fois sur les plexus périphériques et sur les centres cérébro-médullaires. Elle est certainement mieux supportée que les bromures, bien que les bromures de strontium et de calcium donnent souvent, dans les entéro-colites à prédominance nerveuse, de bons résultats.

Je ne reviendrai pas sur les agents physiques, compresses chaudes ou froides, compresses d'alcool (Esmonet), compresses révulsives, électrisation, galvano-faradisation, massage, etc., qui sont des médications excellentes, convenant plus spécialement à certains cas, mais auxquelles on ne peut demander de guérir la totalité des mucorrhées.

Il est fort important de tonifier le système nerveux d'un entéro-colitique, mais il est aussi fort difficile de le tonifier sans l'exciter. C'est ainsi que la *strychnine*, la *noix vomique*, sont des médicaments dangereux parce qu'ils excitent la fibre intestinale et qu'on doit les prohiber tant en ingestion qu'en injection sous-cutanée. J'en dirai presque autant des cacodylates et des méthylarsinates, dont l'élimination intestinale est souvent irritante. Les seuls produits qui paraissent convenir sont des combinaisons phosphorées sous forme de lécithine, de phytine, de glycéro-

phosphate de soude, et même l'huile camphrée en injection sous-cutanée.

Ces différents produits apportent à l'organisme une substance tonique nécessaire et facilitent la plupart du temps, comme l'ont montré les recherches de Flamini et His, l'assimilation des substances minérales et surtout de la chaux.

La médication reminéralisatrice doit consister également dans l'administration de ce que j'ai appelé les *calcifiants directs*, c'est-à-dire ceux qui contiennent de la chaux en nature, par opposition avec les précédents, qui sont des *calcifiants indirects*¹. Il serait désirable de pouvoir injecter directement sous la peau du glycérophosphate de chaux; malheureusement ce produit est souvent irritant et ne peut être injecté qu'à très faible dose. Par voie digestive, la chaux augmente souvent la constipation et les effets du chlorure de calcium sur la mucorrhée sont assez problématiques. Il faut associer les glycérophosphates de chaux à d'autres combinaisons salines d'acide glycérophosphorique.

Tel est le traitement et le régime général qu'il est indispensable de donner aux malades mucorrhéiques pour éviter les fâcheuses répercussions qu'exerce la lésion intestinale sur le système nerveux et la nutrition, et le système nerveux et la nutrition à leur tour sur la lésion intestinale. On pourra compléter ultérieurement ces indications par les cures de repos, les cures climatiques et les cures thermales. Il est à peine besoin de rappeler les noms de Plombières, Brides et Châtel-Guyon, et même, dans certains cas, Vichy et Royat. Chacune de ces stations thermales, tant par la constitution même de ses eaux que par les méthodes de traitement qui y sont appliquées, conviennent bien souvent autant à la thérapeutique des troubles de la nutrition générale et du système nerveux qu'à celle de la lésion intestinale.

1. M. LOEPER. — Nécessité du régime récalcifiant dans les entérites. *Soc des Hôp.*, juillet 1910. « Leçons de pathologie digestive ». Masson 1911.

LA GRIPPE ¹

—

Par M. le Dr LE GENDRE

Messieurs,

Nous traversons actuellement une épidémie de grippe, et j'ai pensé que, pour profiter des cas que nous observons dans nos salles, je ferais bien de vous résumer les caractères principaux de cette maladie. Sa description dans les Traités de pathologie semble parfois un peu confuse à cause de la multiplicité de ses déterminations viscérales et des aspects cliniques qui ont été observés au cours des grandes épidémies de 1890 et 1891. Je désire vous exposer aujourd'hui les *localisations fondamentales* de la grippe et son *évolution très spéciale*, en demeurant sur le terrain clinique et en effleurant à peine le côté microbiologique.

Un premier caractère est la *brutalité de l'invasion*: le grippé paraissait en bonne santé, lorsque brusquement il est pris d'un frisson intense, d'une céphalalgie subite, parfois d'un vertige, d'un état lipothymique ou même syncopal, de toute façon d'un phénomène nerveux violent comme symptôme initial. Voilà un fait qu'il faut retenir et invoquer en faveur de la grippe dans les cas où le diagnostic est hésitant.

Si la grippe est bénigne, tout consistera en une fièvre transitoire avec mal de tête, phénomènes plus ou moins douloureux diversement localisés, anorexie et fatigue profonde. Au bout de 24 heures ou 48 heures, les symptômes disparaissent et la maladie ne laisse pas de séquelles autres qu'une dépression des forces hors de proportion avec sa courte durée.

(1) Leçon du 14 janvier, recueillie par M. Paillard et revue par M. le Dr Le Gendre.

En général et surtout dans les épidémies, la grippe affecte une allure toute autre et offre une des déterminations suivantes.

La localisation *rhino-pharyngée* est la plus fréquente; le malade, pris de coryza, éternue comme dans un rhume banal, ou, comme dans un début de rougeole, a du catarrhe conjonctival avec larmolement. Mais il y a ici quelque chose de plus: des douleurs sus-orbitaires, circum et rétro-oculaires qui semblent diffuser dans les massifs osseux voisins (nous verrons d'ailleurs que la sinusite n'est pas rare comme complication); ces douleurs sont souvent assez intenses pour arracher de vives plaintes aux malades, mêmes les moins douilletts.

Les voies respiratoires inférieures sont le plus souvent atteintes ensuite d'un catarrhe diffus: c'est la forme *thoracique*, et l'on observe, suivant le cas, le catarrhe trachéo-bronchique, la bronchite banale ou capillaire, la congestion pulmonaire à foyers successifs ou massive, la broncho-pneumonie, la pneumonie lobaire et des formes plus rares, comme la spléno-pneumonie.

L'évolution du catarrhe ou du raptus congestif descendant est plus rapide que dans n'importe quelle autre infection (c'est le Blitz-katarrh des Allemands, catarrhe en éclair). A peine a-t-on constaté la trachéo-bronchite que déjà des râles fins apparaissent dans le parenchyme aux extrémités de l'arbre bronchique. A l'une ou l'autre des bases ou aux deux à la fois, ou sur la ligne axillaire, s'installent des foyers congestifs au niveau desquels la respiration est abolie, le son de percussion diminué et où se perçoivent des râles plus ou moins nombreux, assez fins ou souvent comme visqueux ou poisseux, c'est-à-dire donnant à l'oreille l'impression de rares bulles d'air circulant avec peine à travers des bronchioles engluées par un exsudat collant. A ce niveau aussi, le poumon semble comme atelectasié, il se laisse difficilement pénétrer par l'air et cela est dû à la bronchoplégie, à la parésie des extrémités bronchiques, résultat probable de l'adynamie nerveuse, qui prend ici une grosse importance.

Il faut ajouter que, à l'inverse de ce qu'on voit dans une congestion pulmonaire banale où le foyer se déterge rapidement, les signes stéthoscopique s'immobilisent souvent ici pendant un temps prolongé : alors même que l'état général sera amélioré, l'auscultation révélera encore des râles et une insuffisance du murmure respiratoire attestant un foyer à allure torpide. Donc, la rapidité de pénétration de l'infection des parties supérieures dans les parties inférieures des voies respiratoires, la localisation prompte à apparaître, lente à disparaître des foyers congestifs, telles sont deux particularités saisissantes de la forme thoracique de la grippe.

La forme nerveuse se traduira essentiellement par des douleurs multiples et par une asthénie profonde. Il peut ne pas exister de localisation sur les voies respiratoires, à peine une fugace hyperémie nasale ou pharyngée et, à part l'état de la langue, on peut ne pas observer de troubles digestifs.

Tantôt les douleurs sont localisées et affectent la forme de névralgies cranienne, occipitale, intercostale, du trijumeau; tantôt c'est une rachialgie (tellement intense parfois qu'elle peut faire songer à un début de variole), douleurs dans les membres, quelquefois si vives et si rapides qu'elles peuvent simuler les douleurs fulgurantes du tabès; tantôt l'endolorissement est diffus, contusifforme: le malade est "brisé, comme roué de coups", il "a mal partout". Dans d'autres cas, les arthralgies prédominent au point de faire penser à une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Quant à l'asthénie, elle est frappante : le malade demeure inerte dans son lit, n'a ni envie de boire, ni envie de manger, éprouvant une sensation de fatigue indicible, mais d'ailleurs parfaitement lucide, s'analysant exactement et répondant bien aux questions.

La forme gastro-intestinale intéresse en réalité toute la longueur du tube digestif. La langue peut n'être que banalement

saburrale ou jaunâtre, mais il existe dans beaucoup de cas un aspect spécial, dit "porcelainique", bien décrit par Faisans et par Josserand: la langue étalée est recouverte d'un enduit blanc à reflet bleuâtre qui persiste longtemps et peut aider au diagnostic.

Il peut n'exister qu'un état nauséux, mais il a souvent des vomissements pénibles, réitérés, muqueux ou bilieux, des douleurs abdominales diffuses avec diarrhée, du météorisme, qui peuvent prendre un place prépondérante dans le tableau clinique et faire errer le diagnostic dans le sens d'une fièvre typhoïde, d'autant plus que souvent on constate de la splénomégalie.

L'évolution de ces troubles gastro-intestinaux est tantôt rapide, tantôt lente et prolongée; plusieurs localisations secondaires peuvent apparaître: l'appendicite, toujours très fréquente au moment des épidémies de grippe (bien souvent d'ailleurs l'appendicite banale est précédée de phénomènes grippaux légers); l'ictère catarrhal qui relève d'une angiocholite ascendante ou diffuse; plus rarement, la cholécystite.

Tels sont, schématiquement, les divers aspects de la grippe; mais en clinique, les formes ne sont que rarement aussi tranchées; les symptômes *s'associent*, réalisant des formes mixtes, ou parfois *se succèdent* dans un ordre variable, prolongeant la maladie pendant plusieurs semaines.

Au cours de ces différentes manifestations, on peut voir apparaître, comme dans toutes les maladies infectieuses, des symptômes cutanés, des *érythèmes* ou exanthèmes.. Les premiers observés furent pris pour des éruptions médicamenteuses (quinine, antipyrine), mais bientôt on dut reconnaître qu'ils relevaient de la maladie elle-même; vous pourrez voir des érythèmes scarlatini-formes, rubéoliformes, parfois purpuriques; dans quelques cas, enfin, d'aspect varié et polymorphe qui sont probablement les conséquences de troubles vaso-moteurs toxiques et non d'emboles microbiennes.

La *fièvre* peut manquer dans les formes bénignes; mais elle

existe dès l'invasion dans la plupart des cas, passagère ou durable; elle n'affecte pas une évolution cyclique, ni caractéristique; du moins peut-on décrire les aspects principaux de la courbe thermique. Dans un premier type, il y a ascension brusque de la température et, au bout de peu de temps, descente rapide ou en lysis; cette défervescence thermique n'indique d'ailleurs pas toujours la fin de la maladie et ce serait une erreur que d'en faire le principal élément du pronostic. Dans un second type, il y a ascension thermique, descente brusque, réascension brusque; la courbe prend l'aspect d'un clocher renversé ou d'un V (V grippal de J. Teissier). Enfin dans un troisième type, la fièvre est rémittente quotidienne ou franchement intermittente et le diagnostic se pose parfois avec le paludisme ou les suppurations localisées.

Les *complications* de la grippe sont plutôt des localisations plus rares que des complications véritables. On ne peut établir une ligne de démarcation très nette entre les symptômes et les complications de la maladie, ni au point de vue clinique, ni au point de vue bactériologique, car on sait l'influence prépondérante que prennent dès le début, dans la grippe, les infections secondaires; que le microbe initial soit ou non le bacille de Pfeiffer, il est certain que rapidement on se trouve en face d'un polymicrobisme qui se déchaîne sur un organisme dont les défenses sont amoindries. Ce seront surtout des phénomènes suppuratifs qui viendront surcharger le tableau clinique.

On observe des *sinusites*, soit catarrhales, soit suppurées, sinusite maxillaire, sinusite frontale, plus grave, puisqu'elle peut entraîner une méningite par voie ethmoïdienne — des *otites moyennes*: l'infection s'est propagée par la trompe d'Eustache et provoque une suppuration de la caisse du tympan, pouvant elle-même se compliquer de mastoïdite et de méningite; la plupart du temps, le malade attire de lui-même l'attention sur la complication auriculaire; mais chez les enfants, chez les malades très déprimés,

incapables de se plaindre avec précision, il faudra rechercher de parti pris l'état de l'oreille et de la mastoïde.

Outre les méningites consécutives aux sinusites et aux otites, il peut exister des *méningites* qui apparaissent d'emblée et peuvent être méconnues sous la ponction lombaire, car la céphalée est un symptôme banal au début de la grippe; on peut voir même des réactions méningées très atténuées que permet seul d'affirmer l'examen du liquide céphalo-rachidien, comme j'en ai signalé un cas avec Eugène Terrien.

Les complications *cardio-vasculaires* sont d'ordre nerveux ou d'ordre infectieux; dans le premier cas, lipothymies, *états syncopaux*, tachy ou bradycardie, ou arythmie; dans le second, cardiopathie (endo-péricardite, myocardite) qui peut survivre à la grippe et constituer une lésion permanente, éventualité à vrai dire rare.

La *phlébite* est une complication fréquente, avec localisations successives pouvant immobiliser le malade pendant des semaines, des mois; mais l'artérite, l'aortite, sont rares.

Au niveau de l'*appareil respiratoire*, deux complications sont toujours à craindre: la *pleurésie purulente*, la *gangrène pulmonaire*.

Les pleurésies purulentes sont extrêmement nombreuses au cours des grandes épidémies de grippe et surtout elles évoluent avec une très remarquable rapidité: aussitôt les signes d'épanchement pleural constatés chez un malade, il faut pratiquer une ponction exploratrice et, s'il y a du pus, conseiller la thoracotomie immédiate. Il faut songer à la possibilité de pleurésies interlobaires qui veulent être recherchées si elles ne déterminent pas de vomiques.

La gangrène pulmonaire peut être annoncée par une violente douleur thoracique localisée ou, silencieuse au début de son évolution, devient brusquement évidente par la constatation d'une haleine, puis d'une expectoration horriblement fétides; il peut

s'agir soit d'un très petit foyer lobulaire qui guérit spontanément, soit d'un foyer moyen à propos duquel se pose la question d'une intervention chirurgicale, soit enfin de sphacèle lobaire qui entraîne inévitablement la mort.

Il est exceptionnel que la grippe provoque du côté du *rein* une hématurie; il est fréquent, par contre, de constater une albuminurie légère à la période aiguë, parfois cette albuminurie persiste et traduit une néphrite chronique. Enfin j'ai rencontré quelques rares cas de cystite.

On peut observer après la grippe des *névrites* et *polynévrites*, qui donnent lieu à des complexus variés de douleurs et de paralysie suivant les nerfs frappés, comme toutes les névrites toxiques ou post-infectieuses.

Plus rarement, on a observé des syndromes liés aux myélopathies et aux encéphalopathies, des psychoses durables; mais il n'est pas très rare d'observer des troubles hallucinatoires et délirants passagers chez les grippés à antécédents névropathiques.

La grippe présente un *polymorphisme* non douteux suivant les épidémies: tantôt il s'agit surtout de gripes à forme thoracique, tantôt de formes gastro-intestinales, tantôt de formes nerveuses; dans les grandes épidémies, nous avons vu principalement jusqu'ici des formes nerveuses brièvement fébriles avec quelques localisations respiratoires broncho-pneumoniques ou des troubles digestifs. Pourtant nous venons de voir une petite gangrène pulmonaire. Que va devenir l'épidémie actuelle? Il est impossible de le prévoir: parmi celles qui l'ont précédée, les unes ont débuté par des cas bénins et se sont progressivement signalées par des cas de plus en plus graves; d'autres, brutales d'abord, sont devenues rapidement moins inquiétantes. Aucune loi ne peut être établie à cet égard.

Dans la convalescence de la grippe, les rechutes sont très fréquentes; le refroidissement en est la cause la plus commune, d'où la nécessité absolue de rester chez soi, jusqu'à la guérison com-

plète, à l'abri des variations thermiques, qui exercent sur l'apparition de la grippe une influence indubitable ; lorsque, par exemple, après un "coup de froid", survient un dégel instantané, la maladie sévit presque fatalement.

De plus, la convalescence peut *se prolonger* d'une façon anormale ; ne quittez jamais un de vos malades avant qu'il soit entièrement revenu à la santé. Ici c'est un foyer pulmonaire qui n'en finit plus ; là c'est une gastrite, une entérite qui peuvent durer des mois ; parfois on observe une anorexie prolongée qui entraîne une dénutrition suffisante pour favoriser le développement de la tuberculose ; parfois encore c'est un état neurasthénique qui va être déclenché par une grippe d'apparence bénigne et durera des mois ; évidemment, il faut dans ce cas un terrain spécial, et la grippe n'a joué que le rôle d'une circonstance occasionnelle.

Bien souvent, en effet, elle donnera *un coup de fouet aux tares latentes* ; c'est après la grippe qu'on verra par exemple se manifester un foyer tuberculeux pulmonaire, osseux, ganglionnaire, jusque-là à peu près latent ; dans les mêmes conditions, un cardiaque, un artérioscléreux deviendront et demeureront hypodynamiques.

Le *diagnostic* de la grippe est à faire dans des conditions assez différentes : le catarrhe nasopharyngien fera parfois songer à un début de rougeole ; la rachialgie à la variole, et quelquefois une éruption cutanée, l'angine, les vomissements, l'élévation brusque de la température, pourront faire hésiter entre la grippe et la scarlatine.

La céphalée devra être distinguée de celle des méningites, méningite cérébro-spinale surtout, car la méningite tuberculeuse présente une évolution beaucoup trop lente en général pour être comparée à celle de la grippe. La ponction lombaire doit être faite dès que le doute surgit.

Dans le cas où la prostration est intense, il faut établir le diagnostic avec la fièvre typhoïde et avant l'ère de la séro-réaction,

c'était là parfois une tâche vraiment malaisée; il ne manquait pas alors de cas où le clinicien restait hésitant jusqu'à ce qu'une hémorragie intestinale vint trancher le diagnostic. La fièvre, la céphalée, l'asthénie, la grosse rate, le catarre bronchique existent dans les deux cas: les taches rosées, quand on les observe, imposent le diagnostic de typhoïde; encore ne faut-il pas les confondre avec quelque roséole grippale. Dans l'épidémie actuelle nous remarquons que les cas de dothiéntérie à forme thoracique évoluent côte à côte avec des grippez thoraciques, en assez grand nombre pour mettre le clinicien dans un sérieux embarras en l'absence du séro-diagnostic. Il ne faut donc jamais manquer de le pratiquer dans tous les cas douteux.

La grippe peut être quelquefois confondue avec le rhumatisme articulaire, avec la tuberculose aiguë; une analyse soigneuse des symptômes et des antécédents permettra le plus souvent d'éviter ces erreurs, du moins la première.

Le *pronostic* de la grippe est bénin dans l'enfance; il est grave chez les individus âgés, et chez l'adulte il dépend de la résistance du sujet, du terrain, du plus ou moins grand nombre de tares antérieures. Manifestement aussi, il dépend de l'intensité des symptômes, de la multiplicité et du siège des localisations, des complications susceptibles de s'y surajouter.

Le *traitement* de la grippe est aussi complexe que le sont les symptômes, et nombreux sont les appareils auxquels il faudra porter secours.

Dans les premières épidémies de 1889 et 1890, tous les gripés appelaient en hâte les médecins, qui ne pouvaient pas toujours accourir, étant atteints eux-mêmes. Ce fut pour notre génération médicale un coup de surménagement épique que je ne vous souhaite pas. Le public et la plupart des médecins étaient déroutés par cette maladie en apparence nouvelle. Puis, quand on eut reconstitué l'identité historique de la grippe-influenza, quand on vit des épidémies bénignes et partielles succéder à la redoutable

pandémie, le public se rassura et actuellement le malade n'appellera souvent le médecin qu'au bout de 24 ou 48 heures; il a voulu se soigner lui-même, a pris de la quinine, du pyramidon ou de l'aspirine, au hasard de son inspiration; trop souvent il a perdu du temps et laissé s'invétérer des déterminations que l'on aurait pu enrayer.

Dans les cas où les symptômes thoraciques sont accusés il faut employer une révulsion active: ventouses sèches ou scarifiées, enveloppements froids et sinapisation réitérée.

Dans tous les cas, et surtout dans les formes nerveuses, on devra prescrire, de préférence en injections hypodermiques, les stimulants du système nerveux: l'huile camphrée, la strychnine, qui donne parfois des résultats merveilleux; la quinine semble devoir son efficacité surtout à ses qualités toniques. On prescrira également le café, du champagne, des grogs.

Pour calmer les douleurs, vous avez à votre disposition, outre la quinine, l'antipyrine et le pyramidon, l'aspirine, la phénacétine, isolés ou associés. Sachez en fractionner les doses et ménagez vos munitions pour ne pas vous exposer à manquer de ressources thérapeutiques vis-à-vis d'un grippé dont les douleurs sont tenaces et qui vous réclamera plusieurs fois du nouveau.

Contre la fièvre, les analgésiques précités sont presque tous aussi des antithermiques. Je vous recommande contre la fièvre tenace les injections hypodermiques de formiate basique de quinine, qui ont l'avantage d'être indolores.

Contre les localisations pulmonaires et l'état asthénique, le cacodylate de gaïacol, préconisé par Burlureaux, m'a rendu souvent de grands services.

Pour déterger les bronches, le benzoate de soude, la terpine, le chlorhydrate d'ammoniaque, le bicarbonate de soude, le baume de Tolu, pourront être donnés tour à tour suivant la localisation, l'abondance ou la nature des sécrétions.

Mais surtout il ne faut jamais employer de médication dé-

primante; pas de vomitif surtout pas d'antimoine, pas de purgations qui fatiguent les malades sans aucun avantage. L'ipéca peut être quelquefois manié à doses fractionnées sous la forme de poudre de Dover où il est associé à l'opium et au nitrate de potasse.

Dès le début de l'envahissement de la muqueuse nasopharyngienne, une antisepsie soigneuse doit être instituée: inhalations de vapeurs de benjoin, d'eucalyptus, de thym, introduction de pommade mentholée, boriquée, d'huile goménolée ou autres topiques. Mais surtout en général, pas de lavages des fosses nasales qui, mal faits, favorisent la production des otites en infectant les trompes. Au même point de vue, il est bon d'apprendre aux grippés à se moucher "médicalement", c'est-à-dire une narine après l'autre.

Enfin on devra surveiller l'apparition des complications (otiques, pleurales, etc.) pour les traiter dès leur début.

Pendant la convalescence, il convient de ne pas avoir un optimisme exagéré; il faut vérifier les sommets et, si quelque doute existe sur le bon fonctionnement de l'un d'eux, envoyer le malade au grand air, soit en cure de montagne, soit en cure marine. S'il persiste des troubles nerveux avec dépression générale, employer les médications reconstituantes et stimulantes: arsenic, strychnine, phosphates, hydrothérapie et agents physiques divers.

— :00 : —

TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES INTESTINALES DE LA FIEVRE TYPHOÏDE ¹

M. Hirtz fait la prescription suivante pour un cas d'hémorragie intestinale a cours d'une fièvre typhoïde:

1. *Journ. de méd. et de chir. prat.*

1° Cesser d'une façon absolue les bains et laisser le malade au repos le plus complet.

2° Ne donner comme alimentation que du bouillon glacé, du lait ou des tisanes glacées à petites doses.

3° Toutes les deux heures (7 fois dans la journée) faire prendre une cuillerée de la potion suivante :

Ergotine	8 grammes
Chlorure de calcium	6 “
Eau distillée	150 “

4° Dans l'heure intercalaire faire prendre une cuillerée à soupe de :

Extrait thébaïque	0 ^g 10
Sirop d'écorces d'oranges amères.	60 grammes
Eau	140 “

Lorsque le sang aura disparu des garde-robes, ou diminuera progressivement les doses d'opium et d'ergotine, on continuera la glace et on se gardera d'alimenter le malade autrement qu'avec des bouillons ou du lait glacé écrémé et étendu d'eau.

5° Maintenir en permanence sur le ventre une vessie de caoutchouc remplie de glace qu'on changera avant que toute la glace ne soit fondue. Un double jeu de sacs de caoutchouc permettra de substituer rapidement au sac appliqué sur le ventre le second sac rempli de glace, ce qui est de la plus haute importance.

Au sujet des hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde, M. Hirtz fait remarquer qu'en face d'une hémorragie intestinale de cause inconnue, il faut avoir soin de rechercher si le malade a de la fièvre, s'il présente des taches rosées lenticulaires, une augmentation de la matité splénique, etc., car le typhus ambulatorius peut se révéler comme premier signe par un accident de ce genre.

TRAITEMENT INTERNE DU LUPUS

On a conseillé en dehors du traitement local du lupus un traitement interne formulé de la façon suivante :

1^o Prendre matin et soir un des cachets :

Sulfate de quinine 0^g40

Bicarbonate de soude 0^g60

Pour un paquet, n^o 60.

2^o Après un mois de ce traitement, lui substituer la solution suivante :

Arseniate de soude 0^g10

Eau de laurier-cerise 25 grammes

Eau 225 “

Chaque cuillerée à café contenant 2 milligrammes d'arséniate de soude, on commence par 4 milligrammes (soit 2 cuillerées à café) et on va graduellement jusqu'à 16 milligrammes (soit 8 cuillerées à café). (*Le médecin praticien*).

—: 00: —

VACCINATION ANTITYPHIQUE

M. H. Vincent.—A l'occasion de la discussion sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde ouverte l'année dernière à l'Académie de médecine, une commission a été nommée, sur la

proposition de M. Chantemesse, à l'effet d'étudier la question de vaccination antityphique.

M. Vincent, chargé de ce rapport, rappelle l'histoire de la vaccination, les méthodes diverses proposées, les résultats qu'elle a donnés chez un très grand nombre d'individus, dans les armées anglaise, allemande, russe et américaine.

Il résume, comme il suit, le rapport présenté à l'Académie de médecine :

1^o La vaccination antityphique a été appliquée avec succès, depuis plusieurs années, dans les armées anglaise, allemande et américaine. Plus de 100,000 sujets ont été inoculés, soit dans leur pays d'origine, soit plus spécialement dans les colonies où ces militaires étaient envoyés, et où la fièvre typhoïde est très commune.

Les vaccins antityphiques les plus employés jusqu'ici ont été des vaccins bacillaires, c'est-à-dire des cultures de bacille d'Eberth tuées par la chaleur.

2^o Le bénéfice résultant de ces inoculations préventives ressort des statistiques comparées de la morbidité et de la mortalité par dothiéntérie, d'une part chez les militaires soumis à la vaccination d'autre part chez ceux qui n'ont pas été inoculés.

Les premiers ont présenté un chiffre de cas de fièvre typhoïde au moins deux fois plus faible que les seconds.

3^o La vaccination antityphique ne fait pas disparaître complètement la maladie infectieuse dans les milieux où elle est appliquée, mais elle en diminue très notablement la fréquence.

En outre, ceux des individus vaccinés qui contractent néanmoins la fièvre typhoïde, sont atteints beaucoup moins sévèrement que les sujets non vaccinés. Le pourcentage des décès survenus chez les premiers est deux fois moindre que chez les typhoïsants qui n'ont pas été soumis à l'inoculation.

4^o Une seule inoculation de vaccin bacillaire assure une protection moins efficace que deux ou trois inoculations. Pour la

vaccination par les autolysats de bacilles vivants, il est fait quatre injections.

5° Relative ou complète, l'immunité assurée par la vaccination antityphique paraît se prolonger pendant un à quatre ans. Il est donc utile, lorsqu'on veut entretenir cet état d'immunité, de recourir à la revaccination.

6° Quel que soit le vaccin employé, la vaccination antityphique s'est toujours montrée sans danger chez les très nombreux individus qui ont été inoculés.

Des faits observés par Wright, par Pfeiffer et Kolle, par Bassenge et Mayer, etc., il résulte que les injections de vaccins bacillaires morts, bien que tout à fait inoffensives, provoquent souvent de la fièvre ainsi que des symptômes locaux et généraux douloureux. Ceux-ci disparaissent en vingt-quatre à quarante-huit heures.

On a proposé l'emploi, comme antigène, d'autolysat, de bacille vivants; ce vaccin est beaucoup mieux toléré et ne provoque qu'une douleur faible ou nulle.

7° L'inoculation du vaccin antityphique bacillaire détermine quelquefois, pendant une à trois semaines, une diminution de la résistance du sujet vacciné à l'égard de l'infection éberthique. Il peut en résulter une prédisposition momentanée à cette infection. Bien que cette dernière soit niée par Leishman et par d'autres, il y a lieu de conclure, cependant, par mesure de prudence, que les inoculations vaccinales ne doivent pas être faites en période épidémique, ni chez les personnes qui se sont exposées avec certitude, depuis moins de trois semaines, à la contagion typhoïdique. La vaccination préventive doit, en conséquence, être généralement opérée avant l'époque habituelle de l'apparition des épidémies dans les localités et dans les milieux où on l'observe habituellement.

8° Pour la même raison et pendant la période qui suit immédiatement les inoculations, tout individu vacciné contre la fièvre typhoïde doit, par une surveillance attentive de son eau de bois-

son et de ses aliments, ainsi que par une hygiène individuelle et une propreté rigoureuses, prendre les précautions les plus strictes pour éviter les chances d'infection éberthique.

Cette période utile de précautions a une durée de deux ou trois semaines au plus.

9° Dans l'armée et dans la marine, la vaccination antityphique est appelée à rendre de réels services, plus particulièrement en Algérie-Tunisie ainsi qu'aux colonies, où la dothiéntérie est fréquente et grave. Lorsque aucun cas de fièvre typhoïde ni aucune menace épidémique ne règnent au lieu de destination des militaires et marins, les inoculations pourront être pratiquées à leur arrivée. Dans l'éventualité contraire, les inoculations devront précéder d'au moins trois semaines l'arrivée de ces jeunes gens dans la colonie où la maladie existe à l'état endémique ou épidémique.

10° La typho-vaccination doit être formellement proscrite chez tout sujet qui est en imminence de fièvre typhoïde, ou au début de celle-ci. Elle peut, en effet, aggraver l'affection.

La vaccination antityphique ne doit être pratiquée que chez les sujets parfaitement sains, exempts de toute tare viscérale ou autre, de toute affection locale ou générale, quelle qu'en soit la nature, notamment de tuberculose.

A moins de nécessité exceptionnelle, on doit éviter de vacciner les individus affaiblis, délicats, susceptibles de manifester une réaction trop forte contre l'antigène.

11° La vaccination contre la fièvre typhoïde ne peut être, dans l'état actuel, que facultative.

Toutefois il est très important et très utile d'en encourager l'emploi en faisant connaître aux collectivités, ainsi qu'aux militaires et aux nombreux sujets exposés à l'infection typhoïdique, le degré de protection que l'on peut attendre de cette méthode spécifique d'immunisation.

12° Les divers vaccins antityphiques provenant de cultures

tuées par la chaleur, et dont l'efficacité a été démontrée chez les animaux par Chantemesse et Widal, et, ultérieurement, chez l'homme, par Pfeiffer et Kolle, Wright, etc., sont également recommandables.

En raison des réactions douloureuses que les vaccins bacillaires déterminent souvent chez les sujets inoculés, il y a lieu de prendre en considération et de mettre en essai les vaccins obtenus par l'autolyse des bacilles vivants ou tout autre vaccin qui se sera montré inoffensif et efficace.

13° Parmi les personnes qui pourraient être appelées à bénéficier plus particulièrement de la vaccination antityphique, il convient de signaler.

a. Les médecins, internes, étudiants en médecine, infirmiers et infirmières des hôpitaux civils et des hôpitaux militaires;

b. Les sujets appartenant aux familles dans lesquelles auront été constatés des porteurs de germes;

c. Les jeunes gens des deux sexes venus d'une région salubre ou de la campagne, dans les villes qui sont des foyers habituels de fièvre typhoïde;

d. La population des villes où cette dernière maladie est fréquente;

e. Les militaires et les marins (officiers et hommes de troupe) envoyés soit en Algérie-Tunisie, soit dans les colonies où la fièvre typhoïde sévit à l'état endémo-épidémique.

Conclusion. — La conclusion générale que le rapporteur propose d'adopter découle de la longue série des observations scientifiques qui se sont accumulées, pendant ces dernières années. Ces constatations, faites chez l'homme, empruntent leur valeur à la fois à leur nombre et à leurs résultats qui sont pleinement démonstratifs. Elles se trouvent encore fortifiées par les appréciations unanimement émises en Angleterre, en Allemagne et aux États-Unis, par les personnalités médicales les plus hautes et les plus compétentes de ces nations.

Cette conclusion est la suivante:

Il y a lieu de recommander l'emploi facultatif de la vaccination antityphique comme un moyen rationnel et pratique de diminuer, dans des proportions sensibles, la fréquence et la gravité de la fièvre typhoïde en France et dans les colonies.

Cette recommandation s'adresse à tous ceux que leur profession, leurs conditions usuelles ou accidentelles d'alimentation ou d'habitat, leurs rapports quotidiens ou fréquents avec des malades ou des porteurs de germes, exposent à la contagion directe ou indirecte par le bacille de la fièvre typhoïde.

—:00:—

LES « PETITS SOINS » DANS LA FIEVRE TYPHOIDE

Par H. PALLARD, Interne des Hôpitaux.

La guérison de la typhoïde est toujours aléatoire si le médecin ne s'assure pas la collaboration d'une infirmière expérimentée, susceptible de donner ce que nous appelons les "petits soins", qui constituent en réalité une thérapeutique indispensable.

Nous étudierons: les soins de la bouche et des fosses nasales, ce qu'il faut faire boire au malade, et la manière de le faire boire, comment il faut administrer un lavement, les soins à prendre pour éviter les escarres dans les typhoïdes graves.

Soins de la bouche et des fosses nasales. — La langue sèche et rôtie, que l'on montre aux élèves comme un signe important de typhoïde, ne doit plus exister à partir du moment où le malade est régulièrement soigné: il y a là une cause d'infection et de dysphagie, par conséquent un double péril. Les gencives et les dents

devront être nettes. Le pharynx ne devra contenir ni croûtes ni mucosités.

Pour arriver à ces résultats, il ne suffit pas de barbouiller à l'aveuglette l'intérieur de la bouche d'un peu de glycérine. Il faut procéder avec méthode et s'occuper successivement : de la langue, des gencives, du pharynx. Il faut avoir à sa disposition : un mélange à parties égales de glycérine et d'eau de Vichy, une brosse à dents douce, des tampons d'ouate montés sur une pince, enfin une mince baleine de corset dont nous allons voir l'emploi.

Pour nettoyer la langue : on l'humectera soigneusement avec le mélange glycérine-eau de Vichy, afin de ramollir les croûtes et les exsudats, ceux-ci doivent alors être enlevés en totalité ; on y arriverait pas, ou très mal, en employant simplement des tampons montés : il faut *gratter* véritablement la langue et pour cela se servir de la baleine de corset recourbée en boucle, qui constituera un instrument à la fois rigide et moussu avec lequel on racle la langue d'arrière en avant ; on pratique ainsi un nettoyage complet, rapide et indolore. Insistons sur la nécessité d'aller racler suffisamment loin, jusqu'à la base de la langue.

Pour nettoyer les gencives : on balayera, à l'aide de tampons montés, les sillons gingivaux, puis on nettoiera à l'aide de la brosse les insertions dentaires.

Pour le pharynx : on se servira de tampons fixés sur des pinces suffisamment longues, on les humectera légèrement, puis, sans brutalité, mais sans crainte, on ira jusque dans le fond du pharynx enlever les mucosités qui s'y accumulent fréquemment, surtout si le malade reste dans le décubitus dorsal.

Une fois le nettoyage bucco-pharyngé terminé, on fera sucer au malade quelques gouttes de jus de citron qui excitent légèrement la sécrétion salivaire (balayant les canaux excréteurs) et produisent une sensation agréable dont le malade est reconnaissant.

Mais ce qu'il y a de plus important, c'est que le malade *peut*

boire quand il a la bouche nette, alors que c'était bien difficile, sinon impossible, auparavant.

Le nettoyage de la bouche devra être renouvelé, au moins quatre fois dans les vingt-quatre heures. En ce qui concerne les fosses nasales, la désinfection ne peut évidemment pas être aussi directe. Aussi faudra-t-il se contenter de déposer à l'aide d'un compte-gouttes, dans chaque narine, quatre gouttes d'une solution d'huile mentholée au 50^{me}.

Les tampons de glycérine phéniquée dans les oreilles pourront prévenir également les furoncles de la convalescence à ce niveau.

Comment il faut faire boire les malades. — Un typhique doit absorber par jour 3 litres de liquide. Il est certainement impossible de faire boire trois litres de lait, mais on devra arriver à un litre $\frac{1}{2}$ dans les typhoïdes ordinaires. Les malades préfèrent le lait cru a lait bouilli; si l'on est sûr de sa provenance, on pourra s'abstenir de l'ébullition. Au besoin, on l'aromatisera suivant le goût du malade, ou on l'étendra.

Le reste de la boisson sera constitué par de la citronnade, de l'orangeade, du thé ou du café légers, des tisanes diversés.

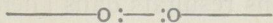
Le meilleur moment pour faire boire le typhique est celui où l'on vient de lui nettoyer la bouche; la langue et le pharynx ont alors toute leur souplesse; mais comme il est difficile de faire absorber plus d'un demi verre à un verre à la fois, on fera boire le malade souvent, toutes les heures ou demi-heures dans la journée.

Manière d'administrer les lavements. — Les lavements, dans la fièvre typhoïde, peuvent répondre à trois indications: évacuer un intestin atone, permettre l'absorption d'une certaine quantité de liquide, abaisser la température si l'on emploie les lavements froids.

Le lavement doit pénétrer *lentement*, d'abord parce qu'il ne doit pas traumatiser l'intestin fragile, ensuite parce qu'il doit être conservé un certain temps. Le médecin devra veiller à ce que le caoutchouc du bock n'ait *pas plus de 75 centimètres* de long. Ainsi le bock peut être élevé à 40 centimètres de hauteur, 50 centimètres au plus, ce qui est largement suffisant et non dangereux. Cette simple mesure évitera des distractions ou des impatiences qui pourraient être nocives.

Soins à donner pour éviter les escarres. — Nous ferons à cet égard quatre recommandations : 1^o bien essuyer le siège du malade quand il sort du bain ; 2^o éviter qu'il reste souillé par les urines et les matières ; 3^o ne pas laisser le malade constamment dans le décubitus dorsal, mais de temps à autre, dans la journée, le tourner sur le côté, en le calant avec des oreillers ; 4^o poudrer avec de la poudre de Championnière bien préparée, c'est-à-dire finement pulvérisée.

Le Progrès médical.



TRAITEMENT DE L'HEMOPHILIE

Le traitement fondamental de l'hémophilie se propose surtout de modifier le vice hématique et d'accélérer la coagulation du sang. Rivet (*Bull. génér. de thérapeutique*, 15 octobre 1910), passe en revue tous les traitements employés et en fait une critique judicieuse.

Le régime doit être tonique. Insister sur les œufs, la viande, les légumes verts. Wright insiste sur le danger pour les hémophiles de l'absorption de vin ou d'alcool qui semble diminuer la

coagulabilité du sang par l'action des acides tartrique et citrique qui suppriment les sels de chaux du sang. Pour la même raison, le jus de citron, qui donne de si beaux résultats dans la maladie de Barlow, doit être sévèrement défendu.

L'opothérapie a été préconisée sous différentes formes. Le traitement *thyroïdien* a donné de bons résultats dans deux cas de DeJage et Combemale et dans celui de Faller (*Méd. New.*, 28 fév. 1903). Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un enfant atteint d'hémophilie familiale et cachectisé par des hémorragies cutanées et rénales. Les hémorragies cessèrent dès la deuxième dose d'extrait thyroïdien.

L'extrait *d'ovaire* a été employé avec succès par Zavadier, dans un cas d'épistaxis. L'emploi d'extrait *hépatique* est conseillé par Gilbert et Carnot à cause de son influence coagulante. Mais il ne semble pas à l'heure actuelle que cette manière de faire ait rendu des services importants dans l'hémophilie.

Hayem (1903) a montré que les injections intra-veineuses de diverses substances diminuent la coagulabilité du sang. Il en est ainsi pour les *injections de sérum artificiel simple*, dont Tuffier dit avoir obtenu de bons résultats dans l'hémophilie. Il en est de même pour les injections d'eau de mer isotonique, qui ont été employées avec succès par Péliissard et Benhamou (*Presse Médicale*, 26 sept. 1906), dans un cas d'hémophilie du nouveau-né.

Il reste les quatre grands agents thérapeutiques de l'hémophilie: la gélatine, le chlorure de calcium, la sérothérapie et la propeptone de Witte.

Depuis que Dastre et Floresco ont montré les propriétés coagulantes de la gélatine injectée dans les vaisseaux sanguins, cette substance a été utilisée dans le traitement des hémorragies (Carnot) et de l'hémophilie. On l'a employée de trois manières:

1^o En application locale sur une plaie qui saigne, elle a arrêté l'hémorragie, et P. Carnot a pu ainsi arrêter les épistaxis rebelles chez un enfant hémophile.

2° Administrée par le tube digestif, à la dose de 200 à 250 grammes par jour, elle aurait arrêté, au bout de trois jours, des hématuries chez un hémophile (Hahn). On a également donné la gélatine en lavements à la dose de 15 grammes par jour.

3° On a surtout recours aux injections sous-cutanées de sérum artificiel gélatiné à titre de 1 à 5 p. 100 et à la dose de 20 à 100 cc. Ces solutions seront longuement stérilisées à 120° de manière à éviter toute infection tétanique, comme en ont signalé Dieulafoy et Chauffard. D'après M. Labbé et G. Froin (*Rev. Méd.*, 20 mai 1903), ces injections n'auraient aucune action sur les hémorragies, ni sur la coagulation du sang. Aussi M. Labbé conclut que les injections de sérum gélatiné doivent être rejetées de la thérapeutique de l'hémophilie.

Les sels de chaux et en particulier le *chlorure de calcium* jouent, d'après Arthus, un rôle important dans la coagulation du sang. Absorbé par le tube digestif, le chlorure de calcium accélère la coagulation (Wright) et arrête les hémorragies.

Ainsi, chez des hémophiles, on a arrêté des hémorragies qui avaient résisté aux autres médications, et, donné à titre préventif, ce traitement a permis de pratiquer des opérations chez des hémophiles sans accidents.

Le chlorure de calcium paraît donc avoir une action hémostatique préventive et curative; mais il ne guérit pas l'hémophilie, et le traitement doit être poursuivi indéfiniment. Ajoutons enfin que les résultats sont inconstants.

Suivant Wright, si on prolonge plus de trois ou quatre jours l'ingestion du chlorure de calcium, la coagulabilité du sang, qui avait d'abord augmenté, diminue. Aussi le traitement doit être administré par périodes de trois jours séparées par des intervalles de trois ou quatre jours. On donne le chlorure de calcium à la dose de 2 à 4 grammes et même de 8 grammes par jour. Carrière conseille la dose de 0 gr. 20 par jour et par année d'âge;

il double et triple ces doses en cas d'échec; il formule de la façon suivante :

Chlorure de calcium ...	2 grammes
Sirop de menthe	50 "
Eau	100 "

On a essayé aussi le lactate de calcium, qui, prescrit aux mêmes doses que le chlorure, serait mieux toléré et exercerait une action plus efficace.

Les auteurs anglais sont très convaincus de l'efficacité du chlorure de calcium, les auteurs allemands le sont moins, Sahli (de Berne) doute même de cette action dans l'hémophilie. En France M. Labbé n'obtient aucune amélioration notable par ce traitement.

La sérothérapie a été surtout préconisée par P.-E. Weil, depuis 1905. La technique est des plus simples. On emploie du sérum *frais*, ne datant pas plus de quinze jours, bien que des sérums âgés de 3 mois aient donné des résultats. De préférence ce sera du sérum d'homme, de cheval, de lapin ou, à défaut d'autre, du sérum antidiphthérique; le sérum de bœuf doit être rejeté, car il donne souvent, aussitôt après l'injection, un court mais violent accès fébrile. La dose est de 10 à 20 cc. en injection intra-veineuse dans une veine du pli du coude; on peut répéter l'injection au bout d'un mois. Si l'on a recours aux injections sous-cutanées, il faut employer des doses doubles.

Les résultats de ce traitement varient d'après P.-Emile Weil, suivant le type d'hémophilie.

a. Dans l'*hémophilie sporadique*, ou spontanée, le vice hématique consiste simplement dans l'absence d'un principe normal coagulant. L'injection intra-veineuse de 10 à 20 cc. de sérum frais corrige le vice hématique d'une façon complète. Les hémorragies s'arrêtent, et une opération chirurgicale peut être ensuite pratiquée sans danger.

L'acquisition des caractères normaux du sang se fait au bout de quarante-huit heures, persiste un certain temps, puis disparaît au bout de trois à cinq semaines. A ce moment, il faut renouveler l'injection, et l'on obtient les mêmes effets que la première fois.

b. Dans l'*hémophilie familiale*, on doit incriminer, à côté de l'insuffisance de plasmase, la présence dans le sang de substances anticoagulantes. Aussi l'injection de sérum a-t-elle ici une action moins efficace; elle accélère la coagulation, mais sans la rendre normale.

L'action du sérum ne persiste pas plus d'un mois. En plus de ces injections on peut utiliser l'*action locale* du sérum pour arrêter les hémorragies des hémophiles. En pansant une plaie saignante avec de la gaze imbibée de sérum frais, on exerce une action hémostatique puissante (M. Labbé, P.-E. Weil).

Avant toute intervention chirurgicale ou avant un accouchement chez une hémophile, il convient d'augmenter d'une façon préventive la coagulation à l'aide d'une injection de sérum de 30 à 40 cc. par jour. Carrière conseille d'y adjoindre des lavements avec 10 à 15 grammes de gélatine répétés une à trois fois par jour et une potion renfermant 4 à 10 grammes de chlorure de calcium.

Cette méthode compte cependant quelques insuccès. Mais les échecs de la méthode proviennent de ce que les auteurs n'ont pas eu affaire à des cas d'hémophilie, mais à d'autres états hémorragiques, tels que les purpuras hémorragiques ou de grandes hémorragies isolés de causes diverses.

L'emploi des injections de *peptones* s'appuie sur l'action anticoagulatrice de la peptone, action qui se produit instantanément après l'injection, malgré la destruction de la peptone dans le sang. Mais cette action anticoagulante n'est obtenue que par des injections brusques de doses suffisantes, alors que des injections de peptone à faibles doses ou poussées lentement donnent un effet inverse.

D'après Nolf et Herry, la coagulation du sang se ramène à la coagulation du plasma, et celle-ci représente l'insolubilisation de trois substances colloïdales qui y sont contenues, le fibrinogène qui est d'origine hépatique, le trombogène qui procède vraisemblablement de la même origine, et la thrombozyme, qui dérive exclusivement des leucocytes, des plaquettes sanguines et des endothéliums vasculaires. Or, si le sang de l'hémophile se coagule mal, le fait tient, d'après ces auteurs, à la mauvaise qualité de la thrombozyme qui a une tendance beaucoup moindre chez les hémophiles à subir l'action précipitante des substances thromboplastiques que chez l'individu normal. L'hémophilie serait en somme un syndrome d'insuffisance des cellules à thrombozyme, c'est-à-dire des leucocytes. L'action favorable de la peptone est attribuable à la réaction leucocytaire provoquée par l'injection. Nolf et Herry emploient la propeptone de Witte en solution à 5% dans une solution à 0,5 % de chlorure de sodium, par injections sous-cutanées de 10 à 20 cc. Un des avantages de la peptone est de pouvoir être stérilisée facilement à 120°.

Nobécourt et L. Tixier (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 21 octobre 1910), rapportent l'observation d'un garçon de 9 ans qui présentait, depuis l'âge de 4 mois, des ecchymoses sous-cutanées, des hémorragies gingivales, des hématuries et des arthropathies. Le sang du doigt coagulait en trois heures. Un traitement par les injections de sérum antidiphthérique amena une certaine diminution du retard de la coagulation, mais n'empêcha pas les hémorragies de se produire avec la même fréquence et la même intensité. Grâce à des injections sous-cutanées de peptone de Witte en solution à 5 pour 100, on constata que la coagulation du sang périphérique était redevenue sensiblement normale, que la tendance aux hémorragies sous-cutanées et muqueuses avait presque complètement disparu. Ce traitement n'est pas cependant sans danger. Ces injections, bien supportées à des doses modérées peuvent déterminer des réactions fébriles et des érythèmes.

A ces agents généraux de la thérapeutique de l'hémophilie, L. Rivet ajoute *les procédés hémostatiques locaux*. L'adrénaline a été employée avec succès en application locale sur une muqueuse saignante. Mais Sahli craint pourtant les hémorragies secondaires avec ce topique, et repousse les injections sous-cutanées d'adrénaline comme dangereuses.

En cas d'hémorragie cutanée, on peut recourir à des applications d'antipyrine en poudre et à la compression avec un tampon de gaze imbibée d'eau oxygénée. En cas d'épistaxis, même procédé de tamponnement. S'il s'agit d'hémorragie buccale diffuse, gargarismes à l'adrénaline à 1 p. 1.000 ou à l'eau oxygénée.

Dans les hémorragies: injections vaginales très chaudes, tamponnement à la gaze aseptique, injection d'ergotine.

Outre l'ergotine et le chlorure de calcium, on a conseillé également l'administration par la bouche d'acétate de plomb (15 centigrammes par jour), ou l'essence de térébentine (XX gouttes).

Nolf et Herry recommandent d'appliquer sur la plaie suintante de l'*extrait de rate*, qui leur semble devoir être beaucoup plus actif que le sérum en application locale.

— :00 : —

LE TRAITEMENT ABORTIF DE LA BLENNORRAGIE PAR LES SELS D'ARGENT

—

Est-on en droit, a début d'une blennorragie, de tenter le traitement abortif, c'est-à-dire d'espérer la guérison en *une quinzaine de jours*, à l'aide d'injections de sels d'argent? Tandis que l'enseignement classique répond franchement par la négative, le Dr Carle (de Lyon)—(*Province médicale* du 19 nov. 1910)—se

déclare tout à fait partisan de cette médication; il estime que tout praticien peut tenter la guérison rapide, mais à *deux conditions essentielles*:

- 1^o *Respecter les indications précises* de la méthode;
- 2^o *Connaître à fond la technique à employer*, laquelle est assez minutieuse.

I. — *Indications.* — a) — *L'inflammation doit être à son début*: écoulement ne présentant ni l'abondance, ni la couleur verdâtre, ni la fluidité de la période d'état; douleur se réduisant à des picotements, augmentés au moment des mictions; méat à peine entouré d'un halo plus rose; palpation du canal indolore; en somme, ensemble symptomatique encore atténué. C'est l'intensité des symptômes qui, d'après Carle, doit servir de base d'appréciation, de préférence à l'âge de la maladie: telle urétrite devient suraiguë en deux ou trois jours et ne saurait être attaquée sans danger même au début, alors que telle autre traîne pendant une semaine et plus sa période de latence. Cependant les chances de réussite, qui sont de 8 sur 10 dans les premières quarante-huit heures, diminuent rapidement; *les succès deviennent rares à partir du sixième jour.*

b) — *Tous les malades indifféremment ne doivent pas être soumis à ce traitement.* Il faut s'assurer que le patient a la *possibilité* de faire par jour les trois ou quatre injections nécessaires, et qu'il *sait* les faire. Le praticien fera pratiquer devant lui les premières injections, les seringues habituelles de 8 cc. sont le plus souvent insuffisantes et devraient être remplacées par des seringues d'au moins 12 cc.

Même dans les meilleures conditions d'application, on doit s'abstenir de la médication abortive chez les malades intempérants et surtout chez ceux qui ne sont pas convaincus de l'authenticité de leur blennorrhagie. En effet, ces malades cessent le traitement

trop tôt parce qu'ils se croient guéris, et commettent immédiatement des excès; leur écoulement reparaît, aggravé et souvent compliqué.

I. — *Technique.* — a) — *Tout à fait au début*, lorsque les phénomènes inflammatoires sont à peine marqués, on peut attaquer de suite la maladie avec les injections de sels d'argent. Carle emploie de préférence le protargol, plus maniable que le nitrate d'argent; la dose de 2 pour 100 est en général bien supportée mais une certaine surveillance est nécessaire et on l'abaissera à 1 pour cent en cas d'irritation. Il est indispensable d'utiliser des solutions fraîches et préparées à froid. Un peu de glycérine (3 ou 4 grammes pour 100) contribuera à faciliter la préparation.

On peut, *en moyenne*, prescrire *trois injections par jour* — (davantage, sous la réserve d'une surveillance quotidienne) — l'une au lever (à garder deux ou trois minutes); la seconde vers deux heures (même durée), et la troisième au moment de se coucher (celle-ci sera gardée beaucoup plus longtemps, de 8 à 10 minutes).

Sauf incidents, la médication est ainsi continuée pendant *douze jours environ*, puis elle est réduite à deux injections (matin et soir) et cessée deux ou trois jours après.

Il est essentiel, quand on ne doit pas revoir le malade, de le prévenir des incidents possibles, pour qu'il ne s'en effraie pas: apparition au méat, quelques heures après l'injection, d'un pus épais, abondant, à reflets bleutés, d'une allure de mastic; issue de pus strié de sang, sans douleur autre qu'un picotement un peu plus marqué. (Ce sang signifie qu'il faut diminuer la dose de protargol ou espacer les injections; la réaction du canal est-elle par trop violente, on remplace l'injection du milieu de la journée par une injection d'ichtyol à 1 p. 100). Tout ceci exige un certain doigté:

mieux vaut donc, si c'est possible, revoir le malade tous les deux jours pendant la durée du traitement.

b) — *Quatre ou cinq jours après le début*, les phénomènes inflammatoires étant plus marqués, un emploi aussi intensif du protargol serait peut-être imprudent. On calmera d'abord l'urèthre à l'aide d'injections d'ichtyol à 1 pour 100, à garder deux minutes environ, trois fois par jour. La douleur immédiate est peut-être plus vive avec ces injections qu'avec le protargol, mais l'assèchement est presque complet en deux ou trois jours. On reprend alors le protargol de la façon suivante : quatre injections par jour, deux d'ichtyol (à 8 heures et à 5 heures) ; deux de protargol — (à 1 puis à 2 pour 100) — (à midi et au moment du coucher). Continuer de même pendant 12 à 15 jours, puis cesser en 2 ou 3 jours.

III. — *Marche. Accidents.* — Le traitement ne sera jamais cessé brusquement. En cessant peu à peu la médication, on voit au fur et à mesure — s'il y a eu échec — réapparaître le pus verdâtre et fluide avec ses gonocoques. Dès lors, il est possible de reprendre le traitement avec plus d'énergie, et le malade sera guéri normalement dans les délais normaux sans qu'on ait l'ennui de le voir "couler à flot" après l'échec de la médication abortive.

Si le résultat de l'examen microscopique est bon deux jours après la suppression de toute injection, *on exigera du malade au moins huit jours de chasteté*, qu'il pourra mettre à profit pour faire quelques expériences avec des boissons défendues, telles que bière et champagne. Ce délai est absolument nécessaire à la muqueuse brutalisée pour refaire son épithélium.

En dehors des congestions douloureuses ou des petites hémorragies, déjà signalées, les incidents sont rares. Pourtant, des doses excessives ou une susceptibilité particulière peuvent entraîner quelques accidents plus sérieux :

a) La muqueuse peut s'enflammer au point d'empêcher le passage de l'urine (fait assez fréquent chez les sujets pusillanimes). Un bain local chaud, un peu prolongé, suffit à amener la miction. En cas de persistance, faire une injection de solution de cocaïne à 1 pour 100: l'effet est immédiat. *Surtout ne jamais sonder.*

b) Les uréthrorragies les plus fortes consistent en quelques gouttes après la miction. Elles cèdent d'elles-mêmes quand on espase les injections et que l'on substitue momentanément l'ichtyol au protargol.

Dans les deux cas ne cesser le traitement que s'il y a propagation inflammatoire aux corps caverneux, lymphangite, adénite et œdème inquiétant du fourreau.

c) L'urétrite postérieure survient de temps à autre, déterminée par le passage à travers le sphincter d'une partie du protargol trop vigoureusement poussé. La cystite et la prostatite sont très rares. (Ne pas cesser de suite les injections, en pareils cas, mais les espacer, en recommandant le repos, les lavements chauds, et les balsamiques. Cesser entièrement en cas de persistance ou d'aggravation.

— :00 : —

PRATIQUE MEDICALE SUR LES MODIFICATEURS DE LA SECRETION BRONCHIQUE

Par M. Ed. TILLY

—

Les agents thérapeutiques, utilisés pour modifier les sécrétions bronchiques, sont généralement des substances à principes volatils qui, après absorption, s'éliminent par la muqueuse respiratoire et la modifient favorablement en y réalisant un certain degré d'antiseptie. Tels sont les balsamiques, les gommes résines, les sulfureux, les iodés et les composés gaïacolés.

Lequel de ces agents médicamenteux est-il préférable d'utiliser? Quel est celui qui possède l'action curative la plus nette? Quel est celui qui présente le moins d'inconvénients?

Les balsamiques ont une réelle efficacité. Parmi eux, le copahu semble le plus puissant, il modifie vite les expectorations et peut les tarir en quelques jours. Mais ce produit est peu employé parce qu'il est falsifié et de mauvaise réputation. Il renferme une essence volatile seule utile au point de vue pulmonaire, la résine étant excrétée par les reins. La dose en est de deux à quatre capsules de 50 centigrammes par jour.

Djardin-Beaumetz associait le copahu au goudron et le prescrivait à parties égales (25 centigrammes de chaque, 4 à 8 capsules par jour).

La thérébentine, en capsules de 25 centigrammes, 6 à 8 par jour, est encore utilisée. Mais on lui préfère le terpinol ou la terpine. Le goudron est inférieur à ces précédentes préparations. Cependant Guéneau de Mussy a recommandé la préparation suivante :

Goudron purifié	2	grammes
Benjoin de Siam	2	"
Poudre de Dower	1	"

M. pour 40 pilules, de 4 à 8 par jour.

Le baume de tolu est peu actif et on doit le réserver à la médecine infantile.

Parmi les gommes résines, l'assa fétida, le galbanum, la gomme ammoniacale peuvent rendre des services. Mais les deux meilleures modifications pour modifier les sécrétions bronchiques sont l'eucalyptus et les gaïacols. Ceux-ci à tout prendre sont même plus pratiques, lorsqu'ils sont choisis parmi les composés synthétiques ne fatiguant pas l'estomac.

L'action antiseptique pulmonaire est aussi beaucoup plus nette avec les comprimés de thiocol, et si on a soin de les donner à des doses variant avec l'abondance des crachats, on parvient à

modifier et à tarir une expectoration rebelle à toute autre thérapeutique; l'agent gaïacolé s'élimine en partie par les bronches, mais surtout il est absorbé et porté au niveau des lésions où il agit par ses effets antiseptiques directs, hyperleucocytaires et excitants pour les dépenses organiques. Mieux que par les balsamiques, les résines et les essences, le médecin obtient ainsi sans inconvénients la *restitutio ad integrum* de l'appareil bronchopulmonaire.

— :00 : —

LES BRULURES ET LEUR TRAITEMENT

Par M. THIÉRY, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ¹

M. Thiéry classe les brûlures en trois catégories :

1^o Les brûlures superficielles, qui comprennent celles qui se traduisent par un simple érythème (brûlures de premier degré) et celles qui déterminent des phlyctènes, c'est-à-dire un soulèvement de l'épiderme (brûlures du deuxième degré).

2^o Les brûlures intermédiaires (brûlures du troisième degré), qui intéressent la couche superficielle du derme.

3^o Les brûlures profondes (brûlures du quatrième degré, qui intéressent la totalité du derme, et celles du cinquième degré, qui intéressent les muscles, les tendons, les aponévroses, etc).

Chacune de ces trois catégories se subdivise en brûlures étendues et en brûlures circonscrites.

Le pronostic général d'une brûlure est en raison directe de l'étendue de celle-ci.

1. *Gazette des Hôpitaux*.

Le pronostic local est en raison directe de la profondeur de la brûlure.

Les brûlures produites par l'explosion de gaz sont ordinairement superficielles, mais étendues.

Celles produites par les liquides sont profondes, et cette profondeur est en fonction de la densité du liquide.

Les solides en fusion (plomb, métaux divers, sucre, corps gras, résines, etc.), donnent des brûlures très profondes.

Ce sont surtout les grandes brûlures qui déterminent la mort; les malades succombent à des phénomènes de congestion du côté des reins, des poumons, du tube digestif, ou à des phénomènes d'auto-intoxication, qui sont dus fréquemment à la suppression de la fonction de la peau sur une grande surface. Les accidents d'intoxication se traduisent par de la diarrhée, des vomissements, de l'inappétence, de la sécheresse de la langue, de l'accélération du pouls.

En ce qui concerne le traitement, M. Thiéry pose en principe que le pansement appliqué doit consister en un topique qu'on peut se procurer et préparer facilement; le pansement doit être sec, épidermophile, kératogène, kératoplastique, non toxique et autant que possible analgésique.

M. Thiéry repousse l'emploi de l'encre, de la pulpe de pommes de terre, du beurre et des autres corps huileux généralement employés, parmi lesquels se trouve le liniment oléocalcaire; il considère ces diverses substances comme ayant le défaut d'être kératolytiques; les pansements humides locaux doivent aussi être rejetés parce qu'ils font macérer les tissus.

On doit encore éviter les pansements pulvérulents (amidon, lycopode); la pâte de bismuth constitue un assez bon pansement.

L'acide phénique donne de mauvais résultats, car il est toxique; le salol agit comme kératolytique et doit être rejeté.

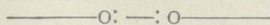
Le pansement à l'acide pyrogallique est très bon, mais celui à l'acide picrique est préférable; il est simple et peut être appli-

qué sans danger ; il est inaltérable et l'on peut facilement préparer des solutions saturées (à 12 gr. par litre) qu'on emploie communément. Le prix en est modéré ; de plus l'acide picrique conserve les lambeaux épidermiques ; supprime la douleur, assure la kératogénèse et la kératoplastie.

Si l'on a à soigner une brûlure déjà traitée par d'autres substances, on doit commencer par enlever ces substances ; si le pansement appliqué était un pansement gras, on l'enlève à l'alcool ou à l'éther ou avec une solution de soude ; s'il existe des phlyctènes, on les ouvre, mais sans enlever l'épiderme.

Si la partie brûlée peut-être immergée dans la solution picriquée, on maintient l'immersion pendant une demi-heure ; si l'immersion est impossible on applique des compresses imbibées de solution picriquée, et on les maintient avec une bande de tarlatane ; on peut se servir également d'ouate hydrophile, mais on doit s'abstenir de recouvrir le pansement de taffetas gommé, car on doit favoriser l'évaporation du pansement.

Le pansement picriqué convient pour toutes les brûlures des premiers, deuxième et troisième degrés ; lorsqu'on se trouve en face de brûlures profondes (quatrième et cinquième degrés), l'acide picrique n'est pas meilleur que tout autre antiseptique ; on se trouve alors, en effet, en face d'une plaie ordinaire.



LA SELECTION SEXUELLE ¹

On peut se demander si de l'œuvre de Darwin il surnagera autre chose que le souvenir d'un roman particulièrement imagi-

(1) La sélection sexuelle, par le Dr LALOV, *Biologica*, 15 janvier 1911.

natif. Et nos petits-fils trouveront pour le moins étrange que sur des hypothèses biologiques aussi nuageuses, des hommes pendant cinquante ans aient assis les fondements de constructions morales et sociales qu'ils déclaraient indestructibles. Le point de départ admis, sans doute ils raisonnaient logiquement. Mais les aliénés aussi raisonnent logiquement. Ce sont mêmes les plus logiques d'entre les raisonneurs. Cela ne les empêche pas d'être enfermés dans des asiles.

Abordons aujourd'hui la sélection sexuelle. On connaît la théorie : concurrence entre les mâles, la femelle opte pour le plus digne, j'entends celui qui chante le mieux, est paré des couleurs les plus brillantes, s'élance le plus vaillamment à la bataille. De là vient, c'est un Allemand Südermann qui prononce cette assimilation inconvenante, le succès des lieutenants de hussards et des ténors d'opéra. Des trois qualités qui peuvent capter le cœur de la femme, l'homme n'en possède en général qu'une seule. Le lieutenant de hussards en a deux, le costume brillant et l'humeur batailleuse ; le ténor se campe sur le même pied conquérant : maillot collant et voix suave. Ah ! les pauvres femmes !

Seulement si leur tendresse frémissante se laisse prendre à de si nobles attraites, c'est là une supériorité qui demeure bien à elles. Les espèces animales ne la partagent nullement. L'observation n'a jamais montré que les femelles soient excitées par la beauté ou les talents des mâles.

La femelle du paon et du dindon n'accorde aucune attention à la parade de son bien-aimé. Il fait la roue, sa compagne ne le regarde même pas et continue de picorer ses grains, aussi indifférente que la femme de Racine qui n'avait jamais lu les tragédies de son mari. Le coq de bruyère exécute sa danse nuptiale, mais il fait le cavalier seul. Ses exercices terminés, c'est alors seulement qu'il se met à la recherche de la poule. Le merle donne son concert mais pour sa satisfaction personnelle. Pas de femelle souvent à une grande distance. Ce qui est vrai du merle s'applique

encore avec plus de vérité aux serins en cage, Voulez-vous les faire chanter? il faut les séparer de leurs compagnes.

Non vraiment, où Darwin mettait-il ses yeux? Chacun a vu des coqs déplumés remporter des victoires amoureuses. Les paons qui ont perdu leur queue ne comptent pas un succès en moins à leur actif. Et les chiennes? A certaines heures, le premier venu est autorisé à leur offrir son cœur. Et ce premier venu change, est remplacé le lendemain par un autre plus teigneux encore et plus pelé. En sorte que non seulement la morale publique, mais le sens le plus élémentaire de l'esthétique sont troublés par la succession rapide et la sordidité des choix.

En fait, l'interprétation à donner à la couleur vive des mâles semble de nature toute différente. Un plumage brillant attire peu les femelles, mais désigne les mâles au danger; ce sont eux qui reçoivent les coups, la femelle devant à ses couleurs ternes d'échapper plus aisément à la poursuite de l'ennemi. L'intérêt de l'espèce exige la conservation des femelles. Ne cherchons pas ailleurs la cause de la parure éclatante des mâles. De même pour les talents musicaux, ils charment moins qu'ils ne font reconnaître à distance. La femelle distingue à son chant le mâle de son espèce. Cela rappelle un peu l'argument de Félix Plater qui cherchait au XVI^e siècle à expliquer pourquoi les hommes portent de la barbe. Cela apprend aux femmes, déclare-t-il sentencieusement, à reconnaître dans la rue un mâle apte à la procréation. Sans barbe, n'est-ce pas, on pourrait s'y tromper.

Quant aux armes, cornes, défenses, pitons monstrueux vraiment, comme organes de combat, c'est parfois bien mal compris. Les bois ramifiés des cerfs ne valent pas la pointe d'une corne droite et pénétrante. Et les défenses énormes et recourbées des mammouths à l'époque quaternaire, à quoi pouvaient-elles bien servir? C'est terrible d'aspect et devait relativement se montrer inoffensif. Les mandibules des lucanes, les ornements guerriers des coléoptères apparaissent de peu d'usage dans la bataille; ils

semblent plutôt des agents d'intimidation vis-à-vis des rivaux éventuels, quelque chose comme les boucliers ornés de figures effrayantes qui composaient l'équipement de l'ancienne armée chinoise.

On nous dira que les boucliers chinois n'effrayaient pas beaucoup. C'est exact, mais cela nous vaut peut-être une nouvelle différence d'entre le monde animal et le groupe des humains. Les objets d'épouvante ne sont pas les mêmes non plus que les diverses sortes d'attraits. Nous avons vu que les parures brillantes n'émeuvent pas les poules, et que le merle chante pour soi. Qui oserait affirmer qu'il en est de même chez les hommes? Rappelons-nous le lieutenant de hussards et les ténors d'opéra.

BELLE CLIENTELE DE MEDECINE

A CEDER

Avec très bon poste de pharmacie.

Les revenus de la pharmacie seule sont de \$1200.00 à \$1500.00 par année.

Ce revenu pourrait être de beaucoup augmenté par un médecin qui pourrait faire une spécialité de la consultation.

Pour plus amples informations, adressez comme suit :

Le Bulletin Médical,

Québec, P. Q.

CLIENTELE A VENDRE AUX ETATS-UNIS

Tous les médecins qui désirent se placer aux Etats - Unis devraient correspondre avec le Dr C. W. Baker.

ROSSVILLE, TENN., U. S. A.
