

Le Journal de Médecine et de Chirurgie

Montréal, Canada

Paraissant les 21ème et 41ème Samedis de chaque mois.

SOMMAIRE

MEMOIRES: —

- L'Otite moyenne aiguë purulente et son traitement. — E. C. Laurent. 177
- Les embolies pulmonaires pendant les suites de couches. — Prof. Bar. 180
- L'antisepsie des plaies des mains par la teinture d'iode. — Lucas-Championnière. 182
- Insuffisance aortique et syphilis latente. — Prof. Debove. 183
- Bronchite et broncho-pneumonie chez les enfants. — Prof. Nobecourt 186
- Le sous-nitrate de bismuth dans les maladies de l'estomac. — M. Treguier 188
- L'insolation et son traitement. — M. Potthelet. 190

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES: —

- Balle de cheveux dans l'estomac. — Pathogenie de la chorée. — Nouveau vaccin antilythique. 190

NOTES THERAPEUTIQUES: —

- La saignée et ses indications. — Traitement de l'ulcère peptique.

SUGGESTIONS THERAPEUTIQUES. XV

En vogue depuis nombre d'années

Liquor Sedans

Chaque once liquide renferme: senellier 60 grains, hydrastine, équivalant à 30 gouttes d'extrait liquide d'hydrastis, cornouïller de la Jamaïque 30 grains, en combinaison avec des substances aromatiques.

Sédatif et anodin utéro-ovarien de qualité supérieure. Dans le traitement de la dysménorrhée fonctionnelle, de la ménorrhagie, de l'irritabilité ovarienne et de la menstruation irrégulière, LIQUOR SEDANS a été prescrite avec un succès signalé dans plusieurs milliers de cas.

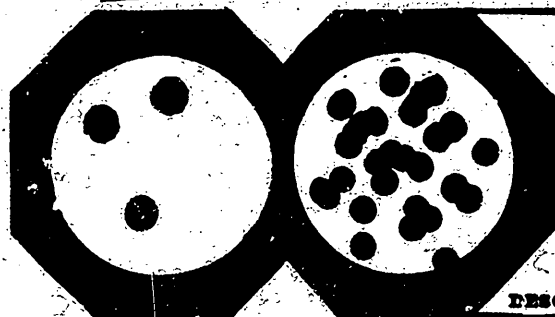
LIQUOR SEDANS Rx. 2 (Sans sucre) a la même formule que le LIQUOR SEDANS sauf l'exception mentionnée.

LIQUOR SEDANS AVEC CASCARA a la même composition que le LIQUOR SEDANS, sauf que chaque once liquide renferme 40 gouttes de cascara sagrada.

Parke, Davis & Cie.

Walkerville, Ont.

Montréal, Que



**HÉMOGLOBINE
DESCHIENS**

OXYDASES, FER VITALISÉ

ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE

Remplace la viande crue.

Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.

Vo. Granulé, Dragées (4°).

DESCHIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et PH^o

Seuls Agents pour le Canada ROUGIER et FRÈRES (Agences Decary-Rougier) 53 Notre-Dame Est, Montréal.

L'otite moyenne aiguë purulente

(Sans complications)

Par le Dr E.-C. LAURENT

Agrégé à l'Université Laval, Oculiste et Suriste de l'Hôpital Ste Justine.

Messieurs,

Je dois à la bienveillante invitation de M. le Président l'honneur de vous entretenir ce soir sur l'otite moyenne aiguë suppurée, non compliquée.

Nous ne traiterons pas dans ses détails ce vaste sujet, aussi négligé qu'important pour l'audition et la vie de nos malades. Nous allons nous contenter de revoir rapidement l'anatomie de l'oreille moyenne; ensuite nous parlerons des causes de la maladie qui nous occupe, nous en décrirons les principaux symptômes et, enfin, nous ferons quelques suggestions pratiques sur son traitement.

Anatomie. — L'oreille moyenne est constituée par la trompe d'Eustache, la caisse du tympan, l'attique, l'aditus et l'autre mastoïdien.

La caisse est une cavité lenticulaire contenant le marteau, l'enclume et l'étrier, et communiquant, en avant, par la trompe d'Eustache, avec le naso-pharynx; en arrière, par l'attique et l'aditus, avec l'autre mastoïdien et les cellules nombreuses qui l'entourent et communiquent avec lui. La paroi externe de la caisse est formée par le tympan, membrane translucide, fibreuse et résistante, qui sépare l'oreille externe; sa paroi interne est constituée par le labyrinthe, appartenant à l'oreille interne. Sur cette paroi il ya deux ouvertures qui mettent en communication les oreilles interne et moyenne si elles n'étaient fermées, la première (fenêtre ovale) par l'étrier qui s'y enfonce, à premièrement doux, en refoulant le liquide labyrinthique; la seconde (la fenêtre ronde), par une membrane élastique qui se distend sous la poussée de l'onde refoulée par l'étrier: ces mouvements de l'étrier sont proportionnés aux caractères des ondes sonores qui les produisent.

Dans l'acte de l'audition les variations de pression, produites par l'étrier, sur le liquide labyrinthique, impressionnant les ramifications terminales du nerf auditif qui transmet ces impressions au cerveau où se fait, en réalité, l'audition. Ainsi l'énergie mécanique des ondes sonores est transformée, dans le labyrinthe, en énergie physiologique. Le labyrinthe, par ses canaux semi-circulaires, est aussi un organe d'équilibration qui nous permet de nous rendre compte de notre position dans l'espace.

Les osselets sont suspendus dans la caisse par des liga-

ments et des muscles qui leur permettent de vibrer avec une facilité merveilleuse.

Les parois de l'oreille moyenne, des osselets, leurs ligaments et leurs muscles sont recouverts d'une muqueuse délicate qui, sur les parties osseuses, devient fibro-muqueuse et sert de périoste. Elle est couverte d'un épithélium mixte dans lequel la cellule cylindrique à cils vibratiles joue un rôle très important.

L'oreille moyenne est entourée d'organes très délicats: le nerf facial, le sinus latéral, le canal carotidien, le golfe de la jugulaire, le cerveau, etc.: dans certains endroits, les cavités de l'oreille moyenne ne sont séparées des méninges que par une mince couche osseuse, réduite à l'épaisseur de la lame vitrée.

Étiologie. — Les otites moyennes aiguës sont des infections de l'oreille moyenne qui se défend plus ou moins bien contre des germes plus ou moins virulents: la résultante de cette lutte peut être une otite catarrhale, exsudative ou purulente; quelques fois, en quelques jours, la maladie passe de l'état catarrhal à la purulence, grâce à une diminution dans la défense ou une exacerbation dans l'attaque.

Par quelles voies les microbes pénètrent-ils dans l'oreille moyenne? Rarement, par la circulation sanguine ou lymphatique; quelquefois par le conduit auditif externe, quand le tympan est perforé; mais c'est presque toujours par la trompe d'Eustache que les germes infectieux, venus du naso-pharynx, pénètrent dans la caisse.

À l'état normal le mucus de l'oreille moyenne, comme celui des fosses nasales d'ailleurs, jouit de propriétés antiseptiques manifestes, qui, secondées par le mouvement des cils vibratiles, assurent à l'oreille une protection efficace contre les germes pathogènes dont le nez, de par ses fonctions de filtre, est toujours rempli. Aussi quand, en santé, il nous arrive, en éternuant ou en se mouchant, de faire pénétrer dans l'oreille moyenne des sécrétions nasales pleines de microbes, nous n'avons pas toujours une otite. Au contraire, ces germes sont englués dans du mucus antiseptique et sont ensuite, lentement, graduellement, portés par les cils vibratiles vers le naso-pharynx, comme les épaves, par les flots, vers le rivage: Sans cela tout le monde aurait constamment des otites!

Maintenant, que cet état normal soit dérangé par un refroidissement, un coriza, une grippe, une scarlatine, etc., les sécrétions, altérées, cessent d'être antiseptiques et les cils vibratiles sont paralysés par des toxines; si des dispositions anatomiques défectueuses, telles que végétations adénoïdes, hypertrophie des cornets, crêtes ou déviations de la cloison, ou tout autre obstacle au parfait drainage de l'oreille ou du nez, viennent s'ajouter à cet état de chose, nous avons tout ce qu'il faut pour avoir droit à une otite moyenne, dont le degré de violence sera en rapport avec la virulence des germes et la défense du sujet. Aussi, dans de telles circonstances, chaque fois que des germes pénétreront dans l'oreille moyenne l'otite éclate.

Symptômes. — La maladie peut débiter brusquement, être purulente débile, ou progressivement, en passant par l'état catarrhal. La douleur, la fièvre et les troubles de l'audition doivent nous y faire penser. Cette douleur

s'étend dans toute la partie correspondante de la tête, est exaspérée par la pression sur la pointe de l'apophyse mastoïde et peut s'irradier à l'épaule et au thorax. La fièvre peut atteindre et dépasser 40 degrés. Elle persiste, avec de faibles remissions, tant que le tympan n'a pas été perforé chirurgicalement ou spontanément. Le pouls est en rapport avec la température. Les troubles de l'audition consistent en surdité et bruits subjectifs. A ce tableau s'ajoute quelques fois, surtout chez les enfants, des troubles d'équilibration, des vomissements, des convulsions, de la somnolence, en un mot, tous les symptômes de méningite qui, cependant, disparaissent comme par enchantement quand se produit l'ouverture spontanée ou artificielle du tympan.

Malgré toute leur importance, tous ces symptômes ne sont encore que des signes de probabilité: il n'y a qu'un seul signe de certitude et il réside dans l'examen du tympan, pour ceux qui savent le voir.

C'est une erreur de croire que celui qui n'a jamais vu un tympan normal pourra tirer des renseignements sérieux de l'examen d'un tympan pathologique: on ne sait pas lire dans une oreille, sans l'avoir appris. Le meilleur moyen de l'apprendre c'est de commencer par examiner d'abord des oreilles saines en grand nombre.

L'instrumentation nécessaire à cet examen est très simple: une source lumineuse à côté du patient; un miroir concave, perforé en son centre, devant l'œil du médecin; dans sa main trois ou quatre spéculums à oreille et c'est tout. En introduisant le spéculum dans le conduit, redressez le dernier en tirant le pavillon en haut, en arrière chez le nourrisson; grande douceur; ne poussez pas l'instrument jusque dans le conduit osseux et vous y êtes. Les rayons venus de la source lumineuse sont réfléchis sur le miroir et condensés dans l'oreille qu'ils illuminent. Le tympan éclairé émet à son tour des rayons lumineux dont une partie passe par le trou du miroir, puis votre pupille et vous avez vu un tympan.

Très bien! mais comment le savez-vous? Qu'y a-t-il à voir dans un tympan pour être certain que c'en est bien un qu'on regarde? Peut-on regarder, bien en face, un tympan sans le savoir? Certainement, et très logiquement, tant qu'on n'en a pas connu, vu et identifié la topographie et les points de repère. En regardant un tympan on voit, vers le haut, la courte apophyse ou apophyse externe du marteau, ressemblant à une pustule d'acné: c'est le point de repère le plus important. De cette apophyse part une bande blanc-jaunâtre qui se dirige en bas et en arrière jusque vers le centre du tympan: c'est le manche du marteau, situé dans l'épaisseur de la membrane. Son extrémité inférieure appelée ombilic correspond à la pointe d'un triangle brillant qui s'épanouit, en bas et en avant, formant avec le manche du marteau un angle ouvert en avant: c'est le triangle lumineux. De l'apophyse externe partent encore deux lignes horizontales: ce sont les plis antérieur et postérieur qui divisent le tympan en deux parties inégales; l'inférieure, très grande, constitue le tympan proprement dit; la supérieure, beaucoup plus petite, porte le nom de membrane flaccide de Shampwell. Enfin,

à la périphérie du tympan, se trouve un anneau tendineux: le cercle tympanal. Donc, si en regardant dans une oreille, vous avez vu la courte apophyse, le manche du marteau, le triangle lumineux, etc., soyez bien convaincus que c'est un tympan que vous avez vu. Pas d'erreur possible et, une fois pour toutes, vous êtes initiés. C'est très-simple et, très-facile, quand on le sait et qu'il s'agit d'un tympan normal. Cependant, si vous ne trouvez pas ces repères, gardez-vous bien d'en conclure que ce n'est pas un tympan qui vous fait face; cherchez encore attentivement, surtout la courte apophyse: c'est peut-être le seul point de repère qui persiste.

Il y a quelques instants nous avons dit que, seul, l'examen du tympan nous donne le signe pathognomonique des otites moyennes et que tous les autres symptômes ne fournissent que des signes de probabilité. Maintenant que nous connaissons le tympan anormal, voyons quels sont les changements qu'il subit sous l'influence de l'otite moyenne aiguë suppurée: il perd son aspect nacré et, de translucide, devient opaque, rouge, épaissi, ressemblant à une muqueuse; sous la pression du pus contenu dans la caisse, il bombe dans le conduit; le manche du marteau, le triangle lumineux, les plis antérieur et postérieur sont disparus sous la violence de l'inflammation; seule l'apophyse externe émerge encore, plus ou moins, au milieu des tissus oedématisés.

Toutes les complications des otites moyennes aiguës purulentes peuvent être ramenées à trois causes qui agissent soit isolément, soit simultanément. Ce sont la rétention du pus, les infections secondaires et la diminution de résistance des sujets dans les cachexies.

Le pus sous pression dans l'oreille moyenne perforé ordinairement le tympan et s'écoule par le conduit; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi il peut provoquer des lésions graves de la mastoïde; pénétrer avec effraction dans la boîte crânienne (abcès sous duron); traverser la dure mère (méningite), même fuser dans le cerveau ou le cervelet (abcès cérébral ou cérébelleux); se diriger vers le sinus latéral et y déterminer une thrombo-sinusite qui emporte le malade par septicémie; comprimer le nerf facial et même le détruire (paralysie faciale); traverser la paroi externe de la mastoïde et former abcès derrière l'oreille; percer la pointe de la mastoïde et fuser, par la rainure digastrique, sous le sterno-mastoïdien, jusque dans la cage thoracique; faire une excursion vers la carotide ou la jugulaire et perforer ces vaisseaux avec le résultat que vous devinez. Et n'allez pas croire que je charge ce tableau des dégâts causés par la rétention du pus dans l'oreille moyenne.

Les infections secondaires sont la cause la plus commune des otites chroniques suppurées: sans elles toutes les otites chroniques suppurées guériraient sans passer par l'état chronique, en évitant les infections secondaires et en santé délabrée.

Je ne fais que mentionner ces nombreuses complications. Les étudier me ferait sortir du cadre convenu.

Traitement.—Il doit être prophylactique, abortif, curatif et enfin restaurateur de l'audition.

Prophylaxie — Elle consiste dans l'hygiène des voies aériennes supérieures. Remédier aux dispositions anatomiques défectueuses du nez et du pharynx, telles que végétations adénoïdes, hypertrophie des cornets, orbes ou déviations de la cloison, etc., qui empêchent les fossés nasales et leurs cavités accessoires de se drainer normalement. Dans les maladies infectieuses, faire la désinfection du nez, de la bouche et de la gorge trois ou quatre fois par jour. Pour le nez, on se trouvera bien de l'application, dans chaque narine, de gros comme un poids de la pommade suivante: Rx. Menthol 0.15 grammes, acide borique 4 grammes, vaseline blanche 35 grammes; chez l'enfant remplacer cette pommade par trois ou quatre gouttes d'huile d'olive mentholée à deux pour cent; recommander aux malades de ne boucher qu'une narine à la fois en se mouchant afin de ne pas laver dans les trompes les sécrétions infectées du nez et du naso-pharynx. Pour la bouche et la gorge on emploiera des gargarismes et des collutoires dont la composition variera avec la nature de la maladie.

Traitement abortif.—A la première période, avant la formation du pus (période catarrhale): garder la chambre, laxatifs, bains de pieds synapisés; mettre dans le conduit quinze gouttes de glycérine phéniquée chaude au dixième ou au vingtième, à toutes les 4 heures (cette préparation calme les douleurs et désinfecte le conduit); applications froides sur la mastoïde; pommade ou huile mentholée dans le nez; Si nécessaire contre des douleurs et d'insomnie; antipyrine, phénaétine, chloral, suffonal; mais, de grâce, pas d'opium, ni de douches nasales, ni de seringement dans le conduit puisqu'il n'y a pas de pus. Ne congestionnez pas par de l'opium une oreille qu'il faut décongestionner; n'introduisez pas dans la caisse qui joue sa partie suprême, une nouvelle armée de microbes par des douches intempestives; ne traumatisez pas avec la seringue une oreille qui, peut-être, va se sauver de la suppuration par une phagocytose efficace, si une intervention inutile et brutale ne vient pas tout gêner; évitez de mettre dans le conduit du laudanum ou autres remèdes plus ou moins septiques, qui infecteraient secondairement l'oreille moyenne, si le tympan venait à se perforer spontanément. Durant cette période faire prendre la température du malade à toutes les quatre heures et surveiller attentivement le tympan qui donnera des renseignements précis sur ce qui se passe dans la caisse.

Traitement curatif.—A la deuxième période, après la formation du pus (période purulente), deux indications s'imposent: prévenir les complications, en empêchant la rétention du pus, et prévenir le passage de la maladie à l'état chronique, en évitant les infections secondaires et en favorisant la guérison des lésions existantes.

Première indication. — Empêcher la rétention du pus, si le tympan n'est pas perforé, s'il est rouge, tendu; s'il bombe dans le conduit, il y a rétention du pus; il y a abcès dans un endroit très-dangereux et il n'y a qu'une chose à faire: l'ouvrir au plus tôt. L'indication est urgente, absolue.

La paracentèse doit se faire avec des précautions

d'asepsie et d'antisepsie les plus rigoureuses car, jusqu'à ce moment, l'otite est monomicrobienne et doit guérir sans complication grave et sans devenir chronique, excepté toute fois, chez les cachectiques.

Technique de la paracentèse.—Une bonne source lumineuse, un miroir frontal, un spéculum à oreille (le plus grand possible) et une aiguille à paracentèse constituent toute l'instrumentation nécessaire. Si, à la période catarrhale, on a tenu le conduit rempli de glycérine phéniquée, il est prêt pour l'opération, si non, on préparera le champs opératoire par des lavages successifs du conduit et du pavillon au savon, à l'eau oxygénée et à l'alcool. L'aiguille sera stérilisée au chloroforme et le spéculum par ébullition dans la solution de carbonate de soda. Tous les antiseptiques de pansements devront avoir passé à l'autoclave. On obtient l'anesthésie suffisante du tympan en y appliquant, durant dix minutes, une boulette d'ouate imprégnée du mélange suivant; Menthol, cocaïne et acide phénique neigeux, en parties égales. Cependant, chez l'enfant, je préfère l'anesthésie générale par le chloroforme. L'incision sera large, courbe de bas en haut, ou cruciale, dans le quadrant postéro-inférieur (à moins d'indications contraire, dans les otites enkistées).

L'opération n'est pas toujours facile: l'absence de repère, le gonflement du cercle tympanal et du conduit qui, quelquefois, forme une espèce de chémosis en avant du tympan et la cache à la vue, font diriger l'aiguille sur la paroi postérieure du conduit ou sur ce chémosis, sans qu'elle atteigne le tympan lui-même. Dans ces cas difficiles il est important de bien chercher l'apophyse externe du marteau qui est rarement disparue tout à fait. Si on la trouve il suffit de reconstruire, par l'imagination et la mémoire, le reste du tympan pour réussir à diriger l'aiguille à bon escient, au milieu des tissus oedématisés.

Il ne faut pas s'étonner si le pus n'apparaît pas de suite, car ordinairement, il ne se montre que quelques heures après l'opération. On enlève au porte coton le sang et les caillots, on remplit le conduit de glycérine phéniquée, on tamponne légèrement et on recouvre toute l'oreille de carrés de gaze et d'ouate stérilisée et maintenus en place par un bandage approprié.

Si l'opération a été bien faite et faite à temps la douleur disparaît presque instantanément, la température baisse et le malade éprouve un bien-être général. Si cette détente n'a pas lieu l'opération a été faite mal ou trop tard. Il faut la refaire si elle est insuffisante ou se préparer à faire face à de graves complications si elle a été bien faite, sans amélioration sensible. Il ne faut pas croire cependant que la température tombera de suite à la normale: il faut donner au malade le temps d'éliminer ses toxines.

Deuxième indication — Après la paracentèse et la perforation spontanée le traitement est le même. Il a pour but d'empêcher les infections secondaires et de hâter la guérison. La fréquence des pansements sera proportionnée à l'abondance du pus. Si la suppuration est minime le médecin ferait bien de se contenter d'un seul pansement par jour, fait par lui-même et de la manière suivante: lavage du pavillon, légère irrigation du conduit (juste

pour enlever le pus) avec la solution physiologique bouillie, assécher au porte coton et remplir le conduit de glycérine phéniquée tiède, tampon hydrophile, carrés de gaze et d'ouate, comme après la paracentèse.

Si la suppuration est abondante les pansements devront être faits deux ou trois fois par jour. Dans ces cas quelques pansements devront nécessairement être faits dans la famille; mais alors que de danger d'infection secondaire! Le médecin devra faire l'éducation d'un membre de la famille à ce sujet et surveiller son malade autant que possible.

Il est important d'observer la nature de l'écoulement et varier le traitement selon les indications qu'il fournit. Il peut être franchement purulent, riche en globules et se mêlant à l'eau; muco-purulent, se pelotonnant dans l'eau sans s'y dissoudre; enfin, n'être formé que de mucus, sécrétion normale de l'oreille moyenne, sortie par la perforation du tympan au lieu de s'être dirigée, par la trompe dans le naso-pharynx. Dans le premier cas; irrigation et glycérine phéniquée; dans le deuxième: bains d'oreilles à l'eau oxygénée *non acidulée* suivis de liqueur de Van Awielen et glycérine en parties égales; dans le troisième cas; nettoyage à sec, au porte coton et bains d'oreilles à l'alcool à 70°, 90°, selon la tolérance du sujet, enfin, insufflation de poudre d'acide borique stérilisé par la chaleur sèche. Si cette poudre reste une semaine dans le conduit sans s'y dissoudre on a droit de croire à la guérison. Après deux semaines il faut l'enlever au stylet ou mieux, pour une main novice, la faire disparaître par des bains d'oreilles d'alcool à 90 degrés.

Il est très-important de savoir cesser à temps les irrigations et les bains d'oreille car ils peuvent être nuisibles. Très-souvent, sans s'occuper de la nature de l'écoulement, on entretient indéfiniment des suppurations d'oreilles avec des injections intempestive, non isotoniques et souvent septiques qui macèrent et infectent les tissus de l'oreille, leur enlèvent toute force de réparation: C'est l'abus des pansements humides en chirurgie, quoi?

Traitement restaurateur de l'audition.—Après la guérison il arrive que la perforation du tympan persiste, surtout quand il s'est perforé spontanément avec grande perte de substance. Si cette perforation n'est pas très étendue, on peut obtenir son occlusion en attouchant ses bords avec un petit tampon de coton imbibé d'acide trichloracétique. On s'efforcera de ramener l'audition à la normale et de faire disparaître les bruits subjectifs par des douches d'air, du cathétérisme des trompes et du massage du tympan. Si ces traitements échouent on aura recours à des moyens chirurgicaux dont nous ne pouvons nous occuper ici.



Clinique obstétricale

Par M. le Pr Bar.

Les embolies pulmonaires pendant les suites de couchés

Rien n'est plus troublant que ces accidents lorsqu'ils surviennent inopinément, sans le moindre signe précurseur; on ne peut s'empêcher, en présence d'une mort brusque par embolie dans les suites de couchés, de songer aux accidents mortels qui se produisent au cours de l'anesthésie chloroformique... Des centaines et des centaines d'anesthésies se passent sans la moindre alerte: un jour, un malade respire mal, est pris de syncope: il revient à lui après quelques minutes de respiration artificielle, et l'on oublie l'incident; on oublie que le chloroforme est capable des méfaits les plus graves jusqu'au jour où, dans les mêmes conditions, un autre opéré meurt sur la table malgré tous les moyens mis en oeuvre pour le ranimer. De même, on a tellement l'habitude de voir les femmes poursuivre sans aucun danger leurs suites de couchés que l'on ne songe guère guère à l'éventualité d'un accident sérieux; lorsque, dans une maternité, une nouvelle accouchée se plaint, vers le 7e ou 8e jour, d'un point de côté violent ou d'une simple douleur intercostale, le tout survenant sans aucun antécédent pathologique, on prononce le mot de "petite embolie" et on passe. Et puis, brutalement, une mort foudroyante se produit. Un de ces faits vient de se passer à la clinique.

L'embolie pulmonaire peut tuer en quelques secondes. Au cours ou au déclin d'une phlébite, *quelquefois sans phlébite apparente*, on voit une malade prise brusquement de suffocation, s'écrier "J'étouffe!", battre l'air de ses bras, et tomber morte. L'extrême rapidité de ces dénouements ne peut être comparée qu'à la brusque terminaison fatale des crises d'angine de poitrine. L'exemple de la duchesse de Nemours est célèbre: au douzième jour de ses couchés, alors qu'elle paraissait être en parfaite santé, elle mourut brusquement dans son lit.

D'autres fois, la mort est un peu plus lente: la malade, pâle, les lèvres un peu cyanosées, halestante, ayant "soif d'air", les pupilles dilatées, le visage affreusement anxieux, survit de 30 à 40 minutes. La femme qui est morte tout récemment à la clinique venait de terminer sa onzième grossesse; on avait constaté chez elle, au niveau de la jambe droite, des signes de phlegmatia commençante. Cinq jours après l'accouchement, elle avait présenté d'une façon passagère quelques phénomènes d'oppression que l'on avait baptisés "accidents nerveux". Le septième jour, elle demande à sortir; on refuse de lui accorder cette autorisation, elle passe outre. Elle venait de s'habiller et de quitter la salle quand elle tombe dans le couloir: on se précipite à son secours, mais en dépit des inhalations d'oxygène, des

PANOPEPTON

Source de données Scientifiques et Cliniques

PANOPEPTON est avant tout une nourriture pour les malades. Il s'emploie dans les "état de santé" très différents de ceux où les nourritures ordinaires trouvent leur indication, et par conséquent doit être jugé d'après les données cliniques et chimiques qu'il fournit.

Panopepton est d'une composition constante, d'une qualité uniforme, et possède un rapport exact entre sa protéine et ses hydrates de carbone, ce qui donne une valeur scientifique importante aux observations cliniques de ses effets.

C'est un fait que le **Panopepton** est toléré alors que toute autre forme de nourriture est rejetée, qu'il ranime aux moments critiques, qu'il a une valeur spéciale comme conservateur d'énergie et stimulant vivifiant.

En somme, à considérer ce qu'il est et ce qu'il accomplit pour le patient, les résultats cliniques du **Panopepton** offre des données aussi scientifiques et significatives que celles que l'on obtient par la combustion d'aliments dans le "Creuset" du laboratoire, ou par la calorimétrie, en évaluant la quantité de nourriture utilisée dans l'économie.

Fairchild Bros & Foster
NEW YORK

Agents pour le Canada
Holden & Compagnie, Montreal

Ne se vendent pas au Détail.

INALTERABLES CHLOROSE ASSIMILABLES
PILULES SIROP
ANÉMIE BLANCARD LEUCORRÉE
 EXIGER : Signature, Étiquette verte, Cachet de garantie et Adresse.
 PARIS, Rue Bonaparte, 40.
IODE SCROFULE FER
 Refuser les Similaires inefficaces. Refuser les Imitations dangereuses.

Le plus Puissant Reconstituant général

HISTOGENOL

(Médication Arsenio-Phosphorée à base de Nuclarrhine).
 Indications de la Médication Arsenicale et Phosphorée organique :
TUBERCULOSE, BRONCHITES LYMPHATISME, SCROFULE ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, ASTHME, DIABÈTE, AFFECTIONS CUTANÉES FAIBLESSE GÉNÉRALE, CONVALESCENCES DIFFICILES, etc.
 FORMES : Elixir, Emulsion, Granulé, Comprimés, Ampoules.
 Échantillons : S'adr. Laboratoires A. NALINE, Pl^{te} à Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine).

Naline

Seuls agents pour le Canada, ROUGIER FRÈRES, agence Décary-Rougier, 63 Notre-Dame Est, Montréal.

AFFECTIONS HÉPATIQUES

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie
Coliques hépatiques
Ictère

GRANULES TITRÉS de
BOLDINE HOUDÉ

Cachexie
d'origine paludéenne
et consécutive au long
séjour dans les pays chauds.

POSOLOGIE : Chaque granule est rigoureusement titré à 1 milligr
DOSE : 6 à 8 Granules par jour.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 29, Rue Albouy, PARIS. — DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

BOLDOINE ÉPARVIER

Granulee — Non Alcolique — Soluble

STIMULANT-TONIQUE GÉNÉRAL, SANS ACTION SUR LE CŒUR

Contient tous les Principes du **Boldo Frais**, y compris LA PARTIE AROMATIQUE
DOSE : DEUX à QUATRE CUILLÉRES À CAFÉ PAR JOUR, À LA FIN DE CHAQUE REPAS

NOUVEAU SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS
DU FOIE, DES REINS, DE L'ESTOMAC

ATONIE DES ORGANES DIGESTIFS, DYSPÉPSIES

PILULES ÉPARVIER (CASCARA ÉPARVIER)

Prescrites avec un succès constant par le Corps Médical depuis plus de vingt ans dans tous les cas de

CONSTIPATION — Atonie intestinale — Hémorrhôides — Jaunisse — Grossesse — Allaitement.

Pas de Congestion, pas de Coliques, pas de Diarrhée, pas d'Accoutumance.

DOSE : UNE PILULE chaque soir au repas

ECHANTILLONS GRATUITS DE CES PRODUITS SUR DEMANDE adressée à la PHARMACIE DECARY 1688 RUE STE-CATHERINE A MONTREAL.

MARIUS ÉPARVIER, Pharmacien de 1^{re} classe, 26, Grande rue Saint-Clair, LYON (France)

AFFECTIONS DE LA GORGE

Laryngites, Pharyngites, Amygdalites
Angines, Diphtérie
Toux nerveuses
Picotements

PASTILLES HOUDÉ
à la **STOVAÏNE**

POSOLOGIE :
Chaque Pastille
renferme exactement
3 milligrammes de principe actif.
DOSE : 6 à 12 par jour suivant l'âge,
à prendre consécutivement.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 9, Rue Dieu, PARIS. DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

CAPSULES DARTOIS

Ogr. 05 véritable créosote de hêtre titrée en Gaïacol. 2 à 5 à chaque repas, contre :

Toux rebelles, Bronchites chroniques, Tuberculose

6, rue ABEL, PARIS (Anct. 83, rue de Rennes). Le Fl. 3 fr.

injections d'huile camphrée, etc., elle succombe en un quart d'heure.

Les embolies pulmonaires petites ou grandes, survenant pendant les suites de couches, ne sont pas très rares; sans pouvoir donner de chiffres précis, M. Bar estime qu'on en doit voir cinq ou six par an à la clinique Tarnier, et plutôt plus que moins. A la maternité de Bâle, où des statistiques exactes ont été dressées, on compte une embolie pour 300 accouchements; dans la ville de Bâle elle-même, on enregistre, pour 2,000 naissances, une mort par embolie pulmonaire chez les femmes en couches.

A l'origine de l'embolie on trouve toujours une thrombose veineuse: ces thromboses veineuses sont une des complications les plus communes des suites de couches: de nombreuses conditions les favorisent.

Chez les femmes, à la fin de la grossesse, la lenteur de la circulation est extrême en raison de l'ectasie considérable de tout le système veineux: cette lenteur est encore accrue pendant les suites de couches du fait du repos absolu observé par les nouvelles accouchées.

Les physiologistes nous ont appris que la présence des sels de chaux dans le sang est nécessaire pour qu'il y ait coagulation. Or, il y a précisément, à la fin de la grossesse, excès de sels calciques dans le sang: le système osseux du foetus se développant énormément à cette période, il se fait dans l'organisme maternel une mobilisation considérable de sels de chaux. Bar a trouvé chez une femme, 35 jours avant l'accouchement, 0 gr. 052 de sels de chaux pour 1000 grammes de sang; chez la même femme, 45 jours après l'accouchement, la proportion était tombée à 0 gr. 03 pour 1000. Chez la chienne, le sang non défibriné renferme normalement, d'après les recherches de Bar, 0 gr. 062-000 de sels de chaux; la proportion atteint 0 gr. 12-000 chez le même animal au 30^e jour de la gestation.

La dilution est une autre cause d'exagération de la coagulabilité du sang; or, la proportion du plasma sanguin est augmentée de 1-10 à la fin de la grossesse. Les grandes hémorragies accentuent encore cette tendance et les accoucheurs savent parfaitement que les femmes ayant perdu beaucoup de sang par suite d'une insertion vicieuse du placenta sont plus que les autres exposées à des thromboses.

Enfin, pour peu que l'oeuf soit malade, on voit se produire toute une série de thrombose dans le placenta, ou même à distance, dans un viscère maternel, le foie par exemple. L'oeuf est donc par lui-même un agent de thrombose, en raison des réactions qu'il provoque du côté de l'organisme maternel.

Sur un terrain aussi admirablement préparé, qu'un agent infectieux quelconque pénètre, et la thrombose se développera avec une extrême facilité, car la plaie utérine est essentiellement une plaie veineuse, communiquant avec des sinus très larges.

A mesure que le nombre des grossesses augmente, le danger devient plus grand; sur cent cas de phlébite post partum, on ne trouve pas une femme de 15 à 20 ans; sur cent primipares, la proportion des phlébites est de 1 pour cent; elle atteint 5 pour cent chez les femmes à leur qua-

trième grossesse. Il est hors de doute que l'agent de la phlébite est l'infection, mais il est hors de doute aussi que cette infection trouve dans les nouvelles accouchées des sujets singulièrement prédisposés, et l'on peut concevoir à la rigueur que l'introduction d'un agent infectieux ne soit pas indispensable à la production d'une thrombose, quand les causes prédisposantes ont atteint un certain degré d'acuité.

Comment naît l'embolie?

Où va-t-elle?

Que devient-elle?

L'embolie peut survenir à trois moments de l'évolution d'une thrombose. Certaines thromboses se produisent très lentement, dans des segments limités du système veineux (les phlébites variqueuses en sont le meilleur exemple); mais si le caillot, lentement formé, vient à atteindre l'embouchure d'une grosse veine, le courant circulatoire plus actif qui vient le battre, peut le détacher et l'emporter. De pareilles embolies s'observent dans les suites de couches; le processus phlébitique initial avait passé inaperçu parce que très limité, et l'accident survient avant l'apparition de la *phlegmatia confirmée*.

Par contre, il est des thromboses très larges, atteignant d'emblée un vaste lacis veineux; le caillot, très étendu, ne s'organise pas tout entier, et quand la phlébite touche à sa fin, certains segments s'effritent et passent dans la circulation. Tel est le type des *embolies post phlébitiques*.

Enfin, dans un troisième groupe de faits, il s'agit d'un caillot remplissant tout un réseau veineux, mais d'un caillot qui reste mou, qui n'adhère pas solidement aux parois vasculaires, et l'embolie se produit pendant l'évolution de la *phlegmatia*.

Détaché et passé dans le torrent circulatoire, le caillot traverse le cœur droit et atteint l'artère pulmonaire. Qu'y devient-il?

Certaines embolies se traduisent à peine par un peu d'oppression, un point de côté, à un degré de plus par des crachats hémoptoïdes.

D'autres entraînent la *mort subite*; mais les embolies mortelles qui tuent instantanément ne sont pas les plus fréquentes; d'habitude, on observe plutôt, pourrait-on dire, une *mort subite différée*, la terminaison ne survenant qu'après 15, 20, 30 minutes d'oppression très violente.

Enfin, la mort peut ne survenir qu'au bout de 8 à 10 jours, par gangrène greffée sur un infarctus pulmonaire.

Comment expliquer ces modalités diverses?

On conçoit facilement que des embolies minuscules ne se trahissent que par l'apparition d'un point de côté.

Les morts foudroyantes ont été attribuées à l'obstruction brusque de l'artère pulmonaire par un gros caillot; mais, pour peu que l'on réfléchisse, on voit qu'il n'est pas d'embolies capables de supprimer d'un seul coup la lumière du gros tronc artériel; une branche de division importante peut être obturée, mais il reste toujours des canaux de calibre suffisant pour assurer la circulation et l'hématose. Ce n'est donc pas là le mécanisme de la mort subite. La mort subite est due à une *syncope*, à une surprise du cœur.

Les cas plus fréquents, de *mort subite différée*, s'expliquent par la production, derrière le caillot primitif arrêté dans l'artère pulmonaire, d'une thrombose extrêmement rapide atteignant bientôt le cœur.

Quant à la mort lente par gangrène, on ne l'observe plus guère aujourd'hui après l'embolie pulmonaire; mais elle n'était pas rare autrefois, dans des maternités encombrées où l'infection régnait à l'état endémique.

Que doit-on faire en présence d'une embolie pulmonaire?

Il y a un *traitement préventif éloigné*, peut-on dire, et ce traitement consiste à réduire, autant que possible, les chances de phlébite par des soins d'asepsie minutieux. Il y a aussi un *traitement préventif immédiat*: dès qu'une phlébite est imminente, il faut immobiliser les malades. Mais la phlébite peut rester latente. Et même lorsqu'elle est évidente, comment savoir à quel moment tout danger d'embolie a disparu? Les signes cliniques que l'on a donnés pour établir cette certitude (signes tirés du pouls et de la température) sont assez obscurs et infidèles. On s'est adressé alors à des procédés de laboratoire; mais les recherches entreprises sur ce sujet ne sont pas encore entrées dans le domaine pratique: elles reposent sur l'étude du degré de la coagulabilité du sang, au moyen d'une solution titrée d'oxalate de potasse.

Il est des phlegmatia très étendues, gagnant parfois jusqu'à la veine cave inférieure et dans lesquelles, malgré le repos absolu, l'embolie pulmonaire est extrêmement fréquente. Aussi a-t-on proposé en pareil cas, la ligature ou la résection des gros troncs veineux atteints; on a pu réunir 56 cas de phlébite de la veine iliaque primitive traités par cette méthode; la résection a été pratiquée dans 7 cas, et l'on en a eu 2 morts; la ligature, dans 49 cas, et l'on a eu 25 morts. On a été jusqu'à faire porter la ligature sur le tronc de la veine cave inférieure, au-dessous des veines rénales; mais toutes les malades ainsi opérées sont mortes.

Existe-t-il un *traitement curatif* de l'embolie pulmonaire? La question ne se pose pas quand il y a mort subite; mais dans les cas plus fréquents, où la malade survit pendant 15, 20, 30 minutes, il est cruel d'avouer son impuissance et d'assister au dénouement des bras croisés. En 1908, Trendelenburg a proposé l'opération suivante: on pratique rapidement une incision sur le bord gauche du sternum, du premier au troisième cartilage costal; sur cette incision verticale, on branche, au niveau du deuxième cartilage, une incision horizontale de 10 centimètres de long. Les deuxième et troisième cartilages sont sectionnés, la plèvre et le péricarde ouverts; sur le groupe de l'aorte et de l'artère pulmonaire, on jette un lien de caoutchouc que l'on serre. La striction ne doit pas durer plus de 15 secondes, et il faut, pendant ce temps très court, ouvrir le tronc de l'artère pulmonaire et retirer les caillots qui l'obstruent.

Cette intervention singulièrement hardie n'est pas, comme on pourrait le croire au premier abord, une simple vue de l'esprit; l'opération a été pratiquée sur le vivant au moins quatre fois, d'après les recherches de M. Bar-

Kruger, en 1909, a opéré par ce procédé, 20 minutes après le début de ces accidents, un malade atteint d'embolie, à la suite d'une cure radicale de hernie: il y eut une survie de cinq jours, alors que la fin était imminente au moment de l'intervention. Dans les 3 autres cas, la survie n'a pas dépassé trente-sept heures. Ces résultats sont très peu encourageants; mais on ne doit pas abandonner la voie ainsi tracée, puisque les grosses embolies abandonnées à elles-mêmes entraînent fatalement la mort.

in *Jnal. des Praticiens.*

Clinique Chirurgicale

L'ANTISEPTISME DES PLAIES DES MAINS PAR
LA TEINTURE D'IODE.

Par le Dr Lucas-Championnière

Nous avons raison, dans notre dernier numéro, de montrer comment on revient, avec la teinture d'iode, aux antiseptiques puissants et aux antiseptiques maniés sans cet abus des lavages et des bains qui paralyse toute action antiseptique et cause des accidents au lieu de les prévenir.

Le Professeur Reclus, dans une communication très écoutée à l'Académie de médecine, appelle l'attention sur l'emploi de la teinture d'iode immédiatement appliquée et sans lavages dans les plaies des mains et des doigts.

Voici les expressions qu'il emploie: "La technique en est presque enfantine. Elle consiste à badigeonner la région blessée avec la teinture d'iode. On plonge un pinceau stérile dans le flacon qui contient la teinture dont on dépose une couche tout autour de la plaie et sur la plaie même et, cela bien entendu, le plus tôt possible après l'accident. On laisse évaporer l'alcool qui abandonne sur la surface cruentée la tache brune de l'iode. Lorsqu'elle est bien sèche on la recouvre d'une compresse aseptique et d'un manchon d'ouate hydrophile que l'on assure par quelques tours de bande. Le soir ou le lendemain, on renouvelle le pansement, que plus tard on espace et auquel, on ne touche guère que tous les trois ou quatre jours."

Le Professeur insiste sur l'innuitilité et le danger des brossages, des décapages et des lavages.

M. Reclus estime que la teinture d'iode doit être neuve de huit jours au plus. Il nous dit qu'il son action n'est pas douloureuse. Il pense que, bien maniée, elle permet de modifier absolument le pronostic des plaies des mains, et à ce titre la recommande particulièrement chez les accidents du travail. Il pense qu'en guerre, pour les plaies petites, elle rendrait les plus grands services et faciliterait beaucoup les pansements.

M. Reclus insiste sur le fait que ce pansement doit être exclusif des lavages et rapporte même comment, sur un sujet qu'il soignait, un bain intempestif aiguë d'eau oxygénée aggrava les accidents et retarda la guérison, qui ne reprit son cours qu'après le retour d'iode simplement appliquée.

Comme complément de sa communication, M. Reclus a fait un plaidoyer en faveur des interventions immédiates dans les blessures destructives des doigts opposée à l'expectation si souvent conseillée.

MM. Labbé et Lucas-Championnière ont fait remarquer que ce retour vers un antiseptique puissant était aussi un retour à une méthode préconisée bien avant l'antisepsie par Boinet, l'auteur du *Traité d'iodothérapie* qu'on pourrait appeler la doctrine de l'application de l'iode à toute la chirurgie.

Il est incontestable que l'usage de l'iode tel que l'avait préconisé Boinet rondait à cette époque les plus grands services.

C'est aller un peu loin que faire de la teinture d'iode un médicament exclusif jusqu'à imposer l'emploi d'un flacon de teinture d'iode en tout service chirurgical comme on l'a proposé. Il ne paraît pas non plus que ce traitement soit le traitement idéal des plaies. C'est assurément un bon traitement quand on n'applique pas une bonne méthode antiseptique avec d'autres substances moins astringentes pour la peau.

Malgré les assertions de notre collègue M. Reclus, je ne trouve pas les applications aussi indolores qu'il veut bien le dire. La teinture d'iode n'a, par exemple, rien de la propriété réellement anesthésiante qu'a l'acide phénique. On a parlé à cette occasion du traitement de la pustule maligne par les injections sous-cutanées de teinture d'iode. Je les ai vues très douloureuses, tandis que les injections d'eau phéniquée dans les mêmes circonstances sont tout aussi efficaces et bien peu douloureuses.

Sur une plaie très exposée, la teinture d'iode me me paraît pas assez puissante pour qu'un pansement aseptique séjournant seul ensuite mette constamment à l'abri des invasions septiques. Il y a certainement des combinaisons de pansement infiniment plus satisfaisantes, même avec la teinture d'iode, permettant des pansements très retardés et restant très protecteurs jusqu'à la guérison définitive de la main ou des doigts.

Mais il n'en est pas moins vrai, comme l'a si bien établi M. Reclus, qu'il y a faute réelle à ne pas traiter toutes les plaies des mains ou des pieds par l'application immédiate d'un antiseptique puissant sans les lavages et les bains, dont le résultat le plus clair est l'infection définitive des téguments du tissu cellulaire et des gaines. Depuis trente ans, je proteste contre ces pratiques; j'ai démontré chaque jour à l'hôpital qu'un grand nombre des infections des plaies viennent du premier traitement mal appliqué et justement des précautions que l'on prend pour leur faire subir une soi-disant purification.

Depuis le temps où on nous a affirmé, avec une extraordinaire légèreté, que l'eau et la propreté étaient les

seuls agents intéressants en chirurgie, beaucoup de plaies, surtout ces plaies des mains, qui peuvent compter parmi les plus graves, peuvent aussi compter parmi les plus mal traitées. Aussi devons nous applaudir à la communication du Professeur Reclus à l'Académie, communication qui ne peut être que le prélude d'autres communications qui auront trait aux insuffisances de la chirurgie actuelle, insuffisance due à l'oubli de l'expérience de ceux qui ont inauguré la chirurgie moderne en déterminant avec précision ses nécessités et ses bienfaits.

En ce qui concerne le cas particulier des petites plaies des mains, des pieds, ou de toute autre région il est souhaitable que l'on fasse la révision des pratiques actuelles de la chirurgie. Elles ont été aussi négligées que les grandes opérations ont été travaillées. Il s'ensuit une disproportion extraordinaire dans les pratiques chirurgicales.

Pour bien des cas il vaut mieux être digne d'une opération grave que d'être à la merci de la négligence fréquente appliquée à la chirurgie modeste. Il est temps que des cliniciens sages attaquent cette réforme. La prévention des accidents graves par les petites plaies est une besogne qui mérite tout la sollicitude des meilleurs chirurgiens.

Or ce fut bien là l'oeuvre première de la chirurgie antiseptique, oeuvre trop délaissée actuellement, oeuvre bien plus délicate que ne le pensent ceux qui se sont laissés absorber par la technique des grandes opérations et des traumatismes graves.

(in Journal de Méd. et Chir. de Paris).

Clinique Médicale

Par M. le Pr. Debove.

Insuffisance aortique.—Syphilis latente

Messieurs,

La malade dont je vous entretiendrai aujourd'hui est atteinte d'insuffisance aortique. Son cas paraît, au premier abord, classique et même banal; mais à l'étudier dans le détail, on y découvre certaines particularités que j'ai crues susceptibles de vous intéresser.

G... est cuisinière, elle est âgée de 5 ans. Elle entra dans notre service le 13 janvier dernier, dans un état de pâleur et d'amaigrissement considérables, ayant sollicité son admission à l'hôpital parce qu'elle souffrait d'étouffements, de palpitations et de douleurs dans la région du foie.

Ces phénomènes devaient nécessairement attirer notre attention sur le coeur, et nous n'avons eu aucune peine à reconnaître l'existence d'une lésion de cet organe, ni sa nature. Il existe une hypertrophie ventriculaire manifes-

te: la pointe bat dans le 6e espace intercostal et la percussion révèle une augmentation à la fois verticale et transversale de la matité précordiale.

L'auscultation révèle un double souffle cardiaque systolique diastolique, très nettement caractéristique d'une insuffisance aortique. On entend de plus à la pointe le souffle présystolique qui est si habituel dans la même affection, et que j'ai attribué à une aspiration particulièrement forte du contenu de l'oreillette gauche par le ventricule correspondant hypertrophié.

Il y a encore de violents battements des carotides, principalement de celle du côté droit, qu'on voit à chaque diastole artérielle redresser la courbe qu'elle décrit à l'état de repos. Le pouls radial est bondissant, l'artère radiale est très flexueuse. La tension vasculaire est de 16 centimètres. On ne trouve pas dans les artères crurales le double souffle de Duroz's.

Le foie est très augmenté de volume, très douloureux à la palpation; les bases des poumons sont congestionnées.

Tous les signes que je viens de vous énumérer sont classiques; le diagnostic auquel il conduisent est évident, et vous me permettrez de passer immédiatement à la discussion plus intéressante des causes de la lésion cardiaque que nous avons sous les yeux.

Une insuffisance aortique est ordinairement le résultat d'une maladie infectieuse, antérieure. Elle peut être produite par toutes les maladies infectieuses, au moins on théorie. En pratique elle succède presque toujours aux deux mêmes, le rhumatisme articulaire aigu et la syphilis.

Ces deux dernières affections ne lésent point les valvules sigmoïdes du cœur gauche d'une façon identique. La première agit par endocardite, elle détermine une insuffisance aortique d'origine endocardique, elle laisse le tronc de l'aorte sain. La seconde semble au contraire atteindre d'emblée la crosse aortique, et l'insuffisance ne résulte que de la propagation aux valvules de ces premières altérations: c'est pourquoi elle est dite d'origine artérielle.

Il est toujours fort important de préciser de laquelle de ces deux sortes d'insuffisance aortique on a affaire: leur pronostic est en effet tout différent. Tout en atteignant profondément le cœur, le rhumatisme y détermine des lésions relativement peu graves parce qu'il constitue une maladie passagère, dont l'œuvre nocive ne se poursuit pas au delà de quelques jours, et qui laisse des déformations valvulaires qui ne sont point progressives. Dans la syphilis nous observons l'inverse: le mal est chronique, les altérations cardio-vasculaires ont une tendance presque invincible à s'étendre sans cesse. De là leur gravité particulière. Nous devons chercher, par une étude soignée des antécédents, quelle est chez notre malade l'origine de la lésion sigmoïdienne.

De 8 à 14 ans, cette femme paraît avoir été atteinte d'une anémie très prononcée, se traduisant par une faiblesse extrême, une grande pâleur, des maux d'estomac, de la dyspnée. Elle fut guérie complètement par un traitement ferrugineux. Il est infiniment probable qu'il s'agissait d'accidents chlorotiques. Le fait a son importance car la

chlorose donne lieu à des troubles cardiaques, et on pourrait être tenté de leur faire jouer un rôle dans la production de l'insuffisance aortique. Cette supposition me paraît peu probable car l'anémie des jeunes filles, tout en déterminant des désordres circulatoires très accentués, n'est point la cause d'affections valvulaires qui persistent ultérieurement.

De 21 à 26 ans, G... eut de violentes migraines, revenant toutes les trois semaines, durant deux à trois jours, et l'obligeant à garder le lit. Ces migraines, je vous signale le fait en passant, ont disparu définitivement à l'âge de 27 ans à la suite d'une fièvre typhoïde. Cette maladie dura six semaines, et fut soignée à l'hôpital St-Antoine. Elle guérit normalement, mais laissa après elle une dyspnée d'effort qui ne disparut qu'au bout de plusieurs mois. D'après cette circonstance, on pourrait se demander si la dothiëntérie n'avait pas entraîné une endocardite d'où dériveraient les lésions cardiaques actuelles. La chose est possible, mais peu vraisemblable, car il est exceptionnel que la fièvre typhoïde altère d'une façon durable les valvules du cœur. Au contraire elle est souvent l'origine d'un état d'anémie qui pourrait expliquer facilement la dyspnée qu'éprouva notre malade à cette période de sa vie.

A l'âge de 28 ans, G... eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu fébrile qui dura un mois, et fut fort violente.

Lors de la convalescence, elle fut reprise d'une dyspnée particulièrement accentuée lorsqu'elle marchait ou montait les escaliers, mais, au bout de deux ans, elle retrouva une santé parfaite, et resta tout à fait robuste et saine, au moins en apparence, pendant une période de huit années.

Cette évolution particulière n'implique nullement que le rhumatisme ne soit pour rien dans la lésion aortique que nous constatons actuellement. On doit distinguer dans la marche des maladies valvulaires trois phases successives: Dans la première, l'appareil valvulaire atteint d'endocardite, perd sa forme normale; il en résulte un trouble souvent manifeste des fonctions cardiaques. Mais bientôt le cœur s'hypertrophie, s'adapte à sa lésion: la circulation reprend son fonctionnement régulier pendant une période de compensation, souvent très longue. Enfin, à la longue, l'asthénie survient.

Il n'est nullement invraisemblable que notre malade doive son insuffisance aortique au rhumatisme grave qu'elle a subi. Toutefois, il est difficile de l'affirmer.

Quoi qu'il en soit, à l'âge de 38 ans, G..., qui s'était mariée dans l'intervalle, fut reprise d'une dyspnée d'effort qui depuis n'a cessé de grandir et est devenue particulièrement pénible chez elle depuis l'âge de 47 ans. Six ans plus tard, en 1907, il s'y joignit un œdème malléolaire qui revenait tous les soirs.

En 1909, à la suite d'une fluxion du genou droit, la situation s'aggrave, et G... se décide à entrer à l'hôpital Beaujon, où elle aurait eu des accidents de congestion pulmonaire avec expectoration muqueuse et parfois sanglante.

LA MEDICATION IODOTANNEE

Vin Bonaparte

Iodo-Quino-Tannique

Succedane de l'Huile de Foie de Morue
Aperitif—Tonique et reconstituant par excellence

Le plus puissant des Iodo-Tanniques

Pas de contre-indications
Pas de fatigue stomacale

Trouve son application dans les cas suivants :

Engorgements ganglionnaires, lymphatisme, rachitisme, suppurations prolongées, MALADIES DE POITRINE, cachexies, anémie et faiblesse générale.

AGENTS POUR LE CANADA

"LE MEDECIN" LIMITÉE

25, rue Notre-Dame Est, Montreal



BOVRIL

POUR MALADES

Notre préparation "Invalid Bovril" répond parfaitement aux desiderata des medecins dans l'alimentation des malades.

Notre preparation possède toutes les excellentes qualites du Bovril ordinaire moins l'assaisonnement.

Un echantillon vous sera expedie gratuitement sur demande.

LA COMPAGNIE BOVRIL, Limitée,

27 rue St-Pierre,

MONTREAL.

Un echantillon de 3 onces, franco par la poste, sur demande

SAL LITHOFOS

Laxatif Salin Effervescent

SAL LITHOFOS est une preparation a base de lithine et de phosphate de soude.

Il est indique dans le traitement de l'indigestion, de la constipation du diabete, des affections gastriques et renales.

Il trouve surtout son indication dans le RHUMATISME, l'ARTHRITE RHUMATISMALE, la GOUTTE, le LUMBAGO, la SCIATIQUE, les NEURALGIES, en un mot dans tous les desordres de la DIATHESE URIQUE.

SAL LITHOFOS contient en solution, sans precipite, la lithine et le phosphate de soude.

Cette combinaison possede des proprietes toniques, alterantes et laxatives que nulle eau minerale naturelle ne peut surpasser.

LA COMPAGNIE CHIMIQUE WINGATE

CHIMISTES FABRIQUANTS

545 rue Notre-Dame West

MONTREAL

MALADIES DE LA PEAU

Les cas les plus rebelles d'ECZEMA, PSORIASIS, DARTRES, RUPULE, DEMANGEAISONS, ULCERES, MAL DE BARBE, ETC., sont guéris rapidement par

— LA POMMADE — ANTISEPTIQUE RAMEAU

Ce remède essence a pour base une association de produits antiseptiques puissants et inoffensifs. Les travaux d'une légion de savants ont proclamé et prouvé les succès éclatants de l'antiseptique, et les succès obtenus dans les hôpitaux démontrent tous les jours l'efficacité incontestable de cette merveilleuse méthode.

En vente dans toutes les pharmacies

Dépositaires pour le Canada:
LECOURS & DECARY, — Montréal.

Pour les États-Unis:
GEO. MORTIMER & CO.,
247, Atlantic Avenue, — Boston, Mass.



TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN OXYGENE PUR NAISSANT

Affections de Gorge et Voies Respiratoires
Maladies et hygiène de la bouche et des dents

Les TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN sont à base d'Oxygène à l'état naissant de Menthol, faible de Coscastovaine, de Benzote de Soude et d'Extraits Végétaux d'un goût très agréable. Elles sont souveraines contre

Toux, Gripes, Laryngites, Pharyngites,
Asthme, Amphyseme, etc - - - -

6 A 10 TABLETTES PAR JOUR

Echantillons gratuits sur demande, adresser

Pharmacie PERRAUDIN, 70 rue Legendre, Paris, et au dépôt pour le Canada, Pharmacie DECARY 310 rue Sainte-Catherine Est, Montréal.

TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN
OXYGENE PUR NAISSANT

Dans les CONGESTIONS et les Troubles fonctionnels du FOIE,
la DYSPEPSIE ATONIQUE, les FIÈVRES INTERMITTENTES,
les CACHEXIES d'origine paludéenne

ET CONSÉCUTIVES AU LONG SÉJOUR DANS LES PAYS CHAUDS
On prescrit dans les Hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour, de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : VERNE, Professeur à l'École de Médecine de GRENOBLE (France)
ET DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER.
Dépôt Général pour le CANADA : Pharmacie ARTHUR DECARY, à Montréal.

Enfin, en 1910, elle est entrée dans notre service, dans les circonstances que vous savez.

Comme vous le voyez, au premier abord l'histoire de cette malade paraît assez simple. Nous y relevons deux attaques de rhumatisme articulaire aigu auxquelles il paraît naturel de rapporter l'insuffisance aortique dont nous cherchons la nature, en admettant que cette insuffisance est d'origine endocardique, c'est-à-dire de reliquat d'une endocardite rhumatismale.

Ce diagnostic, si logique en apparence, ne nous a pas satisfait.

Il nous a semblé en effet que le système artériel était altéré, que les parois des vaisseaux à sang rouge présentaient une résistance et des flexuosités exagérées, toutes constatations que n'explique pas une insuffisance aortique endocardique. Nous avons donc été amené à nous demander si la lésion valvulaire n'était pas en réalité d'origine artérielle, c'est-à-dire syphilitique, et voici ce qu'un examen dirigé dans ce sens nous a appris.

La malade n'a jamais eu aucun accident marqueux ou cutané qui puisse être attribué à la vérole. Les deux enfants qu'elle a eus sont vivants et bien portants. Elle n'a jamais fait de fausse couche. Elle a toujours considéré son mari comme tout à fait sain. Il était cependant, suivant son expression, si coureur, qu'elle a été obligé de se séparer de lui; mais on ne peut évidemment tirer de cette indication aucun argument décisif en faveur d'une contamination syphilitique conjugale.

Nous ne trouvons donc dans le passé de G. . rien qui permette de la considérer comme atteinte de syphilis; et cependant, nous avons constaté chez elle des signes qui démontrent qu'elle est en puissance de cette maladie: elle présente le phénomène d'Argyll Robertson, et la réaction de Wassermann a été positive. Un seul de ces deux symptômes suffirait pour lever tous les doutes.

Si bien que, dans le cas particulier on pourrait suivre qu'on attache plus d'importance aux commémoratifs ou à l'examen physique, invoquer à volonté, comme cause de la lésion cardiaque, le rhumatisme ou la syphilis, à moins qu'on ne préfère les faire intervenir tous les deux, et je vous avouerai que je me rangerai à cette dernière opinion.

La pathologie expérimentale nous enseigne que, si on veut produire une endocardite chez l'animal, on doit, avant d'injecter des microbes dans les sang, préparer en quelque sorte le système vasculaire en traumatisant les valvules du cœur.

Cliniquement, nous savons qu'un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu est d'autant plus exposé à une endocardite qu'une attaque antérieure a lésé déjà ses valvules. Il en est encore de même si la cause qui a altéré son appareil valvulaire est une autre maladie infectieuse.

Étant données ces lois générales, on peut, à mon avis, considérer comme très probable que, chez notre malade une attaque de rhumatisme a amené une lésion valvulaire, peut-être bénigne à l'origine, mais suffisante pour fournir à la syphilis un lieu de moindre résistance où celle-ci a pu évoluer avec une facilité particulière. Ceci expliquerait

pourquoi nous constatons les signes d'une insuffisance aortique artérielle.

Il est d'ailleurs possible qu'une troisième maladie infectieuse ait contribué à mettre cette pauvre femme dans la triste situation où elle se trouve. Elle présente de fréquents accès de fièvre vespérale, le sommet du poumon droit est induré. Je crains donc bien que la tuberculose ne se mette de la partie, et vous savez trop l'importance que j'attache aux associations microbiennes pour ne pas comprendre combien je redoute une pareille complication.

Le pronostic est donc, de toute façon, très grave, et tout espoir de guérison est à abandonner, quel que soit le traitement que nous opposons au mal. Les médications symptomatiques ne peuvent, bien entendu, avoir qu'une action éphémère, et, quant au traitement mercuriel, dans lequel on pourrait à première vue avoir espoir, il convient de l'instituer, mais sans en attendre de bien grands effets. Tout ce qu'il pourrait faire, en supposant qu'il ait l'action la plus heureuse, serait d'empêcher les lésions de s'aggraver; mais il restera, à coup sûr, incapable de les faire rétro-céder, étant donné leur âge et leur caractère déjà cicatriciel.

J'ai arrêté l'histoire de notre malade; mais il n'est peut-être pas sans intérêt que je revienne en terminant sur le symptôme important qui nous a fait découvrir la syphilis chez elle, c'est-à-dire sur le signe d'Argyll-Robertson. Vous croyez sans doute savoir parfaitement en quoi consiste ce signe capital. Je suis convaincu du contraire; si je demandais à la plupart d'entre vous de m'expliquer comment il se produit, je les montrerais à coup sûr dans un grand embarras, c'est ce qui me détermine à entrer dans quelques détails.

Quelques mots de physiologie sont d'abord indispensables.

Dans l'état normal, la pupille se contracte sous trois influences principales qui sont celles de la lumière, de l'accommodation et de la convergence. Elle se dilate dans les conditions inverses.

Dans les circonstances habituelles, quand on regarde un objet rapproché, deux de ces influences, l'accommodation et la convergence, s'exercent simultanément. Aussi, bien qu'elles paraissent peut-être dissocier leur action, dans certains cas particuliers, peut-on, pour la commodité de la description, les réunir et les désigner par le terme unique et un peu barbare d'accommodo-convergence.

Ceci étant admis, le signe d'Argyll-Robertson consiste dans la perte isolée de la propriété qu'a la pupille de se contracter par l'effet de la lumière, de réflexe pupillaire à l'accommodo-convergence continuant à se manifester. Ce phénomène peut être unilatéral ou bilatéral; il est fréquemment, mais non nécessairement, associé à un myosis plus ou moins intense.

Pour comprendre son mécanisme, il faut connaître différentes particularités du fonctionnement des muscles et des nerfs intrinsèques de l'œil.

La pupille possède deux ordres de fibres musculaires, chargées de faire varier son diamètre: des fibres constrict-

tives qui forment autour d'elle un véritable sphincter, et des fibres dilatatrices qui ont une disposition rayonnée.

Ces deux systèmes de fibres étant antagonistes, on conçoit que la dilatation de la pupille ou mydriase puisse résulter soit d'une paralysie du muscle constricteur, soit d'une excitation du muscle dilatateur; ou qu'inversement le myosis ou rétrécissement de la pupille soit la conséquence tantôt d'un spasme des fibres constrictives, tantôt d'une paralysie des fibres dilatatrices.

Tel est, en soi, le fonctionnement des muscles: dans la réalité il est subordonné à celui des nerfs qui les animent.

Les nerfs moteurs du sphincter pupillaire proviennent du moteur oculaire commun; parmi ceux qui commandent le muscle dilatateur, les uns sont originaires du bulbe et suivent le trijumeau, les autres naissent dans le centre cilio-spinal de la moelle et traversent le sympathique cervical.

Toutes les modifications réflexes du diamètre de la pupille sont consécutives à une excitation qui passe par un de ces nerfs; mais chaque réflexe passe par un nerf déterminé qui est toujours le même. Ainsi, pour ne parler que des réflexes à la lumière et à l'accommodo-convergence qui nous intéressent particulièrement, ceux-ci prennent tous et nécessairement la voie du moteur oculaire commun. Les lésions des nerfs oculaires d'origine spinale ou bulbaire les laissent persister dans leur intégrité, tandis qu'au contraire, les altérations de la troisième paire ou de ses centres les modifient inévitablement.

Il en résulte que c'est à une maladie de ce nerf ou de ses noyaux qu'est dû le phénomène d'Argyll-Robertson.

Nous pouvons même pousser plus loin l'analyse. Ce signe particulier n'est pas la conséquence d'une paralysie totale du moteur oculaire commun: s'il en était ainsi, les mouvements du globe de l'œil et la réaction de la pupille à l'accommodo-convergence seraient abolis. Or, ils persistent.

La simple discussion d'un symptôme isolé nous conduit donc à admettre qu'il existe dans le nerf de la troisième paire trois ordres de fibres, destinées respectivement à assurer la motilité du globe oculaire, l'accommodo-convergence de l'iris, et sa contraction sous l'influence de la lumière. Celles qui sont spécialisées dans cette dernière fonction seraient seules atteintes chez les malades qui présentent le signe d'Argyll-Robertson.

Je m'empresse d'ailleurs d'ajouter que ceci n'est qu'une hypothèse, infiniment plausible sans doute, mais dont la démonstration est encore à fournir.

Pour revenir sur le terrain des faits, le phénomène d'Argyll constitue un excellent signe de syphilis. Cette maladie paraît être la seule à avoir la curieuse propriété d'agir électivement sur les fibres qui font réagir l'iris aux excitations lumineuses.

On ne l'avait pas cru tout d'abord, parce qu'on constatait le phénomène d'Argyll-Robertson dans les maladies qui semblaient au premier abord dépourvues de toute parure (tabès, paralysie générale, anévrysme de l'aorte). Mais nous connaissons aujourd'hui l'unité étiologique ca-

chée de ces accidents en apparence dissemblables: tous sont dus à la vérole, si bien qu'il reste acquis que le signe d'Argyll-Robertson est un symptôme de cette affection. C'en est même souvent un symptôme révélateur; il est extrêmement fréquent, et s'il était recherché systématiquement, il le paraîtrait bien davantage encore.

Chez notre malade nous n'avons constaté aucune affection systématisée manifeste des centres nerveux. Il n'existe ni paralysie générale, ni tabès. Les réflexes tendineux sont normaux. Cependant l'intégrité de l'encéphale n'est qu'apparente. A défaut du signe d'Argyll-Robertson, un autre fait le prouverait. En pratiquant la ponction lombaire, nous avons recueilli un liquide légèrement albumineux, et contenant une notable quantité de leucocytes, dont la majorité étaient des lymphocytes.

Il est donc doublement prouvé que nous avons eu affaire à un de ces cas si fréquents où des lésions syphilitiques du système nerveux central trahissent l'origine d'une insuffisance aortique d'aspect banal: et c'est sur cette association morbide si pleine d'intérêt que j'ai voulu surtout attirer votre attention.

(in *Ann. des Praticiens*).

Pédiatrie

Bronchite et broncho-pneumonie

par M. le Pr agrégé Nobécourt de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Une fillette de trois ans, née à terme et nourrie au sein, est entrée hier à l'hôpital avec une température de 40 degrés; ce matin, le thermomètre marque encore 39 degrés 5. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la petite malade pour se convaincre que les accidents aigus dont elle souffre frappent surtout l'appareil respiratoire; la dyspnée est vive, le rythme respiratoire n'est pas très accéléré (31 respirations par minute), mais la respiration est pénible: il existe du tirage sus-sternal et un peu de tirage sous-sternal.

L'expansion thoracique paraît un peu gênée dans la moitié gauche de la poitrine. A la percussion, on constate au sommet du poumon gauche, dans tout l'espace compris entre le bord inférieur de la clavicule et le mamelon, une diminution de la sonorité et surtout une augmentation de la tonalité, en même temps qu'une sensation de résistance au doigt. L'auscultation est à peu près négative en avant, si l'on fait abstraction des bruits respiratoires propagés des voies aériennes supérieures; par contre, on perçoit très nettement en arrière, des deux côtés du thorax, des râles sous-crépitaux assez secs; ces râles sont particulièrement

nombreux au sommet gauche et à la partie inférieure du poulmon droit. La respiration est soufflante, mais il n'existe en aucun point un bruit de souffle proprement dit. La sonorité, en arrière, est mauvaise aux deux sommets, plus mauvaise encore dans la région interscapulo-vertébrale, à droite surtout.

Le coeur est normal. Le foie déborde à peine le bord inférieur des fausses côtes. Au niveau de l'abdomen, il existe un peu de défense musculaire, mais ce phénomène n'a rien qui doive nous surprendre: on sait combien les manifestations abdominales sont fréquentes au cours des affections thoraciques de l'enfant, et tous les classiques décrivent le "point de côté abdominal" des pneumonies infantiles.

Sur tout le corps, on constate l'existence de petites macules brunâtres; cette pigmentation est due très probablement à un défaut de propreté, car l'enfant était d'une saleté repoussante au moment de son entrée à l'hôpital; on ne doit pas, en tout cas, y attacher d'emblée une grande importance.

Dans les aines et dans les aisselles, on trouve de nombreux ganglions; les chaînes ganglionnaires du cou sont facilement perceptibles, et cette constatation est intéressante, car l'adénite cervicale accompagne souvent les végétations adénoïdes. Or, l'hypertrophie de l'appareil lymphoïde du naso-pharynx favorise singulièrement les infections de l'arbre respiratoire.

Chez tout enfant atteint d'une affection thoracique, le système nerveux doit être l'objet d'un examen attentif. M. Nobécourt a observé récemment une fillette chez laquelle on avait porté le diagnostic de pneumonie; quelques jours après le début de la maladie, l'enfant est prise de convulsions et meurt subitement. A l'autopsie, on trouve une pleurésie purulente et une méningite suppurée diffuse. Cette méningite était restée parfaitement latente: peut-être eût-elle été dépistée si l'on avait systématiquement porté son attention de ce côté. Dans le cas présent, il n'existe ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig, ni troubles pupillaires, le système nerveux paraît donc intact.

Quel diagnostic faut-il porter? Les signes stéthoscopiques sont ceux d'une *bronchite diffuse*, mais en présence de la température élevée, de la respiration difficile avec tirage, on peut affirmer hardiment que la bronchite n'est pas seule en cause et que l'enfant est atteint de *broncho-pneumonie*. Quelques symptômes cependant sont d'une interprétation difficile: un foyer récent de broncho-pneumonie peut expliquer les signes de condensation pulmonaire trouvés au sommet gauche, mais l'hypothèse d'une lésion tuberculeuse déjà ancienne est tout aussi admissible. De même, l'adénopathie trachéo-bronchique dont la réalité constatée dans l'espace interscapulo-vertébral traduit l'existence, peut relever soit de la tuberculose, soit de simples végétations adénoïdes. Des commémoratifs précis permettraient peut-être de trancher la question, mais ils manquent complètement: nous ne savons qu'une chose, c'est que l'enfant est alitée depuis dix jours. Seule, l'évolution des accidents pourra renseigner: au besoin, on aura recours à la cuti-réaction ou à l'intradermo-réaction.

Le pronostic est sévère: la fillette a tout juste trois ans, et la broncho-pneumonie est d'autant plus grave que les sujets sont plus jeunes.

Quelle *thérapeutique* faut-il instituer? Le *traitement de choix* des broncho-pneumonies infantiles est sans contredit la *balnéation*. Le bain froid est mal toléré, c'est le *bain chaud* qu'il faut prescrire, à la température de 36, 37 ou 38 degrés. Ces bains, d'une durée de dix minutes, sont renouvelés toutes les trois heures tant que la température ne tombe pas au-dessous de 39 degrés. Pendant le bain, on masse l'enfant pour aider à la régularisation thermique; on applique sur son front des compresses froides pour éviter des troubles circulatoires du côté du cerveau. Aussitôt retiré du bain, l'enfant est enveloppé, de la fourchette-sternale à l'ombilic, dans de larges compresses trempées dans l'eau froide (15 à 20 degrés), exprimées et recouvertes de taffetas gommé. Ces compresses humides restent en place jusqu'au bain suivant; si la dyspnée est très vive, les enveloppements froids sont renouvelés plusieurs fois dans l'intervalle des bains.

A ce traitement fondamental, on peut, suivant les circonstances, joindre d'autres médications. Le coeur fléchit souvent chez les petits malades atteints de broncho-pneumonie; l'emploi de la *digitale* à la dose d'une ou deux gouttes de digitaline cristallisée en solution à 1-1000 est alors indiqué. On retire également de bons résultats de l'administration, à titre de stimulant du système nerveux, de trente à soixante centigrammes d'*acétate d'ammoniaque*; 25 à 30 grammes d'alcool sous forme de cognac ou de potion de Todd peuvent servir de véhicule au médicament.

Si les accidents se précipitent, on aura recours à des injections sous-cutanées de un ou deux centimètres cubes d'*huile camphrée* au dixième, renouvelées chaque jour. La caféine est mal tolérée chez l'enfant et l'on doit autant que possible s'en abstenir. Les *inhalations d'oxygène* sont excellentes, à la condition d'être données à haute dose: les poulmons doivent en quelque sorte baigner dans une atmosphère d'oxygène.

La broncho-pneumonie est une affection toujours grave mais vis-à-vis de laquelle le médecin n'est pas désarmé; en pourchassant avec ténacité l'emploi de moyens thérapeutiques appropriés, on obtient de beaux succès dans des cas en apparence tout à fait désespérés.

(In Jnal. des Praticiens).



Le sous-nitrate de bismuth dans les maladies de l'estomac

Par le Dr Tréguier (de Toulon)

Le sous-nitrate de bismuth, dont l'emploi dans la diarrhée est depuis si longtemps classique, n'a été mis en usage dans le traitement des affections de l'estomac qu'à la fin du siècle dernier. Il est vrai que Monnaret, en 1819, l'avait utilisé dans ce but, à des doses élevées : 30, 40, 60 grammes ; mais son exemple n'avait pas été suivi, et, après de longues années d'interruption, c'est Fleiner, conseillé par Kussmaul, qui, vers 1893, le retira de l'oubli et le préconisa, en Allemagne, contre l'ulcère de l'estomac. Hayem le propagea en France par ses communications, dont la première fut faite en 1895 à la Société médicale des Hôpitaux de Paris ; et, depuis cette époque le sel de bismuth a joui chez nous, en pathologie gastrique, d'une faveur bien méritée. Dans ces dernières années, ce n'est plus seulement comme médicament qu'il est mis à contribution, mais encore comme moyen de diagnostic par les radiologistes qui l'emploient à des doses parfois énormes.

L'étude du sous-nitrate a été faite en 1907 par M. Lion dans un important mémoire, et son élève Ruault, qui l'a pris pour objet de sa thèse inaugurale.

Indications.—Les indications du bismuth ne sont pas toutes d'égale valeur ; la plus importante certainement, c'est la douleur, et il a contre elle une action si favorable et si puissante qu'on a pu l'appeler l'"opium de l'estomac".

Le bismuth contre la douleur.—Les affections douloureuses qui se réclament de son emploi sont surtout les lésions organiques de l'estomac, l'ulcère et le cancer.

Dans l'ulcère, il est recommandé par Fleiner, Hayem, Mathieu, Soupault, G. Lion, J. Ch. Roux, Lianosier.

"Le traitement par le sous-nitrate de bismuth, éc. à Mathieu, donne certainement d'excellents résultats ; nous l'employons surtout lorsqu'il y a des douleurs vives, une intolérance marquée de l'estomac, des vomissements répétés, et aussi après une hémorrhagie".

"Le sous-nitrate de bismuth, employé sous la forme de lait de bismuth à la dose de 15 à 20 grammes par jour dans 150 grammes d'eau tiède, donne d'excellents résultats dans les formes douloureuses, et aussi près une hémorrhagie, dit Soupault, qui ajoute un peu plus loin : "en général les alcalins et le sous-nitrate de bismuth sont les meilleurs calmants de l'ulcère proprement dit."

Pour J. Ch. Roux, "le sous-nitrate de bismuth donné à dose massive est également d'un emploi habituel contre les douleurs trop vives de l'ulcère, il réussit souvent à calmer les malades alors que les alcalins n'ont aucune action."

Une forme légère de la maladie de Reichmann est caractérisée par l'existence, le matin à jeun, de liquide acide, en quantité variable, sans débris alimentaires : c'est la gas-

troussée pure ou sans stase. Cette variété est souvent liée à une sténose légère du pylore dépendant d'un ulcère qui provoque un spasme intermittent et de l'hypersécrétion réflexe ; on y observe parfois de véritables crises gastriques avec douleurs vives et vomissements où l'estomac doit être mis au repos par la suppression de toute alimentation buccale ; si, en reprenant l'alimentation lactée, l'estomac est douloureux, une cure de bismuth est indiquée.

Dans le cancer, Fleiner, Hayem, Lion, ont observé l'action calmante du sous nitrate contre les douleurs provoquées par le néoplasme ; il est vrai que cette action n'est pas définitive comme dans l'ulcère ; et elle cesse dès qu'on cesse de le prendre. Lion fait remarquer que cet insuccès du médicament ou mieux la nécessité d'en prolonger indéfiniment l'emploi apporte à la symptomatologie du cancer, dans certains cas difficiles, un signe diagnostique dont il faut tenir compte. Cette application du bismuth dans les affections néoplasiques, cancer ou ulcéro-cancer, ne paraît guère répandue, du moins en France, et les quelques traités récents de pathologie digestive que nous avons pu consulter sont muets à ce sujet.

Le bismuth dans les hémorrhagies.—L'action favorable du sous-nitrate dans les hémorrhagies a été constatée depuis longtemps ; cependant on en tire moins souvent parti dans ces cas que dans la douleur. En Allemagne, Fleiner et Boas le conseillent pour arrêter les hémorrhagies ; Mathieu et J. Ch. Roux, dans une communication faite en 1906 sur la réaction de Weber et sa valeur sémiologique, annoncent qu'ils ont vu plusieurs fois, sous l'influence du bismuth, disparaître à la fois les hémorrhagies, les douleurs et tous les autres phénomènes indiquant une poussée aiguë au niveau de l'ulcère. Par contre, en cas d'échec du bismuth constaté à l'examen des fèces par une réaction positive de Weber, on doit soupçonner l'existence d'un cancer primitif ou d'un ulcère en voie de cancérisation.

Autres indications.—Les indications que nous venons de signaler sont les principales, mais elles ne sont pas les seules. M. Lion attribue aussi une action bienfaisante au bismuth contre les vomissements des tuberculeux (Soc. des hôpitaux, 1908) et une série de phénomènes réflexes qui accompagnent les affections de l'estomac, tels que les spasmes, et vomissements, la sialorrhée, la sialophagie, les éructations : rien d'étonnant à cela. Ces phénomènes tiennent à la douleur ; en la supprimant, on les fait disparaître du même coup, il en est de même de l'aérophagie. Entre autres moyens, Leven prescrit dans la déglutition de l'air atmosphérique une potion au bismuth dont il fait prendre une cuillerée à dessert toutes les heures, le premier jour, et toutes les deux heures les jours suivants.

Contre-indications.—Le bismuth échoue à hautes doses ou ne réussit guère "dans les dyspepsies nerveuses, dans les crises gastriques d'origine centrale."

Il est en outre contre-indiqué dans les sténoses du conduit gastro-intestinal (Lion).

Modes d'administration et doses.—Le médicament s'administre soit en une fois et à jeun, soit en deux fois, le matin et le soir, suivant les auteurs, mais toujours de 10 à 20 grammes pour une période de vingt-quatre heures,

Fleiner le fait absorber par la sonde gastrique, à moins de contre-indications s'opposant au tubage. Hayem se contente le plus souvent de le faire boire dans un verre d'eau, sans tube. C'est aussi la méthode de Mathieu: à sa consultation de l'hôpital Saint-Antoine, il est d'usage de remettre au malade une feuille imprimée portant les indications suivantes:

1o Sous-nitrate de bismuth . . . 100 grammes
en dix paquets.

Étant couché, prendre chaque jour dans un demi-verre d'eau, bien chaude de préférence, un de ces paquets, le matin à jeun, et un second paquet le soir, trois heures après la première prise de lait.

Après l'ingestion du médicament, se mettre un quart d'heure d'abord sur le côté droit, puis un quart d'heure sur le côté gauche, un quart d'heure sur le ventre, et un quart d'heure sur le dos.

Cette manœuvre terminée, prendre un dose de lait.

2o. Ne pas laisser la constipation s'établir. Pour cela, sans cesser le bismuth, prendre, s'il y a lieu, espacées au cours de la journée, et mêlées au lait de l'alimentation, d'une à trois cuillerées à café de:

Magnésie 40 grammes.

Si la constipation persistait, prendre un lavement tiède d'un demi-litre d'eau bouillie.

Faisons remarquer que la manœuvre du décubitus en positions différentes n'est plus prescrites par Hayem, qui y a renoncé. Au surplus, on peut rencontrer des malades pour qui elle est douloureuse, et nous en soignons un actuellement. Il fait sa deuxième cure de bismuth; la première a été exécutée avec le protocole de Mathieu; mais la deuxième, faite deux mois et demi plus tard, à une période où des adhérences dues à un ulcère sont vraisemblablement à craindre, s'accompagne de douleurs pendant le décubitus ventral, et nous avons cru pouvoir sans aucun inconvénient supprimer ces changements de position.

Combien de temps cette médication peut-elle être prolongée? La durée n'en est ni fixe, ni invariable, et il n'y a nul danger, car le bismuth n'est pas toxique, à la donner pendant plusieurs semaines; la cure habituelle est d'une quinzaine de jours en moyenne, et peut être renouvelée à des intervalles variables, suivant l'évolution de la maladie et ses complications.

On serait tenté de supposer qu'à la dose journalière de 20 grammes, le bismuth, dont l'usage est si banal dans la diarrhée, doit entraîner une constipation énergique. Cette vue théorique est loin de se confirmer. En réalité — et ceci est absolument paradoxal — un tiers des malades traités à la dose ci-dessus a de la diarrhée; certains peuvent même l'avoir à la dose de 10 grammes, et nous avons connu un fait de ce genre.

Interprétations des effets du bismuth.—On a voulu se rendre compte du mode d'action du bismuth appliqué aux maladies de l'estomac. Déjà Monneret avait pensé qu'il jouait sur la muqueuse gastrique un rôle d'isolant contre le contact des différents ingesta, et Fleiner en le ré-employant à haute dose après Monneret, en faisait un agent

de protection et de pansement des lésions ulcéreuses, bénignes ou malignes. Mathes et Fisher expérimentant sur des chiens et des lapins virent que le sel, quelques heures après son ingestion, était étalé uniformément sur toute la surface gastrique qu'il tapissait de blanc; mais la meilleure preuve de cette répartition du bismuth sur tout l'organe a été donnée par Lion qui a pu la voir chez un homme mort dans l'après-midi du jour où il avait pris sa septième dose du médicament. A l'autopsie faite 36 heures après le décès, la poudre était reconnaissable sur toute la surface de l'estomac. Outre cette action physique, cet auteur admet que le sous-nitrate supprime ou diminue les fermentations anormales, fixe tous les éléments chlorés du suc gastrique, et favorise, en certains cas, l'évacuation de l'estomac.

Pour Summont (de Lille) et son élève Dubus, le sous-nitrate de bismuth agit beaucoup plus simplement, en provoquant la sécrétion qui n'est pas autre chose que le processus normal de défense de la muqueuse gastrique. Ils croient avec J. Kaufmann (de New-York) que l'absence de mucus est un symptôme défavorable, car la couche de mucus normalement sécrété est un moyen de protection contre l'envahissement des bactéries. Si le mucus fait défaut, dit Kaufmann, la muqueuse est envahie par les microbes et se laisse digérer par le suc gastrique. C'est par ce mécanisme qu'une ulcération insignifiante se transforme en ulcère simple: nous touchons ici à la pathogénie si discutée de l'ulcère. Déjà, pour Palermo, la cause de cette maladie réside en la production de zones épithéliales pauvres en cellules muqueuses et plus fréquentes au pylore. Kaufmann pense aussi que l'ulcère se montre toujours chez les individus qui sont atteints d'hyperchlorhydrie avec absence de mucus due à une gastrite chronique. Or, l'action réelle du sous-nitrate dans l'hyperchlorhydrie et l'ulcère n'était peut-être due qu'à l'hypersecretion muqueuse; c'était là du moins une hypothèse à vérifier. Summont et Dubus se livrèrent, pour cela, à des recherches expérimentales; cinq chiens, à jeun depuis la veille, reçurent à la sonde et en une fois 10 grammes de sous-nitrate délayés dans 50 centimètres cubes d'eau distillée, furent tués après un temps déterminé et autopsiés immédiatement. L'aspect de la muqueuse est caractéristique, disent les auteurs, le mucus mélangé de bismuth recouvre tout l'estomac d'un enduit brillant vernissé, particulièrement abondant au niveau du pylore et se prolongeant assez loin dans l'intestin. L'examen histologique de la muqueuse montre en outre que toutes les cellules à mucus, "s'écrasant les unes sur les autres, sont le siège d'une sécrétion intense" que les réactifs mettent facilement en relief. Ces expériences tendent donc à démontrer qu'en excitant la sécrétion des épithéliums mucipares encore capables de sécréter, le sous-nitrate est doué d'une action favorable dans les cas où cette sécrétion est pauvre ou nulle, comme dans l'hyperchlorhydrie et l'ulcère. C'est donc par son influence "myxogène" que Summont et Dubus expliquent les bons effets du sel de bismuth; et c'est aussi à la même interprétation que se rattache Kaufmann, en ce qui concerne l'action des lavages au nitrate d'argent.

In Journal Méd. et Chir. de Paris.

L'insolation et son traitement

L'insolation provoque souvent l'apparition d'un véritable syndrome méningé. M. Potelet (*Thèse, Paris, 1908*) vient d'en réunir de nombreuses observations, qui lui permettent d'adopter la classification de Dopter (*Soc. méd. hôp.*, 4 déc. 1903) en deux grandes formes: une forme bénigne et une forme grave.

Dans la forme bénigne, le début est brusque. Le malade, se trouvant exposé à une forte chaleur solaire soit immobile, soit en travaillant ou en pronant part à une marche ou à une manœuvre, ressent soudain des vertiges avec bourdonnements d'oreilles, avec, souvent, gêne respiratoire et parfois anxiété précordiale. Ces signes durent peu; rapidement la vue se trouble et la syncope se produit.

Cette perte de connaissance est passagère; le malade revient à lui, mais il lui reste de l'obnubilation intellectuelle pendant plus d'une journée, et surtout une céphalée violente, frontale et occipitale; celle-ci est counte, elle dure deux jours à peine; souvent, le deuxième jour il ne persiste qu'une légère céphalée s'accompagnant de fatigue et de courbature généralisée. Ces phénomènes s'accompagnent d'une élévation thermique légère, qui atteint, au maximum, 38° 6. Le plus souvent, les symptômes se bornent là; il n'y a pas de troubles du pouls, pas de vomissements, pas de nausées, pas de troubles de la sensibilité, ni de la motilité.

Un symptôme constant apportant la signature de ce syndrome méningé, est fourni par la ponction lombaire. Dans tous les cas, on a noté une hypertension manifeste du liquide céphalo-rachidien; ce liquide est clair, transparent, sans fibrine ni albumine. Il n'existe aucun élément figuré. La ponction lombaire n'a jamais été pratiquée qu'une fois dans chacun de ces cas bénins, les symptômes morbides ayant disparu rapidement.

Dans la forme plus grave, nous retrouvons les mêmes symptômes plus accentués. Tantôt le début est le même que dans la forme bénigne; c'est au moment même où le sujet se trouve exposé aux rayons du soleil que survient,

après quelques vertiges, une perte de connaissance complète; mais ici elle dure plus longtemps et le malade ne reprend connaissance que le lendemain matin. Tantôt le début est plus lent; la perte de connaissance ne survient qu'assez tardivement, alors que le sujet n'est plus exposé à l'action du soleil (Dopter). Tantôt, enfin, on n'observe au début que de la céphalée et du malaise; le malade quitte le travail, se met au lit, et ce n'est qu'après 48 heures qu'apparaît la perte de connaissance; celle-ci peut aller jusqu'au coma avec facies vultueux et cyanosé, battement des vaisseaux du cou, respiration stertoreuse. Une fois sorti de ce coma, le malade reste dans un état de prostration profonde.

Dans ces formes graves, à la céphalée qui constituait l'unique symptôme des formes bénignes, s'ajoutent d'autres signes qui constituent un syndrome méningé presque complet. La prostration est le signe dominant, joignons-y des nausées, des vomissements, parfois des convulsions, souvent un signe de Kernig avec attitude en chien de fusil. On a noté de légers troubles visuels: inégalité pupillaire ou mydriase bilatérale très marquée avec affaiblissement du réflexe lumineux. Les symptômes généraux s'accroissent: la température oscille entre 38° et 39°, mais elle ne tarde pas à tomber rapidement. Le pouls est toujours régulier et souvent en rapport avec la température; d'autre fois on observe au contraire un ralentissement du pouls (de Masary et Lian, *Bul. soc. méd. hôpit.*, 15 février 1908).

Les résultats fournis par la ponction lombaire varient: hypertension avec liquide clair et sans albumine, hypertension avec polynucléose rachidienne au début et plus tard lymphocytose.

Ce syndrome méningé est consécutif à l'insolation et ne se rencontre pas dans le coup de chaleur par chaleur artificielle.

Comme "traitement", au début: mettre le malade à l'ombre, le débarrasser de ses vêtements, pratiquer des flagellations, des frictions, pour le ranimer. Plus tard, contre l'hyperthermie et les convulsions, utiliser les bains tièdes; contre la céphalée, les applications de glace sur la tête. Enfin, la ponction lombaire, excellent moyen de diagnostic, est encore un agent thérapeutique souvent efficace.

Progrès des Sciences Médicales

BALLE DE CHEVEUX DANS L'ESTOMAC.

Fille de neuf ans, reçue au *King's College Hospital*, le 12 février, pour une tumeur abdominale remarquée depuis sept mois. Il y a un an que le ventre est gros; malaises fréquents surtout depuis deux mois. Appétit mauvais, selles normales, régime lacté depuis trois semaines. Douleurs épigastriques depuis trois mois. La mère a remarqué qu'il y a plusieurs années les cheveux de l'enfant disparaissent pendant deux jours en juin.

En réalité, l'enfant, depuis l'âge de trois ans, avait l'habitude de s'arracher les cheveux et de les avaler.

L'examen du ventre montre une ténacité épigastrique, dure à la palpation, s'étendant du rebord costal gauche à la ligne mamillaire droite, au niveau de l'ombilic. Les bords étaient bien limités. Surface lisse, non douloureuse. On pouvait mouvoir la tumeur en haut et en bas. On pensa à la rate, au lymphosarcome, à la tuberculose.

Le Dr. Burghard fait la laparotomie, incise l'estomac

et retire une masse de cheveux qui remplit presque toute la cavité de l'organe. Cette masse pesait près de 500 grammes et mesurait 15 centimètres de long, 20 centimètres de circonférence, 34 centimètres sur sa grande courbure. Une portion plus étroite se prolongeait dans l'œsophage. Cette masse de cheveux étroitement serrés et intriqués épousait parfaitement la forme de l'estomac, dont elle représentait le moule. L'incision longitudinale de l'estomac, qui a permis de retirer cet énorme *égagropile*, avait un peu plus de 7 centimètres.

Le Dr Zuber (*Soc. de pédiatrie de Paris*, 21 juin 1904) a présenté un beau cas de ces tumeurs pileuses du tube digestif chez un enfant de cinq ans.

Par le Dr Stübl (*Proc. of the Royal Society of Medicine*, juin 1908).

* * *

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE DE LA CHOREE.

Le point de départ de ce travail, fait surtout au point de vue de l'anatomie pathologique et de l'histologie du système nerveux, est l'observation d'une petite choréique de six ans, qui succomba huit jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva une endocardite récente à streptocoques de la mitrale, une angine tonsillaire, de l'adéno-pathie cervicale. L'examen histologique du système nerveux central, — les détails et leur discussion doivent être lus dans le texte, — montre l'existence des foyers de dégénérescence dans les régions motrices du cerveau, principalement au niveau du noyau denté.

L'auteur ne pense cependant pas que ces lésions soient caractéristiques de la chorée. Il les met sur le compte de la septicémie, qui, d'après lui, est la cause de la mort dans la chorée. En passant en revue les cas de ce genre, avec autopsie, qu'on trouve dans la littérature, il montre que "l'état primitif de septicémie choréique" qui marche de pair avec une affection septique du cœur, est presque toujours aggravé par une infection surajoutée, qui peut partir de la peau, des amygdales ou d'un tout autre point de l'organisme. Les choréiques sont particulièrement exposés, "accessibles" à ces infections d'abord du fait de la "septicémie choréique" primitive, du fait de l'état de leur mauvaise nutrition, qu'exagèrent encore l'intensité de leurs mouvements continuels. Dans ces conditions, les lésions histologiques que provoquent ces infections surajoutées se superposent à celles que crée la chorée seule. Celles qu'on trouve à l'autopsie ne peuvent donc être considérées comme appartenant à la chorée.

Les cas mortels de chorée, les lésions de septicémie qu'on constate à l'autopsie confirment l'origine infectieuse de la chorée. Dans ces conditions, le traitement qui lui convient doit être celui de toutes les maladies infectieuses.

Par v. K. Orzechowski (*Arbeit. a. d. neurolog. Instit. a. d. wiener Universit.*, tir. à part., Wien, 1907).

SUR L'IMMUNISATION ACTIVE DE L'HOMME CONTRE LA FIEVRE TYPHOÏDE PAR UN NOUVEAU VACCIN ANTITYPHIQUE.

Les vaccins ou "antigènes" qui, dans les expériences, se sont montrés les plus actifs ont été: (I) les bacilles vivants; (II) les bacilles tués à 539 — 559; (III) l'autolysat en eau physiologique, à 379 de bacilles vivants prélevés sur gélose en culture de 24 heures. Cet autolysat est centrifugé, puis stérilisé par l'éther.

Quel que soit le vaccin employé, trois inoculations ont été nécessaires pour assurer l'immunité. Le vaccin vivant, le plus actif, ne saurait être recommandé chez l'homme, malgré les essais de Castellani, car il peut être dangereux.

Le vaccin tué par chauffage (Pfeiffer et Kolle, Wright, Leischmann) se montre très protecteur chez l'animal et a donné des résultats favorables chez les soldats allemands et anglais envoyés aux colonies. Mais il détermine souvent des symptômes fort pénibles, une douleur locale vive, de l'œdème avec lymphangite, de la fièvre, qui ont jusqu'ici empêché l'extension de son emploi.

Le vaccin III de M. Vincent a montré dans les expériences un haut pouvoir protecteur. Renfermant les extraits de bacilles vivants, c'est-à-dire pourvus de leurs qualités biologiques normales, non atténué par la chaleur, ce vaccin participe donc des qualités du vaccin par bacilles vivants — qui est le plus actif — sans en susciter les inconvénients (douleurs vives, fièvre, etc...) Il a assuré une immunité durable chez les animaux. Ne contenant que peu de corps microbiens, il ne provoque pas de douleur locale.

En outre, l'action moins brutale des produits d'autolyse ne sollicite pas, comme le font les corps microbiens (vaccins de Pfeiffer-Kolle, de Wright), la production de la *phase négative*, si dangereuse en temps d'épidémie, car elle rend le sujet vacciné hyper sensible à l'infection éthylique pendant une ou deux semaines.

La méthode de vaccination antityphique la plus recommandable chez l'homme, consiste donc dans l'injection des autolysats de bacilles vivants.

Par le professeur H. Vincent, (*Académie des sciences*, 14 février 1910).



NOTES THERAPEUTIQUES

Dr L. B. FORTIER, Professeur de Thérapeutique, et Dr M. H. LEBEL, Assistant à l'Hôtel-Dieu.

LA SAIGNEE ET SES INDICATIONS, UN DISPOSITIF NOUVEAU POUR LA PONCTION VEINEUSE

Par E. Renaux.

—La saignée n'a pas encore repris dans la thérapeutique la place à laquelle elle a droit. Cependant ses indications sont bien nettes et découlent de l'action physiologique exercée par la soustraction sanguine.

L'auteur rappelle les indications de la saignée. C'est d'abord la pneumonie où son rôle a été ramené surtout par Jaccoud à celui de modifications d'urgence des troubles mécaniques.

La saignée est très utile dans l'œdème aigu du poumon où elle décharge le cœur droit et permet à l'organe de se contracter avec plus de force.

Elle n'est en général pas indiquée dans les affections cardiaques; elle ne donne pas de bons résultats dans l'hémorragie cérébrale ou la congestion, et on lui préfère les saignées localisées.

Comme elle favorise l'excrétion de l'azote, des chlorures et des phosphates, elle est indiquée dans l'urémie grave, cependant elle peut offrir de graves inconvénients dans le mal de Bright, ou lorsqu'il y a de la cachexie.

Dans l'éclampsie on lui préfère actuellement le chloral ou le chloroforme, malgré ses bons effets. Une saignée peut parfois prévenir l'attaque d'épilepsie.

Elle est utile dans l'intoxication par l'oxyde de carbone et le gaz d'éclairage. Elle a été employée d'une façon paradoxale chez les chlorotiques qui cependant supportent très bien de petites saignées répétées de 40 à 50 gr.

Comme technique, l'auteur préfère la ponction veineuse faite au moyen d'une aiguille de Pravaz grosse et courte, dont le biseau est très allongé.

L'opération est faite plus proprement et est mieux acceptée par le malade, qui s'y soumet aussi bien qu'à une piqûre pour injection hypodermique. Comme ce procédé a l'inconvénient de donner un jet de sang que l'on ne peut diriger toujours exactement vers le récipient, l'auteur a fait fabriquer une sorte de robinet à usage latéral qui s'applique sur l'aiguille, le robinet étant fermé. On peut de cette manière recevoir le sang d'une façon tout à fait stérile pour les examens.

+

SUR LE TRAITEMENT DE L'ULCERE PEPTIQUE.

Par E. Nammack

Dans le traitement de l'ulcère gastrique la prophylaxie est difficile parce que l'étiologie est obscure. Le traite-

ment curatif doit d'abord tenir compte de la variété de l'ulcère, qui peut être aigu ou chronique.

Les autopsies montrent que les quatre cinquièmes des cas d'ulcère peptique guérissent mais pour atteindre ce résultat il faut que le diagnostic soit institué de bonne heure afin de prévenir les complications. Le repos au lit, pendant quatre à six semaines, est de la première importance, puis pendant plusieurs mois le malade doit observer le repos après chaque repas.

Tout au début, la diète absolue peut être nécessaire pendant quelques jours, elle est habituellement bien supportée si l'on administre des lavements de solution saline. Puis on peut essayer des lavements alimentaires de 180 grammes donnés toutes les six heures, enfin on commence par donner de petites quantités de lait coupé d'eau de chaux, auquel on peut ajouter au besoin un lait de magnésie. Une période un régime composé de viandes hachées, de poisson précède un régime composé de viandes hachées, de poisson blanc, de volaille et de pommes de terre.

Le meilleur médicament est certainement le bismuth, auquel on associe le carbonate de magnésie pour combattre la constipation. On a aussi beaucoup recommandé le nitrate d'argent. Les douleurs sont calmées par les injections de morphine ou l'administration de l'orthofortine.

Certains auteurs ont proposé un traitement particulier. Celui de Leube consiste dans le repos au lit, l'eau de Caullsbard à dose d'un quart de litre, des cataplasmes chauds sur l'épigastre sur s'il y a des hémorragies, qui indiquent l'application de la glace, enfin une limonade légère très nutritive et digestible.

Lehlhartz, d'après des vues théoriques, recommande une alimentation albumineuse continue, le repos absolu pendant quatre semaines avec le sac de glace pendant les dix premiers jours. Sénator préconise la gélatine, les graisses et le sucre, puis plus tard les œufs, le hachis de viande et les gelées.

Dans la grande majorité des cas ces traitements donneront de bons résultats, mais ils échoueront dans une certaine proportion très diversement évaluée. Les chirurgiens soutiennent que le repos de l'estomac ne peut être assuré que par la gastro-entérostomie. Il est difficile de poser les indications absolues d'une intervention chirurgicale, cependant celle-ci est indiquée, d'après l'auteur lorsque le traitement médical n'a pas donné de résultat au bout de deux mois, parce qu'alors on peut redouter quelque complication. Il n'y a pas encore lieu d'intervenir s'il survient au début des hématomésés que peut réprimer le traitement médical. Ce sont surtout les cas chroniques, récidivants ou compliqués qui sont du ressort de la chirurgie.