

MAI 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.

- 263 — Note sur un cas d'intervention gynécologique chez
une aliénée..... *Chagnon*
- 266 — Infection puerpérale, sérum de Marmoreck et abcès
artificiels *DeCoiret*
- 280 — Pleurésies purulentes, variétés bactériologiques,
pronostic et traitement..... *Daigle*
-

REVUE GÉNÉRALE.

- 290 — Traitement de la dysenterie *Hervieux*
-

ACTUALITÉS MÉDICALES.

- 296 — L'appendicite à l'Académie de Médecine de Paris *LeSage*
-

SOCIÉTÉS.

- 305 — Société Médicale de Montréal, (séance du 23 avril)
-

ANALYSES.

MÉDECINE.

- 307 — Influenza..... *Dubé*
- 308 — Vomito-negro appendiculaire *LeSage*

CHIRURGIE.

- 309 — De l'hystérectomie abdominale dans l'infection
puerpérale *Marien*

OBSTÉTRIQUE.

- 311 — Quelques considérations sur la sécrétion lactée
chez les femmes..... *LeSage*

PÉDIATRIE

- 313 — Le calomel chez les enfants.—La chorée de Syden-
ham et son traitement..... *LeSage*

THÉRAPEUTIQUE.

- 314 — Du traitement des crampes dans les jambes..... *Dubé*
315 — La nectrianine dans le traitement du cancer..... *Hervieux*
316 — Tétanos traumatique.—Les injections d'eau oxy-
génée dans la blen.—Rhumatisme aigu franc et
massage au pétrole.—La dose suffisante de bro-
mure et le signe de la pupille dans le traitement de
l'épilepsie *LeSage*

HYGIÈNE.

- 319 — Dysenterie.—Prophylaxie, étiologie.—Procédé de
purificateur des eaux.—Prophylaxie du tétanos..... *Benoit*

PHARMACOLOGIE.

- 324 — Bronchites aiguës.—Gastralgie.—Epithélioma de la
face (formules diverses).—Coqueluche.

MEMOIRES

NOTE SUR UN CAS D'INTERVENTION GYNECOLOGIQUE CHEZ UNE ALIÉNÉE

Par E.-P. CHAGNON

Agrégé, médecin de l'Hôpital Notre-Dame, membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Québec, membre honoraire de la Société de médecine mentale de Belgique.

Le titre de cette communication delimite parfaitement notre sujet. Notre intention est d'ajouter à la littérature des interventions opératoires chez les aliénés, par le rapport de l'observation d'une malade soumise à un traitement chirurgical, et de présenter les réflexions qu'on peut en déduire.

Observation. — Caroline L..., 40 ans, célibataire, se présente à notre cabinet le 28 mai 1900. Elle est amaigrie et très anémiée. Ses traits expriment de sombres préoccupations. Elle nous dit ses craintes de ne pouvoir fuir le sort qu'elle a mérité par ses fautes; il n'y a plus pour elle de miséricorde divine, elle est irrémédiablement damnée. Son insomnie est constante. L'interrogation que je lui fais subir nous apprend que, depuis les sept dernières années, elle a présenté cinq attaques de mélancolie, d'une durée variable, à intensité plus ou moins grande. Les périodes intermédiaires, durant lesquelles elle se sentait elle-même, ont toujours été très courtes. Elle nous dit de plus qu'elle souffre de ménorrhagie depuis plusieurs années.

Chez ses ascendants, nous relevons que son père est mort à 76 ans d'une *bronchite chronique*, et que sa mère mourut à 67 ans, après avoir été paralysée dix années durant.

Notre malade réagit peu sous le traitement auquel nous la soumettons. Son insomnie, que nous avons jusqu'à un certain point réussi à faire disparaître, s'établit à nouveau. En même temps surviennent des hallucinations de l'ouïe qui lui laissent peu de repos. Elles ont pour effet d'aggraver son état en la

confirmant dans ses idées de culpabilité et d'abandon de Dieu. Pour obéir à ses voix, elle dit sa confession en public: son agitation devient incessante. Elle éprouve un besoin irrésistible de mouvements qu'elle ne peut contrôler. Son état est alarmant. Ses hémorragies utérines deviennent si abondantes que nous songeons à une intervention chirurgicale. Notre collègue, le docteur Harwood, fait un diagnostic de fibrôme utérin, et propose d'intervenir. La famille permet l'intervention, et la malade est transportée à l'Hôpital Notre-Dame.

Le 13 juillet, le docteur Harwood lui enlève, par voie abdominale, utérus et annexes. Les suites immédiates de l'opération sont excellentes: réunion par première intention de la plaie abdominale, et intégrité des culs de sac. Par malheur notre malade dans la suite, fut atteinte de phlébite. Elle présente pendant plusieurs semaines une température assez élevée. En même temps existait de la constipation et un état saburral très marqué. Durant l'évolution de cette phlébite, les symptômes intellectuels ne s'amendèrent guère, les hallucinations de l'ouïe continuèrent à exister, et enfin survint du gâtisme. Le 20 août, elle pouvait laisser l'hôpital légèrement améliorée. Deux ou trois semaines après son retour dans sa famille, les hallucinations disparurent, le sommeil se rétablit, et l'état général s'améliora. En novembre, elle était bien, intellectuellement et physiquement. Nous avons eu occasion de la voir tout récemment, elle a pris un embonpoint considérable, son intelligence est parfaite, et elle nous dit ne s'être jamais trouvée aussi bien, dans les périodes intermédiaires à ses attaques de folie, qu'elle ne l'est à présent.

Ce n'est pas dans notre intention de faire ici l'historique de la question des interventions gynécologiques chez les aliénés, non plus de faire voir les résultats obtenus dans les asiles où l'on a mis en pratique systématiquement ce mode de traitement. Qu'il nous suffise de dire que les résultats en ont été bons. Mais nous tenons à mentionner, — et nous sommes convaincu sur ce point d'être d'accord avec tous les aliénistes, — que nous n'opérons pas une aliénée pour la guérir de ses conceptions délirantes, mais nous l'opérons parcequ'il existe

une condition pathologique bien déterminée dans son système génital. Nous l'opérons pour les mêmes raisons qu'un gynécologue consciencieux intervient chez ses malades dont l'intelligence n'a pas sombré. Si, chez l'aliénée, nous trouvons un ovaire sclérosé, une tumeur, soit ovarienne, soit utérine, ou enfin, une lésion quelconque, nous l'opérons, comme chez une femme ayant toute son intelligence.

L'effet d'une opération étant de relever l'état physique toujours appauvri par des lésions pathologiques, il s'en suit qu'en les faisant disparaître, qu'en donnant au corps sa vigueur primitive, l'état mental s'améliore.

INFECTION PUERPÉRALE, SÉRUM DE MARMORECK ET ABOËS ARTIFICIELS (1)

Par E.-A. RENÉ DE COTRET, M.D.

Accoucheur de la Maternité, Professeur adjoint d'Obstetrique.

Rosina est âgée de 17 ans. Elle est blonde et de taille moyenne, mais bien constituée. Son cœur et ses poumons sont sains. Elle a marché à 18 mois. Son intelligence n'est pas des mieux douées, et sa mémoire semble faire défaut sur les souvenirs du bas âge. Elle prétend avoir toujours joui d'une excellente santé. Son père et sa mère sont morts depuis quelque temps et elle ignore complètement le nom et les symptômes de la maladie qui les a enlevés.

Je l'examine pour la première fois le 2 septembre 1900. Le fond de l'utérus est à l'ombilic et par conséquent la grossesse doit être âgée d'au moins cinq mois. Cependant je n'entends pas les doubles battements du cœur du fœtus.

Rosina n'a jamais présenté durant sa grossesse aucun œdème, et les urines examinées régulièrement deux fois par mois n'ont jamais eu les moindres traces d'albumine.

Le travail de l'enfantement se déclare le 14 décembre à 7 hrs a.m. L'enfant est en O.I.G.T. Le même soir à 6 hrs le col de l'utérus est effacé et la dilatation a la grandeur d'une pièce de 25 cents. Elle est examinée et touchée par la garde-malade, le médecin et 2 étudiants.

La dilatation est terminée à 1½ h., a.m., le 15 décembre. A 2 hrs a.m., un étudiant fait l'accouchement et produit une déchirure au 2e degré qui est suturée immédiatement. Il n'y a aucune hémorragie, ni avant, ni pendant, ni après l'accouchement et la rupture des membranes est spontanée et intempes-tive.

L'enfant, un garçon, pèse 7 lbs et 4 onces, et le placenta, normal, une livre.

A l'examen le placenta *paraît entier*; il ne semble pas y manquer de *partie* de cotylédon. Les membranes sont complètement sorties. Je souligne quelques mots et j'en expliquerai le sens dans le cours de cette chronique.

Il est 2 hrs a.m., quand l'accouchement est terminé. A

(1) Communication à la Société Médicale, janvier 1901.

7 hrs a.m., la température de la malade est de 100° F., et le pouls de 78. Tout est donc normal jusque là. Je dis normal parce qu'il est assez naturel qu'il y ait élévation de température chez l'accouchée pendant les douze premières heures des suites de couches. Les émotions chez les primipares, surtout quand elle sont examinées par les étudiants, les fatigues de la période de dilatation et surtout de la période d'expulsion en sont les principales causes. Mais si la température s'est élevée quelque peu pendant les douze premières heures, elle doit s'abaisser et descendre en dessous de la normale dans les heures qui suivent et s'y maintenir pendant plusieurs jours. L'expérience de tous les jours est là pour me prouver la vérité de cette assertion. Les statistiques de la maternité et de ma clientèle privée sont assez nombreuses pour que j'en parle en toute connaissance de cause. En règle générale la température s'abaisse, après l'accouchement à $96\frac{1}{2}^{\circ}$ ou 97° F., excepté quelquefois pendant les 12 premières heures quand le travail a été long et difficile. Le 15 au soir au lieu d'avoir 97° , Rosina a une température de $102\frac{1}{2}^{\circ}$ et un pouls de 106. Voilà qui est plus inquiétant. C'est tellement inquiétant que de suite je songe aux fièvres puerpérales d'autrefois, à la septicémie aiguë, à cette infection qui est d'autant plus dangereuse qu'elle débute plus près de l'accouchement. J'examine attentivement tous les organes, en commençant par les parties génitales. Du côté du périnée, il y a une déchirure mais elle est bien suturée. La muqueuse du vagin est enlevée sur une assez grande surface. La tête de l'enfant assez volumineuse l'a éraillée dans son passage. L'utérus est bien contracté et paraît exécuter son involution plus rapidement qu'à l'ordinaire; il est déjà petit. Je n'y remarque aucune sensibilité à la pression. Les annexes sont en bon ordre. Du côté de ces organes, je ne trouve rien d'alarmant et d'autant moins que l'utérus se contracte bien. Le point d'interrogation je le place avec quelque peu d'hésitation sur la muqueuse du vagin. Mais, cependant l'accouchement a été fait antiseptiquement. Tous mes doutes ici viendraient d'un toucher que les étudiants ont pratiqué en mon absence.

Je continue mon examen général et je ne découvre rien du côté des reins dont les urines ont été examinées; le cœur est

en parfaite condition, mais du côté de la poitrine je perçois les symptômes d'une légère bronchite du côté droit. La malade tousse légèrement.

Je prescris à 8 hrs p.m. une dose de sel et sené au cas où l'élévation de température dépendrait d'une intoxication intestinale.

16 décembre, 8 hrs a.m., la température est montée à 103° et le pouls marque 114 pulsations. La malade a eu plusieurs selles et la température a continué à s'élever, donc pas d'infection intestinale. La bronchite n'est pas aggravée et est de peu d'importance. Du côté du vagin, on remarque une couenne blanchâtre à l'endroit où la muqueuse a été enlevée. L'utérus continue son involution rapide. Je donne une injection intra-utérine au bichlorure de mercure au 2 millième que je fais suivre d'une injection à l'acide borique. Je prescris 10 grains de quinine.

J'ordonne une injection vaginale au permanganate de potasse, 4 fois par jour, et je fais placer dans le vagin des tampons iodoformés.

4.30 hrs p.m., température 104 $\frac{1}{3}$ °, pouls 106. Nouvelle injection intra-utérine au bichlorure de mercure au 2 millième, suivie d'une injection à l'acide borique, 10 grains de quinine, 1 verre de brandy. La malade n'a pas eu de frisson. Son appétit est bon. Elle boit beaucoup de lait. Elle urine bien et ne se plaint pas.

17 décembre, 8 hrs a.m., température 103° pouls 98. Injection intra-utérine au bichlorure de mercure et acide borique, 10 grs de quinine.

4 hrs p.m., 105° pouls 104. Injection intra-utérine au permanganate de potasse, 10 grs de quinine.

8 hrs p.m., 103°, pouls 103. Je prescris la formule suivante qui a réussi souvent à abaisser la température beaucoup plus que la quinine ne l'a fait dans ce cas et dans beaucoup d'autres. Mais il faut surveiller les malades de près parce qu'elle agit assez rapidement sur le cœur, qui se ralentit beaucoup. Les lèvres et les extrémités se cyanosent et si l'on ne cesse le médicament à temps la mort pourrait s'en suivre. Avec cette formule seule, j'ai réussi à sauver plusieurs malades quand tous les autres traitements avaient échoué. La voici:

Antikaninia	} à à 60 grains.
Antifébrine	
Calomel	

M. Diviser en 20 paquets. — Dose, 1 paquet toutes les 2 heures.

Cette formule me vient d'une de mes anciennes gardes-malades rendue au Manitoba. Elle l'appelait "une prescription merveilleuse pour casser les fièvres." Cette prescription lui avait servi dans plusieurs cas bien critiques qu'elle avait réussi à guérir. J'eus l'occasion de l'employer en la recevant. Il s'agissait d'un cas de septicémie sans localisation, chez lequel la quinine et l'antipyrine n'avaient pu abaisser la température. Cette septicémie fut vaincue par elle. Depuis j'en ai obtenu souvent des résultats vraiment merveilleux. Elle agit mieux que tous les autres antithermiques. Son action est très marquée dans la septicémie généralisée quand il n'y a pas de foyer d'absorption dans l'utérus ou quand l'utérus a été débarrassé des débris de cotylédon ou de membranes. Quand l'utérus contient des corps étrangers d'où partent les microbes ou leurs toxines elle n'a qu'une action momentanée.

Comment agissent les médicaments qui la composent? D'abord, le calomel agit sur l'intestin comme antiseptique et purgatif. Quand l'effet purgatif est trop marqué ou qu'il est suffisant, j'enlève le calomel de la formule et je donne les deux autres médicaments seuls. C'est ce que j'ai fait ici, comme vous le verrez plus loin.

L'antikamnia et l'antifébrine que font-ils? Peut-être, pourrait-on remplacer l'un de ces médicaments par l'autre et en doubler la dose, soit 6 grains d'antikamnia seule ou 6 grains d'antifébrine seule, puisque l'antikamnia n'est rien autre chose que de l'antifébrine, et obtenir les mêmes effets. Tout de même, voici les résultats que j'ai obtenus. Quand on l'emploie pour la première fois les effets sont assez lents à se faire sentir: ce n'est généralement qu'après 7 ou 8 doses que les malades commencent à transpirer, que la température s'abaisse et que le pouls diminue sensiblement. On surveille les malades et on cesse ces remèdes aussitôt que la température approche de la normale, et que le pouls devient lent. L'action est plus sensible sur le pouls que sur la température.

Quand on est obligé de revenir à ces remèdes, quelques doses, même une ou deux, suffisent pour obtenir un effet aussi marqué.

Notre malade commence, à 9 hrs p.m., à prendre un paquet

de calomel, antikamnia et antifébrine. Le pouls est alors à 88 et la température 102°.

Les paquets sont continués toutes les 2 heures avec les résultats suivants:

11 hrs p.m., pouls 88, temps, 100 $\frac{3}{4}$ ° — 1 paquet.

18 décembre, 1 h a.m., pouls 88, température 100 — 1 paquet; 4 hrs a.m., pouls 100, température 103° — 1 paquet; 6 hrs a.m., pouls 100, température 103 — 1 paquet; 8 hrs a.m., pouls 94, température 103° — 1 paquet; on cesse ces paquets, parce que le médicament produit ses effets sur le cœur: il y a cyanose des lèvres et des extrémités.

9 hrs a.m., injection intra-utérine au permanganate de potasse au $\frac{1}{1500}$, 10 grs de quinine.

La quinine est continuée à la dose de 5 grains toutes les 4 hrs jusqu'au 19 décembre à 4 hrs p.m.

L'utérus fait bien son involution. Il se contracte fortement. Le col se referme petit à petit. La malade n'est qu'au 4^e jour des couches et déjà le fond de l'utérus est à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic: ce qui n'arrive généralement que vers le 6^e ou le 7^e jours.

Le vagin est toujours de plus en plus malade. Il est couvert d'une couenne blanchâtre beaucoup plus apparente. Il est très sensible et très chaud au toucher. Les injections vaginales au permanganate de potasse sont cependant données régulièrement 4 fois par jour, et des tampons iodoformés y sont placés immédiatement après.

La malade tousse toujours et la bronchite ne s'améliore pas beaucoup.

Le 18 décembre, à 4 hrs p.m., le pouls est à 88, et la température à 101°. Injection intra-utérine.

19 décembre, 4 hrs a.m., température 103°, pouls 94; 8 hrs a.m., température 103°, pouls 112. Injection intra-utérine.

4 hrs p.m., température 105°, pouls 110. — La quinine a été administrée à dose de 5 grains toutes les 4 heures depuis hier matin. La malade prend beaucoup de lait depuis le commencement des couches.

5 hrs p.m., curettage avec la curette tranchante. J'extrait beaucoup de petits débris de l'utérus. L'involution rapide et la fermeture aussi prompte du col me faisaient croire pourtant que je n'en sortirais absolument rien.

Après le curettage, je badigeonne toute la surface utérine

avec de la teinture d'iode pure. Je fais de même pour le vagin et j'enlève les points de suture du périnée. La déchirure de ce dernier n'a pas pris par première intention.

Le curetage terminé, je tamponne l'utérus avec de la gaze iodoformée.

La température prise alors, nous donne $106\frac{1}{5}^{\circ}$ F., et le pouls 128. — J'administre 10 grains de quinine dans un verre de brandy. Puis la malade est chaudement couverte sous plusieurs draps de laine.

9 hrs p.m., température 106° , pouls 128. Je reprends les paquets de calomel, antikamnia et antifébrine, administrés régulièrement toutes les . heures.

11 hrs p.m., 104° , pouls 100.

20 décembre, 2 hrs a.m., pas beaucoup d'amélioration. Il n'y a pas de ballonnement du ventre, et il n'y en a jamais eu. Le ventre n'est pas et n'a jamais été sensible. Les intestins ont toujours bien fonctionné, 2 ou 3 selles naturelle, par jour. La malade urine toujours normalement.

3 hrs a.m., température 104° , pouls 110; 6 hrs a.m., température 104° , pouls 100; 7 hrs a.m., température 104° , pouls 128; 10 hrs a.m., température 104° , pouls 110. J'enlève le tampon de l'utérus et je fais une injection intra-utérine au permanganate de potasse.

Midi, température 102° , pouls 106; 2 hrs p.m., température 101° , pouls 96; 3 et 4 hrs p.m., $100\frac{1}{2}$, pouls 96. A 4 hrs p.m., je cesse l'administration des paquets d'antikamnia, etc., parce qu'il y a cyanose aux lèvres et aux extrémités. La température est beaucoup plus basse que la veille; il en est de même du pouls. Je remplace ces médicaments par la quinine à dose de 5 grains, toutes les 4 heures. La température et le pouls s'élèvent aussitôt.

6 hrs p.m., température 101° , pouls 108; 7 hrs p.m., température 102° , pouls 108; 11 hrs p.m., température 105° , pouls 108.

Le cas me paraît désespéré; la malade semble s'en aller *ad patres*; son facies est mauvais; sa langue est chargée, sale; le pouls est faible. Le pronostic est très grave, même fatal et je ne suis pas le seul médecin à désespérer du sort de l'infortunée malade. Je veux tenter un dernier effort et essayer un traitement héroïque. Aux injections de sérum de Marmoreck, j'ai

si peu de confiance, car mon expérience assez étendue ne m'en dit rien de bon, que je n'ose y avoir recours. Je veux essayer un traitement plus énergique et dont on a vanté les effets. Je vais essayer pour la première fois de produire un abcès artificiel ou abcès fixateur ou dérivatif.

Ces abcès peuvent se produire avec différentes matières: par les injections hypodermiques de quinine ou de térébenthine. Comme je n'avais pas sous la main cette dernière substance, j'injectai 5 grs de sulfate de quinine dans la fesse gauche.

21 décembre, 5 hrs a.m., température 105°, pouls 120; 9 hrs a.m., température 105°, pouls 120.

La malade va de mal en pis. Tout espoir est perdu. Cependant la malade boit encore une bonne quantité de lait et je lui prescris la potion suivante dont elle prend une cuillerée à soupe toutes les deux heures: cette formule est continuée tous les jours suivants jusqu'à la convalescence:

R	Extrait de quinquina	1 drachme
	Teinture de cannelle	2 drachmes
	Sirop d'orange	1 once
	Vin rouge	} à 2 onces
	Cognac	

M. — La quinine est continuée toutes les 4 heures. J'injecte dans le flanc (sans prendre aucune précaution antiseptique, dans le but de créer le plus tôt possible un abcès quelconque) 20 centimètres cubes de sérum de Marmoreck, et dans la fesse gauche je fais une injection hypodermique de 6 gouttes d'essence de térébenthine.

6 hrs p.m., température 105°, pouls 120. Comme on le voit le sérum de Marmoreck n'a produit aucun effet salutaire.

Je ne me décourage pas, je répète le sérum à dose de 20 c.c., et la térébenthine à dose de 10 gouttes. Je cesse l'emploi de quinine et je reprends les paquets d'antikamnia, etc., pour trois doses seulement, vu ses effets rapides sur le cœur et de suite je constate une diminution marquée de la température qui s'élève de nouveau quand on cesse ces médicaments. C'est ainsi qu'à 6, 8 et 10 hrs p.m., l'antikamnia, l'antifébrine et le calomel sont administrés et qu'à 10 hrs p.m., la température est 102° et le pouls 106.

22 décembre, 2 hrs a.m., température, 103°, pouls 108; 7 hrs a.m., température 104°, pouls 104.

La malade expectore quelques crachats sanguinolents et quelques crachats rouillés. Je trouve des signes de pneumonie à la base du poumon droit. Ces symptômes me réjouissent presque, parce que j'y vois les signes avant-coureurs d'une phlegmatia alba dolens, vous savez tous qu'une des formes de la phlegmatia alba dolens s'annonce par les crachats de sang et les premiers symptômes locaux de la pneumonie et de la pleurésie.

J'étais heureux à l'apparition de ces symptômes parce que, me disais-je, si la malade peut avoir de la phlegmatia, peut-être cette localisation de la maladie la sauvera-t-elle.

J'applique un sinapisme vis-à-vis l'endroit malade du poumon et je prescris ainsi :

Carbonate d'ammoniaque	1 drachme
Liquueur d'acétate d'ammoniaque	vi drachmes
Extrait fluide de senega	ii drachmes
Sirop de tolu	} ââ 1 once
Sirop de scille	
Teinture de camphre co	

M. Sig. 2 cuillerées à thé toutes les 2 heures.

L'examen des urines donne deux grammes d'albumine (tube d'Esbach).

9 hrs p.m., nouvelles injections de 20 c.c., de Marmoreck et de 10 gouttes d'essence de térébenthine. Cette dernière injection est toujours faite au même endroit de la fesse gauche qui commence à se tuméfier et à s'enflammer.

La malade est au pire. La température ne baisse pas et le pouls est très mauvais. Cependant elle boit encore assez de lait.

J'essaie les bains d'éponges à l'eau froide toutes les heures.

2 hrs p.m., 105°, pouls 104. Je reprends les paquets d'antikammia, etc., toutes les 2 heures.

6½ hrs p.m., température 104½, pouls 110.

Injection de 10 c.c., de Marmoreck, et de 10 gouttes de térébenthine. La fesse est beaucoup plus rouge. Il paraît se former un abcès profondément.

23 décembre, 9 hrs a.m., température 105°, pouls 128. La malade baisse toujours. Elle a été administrée et on la veille continuellement car on s'attend à sa mort. Cependant, je continue l'antikammia, etc., et la mixture expectorante, de plus je fais répéter souvent la potion tonique au quinquina.

Injection de sérum de Marmoreck, 10 c.c. Comme on le constate, ce sérum n'a pas eu d'effet sur la température.

Injection de térébenthine, 10 gouttes. La fesse est rouge, oedématiée; il y a beaucoup d'inflammation. A la paroi abdominale où les injections de sérum ont été faites sans antiseptie, on remarque de l'oedème et de la rougeur. Je remplace les bains d'éponge par l'enveloppement dans le drap mouillé.

La malade commence à avoir de la diarrhée; on continue tout de même les paquets d'antikamnia, d'antifébrine et de calomel.

3 hrs p.m., pouls 136 d'un mauvais caractère; température 105 $\frac{2}{3}$.

6 hrs p.m., pouls 134, température 104 $\frac{2}{3}$; 9 hrs p.m., pouls 140, température 106°.

La malade a du délire; elle ne dort pas. $\frac{1}{4}$ gr. de morphine.

24 décembre, 4 hrs a.m., température 105, pouls 140. La malade a dormi un peu et elle a pris régulièrement toutes ses potions et les paquets.

9 hrs a.m., température 104, pouls 140 excessivement faible. Les symptômes du côté des poumons s'amendent. Je cesse tous les médicaments, excepté la potion tonique au quinquina. Le lait qui est bu en assez grande quantité est bouilli vû que la diarrhée persiste et même augmente. Je ne combats pas la diarrhée autrement que par le lait bouilli.

Il s'est fait deux escarres à la fesse gauche à l'endroit des injections de térébenthine. A l'abdomen il y a rougeur et tuméfaction. Un abcès est en voie de formation.

La malade ne vaut pas grand chose et j'assurerais volontiers sa vie en ma faveur à n'importe quelle prime.

La température se maintient à 105° et le pouls à 150 tout le reste du jour. La langue est mauvaise; la *facies* annonce une mort prochaine.

25 décembre, le sommeil a été un peu meilleur. La malade ne refuse jamais les médicaments (c'est-à-dire le quinquina) et le lait qu'on lui donne.

8 hrs a.m., le pouls faible, presque imperceptible oscille entre 140 et 150 pulsations; la température est toujours à 105°.

Malgré sa faiblesse extrême, la malade se plaint de douleur

dans les aines et les cuisses le long du trajet des veines fémorales qui sont sensibles au toucher. Je crois encore à l'arrivée heureuse et attendue de la phlegmatia. Les symptômes pulmonaires sont disparus.

5 hrs p.m., pouls un peu plus fort et plus régulier, 132 pulsations; température 105°.

La diarrhée continue jusqu'à midi. Le lait bouilli est pris en assez grande quantité par la malade qui n'a pas beaucoup de connaissance. Le quinquina est administré souvent. On donne force brandy et vin.

Un cataplasme appliqué sur la fesse depuis le matin a fait ouvrir l'abcès qui suppurent par deux endroits. Expectoration de deux crachats sanguinolents.

26 décembre, tout ce jour la température se maintient à 105° et le pouls à 140. La malade est affaissée, elle est dans un état de somnolence presque continuelle. A des selles nombreuses et involontaires. Ne prend presque rien: un peu de lait bouilli et la potion au quinquina. La plaie à la fesse suppure un peu plus.

27 décembre, 10 hrs a.m., température 104½, pouls 140. La malade est moins endormie; elle tousse un peu; a beaucoup de diarrhée. Elle a du délire marmotant. Elle prend, quand on lui en présente, un peu plus de lait que la veille. On lui donne régulièrement son quinquina.

4 hrs p.m., pouls 160, température 105°; 6 hrs p.m., pouls 140, température 105°. On lui donne 1 paquet d'antikamnia, etc.

7 hrs p.m., pouls 132, température 101½; 8 hrs p.m., on répète l'antikamnia.

28 décembre, la malade transpire beaucoup toute la nuit. Les extrémités deviennent très froides vers minuit, on donne force quinquina, vin et brandy.

6 hrs a.m., la température est remontée à 105°, et le pouls à 140. On reprend l'antikamnia, etc., et voyons l'effet de ces médicaments sur la température et le pouls qui baissent:

7 hrs a.m., pouls 140, température 103½; 8 hrs a.m., pouls 128, température 102. — 1 dose antikamnia etc.; 9½ hrs a.m., pouls 120, température 101.

L'abcès est ouvert largement et coule facilement. Les deux escarres se soulèvent et donnent libre cours au pus qui s'échappe en abondance. On dirait que cette décharge soulage la malade et on remarque un mieux sensible. Autour des plaies il y a moins d'inflammation. La langue de la malade est moins sèche. La connaissance revient quelque peu. L'urine est plus abondante. Mais la diarrhée n'a pas cessé la nuit dernière et elle continue toute la journée.

10 hrs a.m., pouls 120, température $100\frac{3}{4}$. — 1 dose antikamnia, etc.; midi pouls 120, température $100\frac{2}{3}$. 1 dose antikamnia, etc.; 1 h. à 4 hrs p.m., pouls 116, température 99° on cesse les paquets d'antikamnia, et la température et le pouls s'élèvent de nouveau.

5 hrs p.m., pouls 128, température $100\frac{2}{3}$.

Un peu de délire le soir.

29 décembre, diarrhée et délire toute la nuit. La malade prend du lait et le quinquina.

5 hrs a.m., pouls 120, température 103° ; 7 hrs a.m., pouls 120, température $103\frac{2}{3}$.

On donne une prise d'antikamnia, etc., à 7 hrs et 9 hrs.

11 hrs a.m., pouls 120, température $100\frac{1}{2}$; 1 h. p.m., pouls 140, température 102° ; 3 hrs p.m., pouls 140, température 105° ; 6 hrs p.m., pouls 140, température 104 , on donne une prise d'antikamnia, etc., à 6 hrs p.m.

7 hrs p.m., pouls 140, température 101° ; 8 hrs p.m., pouls 116, température 100° .

La diarrhée n'a pas cessé, pas plus que le délire. On donne beaucoup de lait bouilli. Mais je cesse le quinquina, car je crois que c'est lui qui augmente la diarrhée. Je donne beaucoup de brandy et de vin.

30 décembre, le délire a continué toute la nuit, mais la diarrhée a diminuée. La malade urine beaucoup, et l'urine ne contient pas d'albumine. La langue est sale.

5 hrs a.m., pouls 140, température 105° ; 7 hrs a.m., prend de l'antikamnia, etc.; 8 hrs a.m., température 103° , pouls 120; 10 hrs a.m., température 101° , pouls 120; 1 h. p.m., antikamnia, etc.; 2 hrs p.m., température 103° , pouls 140; 4 hrs p.m., température $103\frac{3}{4}$, pouls 132.

Il n'y a pas eu de délire aujourd'hui, et 4 selias diarrhéiques seulement.

5 hrs p.m., un mieux sensible. La langue se nettoie; elle est humide; 6 hrs p.m., pouls 132, temp. $103\frac{3}{4}$. — Antikamnia, etc.; 9 hrs p.m., pouls 120, température 103° . — Antikamnia, etc.

31 décembre, 6 hrs a.m., pouls 140, température 104° , je continue les paquets d'antikamnia et d'antifébrine auxquels j'ai enlevé le calomel parce que la malade présente un liséré bleu aux gencives.

8 hrs a.m., pouls 116, température $101\frac{1}{2}$. — antikamnia, etc.; 11 hrs a.m., pouls 120, température $99\frac{3}{4}$; 1 h. p.m., 120, température $101\frac{3}{4}$. — Antikamnia, etc.; 3 hrs p.m., pouls 120, température 102° . — Antikamnia, etc.; 6 hrs p.m., pouls 132, température 102° . — Antikamnia.

La malade prend beaucoup de lait. Elle se sent beaucoup mieux. La diarrhée a complètement cessé, ainsi que le délire. La plaie coule abondamment. La malade demande à manger.

On lui donne un peu de soupe claire qu'elle déguste avec appétit.

1er janvier, 2 hrs a.m., pouls 136, température 104° , antikamnia, etc.; 7 hrs a.m., pouls 120, température 102° , antikamnia, etc.

Malgré la température élevée, la malade se sent bien. Elle a bonne apparence. La langue est nette; les yeux ont plus de vie. L'appétit se réveille. L'intelligence revient.

10 hrs a.m., pouls 120, température 100° ; midi, pouls 112, température $99\frac{2}{3}^{\circ}$; 3 hrs p.m., pouls 120, température 101° . — Antikamnia, etc.; 5 hrs p.m., pouls 120, température 102° . — Antikamnia, etc.; 8 hrs p.m., pouls 116, température $100\frac{1}{2}$. — Antikamnia.

La malade dort bien par intervalle. Elle a mangé de la soupe, et de la bouillie. On lui a fait mâcher du bifeck.

2 janvier, 6 hrs a.m., pouls 120, température 103° . — Antikamnia; 7 hrs a.m., pouls 120, température $100\frac{2}{3}$; 8 hrs a.m., pouls 114, température $99\frac{1}{2}$.

La malade se sent très bien, demande à se lever. On le lui permet, ou plutôt on l'assied dans une grande chaise, pendant

une dizaine de minutes. Elle mange du bifteck, plus tard de la soupe. Elle prend beaucoup de lait, du vin et du brandy. Je prescris de nouveau la potion au quinquina qu'elle a prise presque sans interruption toutes les 2 heures ou toutes les heures, excepté le 30, le 31 décembre et le 1er janvier.

1 h. p.m., pouls 112, température $101\frac{3}{4}^{\circ}$. — Antikamnia, etc.; 2 hrs p.m., pouls 112, température 100; 5 hrs p.m., pouls 120, température 102.

Le soir elle mange de la bouillie.

3 janvier, le sommeil a été très bon.

7 hrs a.m., pouls 120, température $100\frac{1}{2}^{\circ}$; 9 hrs a.m., pouls 120, température 100° . — Antikamnia, etc.

La malade ne se croit plus malade: elle demande à manger; elle dévore ce qu'on lui donne.

L'escarre à la fesse tombe et laisse béante une plaie énorme, profonde d'au moins un pouce et demi, et large de deux pouces et demi. Cette plaie est couverte d'un pus verdâtre. On fait beaucoup d'antiseptic.

A la paroi abdominale, dans le flanc gauche, l'œdème inflammatoire que j'ai fait remarquer quand je donnais les injections de sérum, a toujours augmenté. Il y a un abcès de forme. J'ouvre cet abcès et il en sort beaucoup de pus.

Je me reproche aujourd'hui devant cette fièvre persistante de n'avoir pas ouvert plus tôt les deux abcès, celui de la fesse et celui de l'abdomen. Je suis sûr que la malade aurait recouvré plus tôt la santé. En effet, après l'ouverture de l'abcès à la fesse, on voit la fièvre tomber ou au moins être moins difficile à combattre par l'antikamnia et l'antifébrine. Et si la fièvre persiste encore après l'ouverture de ce premier abcès, n'est-ce pas dû au second abcès qui n'est pas ouvert. Car après tout, d'une septicémie puerpérale généralisée sans manifestation locale, j'avais fait une infection purulente facile à atteindre et à combattre, et je n'ai pas su profiter à temps de l'occasion propice de guérir vite ma malade. A une autre occasion!

Après l'ouverture de l'abcès au flanc, la température baisse et ne s'élève plus au-delà de 99° F. Le pouls varie entre 100 et 120. La malade entre en pleine convalescence. On ne peut suffire à lui donner à manger.

J'ai tenu à rapporter cette observation dans ses principaux détails, parce que c'est une des plus belles par les péripéties de la lutte de la vie contre la mort; c'est une des plus instructives parce qu'à tour de rôle les divers traitements préconisés contre l'infection puerpérale ont été essayés avec plus ou moins de succès. Successivement on a vu échouer les injections intra-utérines, le curettage, les antithermiques, la quinine, l'antikamnia et l'antifébrine, l'eau froide et le fameux sérum de Marmoreck.

Et quel traitement nous a réussi! Quelqu'un pourrait peut-être dire, c'est un traitement inhumain. Hé bien! oui, on me l'a dit: mais qu'importe, j'ai sauvé ma malade et si je n'avais pas sa reconnaissance pour remerciement, j'aurais, au moins, la satisfaction d'avoir accompli mon devoir jusqu'au bout. Ne m'était-il pas permis de tenter un suprême effort pour soustraire cette victime à la mort par la fièvre puerpérale. J'ai été surpris comme d'autres du résultat presque inespéré. C'est vraiment le cas de dire ici avec le fameux Ambroise Paré: "*Je la soignai et Dieu la guarit.*"

La lutte fut longue, le traitement héroïque, le résultat miraculeux. C'eût été ma femme que j'aurais mis le même acharnement à la martyriser pour lui sauver la vie et me la conserver. Ah! je demande bien pardon à mes lecteurs de la brutalité de ces mots, de la force de ces expressions; mais, est-ce ma faute, à moi, si j'aime tant la vie pour moi et pour les autres.

Hélas! je me rappelle encore, avec tristesse, les regards empreints de douleur et de désespoir de la pauvre infortunée quand elle me voyait entrer dans sa chambre avec ma seringue hypodermique contenant la térébenthine.

Dans une autre communication, je dirai un mot d'historique du traitement de l'infection puerpérale par les abcès artificiels, du mode opératoire et des résultats qu'on doit en attendre.

PLEURESIES PURULENTES

Variétés bactériologiques, pronostic et traitement (1)

OBSERVATION

Par Dr C. A. DAIGLE

Toutes les pleurésies purulentes étaient autrefois confondues sous le nom d'empyème; les recherches bactériologiques en ont éclairé l'étiologie et les ont divisées en plusieurs espèces dont la marche, le pronostic et le traitement diffèrent. D'où l'importance, non seulement théorique, mais pratique de cette classification.

Plusieurs micro-organismes peuvent donner lieu à la pleurésie purulente, entre autres le streptocoque pyogène, le pneumocoque, le staphylocoque et le bacille tuberculeux, que l'on trouve seuls ou associés et formant des types généralement bien définis.

De ces diverses variétés, la pleurésie à streptocoques est celle que l'on rencontre le plus fréquemment. C'est elle qui a servi de base aux descriptions de la pleurésie purulente que nous trouvons dans les auteurs. On l'observe surtout chez l'adulte et moins souvent chez l'enfant, où l'on rencontre la pleurésie à pneumocoques 74 fois sur 100.

La variété tuberculeuse, tant chez l'adulte que chez l'enfant, surtout chez l'enfant, occupe dans les pleurésies purulentes, ce qui est le contraire de ce que l'on constate dans les pleurésies séro-fibrineuses, une place moins importante qu'on ne l'avait supposé d'abord. Au début, les opinions furent partagées à ce sujet: Aran, Sée, Siredey lui accordèrent peu d'importance; Kelch et Vaillard l'ont considérée, au contraire, comme une des variétés les plus fréquentes. La bactériologie a tranché la question: si la pleurésie séro-fibrineuse est fréquemment liée à la tuberculose, la pleurésie purulente ne reste sous sa dépendance que dans un dixième des cas.

La pleurésie à streptocoques est généralement consécutive et rarement primitive. Elle succède, soit aux maladies générales infectieuses: érysipèle, scarlatine, diphtérie; soit à des affections localisées: maladies du poumon par exemple. D'après une statistique portant sur 56 cas, dans 25 des cas elle a

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 12 mars 1901.

succédé à des affections des voies respiratoires, qui ont été par ordre de fréquence: broncho-pneumonie grippale, broncho-pneumonie, pneumonie, tuberculose, cancer, dilatation des bronches. Le germe peut encore provenir d'abcès de la région cervicale, d'angines suppurées, de phlegmons de la paroi thoracique, abcès du sein et autres, de suppurations de la cavité abdominale. On a aussi prétendu qu'il pouvait s'introduire par la plaie du trocart, à la suite d'une ponction; mais ceci est contesté et paraît aujourd'hui impossible, si l'opération est faite suivant les règles établies par l'antisepsie. A l'autopsie, on trouve quelquefois au voisinage un foyer de suppuration que l'on n'avait pas soupçonné, et d'où le germe a pénétré dans la plèvre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La pleurésie à pneumocoques succède généralement à la pneumonie, malgré qu'elle puisse apparaître sans elle. La pleurésie purulente tuberculeuse peut succéder à la pleurésie séro-fibrineuse aiguë ou être purulente d'emblée. Dans le premier cas, le liquide, d'abord transparent, prend une teinte louche, puis il s'y forme un léger dépôt qui tourne à la purulence. Dans la variété streptococcique, l'épanchement est généralement d'apparence séro-fibrineuse, au début, et subit des transformations analogues dans un temps plus ou moins court. Le liquide épanché a des caractères particuliers: il contient une proportion importante de sérum qui se sépare promptement du plasma et il s'y forme, par suite, un dépôt qui occupe le quart environ de la partie inférieure du local. Ce dépôt est plutôt gris que vert; ses globules paraissent sans cohésion et se répandent facilement dans la masse du liquide quand on l'agite. Cet exsudat diffère totalement de l'exsudat de la pleurésie à pneumocoques qui a un caractère purulent d'emblée, et se présente comme un liquide épais, visqueux et verdâtre. Ici, le sérum ne s'échappe pas du plasma comme dans la première variété, et il ne se forme pas de couches distinctes, dont l'une est limpide et l'autre purulente. Cet épanchement est riche en éléments cellulaires; on y trouve des amas de pneumocoques entourés de capsules et formant des masses qui ressemblent au frai de grenouille. On attribue à la capsule du pneumocoque un pouvoir agglutinant et on la considère comme l'élément de la viscosité des exsudats pneumoniques. Dans les formes hé-

nignes et en voie de guérison, on observe souvent des figures de phagocytose.

Les altérations de la plèvre sont moins prononcées dans la pleurésie à streptocoques que dans la pleurésie à pneumocoques; les fausses membranes y sont moins épaisses et moins résistantes. Quand la pleurésie succède à une lésion de voisinage, les lymphatiques sous-jacents ont une apparence blanc nacré indiquant qu'ils sont gorgés de pus. On observe quelquefois des fusées purulentes aboutissant à des points assez éloignés. La formation de foyers métastatiques dans d'autres cavités, telles que le crâne, est plus rare; cependant on a observé de la méningite suppurée, ayant donné lieu à des accidents épileptiformes et à des morts rapides.

Dans la pleurésie tuberculeuse, on trouve, dans la plèvre épaissie, des follicules tuberculeux, avec des cellules géantes et le bacille de Koch. Les lésions prédominent du côté de la plèvre pariétale, ce qui démontre que la tuberculose de la plèvre n'est pas ici consécutive à la tuberculose pulmonaire.

La dégénérescence des organes, quelque soit la variété de pleurésie purulente, survient à une époque indéterminée de la maladie; elle peut se manifester quelques mois après son début, et il peut s'écouler des années avant qu'elle n'apparaisse. J'ai eu occasion d'observer dernièrement un cas où la suppuration existe depuis trois années, sans qu'il y ait aucun signe extérieur indiquant une dégénérescence du foie ou des reins. Il y a eu dans ce cas ostéite et carie des côtes avoisinant de nombreuses ouvertures fistuleuses, comme la chose se produit généralement dans les suppurations prolongées.

Les déformations de la cage thoracique et du poumon, consécutives aux pleurésies purulentes, n'offrent rien de particulier: elles sont en tout semblables aux déformations qui peuvent succéder à la pleurésie séro-fibrineuse.

SYMPTOMATOLOGIE.

Pour ce qui est de la symptomatologie, les troubles fonctionnels y sont également les mêmes. Les signes physiques seuls présenteront quelque différences: à l'auscultation par exemple, on entendra quelquefois le murmure vésiculaire avec un épanchement considérable. La pectoriloquie aphone sera abolie d'après quelques-uns, et on n'entendra plus la voix chuchotée, dans les épanchements tenant en suspension des globules de

pus; mais il y a ici une apparente contradiction; pourquoi en effet entendrait-on davantage le murmure vésiculaire et moins la voix chuchotée? Du reste le signe de Bacilli n'a plus l'importance qu'on lui avait d'abord attaché. L'existence d'une voussure limitée de la paroi thoracique a plus de valeur, de même que l'existence d'un œdème circonscrit, que l'on rencontre surtout dans les épanchements à forme streptococcique, et rarement dans les épanchements à pneumocoques. Les symptômes généraux, une étiologie suspecte et la marche de la maladie pourront éclairer davantage le diagnostic. Dans la pleurésie à streptocoques, la fièvre sera souvent très marquée; il y aura alors amaigrissement et affaiblissement prononcés du malade, avec apparence commune aux états typhoïdes et aux infections. La marche de la maladie, rapide dans ces cas, pourra cependant affecter des formes moins graves, suivant le degré de virulence infiniment variable du streptocoque. Il y aura même des cas où l'on ne pourra noter de fièvre. On constatera d'ordinaire un engorgement des ganglions de l'aisselle due à l'infection streptococcique.

La pleurésie à pneumocoques peut être primitive ou succéder à une pneumonie; la coexistence ou l'existence antérieure de cette dernière maladie pourra la faire présumer. Son mode de début est variable et elle n'a de particulier, au cours de son évolution, que l'absence d'œdème et la fréquence des vomiques, qui s'y produiraient dans la proportion de 25 par 100 d'après quelques-uns, et de 40 par 100 d'après d'autres.

PRONOSTIC.

La pleurésie tuberculeuse n'a rien de spécial, quant aux signes physiques. Elle s'installe d'ordinaire avec moins de bruit que les autres et son début est souvent insidieux. Elle a une marche plutôt lente, mais le pronostic n'en est pas moins grave, car elle se termine exceptionnellement par guérison et conduit généralement à la cachexie et à l'envahissement général par la tuberculose.

Le pronostic de la pleurésie à pneumocoques est des plus favorables; cette particularité tient au fait que le pneumocoque est doué de peu de vitalité; on constate que sa vie est limitée et que sa virulence s'épuise dans un temps relativement court, qu'il s'agisse d'observations faites *in vitro* ou sur le malade.

Cette variété de pleurésie peut guérir par résorption, par enkystement ou par vomique: ce dernier mode de terminaison est particulièrement fréquent, surtout dans la pleurésie précédée de pneumonie ou pleurésie métapneumonique. La vomique se produit généralement vers la 3^e ou la 4^e semaine.

Le pronostic de la pleurésie streptococcique est en général beaucoup plus grave que les autres, par suite de la nocivité plus grande du streptocoque et de sa tendance à envahir l'économie entière, à y amener un état septicémique général, résultant de la résorption des toxines. Le streptocoque se conserve mal dans les cultures aérobies et y perd sa virulence; dans la cavité pleurale, étant à l'abri de l'air, il trouve un milieu éminemment propre à son développement.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic précis de la nature de l'épanchement a une importance, non seulement au point de vue du pronostic, mais aussi au point de vue du traitement, qui nécessite parfois une intervention prompte et opportune. On soupçonnera d'abord la purulence de l'épanchement si la fièvre persiste au-delà des limites ordinaires. Les notions étiologiques, les accidents généraux et quelques signes physiques, tels que: résistance au doigt, voussure limitée, œdème des parois, pourront confirmer cette opinion. Quant à sa nature bactériologique, la marche de la maladie, l'œdème des parois, l'engorgement des ganglions axillaires, la concomitance d'une pneumonie ou l'existence d'un terrain tuberculeux pourront, suivant les cas, la faire présumer; mais la ponction exploratrice et l'analyse de l'exsudat pourront seuls donner une certitude à ce sujet. Le streptocoque y apparaîtra, comme à l'ordinaire, en chaînettes longues et flexueuses. Le pneumocoque pourra aussi affecter cette disposition en chaînettes dans l'épanchement pleurétique, mais ses grains ou cocci seront plus gros, moins nombreux et de forme allongée; ses chaînettes moins longues et plus rigides ne présenteront pas les flexuosités des chaînettes à streptocoques; de plus les grains du pneumocoque auront ordinairement une capsule facile à colorer. Cette disposition en chaî-

nettes, qui est de nature au premier abord à faire confondre le pneumocoque avec le streptocoque, se retrouve dans les inflammations des synoviales et des séreuses en général.

Pour préciser davantage la nature du micro-organisme et constater s'il est associé ou non à d'autres espèces microbiennes, il est nécessaire de recourir aux cultures. Les inoculations dans la cavité péritonéale du cobaye, pourront, si on le désire, renseigner sur son degré de virulence.

Les cultures se pratiquent d'ordinaire sur bouillon, sérum, gélatine et gélose. Le streptocoque se développe de préférence dans les milieux additionnés de sérum ou de sang; le pneumocoque est plus actif dans les milieux liquides que dans les milieux solides; le bacille tuberculeux se développe sur les milieux à base de sérum ou de glycéline, à l'exclusion des autres. La culture du streptocoque des angines, des bronchopneumonies des pleurésies purulentes, sur bouillon, se trouble parfois très rapidement après douze heures; elle peut s'éclaircir deux ou trois jours après ou rester troublée un temps plus ou moins long. Quelquefois le liquide n'est pas réellement troublé, mais prend un aspect ondoyant que l'on attribue à la présence de très longues chaînettes restant en suspension. Les cultures sur bouillon sérum et bouillon sang présentent les mêmes caractères. Sur gélose, en stries, il se forme de petits mamelons blancs, de 1 à 2 millimètres, qui, en se développant, peuvent former une bande blanc grisâtre, ayant l'aspect d'une feuille. Sur plaques il se forme de petits disques jaunâtres; on voit apparaître des prolongements formés de longues chaînettes de streptocoques; ces prolongements se mêlent les uns aux autres et donnent à la culture un aspect caractéristique. Le streptocoque, qui est anaérobie facultatif, paraît cependant conserver davantage ses propriétés, surtout sa virulence, quand il est à l'abri de l'air.

Les cultures de pneumocoques, en bouillon, troublent à peine le liquide; on observe un très léger nuage dans les vieilles cultures et un dépôt grenu très minime. Sur gélose on obtient de petites colonies brillantes hyalines, ressemblant à des gouttes de rosée. Dans les milieux artificiels, le pneumocoque apparaît dépourvu de sa capsule; il ne conserve tous ses caractères.

tères que dans les milieux liquides albumineux, sérum ou bouillon additionné de sang.

Le bacille de Koch, comme nous l'avons vu, ne se cultive que sur un certain nombre de milieux, les milieux à base de sérum ou de glycérine. L'examen microscopique et les cultures sont quelquefois nuls et ne donnent aucun résultat! On y trouve même rarement le bacille et Fraenkel disait: Si on ne décèle aucun organisme dans l'exsudat, on a affaire à une pleurésie tuberculeuse. La tuberculine ne peut s'employer sans crainte et l'inoculation est le seul moyen de contrôle quand les cultures n'ont rien donné. Le liquide à injecter est recueilli avec de grandes précautions aseptiques, afin d'éviter que l'animal ne succombe à une péritonite banale. Le sujet est sacrifié vers la 3e semaine, s'il n'a déjà succombé. On lui trouve alors des lésions tuberculeuses évidentes: le foie et la rate augmentés de volume présentent des granulations, petites si l'affection est au début, plus grandes et quelquefois caséeuses, si la maladie a eu le temps d'évoluer.

TRAITEMENT

Le traitement, de même que le pronostic des différentes formes de pleurésies purulentes, varie: ce qui découle des observations faites précédemment sur la nature même des germes infectieux qui les causent.

La pleurésie à pneumocoques, qui est d'un pronostic moins sombre que les autres, par suite du peu de vitalité de ce micro-organisme, a une tendance à se terminer par résorption, par vomique ou par enkystement.

Je reçois de temps à autres la visite d'une patiente, ayant souffert de pleurésie, il y a quelques années, et dont l'épanchement paraît s'être enkysté. Il y a matité, absence de vibrations et de murmure vésiculaire sur une certaine étendue du thorax, à gauche. Sa santé n'en paraît pas affectée, si ce n'est que les troubles de la digestion produisent facilement chez elle des palpitations, et qu'elle souffre parfois de tiraillements et de douleur au côté correspondant. On n'a jamais osé plonger le trocart dans cette cavité, de crainte d'aggraver un état, qui n'est pas mauvais, après tout.

Cependant, dans cette variété, comme dans les autres, il ne faut pas laisser la nature à ses seules ressources, à cause des complications ultérieures: déformation de la cage thoracique et du poumon, dégénérescences, etc., qui peuvent suivre les longues suppuration... Il vaut mieux pratiquer la thoracentèse, qui, à elle seule, réussit très souvent à guérir le malade, sans qu'il y ait lieu de recourir à la pleurotomie. On aura recours à cette dernière opération, seulement si le liquide se reproduit cinq jours après la première ponction. Si la reproduction de l'exsudat est plus lente, une deuxième ponction sera peut-être suffisante. Si le pneumocoque est associé à d'autres micro-organismes, la situation pourra différer ainsi que la ligne de conduite à tenir. Si l'inoculation a révélé un degré prononcé de virulence il vaudra mieux recourir à la pleurotomie et ne pas s'attarder à la thoracentèse.

Dans la pleurésie à streptocoques, ces derniers ayant une tendance à déterminer une infection généralisée, par la toxicité de leurs produits de sécrétion, il vaudra mieux recourir à une intervention prompte et énergique. On sait que le streptocoque est doué d'une grande vitalité et que le milieu pleural privé d'air, est éminemment favorable à son développement; aussi la reproduction du liquide sera-t-elle incessante après une simple thoracentèse: la pleurotomie devra donc être pratiquée le plus tôt possible; elle sera suivie de lavages antiseptiques si la température ne tombe pas après l'évacuation du liquide, si la sécrétion est abondante ou s'il y a, subséquentement, tendance à la putridité. On administrera en même temps des toniques au malade et on pourra lui injecter le sérum antistreptococcique.

La plèvre devra être respectée, au contraire, et le traitement sera plutôt palliatif, dans la forme tuberculeuse. On pourra ponctionner si l'épanchement est assez abondant, sans cependant faire une évacuation complète du liquide, de crainte de blesser le poumon et de favoriser l'évolution des tubercules. On pratiquera de nouveau la thoracentèse après un certain temps, s'il y a lieu, et il ne restera qu'à instituer le traitement antituberculeux, à tonifier le malade. La pleurotomie sera évitée; en effet le peu de tendance du poumon, longtemps com-

primé, à combler le vide pleural, laisserait une plaie béante qui pourrait s'infecter et devenir rapidement mortelle; le moindre inconvénient de cette opération serait la persistance d'une fistule inguérissable.

Observation. — Il s'agit d'un cas de pleurésie purulente offrant quelque intérêt par l'énorme quantité de liquide épanché, relativement à l'âge du malade, et par les excellents résultats obtenus par l'intervention. La maladie débute le 24 janvier, chez l'enfant de M. X. . . ., petite fille de 4½ ans. Au moment de la première visite, elle a de la fièvre, de l'agitation et elle tousse. L'auscultation révèle quelques symptômes de broncho-pneumonie, qui persistent les jours suivants sans que rien de nouveau n'apparaisse. Son état est d'abord attribué à l'influenza qui sévit. La fièvre se maintient dans la deuxième et la troisième semaine, époque où se dessinent les premiers symptômes d'un épanchement dans la cavité pleurale gauche; il y a matité, absence de vibrations, diminution progressive du murmure vésiculaire, puis déviation du cœur à droite. La température oscille autour de 103 puis s'élève jusqu'à 104. L'épanchement augmente toujours: il y a bientôt œdème et voussure de la paroi thoracique. Je propose la thoracentèse: les parents s'y opposent. Je demande alors une consultation dans l'espoir de les convaincre de la nécessité de l'opération ou tout au moins de dégager ma responsabilité. Le médecin consultant approuve l'intervention, mais comme les fonctions rénales s'accomplissent encore d'une manière satisfaisante et qu'il ne faut pas brusquer les choses, il conseille la temporisation, tout en administrant la pilocarpine durant quelques jours. L'état s'aggrave; la fièvre se maintient toujours à 103 et 104; la dyspnée est intense; le cœur dévié au-delà de la ligne médiane bat avec peu d'énergie; le ventre est ballonné par refoulement des organes abdominaux et la paroi thoracique bombe comme une poche du côté malade. La question de l'intervention se pose de nouveau. J'avertis une dernière fois les parents que l'enfant peut mourir d'un instant à l'autre et qu'il faut agir promptement. Ils se décident alors à laisser pratiquer l'opération reconnue comme seule et dernière ressource. Le 16 mars, la ponction est faite avec l'aspirateur qui, au grand étonnement

au père, nous perm. de soutirer quatre chopines ($2\frac{1}{2}$ bouteilles au-delà) de matière purulente. On comprend maintenant le danger couru par l'enfant et l'opportunité de l'intervention. Comme on est mieux disposé, je préviens immédiatement les parents qu'une opération plus importante sera nécessaire si l'épanchement se reproduit dans les huit jours qui vont suivre. L'enfant est d'abord très soulagé par cette soustraction de liquide; le cœur bat plus à l'aise et la dyspnée disparaît; mais la fièvre ne tombe pas complètement et peu à peu la matité revient. L'analyse bactériologique du pus, qui avait du reste toutes les apparences d'un exsudat à streptocoques, laisse voir de longues chaînettes: le pronostic est encore défavorable. Huit jours après la pleurotomie est jugée nécessaire et, le 24 mai, cette dernière opération est pratiquée après injection dermique d'une solution de cocaïne, à 2 pour 100. Une large incision est faite sans que l'enfant accuse de douleurs, si ce n'est sur la fin, à l'ouverture de la plèvre. Une quantité considérable de pus s'échappe de nouveau: un gros drain est introduit dans la cavité et la plaie est recouverte du pansement antiseptique ouaté enveloppant tout le thorax. La sécrétion étant très abondante, le pansement est renouvelé tous les jours dans la semaine qui suit. Dès le lendemain de l'opération, l'état de la malade s'est considérablement amélioré; c'est presque une résurrection. La dyspnée n'existe plus, le pouls s'est relevé et la fièvre est tombée à 98° : il n'y a pas lieu de pratiquer le lavage antiseptique qui avait été remis au pansement subséquent. Les jours suivants, l'état général de la petite malade s'améliore encore rapidement; elle ne demande plus à boire mais à manger; la vigueur, le teint et l'embonpoint même reviennent très vite. L'enfant sollicite bientôt le privilège de quitter son lit; il semble que le drain qu'elle porte ne l'incommode nullement et il faut attacher le pansement avec une certaine solidité pour éviter qu'elle ne le déplace. Le 30 avril, le drain est enlevé; la suppuration est tarie et la plaie, toujours protégée du contact de l'air par le pansement antiseptique continué jusqu'à occlusion complète, se referme bientôt.

L'enfant paraît maintenant jouir d'une santé parfaite, et il n'y a chez elle aucune trace apparente de la maladie dont elle a été affectée.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE

Nous entendons parler du traitement de cette maladie spéciale causée par un agent infectieux spécifique, bien qu'inconnu encore. Nous laisserons de côté les autres affections au cours desquelles le flux intestinal sanguinolent peut se montrer.

L'agent infectieux qui cause la dysenterie se trouve dans le sol, dans l'air, dans l'eau; il ne se développe qu'avec le secours de causes secondaires: climat, saison, mauvaise hygiène, refroidissement, paludisme surtout.

La dysenterie est aiguë ou chronique.

Les formes légères sont les plus communes heureusement; les formes graves sont caractérisées anatomo-pathologiquement par de la gangrène de l'intestin et cliniquement par du collapsus algide ou par un état typhoïde.

Prophylaxie. — Usage exclusif d'eau filtrée ou bouillie et fouettée, abstention des fruits verts et des aliments indigestes, précautions contre refroidissements brusques (ceinture de flanelle).

Traitement. — La dysenterie est une maladie localisée au tube digestif, aussi le régime occupe une place prépondérante dans le traitement à instituer.

Au début l'on donnera exclusivement du lait, du bouillon dégraissé; l'on pourra couper le lait d'eau de chaux, d'eau de Vichy ou d'un peu de thé ou de café. Plus tard, l'on permettra les décoctions d'orge, de riz, la décoction blanche de Sydenham, l'eau albumineuse, les potages au lait, les œufs mollets. D'après Watkin-Pitchfort, le régime qui convient à la dysenterie, c'est le bouillon et le pain rassis beurré; le régime lacté n'aurait point d'influence heureuse, dans certains cas il serait presque nuisible.

Quand les symptômes aigus se seront amendés, l'on conseillera une alimentation plus substantielle qui cependant ne devra

comprendre exclusivement que des viandes tendres et faciles de digestion (volailles, ris de veau, viande crue pulpée) les œufs peu cuits, les poissons maigres, les huîtres, les pâtes et les purées de féculents au lait.

Seront interdits les crudites, les légumes verts, les sauces, les graisses, les fromages, les pâtisseries, les sucreries, toutes les boissons alcooliques.

Le traitement médical est presque essentiellement constitué par la méthode évacuante; au début il est même utile de joindre aux purgatifs un vomitif qui sera toujours l'ipéca.

Les purgatifs modifient le caractère des selles, il ne faut pas les donner à fortes doses et s'en abstenir au début des formes graves. Ils sont formellement contre-indiqués dans la forme à collapsus algide.

Les purgatifs seront: le sulfate de soude, la crème de tartre, le sel de Seignette et le calomel.

Depuis Annesley, les Anglais s'adressent au calomel. Il est employé à doses massives (10 à 15 grains) ou à doses filées, suivant méthode de Law (1 grain en 10 paquets, 1 d'heure en heure).

Second associe le calomel à l'ipéca:

Ipeca	6½ grains.
Calomel	3½ grains.
Extrait d'opium	1 grain.
Sirop de nerprun	q. s.

Pour 6 pilules à prendre dans les vingt-quatre heures.

L'ipéca n'a pas seulement qu'une action vomitive. Donnée en infusion à petites doses pour éviter l'action vomitive, l'ipéca excite la sécrétion biliaire et la sécrétion intestinale; ses effets cliniques se traduisent par la suppression des hémorragies, par la modification des selles qui redeviennent imprégnées de bile et reprennent l'aspect fécal.

Second avait remis en honneur la méthode brésilienne. Cette méthode d'administration est la suivante: Sur 30, 60 ou 120 grains de racines concassées d'ipéca, on verse 1 verre, 8 onces d'eau bouillante; on laisse macérer pendant 10 à 12 heures, puis on décante et l'on fait prendre la macération. L'on répète la même opération pendant 3 ou 4 jours. La première in-

gestion provoque presque toujours des vomissements et des évacuations alvines plus nombreuses. La tolérance s'établit et les selles changent rapidement de caractère.

Delieux de Savignac a remplacé l'infusion par la décoction:

Poudre d'ipéca	60 grains.
Faire bouillir cinq minutes dans :	
Eau.	10 onces,
Filtrez et ajoutez :	
Sirop d'opium.	1 once.
Eau de canelle	1 once.
A prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure. L'opium assure la tolérance.	

Quant à l'opium comme médicament à employer contre la dysenterie, il serait dangereux de l'administrer avant d'avoir modifié les selles. Nombreuses sont les observations d'hépatites à la suite d'une brusque suppression du flux dysentérique.

L'opium ne serait permis que conjointement aux purgatifs pour atténuer le ténesme.

Au début pour calmer les douleurs, on aura surtout recours aux moyens externes: cataplasmes, compresses humides chaudes, bains de siège, bains tièdes généraux, embrocations huileuses.

Selon V. alkin-Pitchfort, l'ipéca sans émétique, la poudre de Dower n'ont donné que des désillusions dans les cas graves.

Les absorbants: sous-nitrate de bismuth, etc., sont comme l'opium, dangereux au début de la dysenterie. Ils favorisent la rétention des matières septiques dans l'intestin.

La médication antiseptique par l'iodoforme, la naphthaline, le salol, etc., ne donne pas des résultats bien brillants. Lardier et Pernet ont préconisé l'iodoforme à la dose de 5 à 6 grains par jour, associé à la poudre d'opium en 5 ou 6 cachets; Kartulis a vanté la naphthaline à la dose de 5 grains, 3 à 6 fois par jour.

Les lavements médicamenteux ont tenu une place importante dans le traitement d'une maladie presque exclusivement localisée dans ce gros intestin.

L'auteur déjà cité Watkin-Pitchfort, qui rapporte dans le *British Medical Journal*, du 10 novembre 1900, les résultats de

ses essais thérapeutiques faits au Natal, s'élève contre l'emploi des lavements accompagnés de massage abdominal qui peuvent amener des ulcérations de la muqueuse intestinale; il n'est pas très enthousiaste des lavement antiseptiques.

Au début l'on n'emploiera que les lavements émollients: décoction de graine de lin, de racine de guimauve, d'eau amidonné, de solution saline. Ces lavements sont souvent mal supportés.

Dans la forme gangréneuse l'on a préconisé les lavements de décoction de quinquina (2 à 4 drachmes par pinte d'eau) de liqueur de Labarraque (1 drachme pour 8 onces d'eau).

A une période plus avancée l'on peut s'adresser aux lavements astringents: tannin, 30 à 60 grains; ratanhia, 30 à 150 grains: écorce de chêne, 1½ once; extrait de saturne 45 à 75 grains pour 8 onces d'eau. L'on peut encore essayer des lavements cautérisants modificateurs: nitrate d'argent, 1 à 10 grains pour 7 onces d'eau, ou:

Teinture d'opium.....	24 à 5 drachmes.
Iodure de potassium.....	1 à 15 grains.
Eau distillée.....	8 onces.

DELIEX ET SAVIGNAC.

ou les lavements hémostatiques au perchlorure de fer (une cuillère à soupe pour 1 pinte d'eau).

Tous ces lavements sont administrés par le procédé de l'entérolyse.

Cantani et Kartulis, s'adressent de préférence au tannin qui est doué de propriété antiseptiques incontestables sans être toxique ni irritant.

Il convient, pour combattre le collapsus algide des formes graves de la dysenterie de faire des injections de caféine, d'éther et surtout de sérum artificiel, etc.

Voilà brièvement donné le traitement à peu près universellement reconnu de la dysenterie.

Quelques auteurs ont préconisé des traitements nouveaux de la dysenterie.

Waikin-Pitchfort a obtenu de bons résultats de l'administration d'un mélange de chlorure de mercure, de bismuth et d'opium.

Mais la formule qui lui a donné le plus de succès est un mélange d'*Ical*, de sous-nitrate de bismuth, de teinture de chloroforme et de morphine; elle a donné des résultats remarquables au début ou à une période avancée.

Le docteur Berthier prescrit au début des lavements chauds d'une pinte ou d'une chopine contenant en dissolution 2 à 4 grains de bleu de méthylène. On donne deux à quatre lavements par jour.

Il faut les donner après une garde-robe pour assurer leur tolérance. Le malade sera étendu sur le dos, le bassin un peu relevé pour faciliter la pénétration dans tout le gros intestin. Le lavement sera donné en plusieurs temps et sera gardé le plus longtemps possible.

Le ténesme et les épreintes cessent rapidement, les garde-robes deviennent plus rares. Au bout de un ou deux lavements, de un à deux jours le plus tard, la bile revient dans les selles. Ce retour de la bile est le meilleur indice de l'amélioration de la dysenterie.

Polioff a, dans trois cas de dysenterie, employé des lavements profonds d'ichthyol à 3%. Le nettoyage de l'intestin est d'abord obtenu par une once d'huile de ricin, puis on donne un premier lavement de 1½ chopine, le deuxième lavement (même quantité de liquide) se donne six à huit heures plus tard. Le nombre des lavements n'a pas dépassé 3 à 7 pendant deux jours dans les cas rapportés par l'auteur.

Poliloff déclare avoir constaté, sous l'influence de ce traitement, une amélioration considérable de l'état général, survenant dès après le premier lavement. Le ténesme douloureux cesse, les malades peuvent dormir, les douleurs de la fosse iliaque gauche disparaissent rapidement, l'appétit renaît et le pouls s'améliore. Dans aucun cas on a constaté d'aggravation de la maladie.

L'auteur explique l'action favorable de l'ichthyol par l'antiseptic locale.

Le docteur Saint-Philippe traite l'entéro-colite dysentérique des enfants par la poudre de guarana très fraîche.

C'est à la macération qu'il a recours :

Poudre fraîche de pâte de guarana..... 10 à 30 grains.

Faire macérer à froid pendant 24 heures dans 2 ou 3 onces d'eau bouillie.

A prendre par cuillerée à café ou à soupe sans interruption à toutes les deux heures.

La dose moyenne est de 10 grains, pour les 24 heures, pendant les deux premières années et de 15 à 30 grains au plus pour les enfants plus âgés.

On peut sucrer ou ne pas sucrer. Il faut remuer le mélange de façon à faire absorber la poudre. Le goût n'est pas désagréable et les enfants acceptent bien cette préparation. Le traitement sera continué aussi longtemps qu'il sera nécessaire.

La dysenterie aiguë de moyenne intensité est justiciable du ou plutôt des traitements que nous venons de tracer.

La dysenterie grave à forme gangréneuse, phénomènes algides, exige la plus grande prudence dans l'administration des purgatifs et l'abstention de l'ipéca. Les traitements locaux par les lavements sont dangereux. Il faudra combattre les phénomènes algides par les injections hypodermiques d'éther, de café, de sérum artificiel. Faire prendre les bains chauds à 38 degrés.

La dysenterie chronique se traite surtout par un régime sévère prolongé et par les lavements de tannin, de nitrate d'argent, d'hypochlorite de soude. Les purgatifs seront prescrits à intervalles éloignés. C'est à cette forme que conviennent surtout les pilules de Segond.

Le tamigène à la dose de 5 à 10 grains 4 à 6 fois par jour rend des services dans les formes chroniques de diarrhée dysentérique.

H. HERVIEUX.

ACTUALITÉS MÉDICALES

L'APPENDICITE A L'ACADEMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

En février dernier, le professeur Dieulafoy, dans une communication retentissante (1) a appelé l'attention des membres de l'Académie de Médecine sur une complication nouvelle de l'appendicite, ce cauchemar universel qui a agité tant de cerveaux et qui a fait le sujet de tant de discussions intéressantes pour le plus grand bénéfice de la médecine moderne.

Il s'agit d'un autre accident non moins redoutable que les autres, bien connus, et qui compte déjà à son actif une symptomatologie d'une extrême gravité suivie, à brève échéance, de mort rapide dans la plupart des cas.

Un sujet quelconque est en proie à une attaque appendiculaire grave; bientôt surviennent des vomissements, séreux, noirs, hémorragiques pures, les symptômes graves se succèdent rapidement et la mort arrive à la grande stupéfaction du médecin, désarmé, pris à l'improviste.

C'est pour prévenir de semblables méfaits que le professeur Dieulafoy a tracé, de main de maître, les signes précurseurs de cette complication grave.

J'ai analysé ce travail au chapitre des analyses, dans le présent numéro, à cause de son importance clinique et des communications ultérieures qui ont été faites sur le même sujet par des maîtres éminents de la science médicale française.

Dans ses conclusions, M. Dieulafoy insiste sur l'urgence de l'intervention précoce en matière d'appendicite. Il est inutile, il est dangereux d'instituer un traitement médical qui masque le danger et qui conduit sûrement à la mort dans les $\frac{2}{3}$ des cas.

Toute appendicite reconnue de bonne heure doit être opérée d'urgence. C'est là le dernier mot de la science française sur cette question tant controversée au début.

(1) Le " vomito negro appendiculaire," voir plus bas analyse.

APPENDICITE ET ALIMENTATION CARNÉE.

M. Lucas-Championnière, dont la haute autorité scientifique est universellement reconnue, est venu apporter, dans une séance ultérieure, le fruit de son expérience sur cette question. Sans étudier à fond le mécanisme de production de ces hématomésés, il les rapproche des vomissements noirs observés chez les malades opérés pour septicémie péritonéale, pour hernie étranglée, pour cancers ovariens et péritoneaux.

Ces vomissements sont d'abord verts, puis noirs, puis marc de café, puis enfin striés de sang.

Cependant, le traitement aurait donné des succès dans quelques cas rapportés par l'auteur.

Il n'hésite pas à faire un lavage de l'estomac avec une eau alcaline (bicarbonate de soude à 1 p. 100) jusqu'au retour du liquide clair, et il n'hésiterait pas à ordonner ce traitement, même si les vomissements étaient sanglants, contrairement à M. Dieulafoy qui affirme, qu'en agissant ainsi, on s'expose à briser le caillot en formation; chose qui arrive certainement dans les cas heureux. A l'appui de ses avancés, M. Lucas-Championnière rapporte l'observation d'une femme enceinte de six mois, atteinte d'appendicite, qui fut opérée d'urgence; l'appendice était gangrené. Accouchement le lendemain; apparition des vomissements noirs deux jours après l'opération. On fit deux lavages à 12 heures d'intervalle; la malade guérit.

L'auteur ajoute que ces cas se rencontrent surtout chez les malades dont l'intestin ne fonctionne pas, et chez ceux qui ont été opérés "alors que l'infection du péritoine s'est encore étendue et généralisée du fait même de l'ouverture du ventre."

M. Lucas-Championnière est étonné du grand nombre de cas observés dans ces dernières années. Sans doute, dit-on, l'appendice a existé de tout temps, mais on en faisait autrefois des typhlites et péri-typhlites mal interprétées; et, si elle n'existait pas officiellement c'est donc qu'on ne la connaissait pas.

Cependant cette affirmation ne renferme qu'une part de vérité car on est surpris que des faits aussi nombreux et aussi variés aient pu échapper à l'esprit si aiguisé de nos prédéces-

seurs: il résulte, de l'observation des faits, que les accidents graves que l'on signale chaque jour sont, pour la plupart, nouveaux.

L'auteur donne une statistique très suggestive. Il a toujours eu pour habitude d'ouvrir les abcès de la fosse iliaque. Or de 1882 à 1899 le nombre des abcès ouverts est de 34; tandis que, de 1899 à 1900, il est de 19. Comment expliquer cette recrudescence dans un si court espace de temps? Une enquête générale permettrait d'élucider ce point et d'établir à la fois si, réellement, l'appendicite n'est pas une maladie nouvelle due à des causes nouvelles.

M. Faisans a accusé l'*influenza* ou la *grippe* de donner naissance à des épidémies d'appendicites. Et c'est vraisemblable.

D'autre part, les follicules et les glandes lymphoïdes de l'appendice, communiquant avec les lymphatiques des ovaires et de l'utérus, sont des voies toutes préparées à la propagation à distance de la fièvre puerpérale.

Ailleurs, les injections intestinales (auto-intoxications par encombrement) ont déjà à leur actif plus d'un appendice gangrené, et l'*influenza*, favorisé par l'excès d'alimentation carnée, a pu trouver, très souvent, un intestin tout préparé à la virulence des germes anciens et nouveaux.

L'auteur pense que les excès d'alimentation carnée sont la grande cause de tous les méfaits de l'appendicite et *tutti quanti*.

En effet, en analysant un peu ce qui se passe autour de nous, il remarque que le régime alimentaire s'est prodigieusement transformé. On a fait disparaître le maigre et le jeûne pour le remplacer par la viande. Et ceci est plus frappant dans les pays où la consommation de viande est considérable. Ainsi, en Angleterre et en Amérique, l'appendicite a régné à l'état épidémique. Un observateur éminent, M. Keen, de Philadelphie, a pu dire que le tiers de la population en était atteint.

M. Championnière, en faisant une enquête spéciale sur les habitudes des appendicités, a vu qu'ils faisaient un usage excessif de viande: "j'ai vu périr un adulte, dit-il, qui se vantait de ne jamais manger ni fruit, ni légumes, et ne consommait pas de pain."

Sur ce point, l'auteur conclut donc que l'appendicite est une maladie plutôt nouvelle due à l'excès d'alimentation carnée qui encombre les intestins et provoque des crises d'auto-intoxications qui se propagent à distance, spécialement à l'appendice vermiciforme.

L'APPENDICITE ET LES PURGATIONS.

Passant à un autre point de pathogénie important, M. Lucas-Championnière oppose l'excès d'alimentation carnée, provoquant des crises d'auto-intoxication, à la disparition de certaines précautions hygiéniques qui ne sont plus de mode.

Ainsi, on a perdu la bonne habitude des purgations.

Or, c'est pour ainsi dire " la seule antiseptie valable de l'intestin." Il est alors possible, d'après cette conception nouvelle, de comprendre que les entérites et les infections intestinales prennent une fréquence extrême et que la multiplication des appendicites en soit une suite incontestable.

On comprend également un autre point que l'auteur met en relief: à savoir la curabilité de l'appendicite par le traitement médical: ces guérisons comporteraient des erreurs de diagnostic. " La parenté de ces infections et de l'appendicite est telle, dit-il, qu'elle est la source des erreurs de diagnostic les plus communes. Elle explique la divergence des opinions sur la curabilité de l'appendicite, parce que les sujets qui ont de l'infection intestinale, sans avoir encore d'appendicite, guérissent sans opération, tandis que ceux qui ont vraiment de l'appendicite ne guérissent que par l'ablation de l'organe malade. Chez ces sujets, qui ont quelques symptômes analogues à ceux de l'appendicite et faciles à confondre, la purgation dissipe aisément les accidents."

Voilà qui est nouveau et satisfaisant. Et il ajoute: " les purgatifs favorisent l'évacuation de tous les toxiques de l'intestin: l'opium en favorise la stagnation et achève l'envahissement de l'appendice qui se pouvait éviter."

Ce qu'il faut, c'est de s'efforcer de *prévenir l'intoxication intestinale*, or l'usage du purgatif, dans certaines circonstances, est une première mesure; l'hygiène de l'alimentation en est

une seconde; les deux aidant, nous devons voir l'appendicite subir une baisse dans les observations futures.

Et l'auteur conclut que le purgatif est une médication *préventive* de l'intoxication intestinale, et, par suite, de l'appendicite future.

M. Albert Robin, développant le dernier point de la question, à savoir l'infection intestinale et les purgatifs, appuie les remarques de son collègue.

En faveur de l'infection intestinale, il affirme que c'est la dyspepsie hypersthénique avec hyperchlorhydrie qui existe à l'origine.

Ces malades consomment une grande quantité de matières azotées: il arrive qu'il y a stase cœcale de matières acides qui prédisposent à une infection. Ainsi, sur 1,585 cas de ce genre, l'auteur a constaté 82 fois des accidents appendiculaires. Et la preuve qu'une alimentation azotée en excès puisse donner lieu à ces accidents est faite par l'analyse des matières excrétées par ces gens.

Tandis que, à l'état normal, la proportion d'azote éliminé est de 5.4 p. 100, chez les hypersthéniques elle est de 12.61 p. 100. Rien de surprenant alors à ce qu'une stase prolongée de ces matières irritantes provoque les accidents que nous connaissons.

Passant au deuxième point de la question, M. Robin dénonce l'opium, qu'un grand nombre de praticiens s'empressent de prescrire dès qu'ils constatent une douleur au point de Mac Burney. Il a toujours eu pour habitude de prescrire l'huile de ricin chaque fois qu'il constate l'existence d'un boudin cœcal, et il s'en est toujours félicité.

“ Bien entendu, dit-il, *je ne considère pas les purgatifs comme un moyen de traitement de l'appendicite, mais comme un moyen prophylactique, bien supérieur à l'illusoire antiseptisme intestinal et qui s'adresse à l'une des conditions génératrices les plus importantes de la maladie appendiculaire. L'opium, administré comme on le fait maintenant, est parfaitement capable d'aggraver une crise appendiculaire commençante.*”

Les conclusions qui se dégagent de ce dernier chapitre sont les suivantes :

Le purgatif est le meilleur moyen de faire l'antisepsie de l'intestin.

Il ne peut, à aucun moment, guérir une appendicite déclarée.

Il agit comme moyen prophylactique en empêchant la stase de matières alimentaires azotées qui irritent l'intestin.

APPENDICITE ET VERS INTESTINAUX.

A l'appui de ses éminents confrères, mais sur un terrain absolument nouveau, M. Metchnikoff, de l'institut Pasteur, a cherché les relations qui existent entre l'appendicite et les vers intestinaux.

Une malade étant sur le point d'être opérée pour appendicite, il eut la curiosité d'examiner ses selles au microscope : il y trouva des œufs d'ascaries et de tricocéphales. Immédiatement, on administre un purgatif précédé de *santonine* : de nombreux vers sont expulsés, l'appendicite, ou plutôt la pseudo-appendicite disparut. M. Lemoine rapporte deux cas semblables. Plusieurs observations identiques tendent à prouver le rôle considérable que ces vers peuvent jouer dans l'appendicite.

Davaine rapporte le cas d'un appendice perforé qui laissa passer quarante-sept ascaries ; Brun, en opérant une appendicite à froid, y trouve un cadavre du lombric, etc.

De tous ces faits, M. Metchnikoff conclut à l'origine helminthiasique fréquente de l'appendicite.

L'ascaride peut produire des érosions de la muqueuse et l'ensemencer avec les microbes dont il est couvert. Dans certains cas, leur effet sera nul, mais dans d'autres, il y aura infection sérieuse.

A l'appui de cette affirmation, l'auteur rapporte, dans les termes suivants, l'observation d'un interne de l'hôpital Laënnec : " Il y a quelques jours, dit-il, on m'apporta des coupes d'un appendice, enlevé à une fille atteinte de péritonite. L'interne a trouvé dans le canal appendiculaire deux tricocéphales, et, dans l'épaisseur de la muqueuse, la partie antérieure de l'un

de ces parasites. En examinant ces coupes, j'ai pu me convaincre que le tricocéphale, après avoir perforé cette couche, a provoqué une réaction inflammatoire de l'appendice. Cette inflammation est due aux microbes inoculés par le ver et surtout à de nombreux streptocoques. Au milieu de ces bactéries on peut voir un grand nombre de leucocytes polynucléés dont quelques-uns ont dévoré des microbes."

Donc, l'action des nématodes intestinaux est double: action directe par implantation dans la muqueuse, infection de celle-ci par les microbes qu'ils y introduisent.

Assurément, il faudra compter avec eux dans l'avenir. On peut déjà expliquer, jusqu'à un certain point, ces épidémies d'appendicite appelées "familiales," où on a voulu faire jouer à l'hérédité un rôle trop considérable.

Ainsi, la souillure des aliments, par des déjections humaines desséchées sur des légumes consommés à l'état cru, expliquerait un grand nombre de ces épidémies.

Une chose certaine, c'est que ces deux espèces de vers intestinaux se transmettent par des larves qui mûrissent dans la terre ou dans l'eau souillée par des matières fécales renfermant des ascarides ou des tricocéphales.

Cette eau, cette terre, serviraient aux usages domestiques, etc.

Au reste, la guérison de quelques cas d'appendicite par les vermifuges et les purgatifs achève de nous convaincre sur leur rôle.

Il reste donc établi que les vers intestinaux jouent, ici, un rôle qu'on ne leur avait pas attribué jusqu'alors. Il était très important de signaler ce point de pathogénie à l'attention des praticiens.

Et l'auteur termine sa communication par ces lignes suggestives: "Autrefois, c'était une habitude de prendre, de temps en temps, des vermifuges et d'en donner aux enfants: depuis un certain nombre d'années, cette pratique a été abandonnée, c'est là peut-être une des causes de la plus grande fréquence de l'appendicite, signalée par plusieurs cliniciens dans ces derniers temps. La consommation plus grande des légumes et des fruits crus que l'on trouve manifestement en toutes saisons,

et aussi l'arrosage des terrains maraîchers par les eaux d'épandage, jointe à la négligence de la cure vermifuge, expliquent un bon nombre de cas d'appendicite."

Les conseils qui se dégagent de cette intéressante communication sont les suivants: examen des selles chez tout malade atteint d'appendicite: vermifuge dans les cas où il est possible de le faire, *santonine* contre ascaries, *thymol* contre tricocéphale; proscription des aliments crus, eau non bouillies, légumes crus, fraises, etc., aux personnes atteintes d'appendicite: donner des vermifuges aux enfants.

Telles sont les données les plus récentes sur la grande question de l'appendicite.

Ce sont des données absolument nouvelles, pour la plupart, et dont la pathogénie suggère des moyens de prophylaxie que tous les praticiens ne manqueront pas de mettre en pratique à l'occasion.

Je résume en des conclusions brèves l'exposé synthétique des pages précédentes.

CONCLUSIONS.

1° Le *vomito-negro* appendiculaire est le résultat d'une infection à distance dont l'appendicite est la cause. Il consiste dans des érosions de la muqueuse stomacale qui saigne abondamment. M. Lucas-Championnière emploie les lavages au bicarbonate de soude à 1 p. 100.

2° L'alimentation carnée est l'une des causes premières de l'appendicite, en provoquant chez un grand nombre une hyperacidité qui facilite la stase des matières fécales et prédispose à l'auto-intoxication.

3° Les *purgatifs* (huile de ricin) réalisent l'antisepsie la plus complète de l'intestin et empêchent souvent, en le débarrassant de son contenu, des attaques ultérieures d'appendicite.

Le purgatif agit comme traitement préventif. Lorsque l'appendicite est déclarée, il n'y a qu'un seul traitement: c'est l'ablation de l'organe. (Lucas-Championnière, Dieulafoy et autres).

4° Les *vers intestinaux*, ascaries et tricocéphales, peuvent

provoquer des attaques d'appendicite en lésant la muqueuse du canal et en l'infectant par les microbes qu'ils portent.

Les vermifuges et les purgatifs sont deux moyens préventifs que nous devons employer plus souvent au bénéfice du public en général.

J'ai cru qu'il était de notre devoir de mettre de nouveau la question devant le public médical.

Je lisais dernièrement, dans une revue médicale de cette province une observation où l'auteur semblait croire à la bienfaisance du traitement médical.

Appendicite évidente, mort foudroyante, malgré la glace et l'opium.

Aujourd'hui, avec les maîtres les plus autorisés de tous les pays, et après les communications qui viennent d'être faites, nous devons combattre cette manière de traiter l'appendicite.

En nous inspirant des conseils que l'Académie de Médecine vient de donner à tous ses adeptes, nous veillerons plus attentivement à la sécurité de l'intestin par des vermifuges ou des purgatifs, suivant les indications. Mais, lorsque l'appendicite sera formellement déclarée, nous n'hésiterons plus à conseiller l'opération hâtive.

J.-A. LESAGE.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 23 Avril 1901.

Présidence de M. HERVIEUX.

Procès-verbal.

Les minutes de la dernière assemblée sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

— *Non-hérédité de la tuberculose pulmonaire*, par le docteur J.-E. DUBÉ, (ce mémoire sera publié en juin).

Discussion: M. DEMERS, appuie les données du travail de M. Dubé et fait quelques remarques sur les distinctions qu'il faut faire entre l'hérédité de la graine et l'hérédité du terrain.

— M. LECAVALIER, donne des statistiques locales à propos de la mortalité par tuberculose pulmonaire dans la province de Québec, et développe sommairement l'idée de créer des sanatoriums pour les tuberculeux en général.

— M. LESAGE, cherche à différencier l'hérédité directe de la contagion. Les travaux récents semblent négliger un peu plus qu'autrefois le point d'hérédité de graine pour s'attacher davantage à la contagion. La plupart des cas seraient dûs à la contagion qui se ferait soit par voie ascendante, (vagin, etc.) soit par voie descendante (vaisseaux sanguins ou lymphatiques par adhérences péritonéales, ou ascite à la suite de péritonite tuberculeuse).

L'alcoolisme serait une des grandes causes prédisposantes.

D'autre part les gouvernements, les municipalités devraient pourvoir à la création de sanatoriums où les tuberculeux pourraient faire une cure spéciale.

La " Société Médicale " devrait passer des résolutions dans ce sens et les adresser au Gouvernement pour l'engager à étudier la question sérieusement.

— M. DAIGLE attire l'attention des membres sur l'importance de l'hérédité tuberculeuse en matière d'assurance sur la vie.

— M DUBÉ remercie les membres des remarques qui ont été faites en approbation de son travail.

A propos de la tuberculose dans les assurances sur la vie, il cite des exemples démontrant que des grandes compagnies sont déjà moins exigeantes à ce point de vue.

Dans certaines circonstances spéciales, un individu dont l'hérédité est entachée de tuberculose peut être admis s'il est lui-même en parfaite santé et s'il vit dans des conditions hygiéniques raisonnables.

— *Considérations générales sur l'alimentation et la thérapeutique infantiles*, par le docteur A. DE GRANDPRÉ. (ce travail sera publié en juin).

M. CORMIER cherche à démontrer la différence qui existe entre le lait des différentes vaches laitières.

Souvent il arrive que des enfants, nourris par un bon lait stérilisé, ont des troubles intestinaux.

Cela dépend de la qualité du lait. Les Jersey, en général, donnent un lait trop riche en matières grasses: les cellules grasses sont trop grosses et constituent un aliment impropre à l'alimentation des nourrissons.

La même observation peut être faite sur les veaux de ces vaches laitières. Ils ont constamment des troubles intestinaux à cause de cela.

Motions.

A l'occasion du départ de M. le docteur A. de Grandpré, pour Los Angeles, la " Société Médicale " a approuvé la motion suivante faite par M. LeSage.

" La Société Médicale de Montréal regrette le départ de M. le docteur A. de Grandpré.

" Elle le remercie cordialement des travaux scientifiques qu'il a soumis jusqu'à ce jour, et elle exprime l'espoir qu'il obtiendra là-bas le succès auquel il a droit."

Adopté à l'unanimité.

ANALYSES

MEDECINE

Influenza. — (*The Monthly Cyclopaedia*, février 1901).

Ce journal donne un excellent résumé de ce qui s'est écrit depuis quelques mois sur l'influenza et son traitement. Il ne faut pas à la légère étiquetter, comme grippe toutes les poussées fébriles catharrales que le médecin rencontre par le temps d'épidémie que nous traversons actuellement. Les catharres bronchiques, les coryza qui peuvent devenir sporadiques ne doivent pas être confondus avec l'influenza. Pour certains auteurs il faudrait toujours chercher le microbe de la grippe avant d'affirmer l'existence de cette maladie. Au point de vue clinique l'influenza typique se caractérise par son début brusque tout aussi brusque que dans le choléra asiatique. Voici quelques-uns des symptômes les plus marqués: céphalalgie très tenace, à type frontal ou orbitaire suivie quelquefois de délire; douleurs aiguës dans le dos ressemblant un peu à la rachialgie de la variole. La langue prend d'après Goodhart, une apparence particulière. Elle est tremblante, œdématisée, molle, et recouverte d'un enduit crémeux, épais et sale; l'haleine est généralement très mauvaise. Les sueurs ont également une odeur sui-generis propre à cette maladie. Le coryza peut être assez sévère et s'accompagne souvent d'une toux sèche quinteuse. La température peut varier beaucoup allant à un degré élevé, mais le plus souvent elle est peu élevée. On peut rencontrer de grandes transpirations et pour Goodhart il faut faire grand cas de l'existence de râles à la base des poumons.

Il est toujours assez facile de faire un diagnostic certain pour peu que l'on s'en donne la peine, et que l'on tienne bien compte des faits suivants: —

- 1° L'existence constante du bacille de Pfeiffer dans l'expectoration.
- 2° Le développement simultané des phénomènes respiratoires, digestifs et parfois nerveux.
- 3° Epuisement profond survenant dès le début nullement en rapport avec la sévérité ou la durée de l'attaque.

Il convient pour éviter toute erreur, d'éliminer toutes les maladies qui ressemblent à l'influenza telles que: la pneumonie, la méningite, la gastro-entérite, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, et le rhumatisme.

Une première attaque ne donne pas l'immunité, et une personne peut avoir l'influenza plusieurs fois.

On a cité quelques complications cardiaques au cours de la grippe. D. B. Lees et F. Forckheimer ont rapporté des cas de dilatation cardiaque suivie de syncope mortelle.

James Donelan rapporte plusieurs observations de malades qui ont présenté des hémorragies d'origine trachiale après la grippe.

J. S. Bury attire à bon droit l'attention sur les complications nerveuses au cours de l'influenza et les divise en deux groupes. Dans le premier groupe, — le plus important, — il fait entrer le type comateux qui est parfois fatal, et le type délirant. Dans le second groupe il place la grande variété de désor-

dres du système nerveux qui font suite à la grippe. Il s'agit de neurasthénie, d'hystérie, d'épilepsie et toutes les variétés de psychoses, encéphalite, hémorragies cérébrale, embolie, thrombose des artères, des veines ou des sinus. La moëlle épinière peut être endommagée, soit dans ses méninges, soit dans ses différents faisceaux nerveux.

Pour W. H. Broadbent, le système nerveux peut devenir malade sous l'action des toxines et les malades présentent des névrites, des névralgies, ou de la neurasthénie, tout comme dans la diphtérie. Les malades dont le système nerveux est déjà en branle sont les premiers à présenter ces complications.

Il n'existe pas de traitement spécifique de l'influenza et jusqu'à ce que quelque savant découvre un sérum, le meilleur traitement consiste dans le repos au lit, le peu d'emploi des drastiques et surtout à obtenir du malade de ne pas laisser la chambre avant la disparition complète de tous les symptômes quels qu'ils soient. Il faut à tout prix bien faire la ventilation de la chambre du malade et même de la maison entière. Pour combattre l'extrême faiblesse qui fait suite à la grippe il convient de prescrire l'extrait fluide de Coca et la noix vomique. L'eau froide et l'opium sont contre-indiqués dans la grippe. Le bain chaud calme bien les douleurs musculaires et l'énerverment. Le régime doit être léger et liquide.

J. E. DUNÉ.

Le vomito negro appendiculaire, par le prof. DIEULAFOY (Séance de l'Académie de Médecine de Paris, 12 février 1901).

Dans le numéro de l'*Union Médicale* du mois dernier (mars) M. Marien a fait l'analyse d'une communication de M. Poirier devant la Société de Chirurgie. On y a vu que les conclusions du professeur Dieulafoy, a savoir *opérer vite* dans l'appendicite, avaient trouvé leur pleine justification dans les succès opératoires du rapporteur.

Or, il n'est pas sans intérêt de suivre, en médecine, les développements que cette question nouvelle apporte chaque jour.

Récemment, dans une communication à l'Académie de Médecine, le professeur Dieulafoy a attiré l'attention de ses collègues sur une complication nouvelle de l'appendicite à savoir, le *vomito negro appendiculaire*.

Ce symptôme alarmant consiste dans des hématomèses graves, mortelles même, survenant au cours ou au déclin d'une appendicite. M. Dieulafoy rapporte les cas suivants qui sont pleins d'intérêt.

Dans le premier cas, il s'agit d'une appendicite datant de quatre jours: on conseille l'opération qui est pratiquée le jour même; pas de péritonite.

Dans la nuit, le malade eut, coup sur coup, deux hématomèses qui l'emportèrent.

Ailleurs, c'est une jeune fille de neuf ans présentant les symptômes d'une appendicite grave: opération le soir même. Dans la nuit, l'enfant est prise de nausées, elle a une hématomèse de 200 grammes. Elle guérit.

Ici, c'est une jeune fille qui présente des symptômes d'indigestion: on lui donne une purge. Bientôt, il y a oligurie, subictère, puis signes d'appendicite. L'opération a lieu, l'appendice est gangrenée; l'ictère s'accroît, la malade est prise de vomissements de sang qui se répètent, elle succombe.

Là, c'est un enfant opéré qui meurt après des hématomèses.

M. Dieulafoy dit que ce n'est pas un fait très rare, puisqu'il a pu en réunir six observations en neuf mois.

Au point de vue *pathogénique*, le rapporteur pense qu'il s'agit d'accidents toxi-infectieux. L'intestin fermé, l'appendice fermée, provoquent une intoxication qui produit des érosions stomacales. Il rappelle l'expérience de Talma qui lie l'intestin chez des animaux et chez lesquels surviennent des érosions de l'estomac qui sont le point de départ d'hémorragies. Il rapporte également une observation de Millard, (1876) où une malade atteinte de fièvre typhoïde, puis subséquemment de péritonite purulente à la suite d'un abcès iléo-cœcal (probablement une appendicite) succomba après avoir eu des hématomés.

M. Dieulafoy termine en affirmant que l'on considère à tort l'appendicite comme une maladie locale. "Ce qui est à redouter, dit-il, ce n'est pas seulement la péritonite, c'est encore l'infection et l'intoxication de l'économie dues au foyer appendiculaire." Je cite textuellement ses conclusions que l'on pourra lire avec profit.

"On escompte, dit-il, le bon vouloir de l'appendicite et on attend pour intervenir qu'elle soit refroidie; on suppose qu'elle voudra bien attendre, sans encombre, le sixième ou le septième jour, date fixée par l'opérateur, et pendant que l'observateur est là, hypnotisé par l'évolution locale du mal, les agents infectieux et toxiques, partis du foyer appendiculaire, ont pénétré sans bruit dans l'économie, et le drame se prépare. Souvent, après une poussée initiale, l'appendicite semble rentrer dans son repos, mais ce n'est là qu'une apparence: bientôt vont éclater des complications terribles; les unes, infectieuses: infection purulente du foie, infection putride de la plèvre, gangrène du poumon, etc.; les autres toxiques: urobilinurie, ictère grave, albuminurie, oligurie, anurie, urémie, symptômes méningitiques, exulcérations stomacales, hématomés foudroyants. *Voilà les résultats de la temporisation.*"

J. A. LESAGE.

CHIRURGIE

De l'hystérectomie abdominale dans l'infection puerpérale. — (Discussion à la Société de Chirurgie de Paris, séance du 27 février 1901.)

M. ROCHARD. — Dernièrement, M. Picqué a présenté un utérus enlevé par la voie abdominale, chez une femme atteinte de septicémie puerpérale. Cette hystérectomie fut suivie de guérison.

Il est des cas dans lesquels l'utérus est relativement petit, ayant à peu près terminé sa régression, il existe de la suppuration des ligaments larges, suppuration qui, dans l'état de la malade, joue un aussi grand rôle que l'infection utérine qui l'a causée. Ce n'est pas toujours ainsi que se présentent les choses, il est vrai, et les observations rapportées par M. Tuiffier ont trait à des infections utérines sans aucune complication annexielle.

Les manifestations pathologiques causées par la septicémie puerpérale étant multiples, j'estime qu'elles doivent être confondues au point de vue de la décision de l'intervention, et qu'il faut poser la question d'une façon beaucoup plus large et discuter la valeur de l'hystérectomie dans la septicémie puer-

pérale, que ses manifestations soient simplement utérines, ou bien encore utérines, annexielles et péritonéales. A ce propos nous apportons les cas analogues que nous avons pu observer. Voici cinq observations, dans lesquelles je suis intervenu, mais, hélas! sans avoir aucune guérison à enregistrer.

Observation 1. — Infection puerpérale, salpingite et péritonite suppurées. Laparotomie quelques jours après une fausse-couche; petit bassin rempli de pus. Mort 10 jours après, de broncho-pneumonie.

Observation 2. — Infection puerpérale. Hystérectomie vaginale un mois après l'accouchement, dans un état très grave, désespéré; mort dans la nuit suivante.

Observation 3. — Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale à pédicule externe dans un cas de péritonite aiguë; mort quelques heures après.

Observation 4. — Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale totale et ablation d'un kyste suppuré de l'ovaire dix jours après l'accouchement; mort dans la soirée.

Observation 5. — Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale totale douze jours après l'accouchement; mort dans l'après-midi.

Ces résultats sont peu encourageants, mais ils m'ont donné la conviction qu'il y avait quelque chose à faire.

Si j'ai perdu mes opérées, c'est que chez toutes je suis intervenu trop tard; ce sont des moribondes que j'ai laparatomisées, et je voudrais qu'on eût recouru au chirurgien à temps, c'est-à-dire au moment où la malade n'est pas assez infectée pour succomber, alors même qu'on a enlevé l'utérus, source de l'infection. En tout cas, l'on doit tout tenter sur des femmes qui sont irrévocablement perdues.

Du reste, le succès de l'hystérectomie n'est plus à démontrer. De nombreux cas d'extirpation de l'utérus dans l'infection puerpérale, suivis de guérison, ont été publiés.

Il est nécessaire de ne pas confondre les malades qui ont un peu de rétention placentaire ou un peu d'infection utérine à la suite de l'accouchement, avec celles qui quelques jours après l'accouchement présentent des phénomènes d'empoisonnement grave. Auprès de ces dernières il ne faut pas temporiser; il faut se rendre compte du danger que court la malade et malgré le pénible sacrifice de l'utérus, ne pas hésiter à proposer l'hystérectomie.

Quelle hystérectomie faut-il pratiquer? Je me prononce franchement pour l'hystérectomie abdominale: les lésions peuvent être multiples et la laparotomie seule permet de nous rendre compte des complications causées par l'infection utérine.

L'hystérectomie vaginale n'est pas toujours possible à cause de la friabilité de l'utérus.

En résumé, dans tous les cas d'infection puerpérale grave qui mettent directement la vie de la malade en danger, il faut pratiquer la laparotomie. Celle-ci permettra de parer à toutes les éventualités qui pourront se rencontrer. Elle devra être suivie de l'hystérectomie abdominale totale toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un utérus infecté n'ayant pas fait sa régression.

M. BAZY. — Je n'ai à citer que deux faits d'hystérectomie pour infection puerpérale. Dans l'un, il s'agit d'une hystérectomie vaginale. Je fus frappé

de la friabilité extrême de l'utérus sous les pinces qui l'abaissaient avec les plus grandes précautions. L'opération fut complète, mais la malade mourut au bout de quelques jours.

Dans l'autre, l'hystérectomie abdominale totale fut faite treize jours après l'expulsion d'un fœtus macéré. Elle fut extrêmement simple et ne dura qu'une demi-heure en tout. Les premiers jours, amélioration sensible, mais la mort survint trente-deux jours après l'opération: l'hystérectomie a été ici inutile mais elle n'a été nullement nuisible.

M. SECOND. — En présence des indications nettes d'une castration totale chez une femme en état d'involution puerpérale, indications possibles mais rares, il est toujours plus sage de procéder par laparotomie que de risquer un morcellement vaginal. Un mois après l'accouchement, il en est tout autrement et l'on peut alors opter entre la voie vaginale et la voie abdominale: affaire d'indications.

M. TERRIER. — Ayant eu à soigner un grand nombre d'accidents septicémiques puerpéraux, nous avons employé toutes les méthodes conseillées pour les affections puerpérales: l'irrigation continue, irrigations et injections intra-utérines, injections sous-cutanées de sérum artificiel ou intra-veineuses: elles ne nous ont donné dans les infections véritables, que des résultats déplorables.

Au bout de quinze, vingt et quelquefois quarante jours et après des améliorations passagères qui nous laissaient quelque illusion, nous avons vu les frissons reparaitre et la mort être la conséquence de la septicémie.

Désolé de ces résultats, j'ai accepté en principe l'hystérectomie.

La nécessité de l'opération ne doit même plus être discutée. Incontestablement, c'est une bonne opération.

Si l'on n'a pas toujours eu des succès, il ne faut en accuser que l'état très grave dans lequel l'on est intervenu chez les malades.

La voie abdominale est, en pareil cas, la seule acceptable et M. Rochard a bien démontré les avantages de cette voie haute.

A. MARIEN.

OBSTÉTRIQUE

Quelques considérations sur la sécrétion lactée chez les femmes. — BUDIN,
dans l'*Obstétrique*, novembre 1900.

Le professeur Budin donne des chiffres très intéressants sur ce sujet. Nous croyons qu'il est utile de les connaître. Les mères de familles, en général, sont trop promptes à se déclarer incapables de nourrir leur enfant nouveau-né. Nous allons prouver qu'elles sont dans l'erreur.

"Dans les jours qui suivent l'accouchement, dit l'auteur, la sécrétion lactée met quelquefois un certain temps à s'établir et ne se trouve pas de suite suffisante." Nous donnons les chiffres de l'auteur dans une observation. Un enfant vient au monde avec un poids de 3,250 grammes; quatre jours après il était tombé à 3,060 grammes, et sa mère ne lui donnait que 218 grammes de lait; on combla la différence avec 202 grammes de lait d'ânesse. Peu à peu le lait augmentant chez la mère, on diminua progressivement la quantité du lait d'ânesse, si bien, que le 14^e jour, l'enfant était exclusivement allaité au sein.

Puis l'auteur rapporte une série d'observations où des mères, incapables d'alimenter dès les premiers jours, à cause de complications, lymphangites, gerçures, etc., ont vu la sécrétion lactée se rétablir parfaitement après un certain temps et suffire amplement à l'alimentation du nourrisson.

Observation 1^e. — Une mère ne donne le sein à son enfant que d'un côté à cause d'une lymphangite du côté droit. On donne 250 grammes de lait de vache stérilisé pour combler la différence. Après quelques semaines, la guérison s'opère, et la mère alimente son enfant entièrement au sein.

Observation 2^e. — Une autre mère accouche, le 3 juin 1900, d'un enfant pesant 3,600 grammes. Une lymphangite du sein droit l'empêche de donner les deux seins ; on donne 250 grammes de lait de vache digéré. La guérison s'opère, on continue la différence de lait artificiel tout en recommandant à la mère de donner à l'enfant le sein qui avait été malade. Après une perte de poids sensible on augmente à 300 grammes la quantité de lait artificiel. Le poids augmente graduellement et le 3 août la mère alimente son enfant exclusivement au sein ; il pèse 4,840 grammes.

Observation 3^e. — Une mère accouche d'un enfant débile pesant 2,075 grammes. Il ne pouvait téter. Il est nourri artificiellement durant trois jours. A ce moment, on commence l'allaitement mixte ; le septième jour on donna exclusivement le sein ; la courbe du poids augmenta promptement ; le 21^e jour il pesait 6,000 grammes et la mère suffisait à l'alimentation.

Il ne faut jamais désespérer, dit l'auteur, il faut faire sécréter le plus possible la glande mammaire et elle a-rive presque toujours à suffire seule.

A l'appui de ce qu'il affirme, il rapporte les faits suivants :

Une personne, le 6 août, ne fournissant que 500 grammes de lait, en donnait 900 le 28 septembre, 1600 le 20 octobre, 1900 le 16 novembre.

Chez une autre, on vit la sécrétion lactée s'élever de 400 à 2,050 du 6 août au 16 novembre.

Une jeune femme accouche de deux enfants. L'un est nourri au sein, l'autre par une nourrice. Elle donne au premier 80 grammes de lait le 5 juin ; peu à peu elle augmente ; le 10 juin, elle allaite le second enfant et donne 900 grammes le 22 ; elle continue d'allaiter ses deux enfants.

Ceci prouve que les femmes dont la glande mammaire fonctionne bien peuvent arriver à fournir de grandes quantités de lait.

A preuve, le fait suivant.

A la maternité de Paris, 14 nourrices allaitaient 40 enfants. Sept d'entre elles ont donné la courbe suivante du 1^{er} octobre 1895 à février 1896.

Le 1^{er} octobre elles donnent 1,657 grammes ; le 15, 1,868 grammes ; le 2 novembre, 1,952 grammes ; le 29 novembre, 2,230 grammes. Une d'elles fournissait 2,545 grammes, l'autre 2,840 grammes. A ce moment plusieurs nourrissons succombèrent à la suite de la grippe. Les nourrices n'ayant plus autant de lait à fournir revinrent aux chiffres primitifs soit en moyenne 1600 et 1431 grammes le 31 janvier. On peut, dit l'auteur, obtenir le rétablissement de la sécrétion lactée chez des femmes qui ont cessé de nourrir depuis un certain temps.

A ce propos, l'auteur cite le cas d'une femme, qui, ayant d'abord allaité son enfant durant les premiers jours, cessa tout-à-coup, envoya son enfant en nourrice en province, et s'administra force purgatifs afin de tarir la secr-

tion lactée. Sept jours après, ayant appris que le nourrisson souffrait de gastro-entérite aiguë, elle courut chez la nourrice, soigna son enfant, le remit au sein et continua d'allaiter avec succès.

Une autre femme accouche le 3 avril d'un enfant chétif qu'elle confie à une nourrice en campagne. Un mois après, elle reprit son enfant à cause de troubles gastro-intestinaux et elle le confia à une nourrice dans un service d'hôpital où elle fut reçue. Ne pouvant extraire de lait par la pression, on la fit têter par un gros enfant. Le 7 et le 8 mai il n'y avait rien. Le 10 mai, elle donna 5 grammes; le 14 mai, 185 grammes; le 18 mai, 595 grammes; et l'enfant avait augmenté de poids de 2,250 grammes à 3,110 grammes.

"Tous ces faits, dit l'auteur, montrent qu'on ne saurait trop insister sur ce point qu'en surveillant, en excitant la sécrétion lactée, on peut arriver à des résultats absolument inespérés."

J. A. LESAGE.

PÉDIATRIE

Le calomel chez les enfants.—(*Revue internationale de Thérapeutique*).

D'un usage courant, il importe de savoir la dose qu'il est utile de donner aux différents âges, et le véhicule qui lui convient.

Il faut éviter de donner le calomel dans les amandes amères avec lesquelles il forme du sublimé, ainsi qu'en suspension dans le looch blanc. Il ne faut pas l'associer avec l'eau de laurier-cerise, les chlorures (nacl), l'iode, l'acétate ou le carbonate d'ammoniaque, le bromure de potassium, le kermès.

Le meilleur aliment à lui associer est le lait. Un bon véhicule est le miel.

Comme *purgatif*, le calomel se prescrit aux doses suivantes :

0 mois à 6 mois,	2 à 10 centigrammes	par jour.
6 mois à 15 mois,	10 à 20 centigrammes	par jour.
15 mois à 3 ans,	20 à 30 centigrammes	par jour.
3 ans à 5 ans,	30 à 40 centigrammes	par jour.
5 ans, à 12 ans,	40 à 50 centigrammes	par jour.

Comme *antiseptique intestinal* ou *anthelminthique* :

0 mois à 15 mois,	1 centigramme	3 ou 4 fois	par jour.
15 mois à 3 ans,	2 centigrammes	3 ou 4 fois	par jour.
3 ans à 5 ans,	3 centigrammes	3 ou 4 fois	par jour.
5 ans à 12 ans,	4 centigrammes	3 ou 4 fois	par jour.

Contre la *dysenterie* on l'associe à l'opium.

Opium en poudre.	} āā 0 g. 60 centigr.
Calomel.	

M. et divisez en douze paquets—de trois à six par jour suivant l'âge de l'enfant.

Contre les oxyures on peut faire des onctions sur la marge de l'anus avec la pommade suivante :

Calomel.	5 parties.
Axonge.	25 parties.

M... Usage interne.

Comme antidote en cas d'empoisonnement, on donne l'eau albumineuse (eau et blanc d'œuf).

Pour savoir si le calomel contient du sublimé, il suffit d'en tenir en suspension dans de l'eau à laquelle on ajoute de l'iodure de potassium. Il se formera un précipité rouge d'iodure mercurique.

Il faut toujours mentionner le calomel à la vapeur (Scalpel) .

La chorée de Sydenham et son traitement, par Ausset de Lille, dans
Médecine infantile, décembre 1900.

L'auteur déclare qu'il n'y a pas de traitement spécifique de la chorée de Sydenham, qu'elle guérit presque toujours et que l'utilité du médicament employé peut toujours être contestée.

En général, les toniques de toutes sortes, l'arsenic et les iodures alcalins sont utiles. L'hydrothérapie sous forme de draps mouillés sera administrée avec profit.

Il faut toujours autant que possible remonter à la cause. Donc, comme règle générale, une bonne hygiène suffira le plus souvent à amener une guérison certaine. Mais dans les cas graves, il est de notre devoir d'intervenir pour diminuer l'intensité des gesticulations qui gênent l'alimentation, produisent des excoriations, etc. Le bromure de potassium et l'antipyrine sont les deux médicaments de choix, surtout l'antipyrine qu'il faut donner à hautes doses.

L'auteur a poussé jusqu'à 7 grammes par jour la dose d'antipyrine chez un de ses malades et ce n'est qu'à ce moment que l'enfant est entré dans la voie de la guérison.

Comby donne des doses équivalentes, 6 grammes par jour.

L'auteur ordonne de surveiller attentivement les malades qui absorbent de si hautes doses du médicament et il conseille de les fractionner beaucoup.

L'antipyrine agirait comme modérateur de l'activité nerveuse en ralentissant les oxydations des centres nerveux car, chez ces malades, le taux des phosphates de l'urine est diminué dans des proportions considérables.

Ce serait le médicament le plus actif que nous ayions pour agir sur la chorée de Sydenham.

J. A. LESAGE.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement des crampes dans les jambes.

Le docteur John McDonald, passant en revue les causes des crampes dans les jambes et leur rapport avec la grande pression dans la veine cave inférieure qui n'a pas de valvules, avec la constipation et la compression des veines iliaques qui en découlent, avec la diathèse goutteuse qui détermine la formation de dépôts d'urates dans les muscles tout autour des veines des jambes, dit que dans le traitement de ces crampes il faut (1) faire cesser la constipation; (2) chasser l'acide urique de l'économie; et (3) amener une nutrition meilleure. Il est évident que pour atteindre ce but il faudra tout d'abord un bon cholagogue qui stimulera les fonctions du foie, augmentera ses sécrétions normales, et déterminera du péristaltisme. Ajouter à ce cholagogue un dissolvant de l'acide urique, la lithine et ses composés par exemple, et la circula-

tion deviendra par la même, plus active et la trop grande alcalinité du sang sera corrigée par le rejet des toxines. Ce traitement aura pour résultat d'activer les échanges qui se font entre le sang et les tissus, le sang deviendra plus capable de rejeter les déchets des oxydations cellulaires, et en même temps les tissus se nourriront mieux. (*New York Med. Jour.*, Nov. 20th 1900).

J. E. DUBÉ.

La nectrianine dans le traitement du cancer.

Qu'est-ce que la nectrianine?

Quelle est son action thérapeutique?

Je tirerai les réponses à ces deux questions d'une communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, dans la séance du 5 janvier 1900.

La nectrianine sont les produits solubles atténués du *Nectria ditissima*, parasite du chancre ou du cancer des arbres.

Pour extraire la nectrianine, l'on fait évaporer au bain-marie jusqu'à réduction au tiers de leur volume, des cultures de deux mois dans le bouillon de raisin. Elles sont filtrées sur papier, puis sur porcelaine. Le liquide obtenu est porté à l'autoclave à 120 degrés. Toutes les spores sont bien tuées par cette stérilisation.

La nectrianine se présente alors sous la forme d'un liquide limpide, de couleur jaune brun.

Voilà en peu de mots la provenance de la nectrianine expliquée, en même temps que son mode de préparation et ses caractères physiques.

Cette découverte est due à M. Bra qui avec M. Monjour à l'hôpital Saint-André de Bordeaux ont été amenés à cultiver ce nectria et à étudier l'action thérapeutique des produits solubles de ce champignon par les observations de Fiessinger sur la fréquence du cancer dans le voisinage des forêts et des vergers peuplés d'arbres chancreux. La similitude d'aspect des tumeurs des arbres affectés de chancre et de celles des vertébrés affectés de cancers fit croire à la similitude des germes. La clinique a prouvé que ces chercheurs n'étaient pas éloignés de la vérité.

La nectrianine injectée sous la peau à des animaux sains, à la dose répétée plusieurs fois par semaine de 5 centimètres cubes, ne détermine généralement aucun phénomène appréciable, aucune perte de poids. Chez les animaux et l'homme cancéreux, elle élève, au contraire, au bout de deux à quatre heures, la température d'un à trois degrés. A doses élevées, cette élévation de température s'accompagne de frissons, de sensation de froid d'accélération du pouls et des battements cardiaques, de soif, de céphalée.

La crise se terminera au bout de quelques heures par des sueurs, de la polyurie, un profond sommeil. Cette réaction peut manquer même chez des cancéreux avancés. Souvent vive à la première injection, elle tend à s'atténuer aux injections suivantes.

La nectrianine paraît aussi douée de propriétés vaccinales. Les animaux vaccinés n'ont jamais présenté de tumeurs expérimentales.

Les malades traités au moyen de la nectrianine étaient associés ou de cancers opérables préalablement ou bien de tumeurs opérées récidivées et devenues absolument inopérables.

Les expériences ont été faites dans les conditions les plus défavorables, les malades ne pouvant pas espérer de guérison.

Les doses pour chaque injection quotidienne n'ont pas dépassé 4 centimètres cubes, non à cause de la toxicité du produit, mais bien parce que ces injections même à moindres doses sont très douloureuses si elles ne sont pas intra-musculaires.

Comme accidents locaux, il n'y a eu que la persistance parfois longue (36 à 48 heures) d'une boule d'œdème douloureuse. Les accidents généraux ont été nuls dans tous les cas. Il n'y a jamais eu d'éruption, ni d'augmentation de la quantité d'albumine chez ceux qui en présentaient et ceux qui n'étaient albuminuriques avant la mise en traitement ne le devinrent pas.

Les observations se répartissent comme suit: Quatorze malades atteintes de carcinômes utérins, un atteint d'épithélioma de la face et un cancer de l'estomac.

Voici les conclusions que ces expériences cliniques ont fait naître:

Modifications de l'état local. — Le traitement par la nectrianine a produit dans tous les cas, une amélioration évidente dans l'état local des malades: arrêt ou diminution des hémorragies, suppression des pertes fétides, ou des sécrétions sanieuses, parfois tendance à l'épidermisation du néoplasme et même un temps d'arrêt très net dans son évolution. A côté de ces améliorations tangibles, il y a eu aggravations constantes après la suppression du traitement et amélioration à la suite de la reprise des injections.

Ceci peut avec droit faire croire à une certaine efficacité de cette mycothérapie nouvelle.

Etat général. — Il est impossible de dire que la nectrianine actuelle constitue le remède spécifique du cancer, puisque chez aucun malade l'état général ne s'est relevé; plusieurs ont succombé à la cachexie, chez les autres l'état stationnaire est encore de date trop récente pour permettre de tirer des conclusions.

Il reste néanmoins acquis que la mycothérapie a heureusement influencé l'état local. Et comme cette thérapeutique est sans danger pour les malades, il serait légitime d'en poursuivre l'application sans leur faire perdre pour cela le bénéfice des opérations chirurgicales, ces deux thérapeutiques pouvant marcher de pair.

H. HERVIEUX.

Tétanos traumatique, guérison par la méthode de BACCELLI, par DELORE
(voir *Gazette des Hôpitaux*, No 100).

L'auteur analyse les travaux qui ont été publiés jusqu'à ce jour. Il affirme que les résultats démontrent le pouvoir *préventif* de la méthode de Behring et Kitasato (sérum antitétanique) qui injectent leur sérum aux blessés dans le but de prévenir le tétanos, mais qu'elle n'a aucun effet sur le tétanos déclaré.

L'auteur rapporte une observation où la guérison du tétanos a été obtenue par des injections sous-cutanées de solutions phéniquées à 2 p. c. La dose employée a été de 30 centigrammes par 24 heures: une injection de 2 c.c. toutes les 4 heures (méthode de Baccelli). C'était une plaie par arme à feu souillée de terre.

L'auteur reconnaît que l'acide phénique agit sur le bacille de Nicolaïer plus énergiquement que tout autre antiseptique.

Traitement de la blennorrhagie et de la blennorrhée par les injections d'eau oxygénée, par SCHALL, dans *Echo Médical du Nord*.

L'auteur, en face des résultats incontestables de l'eau oxygénée sur les plaies infectées, a pensé de traiter la blennorrhée par ce procédé.

Sitôt la période aiguë terminée, après une chaude-pisse ou avec une goutte militaire, l'auteur commence ses injections d'eau oxygénée en faisant des dilutions au 1/5, au 1/11 ou au 1/12. Il arrive rapidement après deux séances, et souvent dès la première séance à se servir de solutions à 6 ou 9 volumes. La douleur provoquée est parfaitement tolérable et l'effet bactéricide est suffisant. Chez les rétrécis, il faut s'assurer de l'état de perméabilité du canal et détruire préalablement tous les nids de pigeon qui peuvent entretenir l'inflammation et empêcher l'eau oxygénée de pénétrer partout.

L'auteur pratique ce traitement depuis trois mois et il en a obtenu de grands succès.

La guérison en moins d'une semaine a été la règle et le cas le plus récalcitrant a demandé quatorze injections.

Le traitement du rhumatisme articulaire aigu franc par le massage au pétrole. — (Dr SARAFIDIS, dans *Revue Thérapeutique médico-chirurgicale*, 1er février 1921).

L'auteur, médecin dans l'armée roumaine, nous apprend que ce mode de traitement est très usité par la population roumaine, qui traite le rhumatisme, depuis des siècles, soit par des compresses trempées dans des résidus de distillation du pétrole, soit par le pétrole tel qu'il se trouve dans le commerce.

Depuis trois ans, l'auteur préconise cette méthode à l'hôpital militaire de Constantza. Le pétrole contient une matière désinfectante, incorporée à un corps gras qui facilite l'introduction de l'agent thérapeutique dans l'articulation malade.

Comment agit-il ? Probablement par les éléments anatomiques des synoviales qui ont subi une modification pathologique spéciale au rhumatisme.

Ses avantages résident dans la suppression de toute médication interne, dans la rapidité de son action (5 à 7 jours), dans l'absence de complications cardiaques ultérieures et dans le coût peu élevé du pétrole qui se trouve partout.

L'auteur procède de la manière suivante.

Massage, durant dix minutes par jour, du membre atteint, en suivant le courant de la circulation veineuse. Si des papules d'érythème apparaissent sur la peau, on suspend les frictions durant un ou deux jours, pour recommencer ensuite.

“Le malade étant couché dans son lit, on commence par frotter les surfaces malades lentement, jusqu'à ce que la peau se mette à rougir; à ce moment on applique un pansement ouaté, et on recommence le lendemain.”

L'auteur rapporte cinquante observations de rhumatisme chronique.

L'auteur a pu revoir un grand nombre de ses malades dans la suite: pas de complications d'aucune sorte.

Il conclut que le pétrole a tous les avantages énumérés plus haut et que, de plus, il permet de traiter le rhumatisme chez les bronchitiques, et les femmes gravides, alors que chez les premiers il est impossible d'administrer le salicylate de soude.

La dose suffisante de bromure et le signe de la pupille dans le traitement de l'épilepsie, par GILLES DE LA TOURETTE, dans *Semaine médicale*, 1900, No 41.

L'auteur exige une durée moyenne de deux ans à deux ans et demi : quelquefois plus, quelquefois moins. *Le traitement doit être ininterrompu*, sinon on court le risque de perdre le bénéfice obtenu jusque là, la grossesse n'est pas exceptée. Il associe les trois bromures dans les proportions suivantes :

Bromure de potassium....	40 grammes.
Bromure de sodium....	} ää 12 grammes.
Bromure d'ammonium....	
Benzoate de soude....	
Eau bouillie....	1000 c.c.

Une cuillerée à soupe contient *un* gramme de bromures associés.

Généralement l'auteur conseille de donner la dose en deux fois, le matin après déjeuner, et le soir au coucher, dans du lait qu'il considère comme le meilleur véhicule. Il est important de noter l'heure des attaques afin de donner les deux tiers de la dose deux heures auparavant. Ainsi, si l'attaque arrive la nuit, la dose quotidienne étant de six grammes, on donnera 4 grammes le soir et 2 grammes le matin.

Le benzoate de soude a pour but de neutraliser les fermentations intestinales et de favoriser la diurèse.

La dose quotidienne de lait absorbé doit être d'un litre au moins.

Quant à la tolérance, elle varie avec l'âge.

Les enfants supportent mieux que les adultes de hautes doses de bromure. Entre 3 et 4 ans on peut donner 2 à 3 grammes par jour ; vers 8 à 12 ans, 3, 4 et 5 grammes ; enfin, chez les adultes, on pourra arriver aux doses de 8, 10 et 12 grammes ; chez les personnes âgées, il faut s'assurer des reins.

La dose doit être augmentée durant trois semaines, à raison d'un gramme par semaine pour diminuer dans les mêmes proportions au bout de ce temps. C'est une oscillation ascendante et descendante. Chez les femmes, il vaut mieux prolonger une semaine de plus la dose de la troisième semaine, soit quatre semaines au lieu de trois à cause de la période des règles qui ont un certain effet sur l'apparition ou le nombre des crises.

Le *signe de la pupille*, suivant l'auteur, indique que la dose de bromures est suffisante. Voici, en quoi il consiste.

Si la dose de bromure est faible par rapport à la tolérance du sujet, la pupille est en dilatation moyenne, elle réagit à la lumière et à l'accommodation ; si la dose est augmentée, on voit la *pupille se dilater davantage et réagir très lentement à la lumière et à l'accommodation*. Ce dernier caractère, réaction lente à la lumière et à l'accommodation, indique que la dose de bromures est suffisante. Cependant ce signe peut être obtenu au début, puis disparaître à cause de l'habitude ; il faudra surveiller et augmenter.

L'auteur conseille de diminuer les doses qu'au bout d'un an après la disparition des derniers accidents (crises, vertige, etc.). Il arrive aussi que certains malades réagissent à la façon d'une intoxication après un certain temps. Il faut alors suspendre, purger la malade, prescrire le régime lacté, administrer 15 gouttes de teinture de digitale et de scille. On reprend le traitement à dose progressive.

Dans le but de prévenir les accidents cutanés, on prescrit un ou deux bains tièdes savonneux par semaine. L'intestin doit être libre. L'air et une température égale dans la chambre sont d'urgence pour l'épileptique. Il faudra qu'il s'abstienne de dormir durant le jour, les accès revenant plus particulièrement pendant le sommeil. Eviter les excès de coït, les bains chauds, une alimentation trop copieuse, les excès de travail intellectuel.

S'il y a intolérance gastrique, on pourra donner la dose quotidienne de bromure en lavement (2 lavements de 150 grammes d'eau bouillie).

J. A. LESAGE.

HYGIÈNE.

Étiologie et prophylaxie de la dysenterie dans les armées en campagne. — (M. SIMONIN, médecin major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et M. ANTHONY, professeur).

M. Simonin étudie dans son rapport l'étiologie de la dysenterie.

L'agent pathogène n'est pas encore nettement déterminé. Les uns reconnaissent pour cause des parasites animaux, les amibes. D'autres ont incriminé, à tour de rôle, un certain nombre des microbes qui pullulent dans l'organisme, dont ils sont les hôtes plus ou moins habituels. Quelques-uns ont enfin songé à associer, dans ce rôle étiologique, les microbes et les amibes. La tendance la plus générale est celle qui considère l'agent morbide comme un hôte banal de notre économie, acquérant dans certaines circonstances une végétabilité et une virulence spéciales.

L'importance des causes secondes est grande. Il faut citer d'abord les conditions cosmiques: la chaleur, les changements brusques de température, etc... Viennent ensuite l'usage prolongé d'aliments grossiers, indigestes ou avariés, l'intempérance de boissons (eau, alcool) ou d'aliments, l'usage des eaux banalement souillées par des substances organiques ou excrémentielles. La fatigue, le surmenage, inséparables de la guerre, en accumulant dans l'organisme les produits de combustion, créent une véritable auto-intoxication, diminuent la résistance phagocytaire et favorisent, au plus haut point, l'occasion à la virulence des germes autochtones de la dysenterie.

Quand la dysenterie a fait son apparition, sous la forme de diarrhée le plus souvent, elle se propage rapidement dans les armées, grâce à l'infection spécifique des milieux ambiants, et à l'encombrement humain inévitable qui multiplie les contacts. C'est alors qu'on voit intervenir à nouveau l'influence de l'eau, du sol et des poussières des habitations spécifiquement souillées par les déjections virulentes. Celles-ci transmettent encore l'affection par les contacts directs ou par les intermédiaires souillés.

Dans l'exposé de nos connaissances sur l'étiologie de la dysenterie, dit le professeur Antony, notre collaborateur, M. le médecin-major Simonin, a dû faire ressortir, en raison de l'ignorance où nous sommes, de la nature du germe de cette maladie, l'importance spéciale des causes secondes: conditions cosmiques, vicissitudes atmosphériques, fatigues, surmenage, influences bromatologiques, infection, contagion. En temps de guerre toutes ces causes agissent simultanément et acquièrent le summum de leur intensité.

La prophylaxie la plus vigilante ne saurait s'opposer à l'action des quatre premières d'entre elles; elle ne peut qu'en atténuer les effets immédiats. La guerre exposera toujours les armées à endurer des souffrances et des privations de toutes sortes et à subir les intempéries, souvent sans aucun abri, et le chef le plus prudent ne sera jamais maître d'éviter à ses troupes certaines fatigues et le surmenage qui en est la conséquence. Ces épreuves, les hommes robustes, endurcis, aguerris, pourront les supporter, à condition d'être ménagés; les délicates, les recrues se sont toujours montrés incapables d'y résister. Il faut donc, de propos délibéré, retenir loin des troupes belligérantes les hommes faibles et les jeunes soldats aussi longtemps que leur instruction militaire n'est pas complète et leur entraînement assuré. Agir différemment dans l'intention de mettre en ligne de front des gros effectifs est une mesure qui ne peut être suivie que de graves mécomptes.

Les influences baromatologiques sont plus accessibles à nos moyens d'action, réserves faites de certaines éventualités — siège ou retraite — où les troupes seront parfois exposées à de cruelles privations. Une sage administration devra tendre à fournir les armées de vivres en abondance et surtout de vivres frais. La ration alimentaire ne devra être uniquement composée de conserves que par exception. Si l'on veut éviter les troubles digestifs, il est indispensable de considérer ces produits comme des substances destinées principalement à compléter les allocations en vivres frais et à parer aux privations qui seront imposées par suite des événements de guerre.

Tout excès, toute intempérance, devront être sévèrement interdits et réprimés.

Pourvoir les hommes d'une eau de boisson irréprochable constituera toujours une des plus graves préoccupations des hygiénistes militaires. A cet effet, tous les moyens de purification des eaux impures peuvent être utilisés, mais le plus pratique et le plus certain est encore l'ébullition. Les soldats l'adopteront volontiers, si l'on met à leur disposition soit du thé, soit du café, pour corriger la fadeur de l'eau soumise à la cuisson.

Le méphitisme du sol est la source de toutes les infections qui, de banales au début, ne tardent pas à devenir spécifiques; à ces influences s'ajoutent les dangers de la contagion. Elle est à redouter dans le pays où sévit la dysenterie, dans les localités et formations sanitaires, et le long des voies de communication occupées ou parcourues par les troupes contaminées.

Les corps de troupe absorbés par les obligations de la lutte armée n'ont pas le loisir de lutter contre le méphitisme par des mesures de propreté rigoureuse; à autre part, le service de santé peut à peine, avec les faibles ressources dont il dispose, assurer l'assainissement des champs de bataille et la désinfection de ses établissements hospitaliers. Il semble donc utile, pour parer aux dangers de l'infection, d'organiser dès le temps de paix, un service d'assainissement et de désinfection, qui puisse fonctionner au début même de la mobilisation. Rappelons ici qu'une institution de cette nature a déjà été expérimentée avec succès par les Russes, en 1877.

Dans les pays chauds, où l'impaludisme et la dysenterie acquièrent un caractère particulier de fréquence et de gravité, indépendamment des précautions que nous venons d'exposer, on évitera, si possible, d'opérer pendant la période

de l'année où ces maladies sévissent de préférence, et l'on soumettra les troupes à l'usage de la quinine d'une manière préventive.

Des procédés extemporanés de purification des eaux. — M. SCHUCKING, médecin major de l'armée allemande ; M. Lapasset, médecin major de l'armée française ; M. VINCENT, chef du laboratoire de bactériologie à l'hôpital militaire d'Anvers.

M. Lapasset étudie la question à un point de vue général.

L'efficacité et la rapidité de tous les procédés préconisés jusqu'à ce jour, dit-il, dépendent de la pureté relative de l'eau. Il sera toujours très difficile de purifier extemporanément et de livrer immédiatement à la consommation une eau bourbeuse ou très riche en matières organiques.

Il faut donc, tout d'abord, ne pas souiller l'eau destinée à l'alimentation et la recueillir avec les plus grandes précautions. Il est indispensable de se servir pour le puisage de récipients spéciaux ou mieux de pompes et de tuyaux aspirateurs qui suppriment toute agitation du liquide.

Il est, en outre, désirable que la purification de l'eau, quel que soit le procédé employé, soit faite sous la surveillance d'un gradé, d'un officier, ou mieux d'un médecin; par suite, il faut donner la préférence aux appareils collectifs et rejeter les appareils individuels dont l'usage et l'entretien ne sauraient être contrôlés.

À défaut d'une purification complète, il sera toujours avantageux de clarifier l'eau par un procédé quelconque, puis de la corriger par l'addition d'acide tartrique ou d'acide citrique.

M. Schucking conseille, pour les troupes en campagne, la filtration de l'eau. Malheureusement, le filtre employé dans l'armée allemande (Schwarm filtre) ne produit pas la clarification d'une eau boueuse ou fangeuse. Pour détruire les bactéries, l'auteur conseille l'emploi du calcium hypochloreux (calcium hypochlorosum), à la dose de 8 milligrammes de chlore pour un litre d'eau. Cette dose anéantit à coup sûr en 30 minutes toutes les bactéries.

Suivant M. Vincent, le procédé de choix pour l'épuration des eaux destinées aux troupes en marche, doit, comme qualités primordiales, être à la fois simple, rapide, efficace et peu coûteux.

De tous les procédés, un des plus efficaces est l'ébullition. Elle a l'inconvénient de prendre du temps et de nécessiter l'emploi de combustible. En outre, elle prive l'eau des gaz qu'elle tient en solution et lui donne un goût peu agréable. Par contre la sécurité qu'elle confère est absolue. Les germes pathogènes primordiaux de l'eau (*B. typhique*, *B. coli*, *Spire cholérique*) sont détruits à 100°. L'ébullition ne nécessite guère d'appareils spéciaux. Les ustensiles en usage pour les besoins culinaires sont suffisants. On peut, pour masquer la saveur désagréable qu'elle confère à la boisson, et pour ne pas devoir attendre son refroidissement complet, recommander l'usage de tisanes ou de petit café.

Les filtres les plus employés sont les systèmes Berkefeld et Pasteur. L'expérience de nombreux auteurs et la mienne propre, me les font envisager tous deux comme doués d'une valeur à peu près équivalente. Le débit de ces filtres est en raison directe de la pression du liquide, et en raison inverse de la durée de leur fonctionnement. De là, nécessité de nettoyages d'autant plus fréquents

que l'eau à filtrer est plus impure. Ces filtres, même lorsqu'ils sont scrupuleusement stérilisés, ne donnent jamais une eau rigoureusement et constamment aseptique. Parmi les rares germes qu'ils laissent passer, on peut trouver aussi bien des saprophytes que des pathogènes. Au bout de quelques jours, il faut les stériliser à nouveau. Deux procédés sont surtout employés à cet effet. Le premier est l'emploi de la chaleur; c'est le meilleur, mais c'est aussi le plus long. Il est difficilement applicable en campagne. Le second procédé (Guinocbet) est basé sur l'emploi du permanganate de potasse. Il est plus rapide, plus pratique, mais ne donne pas une stérilisation absolue. Cependant il me paraît suffisant, étant donné qu'il y a toujours quelques rares germes qui fil-trent, même lorsque la stérilisation a été parfaite. Certains filtres sont munis de nettoyeur. Ces appareils sont des plus utiles, mais ils sont assez délicats a manier en campagne, surtout lorsque l'eau est fortement chargée d'éléments en suspension. En général les filtres sont d'excellents appareils, d'autant meilleurs qu'ils sont plus simples, mais ils nécessitent une grande surveillance.

Les principaux procédés d'épuration par des moyens chimiques sont basés, les uns, sur la précipitation de certains éléments, qui entraînent avec eux les micro-organismes (ces procédés sont absolument insuffisants), les autres, sur l'emploi de corps oxydants, tels que le permanganate de potasse, de soude ou de chaux, ou encore du brome, etc. Parmi ces derniers, le procédé Schipiloff au permanganate de K. m'a donné de fort bons résultats; mais dans certains cas la dose de permanganate doit être plus forte que celle indiquée par l'auteur. Le procédé Lapeyrière, que je range parmi les procédés chimiques plutôt que parmi les procédés à filtration, est un dérivé du précédent. La conclusion des études dont il a fait l'objet paraît devoir le faire considérer comme un des meilleurs que nous possédions. Il est pratique et fort simple, ne nécessitant qu'un outillage spécial insignifiant (filtre peu volumineux et d'un entretien facile). Il est en outre très rapide et ne paraît guère coûteux. D'après les travaux de Laveran et Hanriot, il stérilise bien l'eau. Dans ces conditions il me paraît préférable aux filtres-bougies: sa rapidité et sa simplicité le rendent supérieur à l'emploi de l'ébullition.

Un dernier procédé qui me paraît aussi bon que le précédent est celui de Schumburg. D'après les travaux dont il a fait l'objet et que j'ai eu l'occasion de contrôler par moi-même, il détruit le bacille typhique, le coli-bacille, et le spirille du choléra. Il consiste à additionner l'eau à épurer d'une certaine quantité de solution bromurée de brome. L'excès de brome est détruit ensuite par un mélange de sulfate de soude et de carbonate de soude. L'emploi de cette méthode est simple, efficace, rapide et peu coûteuse. Je la crois appelée à obtenir un succès réel.

Conclusions.— Les procédés Lapeyrière et Schumburg sont ceux qui me paraissent devoir mériter la préférence. Ils sont plus efficaces que les filtres, aussi rapides qu'eux, ne nécessitant ni appareils ni entretien. Ils sont aussi sûrs, comme moyens de stérilisation, que l'ébullition, et nécessitent moins de temps. A défaut de ces procédés, l'ébullition ou la filtration pourront être employés: la première lorsqu'on aura lieu d'être particulièrement exigeant au sujet de la stérilité de l'eau (épidémies); la seconde lorsque l'état sanitaire étant satisfaisant, on désirera obtenir rapidement de grandes quantités d'eau de consommation.

Prophylaxie du tétanos dans les pays chauds. — M. CALMETTÉ, directeur de l'Institut Pasteur, de Lille.

L'étiologie du tétanos dans les pays chauds dérive presque toujours de la souillure des plaies par des parcelles de terre ou par des déjections animales. Le tétanos des nouveau-nés résulte de l'infection de la plaie ombilicale par des linges ou des pansements malpropres.

Les mesures qu'il conviendrait de prendre pour éviter cette cause de mortalité consistent :

1° A généraliser aux colonies, dans les hôpitaux, les ambulances et les colonnes en marche, l'emploi du sérum anti-tétanique pour prévenir le tétanos chez les blessés dont les plaies peuvent être souillées de terre ou renfermer des débris de vêtements.

Tous les blessés par armes à feu devraient recevoir, après le premier pansement à l'ambulance, une injection préventive de 10 centimètres cubes de sérum anti-tétanique;

2° A entreprendre dans toutes les colonies tropicales l'éducation des matrones ou sages-femmes indigènes et à n'autoriser l'exercice de l'art des accouchements, qu'à celles qui auront justifié de connaissances suffisantes pour assurer, tout au moins, les soins élémentaires d'antisepsie aux femmes et aux enfants nouveau-nés. Il y aurait lieu d'organiser dans ce but, dans chaque centre de colonisation où il existe des médecins, des conférences élémentaires avec exercices pratiques dans les hôpitaux indigènes. Dans ces conférences, on devrait insister particulièrement sur les pansements du cordon ombilical, pansements de la propreté desquels dépend entièrement la prophylaxie du tétanos.

Grâce à cette mesure très simple et peu coûteuse, on épargnerait chaque année un très grand nombre d'existences précieuses pour l'avenir économique des pays dont il s'agit.

E. P. BENOIT.

ERRATUM.

UNION MÉDICALE, numéro d'avril, page 247, ligne 13, au lieu de " et qui appliquent ces dernières " il faut lire " ces données à la tuberculose ".

PHARMACOLOGIE

BRONCHITES AIGUES (ADULTES) :

Sirop de capillaire.....	100 grammes.
Sirop de diacode.....	50 grammes.
Eau de laurier—cerise.....	30 grammes.
Alcoolature de racines d'aconit	xxx gouttes.

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

GASTRALGIE :

Contre les accès gastralgiques on donnera une à trois cuillerées à soupe de la solution suivante :

Eau chloroformée saturée.....	150 g.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 g. 50 centigr.
Eau de fleur d'oranger.....	50 g.
Eau distillée.....	100 g.

CONTRE L'EPITHÉLIOMA :

Acide arsénieux.....	1 gramme.
Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme.
Orthoforme.....	10 grammes.

Délayer dans un peu d'eau et appliquer à l'état de pâte sur la surface cancéreuse préalablement cruentée.

COQUELUCHE :

10 Résorcine	2 grammes.
Antipyrine.....	1 gramme.
Eau distillée.....	70 grammes.
Teinture d'opium.....	177 gouttes.
Teinture de belladone.....	viii gouttes.
Sirop de Codeine.....	10 grammes.
Sirop de gomme.....	20 grammes.

Par cuillerée à café toutes les deux heures pour les enfants au-dessus de 2 ans.

20 Acide phénique cristallisé.....	1 gramme 50.
Glycérine pure.....	10 grammes.
Sirop de Tolu.....	5 grammes.

En badigeonnages dans la gorge au début des attaques de toux.