

**PAGES**

**MANQUANTES**

# MEMOIRES

## LA GRIPPE

Plusieurs siècles se disputent l'honneur, si honneur il y a, d'avoir vu apparaître la première épidémie de grippe. Quoiqu'il en soit l'infection semble avoir traversé l'océan au commencement du XVII<sup>e</sup> siècle et c'est en 1733 que la première épidémie est signalée en Amérique.

Notre climat présente tous les éléments voulus pour favoriser l'écllosion de la maladie.

« Grippe, invention de gens sans le sou et de médecins sans clients qui n'ayant rien de mieux à faire ont inventé ce farfadet. » La bonté de Broussais demeurée vraie en pratique par suite de la facilité avec laquelle on met sur le compte de la grippe le plus léger malaise, une bronchite, un chaud et un froid, etc., n'en est pas moins fautive si on la prend au pied de la lettre. Quelques auteurs osent encore contester l'autonomie de la maladie, mais c'est le petit nombre et c'est à voix basse qu'ils défendent leurs idées.

Depuis les célèbres travaux sur l'épidémie de 1889-90 publiés par Teissier, on connaît bien la grippe. Presque tous admettent que c'est une maladie infectieuse, épidémique et contagieuse. L'agent pathogène n'en est pas encore démontré avec certitude et le bacille de Pfeiffer ne différerait du pseudobacille trouvé dans les bronchites simples que par son degré de virulence.

Raymond Bernard et F. Bézaïçon croient plutôt au polymorphisme microbien. La question n'est pas encore jugée. Que

la maladie soit épidémique ou contagieuse, on n'en doute plus le retour périodique de l'infection et la propagation si bien observé en 1889-90 sont des preuves irréfutables.

*Description.*—Entre une entrée en scène brusque et une période d'incubation de 24 à 48 heures, la grippe peut choisir tous les intermédiaires. La brusquerie du début est toutefois assez caractéristique. Tel sujet est, à son travail ordinaire ou à faire une promenade, tout à coup, il ressent une sorte d'encliffement, les yeux lui pleurent, il ne peut envisager la lumière, il croit à un rhume de cerveau banal et ne s'en préoccupe guère. Après quelques heures, la scène change, le malade a la grippe.

Les choses ne se passent pourtant pas toujours ainsi, il y a des prodromes, sensation de fatigues, coryza etc., après 1, 2, 3, jours la fièvre s'allume, la grippe est déclarée.

Voilà pour le début ;

« La fièvre catarrhale toujours identique au fond, affecte, d'ordinaire, plus particulièrement tel ou tel organe que cette fièvre trouve disposé à la recevoir. » Cet aphorisme de Stoll semble s'appliquer d'une façon toute spéciale à la grippe, il explique certaines localisations grippales, il semble donner le pourquoi chaque grippé réagit d'une façon si différente de son voisin. Par suite la grippe devient une affection essentiellement protéiforme et grâce à sa constitution médicale le névropathe fera une grippe nerveuse, le gastropathe une grippe gastrique, le pneumopathe une grippe thoracique, le brightique une grippe urémique etc., et nous avons nommé les principales nuances qu'affecte la maladie suivant qu'elle trouve tel ou tel appareil plus ou moins bien disposé à la recevoir. Le tableau clinique différera suivant que le système nerveux, le poulmon, l'estomac ou le rein auront sollicité l'agent pathogène à se fixer à leur niveau, soit directement, soit indirectement, par les

toxiques, mais toujours toutes ces formes auront des symptômes généraux qui leur sont communs. Ce sont la céphalée, la courbature et la lassitude extrême, triade symptomatique sur laquelle nous reviendrons en parlant de la forme nerveuse où ces symptômes dominent la scène.

Le faciès est généralement assez caractéristique, c'est lui qui a valu à la maladie son nom (1) de grippe; il est jaunâtre, exprimant la tristesse et l'anxiété; le pourtour des narines est rouge et gonflé; celles-ci laissent échapper un liquide d'abord aqueux puis glaireux, qui en s'infectant devient épais, purulent souillant la lèvre supérieure. Les yeux sont frappés de conjonctivite, le malade éprouve du larmolement, de la photophobie, le catarrhe oculo-nasal est complet donnant le faciès grippé.

Comme la maladie elle-même la fièvre peut d'emblée, ou progressivement atteindre 39°5, 40°, 41°, elle dure quelque temps puis tombe rapidement ou descend en lysis. Quelquefois il y a chute passagère de la température pendant 12 à 24 heures c'est ce que Teissier a appelé le V grippal, signe qu'il considère comme caractéristique de l'affection. La fièvre dure 3, 4, 5 et même quelquefois 8, 10 jours.

*Forme nerveuse de la grippe; grippe nerveuse; névropathie grippale.*—En parlant des symptômes généraux nous avons parlé d'une triade symptomatique qui atteint son maximum d'intensité chez les nerveux grippés. C'est d'abord la *céphalalgie* le plus souvent frontale, sus-orbitaire et quelquefois orbitaire. Cette douleur est continue, s'accroît la nuit, est grave, lancinante; le malade la compare quelquefois à des coups de masse qu'on lui

(1) La grippe a eu à travers les âges des noms assez cocasses: allure, barquette, petite poste, petit courrier, voire même cocotte et que sais-je...

Le nom d'influenza lui fut donné à Venise et à Milan pendant l'épidémie de 1562. Ce mot fut introduit en médecine par Huxham.

donnerait sur la tête ou il la peint en des traits plus ou moins significatifs, plus ou moins terribles suivant la fertilité de son imagination : c'est toujours une sensation très pénible. C'est là un symptôme assez précoce. *La courbature* se manifeste par une sensation d'endolorissement général avec prédominance au niveau de la masse musculaire dorsale, ou des muscles de la région latérale du cou ; quelquefois les douleurs au niveau des articulations font croire à un rhumatisme articulaire aigu ; d'autres malades se plaignent de crampes, de névralgie, etc., etc. La *lassitude* est extrême, le moindre effort fatigue le malade qui du reste fait en son pouvoir pour rester immobile. Cette lassitude ordinairement progressive peut quelquefois d'emblée faire du malade un impotent momentané.

Ce sont là les symptômes qui fixeront la marche de la maladie. Lorsque le malade se sentira guéri, lorsqu'il essaiera de se lever il constatera avec étonnement combien un séjour au lit si court a épuisé ses forces ; la symptomatologie nerveuse persistera encore longtemps prolongeant la convalescence, anéantisant le malade tant dans sa force physique, qu'intellectuelle et morale. Les rechutes sont alors à craindre.

La névralgie peut quelquefois masquer tous les autres symptômes et constituer, résumer toute la maladie.

Au cours d'une épidémie récente, Ballet a noté que chez les nerveux, on observait de la céphalalgie, de l'insomnie avec agitation, tandis que l'adynamie se rencontrait de préférence chez les surmenés et chez ceux qui présentaient une tare organique par le fait d'une cardiopathie antérieure.

Comme complications éventuelles il convient de citer la pseudo-méningite, la méningite et la polynévrite, complications rares, mais qui sont possibles et qu'il ne faut pas ignorer pour n'être pas dérouteré si, on les voit surgir à la suite de la grippe.

La symptomatologie pulmonaire, si elle fait défaut, sera ici remplacée par une toux quinteuse, douloureuse et pénible.

*Forme pulmonaire, pneumonie grippale.*—C'est la forme qui offre le pronostic le plus détestable et l'élément important de ce pronostic seront les plus ou moins grandes atteintes du poumon.

Les symptômes pulmonaires et la forme pulmonaire en général sont relativement rares au début d'une épidémie et vont grandissant avec l'expansion de la maladie.

La grippe peut d'emblée se fixer sur le poumon, mais le plus souvent l'invasion est secondaire à l'infection des premières voies respiratoires, elle débute par un rhume de cerveau « qui a tombé sur la poitrine. » Les localisations pulmonaires de la grippe sont très variées et par suite donnent lieu à des réactions morbides très diverses. L'infection peut gagner les fines ramifications bronchiques et causer la bronchite capillaire; si l'infection se confine aux grosses bronches, l'on a la bronchite grippale avec ses crachats muqueux analogues à l'expectoration des tuberculeux ou bien la bronchopneumonie de Huchard, parésie avec dyspnée ne donnant aucun signe stéthoscopique.

La congestion pulmonaire est aussi fréquente, c'est une forme plutôt batarde où l'élément infectieux et congestif sont associés à un degré plus ou moins élevé. Ces malades se plaignent d'un point de côté, leur température ne dépasse guère 38° 5, 39°, ils ont de la dyspnée. À l'auscultation on entend quelques râles crépitants et quelquefois un léger souffle post-inspiratoire. Tous ces signes disparaissent en quelques jours, c'est une forme assez bénigne du reste.

La pneumonie est sans contredit la localisation la plus intéressante, elle peut se présenter au début de l'affection et la

résumer, c'est la pneumonie grippale ou bien survenir au déclin comme complication, c'est la pneumonie franche qui a germé sur un terrain préparé par la grippe et qui ne présente rien de particulier.

La pneumonie grippale a une symptomatologie assez spéciale, son début est insidieux, le frisson initial et le point de côté font à peu près toujours défaut ou s'ils existent sont à peine marqués; on entend d'abord quelques sous-crépitaux qui font place à un souffle moins rude que celui de la pneumonie franche; le pouls est à 100 et la température à 38°5, 39°. Les symptômes sont toutefois aussi marqués que dans la pneumonie franche et les complications en sont les mêmes.

Les plèvres comme le poumon peuvent s'infecter et donner lieu à des pleurésies de toutes natures; pleurésies grippales ou pleurésies secondaires à l'infection par la grippe. Primitive ou secondaire la pleurésie liée à la grippe n'offre rien de particulier elle sera fibrineuse, tuberculeuse ou purulente.

*Forme digestive.*—Au cours d'une grippe, les symptômes digestifs peuvent dominer la scène et faire croire à un simple embarras gastrique.

Faisans décrit un état spécial de la langue, elle est bleutée, uniformément opaline ou tachetée, coloration qui quelquefois dure longtemps après la guérison. Ses bords sont rouges, elle est recouverte d'un enduit grisâtre au centre; dans les cas graves elle est sèche, fendillée. Ces malades ont perdu le goût pour les aliments, leur inappétence contraste avec une soif insatiable. L'intolérance est quelquefois telle que les malades vomissent tout ce qu'ils prennent, ces vomissements sont d'abord alimentaires, puis bilieux; et quand tout a été rejeté le malade continue à faire des efforts et « vomit à vide. » En même temps le malade se plaint de douleurs gastriques intolérables.

s'irradiant partout dans l'abdomen et dans le dos, la diarrhée et les coliques sont intenses et la présence de vomissements quasi-incoercibles donnent au malade l'apparence d'un cholérique. Souvent sans être aussi solennel, le tableau en impose pour une typhoïde, diagnostic presque impossible pendant les premiers jours de la maladie.

Nous venons de passer en revue les trois principales formes cliniques de la grippe et avant de parler du traitement nous mentionnerons quelques complications rares et nous donnerons leur valeur pronostique.

L'endocardite peut s'observer chez des sujets dont le cœur jusque-là était absolument sain, elle assombrit le pronostic. La forme pulmonaire est très grave chez les cardiaques chroniques en raison de l'excès de travail, sollicité par la gêne de la petite circulation. Les hémorragies nasales et utérines surviennent assez fréquemment mais ne sont pas graves malgré leur abondance.

L'aortite et l'artério-sclérose sont des complications rares qui comportent le pronostic de l'affection elle-même.

Teissier a signalé un pseudo-rhumatisme grippal avec fluxion des gaines tendineuses, Ollivier a vu l'hydrarthrose du genou survenir au déclin de la grippe. On a signalé des exanthèmes, des furoncles, etc., des troubles portant sur les organes des sens, otites purulentes, conjonctivites.

La grippe met souvent en évidence une affection latente, elle porte un vigoureux coup de fouet à la tuberculose, elle amène l'asystolie chez les cardiaques. Tout rare devient une proie pour l'épidémie, il s'ensuit que le pronostic dépend pour une large part de la constitution médicale reçue ou acquise. Il faut aussi se rappeler que même après la disparition de tous



ces symptômes le sujet est gîté de tout côté et qu'il n'est pas à l'abri des suites éloignées de l'affection.

*Traitement.*—« La grippe guérit les pieds sur les chenêts. » Ce mot de Peter s'applique aux cas banals, nommé grippe parce qu'ils ne méritent aucun nom, qui guérissent par quelques jours de repos.

Autre chose est la grippe vraie dont la caractéristique est d'être essentiellement variable dans ses manifestations, l'analyse clinique et la médecine des indications devront seules guider les forces thérapeutiques. Il faudra bien étudier, bien connaître son malade afin de pouvoir prévenir telle ou telle complication, grâce à la prédisposition de tel ou tel organe à inviter ou à solliciter les réactions grippales ; chez les cardiaques, il faudra surveiller le cœur, chez les brightiques voir à ce que la dépuración urinaire se fasse bien, etc.

L'on sait de plus avec quelle facilité les voies respiratoires se prennent, quelle est la fréquence de la pneumonie consécutive à la grippe. Les auteurs nous disent que dans 25% des cas la pneumonie n'entre pas brusquement en scène, mais qu'elle est précédée de prodromes qui ne sont pas sans une certaine analogie avec la grippe ; ces pneumonies ne seraient-elles pas des grippes compliquées ?

Donc, en résumé, trois indications : 1° Combattre l'affection. 2° Prévenir l'infection secondaires des voies respiratoires. 3° Prévenir les complications sollicitées par la moindre résistance locale ou générale.

Le malade sera mis au lit et devra y rester aussi longtemps qu'il persistera quelque symptôme. On lui permettra du lait, des soupes maigres, de l'alcool à petites doses très étendu d'eau. La quinine, l'antipyrine, la phénacétine, le pyramidon ou l'aspirine, etc., donneront de bons résultats contre la fièvre ; si la

température est très élevée on les remplacera par les bains tièdes ou encore par les grands lavements froids.

On obtiendra l'antiseptie de la bouche par les gargarismes et les lavages à l'eau chloralée (1%); on enduira le bord des fosses nasales de vaseline boriquée, phéniquée ou autre; on instillera une solution de bichlorure dans l'oreille externe.

Les cardiaques bénéficieront de la digitale; les brightiques seront soumis au régime lacté absolu et aux diurétiques; l'estomac des dyspeptiques sera mis au repos et ainsi de suite pour les autres organes.

Nous n'insisterons pas, nous ne donnerons pas plus de détails et nous ne le pourrions faire sans entrer dans la pathologie et la thérapeutique spéciales.

Contre la trachéo-bronchite on donnera des calmants: acouit, opium, eau de laurier-cerise mélangés à un antiseptique de la muqueuse respiratoire. Les ventouses, les enveloppements froids, la caféine seront employés pour combattre la congestion pulmonaire. Dans les congestions à forme hémoptoïque on donnera la préférence à l'ergotine; la digitale et la quinine.

« Lorsque la maladie est très violente, dit Graves, les vésicatoires ne produisent que des résultats douteux, souvent même, ils ajoutent aux souffrances des malades, sans modifier en rien les symptômes pulmonaires ni la dyspnée: cette impuissance du vésicatoire est une des particularités les plus remarquables de l'histoire de la grippe pour moi, j'y ai complètement renoncé. » Donc pas de vésicatoires et pas d'expectorants qui dépriment le cœur; mais on obtiendra des bons résultats des ventouses et de la digitaline à haute dose, (Huckard, solut. digitaline crist. à 1/1000, 50 gouttes) elle renforce le cœur et allège la circulation. Contre l'asthénie nerveuse on donnera du thé, du café, de la strychnine, éther, huile camphrée.

La pleurésie guérira par la thoracentèse, la pleurésie suppurée par l'empyème précoce. Lorsque la grippe affecte le type gastrique on donnera de l'eau de chaux avec le lait; au cas de vomissement et d'intolérance plus ou moins complète on donnera la potion de Rivière et s'il le faut on nourrira le malade par voie rectale. A la reprise de l'alimentation on pourra donner la belladone qui agit sur la motricité.

Le calomel et le lavage combattent la constipation, le bismuth la diarrhée; la diète hydrique, les compresses chaudes, les lavements lonéanisés seront prescrits contre l'entéro-colite dysentérique.

Contre les phénomènes douloureux, céphalée, courbature, névralgies... on emploiera le pyramidon, l'antipyrine. Contre les douleurs thoraciques on fera badigeonner à la teinture d'iode mentholée (25%).

Encore une fois il faudra prolonger le séjour au lit toute la durée de la convalescence et bien surveiller les complications possibles grâce à l'état constitutionnel du sujet. L'anorexie est souvent un obstacle, Pasquier la signale. « Plus de 100 personnes à Paris perdirent le boire, le manger et le repos... On perdait tout pouvoir de son corps, n'osant toucher à soi nullement. Sur tous ces maux, la toux était cruelle à tous. Néanmoins personne ne mourut; mais à peine paraissait personne être guéri... car avant que l'appétit de manger fut aux personnes revenu si fut-il plus de six semaines, après qu'on fut nettement guéri. » Les amers, les peptones et surtout la persistance à manger malgré l'absence d'appétit feront réintégrer l'estomac dans ses fonctions normales.

Dr J. ODILON LÉCLERC.

## Reproduction

### ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE DES GRANDES HÉMATÉMESES DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

PAR MM.

ET

CH. DÛJARIÈRE

J. CASTAIGNE  
Professeur agrégé, médecin  
des hôpitaux de Paris.Chirurgien  
des hôpitaux de Paris.

La gastrorragie existe si fréquemment au cours de l'ulcère de l'estomac, qu'on a pu considérer ce symptôme comme le seul caractéristique. Lebert disait qu'il existe dans 80 p. 100 des cas, et maintenant que nous savons mieux reconnaître les différentes variétés d'ulcère, on peut faire deux critiques à cette statistique de Lebert : d'une part, on peut faire remarquer, avec Soupault, que les recherches modernes nous ont appris à connaître la fréquence insoupçonnée des ulcères latents, autrefois considérés comme des cas de gastralgie ou de dyspepsie nerveuse ; on arrive ainsi à dire que « 50 p. 100 au moins des ulcères ne provoquent pas d'hémorragies cliniquement appréciables » ; d'autre part, si, de même que l'on a dépisté les « ulcères latents » on cherche les « hémorragies occultes » par les procédés de Weber, on arrive à voir que tout ulcère, à un moment de son évolution, donne lieu à des hémorragies, dans les uns (celles qui sont minimes ou à plus forte raison latentes) constituent des symptômes, alors que les gastrorragies abondantes sont des complications toujours graves, quelquefois rapidement mortelles.

**Étude clinique des grandes hématomèses.**—Alors que les autres complications de l'ulcère de l'estomac sont souvent difficiles à diagnostiquer, les grandes hémorragies stomacales,

au contraire, s'accompagnent d'un tel cortège symptomatique, qu'elles s'imposent absolument au diagnostic. Nous pourrions donc être très brefs en ce qui concerne leur étude clinique et aborder presque immédiatement la thérapeutique.

Il est utile néanmoins de faire remarquer que l'hémorragie peut être due : soit à l'ulcération d'une grosse artère au cours de l'évolution d'un ulcus gastrique d'ancienne date, soit à une ulcération aiguë et en particulier à ce processus morbide auquel le professeur Dieulafoy a donné le nom d'Exulceratio simplex. Il serait du plus haut intérêt de pouvoir reconnaître cliniquement auquel de ces deux processus on a affaire ; aussi allons-nous décrire deux tableaux cliniques différents, selon que l'on se trouve en présence de l'une ou l'autre de ces formes d'ulcères.

DANS L'ULCÈRE CHRONIQUE, la grande hémorragie a été généralement précédée par toute une série de symptômes gastriques, qui ont fait en général reconnaître l'existence d'un ulcus. C'est au cours de cette évolution chronique que le malade éprouve subitement, habituellement après le repas, une sensation de plénitude stomacale, d'angoisse, de malaise, allant quelquefois jusqu'à la syncope, et si la complication est due à l'ulcération d'une très grosse artère, la mort peut survenir au milieu de tous les symptômes de l'hémorragie interne, sans qu'il y ait eu le moindre vomissement de sang.

Généralement le malade, en même temps qu'il se sent pris d'un malaise indéfinissable, éprouve quelques nausées ; il lui monte à la gorge une saveur toute spéciale qui annonce le sang, qu'il prend bientôt à pleine bouche et pour ainsi dire sans effort. C'est alors que la syncope a tendance à se produire, et dans tous les cas la face devient pâle, les extrémités sont froides, le pouls petit, rapide, incomptable, et le malade peut succomber très rapidement.

Le plus souvent l'hématémèse, après avoir donné lieu à ces symptômes effrayants, s'arrête d'elle-même ou sous l'influence d'un traitement approprié. Mais il faut prendre garde et bien surveiller le malade, car dans les jours qui vont suivre, il a tendance à présenter de nouvelles hémorragies qui mettent encore sa vie en danger. Alors même que le sang n'est plus rendu par la bouche, on en constate encore pendant assez longtemps dans les selles, qui ont l'aspect du goudron ou de la poix, et cette quantité considérable de sang que le malade a perdue peut être appréciée par l'étude clinique de l'anémie et en particulier par la numération des globules sanguins. Mais, dès que l'hémorragie s'arrête, la rénovation sanguine se fait très vite, si bien que l'anémie ne met pas en danger les jours du malade.

Ainsi donc la grande hémorragie produite par un ulcère chronique de l'estomac a été précédée, en général, de symptômes très nets d'ulcus gastrique ; souvent même de petites hémorragies ont été constatées antérieurement, avant que survienne la gastrorragie abondante qui peut tuer le malade d'une façon brutale, mais qui, le plus souvent, il est vrai, guérit par un traitement purement médical.

L'EXULCERATIO SIMPLEX donnerait lieu, d'après Dieulafoy, à des gastrorragies ayant un aspect clinique particulier, grâce auquel on pourrait reconnaître la nature de la lésion causale.

Il semble tout d'abord que les malades dont on a rapporté les observations n'avaient éprouvé aucun symptôme gastrique avant leur grande hématémèse : ils n'étaient point dyspeptiques. Ils n'avaient eu ni douleurs stomacales, ni vomissements, ni intolérance gastrique ; c'est dans le cours d'une bonne santé apparente, c'est d'emblée, qu'ils ont été pris de leurs grandes hémorragies.

Le second caractère sur lequel insiste Dieulafoy, c'est sur

ce fait que les hémorragies stomacales, dues à l'exulcératio simple, ne sont pas annoncées par de petits vomissements de sang; d'emblée la grande hématémèse apparaît, elle se répète coup sur coup avec la même intensité; en quelques jours, presque en quelques heures, ces malades terrassés par leurs premières hématémèses sont morts ou mourants.

A ces caractères primordiaux, Dieulafoy en ajoute deux autres: d'une part, l'âge des sujets, qui sont généralement jeunes; d'autre part, l'existence de fièvre qui est signalée dans presque toutes les observations. Et au point de vue du pronostic, il considère que ces hématémèses sont beaucoup plus graves que celles de l'ulcère chronique: « Je ne dis pas, bien entendu; ajoute-il, que l'ulcus ne puisse pas, lui aussi, tirer par hémorragie, mais enfin la gastrorrhagie mortelle est relativement rare dans l'ulcus, tandis que l'hématémèse quasi-foudroyante d'emblée est beaucoup plus fréquente dans l'exulcératio, dont elle constitue le signe capital et l'unique danger. » De ce pronostic pessimiste découle le traitement, et là encore il nous faut citer textuellement le professeur Dieulafoy: « Donc, en face d'un malade chez lequel on a toute raison de supposer l'exulcératio simple, que la lésion soit avérée ou latente, du moment que le malade est pris de ces terribles hématémèses qui lui font perdre d'emblée et d'un coup un demi litre ou un litre de sang (sans compter le méléna) et à plus fortes raisons si ces grandes hématémèses se répètent une deuxième, une troisième fois à brève échéance, il n'y a pas un instant à perdre, il faut opérer. Agir autrement, tergiverser, temporiser, c'est exposer le malade à la mort.

Nous tenions à analyser très longuement les travaux que le professeur Dieulafoy a consacrés à l'exulcératio simple; car nous aurons tout à l'heure à en discuter le traitement, et si nous

ne sommes pas entièrement du même avis au point de vue thérapeutique, du moins était-il nécessaire de montrer le mérite qu'il y avait eu à attirer l'attention sur cette forme clinique d'ulcération gastrique méconnue jusqu'alors.

**Traitement.**— 1° L'INTERVENTION CHIRURGICALE EST-ELLE INDICQUÉE?— Pour juger sainement une telle question, voyons d'abord quelles opérations on a faites dans des cas semblables et quels résultats on a obtenus.

On a proposé de faire l'extirpation de l'ulcère qui saigne, quand il est situé à la face antérieure de l'estomac. De même, contre les ulcères pyloriques qui provoquent de grandes hématomèses, on a pratiqué la pylorotomie, enlevant largement toute la région malade, mais cette conduite est le plus souvent impossible.

Lorsque l'ulcère est inextirpable, ce qui est la règle, et qu'on sait quelle artère est la source de l'hémorragie, on a pu exceptionnellement faire la ligature à distance de l'artère lésée, sans toucher à l'estomac. C'est ce que fit Roux, avec succès, pour une hémorragie de la coronaire stomacique, dans un ulcère de la petite courbure.

D'autres chirurgiens ont, après ouverture de l'estomac, gratté et cautérisé l'ulcère au thermocautère.

Tuffier, au cours d'une gastrostomie, ne put découvrir la cause de l'hémorragie; il se contenta de vider l'estomac qui était rempli de volumineux caillots et il guérit son malade.

On a encore, à la suite de Doyen, proposé la gastro-entérostomie, pour le traitement des hémorragies aiguës. Malgré quelques succès, dont plusieurs sont contestables, nous sommes d'avis de réserver cette opération aux cas d'hémorragies chroniques. La gastro-entérostomie n'a qu'une action trop indirecte sur la cause de l'hémorragie, pour pouvoir être adoptée ici.



Nous rejetons également et pour la même raison la jéjunostomie qui permet pourtant le repos absolu de l'estomac.

Tels sont les principaux moyens mis en œuvre par les chirurgiens. Quant aux résultats obtenus par ces méthodes, d'après la statistique de Hartmann qui réunit ses cas à ceux de Mikulicz et de Czerny, la mortalité est de 63 p. 100; Mayo-Robson donne 64 p. 100; d'après Tuffier: l'excision avec ligature et suture a été pratiquée 14 fois avec 3 morts, soit une mortalité de 21.4 p. 100. La cautérisation (4 cas) s'est accompagnée de mort une fois sur deux; la pylorectomie (16 cas, dont 4 morts); la gastro-entérostomie simple (17 cas avec 7 morts); la gastro-entérostomie combinée à une autre intervention (excision, cautérisation, ligatures; jéjunostomie) fut faite 5 fois avec succès; la ligature à distance 1 cas, 1 succès; la gastrotomie (7 cas) causa cinq fois la mort.

Si nous ajoutons que l'on publie surtout les cas qui ont été suivis de succès, nous voyons que les résultats de l'intervention sont très nettement inférieurs à ceux du traitement médical. En effet, d'après les différentes statistiques, la mortalité par hémorragie dans l'ulcère traité médicalement varierait de 1.28 p. 100 (Bramwel.) à 11 p. 100 (Muller). La vérité doit être entre ces deux limites. Leube, Brinton, Debove et Rémoud, Tuffier admettent une mortalité de 5 à 8 p. 100.

Telles sont les données qui vont nous permettre d'apprécier les indications du traitement chirurgical dans le cas des grandes hématomèses; mais comme nous venons de voir que cette complication peut se produire au cours de deux formes différentes d'ulcérations gastriques, on conçoit que la question du traitement chirurgical doive être discutée séparément pour chacune des deux causes.

A) *L'ulcère chronique*, qui jusqu'à ces dernières années

était le seul étudié, comme pouvant être la cause d'hématémèses abondantes, a donné lieu, ainsi que nous venons de l'indiquer à de nombreuses opérations dont les résultats ne sont pas très encourageants. Quand on ouvre l'estomac pour un cas de ce genre, on constate toujours sur une de ses parois, en général près du pylore, une perte de substance profonde, dont les bords et le fond sont formés par des tuniques épaisses et indurées. Il est donc impossible de ne pas voir une telle lésion dès le premier coup d'œil, et si l'on prend soin d'examiner les différentes parois, on trouvera la cause de l'hémorragie : quelque fois ce sera l'altération d'une grosse veine (les hémorragies de la veine splénique ont été signalées par Riolan, par Caillard, par Bryant) ; plus fréquemment, c'est une artère dont les parois ont été détruites par l'ulcération progressive : c'est le plus souvent l'artère splénique (50 p. 100 des cas d'après Briton, 40 p. 100 d'après Savariaud), puis la coronaire stomachique (15 p. 100, alors que la pylorique et les artères de la grande courbure ne sont pas atteintes. Sur ces grosses artères s'est produite en général de l'artérite, puis une dilatation anévrysmale qui, secondairement, s'est ouverte dans l'estomac.

Ce qu'il faut retenir, au point de vue pratique, pour cette première catégorie d'hémorragies, c'est qu'elles se font au niveau d'un ulcère qui, si l'on veut intervenir chirurgicalement, est très facile à voir après avoir ouvert l'estomac. Mais l'opération doit alors porter sur une grosse artère déjà malade, et quant à penser à exiser un semblable ulcère pour faire l'hémostase, il ne saurait en être habituellement question, en raison des adhérences multiples et très importantes qu'affecte cet ulcère avec les tissus avoisinants.

Telles sont les raisons théoriques pour lesquelles l'intervention chirurgicale n'est guère à conseiller dans ces formes

d'hémorragies ; d'ailleurs l'analyse des résultats opératoires, tels que nous les avons rapportés plus haut, se trouve d'accord avec les déductions théoriques que nous venons d'énoncer.

Notre conclusion, basée sur la théorie et sur les faits, sera donc qu'on donne plus de chance de survie à ces malades en les traitant médicalement qu'en essayant d'arrêter leur hématomèse par une intervention chirurgicale.

B). L'ulcère aigu, soit qu'il constitue le premier stade de l'ulcère rond, soit qu'il représente un type spécial méritant le nom d'exulcération simple que propose Dieulafoy, peut donner lieu à de grandes hémorragies, dont la physiologie pathologique est toute différente des précédentes. En effet, l'ulcération, quoiqu'elle soit capable de provoquer des gastrorragies très abondantes, est à peine visible, surtout du vivant du malade, quand on la cherche au cours d'une opération chirurgicale.

Dans une observation rapportée par Michaux, il s'agit d'une femme présentant de telles hématomèses que l'on crut à l'existence d'un ulcère chronique de l'estomac, et que l'on intervint chirurgicalement. « L'estomac est ouvert et exploré avec soin, et quelle n'est pas la surprise de l'opérateur, de ne pas y trouver l'ulcère simple sur lequel on comptait ! Pas d'adhérences, pas d'induration, les parois de l'estomac sont souples, la muqueuse ne saigne en aucun point », et l'on termine l'opération sans avoir lié le moindre vaisseau. Le malade mourut quelques jours après : à l'autopsie, on trouva une exulcération très superficielle, et l'on conçoit qu'elle soit passée inaperçue au cours de l'opération.

Ce fait est loin d'être isolé : étant interne d'Albert Gombault, l'un ne nous a fait opérer, à l'hospice d'Ivry, une malade qui avait des hématomèses mettant immédiatement sa vie en danger. Poirier, qui fit l'opération, ne put trouver, sur toute

la muqueuse, l'ulcération que nous vîmes quelques jours après sur le cadavre. Dieulafoy rapporte une observation bien plus intéressante encore, en ce sens que, grâce à la connaissance qu'il avait de ces faits, il a pu permettre à Cazin de retrouver et de guérir une ulcération qui, au premier abord, était passée inaperçue au cours de l'opération.

Les exulcérations, si difficiles à voir sur le vivant, sont plus facilement appréciables à l'autopsie, et Dieulafoy en donne la description suivante : L' « exulceratio simplex », dit-il, est généralement circulaire, parfois elliptique ou même étoilée ; elle occupe assez souvent une assez large étendue, puisqu'elle atteint les dimensions d'une pièce de 50 centimes, de 2 francs ou même de 5 francs. Elle est souple, ses bords ne sont ni décollés ni épaissis ; ils tranchent assez nettement sur les parties saines avoisinantes. Elle est très superficielle, à fleur de muqueuse. » Dans certains cas, on a découvert à la loupe ou même à l'œil nu une artériole abrasée qui avait provoqué l'hémorragie, mais le plus souvent on ne voit pas le vaisseau ulcéré et en tout cas il ne s'agit jamais de grosses artères comme dans les faits d'ulcères chroniques, et si l'on intervient chirurgicalement comme dans le cas que Dieulafoy a fait opérer par Cazin, il est très facile de pratiquer la suture du territoire saignant.

En somme, toute la difficulté réside dans ce fait qu'au moment de l'opération, l'exulcération peut passer inaperçue. Sans doute Dieulafoy s'inscrit en faux contre cette affirmation dans les termes suivants qui sont très formels : « Il ne faut donc pas dire, comme on l'a avancé à tort, que l'exulceratio simplex est impossible à trouver au moment de l'opération ; je m'élève preuves en mains contre pareille assertion. Jusqu'ici, continue-t-il, on n'était pas familiarisé avec l'exulcération, elle était pour ainsi dire ignorée, elle n'avait suscité aucun travail d'ensemble,

elle avait si peu attiré l'attention, qu'une fois l'estomac ouvert on ne la voyait pas parce qu'on ne savait pas la voir; elle passait inaperçue parce qu'on ne savait pas qu'elle existait. A l'avenir, quand le chirurgien ouvrira l'estomac pour remédier à des hématomésés mises sur le compte de l'exulcération, il saura que l'estomac peut lui paraître sain au premier abord, mais il saura également qu'il ne doit pas s'en tenir à cette première impression. Il recherchera avec un soin minutieux; qu'il scrute la muqueuse stomacale avec soin, qu'il la détache, qu'il la déplisse, s'il le faut même qu'il examine à la loupe le lieu suspect, et il découvrira l'exulcération, qui a les dimensions d'une pièce de 50 centimes, d'une pièce de 1 ou 2 francs et plus encore.» Malgré ces restrictions, il n'est donc pas douteux, de l'avis même du professeur Dieulafoy, que cette exulcération est toujours difficile à trouver au cours de l'opération, et des chirurgiens comme Hartmann, Michaux, Poirier et Tuffier ont été amenés à refermer l'estomac, sans avoir vu une de ces ulcérations, qui existait néanmoins.

Mais ce n'est pas à notre avis, l'argument essentiel sur lequel nous nous basons pour rejeter l'intervention chirurgicale, dans le cas où le diagnostic, d'exulcération a été porté. Nous croyons que ce diagnostic qui se base sur l'existence de grandes hématomésés survenant à répétition au cours d'une santé excellente en apparence, nous croyons, disons-nous, que ce diagnostic clinique est sujet à caution, et que bien souvent l'hématomésé est due à une hypertension portale, ainsi que l'avaient signalé D.bove et Courtois-Suffit dans des cas de cirrhose veineuse au début, Rondot dans des cas d'angiocholite, Gilbert et Lereboullet dans des cas beaucoup plus fréquents encore de cholémie avec hypertension portale et hématomésé.

L'opération, dans tous ces cas, serait un arrêt de mort, et

cela se conçoit facilement : le sang qui se trouve sous pression dans le système porte, s'écoule avec abondance à la moindre brèche faite aux parois du tube digestif, de telle sorte que l'hémorragie est encore plus abondante après l'opération qu'elle l'était auparavant. Nous avons eu l'occasion de voir trois cas de ce genre terminés par la mort. Le diagnostic porté avait été celui d'exulcératio simplex, et l'autopsie montra qu'il existait des lésions chroniques du foie et de la rate produisant une gêne de la circulation porte et commandant l'hémorragie. Dans des cas semblables, si le sang est sorti non pas en nappe, mais au niveau d'une seule veine, on peut avoir des aspects anatomiques rappelant ceux de l'exulcératio simplex qui est ainsi difficile à diagnostiquer, non seulement du vivant du malade, mais encore à l'autopsie.

Le professeur Tripier va plus loin encore, puisqu'il admet que toujours « ces grandes hémorragies survenant chez des sujets qui jouissent en apparence d'une bonne santé sont produites non par une ulcération préalable de la muqueuse, mais par une altération vasculaire initiale ». Pour notre part, nous pensons que l'existence de l'ulcératio simplex telle que l'a décrite Dieulafoy est indéniable, mais que cliniquement on peut très difficilement la différencier des cas beaucoup plus fréquents dans lesquels les hématomésés sont dues à une hypertension portale.

Or, comme dans ces derniers cas l'ouverture de l'estomac serait certainement nuisible, nous rejetons l'intervention chirurgicale pour les cas d'hématémésés qui affectent le type clinique que nous venons de décrire, et nous pensons qu'il serait extrêmement dangereux d'opérer tous les malades qui, « au cours d'une bonne santé apparente, présentent de grandes hématomésés à répétition ».

2° LE TRAITEMENT MÉDICAL s'impose donc, selon nous, pour tous les cas d'ulcères gastriques produisant des hémorragies abondantes.

La première indication consiste à mettre le malade au repos absolu et à s'opposer de sa part à tout mouvement. Il doit rester couché sur le dos, la tête basse, avec la défense absolue de se mettre sur le côté ou de s'asseoir dans son lit. Pour arriver à ce résultat, il sera bon de mettre une vessie de glace sur l'abdomen du malade, en la faisant supporter par un cerceau, de façon que le poids ne soit pas trop considérable au niveau de la paroi de l'estomac. La glace agit beaucoup plus en condamnant le malade à l'immobilité qu'en provoquant une vaso-constriction.

Le repos de l'estomac doit être également assuré par une diète absolue. Il ne faut donner au malade aucune alimentation capable de faire sécréter la muqueuse, ou de provoquer des mouvements péristaltiques entravant la production de l'hémostase. Nous ne voyons néanmoins aucun inconvénient à ce que le malade soit autorisé à laisser fondre dans sa bouche, de temps en temps, quelques morceaux de glace, cela lui évitera les souffrances de la soif, qui peuvent être intolérables.

D'ailleurs, si l'on ne peut nourrir le malade par l'estomac, il est indispensable de l'alimenter et de lui donner des boissons par la voie intestinale. Les recherches personnelles que nous avons faites avec Chiray, sur les lavements alimentaires, nous ont montré l'inutilité d'introduire des substances albuminoïdes. Aussi conseillons-nous simplement des lavements d'eau salée et d'eau sucrée, qui suffisent, le plus souvent, à soutenir l'organisme pendant que l'hémostase se produira.

En dehors des lavements alimentaires, il sera utile d'administrer au malade — ainsi que l'a préconisé le professeur Tri-

pier — trois fois par jour, un lavement d'un litre d'eau chaude, à la température de 48 à 50 degrés. C'est par un effet réflexe partant des nerfs de l'intestin et aboutissant à une action vasoconstrictive sur l'estomac que l'eau chaude provoque l'hémostase, et nous avons pu constater des cas où cette thérapeutique avait eu de très bons résultats.

Doit-on ajouter à ces prescriptions purement hygiéniques l'emploi de médicaments destinés à arrêter l'hémorragie? Généralement, c'est ainsi que l'on se comporte, et l'on administre par voie buccale ou sous-cutanée toute la série des médicaments qui sont préconisés dans toute hémorragie. Pour notre part, nous croyons qu'il est inutile de d'y avoir recours et nous nous contentons d'ajouter tous les jours 2 grammes de chlorure de calcium dans l'eau des lavements chauds. De plus, nous faisons volontiers une injection d'un demi-centigramme de morphine tous les soirs, pour assurer un repos complet aux malades qui ont tendance à être agités pendant la nuit.

Parmi les médications qui ont pour but d'arrêter les hématomèses, il en est une qui est conseillée par Bourget (de Lausanne) et qui nous a personnellement donné de bons résultats dans deux cas où l'état paraissait désespéré. Comme ce procédé nécessite l'introduction d'une sonde dans l'estomac, il a été combattu par beaucoup de médecins qui le déclarent dangereux. Pour notre part, il nous semble appelé à rendre des services dans certains cas; aussi en donnerons-nous la description détaillée d'après l'enseignement de Bourget. On fait pénétrer d'abord une sonde molle dans l'estomac, de façon à le vider de son contenu. Puis on introduit 100 centimètres cubes d'une solution contenant 10 grammes de perchlorure de fer pour un litre d'eau. La solution de perchlorure est ensuite évacuée et remplacée par une quantité égale qu'on sortira de nouveau. On lave ainsi l'estomac avec



cette même solution jusqu'à ce que le liquide sorte clair, ce qui arrive en général, après quatre ou cinq lavages. On recommencera tous les jours cette médication et l'on n'hésitera pas à le répéter deux fois dans la même journée si cela est nécessaire, et surtout s'il se produit de nouveaux symptômes d'hémorragies.

Quant aux résultats obtenus par cette méthode, ils sont analysés de la façon suivante par Bourget. Les malades, dit-il supportent facilement cette opération et ils en retirent un tel bien-être qu'ils réclament souvent eux-mêmes leur lavage : « J'ai eu quelquefois, conclut l'auteur, l'occasion de vous démontrer combien l'action de ce procédé est rapide, surtout dans les cas d'hémorragies aiguës, même les plus abondantes. Je possède un grand nombre d'observations très éloquentes à ce sujet. Il suffit le plus souvent d'une seule application de 500 à 600 centimètres cubes de notre solution de perchlorure de fer introduite comme je viens de vous le dire, pour arrêter l'hémorragie la plus grave et souvent d'une manière définitive. Dans ce cas, nous n'en continuons pas moins ce lavage au perchlorure pendant quatre ou cinq jours, mais il est rare que nous constations des traces de sang après le troisième ou le quatrième lavage. Je vous le répète, j'ai arrêté par ce procédé les hémorragies les plus formidables ; j'ai vu des malades anémiés, par des hémorragies successives, au point de ne pouvoir être assis sur leur lit pour l'introduction de la sonde, bénéficier de cette méthode et sortir de l'hôpital après trois semaines. C'est pour cela que je crois pouvoir, sans vanité d'auteur, vous dire que je n'en connais pas d'autre qui puisse, en si peu de temps, donner de tels résultats. Mais ce qui empêche ce traitement de se propager, c'est le prétendu danger de l'emploi de la sonde. Vous avez pu voir que ce danger n'existe pas et que l'introduction de la sonde n'offre aucune difficulté: »

Tels sont les moyens thérapeutiques qui doivent être mis en œuvre pendant que le malade saigne ; il est facile, à ce moment-là, de lui imposer l'immobilité et l'inanition. Mais dès que la peur de l'hémorragie est passée, au bout de un ou deux jours, le patient a tendance à commettre des écarts de régime. Le médecin devra être très sévère s'il veut éviter les rechutes, et la recherche du sang dans les matières par le procédé de Weber le renseignera sur le moment précis où l'hémorragie cessera. Alors on reprendra peu à peu l'alimentation lactée, en commençant par de très petites quantités qu'on augmentera chaque jour, et si l'on a soin tous les jours de rechercher, en même temps, par les méthodes sensibles, la présence du sang dans les matières fécales, afin de cesser l'alimentation dès qu'il y a une réaction positive, cela permettra de revenir peu à peu au régime des malades atteints d'ulcères non compliqués, sans craindre de provoquer une nouvelle hémorragie.

(Le journal médical français, 15 décembre 1907).

---

## ACCOUCHEMENTS

### *Conduite à tenir pendant la délivrance normale*

Par P. RUDAUX,

Accoucheur des Hôpitaux.

Après l'expulsion du fœtus, un deuxième travail commence, il a pour but :

1° De décoller le placenta et les membranes (délivrer ou arrière-faix) ;

2° De les expulser de l'utérus ;

3° De les chasser du vagin.

Voilà pour la délivrance normale ; mais, pendant cet acte, comme pendant celui qui l'a précédé, il peut survenir des difficultés, véritable dystocie de la délivrance ; celle-ci nécessite une intervention, la délivrance artificielle, dont nous étudierons prochainement les principales indications.

Supposons-nous en présence d'une femme qui vient d'accoucher, le cordon a été lié, l'enfant a été placé bien enveloppé dans son berceau, mais toujours à la portée du praticien qui le surveille des yeux.

I.—Restons auprès de la parturiente et voyons ce qui va se passer. Plaçons la main sur l'abdomen, nous sentirons l'utérus dur, contracté (globe de sûreté), ce qui correspond anatomiquement à la rétraction du segment supérieur ; si nous mesurons la hauteur utérine, nous constatons que son fond est à peu près au niveau de l'ombilic. Quelques instants plus tard, le fond de l'utérus, qui a conservé sa consistance, est remonté, il est à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la cicatrice ombilicale, car le placenta est passé du segment supérieur dans le segment inférieur, qui a dû se déplisser pour le loger dans sa cavité.

Nous ne devons pas nous contenter de *palper souvent l'abdomen*, nous devons aussi, pendant toute cette période, *prendre souvent le pouls ; regarder souvent la vulve*.

Tout en nous livrant à cette surveillance constante nous ferons une injection vaginale chaude et antiseptique, et après avoir coupé le cordon à 1 centimètre en deça de la vulve, nous appliquerons sur celle-ci une nappe de coton hydrophile de préférence stérilisé.

Tel est le premier temps de la délivrance, caractérisé anatomiquement par le décollement du placenta et par son engage-

ment dans le segment inférieur, et cliniquement par l'élévation du fond utérin et par la réapparition des contractions (arrière-douleurs).

II.—Environ trente minutes après la sortie du fœtus, en recourant de nouveau à la mensuration, nous constatons que le fond de l'utérus s'est abaissé au-dessous de l'ombilic; c'est que le placenta a quitté le segment inférieur pour passer dans le vagin (deuxième temps de la délivrance). Nous pourrions, du reste, nous en assurer en faisant un toucher vaginal: après une antiseptie rigoureuse des mains, on écarte les bords de l'orifice vulvaire avec les doigts de la main gauche pour ouvrir une voie à l'index droit; celui-ci une fois introduit, servons nous de notre main gauche rendue libre pour saisir le cordon et le tendre, car il va servir de guide à l'index droit; ce dernier arrive bientôt sur le placenta, dont il sent le plus souvent la face fœtale, quelquefois la face utérine ou le bord. Il n'y a donc aucun doute, le délivre est dans le vagin, *il faut alors intervenir*. Après avoir placé le siège de l'accouchée sur un objet élevé, drap roulé ou bassin, la main droite saisit le cordon avec une compresse de gaze stérilisée ou un carré de coton, et la main gauche empaume le fond de l'utérus qu'elle redresse. En combinant l'expression à la traction (méthode française), nous verrons bientôt apparaître à l'orifice vulvaire, qui s'entr'ouvre, une masse violacée, le placenta. A ce moment, suspendons les tractions et modérons l'expression pour éviter la sortie trop brusque du gâteau placentaire et la déchirure des membranes de l'œuf, encore retenues dans la cavité utérine.

III.—Le placenta sera saisi dans la main droite et soutenu, de crainte que son propre poids ne l'entraîne sans les membranes. C'est pendant cet acte qu'il faut s'armer de patience et savoir attendre; très souvent la sortie du placenta hors de

L'utérus est suivie d'une contraction énergique de cet organe, contraction qui retient les membranes. Après quelques instants, parfois plusieurs minutes, on le sent se relâcher et aussitôt on voit les membranes glisser rapidement au niveau de la fourchette et sortir tout entières de la vulve. Il faut souvent, pour obtenir ce résultat, accrocher l'utérus au-dessus de la symphyse et le redresser lentement.

Dans le cas où l'on craint une déchirure à cause de la friabilité des membranes, on les tord plusieurs fois sur elles-mêmes pour constituer un cordon plus solide qui supportera mieux les tractions; s'il y a un commencement de déchirure, il faut appliquer un fil sur le bout utérin et sectionner en aval.

IT.—Le placenta et ses annexes sont sortis, plaçons-les dans une cuvette et mettons-les de côté pour les examiner soigneusement dans un instant. Pour le moment, nous devons nous livrer à une toilette savonneuse et à un examen de toute la région vulvaire; la toilette sera faite en employant des tampons de coton hydrophile et un liquide antiseptique tiède; ce nettoyage local sera suivi d'une injection vaginale chaude, 45 à 48 degrés, et antiseptique, sublimé, lusoforme, aniodol. C'est alors seulement qu'on réparera les différents dégâts vulvo-périnéaux rencontrés au cours de l'examen précédent. La vulve est alors recouverte d'une nappe de coton hydrophile stérilisé. Les draps et alèzes souillés sont enlevés et remplacés par du linge propre et le coton vulvaire est maintenu en place par un bandage en T.

La délivrance est terminée en fait, mais notre surveillance doit continuer à s'exercer pendant une heure au moins; tout en nous livrant à d'autres occupations, soins à donner au nouveau-né, examen du placenta, nous ne devons pas perdre de vue la nouvelle accouchée. Revenons souvent auprès d'elle prendre

son pous, palper son utérus, qui doit rester dur et globuleux et qui ne doit pas dépasser l'ombilic, et regardons le, coton, qui recouvre sa vulve, le drap sur lequel elle repose et qui doit être placé sur une toile imperméable. Ces précautions sont nécessaires, car tout danger d'hémorrhagie n'est pas disparu.

V.—Après s'être occupé de l'enfant qui, habillé, est couché dans son berceau, on doit examiner l'arrière-faix. On apprécie son poids, sa couleur, sa consistance, et l'aspect de sa face utérine; tous les renseignements qu'on peut tirer de cet examen ont une grande valeur. Son poids, comparé à celui du fœtus, peut mettre sur la piste d'une syphilis inconnue ou soupçonnée, ce qui peut avoir son importance dans le choix de l'allaitement; son aspect extérieur permet de reconnaître la rétention certaine ou possible d'un ou de plusieurs cotylédons.

Les membranes doivent également être l'objet d'une inspection attentive: sont-elles complètes? Si elles ne le sont pas quelles sont les portions retenues, caduque seule ou caduque, chorion et amnios? Chaque fois que les membranes sont incomplètes ou seulement déchirées, il faut regarder avec soin la tranche de la partie restée en contact avec le placenta pour voir s'il n'y a pas trace de vaisseaux. Ce serait là l'indication qu'avec les membranes il a pu rester dans la cavité utérine un cotylédon ou une masse placentaire accessoire: ceux-ci peuvent déterminer des hémorragies immédiates ou secondaires nécessitant l'introduction de la main dans l'utérus, ou des accidents fébriles par putréfaction au cours du post-partum, commandant aussitôt un curage digital ou un curetage.

Cet examen terminé, après un dernier coup d'œil jeté sur la mère et sur l'enfant, vous pouvez vous retirer si tout est normal.

(*La Clinique*, 13 décembre 1907)

## ANALYSES

---

**Powers.**—*Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants en bas âge. (Medical Brief.)*

Le Dr Powers donne le conseil de faire l'application du traitement suivant, qui n'est à employer que chez les enfants du sexe masculin. Il consiste à obturer au moment du coucher, avec du collodion, l'orifice préputial du petit malade. S'il ne se passe rien d'anormal, on trouve le matin le prépuce légèrement distendu par une petite quantité d'urine. Si l'enfant est réveillé durant la nuit par le besoin d'uriner, il peut facilement lui-même enlever avec son doigt la petite couche de collodion. L'auteur affirme avoir obtenu rapidement, parfois en 15 jours, la suppression complète de l'incontinence nocturne d'urine.

C'est un procédé qui se recommande par sa simplicité, et s'il faut en croire Powers par son efficacité.

GASTONGUAY.

**Boulet.**—*Moyens de remédier aux douleurs de reins chez les femmes en couches. (Journal des praticiens.)*

Impatience et peine des atroces et longues souffrances que les maux de reins font éprouver aux femmes qui accouchent, l'auteur a recherché dans quelles conditions se produisent ces douleurs, et pourquoi dans ces cas, le travail marche généralement si lentement. C'est que dans presque tous les cas, l'utérus est en antéversion, de telle sorte que la tête de l'enfant ou la partie qui se présente, se trouve portée contre la région lombaire et que les contractions se font selon un axe antéro-postérieur prononcé.

En partant de ce point de vue, l'auteur conseille la pratique suivante qui lui a donné d'heureux résultats au point de vue de sa patiente et point de vue de son temps. Arrive-t-il alors qu'il le travail est commencé, il lui suffit de faire coucher la parturiente, de refouler avec la main le globe utérin en arrière et en haut, ou mieux, avec un doigt recourbé, d'en ramener en avant l'orifice.

Arrive-t-il au début du travail, il établit une forte compression sur le ventre avec un large bandage, qui produit le refoulement de l'utérus en haut et en arrière. C'est là, en vérité une méthode simple pour laquelle Boulet réclame les résultats suivants :

- 1° Soulagement immédiat des douleurs de reins.
- 2° Les muscles de l'abdomen et l'utérus ont ainsi un point d'appui des plus assurés sans causer de fatigue.
- 3° Les maux de reins font place aux coliques et la durée du travail est considérablement diminuée.

GASTONGUAY.

**Duret.**—*Le thigénol en gynécologie.* (*Revue pratique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.*)

Le thigénol est une huile sulfatée sodique sulfurée à 10 p. 100 de soufre. C'est un liquide brun foncé, d'une consistance sirupeuse, inodore, presque insipide.

Le thigénol se dissout en toute proportion et sans altération dans l'eau, l'alcool étendu et la glycérine (Formulaire Bocquillon Limousin).

On reconnaît au thigénol 4 actions thérapeutiques distinctes :

- 1° Il est analgésique, et comme tel, d'une grande utilité



dans les affections gynécologiques. Il apporte parfois une sédation presque immédiate à la suite d'un simple pansement.

2° Il est antiseptique de premier ordre et fait disparaître en peu de temps les germes pathogènes.

3° Il est décongestionnant.

4° Il possède une action kératoplastique très marquée.

Le thigénol a été expérimenté, avec des résultats variables, dans la plupart des affections gynécologiques et il a donné de beaux résultats dans les vaginites, les diverses variétés de nitrites, les ulcérations du col, les annexites, les paramétrites.

Latteux a pratiqué des tamponnements thigénolisés dans un cas de cancer utérin et a pu constater, après 8 jours de traitement, une régression manifeste des villosités cervicales. L'examen histologique pratiqué avant et après le traitement, montre une rétraction générale des tissus et une disparition des grandes dilatations vasculaires. Duret confirme les affirmations de Latteux en disant : diminution des écoulements après une première phase d'exagération, et en particulier diminution des hémorrhagies et de la fétidité, cicatrisation partielle des lésions végétantes, tels sont les phénomènes que nous avons pu observer.

Le thigénol mérite donc de conserver une place importante dans la thérapeutique gynécologique et en particulier dans le traitement des écoulements génitaux : hydorrhées congestives, leucorrhées infectieuses, pyorrhées néoplasiques et dans celui des inflammations paramétritiques et annexielles.

GASTONGUAY.

**Foveau de Courmelles.—Stérilisation ovarienne chez la femme par les rayons X. (Presse médicale.)**

A une récente séance de l'académie des sciences de Paris,

l'auteur, pour faire suite à des communications antérieures, sur l'action profonde des rayons X pour obtenir la régression de certains fibromes et la stérilisation ovarique, apporte un total de 53 cas où les rayons X ont agi et stérilisé en exigeant un nombre de séances variant de 18 à 160, et de rayons bien perpendiculaires à la région, ce qui exclut la possibilité de la stérilisation criminelle par surprise. L'âge des femmes a varié de 31 à 57 ans, et 11 de 31 à 40 ans, ont réagi de manière plus lente que les femmes plus âgées, mais sauf l'exception d'une femme de 46 ans, toutes sont arrivées prématurément à la ménopause, bien que leurs mères et aïeules, n'aient éprouvé ce phénomène qu'après cinquante ans.

Si l'oophorectomie double seule semble avoir donné quelques succès dans les cas d'ostéomalacie nous serions curieux de savoir quelle serait l'influence de la stérilisation ovarique par les rayons X sur la marche de cette maladie.

GASTONGUAY.

—o—

## MEDICATIONS USUELLES

(Suite)

### SINAPISME

Il y a deux variétés de moutarde, la blanche et la noire, mais les semences de moutarde noire sont seules employées. Elles donnent par le broiement une poudre jaune rougeâtre, la farine de moutarde. Cette farine s'emploie sous forme de sina-

pisme, de cataplasme sinapisé, de bain sinapisé, de gargarisme sinapisé, et d'enveloppement sinapisé.

Le sinapisme donne une révulsion intense et rapide; il détermine une sensation de chaleur qui aboutit vite à la douleur : cette douleur augmente, puis diminue sans cesser d'être vive. L'application prolongée donne une nouvelle douleur très intense au bout de vingt-cinq à trente minutes. Si l'application dure plus d'une demi-heure, la vaso-dilatation est plus grande, la rougeur s'accroît, l'épiderme se soulève en bulles. La moutarde agit donc d'une façon réflexe sur les grandes fonctions par l'excitation cutanée et directement sur les organes du voisinage en y faisant un appel sanguin.

*Technique.*—Le cataplasme de farine et le sinapisme du commerce sont les plus usités.

Le sinapisme du commerce est le Rigollot dont l'emploi est fort simple. On fait tremper la feuille dans l'eau froide pendant une à deux minutes pour bien la ramollir, puis on l'applique à l'endroit désigné et on l'y maintient avec la main ou un bandage quelconque pendant 5 à 15 minutes.

Comme pour l'iode, il faut ici encore tâter la susceptibilité individuelle et ne pas dépasser 5 minutes à la première application.

Pour préparer le cataplasme de farine de moutarde on délaye dans une quantité à peine suffisante d'eau froide 200 grammes de farine de façon à obtenir une bouillie épaisse ; on étend cette bouillie sur un linge très fin, puis on replie les bords du linge de façon à enfermer de toute part la bouillie étalée ; c'est alors qu'on met quelques gouttes d'eau chaude pour que le principe actif se dégage. Cette forme n'est plus employée depuis que le commerce nous fournit le Rigollot,

Le cataplasme de farine de graine de lin auquel on a ajouté

quelques pincées de moutarde est encore supérieur pourvu qu'il n'y ait pas d'agglomération de grumeaux de moutarde.

*Indications.*—Son action réflexe et décongestionnante est mise à profit dans plusieurs affections.

*Maladies aiguës.*—Son action rapide le fait préparer aux revulsifs lents dans la laryngite, la trachéite et la bronchite intense. Si la température est élevée, Lemoine le prescrit en application large couvrant la région présternale remontant jusqu'au cartilage thyroïde et débordant le sternum de trois travers de doigt de chaque côté. Dans la bronchite avec température élevée; ce même auteur le recommande de préférence à l'iode. Il sera appliqué sur le thorax au niveau de la lésion et sera répété tous les jours jusqu'à disparition des phénomènes aigus. Il donnera aussi de bon résultats dans la pneumonie en abaissant la température, relentissant le cœur et calmant la dyspnée; mais c'est surtout contre le point de côté violent et la tachycardie qu'il est un précieux adjuvant de la caféine. Dans la bronchopneumonie lorsque les éléments thermiques et congestifs sont trop accentués, les larges sinapismes abaissent la température et décongestionnent par la vaso-dilatation qu'ils provoquent.

Dans la tuberculose pulmonaire, le sinapisme agit sur les poussées congestives péri-tuberculeuses. S'il y a congestion du sommet on fera placer successivement le même sinapisme sous la clavicule puis en arrière à la région supérieure du thorax enfin au-dessous de la pointe de l'omoplate.

La sinapisation, les bains de pieds, les purgatifs et la quinine seraient la base de la méthode décongestive par laquelle on arrête si souvent le processus d'extention des tubercules.

La sinapisation est un traitement de choix de la syncope, du coma et de la congestion cérébrale. Il faudra ici bien veiller à la durée de l'application pour prévenir les sphacèles; les ma-

lades ayant perdu connaissance ne pourront pas avertir l'entourage de la brûlure qu'ils ressentent et la révulsion pourra se poursuivre trop longtemps. La sphacèle n'apparaît guère toutefois avant 40 à 50 minutes d'application continue.

*Contre-indications.*—La sinapisme est contrindiqué chez les personnes dont la peau est fine, mais ce n'est pas une contre-indication absolue ; si on veut l'employer l'application sera de plus courte durée.

Il devra aussi être évité chez les nerveux par suite de la surexcitation et l'agacement qu'il produit. Il peut amener chez les névrophates l'insomnie et la fièvre.

*N. B.*—Ne jamais appliquer un sinapisme sur le thorax immédiatement après un repas ; il faut attendre au moins deux heures.

## POINTES DE FEU

---

La cautérisation ignée, connue de l'école Hipocratique et arabe était tombée en désuétude, quand en 1790 parut le mémoire de Percy sur la pyrotechnie chirurgicale. L'appareil de Paquelin fournit un grand perfectionnement à ce mode de médication et les indications des pointes de feu se précisèrent par la suite.

Le thermocautère, entend-on dire souvent, avec l'aspirateur Potain, le galvanocautère et le cystoscope font partie de l'instrumentation qui ne fonctionne pas quand on en a besoin. Nous ne sommes pas aussi pessimiste et disons plutôt que le cautère fonctionne *presque toujours* si on sait bien s'en servir. C'est pourquoi nous dirons quelques mots sur le moyen de se servir

de l'appareil. Que le récipient qui contient l'essence soit une bouteille ou le manche qui porte la pointe la manœuvre est la même : l'appareil est monté avec le plus souvent la pointe en couteau, c'est la plus commode. On porte le cautère dans la flamme d'une lampe à alcool en ayant soin de réchauffer quelque peu la tige métallique qui relie la pointe au manche de bois. Cela fait on maintient la pointe obliquement par rapport au plan horizontal. Quand le platine prend la teinte rouge sombre on commence à manœuvrer la souffrierie de façon à lancer des vapeurs d'essence qui vont porter la pointe au rouge clair et l'y maintiendront tant que durera l'opération. Tenant alors le cautère comme une plume à écrire, on touche légèrement la peau dessinant une ligne ponctuée dont les points seront séparés par un intervalle de 1 ou 2 centimètres ; puis on recommence une deuxième et une troisième fois, jusqu'à ce qu'on ait couvert les dimensions voulues, dimensions qui varient nécessairement avec l'indication. L'application terminée on porte la pointe au rouge blanc et subitement on enlève le caoutchouc qui relie le manche à la bouteille, la pointe se réchauffe lentement, brûle toutes les vapeurs d'essence qui sans cette précaution en viendraient à obstruer la lumière de la pointe.

L'action de l'ignipuncture est locale et générale. Localement elle cause une douleur qui est en sens inverse du degré d'intensité de l'incandescence et d'après Percy « un cautère très rouge est à un cautère simplement chaud, pour la douleur de la cantharisation, ce qu'est un bistouri bien tranchant à un bistouri émoussé pour celle de l'incision. »

La douleur dure peu, elle est remplacée par une sensation de picotements et de chaleur plus ou moins intense, la peau saine rougit et aux points touchés il se forme une petite eschare. L'action générale est celle des révulsifs rapides et énergiques :

ralentissement du pouls, stimulation cardio-vasculaire bientôt suivie de dépression, ralentissement des mouvements respiratoires, légère élévation de température, disparition des douleurs préexistantes.

*Indications.* — Elles sont nombreuses tant en médecine qu'en chirurgie ; mais nous nous limiterons à donner les indications purement médicales, laissant à nos confrères chirurgiens le soin de nous intéresser sur l'emploi chirurgical du cautère.

*Néuralgies.* — Les pointes de feu sont le traitement héroïque des néuralgies surtout sciatiques et intercostales. Elles constituent une révulsion très efficace qu'on ne pourrait guère obtenir avec les autres révulsifs. On les emploiera dans la sciatique dite essentielle, dans la sciatique hystérique où en plus de leur action révulsive, les pointes de feu constituent un traitement psychique important. Associée au mercure, l'ignipuncture donnera de bons résultats contre la sciatique syphilitique ; les tuberculeux *apyritiques* souffrant de la même névralgie seront soulagés par la cautérisation iguée.

Pour l'application le malade sera étendu sur le ventre, la jambe allongée. On disposera les pointes sur le trajet du nerf en une ou plusieurs lignes ; au niveau du point d'émergence et des points douloureux on multipliera et on rapprochera les points touchés. Dans la névralgie intercostale l'application sera faite au niveau des trois points douloureux (antérieur, médian et postérieur) sur une surface de plusieurs centimètres carrés tandis que sur le trajet du nerf l'on se bornera à quelques pointes.

*Arthrites chroniques.* — L'ignipuncture calmera ici les douleurs, si on n'a soin de ne l'employer que dans les formes légères qui ne s'accompagnent pas de déformations et ne se caractérisent pas par des phénomènes très douloureux, des craquements

et une certaine gêne dans les mouvements, sinon, elle est inutile.

*Pleurésie séro-fibrineuse.*—Quand la pleurésie est à la période de défervescence, que le liquide est en train de se résorber spontanément ou après ponction et qu'il ne reste plus que 200 à 300 grammes de liquide, une seule application de pointes de feu fera résorber le liquide. Les points de côté qui suivent la résorption seront calmés par des applications superficielles de la pointe du thermo.

Dans la *pleurésie sèche* les pointes de feu activent la réparation si on les emploie au moment de la chute de la température.

Dans la *splénisation pulmonaire* de la grippe prolongée, elles rétablissent mieux la circulation que les meilleurs médicaments. Il faudra les répéter à des intervalles rapprochés.

*Tuberculose pulmonaire* : 1° Pour combattre les points de côté, 2° pour lutter contre les phénomènes congestifs péricuberculeux.

Il faudra toutefois les employer uniquement chez les malades qui ont une tuberculose apyrétique, torpide.

Une vingtaine de pointes appliquées autour du point maximum de la douleur, feront disparaître le point de côté.

Quatre règles régissent l'application sur les foyers congestifs péricuberculeux :

1° Faire l'application à l'endroit où l'on perçoit autour d'une zone de craquements, une respiration rude et soufflante, quelquefois remplacée par un souffle et des râles sous-crépitaux ;

2° Dépasser par l'application les limites de la portion congestionnée du poumon ;

3° Ne pas laisser plus d'un centimètre entre les pointes de feu ;

4° Répéter l'application tous les 4, 5 ou 8 jours à la forme



est plus ou moins torpide et si le sujet n'éprouve pas d'excitation générale à la suite de l'application.

*Maladies de cœur.*—Les applications sont douloureuses sur la région précordiale, elles énervent les malades sans être très efficaces. La glace leur est préférable.

*Congestion du foie.*—Elle est fréquente au cours des cirrhoses, et son influence sur l'évolution est une indication de la faire cesser rapidement. Les pointes de feu répondent à l'indication ; appliquées sur la partie débordante et associées aux purgatifs cholagogues et alcalins, elles décongestionneront rapidement le foie malade.

*Estomac.*—Elles sont ici aussi très douloureuses ; on les appliquera contre l'anorexie et les vomissements hystériques à titre de suggestion.

*Myélites diffuses.*—Il ne faut pas hésiter à ponctuer tout le long de la colonne vertébrale et de chaque côté appliquant les pointes très près les unes des autres quand les phénomènes d'excitation de la phase aiguë disparaissent. Grasset les recommande dans les myélites chroniques et Charcot les préconise pendant la période d'état des myélites.

## PURGATIFS

Ce sont des médicaments qui, on le sait, ont la propriété d'évacuer le contenu intestinal. Ils s'administrent le plus communément par la bouche, mais pas toujours, et il faut alors y suppléer par la voie hypodermique ou la voie rectale.

Les purgatifs sont nombreux, très nombreux même, et

agissent sur l'organisme d'une façon différente pour arriver au même résultat. Les uns sont dits *mécaniques* d'après leur mode d'action qui est purement mécanique; d'autres excitent la fibre musculaire lisse; d'autres provoquent une hypersécrétion biliaire; une quatrième catégorie, les purgatifs salins et les sucrés excitent les glandes intestinales; enfin les drastiques agissent et sur les glandes intestinales et sur la fibre lisse.

*Mécaniques*: Le type de cette catégorie est l'huile, qui agit en lubrifiant les parois de l'intestin et favorise ainsi le cours des matières. Il faut toutefois l'employer avec une certaine circonspection à cause de son action entravante des fonctions gastriques, on le donnera donc de préférence par la voie rectale à la dose de 20 à 100 c. c.

Graine de lin . . . . . 25 grammes  
Eau tiède . . . . . 125 —

Faire macérer pendant cinq heures, passer, puis exprimer. Cette macération de graine de lin est aussi un bon purgatif mécanique.

L'huile de ricin agit d'une façon plus complexe; c'est un purgatif doux. On masquera sa saveur désagréable en le mêlant à du café ou à du jus d'orange. Sa dose est de 2 à 4 cuillérées à soupe pour l'adulte et 1 à 4 cuillérées à thé chez l'enfant.

*Purgatifs musculaires*: La noix vomique est un purgatif lent que l'on donnera dans la parésie intestinale, quand la constipation s'accompagne de digestions pénibles, laborieuses et de météorisme. On la donnera sous forme de teinture à la dose de V à XXX gouttes par jour.

La belladone agit d'une façon à peu près analogue, on la prescrira quand, avec la constipation, il y a un sucre gastrique trop riche en acide chlorhydrique. Nous avons démontré cette

action entravante de la belladone sur la sécrétion chlorhydrique (1).

On donnera la belladone seule :

Poudre de belladone . . . . . 1 centigramme

Extrait de belladone . . . . . 1 —

2 à quatre pilules par jour

ou bien associée à un autre purgatif :

Extrait de belladone 0 gr. 40

— de rhubarbe }  
Aloès pulvérisé } 0 gr. 80

Poudre de réglisse q. s. pour 20 pilules,  
1 ou 2 le soir en se couchant.

*Purgatifs cholagogues.*— Ces médicaments agissent ou sur la fonction biliaire de la glande ou sur l'appareil excréteur et les nerfs, le calomel en est le type. Le protochlorure de mercure, dit à la vapeur, est le plus employé; il n'agit ni sur l'estomac, ni sur le pancréas, ni sur l'intestin, son action porte exclusivement sur les canaux biliaires. C'est un excellent désinfectant du tube digestif particulièrement indiqué dans les états inflammatoires. Son emploi n'est toutefois pas sans danger grâce à la susceptibilité particulière de certains sujets. Nous croyons pour ce fait qu'il est préférable de le donner à doses fractionnées (Law, Trouisseau) de 1 à 3 centigrammes.

Calomel à la vapeur 0 3 gr.

Lactose 20 gr.

Pour un paquet devant être pris dans du lait. Répéter toutes les 3 heures. Dans les diarrhées et la dysenterie, on le

(1) Etude sur le transit stomacal (Arch. des mal. de la nutrition, juin, 1907.)

prescrira quand, en même temps, il y a de la corruption hépatique et que les symptômes généraux se seront amendés. Il sera très utile pour combattre la constipation due à l'ictère et pour stimuler le fonctionnement des conduits biliaires.

Son action dérivatrice le fera employer comme purgatif dans les maladies de l'encéphale, dans la méningite.

Chez les enfants, on le prescrira contre les oxyures et les ascarides.

Calomel ..... 0 gr. 30  
Mucilage de graine de lin..... 25 —

pour un lavement,

Calomel, ... 0 gr. 10 à 0 gr. 30  
Beurre de cacao..... 1 — à 2 —

pour un suppositoire.

Contre le tœnia, on l'associe à la fougère mâle :

Extrait éthéré de fougère mâle..... 0 gr. 50  
Calomel à la vapeur..... 0 — 05

Prendre 8 à 12 capsules après avoir observé la diète lactée ou hydrique pendant une journée.

*Précautions* : Ne pas donner en même temps un iodure alcalin ni du chlorure de sodium pour éviter la formation d'iodure mercurieux et de bichlorure de mercure ; non plus que l'eau de laurier cerisé qui formerait du cyanure de mercure.

*Cholagogues sécréteurs* : Dans cette classe se rangent le podophyllin, l'évonymia, l'iridin, l'aloès, la rhubarbe, le séné, ces trois derniers quoique employés comme cholagogues sont plutôt des drastiques.

Le podophyllin est indiqué dans l'ictère, la congestion du

foie et la choléthiose, on le prescrit à la dose de 2 à 6 centig. par jour.

Podophyllin	0 gr. 40
Extr. de belladone	} à à 0 — 10
Extr. de jusquiane	

Excipient pour 20 pilules ; 1 à 3 le soir.

• L'évonyme a les mêmes indications que le précédent.

Evonyme brune	0 gr. 50
Extr. de jusquiane	0 — 20
Poudre de rhubarbe q. s. p. 30 pilules 1 à 3 le soir.	

*Purgatifs sucrés* : Dans cette catégorie, les classiques rangent le miel, la glycérine, la manne, la casse, le petit-lait, les pruneaux, les confitures de pommes, de poires etc.

Le *miel* se prescrit à la dose de 30 à 60 grammes par jour.

La glycérine à la même dose possède une action fluidifiante sur la bile qui la fait employer dans la lithiase biliaire, Fernand dit qu'à la dose de 20 à 30 grammes elle met fin aux crises de coliques hépatiques et à faible dose (10 grammes) quotidienne, elle empêche le retour des attaques.

DR J. ODILON LECLERC.

(à suivre)

—o—

### TRAITEMENT DE L'URÉMIE DYSPNÉIQUE

Une fois le diagnostic d'urémie dyspnéique posé, le traitement s'impose. Comme dans l'œdème du poumon, qui d'ailleurs est souvent un accident urémique, il faut faire une saignée.

Cette première indication une fois remplie, prescrivez le

régime lacté absolu : il est nécessaire que le malade ne s'intoxique plus, une fois enlevée une partie de ses toxines.

Le lendemain, il est bon de continuer l'élimination des poisons par un purgatif drastique :

Eau-de-vie allemande.....	} aa 15 grammes
Sirof de Nerprun.....	

ou bien 15 à 20 grammes de teinture de jalap composée.

La voie rénale doit être également utilisée pour cette élimination. Mais il faut se méfier des diurétiques qui ont une action trop irritante pour le rein (théobromine, caféine, scille). La lactose est sans inconvénients, mais elle est peu active. N'oubliez pas la part active de la congestion rénale dans les troubles urémiques. Aussi l'application de dix à douze ventouses sacrifiées sur la région lombaire, principalement sur le côté où la palpation provoque de la douleur, est-elle une excellente pratique.

Les traités classiques de pathologie terminent presque tous l'article consacré au traitement de l'urémie, en disant que le meilleur des diurétiques est le sérum physiologique (7<sup>gr</sup>, 50 de chlorure de sodium pour 1,000) en injections sous-cutanées. Il est certain que les nouvelles éditions de ces traités manifesteront des opinions moins favorables. Des faits nombreux ont été rapportés dans lesquels le sérum a été accusé de produire des accidents graves, et en particulier l'œdème du poumon. Nous pensons donc qu'il faut être réservé dans l'emploi du sérum physiologique. Peut-être pourrait-on injecter une solution isotonique de phosphate de soude. Notre expérience, cependant, ne nous permet pas de conseiller ces injections d'une façon systématique.

Ed. HIRTZ et Cl. SIMON.

**TECHNIQUE chirurgicale journalière au lit du malade,**  
 par le Docteur A. BESSON, maître de conférences à la Faculté  
 libre de Médecine de Lille: Deuxième édition revue et aug-  
 mentée. Paris, VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'Ecole  
 de Médecine. Un volume in-8° écu avec 28 figures. . 3 fr.

Sous ce titre, le docteur Besson vient de publier la seconde édition d'un manuel justement estimé et dont le succès fut rapide. Sans vouloir remanier entièrement son plan primitif, l'auteur a ajouté d'importants chapitres et complété d'heureuse manière la plupart de ceux existant. Parmi les articles nouveaux, citons : la *Méthode de Bier* ; les *Injections mercurielles* ; les *Appareils à chloroformiser* ; l'*Anesthésie par la scopolamine, par le chlorure d'éthyle* ; la *Stérilisation à l'autoclave et à l'étuve* ; la *Ponction de l'hydrocèle* ; l'*Appareil de Verneuil*, etc., etc. ; mentionnons aussi des additions importantes aux chapitres de l'*anesthésie locale*, des *injections hypodermiques*, des *pansements*, des *sutures*, etc., et disons enfin qu'un grand nombre de figures ont été ajoutées au texte pour l'éclairer et le préciser.

Cet ouvrage que tous les praticiens liront et consulteront avec fruit, n'est ni de la chirurgie d'urgence, ni de la petite chirurgie ni un traité de bandages et appareils, ou plutôt c'est tout cela à la fois. Tous les sujets de pratique courante y sont abordés et l'on ne saurait trop louer l'auteur de son éclectisme dans le choix qu'il en a fait ; l'on y découvre, bien mis en lumière, une foule de points ordinairement obscurs et imprécis, souvent de la plus haute importance ; l'on y trouve sans difficulté une quantité de renseignements extrêmement précieux qu'on est souvent obligé de rechercher à grande peine dans de gros traités ou dans de longs articles encombrés de détails accessoires. A ce titre, ce manuel est un véritable *vade mecum* qui saura trouver sa place dans toutes les bibliothèques.

Le style de l'auteur, d'une verve pétillante, donne d'ailleurs infiniment d'intérêt à la lecture, en même temps qu'une rigoureuse précision de langage dissipe toute obscurité. On sent une documentation très fournie et une expérience personnelle très sûre et très mûrie. M. Besson a su dégager du fatras des longues descriptions un exposé court et nerveux, d'où cependant est exclue toute sécheresse, et qui laisse dans l'esprit des souvenirs précis et une ligne de conduite parfaitement tracée.

**LES FERMENTS METALLIQUES et leur emploi en thérapeutique**, par M. le Professeur ALBERT ROBIN, membre de l'Académie de Médecine. Paris J. RUEFF, Editeur, 6 et 8 rue du Louvre. Un volume in 18 avec nombreux graphiques, Prix : 4 fr.

Le professeur Albert Robin résume dans ce petit volume les recherches qu'il a entreprises depuis 1901 sur l'action thérapeutique des métaux infiniment divisés. « Quand les premiers résultats en furent publiés, dit l'auteur dans sa préface, ils ne rencontrèrent que l'incrédulité. On ne pouvait concevoir que quelques centièmes de milligramme d'or, de platine, de palladium ou d'argent fussent capables de produire les puissants résultats annoncés et que rien, dans la pharmacodynamie connue de ces métaux, ne laissait pressentir. Mais depuis lors, les faits ont parlé par eux-mêmes et entraîné déjà bien des convictions ; aussi l'heure ne tardera pas où ces agents thérapeutiques, si curieux et si actifs, entreront définitivement dans la pratique courante. Si le nom de ferments métalliques leur a été donné, c'est parce qu'il existe une similitude aussi complète que possible entre leur action et celle des diastases organiques qui prennent une part si importante dans l'accomplissement de tant de phénomènes de la vie organique normale et pathologique.

Au cours de ses recherches, l'auteur a eu occasion de constater qu'il y avait de grandes analogies entre les effets des ferments métalliques et ceux de quelques sérums médicamenteux, ce qui donne à penser que les sérums, devant leur puissance à la présence de diastases organiques, pourraient être remplacés par les ferments métalliques. Etudiant ensuite l'influence qu'ils exercent sur les échanges généraux et respiratoires, sur la constitution chimique et morphologique du sang et de la température, il lui a été permis de déterminer des réactions sanguines, urinaires et thermiques, caractéristiques de leur activité et de démontrer, en même temps, que celle-ci se manifeste par un accroissement très notable des actes d'hydrolyse et d'oxydo-réduction qui dissocient les matières albumineuses, sans l'intervention de l'oxygène que les globules rouges empruntent à l'air inspiré.

L'auteur termine son livre en fixant les indications et contre-indications thérapeutiques actuelles des ferments métalliques et les règles de leur application pratique. On verra qu'ils doivent figurer



à juste titre parmi les moyens les plus énergiques et les plus sûrs de la thérapeutique fonctionnelle.

**TRAITE clinique et thérapeutique des maladies de l'appareil respiratoire**, par G. CARRIÈRE, agrégé à l'Université de Lille. Deuxième édition revue et augmentée. VIGOT Frères, Éditeurs, 23 place de l'École de médecine, Paris. Un fort volume in-8° raisin avec figures. . . . . 15 frs:

La multiplicité des Traités et Manuels de Pathologie interne n'a pas empêché la première édition de cet ouvrage d'être rapidement épuisée.

À cette seconde édition, l'auteur a conservé le caractère pratique qui a fait le succès de la première. Mise au courant des dernières recherches et cela sans fatiguer le lecteur d'une énumération bibliographique fastidieuse. Tout ce qu'il est important de connaître est mis dans le texte en caractère gras, de façon à bien frapper les yeux. Tout ce qui est théorique est en petit texte, de telle sorte que le lecteur peut élaguer de suite ce qui ne l'intéresse qu'accidentellement. Il en est ainsi de l'*historique*, de l'*anatomie pathologique*, de la *pathogénie* et de ce qu'il est indispensable de connaître en *bactériologie*.

Le *diagnostic* est, au contraire, beaucoup plus développé que dans les livres habituels. Les *facteurs du pronostic* sont soigneusement établis de manière à pouvoir facilement répondre à l'entourage des malades, si anxieux d'être fixés sur ce point.

La *partie thérapeutique* a été profondément modifiée et remaniée, des chapitres nouveaux ont été ajoutés. C'est, somme toute, un livre entièrement nouveau que nous présentons au public médical et nous ne doutons pas de l'accueil qui lui est réservé auprès des praticiens et des étudiants à qui il rendra les plus grands services.