

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. ROULET,  
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,  
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,  
A. MARIEN.

*Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef  
46, Avenue Laval, Montréal.*

Vol. XXXVIII

1er JUILLET 1909

No 7

## MEMOIRES

### PANCREATITES CHRONIQUES ET ANGIO-CHOLECYSTITES CALCULEUSES. (1)

Par M. le Docteur ALBERT LESAGE,

Professeur suppléant à la chaire de Pathologie Interne et de Clinique médicale.  
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Si le pancréas est un organe important au point de vue physiologique à cause des ferments digestifs qu'il secrète, il ne l'est pas moins au point de vue anatomo-pathologique à cause des rapports étroits qu'il a avec les organes circonvoisins.

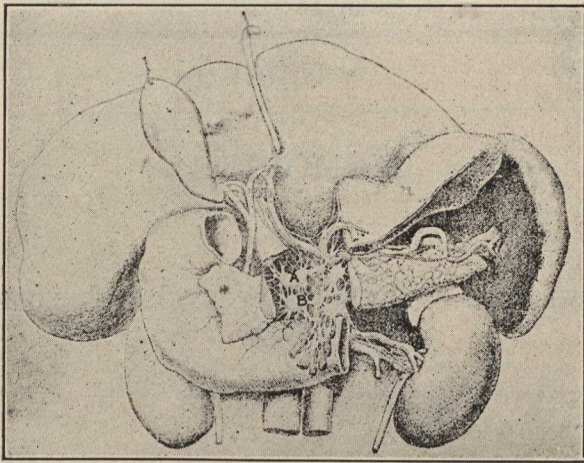
Accolé à la face postérieure de l'estomac, qu'il longe dans presque toute son étendue; couché sur le plexus solaire dont la partie supérieure (ganglions semi-lunaires, grands splanchniques, filets supérieurs du petit splanchnique) touche son bord supérieur, tandis que la partie inférieure (ganglions mésentériques supérieurs et aortico-rénaux, terminaison des petits splanchniques et nerfs de Walter) est accolée à sa face postérieure; communiquant avec le duodénum par les canaux de Santorinus et de Wirsung; effleurant le foie sur lequel il appuie légèrement la tête que traverse, dans toute sa largeur le canal cholédoque, le pancréas subit plus souvent qu'on le croit, l'influence nocive de ces organes lorsqu'ils sont malades.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance de mai 1909.

Si donc cet organe paraît jouer un rôle plutôt minime en pathologie, malgré une position géographique éminemment favorable à l'infection, c'est que, moins accessible à l'exploration que l'estomac et le foie, on porte au crédit de ces derniers des symptômes qui sont propres au pancréas, mais que l'on ne peut identifier comme tels.

“ De tous les viscères abdominaux, dit Desjardins (1) le pan-

PLANCHE I. (2)



Une résection du corps du pancréas, laisse voir ses rapports à sa face postérieure avec le plexus solaire : A — Ganglions semi-lunaires, grands splanchniques. — B Ganglions mésentériques super. et aorticorénaux.

créas est peut-être celui qui a le moins attiré l'attention des cliniciens ; par suite, ses différentes lésions n'ont été que bien rarement soignées méthodiquement et rationnellement. . . . . on est surtout frappé de voir combien dans la plupart des cas où on est intervenu le chirurgien avait une conduite peu réglée, ne sachant souvent même pas reconnaître en présence de quelle lésion il se trouvait, ni, a fortiori, quelle technique opératoire il devait employer. Presque toujours l'intervention, purement symptomatique, a été faite sur une erreur de diagnostic.”

Si donc des travaux importants ont été publiés, sur ce sujet, en

(1) Thèse de Paris 1905.

(2) Cette planche est empruntée à un travail de Chauffard dans “ Le Bulletin de la Société de l'internat des Hôpitaux de Paris, déc. 1993.

Allemagne, en France et en Angleterre de 1894 à 1907, ce n'est guère que depuis la retentissante communication du professeur Dieulafoy où les travaux antérieurs et ses travaux personnels ont été mis en évidence, que l'attention a été attirée sur cet organe susceptible de provoquer des lésions graves et quelquefois mortelles.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'observer tant en ville qu'à l'hôpital, quelques cas de pancréatites chroniques dont je désire vous communiquer les observations ce soir, afin d'attirer à mon tour l'attention des médecins et des chirurgiens sur la pathogénie de cet organe, auquel on pense trop peu, à mon avis.

Obs. I. (*personnelle*). — Femme de 34 ans. Elle vient me consulter pour des troubles dyspeptiques qui durent depuis deux ans. Elle n'a pas d'appétit, elle a des vomissements fréquents. Il y a trois mois elle est devenue jaune subitement avec douleur aiguë dans le côté droit. Cet ictère a duré un mois, au bout duquel elle a expulsé un calcul. Elle a beaucoup maigri. Elle a toujours eu du sub-ictère depuis, avec douleur au creux épigastrique.

A l'examen je constate que la vésicule est normale.

La région pancréatique est douloureuse.

*Diagnostic* : Cholécystite calculeuse avec pancréatite consécutive.

*Opération* : La vésicule biliaire, petite et épaissie contient 26 calculs, y compris ceux du cholédoque, le pancréas est gros, dur et bosselé.

*Drainage*, guérison complète au bout de 6 semaines.

Obs. II. (En consultation avec Dr R. Trudeau). — Femme de 49 ans, a la jaunisse depuis trois mois, époque à laquelle elle a fait une crise de colique hépatique. Troubles dyspeptiques depuis 3 ans. Amaigrissement considérable : 35 lbs depuis 3 mois. Les selles sont déco'orées, les urines sont foncées. A l'examen, la vésicule est normale, peu douloureuse.

Tumeur et douleur vive à la région pancréatique.

*Diagnostic* : Cholécystite calculeuse avec pancréatite chronique à forme séleuse hypertrophiante.

*Opération* : Vésicule biliaire petite contenant des calculs.

Pancréas hypertrophié, dur, bosselé. Cathétérisme des voies biliaires, drainage et guérison au bout de 2 mois

Obs. III. (Dr R. Trudeau). — Femme de 47 ans, souffre depuis longtemps de troubles dyspeptiques. Amaigrissement considérable depuis quelques semaines. Il y a trois mois elle a fait une crise de colique hépatique avec ictère, urines foncées, selles décolorées.

A l'examen, tumeur dans la région pancréatique avec douleur à la pression.

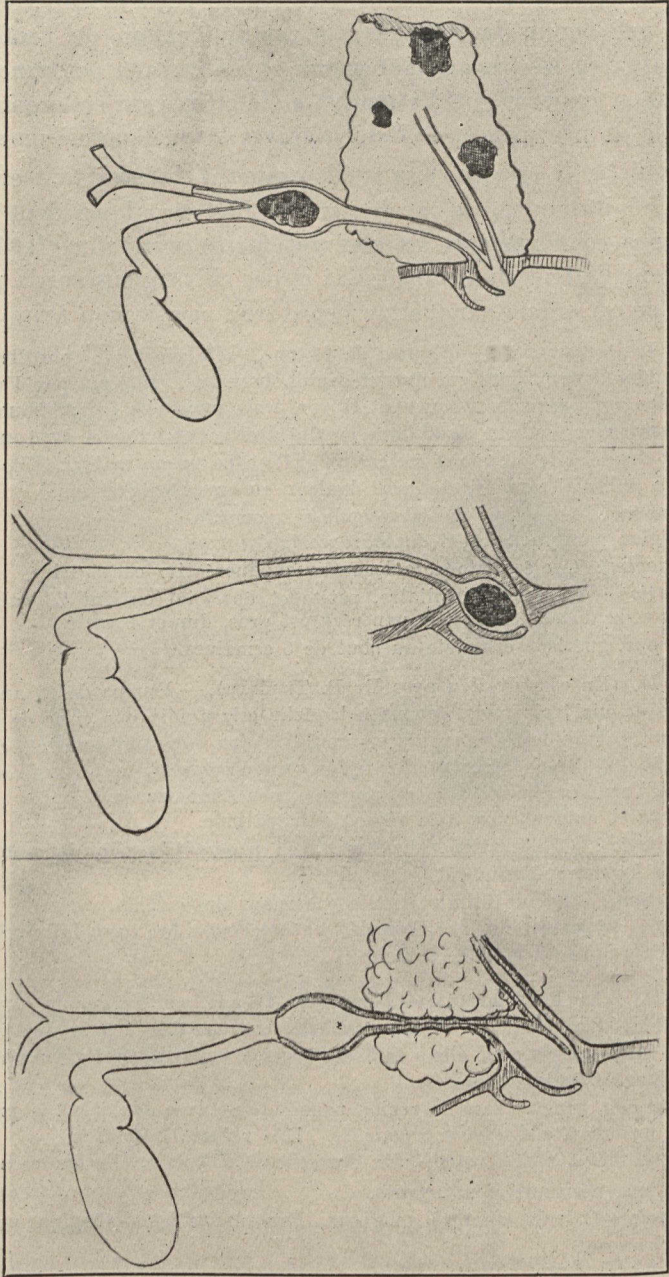
*Diag.* : pancréatite d'origine calculeuse. Elle refuse l'opération.

Quelque temps après, transportée d'urgence à l'hôpital, elle expire avec les signes d'une péritonite foudroyante.

*Autopsie* : Calculs-pancréas gangrené. Pancréatite hémorrhagique avec cystéatonécrose.

Obs. IV. (Service du Dr O. F. Mercier, Chir. hop. N.-D.). — Femme de 58 ans entre à l'hôpital en oct.-08 pour de l'ictère avec douleur au côté droit.

PLANCHE II



Obs. IV — Figure A.

Fig. B. Fig. C. Obs. III. — Pancréatite hémorragique schématique.

La maladie a débuté au mois de janvier précédent par une douleur aiguë au côté droit suivi à bref délai d'ictère, de décoloration des matières fécales, d'urines foncées, de vomissements, etc.

En février, elle passe un calcul dans ses selles. Néanmoins, la douleur locale, l'ictère, la stéarrhée, et les troubles dyspeptiques persistent : A perdu 40 lbs.

A l'examen : Douleur au niveau de la vésicule biliaire avec accentuation très-nette à la région pancréatique où l'on sent une tumeur.

*Diag.* : *Pancréatite scléreuse hypertrophiant* à la suite de cholécystite calculeuse.

*Opération* : Vésicule épaissie, petite, ne contenant aucun calcul. Cathétérisme des voies biliaires, le catheter pénètre difficilement dans le cholédoque.

Le pancréas est hypertrophié, dur, bosselé. Drainage des voies biliaires.

Amélioration immédiate.

Peu à peu l'ictère disparaît, les selles se colorent, les urines deviennent moins foncées. Elle quitte l'hôpital quelques semaines après en bonne santé.

Obs. V. (Service de M. Benoit, Hop. N.-D.). — Femme de 55 ans, apportée à l'hôpital dans un état de faiblesse extrême.

Impossible d'avoir d'autres renseignements que celui d'une douleur aiguë dans le côté droit il y a 2 mois, suivie d'ictère, du stéarrhée, d'urobilinurie, de vomissements, etc.

A l'examen : Amaigrissement peu marqué, ictère bronzé, presque adynamien. Douleur peu marquée à la vésicule ; tumeur nettement perceptible à la région pancréatique avec douleur à la pression.

*Diag.* : *Pancréatite scléreuse hypertrophiant* à la suite de cholécystite calculeuse. La malade meurt dans l'après-midi, quatre heures après son admission.

*Autopsie* : Vésicule petite remplie de calculs, plus d'une centaine y compris les canaux biliaires.

Le pancréas est adhérent à la paroi de l'estomac, qu'il comprime fortement, il est hypertrophié tête et corps, dur, bosselé.

L'estomac est intact. La muqueuse ne présente aucune trace de maladie ancienne — ulcère ou cancer. —

L'ouverture pylorique est rétrécie, mais ce rétrécissement est purement mécanique, il résulte de la compression exercée en arrière par le pancréas hypertrophié et dur comme du bois.

*Examen microscopique.* — Le prof. Adami, que j'avais eu l'occasion de rencontrer dans l'intervalle et à qui j'avais communiqué cette observation, a bien voulu étudier les pièces et me les faire parvenir telles que vous les voyez ici, avec la note explicative ci-jointe.

Je l'en remercie publiquement.

"J'ai soigneusement examiné les pièces que vous m'avez adressées. Le foie ne montre aucune trace de tumeur maligne. Il y a des signes d'atrophie, portant surtout au centre du lobule, en même temps que des traces de pigments biliaires comme dans les ictères anciens.

Les deux autres spécimens que vous m'avez adressés (un fragment du pancréas et un fragment pris d'un gros noyau situé au hile du foie), indiquent

une forme très nette de cancer à forme médullaire tel qu'on le rencontre dans la vésicule biliaire, dans les canaux biliaires et dans le pancréas.

Mais par intervalles on rencontre des amas cellulaires semblables à ceux qu'on rencontre dans l'épithéliome de l'œsophage.

D'autre part on ne voit pas de noyaux cancéreux. Ce n'est pas une forme typique de cancer épithétial.

La seule région qui offre une analogie avec celle de la tête du pancréas où nous avons trouvé des traces de ce type spécial de cancer est la vésicule biliaire. Cependant, il est possible que, dans les cas d'obstruction par cholécystite, les tissus avoisinant les conduits biliaires prennent l'apparence du cancer, bien que je ne connaisse aucun cas semblable.

L'inflammation chronique de la vésicule biliaire, avec ou sans cholécystite, peut s'hyperplasier et la muqueuse peut évoluer vers le cancer.

On a publié une série de 20 cas dans lesquels une lésion de l'épithélium avait dégénéré en tumeur maligne présentant des caractères de l'épithéliome."

Obs. VI. Homme âgé de 54 ans. Il souffre de troubles dyspeptiques depuis longtemps. Il a perdu 30 lbs en 2 mois.

Le début de sa maladie remonte à 4 mois. Il se plaint de douleurs à la région épigastrique ; ces douleurs sont tellement vives qu'il est obligé de se tenir couché en deux afin de les tolérer.

A l'examen, apparence souffreteuse, teinte sub-ictérique généralisée, constipation, selles plus ou moins décolorées. Pas d'urobilinurie. Foie et vésicule normaux comme dimension, douleur à la pression surtout à la région pancréatique.

La douleur s'irradie du creux épigastrique vers l'épaule gauche.

*Diagnostic* : Cholécystite calculuse ancienne avec pancréatite sclérosante hypertrophiante. Cancer secondaire probable du pancréas et des voies biliaires.

M. le Dr Marien voit le malade et confirme le diagnostic.

Nous conseillons une opération d'urgence dans le but de le soulager si possible.

Le malade consent en pleine connaissance des faits ci-dessus mentionnés.

*Opération* : Laparatomie exploratrice. La vésicule biliaire est petite et remplie de calculs ; le foie est parsemé de nodules blanchâtres ; le pancréas est gros, dur, bosselé.

Devant l'étendue des lésions, M. Marien jugeant l'opération plus onéreuse que profitable pour le malade, ferme le ventre.

Le diagnostic était confirmé, le pronostic certain.

Quinze jours après le malade expirait après des crises violentes de douleurs épigastriques que la morphine à haute dose pourrait à peine calmer.

## FREQUENCE

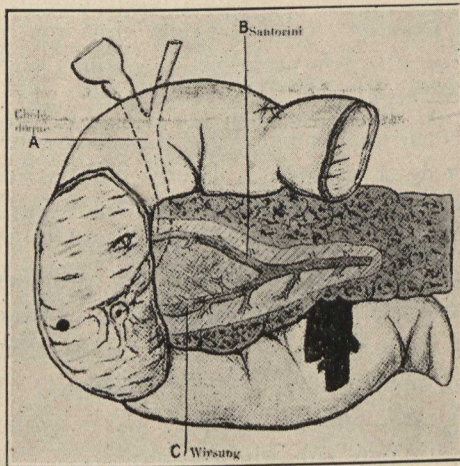
Ces faits, pris au hasard, démontrent que la pancréatite est une complication plus fréquente qu'on le croit. D'après Desjardins elle se présenterait dans 45% des cas de cholécystite calculuse. D'après Kehr, elle arrive dans 33% des cas. Il suffit, dit-il,

d'y penser et d'explorer systématiquement le pancréas dans chaque intervention sur les voies biliaires. Ce chiffre énorme (33%) ajoute-il, qui semble disproportionné avec la rareté des observations de pancréatite, nous montre que, dans la majorité des cas, la lésion pancréatique passe inaperçue, elle nous montre que le traitement de la cholécystite suffit à faire disparaître la lésion pancréatique, il nous montre enfin les intimes rapports étiologiques qu'il y a entre l'infection de ces deux organes.

### ETIOLOGIE .

Si l'on veut bien étudier la topographie des organes à l'état normal, il est facile de comprendre l'étiologie de ces affections.

PLANCHE III.



Duodénum et canaux pancréatico-biliaires. A—Canal cholédoque. B.— Canal du Santorini — C. Canal de Wirsung, s'ouvrant tous trois dans le duodénum et formant le triangle d'infection pancréatique.

Voyez le duodénum—milieu d'infection par excellence—c'est là que le canal Santorinus origine pour pénétrer dans le pancréas, car la circulation se fait en sens inverse dans ce conduit, elle est rétrograde.

C'est aussi dans le duodénum, un peu plus bas, que viennent s'ouvrir, souvent dans une ouverture commune, le canal de Wirsung et le canal cholédoque.

Voici donc, au point de vue anatomique des rapports étroits, des communications caniculaires éminemment favorables au point de vue contiguïté et continuité.

Que se passe-t-il donc au point de vue pathologique ?

L'infection part du duodénum, elle pénètre discrètement dans le pancréas par le Santorinus et le Wirsung qui forment à leur point de jonction un véritable triangle d'infection (région pancréatique), elle pénètre en même temps, dans le cholédoque qui, seul, pour l'instant manifeste cliniquement son envahissement, puis l'infection suit une marche ascendante et gagne les voies biliaires accessoires: cystique et vésicule; et continuant son ascension, elle arrive jusqu'à l'hépatique, pour gagner les voies biliaires intra-hépatiques.

Ces voies biliaires, à leur tour, infectées dans une partie plus ou moins considérable de leur étendue, maintiennent et augmentent l'infection du pancréas, celui-ci ayant ainsi une nouvelle source d'infection surajoutée à la première, accentue à son tour les lésions de l'appareil biliaire.

On conçoit donc facilement d'une part la fréquence des lésions communes aux deux organes, et d'autre part la réinoculation mutuelle incessante de tous les deux, qui amène l'aggravation presque inévitable de la maladie, si elle est abandonnée à elle-même, et qui justifie, ainsi que nous le montrerons au traitement, le drainage des voies biliaires pour amener la guérison du pancréas, de même qu'on dévie un cours d'eau pour assécher un terrain (Desjardins).

Et le calcul, me dirait-on, qu'en faites-vous? Le calcul vient beaucoup plus tard, puisqu'il ne peut pas y avoir de calcul sans infection; mais il joue aussi un rôle important, il aggrave un état demeuré latent jusqu'ici, il fait éclater les accidents. Sa présence dans le canal excréteur d'une glande septique, entrave la circulation, exalte la virulence microbienne, accentue les lésions et surajoute des accidents de cause mécanique à des accidents inflammatoires primitifs.

De là tous les accidents de pancréatite hémorragique avec cyto-stéatonécrose ou de pancréatite scléreuse hyperplasique dont je viens de vous rapporter quelques exemples.

Ces notions étiologiques communes suffisent pour comprendre la question sous toutes ses faces.



## ANATOMO-PATHOLOGIE

Macroscopiquement la pancréatite chronique d'origine biliaire se traduit par une dureté ligneuse du pancréas avec hypertrophie considérable de la tête et quelquefois du corps, qui peuvent atteindre le double et même le triple du volume normal. L'aspect est bosselé, irrégulier, vous pouvez le constater sur la pièce que je vous présente.

Dans un stade plus avancé, la glande peut s'atrophier au point de présenter l'apparence d'un simple cordon.

Histologiquement, nous pouvons avoir deux sortes de lésions; ou bien nous avons une forme de sclérose interlobulaire dans laquelle le tissu conjonctif rayonne autour des canaux excréteurs de la glande, épargnant, primitivement au moins, les îlots de Langerhans, si importants au point de vue physiologique; ou bien nous avons affaire à une forme de sclérose intralobulaire ou périacineuse qui frappe de bonne heure ces îlots qu'il détruit.

Ces détails sont importants à signaler car on peut dire, par l'examen clinique à laquelle des deux variétés nous avons affaire, et porter un pronostic en conséquence.

En effet, dans le premier cas, sclérose interlobulaire, nous n'avons pas de sucre dans les urines, les îlots sont respectés, le pronostic est moins grave. Dans le second cas, ils sont détruits, nous avons du sucre dans l'urine, le pronostic est fatal. (Voir obs. V)

## SYMPTOMATOLOGIE

La pancréatite chronique d'origine biliaire ne présente aucun signe strictement pathognomonique. Le diagnostic en est difficile. Il faut, avant tout, y penser afin d'en rechercher les indices probables dans la localisation de la douleur avec ses irradiations spéciales; dans le caractère de l'ictère, des vomissements, et dans la présence d'une tumeur pancréatique possible.

1° Les vomissements et les troubles digestifs sont plus fréquents qu'en aucun cas. Cette irritation constante de l'estomac par ce pancréas infecté, hypertrophié, dur comprimant le pylore, nous expliquent pourquoi ces malades vomissent si souvent avec véritables crises de dilatation d'estomac. Les observations 5 et 6 sont démonstratives sur ces points.

D'autre part, les sucs digestifs sont ou diminués ou altérés ou supprimés. Le pancréas infecté ne donne plus à l'intestin qu'un liquide composé en grande partie de carbonates, de phosphates, de matières organiques et de micro-organismes. On conçoit dès lors la baisse du pouvoir digestif.

2° L'ictère est moins fréquent, plus intermittent, (obs. VI) mais, lorsqu'il existe, il est plus accentué. Le malade présente, bien souvent, une coloration olive très foncée, presque noirâtre, assez analogue à celle que l'on observe dans la maladie bronzée d'Adisson.

Ceci paraît dû à ce que l'ictère s'installe par crises successives, la teinte ictérique s'accroissant à chaque nouvelle poussée inflammatoire.

"Ce n'est point, ici, un ictère purement mécanique, par oblitération du cholédoque, c'est en outre un ictère infectieux lié à l'angio-cholite qui accompagne souvent la pancréatite." (Desjardins)

3° L'*amaigrissement* extrême est considéré, par Chaffard, comme un des meilleurs signes de pancréatite compliquant la lithiase biliaire, surtout s'il s'accompagne de la présence de graisses abondantes dans les selles.

Mais ce signe se rencontre aussi dans le cancer du pancréas.

Pendant, dans cette obs. V, dont voici la pièce, la malade n'était pas amaigrie.

4° *Déficit pancréatico-biliaire*. C'est l'analyse des selles au point de vue, surtout, de l'utilisation des graisses. (1) D'après cet auteur, la stéarrie d'origine pancréatique se manifesterait de la façon suivante :

1° Durée de la traversée digestive raccourcie.

2° Augmentation de la quantité d'eau des fèces et diminution du poids des substances sèches ;

3° Réaction neutre ou alcaline par putréfaction des albuminoïdes non digérés ;

4° Après un repas d'épreuve, la quantité de graisses des fèces est considérablement augmentée, plus des  $\frac{2}{3}$  des graisses alimentaires ne sont point utilisées, et, parmi des graisses excrétées, on retrouve plus des  $\frac{3}{4}$  des graisses neutres ou dédoublées ;

5° Les hydrates de carbone sont bien utilisés ;

(1) Gaultier — Pièces de coprologie clinique, Paris 1907.

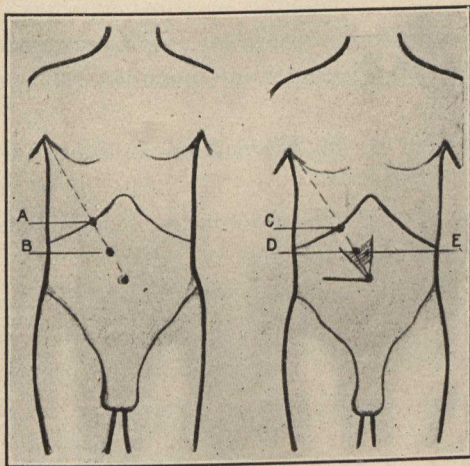
6° L'azote total est augmenté dans les proportions de 26 à 33%  
 Cette formule est compliquée et ne peut être faite que par un expert mais elle a donné des résultats tels entre les mains de Gaultier, que je ne pouvais la passer sous silence.

5° La *douleur* peut déjà nous mettre en éveil. Elle siège sur la ligne axillo-ombélicale droite en un point désigné sous le nom de point pancréatique. Il est, comme vous le voyez, en un point sensiblement plus haut et plus en dedans que le point appendiculaire, plus bas et plus en dedans que le point vésiculaire.

Mais il est difficile de localiser ainsi un point fixe.

Chauffard a délimité une zone qu'il a appelé "zone pancréatico-cholédocienne" correspondant à la tête du pancréas, traversée ou longée par le cholédoque. (Voir C D E, pl. III.)

PLANCHE IV.



A. — Point vésiculaire. — B. — Point pancréatique.  
 D. E. — Région ou Zone pancréatico-cholédocienne.

“ Prenant l'ombilic comme point de repère, dit-il, et de ce point menant une verticale et une horizontale formant un angle droit dont le sommet correspond à l'ombilic, on trace le bissectrice de cet angle; la zone pancréatico-cholédocienne est comprise entre la

ligne verticale et la ligne bissectrice de l'angle, zone dépassant 5 centimètres (2 pes) en hauteur sur la bissectrice sans atteindre en bas tout-à-fait jusqu'à l'ombilic."

Cette douleur, facile à provoquer par la pression des doigts irradiée, non point dans l'épaule droite, comme dans la colique hépatique, mais bien plutôt dans le dos, entre les deux épaules, ou même encore jusque dans l'épaule gauche.

6° La *tumeur*. Enfin, le seul signe clinique véritablement pathognomonique, c'est, ajoutée à tous les signes que je viens d'énumérer, la présence d'une tumeur dans la région pancréatico-choledocienne que je viens de décrire, avec Chauffard.

7° Quant aux urines, elles n'ont aucun caractère particulier au pancréas, si ce n'est la présence du sucre dans certains cas que vous connaissez.

#### DIAGNOSTIC

Si vous pouvez réunir tous ou les principaux symptômes que je viens d'énumérer, le diagnostic est possible, facile même, pourvu que vous y pensiez.

Mais il y a des cas où l'hypothèse de cancer du pancréas se pose.

Ce problème est difficile à résoudre, bien souvent.

Pouvons-nous le résoudre?.....

Dans le cancer du pancréas, nous avons tous les signes fonctionnels que j'ai signalés plus haut, mais ce qui le caractérise surtout, c'est la réaction qu'il provoque chez les organes voisins.

Il y a cependant une distinction à faire, car, les signes diffèrent entre le cancer de la tête et le cancer du corps du pancréas.

Le cancer de la tête est une maladie survenant en pleine santé ou après une première phase presque latente d'amaigrissement.

Trois symptômes cardinaux dominent la situation: l'ictère, la dilatation de la vésicule biliaire, et l'absence de douleur.

1° *L'ictère* C'est un ictère par rétention avec décoloration absolue des matières fécales, absence de pigment biliaire, apparaissant soudainement, chez un sujet ayant dépassé la cinquantaine, *sans douleur*, cet ictère devient de plus en plus foncé et ne cède

à aucune médication. Il arrive sans cause quelconque ; à la veille de son apparition, dit Chauffard, il n'existe aucun symptôme d'ordre infectieux pouvant permettre de présumer l'existence d'un ictère par angio-cholite d'origine intestinale ; pas de symptômes douloureux ; pas de coliques hépatiques frustrées, pouvant faire soupçonner un calcul du cholédoque.

2° *La dilatation de la vésicule biliaire.* En même temps qu'apparaît cet ictère, il se fait une dilatation progressive de la vésicule biliaire qui forme une tumeur piriforme, lisse, indolente et facile à faire balloter, elle n'est pas douloureuse, elle ne réagit pas comme dans la cholécystite. Sa forme, sa résistance, son insensibilité indiquent que nous avons affaire à une vésicule dilatée.

3° *L'absence de douleur est caractéristique.*

Donc, lorsque nous avons un ictère par rétention accompagné d'une dilatation de la vésicule biliaire survenant subitement sans douleur dans les circonstances que je viens d'énumérer, nous pouvons presque, à coup sûr, penser au cancer de la tête du pancréas, et éliminer l'angio-cholécystite calculeuse.

Cette dernière, en effet, procède par crises, accompagnées de douleurs, de fièvre et d'une histoire plus ou moins éloignée de calculs avec coliques, etc.

Ici, nous avons une vésicule plutôt petite, épaissie, et ne renfermant que des calculs qui ferment le canal cystique et empêchent la bile d'y pénétrer.

On a signalé, il est vrai, dit Chauffard, des cas de cancer du pancréas où la vésicule n'était pas dilatée, mais cela tient à des anomalies. Ainsi, Griffon, à Paris, a publié un cas de cancer de la tête du pancréas où il y avait eu très peu d'ictère et absence de la distension de la vésicule.

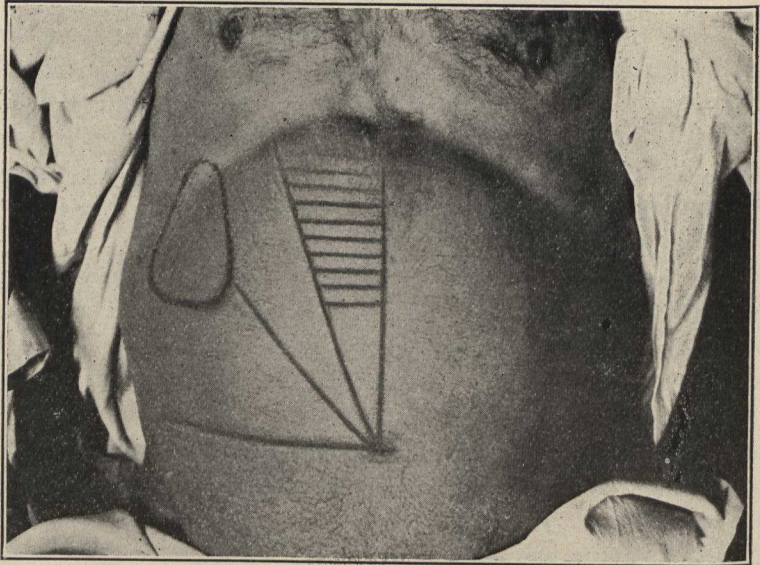
À l'autopsie on découvrit que le cholédoque, au lieu de traverser le pancréas, était extra-pancréatique.

— Comme symptômes accessoires du cancer du pancréas, nous pouvons avoir de l'ascite due à une pression de la veine porte par les masses cancéreuses, de l'adénopathie sus-claviculaire, l'abaissement de la température centrale, enfin la cachexie extrêmement profonde du malade. (Chauffard)

Si l'on veut bien assortir les symptômes propres aux deux affections, les comparer, les peser, on peut, dans la plupart des cas, porter un diagnostic différentiel assez ferme.

*Observation.* — (Personnelle, service Hôp. N.-D.) M. C. malade depuis 6 mois, 62 ans. N'a jamais fait de maladie grave avant la maladie actuelle. Il y a 6 mois, en travaillant, il devint subitement jaune. Transporté chez lui il est resté jaune depuis. Admis à l'hôpital il y a quelques semaines, nous relevons les symptômes suivants. (Voir planche V.)

PLANCHE V.



Cancer primitif de la tête du pancréas avec cancer secondaire du foie.  
Sur cette planche la poire est la vésicule biliaire dilatée par accumulation de la bile. La partie quadrillée (zone pancréatique) était la région douloureuse où il y avait une tumeur perceptible à la palpation.

Foie augmenté de volume, bosselé, indolore.

Vésicule biliaire dilatée, visible sur la vignette que voici.

Douleur et tumeur à la région pancréatique.

Ascite énorme : Nous avons enlevé plus de 12,000 grammes de liquide par ponctions successives.

Décoloration des selles : (Stéarrhée), urobilinurie.

Ictère bronzé : Amaigrissement.

Voici donc une observation typique à rapprocher des autres.

Ictère subit sans aucune douleur — aucune histoire de crise hépatique antérieure — suivi d'une dilatation permanente de la vésicule, hypertrophie de foie.

Douleur et tumeur à la région pancréatique, etc.

C'est un cas net de cancer de la tête du pancréas qui s'est développé insidieusement. Peu à peu le pancréas a écrasé le cholédoque amenant, à un moment donné, une constriction complète, empêchant par écrasement le passage de la bile d'après le mécanisme démontré à la planche II, Fig. A (Voir plus haut page 376.)

## EVOLUTION

Laissée à elle-même, la pancréatite chronique d'origine biliaire évolue nécessairement vers la cachexie et la mort.

Mais la marche n'est pas toujours semblable à elle-même.

Ou bien le malade, privé de tous les sucs nécessaires à la digestion, meurt d'inanition autant que d'intoxication par la bile infectée et répandue dans le sang; ou bien il présente les signes de la péritonite aiguë. (V. Planche II pour mécanisme et explications.)

Dans ce dernier cas, le malade est emporté par la pancréatite hémorragique avec cytotéatonécrose, c'est-à-dire une auto-digestion due aux ferments du suc pancréatique; la stéapsine, l'amylase, et la trypsine.

Un calcul obstruant complètement le canal excréteur de la glande, le suc pancréatique est emprisonné. (V. pl. II, p. 376.) "sous l'influence d'une lithiase biliaire, dit Gauthier (1) une lésion pancréatique secondaire se produit, qui permet au suc pancréatique de diffuser hors de ses voies naturelles, en sorte que, par sa trypsine, ce suc attaque la paroi des vaisseaux et provoque des effusions sanguines, des hémorragies parfois collectées en hématômes qui donnent un caractère si particulier à cette variété de pancréatite, en même temps que, par sa stéapsine il décompose la graisse du tissu adipeux et produit la cytotéatonécrose disséminée dans toute la cavité abdominale."

Comme l'a dit si justement le professeur Dieulafoy, (2) les ferments du suc pancréatique sont mis au service, non pas d'une bonne cause, qui est la digestion intestinale, mais au service d'une mauvaise cause qui est la digestion anormale et atypique des tissus graisseux et vasculaires du pancréas du péritoine et de ses annexes. De l'action nocive et combinée des ferments pancréatiques résultent des nécroses des cellules adipeuses et des nécroses vasculaires, d'où la cytotéatonécrose et les hémorragies.

Une autre forme d'évolution m'a frappé au cours de mes observations: c'est que la pancréatite d'origine calculuse semble évoluer plus tard dans certains cas vers le cancer du pancréas et le cancer secondaire du foie. (Voir Obs. V, page 377.)

(1) Gauthier. *Actualités médicales*.

(2) *Presse Médicale*, 15 octobre 1907.

Il y a là un processus en tout semblable à l'ulcère de l'estomac évoluant plus tard vers le cancer.

Le calcul détermine des lésions purement inflammatoires qui évoluent, chez certains malades, vers le cancer, si l'intervention est lente, si la lésion est ignorée au début.

Ces malades présentent tous les symptômes propres aux calculs, l'opération ou l'autopsie démontrent la présence de calculs, mais il y a plus: à notre grande surprise, nous trouvons du cancer. L'observation V en est démonstrative.

Quant à l'observation VI, elle l'est aussi, mais le cancer était plus manifeste.

Nous ne pouvons donc pas nous prononcer dans tous les cas, sur ce point.

#### PRONOSTIC

Le pronostic est plutôt sombre, excepté dans les formes chroniques susceptibles d'une intervention opératoire. Tout dépend, bien souvent, de la célérité du médecin et du chirurgien.

Voici une statistique:

|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| Pancréatites chroniques . . . . . | 13%   |
| — suppurées . . . . .             | } 50% |
| — nécrotiques . . . . .           |       |

#### TRAITEMENT

Seule, la chirurgie peut donner un résultat effectif.

Le rôle du médecin s'arrête au diagnostic et à l'indication opératoire.

La pancréatite chronique, peut aussi, je crois, évoluer vers le cancer.

L'observation V en serait un exemple frappant. Mais si on trouve des lésions de cancer, elles sont nécessairement secondaires. La pancréatite d'origine biliaire a évolué secondairement vers le cancer.

Il en est de même de l'obs. VI, car ces malades ne présenteraient aucun des signes classiques du cancer primitif du pancréas.

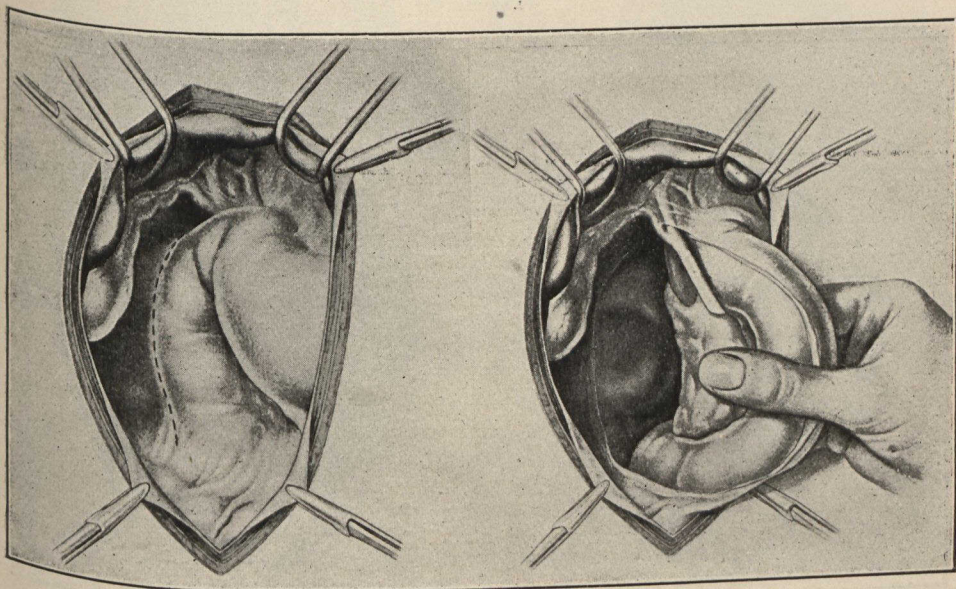
Le malade n° VI a présenté des signes de cancer du corps du



pancréas. En effet, ces crises épigastriques qui le forçaient à se tenir courbé en deux, avec douleurs vives s'irradiant vers les côtes et l'épaule du côté gauche indiquaient que le plexus solaire était pris.

Je vous ai dit, au début, que le pancréas était couché sur le plexus solaire. Lorsqu'il y a lésion du corps, les ganglions semi-lunaires, les petits et grands splanchniques avec leurs anastomoses sont pris et provoquent l'apparition de ces crises épigastriques.

PLANCHE VI



Ouverture de l'abdomen et du péritoine viscéral.  
Mise à jour du pancréas en arrière du duodénum.

ques qui peut faire penser au tabès quelquefois, car ici nous n'avons plus ni tumeur, ni ictère, etc. (Voir pl. I, p. 374.)

C'est probablement ce qui est arrivé chez notre malade.

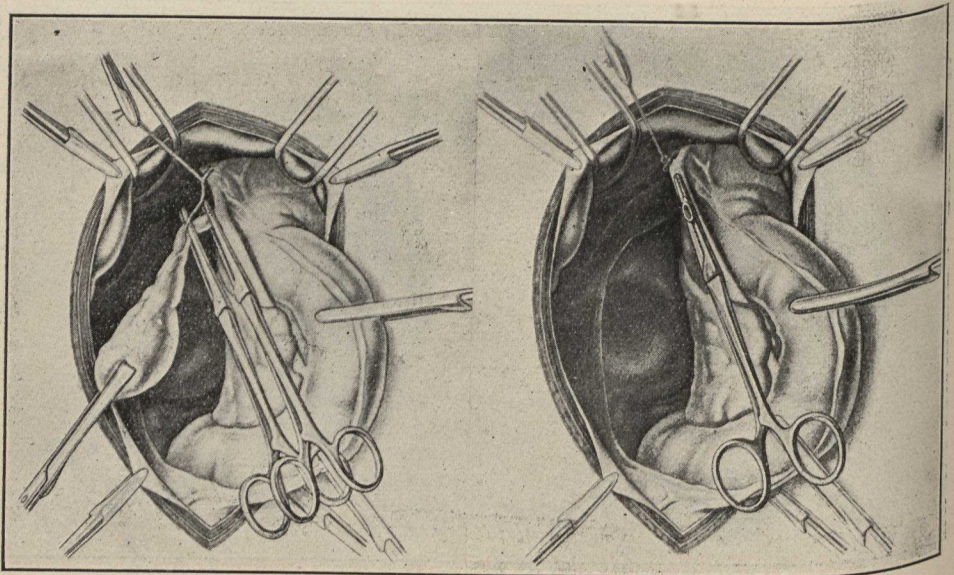
Ce sont ces cas que l'on peut confondre avec la pancréatite aiguë.

Ainsi, un malade a fait des cholécystites avec coliques, ictères, etc. . ., le traitement médical l'a peu ou pas amélioré, l'ictère persiste, l'amaigrissement s'accroît, la stéarrhée est complète; en pareil cas, le médecin doit appeler le chirurgien.

Attendre plus longtemps serait exposer le malade aux complications énumérées plus haut.

Quant au procédé opératoire, quoique médecin, je vous l'indique sommairement, afin de compléter mon travail: Incision de Kehr, en baillonnette, incision du péritoine duodénal, décollement du duodénum, exploration de la tête du pancréas et des voies biliaires, ablation de la vésicule et de la totalité du canal cystique, drainage des voies biliaires principales, remise du duodénum en

PLANCHE VII



Décollement du pancréas et de la vésicule biliaire.  
Une pince appliquée sur le canal cystique.  
Résection après suture de l'artère hépatique.

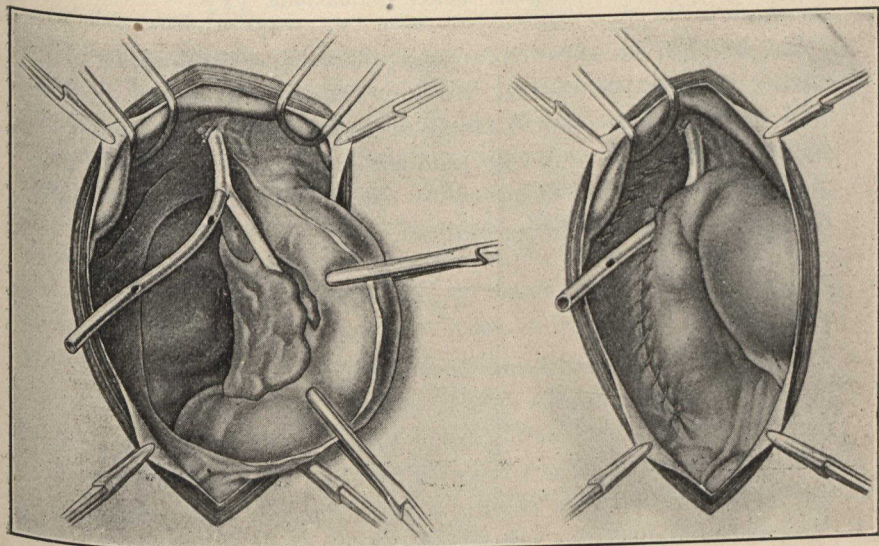
place, suture du péritoine duodénal et de la vésicule, épiploplastie, suture de la paroi.

“ Peu à peu, dit Dieulafoy, la bile reprend ses voies naturelles, elle traverse le canal cholédoque qui est devenu perméable et elle se déverse dans l'intestin.

Les signes de rétention disparaissent, l'état général s'améliore, et enfin la lésion scléreuse du pancréas rétrocede, la tumeur disparaît.

La pancréatite guérit, grâce au drainage momentané qui a dérivé à l'extérieur une bile nocive, capable, d'une façon ou d'une autre, d'entretenir et d'activer la cirrhose du pancréas."

PLANCHE III



Drainage par introduction d'une sonde en caoutchouc dans le canal hépatique. — Suture, fermeture du ventre avec la sonde en place.

P. S. — Le malade dont il est question à la page 386 est décédé le 30 juin.

*Autopsie* : Estomac normal.

Pancréas augmenté de volume, parsemé de noyaux cancéreux.

Le foie est énorme, présentant à la coupe des signes évidents de cirrhose biliaire. De plus, il est parsemé de noyaux qui ont l'apparence de noyaux cancéreux. Je publierai plus tard le résultat de l'analyse microscopique.

La vésicule biliaire est distendue, bien qu'elle ne renferme aucun calcul.

Le canal cholédoque est complètement fermé par des brides pancréatiques qui l'étouffent.

— En somme, cette question des pancréatites d'origine calculieuse est une des plus intéressantes à étudier. Le diagnostic différentiel est possible dans presque tous les cas et le traitement curatif existe lorsque l'intervention est faite en temps opportun.

P. S. Les planches 2, 3 4 sont empruntées à un travail de Gauthier sur les "calculs des voies biliaires et pancréatites" dans "Les actualités médicales" chez Ballières et fils, 1908. Les planches 6, 7 et 8 sont empruntées à la Thèse de Desjardins, 1905 "Etudes sur les pancréatites".

## REVUE GENERALE

### REGIME LACTE ET REGIME DECHLORURE DANS LA DIETETIQUE DES AFFECTIONS RENALES.

Leurs dangers. Leurs indications. (1)

En présence des affections rénales, nous disposons de deux principaux régimes diététiques, le régime lacté et le régime déchloruré. Mais encore faut-il savoir prescrire ces régimes quand ils sont indiqués, et je veux vous montrer aujourd'hui les écueils auxquels peut se heurter l'application exagérée et trop systématique de l'un ou de l'autre de ces régimes.

\* \* \*

Preions d'abord *le régime lacté exclusif*.

Il y a quelques années encore, la seule constatation d'albumine dans les urines constituait pour le médecin une indication immédiate du régime lacté, et souvent du régime lacté absolu. Depuis quelques années, on est revenu, à juste titre, de cette conception. Mais certains médecins suivent cependant encore ces anciens errements. Or, cette pratique présente trois ordres d'inconvénients:

1° *Le régime lacté entraîne souvent un état de dénutrition rapide.* Il y a quelque temps, je vous ai montré une jeune fille de quinze ans, atteinte de néphrite chronique albumineuse simple: mise au régime lacté absolu, elle perdit 11 kilogrammes en moins de trois mois, et en arriva presque à un véritable état d'inanition; par un simple changement de régime, en prescrivant un régime lacto-végétarien, puis de la viande, je la vis très rapidement reprendre ses forces.

En 1898, dans le service de M. Chauffard, je vis un malade atteint d'une forte albuminurie: il en était arrivé, du fait du régime lacté, à un état d'inanition tel que le pronostic était considéré comme fatal à bref délai; comme ce malade réclamait à manger, je lui donnai cette satisfaction qu'on accorde à un mourant, et de ce jour son état s'améliora, au point qu'il put très rapidement reprendre ses occupations; aujourd'hui encore, bien que con-

(1) Par le Dr J. CASTAGNE, Professeur agrégé à la Faculté, Méd en des Hôpitaux, dans la Clinique, 20 mai 1909.

servant la même albuminurie, il vit et mange comme tout le monde.

Est-ce à dire qu'il faille prescrire le régime courant à tous les malades atteints de néphrites? Evidemment non. Cette ligne de conduite n'est indiquée que pour une catégorie de malades, pour ceux qui n'ont pas de troubles de la perméabilité rénale et éliminent bien leurs chlorures. Chez de tels malades, le régime lacté, sans diminuer en rien l'albuminurie, n'a pour résultat que d'inanitier les malades et d'en faire des proies faciles pour toutes les affections et spécialement pour la tuberculose. Dans cette catégorie de malades je fais rentrer la dégénérescence amyloïde, la néphrite chronique albumineuse simple, l'albuminurie orthostatique sans trouble de perméabilité rénale, dont je vous présentais hier un cas typique: tous ces malades relèvent d'une alimentation normale et ne peuvent que souffrir du régime lacté;

2° *Le régime lacté provoque souvent des troubles digestifs et, par leur intermédiaire, une augmentation notable de l'albuminurie.* Il est, en effet, des malades qui supportent mal le lait; d'autres, au contraire, arrivent à en ingérer de trop grandes quantités, jusqu'à quatre et six litres par jour. Dans les deux cas, ils sont exposés à des troubles dyspeptiques gastro-intestinaux: langue saburrale, haleine mauvaise, fermentations intestinales, avec selles diarrhéiques et grumeleuses, traduisant une assimilation défectueuse du lait. De tels accidents peuvent, non seulement aggraver l'état général, mais encore augmenter l'albuminurie, par suite de la mauvaise assimilation et du passage dans la circulation d'albumines hétérogènes. J'ajoute que, même en dehors de ces troubles, beaucoup de malades, soumis indûment à un régime lacté exclusif, arrivent à se dégoûter de ce régime, qu'on ne pourra plus leur imposer lorsque, du fait de l'évolution de leurs lésions rénales, ils en seront devenus justiciables;

3° *Il est des symptômes morbides contre lesquels le régime lacté est souvent impuissant, quand il ne les aggrave pas,* je veux parler des œdèmes et de la dilatation du cœur. Il arrive souvent, en effet, de voir des œdèmes résister au régime lacté, alors qu'ils cèdent rapidement au régime déchloruré. De même, vous verrez des malades atteints de néphrite chronique urémigène avec dilatation cardiaque, mis au régime lacté exclusif, ingérer des quantités considérables de liquide, qui, augmentant la tension de leur appa-

reil circulatoire, ne feront qu'accroître leur dilatation cardiaque: chez ces malades, il suffira de réduire la quantité des liquides, en leur donnant, par exemple, du riz au lait très concentré, pour voir régresser tous les troubles cardiaques.

Voici donc établi le procès du régime lacté exclusif, qui doit être écarté, selon moi, dans tous les cas où il n'y a pas de troubles de perméabilité rénale, ni de troubles dans les éliminations chlorurées, c'est-à-dire en cas d'albuminurie orthostatique, de débilité rénale simple ou de néphrite chronique albumineuse simple. J'ajoute que ce régime est également contre-indiqué dans la dégénérescence amyloïde et dans la néphrite chronique hydropigène, auxquelles s'adresseront d'autres régimes.

Par contre, le régime lacté exclusif me paraît conserver deux grandes indications les néphrites aiguës et la néphrite chronique urémigène, mais à des degrés différents.

Dans les *néphrites aiguës*, le régime lacté absolu doit être immédiatement institué, c'est le traitement de choix, le traitement indispensable en pareil cas, sans discussion.

Mais, dans la *néphrite chronique urémigène*, il s'agit d'une affection à évolution très lente, contrecoupée de périodes aiguës d'urémie: ici, le régime lacté absolu ne peut être imposé d'une façon continue, sous peine de voir les malades s'en dégoûter: il faut, chez ces malades, prescrire un régime lacto-végétarien, avec, chaque mois, pendant quatre ou cinq jours consécutifs, un régime lacté absolu, accompagné de purgation, et prescrit systématiquement sans attendre les accidents urémiques; mais, si des accidents aigus d'urémie apparaissent, il faut alors immédiatement prescrire le régime lacté absolu, qu'on fera même précéder de plusieurs jours d'un régime hydrique.

\* \* \*

Le régime déchloruré a constitué un progrès considérable dans le traitement des néphrites, car il permet à certains malades d'éviter l'inanition vers laquelle ils s'acheminaient avec le régime lacté, et il vient à bout d'accidents qui résistaient souvent au lait. Découlant des recherches de MM. Achard et Lœper sur les rétentions chlorurées, ce régime a été appliqué par M. Widal et ses élèves au traitement des néphrites avec œdèmes. Mais, comme

pour le régime lacté, beaucoup de médecins ont généralisé l'emploi du régime déchloruré à toutes les néphrites: c'est là une pratique regrettable, et qui expose à divers accidents.

1° *Chez les malades atteints de lésion rénale, sans rétention chlorurée, le régime déchloruré est complètement inutile et parfois nuisible.* En pareil cas, en effet, ce régime négligemment prescrit peut provoquer des troubles digestifs: l'estomac ne reçoit plus d'éléments chlorurés aptes à entretenir son fonctionnement glandulaire, et souvent alors les malades présentent des troubles digestifs multiples, dégoût des aliments, ballonnement de l'estomac, éructations, ralentissement de la digestion, diarrhée. J'ajoute que le régime déchloruré peut même, chez de tels sujets, augmenter le chiffre de l'albuminurie; j'ai même vu un étudiant qui, n'ayant pas d'albuminurie, s'était soumis à titre d'expérience au régime déchloruré, présenter à sa suite une albuminurie franche. Il n'y a donc aucune raison de prescrire un tel régime en l'absence de troubles d'élimination des chlorures.

2° Si, au contraire, nous prenons les malades atteints d'une lésion rénale avec rétention chlorurée, les indications du régime diffèrent suivant qu'on est en présence d'une néphrite chronique hydropigène ou d'une néphrite chronique urémigène, s'accompagnant de rétention chlorurée sèche.

*S'agit-il d'une néphrite chronique hydropigène?* Ici, en dehors de la rétention chlorurée qui provoque l'œdème, il n'y a pas de troubles de perméabilité rénale, les éliminations azotées sont normales. Aussi le régime déchloruré est-il indiqué d'une façon absolue, c'est à cette catégorie de malades que s'adresse spécialement ce régime, et c'est chez eux qu'il donnera les merveilleux résultats que l'on sait. La perméabilité rénale étant normale, il faudra chez ces malades prescrire le régime déchloruré le plus large, avec légumes et viande, et, sous son influence, on verra très rapidement les œdèmes se résorber, les forces se relever, l'état général se transformer. Mais il arrive que ces malades supportent mal le régime déchloruré prolongé: je vous citerai seulement l'exemple de ce malade actuellement soigné dans le service pour une néphrite chronique hydropigène, avec grosse albuminurie de nature syphilitique: au bout de quelques jours de régime déchloruré, et par deux fois, il présenta des troubles gastro-intestinaux si graves qu'il n'arrivait plus à ingérer qu'un peu d'eau et

de thé; avec un demi-gramme de sel par jour, qu'il ajoutait lui-même à ses aliments au moment des repas, tous ces phénomènes disparurent, et l'on vint à bout de l'anasarque et des troubles de l'état général. Ces cas d'intolérance ne sont pas exceptionnels, et il faut alors, comme chez notre malade, substituer au régime déchloruré absolu un régime hypochloruré.

*S'agit-il d'une néphrite chronique urémigène?* Beaucoup de médecins ne virent ici aussi que les dangers du sel et prescrivirent, comme dans les cas précédents, le même régime déchloruré, sans distinction. En voici un cas typique: il s'agit d'un homme atteint d'une néphrite chronique urémigène et qui présenta des crises d'angine de poitrine; M. Gilbert l'ayant mis au régime lacté, ce régime fut très bien supporté, et les accidents angineux disparurent. A quelques mois de là, un ami du malade, qui avait été guéri d'un anasarque brightique par le régime déchloruré, lui conseilla d'aller voir le médecin qui l'avait ainsi soigné; le conseil fut suivi, et le médecin, n'ayant pas fait la différence entre les deux variétés de malades, prescrivit, cette fois encore, le même régime déchloruré, y compris la viande; dix jours après, j'étais appelé en toute hâte auprès du malade, atteint d'une crise d'œdème aigu du poulmon, qui ne céda que par une saignée abondante.

De tels cas sont fréquents, car chez ces malades le danger provient des aliments azotés, et spécialement de la viande, bien plus que du sel. Aussi, alors que les malades atteints de néphrite chronique hydropigène relevaient du régime déchloruré le plus large, avec viande, en cas de néphrite chronique urémigène au contraire, si l'on a recours au régime déchloruré, il faut le prescrire absolument végétarien, en supprimant rigoureusement la viande. Mais ces malades, en dehors de leur régime, ont souvent des troubles gastro-intestinaux relevant de phénomènes de petite urémie. Pour s'accommoder de leur régime, ils substituent habituellement au sel divers condiments: citron, épices, moutarde, qui sont susceptibles d'augmenter leurs troubles gastriques; on évitera cet abus des condiments en joignant une très faible quantité de sel à leur régime déchloruré.



\* \* \*

Somma toute, il faut donc être extrêmement prudent, et surtout il ne faut pas être systématique à l'excès dans l'application des régimes alimentaires aux néphrites, et les quelques grandes indications de ces régimes peuvent, selon moi, se résumer de la façon suivante :

Dans les néphrites aiguës, il faut toujours avoir recours au régime lacté absolu. Mais dans les néphrites chroniques, il faut distinguer plusieurs catégories de faits : si la perméabilité rénale est normale, même pour les chlorures, dans les albuminuries mal classées, les albuminuries orthostatiques, les albuminuries par débilité rénale, il est inutile et même nuisible de prescrire un régime exclusif, et spécialement le régime lacté, et il suffit de prescrire au malade une alimentation suffisante ; dans les néphrites chroniques hydropigènes, avec rétention chlorurée, mais sans imperméabilité rénale et avec élimination normale des autres substances et spécialement des substances azotées, il faut prescrire le régime déchloruré le plus large, avec viande ; mais dans les néphrites chroniques urémigènes, où il y a non seulement rétention des chlorures, mais rétention des autres substances et spécialement de l'urée, il faut avoir recours à un régime déchloruré, avec un peu de sel au besoin, mais sans viande, c'est-à-dire un régime lacto-végétarien, qu'on entrecoupera de temps en temps par des périodes de régime lacté.

---

#### LE TRAITEMENT DU TÉTANOS (1)

Le tétanos, maladie d'intoxication comme la diphtérie, n'a pas bénéficié dans la même mesure que celle-ci des merveilleux effets de la sérothérapie. Tandis que nous possédons contre la diphtérie un sérum, et même des sérums pourvus de propriétés curatives et préventives, nous n'avons encore contre les tétanos qu'un sérum doué de propriétés uniquement préventives. Encore, l'efficacité de cette action prophylactique est-elle contestée. Cette incertitude relativement à la prévention du tétanos par le sérum est des plus fâcheuses en détournant médecins et chirurgiens de son em-

(1) Par P. AUBRY (de Nantes), dans *Revue Française de Médecine et de Chirurgie*.

ploi systématique chez les blessés et chez les opérés. Bien que le tétanos tende à devenir aujourd'hui de plus en plus rare, il apparaît encore trop souvent à l'occasion de traumatismes insignifiants.

Il est donc intéressant, en présence des affirmations contradictoires et des discussions qui se sont produites récemment au sujet de la sérothérapie antitétanique, de revenir sur cette question et de tâcher d'éclaircir deux points essentiels :

1° D'abord, est-il possible de compter sérieusement sur l'action préventive du sérum, et comment doit-on l'employer ?

2° En cas de tétanos déclaré, si l'on ne peut attendre chez l'homme les résultats thérapeutiques obtenus chez les animaux, à quelles autres méthodes de traitement est-il permis de recourir, en l'état actuel de nos connaissances ?

\* \* \*

1. — *Faut-il admettre comme certaine l'action préventive du sérum ?*

Nocard avait montré que le sérum des chevaux, immunisés contre le tétanos par l'injection de cultures virulentes, est doué de propriétés antitoxiques. Une faible dose suffit à préserver le cheval du tétanos provoqué par une dose de toxine sûrement mortelle, à condition que le sérum soit injecté 24 ou 48 heures d'avance. On pourrait également prévenir le développement du tétanos consécutif aux opérations pratiquées chez les jeunes chevaux, opérations si fréquemment suivies d'un tétanos mortel. (Castration, amputation de la queue, cure de la hernie.)

Les blessures accidentelles auxquelles le cheval est exposé, telles que le clou de la rue, l'enclouure, les morsures, coups de pieds, coups de fourche, se compliquent également de tétanos avec la plus grande facilité. Le champ d'expérience était donc illimité; nombre de vétérinaires injectèrent préventivement le sérum aux chevaux soit après traumatismes accidentels, soit après opérations. Les statistiques fournissent les résultats les plus satisfaisants; sur près de dix-sept mille animaux traités préventivement par le sérum, un seul cheval a été atteint de tétanos.

D'autre part, le tétanos continuait d'apparaître fréquemment chez les animaux non traités par le sérum. Les vétérinaires qui avaient adopté la méthode sérothérapique préventive voyaient

seuls tous leurs opérés échapper aux complications tétaniques. Ces complications frappaient dans une large proportion la clientèle des abstentionnistes.

La preuve est donc faite pour les grands animaux domestiques de l'efficacité et de la sécurité de la méthode préventive. Pourquoi n'en est-il pas de même chez l'homme ?

Plusieurs chirurgiens qui avaient d'abord adopté sans discuter la pratique des injections préventives chez leurs blessés, ont vu survenir des insuccès, et, dans une proportion assez forte pour être amenés, les uns à ne plus employer le sérum qu'avec hésitation, les autres à cesser complètement d'en faire usage.

L'un des premiers, M. Bazy, après avoir constaté dans son service de Bicêtre l'apparition de quatre cas de tétanos en un an, se résolut à traiter par l'injection prophylactique de 10 centimètres cubes tous ses blessés, dès leur arrivée. Il n'observa plus, depuis lors, un seul cas de tétanos.

En 1902, au Congrès de chirurgie, MM. J. L. Championnière, Bazy, Schwartz, Guinard, Manoury, Reboul, Vallas confirmaient l'heureux effet de la méthode préventive à laquelle ils devaient de n'avoir plus qu'un seul cas de tétanos.

Mais bientôt surgirent des contradicteurs, à la suite de cas malheureux, et, pour résoudre le doute, Krafft de Lausanne prit l'initiative d'une enquête qui, malgré les conclusions tirées par lui en faveur de l'efficacité des injections préventives ne réussit pas à convaincre tout le monde. En 1906, devant le Congrès allemand, et, en 1907, devant la Société de Chirurgie de Paris, la question fut remise à l'étude, et bien que forte de l'appui de nombreux adhérents, la sérothérapie préventive subit de rudes attaques.

M. Reynier, alléguant les nombreux insuccès de la méthode, l'insuffisance des données pratiques permettant d'en régler l'application : nous ignorons totalement les conditions de persistance ou d'activité pathogène du bacille de Nicolaïer dans nos tissus : nous ne savons ni à quel moment ni à quelle dose il faut injecter le sérum. Tout ce que nous savons, c'est que le sérum n'a qu'une durée d'action limitée, qu'il faut répéter l'injection tous les six ou huit jours pendant un temps déterminé, et que, même après ces précautions, on n'est pas garanti contre l'apparition soudaine et tardive du tétanos. Aussi M. Reynier déclare-t-il qu'on ne peut

avoir confiance dans le sérum actuellement usité; il faut attendre un sérum plus actif, conférant une immunité plus durable.

Mais est-il sage, est-il prudent de négliger les moyens dont nous disposons aujourd'hui et de dédaigner la sérothérapie antitétanique parce qu'elle ne réussit pas toujours! C'est ce que ne pense pas M. Le Dentu qui a pris pour règle de pratiquer des injections répétées dans les cas qui comportent le plus de risques. Tel est également l'avis de M. J. Lucas Championnière. La valeur préventive du sérum est probable chez l'homme: il n'est pas permis de négliger cette précaution contre une infection dont les germes sont répandus partout.

Mais c'est M. Vaillard qui a le plus énergiquement soutenu l'utilité et la nécessité de la sérothérapie préventive. Son long plaidoyer impose la conviction par l'abondance de la documentation et l'analyse exacte des faits; c'est dans ses discours en juin dernier, à l'Académie de Médecine, qu'il faut aller rechercher l'ensemble de nos connaissances et de nos moyens en ce qui regarde le traitement préventif du tétanos.

D'abord il n'est contesté par personne que les symptômes tétaniques résultent de l'élaboration au foyer d'infection de toxines sécrétées par les bacilles de Nicolaïer et par leurs spores. Ces toxines diffusent avec une extrême rapidité et se fixent électivement sur les éléments nerveux qu'elles altèrent profondément. Si l'on injecte à un cobaye simultanément, mais non dans le même endroit, une petite quantité de culture virulente et du sérum antitoxique, l'animal ne tarde pas à présenter des accidents tétaniques qui guérissent. La toxine chemine donc plus vite dans l'économie que l'antitoxine, et celle-ci ne peut produire son effet préservateur que si elle n'est pas injectée après un trop long délai, variable suivant les espèces animales.

Chez l'homme atteint de tétanos, la sérothérapie intervient toujours trop tard pour agir efficacement. Il n'en est pas ici comme pour la diphtérie où l'intoxication a un point de départ certain qui est la fausse membrane. Chez le tétanique, on ne peut savoir à quel moment les germes virulents ont commencé de verser leur poison dans l'économie. L'antitoxine neutralise bien la toxine encore circulante, ou incessamment sécrétée au niveau de la plaie, mais elle est sans action sur celle qui s'est combinée aux éléments nerveux. Surtout, elle ne peut rendre à la cellule nerveuse et

aux conducteurs nerveux leur intégrité de structure et leurs propriétés physiologiques modifiées de façon irréparable. Il ne faut donc rien attendre des effets curatifs du sérum contre le tétanos déclaré.

Mais le sérum peut-il prévenir ? Comment, en présence des faits négatifs et des affirmations contradictoires, se faire une opinion fondée sur la valeur préventive absolue du sérum ? Il serait d'abord indispensable de savoir pendant combien de temps le sérum injecté exerce son action prophylactique, quelle dose il faut pour l'obtenir, combien de fois il est nécessaire de renouveler l'injection.

Si toutes les plaies, même les plus légères, une simple piqûre d'épine par exemple, peuvent servir d'entrée aux germes tétaniques, il est sûr cependant que certaines circonstances exposent davantage à cette redoutable complication. Ce sont les plaies irrégulières, contuses, anfractueuses, à bords infiltrés de sang, les plaies salies et souillées, compliquées de la présence de terre et de corps étrangers, qui sont les plus dangereuses. Les plaies superficielles et minimales ne le sont que dans la mesure où, négligées, elles ont échappé à l'asepsie et à l'antisepsie. Certaines opérations sur le ventre et les organes abdomino-génitaux, hystérectomies et cure radicale de hernies, y prédisposent notoirement.

Comme il est impossible d'injecter préventivement tous les blessés et tous les opérés, on devra réserver la sérothérapie pour les cas précités, pour les plaies suspectes, sauf à étendre l'application de la méthode à toutes si, dans un service d'hôpital il vient à se déclarer un cas de tétanos.

Il ne faut pas craindre d'injecter de fortes doses. Dix centimètres cubes ne suffisent pas ; il faut doubler et même tripler cette dose, la répéter toutes les semaines, dans les cas de plaies difficiles à nettoyer, de grands délabrements, de fractures compliquées.

M. Vaillard conseille, pour assurer la prévention dans les traumatismes inquiétants, d'injecter au début et d'emblée 20 à 30 centimètres cubes, puis de réitérer l'injection avant la fin de la première semaine, et ensuite tous les huit jours.

De la sorte, bien du sérum aura été dépensé inutilement peut-être ; mais le chirurgien devra toujours songer au cas si frappant de Kummer (de Genève) qui, ayant cessé comme inutile la pra-

tique des injections préventives, vit succomber au tétanos le premier opéré auquel il négligea d'en faire.

Peut-on se contenter de l'emploi du sérum sec, dont on saupoudre la surface de la plaie? Ce moyen est absolument insuffisant. L'absorption du sérum desséché n'a lieu que si la plaie reste découverte, à nu; la plaie est-elle recouverte d'un pansement, une quantité considérable de sérum se perd dans le pansement. Aussi le sérum en poudre doit être réservé pour les plaies superficielles, pour les écorchures qui ne nécessitent pas un pansement.

\* \* \*

## II. — *Traitement du tétanos déclaré.*

Le traitement véritablement curatif est encore à trouver. Le sérum est impuissant, parce que l'action neutralisante de l'antitoxine sur la toxine intervient trop tard. Voici un exemple: Un serviteur du laboratoire de Behring se blesse accidentellement avec une aiguille imprégnée de toxine tétanique. Le sérum est injecté et cependant un tétanos léger se déclare, qui guérit. Que serait-il advenu si le sérum n'avait été appliqué qu'une heure plus tard?

Cependant, quelque aléatoire que soit l'emploi du sérum contre les symptômes tétaniques déclarés, nombre de chirurgiens ont adopté comme pratique de faire des injections quotidiennes de 10 centimètres cubes ou davantage, en même temps qu'ils recourent au chloral à doses élevées. Ils espèrent ainsi, sinon libérer les éléments nerveux de la toxine qui s'est combinée avec eux, du moins parvenir à saturer celle qui est sécrétée de façon continue par les germes virulents inclus du niveau de la plaie d'inoculation. Quant aux doses de chloral, elles ne sont pas moindres que 18 à 20 grammes; on est loin des doses de 6 à 8 grammes employées autrefois par Verneuil et par Langenbeck, les auteurs de la méthode.

Il va sans dire que ces moyens ne sauraient dispenser absolument le chirurgien de recourir à la mesure qui coûte le plus, mais qui parfois apporte le salut dans des cas désespérés, je veux dire l'éradication du foyer infectieux, fût-elle obtenue par le sacrifice du membre tout entier.

Depuis quelques années, des tentatives ont été faites pour échapper à cette dure alternative d'une thérapeutique inefficace ou d'un

sacrifice trop cruel. On a recours à des traitements inspirés par les conceptions physiologiques plus ou moins légitimes et rationnelles. Nous allons les passer en revue.

a) La méthode de Baccelli, qui consiste en des injections sous-cutanées d'acide phénique à hautes doses, a donné de bons résultats en Italie. Deux cents cas n'auraient présenté que 10 pour 100 de mortalité. Mais le plus grand nombre se rapportent sans doute à des contractures partielles souvent curables. M. Gaillard a communiqué à la Société médicale des Hôpitaux, une observation de tétanos guéri par les injections d'acide phénique; mais on avait employé concurremment les injections répétées du sérum.

b) La méthode de Blake consiste à pratiquer des injections intra-rachidiennes d'une solution de sulfate de magnésie. Cette méthode se base sur les recherches expérimentales de Meltzer et Auer, qui ont montré que les sels de magnésie portent leur action sur les conducteurs nerveux "dont ils réalisent temporairement une véritable section physiologique". On évacue une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien par la ponction lombaire et on injecte une solution de sulfate de magnésie à 25 pour 100. La dose est de 1 centimètre cube pour 25 livres de malade. Ce traitement a été appliqué à neuf cas de tétanos, sept en Amérique, deux en Europe. Les accidents rares, et relativement bénins, consistent surtout en rétention d'urine passagère; les bons effets sont manifestes.

Les résultats obtenus par la méthode de Blake sont donc assez encourageants. Il semble qu'on pourrait en combiner l'emploi avec le chloral à hautes doses, surtout dans les cas qui apparaissent comme graves et désespérés.

c) Les injections de cholestérine ont été employées en Italie. Les auteurs de la méthode, MM. Almagia et Mendès, de Rome, ont ainsi traité avec succès deux malades atteints de tétanos grave. Almagia, qui avait été amené par l'expérimentation à employer la cholestérine pour enrayer les accidents causés par l'injection préalable de toxine chez l'animal; la cholestérine posséderait, à l'égard de la toxine, un pouvoir de fixation et de neutralisation considérable. Les doses injectées ont varié de 15 et 30 centigrammes jusqu'à 2 gr. 80 par jour.

Quoiqu'il en soit du bien fondé des théories directrices qui ont conduit à de tels essais, il convient de ne pas dédaigner une ressource qui s'offre au médecin désarmé devant une affection si redoutable.

# NOUVELLES

## LE PROFESSEUR LANNELONGUE

La visite du Professeur Lannelongue à Montréal, nous est très agréable, en même temps qu'elle nous honore ; d'abord, parce qu'il est une des personnalités chirurgicales les plus illustres de la Faculté de Paris et, en second lieu, parce qu'il a été un des professeurs que nous avons écouté avec le plus d'attention lors de notre séjour en Europe.

A l'occasion de cette visite, le personnel enseignant de la Faculté de Laval s'est réuni d'urgence au Club St-Denis, afin de présenter ses hommages au savant voyageur.

Mais nous aurions voulu cette fête, cette manifestation au professeur et à la science française, plus grande et plus digne de son amphitryon.

Le Professeur Odilon-Marc Lannelongue est né à Castéra-Verdregan (Gers), en 1840.

En 1867, il devient agrégé à la Faculté de Paris et médecin des hôpitaux.

En 1883, membre de l'Académie de médecine pour la section de pathologie externe.

En 1884, professeur de pathologie externe, avec un service de chirurgie infantile à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Député en 1893, sénateur depuis.

On doit au professeur Lannelongue de remarquables travaux sur les affections congénitales, les maladies des os, etc.

Ses principaux ouvrages sont :

“ Du pied bot congénital ” (1869).

“ De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance ” (1880).

“ Abscès froid et tuberculose osseuse ” (1881).

“ Tuberculose vertébrale ” (1888).

“ Traité des kystes congénitaux ” (1886).

“ Affections congénitales ” (1891), etc.

M. Lannelongue rapporte une très bonne impression de sa visite au Canada.

Nos Universités l'ont vivement intéressé. Mais dans un moment de confidentielle sincérité il nous a avoué qu'il ne les trouvait pas suffisantes.



En effet, dit-il, l'Université ne doit pas être seulement une institution d'enseignement, qui délivre des brevets ; elle doit être aussi un milieu d'expériences et de recherches.

Puis il nous souhaite qu'un jour vienne où nous apporterons notre part aux découvertes scientifiques.

---

#### BOURGEOIS.

Le docteur B. G. Bourgeois vient d'être nommé chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

C'est le choix de la Faculté qui vient d'être ratifié.

L'UNION MÉDICALE est heureuse de présenter au nouveau titulaire ses plus sincères félicitations.

Nous connaissons trop Bourgeois pour douter qu'il ne puisse remplir ses fonctions à la satisfaction générale des exigences qu'elles requièrent.

Jeune, travaillant, ambitieux dans de justes limites, Bourgeois sait se faire estimer de tous, même de ceux qui auraient pu convoiter cette promotion.

Il a enfin toutes les qualifications requises pour faire de l'enseignement clinique chirurgical ; il est une acquisition précieuse et pour la Faculté et pour l'hôpital qui vient de lui ouvrir ses portes.

En allant chercher Bourgeois à l'Hôtel-Dieu, la Faculté vient, ici, de créer un précédent sérieux et significatif. C'est la reconnaissance d'une filiaire dans la qualification à l'enseignement, et la décentralisation dans le choix des candidats. Ce procédé créera plus d'émulation chez ceux qui travaillent et qui étaient mis en échec par un système de promotion d'ancienneté.

C'est le plus sûr moyen pour la Faculté de s'assurer des candidats nombreux et bien qualifiés.

---

#### LE CENTENAIRE DE L'OVARIOTOMIE (1).

Pour célébrer l'opération d'Ephraïm Mac Dowel (de Kentucky) qui en mars 1809 enleva, avec succès, un kyste de l'ovaire à une dame Crawford, la Société de Gynécologie, présidée par le

(1) Dans la *Gazette des Hôpitaux*.

professeur Reddle Goffe, réunit à New-York les représentants de la gynécologie du monde entier.

Toutefois, si l'on en croit Kœberlé, la première opération pour kyste ovarique fut pratiquée, il y a plus de deux siècles, en 1701, par Houstoun, de Glasgow. Sans doute, au vours du XVIII<sup>e</sup> siècle, on parla de l'ovariotomie, mais on ne la pratiqua guère. C'est donc, avec raison, que les Américains tiennent à honorer la mémoire de leur compatriote, car Mac Dowel pratiqua treize ovariotomies et enregistra huit succès.

Malgré cela, il n'y eut guère, pendant la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, que des tentatives isolées et malheureuses, à tel point qu'en 1850 l'Académie de médecine disqualifiait l'ovariotomie qu'elle considérait comme meurtrière et barbare. Elle ignorait les succès obtenus en Angleterre par Spencer Wells et plusieurs autres chirurgiens.

Ce fut en 1862 que Kœberlé pratiqua sa première ovariotomie à Strasbourg. En 1864, il publia une statistique de douze cas avec neuf guérisons. L'élan était donné. On fut obligé de reconnaître que l'ouverture du ventre était chose possible. Ce fut à dater de Kœberlé que la chirurgie abdominale a pris son véritable essor.

Mais il serait injuste de ne pas associer à son nom celui de Péan qui, par ses hautes qualités chirurgicales, contribua le plus, après lui, à poser les bases de la chirurgie nouvelle.

RHÉAUME.

---

## INTERETS PROFESSIONNELS

---

### LE CHARLATANISME ET LA NOUVELLE LOI MEDICALE

Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs le texte de la loi tel qu'il se lit actuellement à propos de l'exercice illégal de la médecine.

— On constate avec plaisir qu'on a fait disparaître l'obligation où on était de prouver rémunération pour qu'il y eut matière à poursuite.

Aujourd'hui tout est changé.

— Un autre avantage qui découle nécessairement du précédent c'est le droit que possède le Collège des Médecins de supprimer la licence à un médecin qui exerce en société avec un charlatan (homme ou femme).

Nous allons faire cesser un système en honneur dans certains quartiers où l'on voit des médecins — ils sont peu nombreux, heureusement — s'associer à des "bonnes femmes" qu'ils protègent de leur licence pour exercer illicitement la médecine.

Comme ces bonshommes — je n'ose dire confrères — ont perdu tout sens moral et n'ont aucune notion de l'honneur professionnel, la loi va prendre les moyens de leur insuffler un sauf nouveau ou bien les renvoyer à d'autres besognes plus conformes à leurs aptitudes.

En ces temps d'asepsie, il faut avoir les mains propres..... pour rédiger une ordonnance.

— *Vae victis!*.....

\* \* \*

#### Article 4002 L.

Sans vouloir restreindre la signification des mots "exercer la Médecine", pratiquer des accouchements, prendre part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, soit en administrant des médicaments, soit en faisant usage de procédés mécaniques, physiques ou chimiques, ou de radiothérapie, ou de rayons X, constituent l'exercice de la médecine.

#### DES PÉNALITÉS ET DES POURSUITES

#### Article 4002 R. R.

(1) Toute personne non enregistrée dans cette province, qui est trouvée coupable d'y avoir exercé la médecine, la chirurgie ou l'obstétrique, en contravention avec les dispositions de la présente section, encourt une pénalité n'excédant pas cinquante piastres (\$50.00) pour la première offense et pas moins de cinquante piastres

tres (\$50.00), et pas plus de deux cents piastres (\$200.00) pour toute offense subséquente.

Cette disposition ne s'applique pas aux services rendus gratuitement par des personnes qui, à raison de leur état, peuvent, dans des circonstances spéciales, faire des actes qui autrement tomberaient sous le coup de cette loi.

(2) Une pénalité de cinquante piastres pour une première offense, et de cent piastres pour une seconde offense, et de deux cents piastres pour toute offense subséquente est encourue par toute personne qui assume le titre de DOCTEUR, de médecin ou de chirurgien, ou tout autre nom ou titre qui pourrait faire supposer qu'elle est autorisée légalement à exercer la médecine, la chirurgie ou l'obstétrique dans cette province, si elle ne peut établir ce fait par une preuve légale, ainsi que voulu par la présente section et par la loi.

(3) Toute personne qui assume dans une annonce, dans un papier nouvelles ou par des circulaires écrites ou imprimées, ou sur des cartes d'adresse, ou sur des enseignes, un titre, un nom ou une désignation de nature à faire supposer qu'elle est dûment enregistrée ou a qualité à exercer la médecine, la chirurgie ou l'obstétrique, ou toute personne soit pour elle-même, soit pour le compte d'un médecin licencié qui offre ou qui donne ses services comme médecin, chirurgien ou accoucheur, même à titre gratuit, si elle n'est pas dûment autorisée et enregistrée dans cette province, en vertu de la présente section, est, dans chacun de ces cas, passible d'une semblable amende de cinquante piastres pour une première offense, de cent piastres pour une deuxième, et de deux cents piastres pour toutes offenses subséquentes.

\* \* \*

— On a souvent dit que les lois étaient faites pour être violées, mais les temps sont changés, paraît-il, et il appert que pour cha-  
que *bâtard il y aura une recherche activa de la paternité* !.....

LA RÉDACTION.

---

# ANALYSES

## CHIRURGIE

**Diagnostic et traitement des occlusions intestinales**, par GOEBELL,  
dans *Gazette Médicale de Paris*.

On peut distinguer deux formes d'occlusion: la strangulation et l'obturation. Dans la strangulation, qui est déterminée par la formation des nœuds, par la torsion, etc., le mésentère est toujours compris dans l'étranglement, ce qui n'a pas lieu dans l'obturation qui, elle, est provoquée par des corps étrangers (calculs biliaires, coprolithes, vers, tumeurs) et aussi par étranglement et torsion.

Les symptômes de la strangulation, dont la marche est généralement plus aiguë et plus grave que celle de l'obturation, sont les suivants: début brusque avec douleurs diffuses ou localisées, vomissements, sueur froide, pâleur, pouls accéléré, anxiété; tension musculaire de l'abdomen non combinée avec sensibilité à la pression; douleurs persistantes.

Quelquefois, on réussit à saisir l'anse atteinte devenue immobile et consistante, au besoin, par palpation rectale ou vaginale. Il se produit de l'écoulement dans la cavité abdominale. La péritonite, qui ne tarde pas à survenir, efface le tableau caractéristique.

L'obturation présente les signes suivants: début graduel; arrêt des matières et des gaz, mouvements péristaltiques exagérés et douloureux; ventre dur, douleurs intermittentes; les vomissements ne surviennent que lorsque l'intestin devient paralytique; plus l'obstacle est situé haut dans l'intestin, et plus tôt se produisent les vomissements.

Pendant plusieurs jours on peut observer un pouls normal, une température normale et absence de péritonite. Parfois, les signes se confondent, on constate des transitions de l'obturation à la strangulation.

L'invagination, qui se produit plus fréquemment chez les enfants que chez l'adulte, provoque des vomissements, des selles muqueuses et sanguinolentes et, selon le siège, tantôt une diminution, tantôt une exaltation des mouvements péristaltiques.

Le traitement doit être précoce, chirurgical; on doit intervenir dans les 24 heures. Pas d'opiacés, pas de laxatifs, alimentation nulle, pas d'atropine qui est funeste. Le camphre peut être utile. L'atropine n'est indiquée que lorsqu'on est absolument certain de se trouver devant une occlusion spastique, occasionnée par un calcul biliaire ou un corps étranger. Des lavements profonds et des lavages de l'estomac peuvent être essayés à la condition de ne pas avoir affaire à une tumeur perforée.

## PÉDIATRIE

**La pneumonie du sommet chez l'enfant**, par DESMARS: Thèse de Paris, 1908, *La Clinique*, avril 1909 — Roy.

Très fréquente chez l'enfant à partir de deux ans, la pneumonie siège au sommet du poumon avec une fréquence de plus de 50 pour 100, et, sans que l'on sache pourquoi, affecte d'une façon prédominante le sommet droit. Si souvent l'évolution de la pneumonie du sommet s'effectue normalement, comme celle de toute autre pneumonie, mais avec les diverses réactions propres à l'enfance, il n'en est pas moins vrai que certaines formes cliniques s'observent de préférence dans les cas de localisation apicale; et, parmi celles-ci, il faut surtout signaler les formes cérébrales, typhoïdes, migratrices, abortives, prolongées, et particulièrement les formes frustes à signes stéthoscopiques retardés.

Le pneumonie à type cérébral, décrite par Rilliet et Barthez, se présente sous trois modes différents: la forme éclamptique se caractérise par des convulsions épileptiformes générales ou localisées de préférence aux muscles de la face ou des yeux. Dans la forme comateuse, le tableau clinique semble encore plus grave, le petit malade prostré, indifférent à ce qui l'entoure, portant la main à sa tête, se plaignant du moindre contact, ressemble absolument à un enfant atteint de méningite, et l'erreur est d'autant plus facile à commettre qu'il peut y avoir du strabisme, de la constipation, des vomissements, des irrégularités respiratoires, du signe de Kernig et de la raideur de la nuque.

La forme délirante ne s'observe guère qu'à partir de cinq ans et se caractérise le plus souvent par un délire tranquille, parfois par une agitation extrême. Ces diverses formes peuvent se combiner ou se succéder l'une à l'autre.

La forme typhoïde a un début tantôt brusque, tantôt insidieux, marqué par des épitaxies, des vomissements; puis une diarrhée bilieuse, fétide s'installe, et le petit malade hébété, somnolent, ou délirant, avec une langue sale, des lèvres sèches, des dents fuligineuses, un abdomen ballonné, ressemble absolument à un typhique.

Dans tous les cas l'erreur est d'autant plus facile à commettre que la pneumonie du sommet est de toutes les pneumonies du jeune âge celle où l'on observe le plus grand nombre de formes centrales à signes stéthoscopiques tardifs. Cette dernière forme se caractérise par des symptômes généraux et fonctionnels de pneumonie: début brusque, fièvre élevée en plateau, accélération

très notable de la respiration, battements des ailes du nez, et par une absence complète des signes physiques, qui n'apparaissent qu'au bout de quelques jours, parfois même au moment seulement de la défervescence, et redressent souvent alors un diagnostic erroné. On doit citer aussi la forme migratrice où le reste du poulmon est peu à peu envahi, la forme prolongée.

Le diagnostic peut être difficile ; il doit toujours s'appuyer sur les signes généraux et surtout sur les signes fonctionnels qui sont si nets et ont une si grande valeur chez l'enfant. Pour les formes cérébrales, la ponction lombaire tranchera la question ; il faut être prévenu de la fréquence avec laquelle on trouve des lymphocytes ou des polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien qui traduisent l'irritation des méninges, particulièrement dans les formes normales de pneumonie infantile. Le séro-diagnostic sera utile dans la forme typhoïde ; enfin l'examen bactériologique des crachats retirés soit de l'estomac, soit du larynx, pourra être d'un précieux secours.

Le pronostic est presque toujours bénin, même dans les formes nerveuses si bruyantes. Quant au traitement, il ne diffère du traitement ordinaire de la pneumonie infantile que quand il y a des indications particulières : stimulants quand il y a collapsus ; antispasmodiques, glace, bains, ponction lombaire en cas de phénomènes méningés.

---

### Bronchite et broncho-pneumonie des jeunes enfants, par MARFAN, dans *Gazette Médicale de Paris*.

Trois indications : aseptiser les bronches — faciliter l'expectoration — calmer la toux.

Chez les enfants du premier âge, dans la forme légère, prescrire le séjour à la chambre, à une température de 17 c : envelopper les jambes dans une couche d'ouate recouverte de taffetas gommé ; pratiquer deux fois par jour des onctions sur le thorax avec le liniment térébenthiné du Codex, ou, deux ou trois fois par jour, cataplasme sinapisé (dans la forme intense) qu'on laisse deux à trois minutes jusqu'à rubéfaction de la peau ; enfin, faire évaporer trois à quatre fois par jour, dans une théière, un quart de litre d'eau additionnée d'une cuillerée à café de :

|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| Créosote de hêtre .....     | 5 grammes |
| Teinture de benjoin.....    | 10 —      |
| Essence de térébentine..... | 100 —     |

Mêlez.

Vomitif si l'enfant est âgé de plus de trois ans, robuste, avec une bronchite intense, beaucoup de râles, sonores, muqueux et respiration un peu accélérée. Dans ce cas, qui se présente surtout dans la coqueluche, prescrire aux enfants de trois à douze mois une cuillerée à café de sirop d'ipéca, toutes les cinq minutes, jusqu'à effet vomitif. Son administration ne doit pas être répétée, sous peine d'affaiblir l'enfant et de provoquer l'entérite.

Dans la bronchite intense des nourrissons, prescrire l'ipéca à dose très faible, et sous forme d'infusion, en l'associant aux balsamiques et aux antispasmodiques. Si la fièvre est intense, ajouter 10 à 30 centigrammes d'antipyrine.

Si la diarrhée apparaît le quatrième ou cinquième jour de la bronchite, cesser toute médication, mettre le nourrisson à la diète, à l'eau bouillie, pendant 6 heures et, dans ce temps, administrer, toutes les deux heures un des paquets :

|               |                        |
|---------------|------------------------|
| Calomel ..... | 0 gr. 03 à 05 centigr. |
| sucré .....   | 0 gr. 50               |

A diviser en trois paquets.

Si la bronchite s'étend aux capillaires et aux globules, si, en un mot, la forme bénigne devient grave par apparition de broncho-pneumonie, insister sur les cataplasmes sinapisés ; appliquer plus souvent et même pratiquer des enveloppements hydriques du thorax qui apaisent, en plus, l'agitation et favorisent la diurèse.

Les stimulants diffusibles, qui sont aussi des expectorants, sont doublement indiqués. Repousser l'emploi de l'alcool, le remplacer par l'éther et l'acétate d'ammoniaque :

|                           |                     |           |
|---------------------------|---------------------|-----------|
| Acétate d'ammoniate ..... | 0 gr. 50 centigr. à | 2 grammes |
| Sirop d'éther .....       | 10                  | —         |
| Julep gommeux .....       | 110                 | —         |

M. s. a.

Dans les broncho-pneumonies à forme commune, pratiquer, tous les 2 ou 3 jours, une injection d'huile camphrée au dixième : jusqu'à six mois, un quart de gramme ; après six mois, un demi-gramme ; après deux ans, 1 gramme.

Si on constate des signes d'anesthésie cardiaque ou d'asphyxie, il faut recourir aux injections de caféine.

Dans certains cas de bronchite capillaire suffocante, recourir à la révulsion étendue et très rapide, qui sera surtout réalisée par le bain sinapisé ou le bain froid répété deux ou trois fois par jour.

Dans la bronchite capillaire toxique, c'est la réfrigération hydrique qui, seule, pourra juguler cette septicémie bronchique, particulièrement grave.



**Traitement de la tuberculose pulmonaire par les tuberculines de Koch**, par M. R. VERHOOGEN, dans la *Presse Médicale*, 16 juin 1909.

Cet auteur a fait sur ce sujet une communication que nous croyon devoir reproduire parce qu'elle résume clairement les méthodes actuelles de traitement de la phthisie par les tuberculines de Koch, méthodes toujours très en honneur auprès de certains médecins, surtout à l'étranger.

On emploie aujourd'hui pour le traitement de la tuberculose pulmonaire deux tuberculines différentes préparées suivant les indications de Koch :

La *tuberculine ancienne* (T. A.) est constituée par une culture de bacilles virulents, tuée et réduite par évaporation au dixième de son volume primitif ; elle contient les toxines diffusibles que le bacille excrete au cours de son évolution. — L'*émulsion bacillaire* (E. B.) s'obtient au moyen de corps bacillaires lavés, triturés et émulsionnés dans de l'eau additionnée d'une petite quantité de glycérine ; elle contient des endotoxines, celles que le bacille renferme dans sa substance propre ; un centimètre cube de cette émulsion correspond à un demi-milligramme de corps bacillaires.

Au point de vue thérapeutique, on emploie la T. A. de plusieurs manières différentes, dont deux sont surtout usitées :

Le procédé dit *par étapes*, préconisé principalement par Petruschky, ne peut être employé que chez les tuberculeux apyrétiques. Il consiste en injections répétées de doses minimales, mais progressivement croissantes, de T. A. poursuivies très prudemment jusqu'au moment où apparaissent les signes avant-coureurs de la réaction, ou tous autres symptômes anormaux, tels qu'une accélération non motivée du pouls, une ascension appréciable de la courbe thermique ( $0^{\circ}5$ ), une diminution notable du poids, des douleurs thoraciques, etc. Quand le traitement est bien conduit, on peut arriver, en deux ou trois mois de temps, à donner des doses allant de 0,1 à 30 milligrammes de T. A., ou davantage. Après un repos d'une durée égale à celui de la période de traitement on fait une nouvelle "étape", et ainsi de suite jusqu'à ce que la guérison soit obtenue, ce dont on peut s'assurer à l'aide d'injections "de diagnostic".

Cette méthode de traitement est applicable aux sujets peu atteints, disposés, pour le surplus, à poursuivre avec soin et régularité une cure qui peut demander 2 ou 3 ans, que l'on est d'ailleurs fréquemment obligé de suspendre ou d'interrompre momentanément. Elle est recommandable pour la catégorie des malades

qui fréquentent les sanatoria, mais ne saurait être utilisée dans les hôpitaux, où l'on a affaire, le plus souvent, à des sujets plus ou moins valides, séjournant momentanément à l'hôpital, de préférence durant les mois d'hiver, pour y refaire quelque peu leurs forces ; ces sujets se soustraient au traitement dès qu'ils pensent être à même de reprendre le travail. Les seuls malades qu'on puisse y conserver durant un temps suffisant sont ceux dont les forces sont totalement épuisées, ceux qui présentent les lésions les plus graves et les plus étendues, les cachectisés, en tout cas les fébricitants chroniques. Il serait impossible et dangereux de recourir pour eux au procédé des étapes. Aussi leur donne-t-on la T. A. à doses minimes, de 1/500 à 1/50 de milligramme, une à deux fois par semaine, en surveillant attentivement les réactions qui pourraient se produire et en prenant grand soin de ne demander à ces organismes épuisés aucun effort qui, dans le sens de l'immunisation, dépasse les minimes ressources dont ils peuvent disposer encore.

Quant à la E. B., on peut, dans les mêmes conditions, la donner à partir d'un demi-millième de milligramme de substance bacillaire, jusqu'à atteindre un à deux dixièmes de milligramme. Dans ces conditions, on peut encore obtenir quelques résultats appréciables : celui que l'on observe le plus fréquemment, c'est la disparition de la fièvre.

Pendant le cours de l'hiver dernier, M. Verhoogen a appliqué le traitement par la tuberculine à 11 malades de son service de l'hôpital Saint-Pierre ; il est intéressant de voir avec quels résultats.

Avec la tuberculine T. A. (2 cas), le résultat a été absolument nul. Dans deux autres cas, sur neuf, traités par la tuberculine E. B., le résultat a été également nul. Dans deux autres cas, il n'a été guère appréciable. Par contre, dans cinq cas, la courbe thermique a été influencée d'une manière nettement favorable.

M. Verhoogen conclut cependant que, tels quels, ces résultats encouragent à poursuivre l'essai du traitement par l'émulsion bacillaire, au moins chez les sujets arrivés à la période ultime de la maladie, avec l'espoir d'obtenir une modification favorable dans la marche de la température et la disparition de cette fièvre hectique qui les épuise.

— M. Stiénon montre qu'il faut se défier de l'observation purement clinique quand on veut apprécier la valeur de la tuberculine au point de vue thérapeutique : chaque jour, en clinique, des tuberculeux à toute période voient leur état s'améliorer sans le se-

cours d'aucune tuberculine. Mais que donne l'expérimentation chez les animaux? Rien, absolument rien.

Si les malades qui ont été tuberculinisés avec les précautions qu'on rend si minutieuses offraient, à l'examen nécropsique, quel que indice d'un travail anatomique de guérison de la tuberculose, on pourrait au moins conserver quelque espoir de voir la tuberculine, maniée d'une certaine façon, devenir un élément du traitement utile. Or, il n'en est rien. M. Stienon a examiné avec soin un grand nombre de poumons de sujets qui avaient été tuberculinisés suivant les méthodes en usage; ces poumons n'offraient aucun indice d'un travail réparateur.

Aussi se demande-t-il pourquoi la tuberculine, quelle qu'elle soit, est encore, entre les mains de certains médecins, un moyen de traitement de la tuberculose, et n'est-il pas extraordinaire de voir comment cette grande erreur de Koch a laissé, malgré tant de désastres, subsister dans l'esprit de ces médecins l'espoir que ce médicament, si nocif à doses élevées, puisse bien être de quelque utilité à dose infinitésimale, alors que ni l'expérimentation ni l'observation des malades ne justifient en rien cette hypothèse.

---

**Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse par le sérum antidiphthérique**, dans *Journal de Méd. et Chirurg. pratiques*, 25 mai 1909.

M. le Dr Derouet a exposé dans sa thèse, en se basant sur plus de trente observations, une méthode de traitement de la pleurésie préconisée depuis assez longtemps déjà par M. le Dr Jaulin et qui consiste dans l'emploi du sérum antidiphthérique en injections sous-cutanées.

L'emploi du sérum de Roux par le docteur Jaulin, dans le traitement des pleurésies, remonte déjà à une dizaine d'années. En janvier 1906, il présentait à la Société de Médecine du Loiret une série de 7 malades ainsi traités, la plupart avec succès.

Depuis lors, le docteur Jaulin n'a pas cessé, tant dans son service hospitalier de l'Hôtel-Dieu d'Orléans que dans sa clientèle privée, d'employer ce mode de sérothérapie. La plupart des observations citées par M. Derouet ont été communiquées par lui ou ont été prises dans les différents services de l'hôpital d'Orléans.

Les malades ayant été soigneusement examinés et la quantité de liquide évaluée aussi exactement que possible par les procédés cliniques ordinaires, on n'employait le traitement que si le liquide restait stationnaire ou était en période d'augmentation.

Les injections de sérum étaient faites dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale.

Les doses employées ont été généralement de 20 centimètres cubes par injection.

La hauteur du liquide pleural ayant été de nouveau répétée lors de l'injection, son évolution est suivie pendant deux jours. Le troisième jour, si aucune amélioration n'est constatée, on pratique de nouveau, et dans les mêmes conditions, une seconde injection de 20 centimètres cubes de sérum. Enfin, si l'amélioration n'est pas suffisante, ou si on n'en constate aucune, une troisième injection a pu être faite le troisième jour après la seconde.

On n'a jamais employé d'autre traitement concomitant. Quelques-uns de ces malades ont eu, avant leur arrivée à l'hôpital, des vésicatoires. A d'autres, on a appliqué quelques ventouses sèches. Mais ces moyens ne paraissent pas avoir eu sur l'épanchement une influence quelconque.

Si on s'est abstenu de tout traitement local, il n'en a pas été de même pour le traitement général, auquel on doit attacher une importance primordiale dans la thérapeutique de la pleurésie. Les malades ont été soumis aux prescriptions de l'hygiène, à la suralimentation et, dans presque tous les cas on leur administre du cacodylate de soude en injections hypodermiques.

Voici maintenant les résultats principaux obtenus.

Sur 31 cas traités, 18 fois, l'épanchement a complètement et définitivement disparu dans un temps variant de 2 à 10 jours, ce qui porte la moyenne de guérisons à 58,06 pour 100.

3 fois, l'épanchement a diminué après les injections, mais sa disparition n'a été complète que dans un laps de temps de 10 à 22 jours.

Dans 7 cas, le sérum n'a paru avoir aucune action et la thoracocentèse dut être appliquée.

Il reste, enfin, 3 cas, qui pour diverses raisons ne peuvent rentrer dans les catégories précédentes.

Les 18 malades dont la guérison, si rapide, doit être attribuée au sérum de Roux peuvent être ainsi répartis, au point de vue de la nature de la maladie :

- 1 pleurésie traumatique ;
- 1 pleurésie succédant à une pneumonie ;
- 2 au cours d'une fièvre typhoïde ;
- 8 tuberculeux ou suspects de tuberculose ;
- 5 dont la nature n'a pas été notée.

Chez tous ces malades, la guérison a été franche, nettement due au sérum, la disparition du liquide étant souvent complète le sur-

*lendemain de l'injection.* Chez quelques-uns, deux injections ont été nécessaires, la première étant toujours suivie d'une amélioration immédiate et sensible.

La dyspnée s'est atténuée dès le lendemain de l'injection. Le malade s'est senti soulagé et les nuits ont été meilleures.

En général, *la température s'est abaissée de 1 degré le soir même ou le lendemain de l'injection.* On a souvent observé cette chute, même chez les malades dont l'épanchement restait stationnaire après le sérum ou même continuait à augmenter. Dans plusieurs cas, où deux et trois injections furent nécessaires, la température est descendue après chaque injection pour remonter à 38° le lendemain ou le surlendemain.

Il est assez difficile d'expliquer l'action du sérum de Roux, dans la pleurésie, mais M. Derouet fait remarquer que ce sérum a été utilisé avec succès dans bien des maladies différentes la pneumonie (Talamon) la broncho-pneumonie, la fièvre typhoïde, l'ozène, les hémorrhagies des hémophiles, l'érysipèle (Mongour), les ulcères infectieux de la cornée (Darier), etc.

En somme et comme conclusion, on peut dire que le traitement par le sérum antidiphthérique s'est montré efficace dans plus de la moitié des cas. Il a amené la disparition du liquide et de la fièvre dans un laps de temps très court, très souvent moins de quatre jours, permettant ainsi au malade d'éviter le long affaiblissement qui résulte de la durée habituelle des épanchements pleuraux. Enfin son emploi ne comporte aucun danger; la technique opératoire est réduite à une injection hypodermique, et on peut facilement se la procurer partout.

---

#### THÉRAPEUTIQUE

**Pathogénie et traitement de l'asthme.** dans *Revue internationale de Clinique et de Thérapeutique.*

*Traitement intermédiaire curatif.* — Il doit avoir pour objet de prévenir le retour de nouvelles attaques, et, si possible, de modifier le terrain à la fois névropathique et diathésique sur lequel évolue l'asthme-névrose, de façon à couper en quelque sorte le mal à sa racine. Des moyens très divers sont à mettre en œuvre, pour atteindre ce but.

Et tout d'abord il y a lieu de rappeler que certaines médications empiriques sont connues depuis longtemps pour être aptes à empêcher ou à retarder le retour des attaques d'asthme, chez certains

malades, mais non chez tous. Comme telle, il y a lieu de mentionner en première ligne, l'administration systématique de la belladone ou de son principal alcaloïde l'atropine, puis la médication iodurée, instituée suivant certaines règles, enfin l'administration interne du soufre.

Trousseau associait la médication belladonnée à l'essence de térébenthine et à l'arsenic ; voici la formule de son traitement :  
 1° Dix jours de suite, chaque mois, le malade prend le soir, en se couchant, d'abord une, puis trois jours après, deux, et les quatre derniers jours, quatre pilules ainsi composées :

|                                 |                |
|---------------------------------|----------------|
| Rec. Extrait de belladonne..... | 1 centigramme. |
| Poudre de belladonne.....       | 1 --           |

M. — F. s. a. une pilule.

Ou bien encore un, deux et jusqu'à quatre granules d'atropine d'un milligramme.

2° Les dix jours qui suivent, on remplace les préparations belladonnées par le sirop de térébenthine, à la dose d'une cuillerée à bouche prise trois fois par jour, et mieux par trois capsules d'essence de térébenthine.

3° Les dix derniers jours du mois, le malade est mis à l'usage des cigarettes arsenicales.

Enfin, comme complément du traitement, le malade prend tous les dix jours, le matin à jeun, un paquet de 4 grammes de poudre de *quinquina calisaya*, qu'il délaye dans une infusion de café torréfié.

Trousseau ne s'est pas fait faute de reconnaître que cette médication, à laquelle il avait dû de très beaux succès, était loin d'être infaillible.

Le traitement par l'administration interne de la fleur de soufre a été vanté jadis par Duclos, de Tours, à l'égal d'un spécifique. Il réussit admirablement chez certains malades, mais il échoue chez beaucoup d'autres. Il se recommande à la fois par sa simplicité et par son innocuité. Voici sa formule :

Prendre en une fois, le matin, soit à jeun, soit au moment du déjeuner, 50 centigrammes à 1 gramme de fleur de soufre lavée. Cette médication est continuée pendant six mois environ, à raison de vingt jours par mois, puis pendant un an ou dix-huit mois, à raison de dix jours par mois.

L'iodure de potassium peut être dénommé, sans exagération, le remède curatif par excellence de l'asthme, celui qui, administré avec méthode et persévérance, donne le plus de succès. On a coutume de lui associer d'autres remèdes synergiques: lobélie, poly-

gala, datura, jusquiame, opium, caféine, etc. Voici les formules des préparations à base d'iodure de potassium, les plus usitées dans le traitement de l'asthme :

1° *Potion de H. Green.*

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| Rec. Iodure de potassium..... | 8 grammes |
| Décoction de polygala.....    | 100 —     |
| Teinture de lobélie.....      | 25 —      |
| — d'opium camphré.....        | 25 —      |

M. — A prendre deux ou trois cuillerées à soupe chaque jour.

2° *Elixir anti-asthmatique d'Aubrée.*

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| Rec. Racine de polygala..... | 2 grammes |
|------------------------------|-----------|

Faire bouillir dans :

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| Eau.....                        | 125 — |
| Pour réduire par coction à..... | 60 —  |

Passez la décoction à travers une étamine et ajoutez :

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| Iodure de potassium..... | 15 —  |
| Sirop d'opium.....       | 120 — |
| Eau-de-vie.....          | 60 —  |

Colorez le liquide avec :

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| Teinture de cochenille..... | q. s. |
|-----------------------------|-------|

Filtrez. — Dose : trois cuillerées à bouché par jour ; le matin, à jeun, dans le milieu de la journée et le soir.

3° *Formule de Dujardin-Beaumez.*

|                          |                |
|--------------------------|----------------|
| Iodure de potassium..... | } à 15 grammes |
| Teinture de lobélie..... |                |
| — datura.....            | 5 à 8 —        |
| Eau distillée.....       | 250 —          |

M. — Dose : Une cuillerée à soupe à chacun des deux principaux repas.

4° *Formule de Barth.*

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| Extrait thébaïque.....   | 0 gr. 50 centigr. |
| — de jusquiame.....      | } à 10 grammes    |
| Iodure de potassium..... |                   |
| Eau distillée.....       | 200 —             |

M. — Une cuillerée à soupe à chacun des deux principaux repas.

Est-ce là tout ce que le médecin peut et doit tenter, dans un cas d'asthme, en vue d'obtenir la guérison radicale de cette maladie? Non pas. Il devra toujours se souvenir qu'en fin de compte, l'asthmatique appartient à une catégorie spéciale de neurasthéniques. C'est sur quoi a tout particulièrement insisté le Dr Treussel, dans une récente étude (*Deutsche medizin. Wochenschrift*, 1908, no 53) consacrée au traitement de l'asthme. Ce n'est ni en vain ni à tort qu'on a qualifié l'asthme vrai de nerveux; aussi bien la prédisposition à cette maladie implique-t-elle une perturbation congénitale ou acquise, des fonctions psychomotrices. Il importe de ne pas négliger cette notion, quand on entreprend le traitement curatif de l'asthme chronique, et, corrélativement, de ne pas négliger le côté psychothérapique du traitement. C'est pourquoi le médecin fera appel à la volonté du malade, il s'efforcera de le convaincre de ce que sa maladie est curable. Il le persuadera de la nécessité d'opposer au trouble de l'innervation, qui se traduit par les accès d'asthme, des exercices respiratoires exécutés avec méthode, systématiquement. Chaque jour, par exemple, il lui fera faire l'exercice que voici: Soulever conjointement les deux membres supérieurs jusqu'à la verticale, ce qui équivaut à exécuter une inspiration profonde; puis appliquer les mains sur les parties antéro-latérales du thorax. Dans cette seconde attitude, comprimer, le plus possible, la cage thoracique pendant la seconde phase de l'expiration. D'autres exercices, empruntés à la gymnastique suédoise, pourront concourir au résultat désiré, qui est celui-ci: remédier à cette sorte d'incoordination intermittente des mouvements respiratoires, qui, chez l'asthmatique, se produit sous l'influence de certaines causes occasionnelles, lors d'une attaque d'asthme, de même que par la rééducation des muscles des membres, on corrige dans une certaine mesure et pour une durée plus ou moins longue l'incoordination tabétique, l'ataxie. Chez l'asthmatique, le trouble de la coordination se résume dans ces deux termes: inspiration incomplète; expiration à la fois spasmodique et prolongée.

Il faut se rappeler ensuite que l'asthme, à l'instar de ce qui a lieu pour l'épilepsie, reconnaît souvent une origine réflexe, et que les accès d'asthme ont alors pour point de départ habituel une irritation soit de la muqueuse nasale ou de l'arrière-gorge, soit de l'estomac ou de l'intestin, (constipation, helminthiase), soit des organes génitaux. Il faut donc procéder minutieusement à la recherche de ces foyers éventuels d'irritation, et quand elle aboutit à un résultat positif, agir en conséquence. Nombreuses sont les observations démontrant que la cautérisation de la muqueuse des



cornets inférieurs, l'extirpation d'un polype naso-pharyngien, l'institution d'un régime sévère, destiné à prévenir la réplétion excessive et la distension de l'estomac, l'administration opportune d'un anthelminthique, la suppression d'un foyer d'irritation ayant pour siège les organes génitaux, peut amener la guérison plus ou moins durable de l'asthme. On a objecté, il est vrai, non sans raison, qu'en pareils cas, le traitement avait agi par voie de suggestion, chez des sujets manifestement hystériques. Cette objection ne fait que corroborer la doctrine suivant laquelle l'asthme est essentiellement une maladie de l'ordre des névroses.

Quand on a affaire à des malades aisés, que leurs occupations ne rivent pas à une résidence déterminée, il ne faut pas négliger de faire appel aux ressources, précieuses en l'espèce, que la climatothérapie nous offre contre l'asthme vrai. Dans sa leçon citée plus haut, Trousseau avait cité maints exemples de malades qui n'avaient jamais eu d'attaques lorsqu'ils habitaient certains pays, tandis que, dans d'autres, ils en étaient extrêmement tourmentés. "Ceci doit être mis à profit, ajoute-t-il. Mais en conseillant le changement de lieux, vous devez en appeler à la propre expérience des sujets, ou les avertir s'ils n'ont pas essayé de ce moyen de traitement souvent si efficace, que cette expérience seule doit être leur guide. Il n'est pas, en effet, de règle absolue à cet égard : telle localité convenant à celui-ci, ne conviendra pas à celui-là. Ainsi les lieux bas conviennent généralement aux personnes dont la respiration est, comme on le dit difficile ; les lieux élevés leur sont contraires". Cependant Trousseau citait le cas d'un officier supérieur qui, sujet à des attaques d'asthme incessantes lorsqu'il habitait Paris, en fut délivré pendant dix mois qu'il passa à Clermont-Ferrand, et n'eut pas le petit accès d'oppression pendant tout le temps qu'il resta dans les montagnes du Mont-Doré, où il faisait à pied et à cheval de nombreuses excursions. D'autre part, un jeune interne des hôpitaux de Paris, qui, à l'hôpital Beaujon, avait constamment des accès d'asthme, en fut délivré, lorsqu'il eut obtenu de permuter avec un de ses camarades de l'Hôtel-Dieu, qui, en raison de sa situation sur les bords de la Seine, occupe la partie la plus basse de la capitale. Il lui suffisait ensuite de se rendre à l'hôpital Beaujon, dîner avec ses anciens collègues, pour être pris d'un accès d'oppression. Il est permis de croire que l'auto-suggestion n'était pas étrangère à la provocation de ces accès d'asthme. En tout état de cause, on peut poser en principe que les asthmatiques se trouvent presque toujours bien du séjour prolongé dans une atmosphère pure, privée de poussière, et dans une station ensoleillée. Seulement, tandis qu'aux uns conviennent

les stations d'altitude, les autres ne sont délivrés de leurs accès d'asthme que dans des localités basses, au bord de la mer, par exemple.

**Traitement local du rhumatisme chronique**, par le Dr DARDEL, dans *Journal de Méd. et Chirurg. pratique*, 10 mai 1909.

M. le Dr Dardel (d'Aix-les-Bains), étudiant dans la *Province médicale* le traitement du rhumatisme chronique, donne quelques formules qui peuvent être utilement prescrites..

Les liniments ou les pommades à base de *belladone* peuvent être prescrits, par exemple :

|                              |        |        |
|------------------------------|--------|--------|
| Chlorhydrate de cocaïne..... | 1      | gramme |
| Extrait de belladonne .....  | 4      | —      |
| Vaseline .....               | } à 20 | —      |
| Lanoline.....                |        |        |

M. Dieulafoy recommande dans certains cas un cataplasme que Trousseau employait souvent et qu'il appelle *cataplasme de Trousseau*. De la mie de pain, humectée d'eau, est mise au bain-marie pendant trois heures ; on pétrit avec de l'alcool camphré le gâteau ainsi formé jusqu'à ce qu'il ait la consistance du mastic. On l'étale sur une compresse à la surface de laquelle on verse la mixture :

|                      |       |         |
|----------------------|-------|---------|
| Camphre. ....        | 7     | grammes |
| Extrait d'opium..... | 5     | —       |
| Alcool.....          | Q. S. |         |

Le cataplasme est mis à nu sur l'articulation, entouré de taffetas gommé et on ne la retire qu'après huit ou dix jours. On en obtient de bons résultats dans les arthrites subaiguës des rhumatismes d'infection.

MM. Teissier et Roques emploient souvent le sous-gallate de bismuth qui a une action vaso-constrictive utile contre la fluxion articulaire. Il a de plus des propriétés analgésiques. On peut faire appliquer sur les jointures la pommade suivante :

|                              |    |         |
|------------------------------|----|---------|
| Sous-gallate de bismuth..... | 8  | grammes |
| Vaseline.....                | 40 | —       |

et on recouvre d'ouate.

**Traitement de l'incontinence nocturne d'urine,** dans *Journal Méd. et Chirurgie pratique*, 10 mai 1909.

M. le professeur Dieulafoy a présenté un travail du Dr Pierre Bonnier relatif au traitement de certains dérèglements urinaires, notamment l'incontinence nocturne d'urine associée ou non au mal comitial.

Ce traitement consiste à pratiquer une ou plusieurs cautérisations ponctiformes sur la région tout à fait antérieure des fosses nasales, région qui semble conjuguée aux régions inférieures du bulbe rachidien où se trouvent les centres régulateurs des fonctions urinaires.

En voici quelques cas heureux : un enfant de neuf ans est atteint d'incontinence nocturne qui se reproduit toutes les nuits. Une seule cautérisation a suffi pour supprimer cette incontinence d'urine.

Une fillette de quatorze ans a une incontinence d'urine qui se reproduit toutes les nuits depuis des années ; deux cautérisations éloignent les accidents, au point que plusieurs semaines se passent sans incontinence.

Le frère de cette fillette, âgé de douze ans, a depuis des années, une incontinence d'urine qui se reproduit toutes les nuits. Après deux cautérisations, l'incontinence n'a plus reparu.

Du reste, ces cautérisations nasales n'agissent pas seulement sur l'incontinence d'urine. M. Bonnier a cité un bon nombre d'observations où la typho-colite muco-membraneuse a été améliorée et même guérie par ce traitement.

Il y a dans ce mode de traitement une source thérapeutique féconde qui mérite d'attirer sérieusement l'attention.

**Le bleu de méthylène. — Ses indications, — Ses contre-indications,** par le Dr BRESSY, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, dans *Journal de Médecine interne*.

Le bleu de méthylène est un médicament d'une valeur incontestable et qui donne des résultats appréciables dans les douleurs rhumatismales, dans certaines névralgies et névrites et particulièrement dans le traitement de la fièvre intermittente.

Toutefois, le praticien éprouve un certain embarras, lorsqu'il s'agit de le prescrire, la posologie n'en étant pas nettement établie.

En consultant, en effet, les différents ouvrages de thérapeutique sur ce produit médicamenteux, on est tout surpris de constater,

que quelques auteurs ont pu prescrire des doses journalières, variant entre 0,50 centigrammes et 2 grammes, alors que d'autres conseillent de ne pas dépasser 0,25 à 0,30 centigrammes.

Devant cette incertitude et pour éviter tout mécompte désagréable, nous croyons utile de rappeler les accidents produits, par l'emploi du bleu de méthylène sur les voies urinaires (douleurs de rein, pollakiurie, ténésme vésical) ; sur les voies digestives, (renvois, nausées, vomissements même, diarrhée) ; sur le système nerveux (céphalalgie, vertiges, prostration plus ou moins accusée, délire, pares, hésies, etc.) ; et de leur signaler les troubles qu'amène ce médicament sur le cœur et sur la respiration.

D'une manière générale, on observe un affaiblissement du pouls, une augmentation de sa fréquence, ainsi qu'une exagération du nombre des respirations.

Une étude du Dr .-M. Streicher du Kherson, est intéressante à ce titre :

Chez un jeune homme de vingt ans, à qui pour combattre des accès de fièvre intermittente, il avait prescrit trois doses par jour, de chacune 10 centigrammes de bleu de méthylène, il vit survenir de violentes palpitations accompagnées de douleurs dans la région précordiale et un sentiment de serrement. A l'auscultation, il reconnut l'existence d'une arythmie marquée. Un traitement consistant dans l'administration de la digitale, du castoréum et de la valériane, fit bientôt disparaître tous ces troubles.

M. Streicher insiste pour bien établir que les troubles cardiaques en question, ne sont pas dus au paludisme, mais bien au bleu de méthylène, car avant son emploi, pendant les trois semaines qu'avait duré la maladie, on n'avait rien observé de semblable, pas plus pendant les accès fébriles, que dans les périodes d'apyrexie.

De cette étude il résulte, qu'il ne faut donner le bleu de méthylène qu'aux paludéens, qui supportent mal la quinine, ou chez qui ce médicament ne produit pas ses effets accoutumés ; ou que si l'on emploie le bleu, il faut surveiller attentivement le pouls et le cœur pendant son administration et qu'enfin, jamais on ne doit le donner aux sujets atteints de maladies du cœur, pas plus qu'aux vieillards ou aux obèses.

#### *Modes d'administration et doses.*

Le bleu de méthylène s'emploie sous forme de pilules, de cachets, de solution, etc.

*Usage interne :* Doses de 20 à 30 centigrammes par 24 heures, divisées en cachets ou pilules de 5 à 10 centigrammes.

*Usage hypodermique*: Pour déterminer le degré de perméabilité rénale.

Bleu de méthylène pur..... 1 gramme  
Eau stérilisée..... 20 centimètres cubes

*F. s. a.* et filtrez.

un ou deux centimètres cubes en injection sous-cutanée.

*Usage externe*: Solution à 1 pour 200 centimètres cubes. Cette solution a donné de très bons résultats à M. Balzer, employée en badigeonnages journaliers, dans les chancres mous gangréneux.

**Traitement de la blennorrhagie par l'association des nitrates d'argent et de zinc.** Par BALZER et TANSARD, dans la *Presse Médicale*, mars 1909.

Les sels de zinc et d'argent étant d'un usage courant dans le traitement de la blennorrhagie, MM. Balzer et Tansard ont essayé, dans plus de 150 cas d'urétrites aiguës ou chroniques les lavages de l'urètre avec une solution de nitrate d'argent et de zinc associés. Pour avoir une solution au 10/000, au 13/000 ou au 15/000, on met dans un litre d'eau distillée, 10, 13 ou 15 gouttes de la solution suivante:

Nitrate d'argent..... { à à 0 gr. 50  
Nitrate de zinc .....  
Eau distillée... 100 grammes

Le titre de la solution à choisir est indiqué par la sensibilité du malade.

S'il s'agit d'une urétrite antérieure récente, le lavage peut être limité à l'urètre antérieur. Avant de commencer le traitement, il faut attendre 7 à 8 jours que les douleurs se soient amendées et que le gonflement soit en voie de régression. La guérison s'obtient alors en 17 jours en moyenne, c'est-à-dire avec 17 lavages.

L'effet de cette solution est également très remarquable dans l'urétrite chronique où les lavages doivent être faits suivant la méthode de Janet. Sous l'influence de ces lavages, les filaments disparaissent et la goutte du matin se tarit. Ce résultat est obtenu après 18 lavages en moyenne.

Dans les urétrites aiguës, où l'on se contente de pratiquer des lavages du canal antérieur, le liquide injecté ne provoque aucune douleur. Si, au contraire, on étend le traitement à l'urètre postérieur, le malade ressent à la première injection une sensation de

cuisson dans le canal s'accompagnant de besoins d'uriner. Ces symptômes d'irritation disparaissent ordinairement au bout de 15 à 20 minutes. Ils s'atténuent du reste, à chaque lavage ultérieur.

---

**Quand il faut commencer le traitement de la syphilis,** (G. MILLIAN, *Journal des Praticiens*, 6 mars 1909.)

Le traitement de la syphilis doit être institué dès l'apparition du chancre et l'on ne doit pas attendre, selon la vieille coutume, l'apparition de la roséole ou des accidents secondaires avant de traiter les syphilitiques. C'est là, en effet, le seul moyen d'empêcher les accidents secondaires et de juguler réellement la septicémie syphilitique, puisque le virus ne pourra plus se répandre abondamment dans l'organisme et dans tous ses territoires: nerveux, viscéraux, muqueux, etc.

On connaît aujourd'hui le micro-organisme de la syphilis, le tréponema pallidum, et la constatation de sa présence dans une plaie cliniquement douteuse est un signe pathognomonique de la nature syphilitique de cette plaie. On devra donc le chercher chaque fois qu'il s'agira de connaître la nature d'une plaie de la verge.

*L'examen ultra-microscopique*, rapide et sûr, capable de donner une réponse positive immédiate dans chaque cas, s'impose donc en présence de tout chancre, quand bien même le diagnostic clinique de chancre syphilitique paraîtrait évident, et à plus forte raison dans le cas d'ulcération de la verge dont la nature est douteuse. Sur 30 chancres syphilitiques, l'auteur, qui a étudié ce procédé très à fond, a trouvé 30 fois le tréponème.

---

**Maladie de Basedow et salicylate de soude.** (H. LAVRAND. *Journal des sciences médicales de Lille*, 9 janvier 1909.)

En présence d'un goître exophtalmique, la première question est de se demander quel traitement il convient d'instituer? La thérapeutique à préférer est celle qui s'adresse à la cause et au mode de production du mal. Or, la cause et la pathologie demeurent encore fort obscures et en différentes méthodes de traitement proposées — certaines fort dangereuses — n'ont pas donné des résultats bien brillants.

Les médications pharmaceutiques ont été depuis longtemps pres-

crites dans le Basedow, et beaucoup de médicaments ont été préconisés.

Le salicylate de soude a fourni des résultats appréciables entre les mains de Joussemet, Chibret, Babianski, etc.

L'auteur y a eu recours avec succès, et de ses observations conclut que le salicylate de soude à la dose de 2 grammes par jour s'est montré très efficace contre les troubles du goître exophtalmique. Cette médication a été très bien supportée, même pendant de longs mois. Les résultats heureux qu'elle a donnés n'ont été compensés par aucun inconvénient. On peut donc l'essayer de préférence à toute autre contre la maladie de Basedow, à cause de sa facilité, de son innocuité et des succès qu'elle compte à son actif entre les mains de divers auteurs.

### PHARMACOLOGIE

#### Rhinites chroniques.

Insufflations :

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| 1o Acide borique..... | 20 grammes |
| Menthol .....         | 0 gr. 10   |

augmenter progressivement la dose de menthol jusqu'à 0 gr. 50.

|                         |            |
|-------------------------|------------|
| 2o Acide borique..      | 20 grammes |
| Camphre.....            | 1 —        |
| 3o Fleur de soufre..... | 10 —       |

une seule insufflation par jour pour commencer.

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| 4o Salicylate de soude..... | 10 grammes |
| Borax.....                  | 10 —       |

contre les rhinites rhumatismales.

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| 5o Hyposulfite de soude..... | 5 grammes |
| Borax.....                   | 10 —      |

Toutes ces poudres doivent être très finement pulvérisées. N'adjoindre la cocaïne ou la stovaine à ces poudres qu'avec la plus grande circonspection, étant donné la possibilité d'une intoxication chronique.

#### Crevasses du sein.

1° Laver légèrement le bout du sein après chaque tétée avec :

|                     |             |
|---------------------|-------------|
| Alcool à 90o.....   | 100 grammes |
| Eau stérilisée..... | 500 —       |

Appliquer ensuite au moyen d'un petit tampon de coton un des liquides ou liniments suivants :

|                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| Baume du Pérou.....                  | 2 gr. 50   |
| Teinture d'arnica.....               | 2 gr. 50   |
| Eau de chaux.....                    | 15 grammes |
| Huile d'amande douce stérilisée..... | 30 —       |

ou :

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| Teinture de benjoin ..... | 15 grammes |
| — de baume de tolu.....   | 15 —       |

ou :

|                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| Liqueur de Van Swieten..... | parties égales |
| Glycérine.....              | — —            |

(LEPAGE).

ou :

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| Borate de soude .....    | 8 grammes |
| Teinture de benjoin..... | 12 —      |
| Glycérine.....           | 20 —      |
| Eau de rose ....         | 40 —      |

(MARFAN).

ou :

Eau oxygénée à douze volumes : 1 partie  
Eau bouillie ou glycérine : 2 parties

ou :

|                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| Extrait de cannabis indica..... | 0 gr. 50 |
| Tannin.....                     | 1 gramme |
| Glycérine.....                  | 10 —     |

Ces différents liquides doivent être recouverts d'une couche de gutta-percha laminée ou d'une rondelle de gaze stérilisée.

On a aussi préconisé les pommades suivantes :

|                               |          |
|-------------------------------|----------|
| Menthol.....                  | 0 gr. 50 |
| Chlorhydrate de cocaïne ..... | 0 gr. 50 |

ou :

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| Oxyde de zinc.....       | 5 grammes  |
| Teinture de benjoin..... | 10 —       |
| Vaseline .....           | 10 —       |
| Beurre de cacao.....     | 30 —       |
| Essence de roses.....    | II gouttes |

Lavez avec soin le mamelon à l'eau bouillie renfermant une cuillerée à café de bicarbonate de soude pour un verre d'eau.

2° Si les crevasses sont très douloureuses, faire boire l'enfant avec un bout de sein en verre.

(RUDAUX ET CARTIER).



**Furoncle.**

Dégraisser au préalable la région enflammée par un savonnage suivi d'un nettoyage à l'éther.

Badigeonner ensuite avec de la teinture d'iode ou avec :

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| Iode métallique ..... | 4 grammes |
| Acétone.....          | 10 —      |

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Maladies des Mâchoires**, par le Dr OMBRÉDANNE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 200 pages, avec 102 figures. Broché, 5 fr. Cartonné, 6 fr.50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Les fractures du maxillaire inférieur et du maxillaire supérieur ont été minutieusement exposées. Les données récemment acquises ont été mises en lumière.

M. Ombredanne a écrit sur les infections des mâchoires un chapitre d'ensemble ; il considère les caries et les nécroses non plus comme des maladies distinctes, mais comme des étapes anatomopathologiques de l'infection partie de la bouche. Au début, l'infection buccale détermine des *gingivites*, des *arthrites*, des *dentites*. Il étudie ce processus d'infection de la dent, porte d'entrée de la plupart des infections profondes. Puis il montre l'infection dentaire atteignant le fond de l'alvéole, déterminant à ce niveau la *monoarthrite apicale*, et de là se propageant à l'os, entraînant l'*ostéomyélite*, terme ultime de cette infection *progressive et continue*.

Dans l'ostéomyélite des mâchoires entrent les ostéo-périostites d'origine dentaire des adultes, les ostéomyélites des enfants, très étudiées dans ces dernières années, les nécroses phosphorées, arsenicales, etc., qui sont des ostéomyélites évoluant sur un terrain prédisposé, et dans un organisme mis en état de réceptivité.

Les accidents liés à l'évolution de la dent de sagesse ne sont que des gingivites, des arthrites, des dentites, des ostéomyélites : mais la question était assez importante pour mériter un chapitre spécial qui résume pour ainsi dire le processus d'infection aboutissant à l'ostéomyélite.

M. Ombredanne a insisté sur l'étude des fistules consécutives à l'ostéomyélite.

Il a écrit un long chapitre sur les tumeurs d'origine dentaire, s'efforçant de montrer que toutes tumeurs solides ou kystes étaient des *tumeurs mixtes* très comparables aux tumeurs mixtes des glandes salivaires, que ces tumeurs restaient pendant longtemps à l'état de tumeurs bénignes, mais qu'elles pouvaient à un moment donné, prendre l'allure de tumeurs malignes et la structure de sarcomes ou d'épithéliomas.

Il a réussi à jeter un peu de clarté sur cette question complexe de l'épithélioma adamantin, des odontomes et des kystes des mâchoires.

Le *Nouveau Traité de Chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet se présente sous la forme de fascicules séparés, où se groupent les affections ayant entre elles des connexions plus ou moins étroites.

Autour de leur autorité scientifique incontestable, les directeurs ont su grouper un choix de collaborateurs actifs.

Quatorze fascicules sont en vente: *Grands Processus morbides* (10 fr.); *Maladies de la peau* (3 fr.); *Maladies des muscles*, (4 fr.); *Hernies* (8 fr.); *Lésions traumatiques des articulations* (6 fr.); *Arthrites tuberculeuses* (5 fr.); *Corps thyroïdes et Goîtres* (8 fr.); *Maladies des os* (6 fr.); *Maladies de l'œil* (8 fr.); *Maladies des articulations* (6 fr.); *Maladies du crâne* (10 fr.); *Oto-Rhino-Laryngologie* (12 fr.); *Maladies des veines et des lymphatiques* (5 fr.); *Maladies des mâchoires* (5 fr.).

---

**Formulaire des médicaments nouveaux pour 1909**, par H. BOCCUILLON-LIMOUSIN, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Dr HUCHARD, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-18 de 352 pages. Cartonné: 3 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Nous ne saurions mieux faire que de citer ce qu'en dit le Dr Huchard dans la préface.

Est-ce moi qui ai porté bonheur au *Formulaire des médicaments nouveaux*? Je ne le crois pas; c'est l'auteur très compétent, M. Bocquillon, qui est le principal artisan du succès, sans parler de l'éditeur, un perpétuel récidiviste pour la publication d'œuvres utiles.

Je pense plutôt que c'est le livre qui m'a porté bonheur, puisqu'il m'a permis de vivre jusqu'à la 20<sup>e</sup> édition. Alors, je lui demande encore dix années pour avoir le double agrément, de vivre d'abord, et de redire ensuite en 1917 pour la 30<sup>e</sup> édition tout le

bien qu'il faut penser de cette publication. Mais, sera-ce bien utile, et 20 comme 30 éditions ne sont-elles pas suffisamment éloquentes par elles-mêmes, sans qu'il soit besoin d'une nouvelle introduction.

Après ces dix ans, je ne réponds plus de rien, sauf du succès constant de ce petit livre qui aura l'avantage inappréciable de nous survivre très longtemps. Il est de ceux qui ne doivent pas disparaître, puisqu'il renseigne tous les ans, d'une façon brève et précise, les praticiens du monde sur les nouvelles acquisitions de la thérapeutique, en laissant de côté celles qui n'ont pas de lendemain.

En faisant réimprimer pour la vingt et unième fois le *Formulaire des médicaments nouveaux*, M. Bocquillon-Limousin ne s'est pas contenté d'une revision sommaire: il a fait de nombreuses et importantes additions à mesure que les nouveautés se produisaient.

Citons en particulier: *Acoïne, æsco-quinine, almatéine, alsol, ammonium (benzoate d'), anisathéobromine, arsénogène, artéré-nol, (chlorhydrate d'), autane, asquirrol, bacillol, bromocolle, brométhylate de morphine, bromotal, calcium (bibrome-béhénate de), calcium (iodate de), camphosal, carosuccin, corylaforme, dyspeptine, estone, euphorbia pepplus, fluoroforme, formestone, formicine, formidine, fulgural, glyconique (acide, gâiac-saponine, gallogène, grisérine, hétraline, hémonénone (chlorhydrate d'), hydroxycaféine, iatrévine, ichtyolidine, iodocol, iodémine, lithine, (sololophosphate de), lysane, lysosulfol, métal, néoforme, neu-sidonol, nazine, paralysol, pyroidone, pyroligneux, quiétol, rotra, salocréol, sodium (choléinaet de), sodonaphtyl, sulfopyrine, sulfogénol, sulfacétine, tachiol, tannobromine, tannathymai, tannyl, ehaolaxine, thiodine, thymotal, tuberculine C. L., urogosane, rasenol, viscosal.*

---

## SUPPLEMENT

---

### UNE MEDICATION NOUVELLE

*De la médication kératinisée, ou enrobage spécial de pilules médicamenteuses par procédé scientifique (sujet de thèse du Docteur Philippe, de Lyon).*

Trouver un médicament nouveau peut constituer une découverte intéressante, une source de résultats heureux pour le traitement d'une ou plusieurs maladies ; imaginer une méthode nouvelle et pratique d'administrer les médicaments, de leur donner une activité plus précise et plus grande, de supprimer certains inconvénients qui leur sont propres, c'est ouvrir la voie à un nombre considérable d'applications auxquelles un médicament nouveau ne saurait prétendre, c'est avoir réalisé un progrès très sérieux en thérapeutique.

Ainsi en est-il de la méthode kératinisée.

Ce mot, un peu barbare, désigne une façon d'envelopper, sous une couche protectrice et sous forme pilulaire de moyenne grosseur, des médicaments qui pourront ainsi parcourir le trajet supérieur du tube digestif sans aucune altération et sans provoquer aucun trouble de l'estomac avant d'arriver jusqu'à l'intestin.

C'est, en effet, en pleine digestion intestinale que se fait l'élimination dernière et complète des aliments, c'est là que doivent arriver, aussi intacts que possible, les médicaments pour obtenir leur assimilation la plus parfaite et leur maximum d'effet possible.

Cette idée, fort ingénieuse, n'est pas de l'auteur de la thèse, car il faut rendre à chacun ce qu'il mérite, mais du savant professeur Unna, de Hambourg, le dermatologue bien connu. L'auteur de la thèse n'a eu qu'à donner à cette idée une application courante et pratique, mérite que nous ne voulons point du tout contester ni amoindrir.

Unna imagine la kératinisation dans le but, grâce à une faible enveloppe de la pilule médicamenteuse, d'épargner aux malades le goût désagréable et l'odeur parfois repoussante de certains médicaments.

---

N. D. L. R. — Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur l'article qui suit. Il y a là une méthode nouvelle très avantageuse, que les médecins doivent connaître afin d'en faire profiter leurs malades.

Combien nombreux sont les médicaments qui altèrent le jeu normal des fonctions digestives ! Les uns produisent une irritation locale bien sensible sur la muqueuse gastrique ; tels sont : l'arsenic, l'acide salicylique, les composés mercuriques, etc., etc.... D'autres nuisent à la fonction peptique proprement dite ; tels sont : les purgatifs de tout genre, les ferrugineux, les divers iodures ou composés iodés, etc., etc... Trop souvent, le médecin traitant se voit contraint à cause de l'intolérance gastrique, à faire cesser à son malade un traitement dont l'usage prolongé aurait procuré les plus grands bienfaits.

Bon nombre de personnes anémiques, chlorotiques ou nerveuses, la plupart des convalescents ne peuvent supporter le fer, l'arsenic et bien d'autres médicaments, lorsque ces substances sont données par la méthode habituelle, tandis que ces mêmes principes actifs sont bien tolérés par la médication kératinisée. Les observations du savant Unna, de Hambourg, les expériences du Docteur Philippe, sont là pour l'attester.

Il existe, en outre, une catégorie de médicaments qui doivent arriver dans l'intestin avec leur maximum de concentration pour produire le maximum d'effet possible. De ce nombre, la *trypsine* ou pancréatine, dont le rôle si actif et si indispensable à la digestion intestinale, la plus importante de l'économie, est nul dans l'estomac. Le séjour des médicaments dans la cavité stomacale est donc le plus nuisible.

Enfin, nous devons une mention spéciale à des médicaments aussi importants que les iodures. Nombreuses sont les applications thérapeutiques des iodures de potassium et de sodium, parfois des iodures de strontium et de calcium. Les énumérer serait trop long. Sans crainte d'être démenti, on peut affirmer que les iodures sont des agents primordiaux de guérison, indispensables dans une foule de maladies, et que, sans eux, les médecins se trouveraient désarmés dans un grand nombre de cas.

Cependant les iodures ne sont pas toujours bien supportés. L'estomac, à l'égard de ces médicaments, éprouve une intolérance toute spéciale, sans compter que le plus souvent, ils contrarient la digestion, amènent des troubles gastriques et compromettent l'assimilation nécessaire du bol alimentaire.

Il existe, en effet, pour les iodurés pris en solution, en sirop ou en dragées dissoutes dans l'estomac, une intolérance bien connue des médecins praticiens et redoutée par eux, intolérance qui se manifeste par des maux de tête, par des phénomènes de congestion accompagnés de constriction à la gorge, de gonflement des pau-

pières, de larmolement des yeux et du nez, d'un sentiment de plénitude très désagréable et parfois de fièvre :

Cet état est appelé l'iodisme.

Grâce à la médication kératinisée, grâce aux pilules Philippe kératinisées, l'iodure enrobé dans une enveloppe spéciale est mis lentement, progressivement en liberté. Il ne quitte son enrobage que par fractions et dans l'intestin seulement. Cette méthode fait disparaître les phénomènes d'iodisme, donne une tolérance parfaite de la médication iodurée et son assimilation complète. La voie hypodermique et la voie rectale par injections hypodermiques ou rectales, peuvent sans doute être utilisées et le sont en effet, mais ce n'est qu'à titre exceptionnel et transitoire.

Soustraire les médicaments à l'action nuisible du suc gastrique et obtenir leur mise en liberté dans l'intestin, véritable siège de l'absorption, constituait donc une solution très séduisante du problème, mais aussi très difficile à résoudre.

Unna tenta de la réaliser, enveloppant son principe actif dans une couche de graisse ou de beurre de cacao, pour terminer par une couche de kératine.

L'auteur de la thèse qui nous occupe, le docteur Philippe, après de multiples tentatives, après de nombreuses expériences sur les animaux, expériences couronnées de succès, a réussi à donner une forme et une consistance parfaites à ces pilules médicamenteuses. La kératine est maintenue adhérente à la masse pilulaire au moyen d'une mixture oléo-balsamique.

Ainsi perfectionnée, la médication nouvelle kératinisée est appelée à rendre et a déjà rendu des services signalés en thérapeutique.

Toujours soucieux de remplir la tâche que s'est imposée notre journal, renseigner sur tous les progrès de la science en général, et plus particulièrement sur la science et l'art de guérir, nous avons pensé faire œuvre utile envers nos sympathiques lecteurs, en leur signalant ces intéressantes recherches et cette médication nouvelle.

Docteur DEBRETEUIL.

---