Bibliothèque numérique
medic@

Revue générale de clinique et de thérapeutique - Journal des praticiens - [Corps]

année 1926 - 40ème année. - Paris : [s.n.], 1926.
Cote : 91405

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?91405x1926xcorps

91405

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

ANNÉE 1926

40
1926





REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Albert ROBIN

de l'Académie de médecine

Professeur de Clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris

RÉDACTEURS EN CHEFS, DIRECTEURS :

Ch. FIESSINGER *Membre correspondant de l'Académie de Médecine*

N. FIESSINGER *Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris*
Médecin des Hôpitaux de Paris

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. les Pres BAR, CHAUFFARD, FAURE, Pierre DELBET, HUTINEL, DE LAPERSONNE, KIRMISSON, LEGUEU, MARFAN, P. MARIE, PINARD, QUÉNU, TERRIEN, F. WIDAL. — MM. ACHARD, APERT, BAIZER, BARBIER, BARTH, BÉCLÈRE, BROCQ, COURTOIS-SUFFIT, COYON, GALLIARD, KLIPPEL, P. MACAIGNE, MÉRY, MOLLARD (de Lyon), RAMOND, RAVAUT, Alex. RENAULT, SAINTON, SERGENT, SIREDEY, THIROLOIX, VARIOT, médecins des hôpitaux. — MM. ARROU, AUVRAY, BAZY, CUNÉO, GUIBÉ, MARION, MAUCLAIRE, ROUTIER, SÉBILEAU, André MARTIN, chirurgiens des hôpitaux. — MM. BRINDEAU, DEMELIN, MACÉ, PORAK, TISSIER, Henri VIGNES, accoucheurs des hôpitaux. — M. ROCHON-DUVIGNEAUD, ophtalmologiste des hôpitaux. — M. GOUGEROT, professeur agrégé à Paris, médecin des hôpitaux. — MM. BAUMEL, FORGUE, SOUBEYRAN, VIRES, professeurs à Montpellier. — M. ROY, dentiste des hôpitaux. — M. CALOT, chirurgien de l'hôpital Rothschild à Berck. — M. DE FLEURY, de l'Académie de médecine.

Messieurs AMBARD, BERGOUIGNAN, BONNEAU, BRETON, J. CAMESCASSE, A. et D. COURTADE, CAUTRU, DESNOS, GIROU (d'Aurillac), GILLET, GRUGET, MACÉ DE LÉPINAY, MÉRIGOT DE TREIGNY, PIATOT, PILLET, PRIVAT (de Berck), A. TERSON, internes ou ex-internes des hôpitaux. — MM. LABORDERIE (de Sarlat), PRON (d'Alger)

Secrétaire général : J. LAURENCE, chirurgien adjoint de l'hôpital St-Joseph.

91405

ANNÉE 1926 — QUARANTIÈME ANNÉE

RÉDACTION ET ADMINISTRATION, 8, SQUARE DU CROISIC

ABONNEMENTS : Un an { France..... 45 francs
Etranger..... (suivant le tarif postal et régler avec la monnaie du pays).

Les abonnements partent du 1er Janvier, du 1er Avril et du 1er Juillet

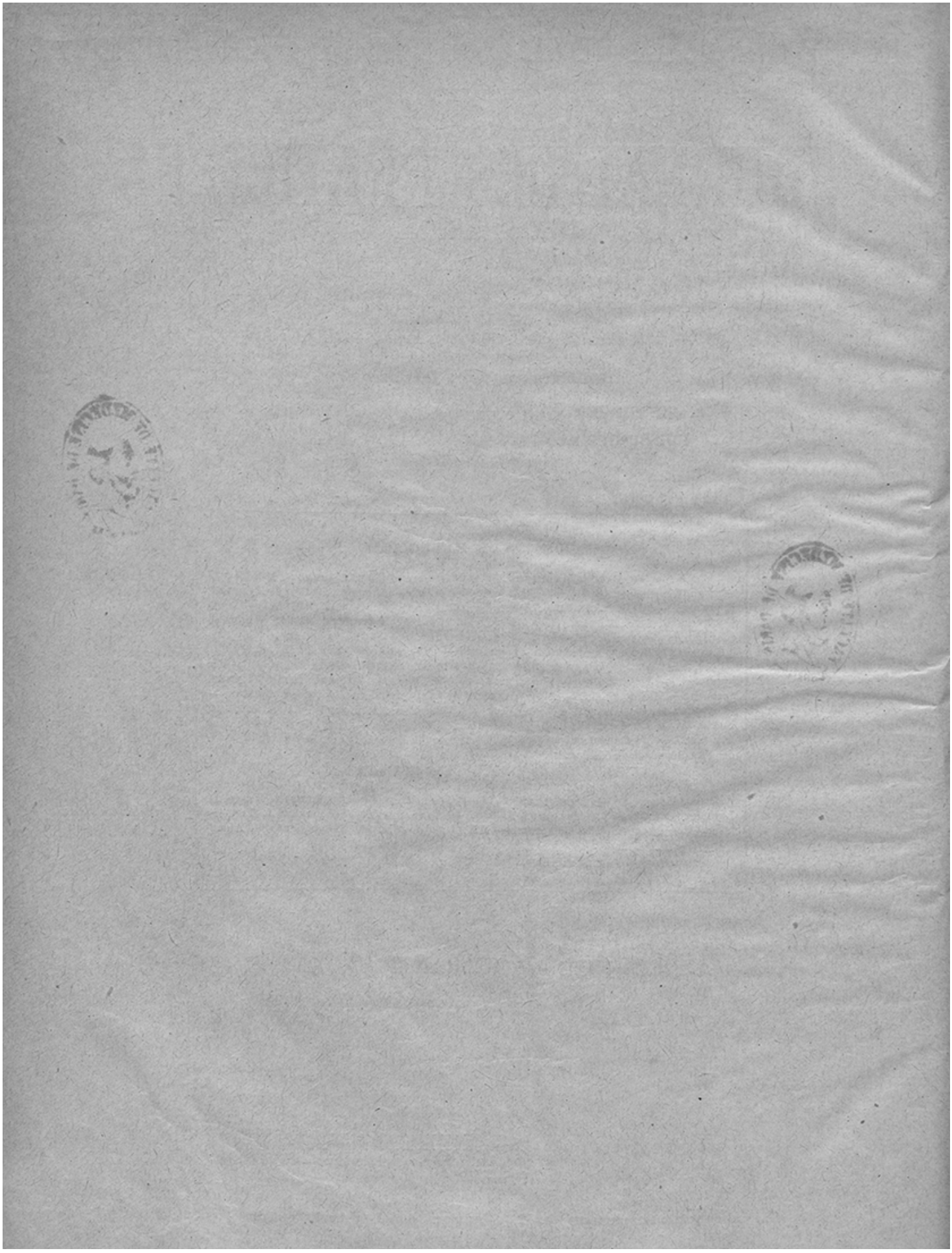


TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

ANNÉE 1926

A

Abcès. — A... froids à pneumocoques chez un nourrisson (Le Gac), CXXVIII. — A... du cervelet d'origine otique (de Martel), 111. — A... froid de la paroi thoracique à la suite de la thoracentèse (Achard), 129. — A... sous-phréniques, 137. — A... gangréneux du genou, 175. — A... de la prostate (Le Moine), DCLXII. — A... froids de la paroi thoracique (Hartmann), 225. — A... après injections de bismuth (Azémar et Lépinay), DCCLXXXI. — A... intra-osseux (Mocquot), 238 ; (Arrou), 255. — A... amibien de la rate, 270. — A... du foie, 272 (Dominici), MLXXXIV. — A... gangréneux du poumon (Noël Fiessinger et Olivier), 318. — Rôle de l'a... de fixation dans les infections généralisées (Fouqué), 391. — A... gangréneux du poumon (Sergent et Bordet), 397. — A... de fixation dans un cas de septicémie à virus filtrant (Brodin et Dujaric de la Rivière), 398. — A... amibien du foie, 399. — A... par congestion de la région lombaire (Hartmann), 487. — A... de fixation (Comby), 78 ; (Guinon), 94 ; (Feuillée), 111 ; (Boidin), 143 ; (Queyrat), 366, 570. — A... de la région de la hanche, après une coxalgie (Hartmann), 596. — A... du poumon à évolution chronique (Renaud), 814.

Achondroplasie. — Un cas d'a... (Leenhardt et Reverdy), MDL.

Acidose. — L'équilibre acide-base et son mécanisme (Nepveux), XVIII. — Dosage des acides du sang par la méthode de Folin (Cristol et Trivas), MCXXXVI. — Acido-résistance en bactériologie, MCCXXXIV. — L'a... dans les néphrites, 879.

Acné. — A... vulgaire et a... nécrotique. Formules, 712.

Action médicamenteuse. — La préparation à l'a... m... (Ch. Fiessinger), 217. — L'hygiène (Ch. Fiessinger), 235.

Actualités. — Avenir de l'aviation sanitaire (Picqué), CMXXVIII.

— Les assurances sociales, MMCCCXXXV.

— A nos lecteurs, MMXXXVII.

— Un acte de vandalisme, MMCXXXIII (Fouqué), MMCXCI.

— Le Banquet de l'Umfia, MMDLXVIII.

— La bêtise humaine, CCLIII (Gaisset), CDXIX.

— La bêtise des faits, MCCXIII.

— La baguette et le pendule des sourciers, MMLXXXV, MMCDLV.

— La crise du logement pour les Etudiants au moyen âge, DCXXI.

— Le chômage des médecins en Russie, MLXIX.

— Contributions volontaires ou non (Foveau de Courmelles), MLXXVI.

— Commémoration du Pr Thomas Jonnesco, MCDXLVII.

— Le Centenaire de Laënnec, à Ploaré, MDCCXV ; à Paris, MMCDLXXIII.

— Les Fêtes de Laënnec, MMDLXVII.

— Le Banquet en l'honneur de Laënnec, MMDCXV.

— Laënnec clinicien et médecin (Sergent), MMDCXXIII.

— La Conférence Laënnec, MMCXXXIII.

— Le Doctorat en chirurgie dentaire (Boissier), DLXXXIII.

— Le despotisme des oiseaux, MCXVII.

— Un Code de la Médecine et de la Pharmacie, MCCCXVII.

— Allocution à l'Ecole de Psychologie (Ch. Fiessinger), CI.

— Examen médical des employés de chemin de fer, 78.

— Enregistrement des bruits du cœur, CCCI.

— L'examen médical avant le mariage en Belgique, CDXX.

— Une élection à l'Académie de Médecine, DLXV.

— L'exploitation des Français, MDLXXIII.

— L'éducation médicale, MMCXCI.

— Sur le finalisme, CCXIII.

— Les fonctions du lobe frontal, MDI.

— Contre Freud, MMCDXXIV.

— La gaffe d'un ministre, MLXXV.

— Psychologie de l'aveuglement volontaire (Bérillon), MCXXIII.

— L'hygiène des immeubles en Russie, v.

— En l'honneur de M. Lobligeois, MMCCCVI.

— L'imitation chez l'enfant, CDXIII.

— Les impôts médicaux, CMIX.

— L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques, MCLXIII.

— Influence psychique des animaux sur l'homme, MDCCIX.

— L'instinct de vigilance, MMCCLXXIX.

— L'immunité chez les invertébrés, DCCI.

— Le jubilé du Pr Ch. Richet, MCXLIV.

— Le jardin des enfants à Vittel, MDCCCV.

— Les jumeaux, CCCLVII.

— A nos lecteurs, DCXXI.

— Langages successifs de l'enfant, MCDV.

— Le langage et la vie, MDCCCXCIII.

— La loi de huit heures et l'hygiène ouvrière, MCMXXXIII.

— Les mauvaises herbes, DIX.

— La monnaie fiscale, MXIII.

— Le monde souterrain, MCCCLVII.

— Les médecins américains à Paris (Foveau de Courmelles), MDLXXIX.

— La mentalité primitive, MDCCCLIII.

— Le monument d'Albarran à Cochin. Inauguration, MMXLIX.

— Entre naturalistes, CLVII.

— Les névroses par découragement, MDCXXIX.

— Le pouvoir lumineux du corps humain, CMLVII.

— La psychologie du mathématcien, MDXLI.

— La psychoiogie du génie, MDCLXIX.

— Sur la psychologie expérimentale, MMDLIX.

— Les Professeurs russes en exil, MCMLXXXIX.

— Le Pithécantrope, MMCCXLVII.

— Le Pr Rieux, MXVI.

— La radium en agriculture, MCDLXI.

— Le rôle du moral en chirurgie, MMDIII

— Le Salon des Médecins, DCLIII.

— Syndicats d'initiative. Leur nonchalance, DCCCV.
— Les Syndicats et les Sociétés Médicales d'arrondissement, DCCCLXI.
— Appel aux Syndicats médicaux de France (AMABERT), MCCLXXV.
— Transmission expérimentale du cancer (Ch. FIESSINGER), MDCCXLIX.
— La valeur thérapeutique (Ch. FIESSINGER), MMCDXLVII.

Adénoïdites. — Traitement des a... aiguës chez l'enfant (MOURE), 665.

Adénome. — Fibro-a... du sein (HARTMANN), 214.

Adénopathie. — Diagnostic étiologique des a... inguinales, 638.

Adipose. — A... avec placards dermiques (AGNUS et SIMONP ÉTRI), CXXVI.

Adrénaline. — Danger des injections de sérum adrénaliné (BÉRAUD), 69 ; (LÉOPOLD-LÉVI), DCCCXXV. — Retentissement des longues cures d'a... (PAGNIEZ), 287. — Injections intracardiaques d'a... en cas de syncopes anesthésiques (TOUPET), 831.

Aérophagie. — Cardiaques aérophages et a... à symptômes cardiaques (LEVEN), 733. — L'a... et son traitement (LOWYS), 617.

Affections pulmonaires. — A... p... d'origine intestinale, 280. — Fréquence des affections respiratoires à spirochètes (LAFOSSE), DCCXIX.

Alastrim (FONTANEL), LXVIII. — Voir : Variole, CMLXIX.

Alcoolisme. — Dosage de l'alcool dans le sang et diagnostic de l'ivresse (VIEILLEDENT), MDLXXXV. — L'examen médical des chauffeurs en état d'ivresse (POG), MDLXXXVII. — Limites juridiques du diagnostic biochimique de l'a... aigu (SIMONIN), MDLXXXVII. — Auto-accusation délirante et impulsion homicide (DE FURSAC et DEMAY), MDLXXXVII. — Le témoignage des psychopathes (DE FURSAC), MDLXXXVIII. — Les délires alcooliques (LÉVY-VALENSI), 606.

Aliénés. — Comparaison entre la guerre de 1870-71 et la guerre de 1914-18 au point de vue de la folie, MCLXVI (SIMERAY), MCCCXXV. — Décret sur le recrutement des médecins des asiles d'a... de la Seine, MCXCIII; de la province, MCXCIV. — Asiles d'a..., classes et traitements des médecins directeurs. Décret, MCCC.

Alimentation. — A... du nourrisson par lait concentré (BRAULT), CXXXI. — Régime des enfants, CCCLXXXI. — Allaitement mixte (VARIOT), 113. — Les graisses dans l'a... des hépatiques (Noël FIESSINGER et WALTER), 205. — Nutrition et régime des hépatiques (Noël FIESSINGER et WALTER), 18. — Pain blanc et tuberculose (THIÉBAULT), 583. — La diète (Ch. FIESSINGER), 586. — Sur l'a... lactée de la première enfance, 655. — A... de l'enfance (PAISSEAU et VALLERY-RADOT), MCMXLVIII. — L'inanition chez le nourrisson, 700.

Allaitement. — Progrès réalisés dans l'a... mixte (VARIOT), 113. — Régime des enfants, CCCLXXXI.

Alopécie. — L'a... chez la femme. Formules, 504.

Amaurose. — Deux cas d'a... quinique (LEFORT), LXXI.

Aménorrhée. — Contre l'a... des jeunes filles (DALCHÉ), 200.

Amygdales, pharynx, œsophage, CLXXXII.

Anémie. — Considérations sur l'a... infectieuse (DE GÉRIN), XXIV. — A... splénique (Noël FIESSINGER et OLIVIER), 478. — Thérapeutique des a... par le fer réduit (Noël FIESSINGER), 526. — A... avec dépérissement. Formule, 728. — Les petites transfusions du sang dans le traitement des a... (Noël FIESSINGER et OLIVIER), 758. — A... pernicieuse consécutive à des injections de thorium X (LAIGNEL-LAVASTINE et GEORGE), 813.

Anévrysme. — A... artériel. Traitement spécifique (CHARTIER), CDXXXIII. — A... fémoro-poplité (BARBET), DCLXV. — A... artério-veineux poplité (BUIZARD), DCCLXIII. — A... cirsoïde du corps utérin (LOUBAT), 799.

Angine. — Quatre traitements de l'a... de Vincent (FELDSTEIN), 9. — Réf. errata, 32 (MONCANY), 64. — Sympathectomie de l'a... de poitrine (SICARD et LICHWITZ), 447. — Traitement de l'a... de poitrine par le gardénal (SÉZARY), 462. — A... de poitrine de cause médiastinale (Ch. FIESSINGER), 490. — A... agranulocytaire (FLANDIN), 718.

Angiomes. — Le radium. Traitement de choix des a... (DEGRAIS), MCCCLXXV. — Angiomatose héréditaire familiale (Emile WEILL), 462.

Annexites. — Le rythme menstruel dans les a... (GUÉRIN-VALMALE), XXVI. — Les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes (DE ROUVILLEet MOCQUOT), MMCLIII.

Aorte. — Syndrome de la perforation de l'a... (COUTO), 302. — Rétrécissement congénital de l'a..., 879.

Aortites. — Traitement des a... syphilitiques (BONNIN), 187.

Apoplexie. — A... traumatique tardive (AUVRAY), 846.

Appareils et Instruments. — Appareil masso-dilatateur naso-pharyngien (ROBIN), MCDXLI. — Thermothorax (DARTIGUES), MMCLX.

Appareil respiratoire. — Examen de l'a... r... (LOWYS), 139.

Appendicite. — A... aiguë avec inversion des organes (COURBOULÈS), 126. — Valeur de la polynucléose dans l'a... (DE MARTEL), 174. — Comparaison entre une forme de périty phlite et l'a... suppurée (CONZETTE), 229. — A... et tricocéphale (SÉJOURNET), DCCLXVII. — A... chroniques. Diagnostic confirmé par la radiologie (DUPUY DE FRÉNELLE), MCCXXXII. — Intervention à chaud dans l'a... (BOURDE), MCCCXXXV. — Localisation gauche d'a... (MORNARD), MCCCLXXII. — Appendicite sous-hépatique (BLANC), MCCCLXIX ; (BARBET), MCDXXXVII ; (PETIT DE LA VILLÉON), MCDXXXVII. — Positions anormales de l'appendice au cours de l'appendicectomie (PÉRAIRE), MCDLXXIV, MCDLXXVI. — A... pelvienne (HALLER), MDCCXVIII. — A... par corps étranger (LE CALVÉ), 647. — Le drainage dans l'a... aiguë (CHALIER), MMCCXCVIII. — Lésions de l'iléon au cours de l'a... aiguë, 815.

Artérite. — A... pulmonaire. Ses conséquences au cours du rétrécissement mitral (LAUBRY et THOMAS), 287. — A... oblitérante de l'humérale (CAIN et HAMBURGER), 303. — Traitement des a... oblitérantes (LERICHE), 320, 411. — Les artérites diabétiques, 812.

Arthrites. — Diagnostic des a... chroniques de la hanche à tous âges (CALOT), 15, 460. — A... gonococciques. Traitement par injections de vaccin, 464. — A... traumatiques (DERVIEUX et BELOT), MDC. — Traitement des a... gonococciques en évolution (MONDOR), MMCCXII.

Ascaris. — Occlusion intestinale par les a..., 271.

Ascites. — Infections secondaires des a... cirrhotiques (LEMIERRE), 158. — L'a... d'une cirrhose est curable dans certaines circonstances, 714.

Aspergillose. — A... du poumon avec artérite oblitérante (MACAIGNE et NICAUD), 95.

Astasie-abasie. — Deux cas d'a...-a... (SICARD), 337.

Asthénie. — A... chronique (BÉNON), 678.

Asthme. — Traitement de l'a... (SÉDILLOT), 105 (LERICHE), 463. — Fumigations contre l'a..., 120. — A... et tuberculose évolutive (MÉLAMET), MCCCXXIX. — Méfions-nous des asthmatiques (COUBARD et GALLOT), 444. — A... d'origine émotive (BÉNARD et JOLTRAIN), 462. — A... et tuberculose (J. SÉDILLOT), 487. — Influences sur l'a... des variations de l'athmosphère (SÉDILLOT), MMCDXXIII, MMDLXXXIII. — Traitement thyroïdien de l'a..., 861.

Auscultation. — L'a... stéthoscopique (MÉTADIER), MCCCXXIX.

Axiphoïdie. — A... et hérédo-syphilis (SÉZARY, VIBERT et GODEL), 63.

Azotémie. — Les a... (Ch. FIESSINGER), 537.

B

Bactériologie. — Les formes invisibles des microbes visibles (HAUDUROY), XX. — Bacille pyocyanique et streptocoque (DE LAVERGNE et CARROT), 518. — Formes filtrantes du bacille tuberculeux, MDLXXXII. — Le bactériophage de d'Hérelle (HAUDUROY), MML. — Les formes filtrantes du bacille tuberculeux (HAUDUROY), MMCXCIX, 829. — Reviviscence de l'anhémobacille du rhumatisme aigu (ROSENTHAL), MMCCXCIV. — Action de la lumière au Néon sur les bactéries, MMDCLIII.

Bassinet. — Etude du b... par la pyéloscopie (LEGUEU, FEY et TRUCHOT), 414.

Béribéri. — Le b... en Syrie (TRABAUD), 219.

Bibliographie. — XL, 16, 32, 48, 64, 79, 96, 112, 128, 144, 160, 176, 192, 208, 224, 240, 256, 272, 288, 304, 320, 352, 368, 384, 400, 416, 448, 464, 480, 496, 512, 528, 544, 560, 576, 592, 608, 624, 640, 656, 672, 688, 704, 720, 736, 752, 767, 783, 800, MMCDXXIV, 816, 832, 848, MMDCII, 864. 880.

Bicarbonate de soude. — Accidents sérothérapiques traités par le b... de s... (FONTANEL), LXXI.

Bismuth. — Sels solubles ou insolubles. Kystes bismuthiques (FOURCADE, LEMAY et JALOUSTRE), DCCLVI. — Accidents locaux dus au b... (PERAIRE), MCCXXXII (GALLIOT), MCCCXXIX ; (BARTHÉLEMY), 811.

Blennorragie. — Vaccination locale dans la b... (LE FUR), XIII. — B... urétrale (ZADOCK), DCCLXIII. — Rétrécisse-

ment blennorragique et rétrécissement traumatique (HARTMANN), 292. — Traitement préventif (formule), 696. — B... articulaire (MICHEL), MMCCXVIII.
Blépharites. — B... squameuses et ulcéreuses (CANTONNET), 88.
Borate de soude. — Injections intraveineuses de b... de s... (LŒPER et GARCIN), 814.
Bronches. — Dilatation des b... avec complications (PELLÉ), CLXXXVIII. — Suppuration pleuro-pulmonaire guérie par décollement pleuro-pulmonaire (ROUX-BERGER), 703.
Broncho-pneumonie. — B...-p... infantile (MARFAN), 601. — Traitement par les Lysats-Vaccins, 858.
Brûlures. — B... de l'estomac (PÉRARD), 78. — B... par le taffetas-chiffon (DARQUIEZ), 857.
(MARFAN), 601.

C

Cachexie. — La c... restrictive (Noël FIESSINGER), 539. — C... palustre. Formule, 792.
Calculs. — C... vésical (CHAUVIN et LAHAYVILLE), CXXVI ; (CATHELIN), MMCDXXIII. — Calculose urinaire. Erreur de position des images radiographiques (CATHELIN), MDCCLXXXI. — C... du cholédoque, MMLVIII.
Cancer. — Hérédité du c... (PÉCHENARD et PEYRON), XXIII. — Diverses interventions pour c... (PAUCHET), LXVI. — C... de l'estomac (HARTMANN), 46. — C... de l'œsophage et radiumthérapie (GUISEZ), 46, DCCLXX. — C... vertébral, 105. — C... thyroïdien. Action du sérum cyto-toxique (COULAUD), 128. — La radiumthérapie dans les c... du col de l'utérus (J. LAURENCE), 154. — C... de la prostate (CHAUVIN, ZUCCARELLI et PAOLI), DXXII. — Forme œsophagienne du c... de l'estomac (J. LAURENCE), 188. — C... du rectum (JOLY), DCCCXXVI (PAUCHET), MCCCLXXII, MDCCXXI, MMLXI. — Cancer utérin (REGAUD), DCCCLXXIX (CADENAT), 479. — C... du rectum et radium (J. LAURENCE), 282. — Curiethérapie du c... utérin CMXVIII. — Retentissement d'un c... gastrique sur l'œsophage et le duodénum (LE NOIR, BARIÉTY et MAMOUL), 336. — C... du sein (BLOCH), DLXXXIII (DELBET), 435. — Gastrectomie pour c... (CATTALORDA), MCCCXXXII. — C... du rein et métastases (HARVIER et LEMAIRE), 477. — C... du rein (CATHELIN), MCDLXXIV, MCDLXXVI, 777. — C... du côlon. Indications thérapeutiques (PAUCHET), MDCCLXXX. — C... primitif des poumons (VEDEL et JANBON), MCMX. — C... du larynx et de l'amygdale (LABARRIÈRE), MMCCCLXVI. — C... recto-sigmoïdien. Forme dysentérique, 827.
Capsules de gluten. — Les c... de g... dans le tube digestif du chien, MCCXXXIV.
Cardiopathie. — Le syndrome de Stokes et sa pathogénie (GÉRAUDEL), 15. — Traitement de tachycardies par le sulfate de quinidine (QUENTIN), CXXXI. — Les syncopes dans les malades de cœur (Ch. FIESSINGER), 42. — Asystolie hépatique et insuffisance mitrale chez un ancien syphilitique (GRENET), 49. — Deux cas de dextrocardie (CLERC et LÉVY), 63. — Forme pseudo-tuberculeuse du rétrécissement mitral (BONNAMOUR et BROCHIER), 156. — Le chlorure de calcium comme toni-cardiaque (Ch. FIESSINGER), 169. — Le traitement digitalique postasystolique (Ch. FIESSINGER), 203. — Un cas de cardiolyse (GUILLEMAIN), 238. — Action de la spartéine, DCCCXXVI. — Insuffisance cardiaque réduite par la convallamarine (LAIGNEL-LAVASTINE et GEORGE), 349. — Les doses massives d'ouabaïne dans l'asystolie, 362. — L'anxiété ambulatoire, 377. — Œdème pulmonaire infecté chez les cardiaques (CAUSSADE et TARDIEU), 447. — Les conditions d'apparition du bruit de galop (Ch. FIESSINGER), 764. — Les extrasystoles dans les cardiopathies graves (Ch. FIESSINGER), 858.
Cellulite. — C... gangréneuse du plancher buccal (SOUBEYRAN), 689.
Céphalématome (POTOCKI), 221.
Cerveau. — Différenciation sensitivo-active des hémisphères cérébraux (BÉRILLON), CDLXI.
Chancre. — La vaccinothérapie dans le ch... mou et ses complications (HUDELO, DUHAMEL et DROUINEAU), 145. — C... mous traités par le vaccin de Nicolle. Cas d'anergie consécutifs (TIXIER et BIZE), 511.
Chirurgie conservatrice, OKINCZYC, 817.
Chlorure de calcium. — Le c... de c.. comme toni-cardiaque (Ch. FIESSINGER), 169. — Le c... de c... en injections intraveineuses dans la tuberculose pulmonaire (BOTHÉZAT), 591.
Chocs. — La thérapeutique des c..., 441. — Le choc hypnoclasique (BRODY), MDCCCXCIX ; (PROSCHOWSKY), MMXLIII.
Cholécystites. — Les c... et l'exploration fonctionnelle des voies biliaires (DELBET), 340. — Etude cholécysto-kinétique du repas de Boydon (FEISSLY), 415.
Cholécystographie. — La c... à propos de l'exploration ducdéno - vésiculaire (CHIRAY), 48. — La c... (H. WALTER), 233.
Cholestérine. — Le taux de la c... chez les hypertendus (RICHARD et RŒSCH), 238. — Cholestérinémie et leucocytose, 248.
Choléra. — C... infantile. Traitement (DEBRÉ), 23.
Chorée. — La c... de Sydenham, 745.
Cirrhose. — Mélanodermie des cirrhotiques (LŒPER, DECOURT et OLLIVIER), 239. — C... alcooliques du foie (Noël FIESSINGER), 859.
Claudication. — La c... artérielle des membres inférieurs. Traitement (Noël FIESSINGER), 587.
Colibacillurie. — C... et helminthiase (LÉO), CDXXXIV.
Colites. — Les c... infantiles, 793.
Côlon. — Procédés de suture après résection (PAPIN et PAUCHET), MMCCCIII.
Compression médullaire. — C... m... brachiale consécutive à une septicémie (MORIN), 6.
Congestions pulmonaires. — 313.
Congrès. — C... d'oto-rhino-laryngologie, CLXVI. — C... international de chirurgie, DCCCLXXV, CMXVIII, MXXVI, MLXXXVI, MCXXIX. — Journées médicales de Paris et de Bruxelles, MDXVI. — Journées médicales de Montpellier, MMCDLXVII, MMDXII. — C... de Médecine légale de Langue Française MDLXXXV, MDCXLIV. — Réunion neurologique internationale annuelle MDCLXXXII, MDCCXXI, MDCCLXI. — C... d'orthopédie, MMIV. — C... de chirurgie, MMXIII. — C... de l'Association des Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux de France, MMXLVIII. — C... de l'Association française de Chirurgie, MMCIV, MMCXLVII, MMCCV, MMCCXCVII. — C... français d'urologie, MMCDIX. Réunion neurologique internationale annuelle, MDCLXXXIII, MDCCXXI, MDCCLXI. — C... d'orthopédie, MMIV. — C... de chirurgie, MMXIII. — C... de l'Association des Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux de France, MMXLVIII. — C... de l'Association française de Chirurgie, MMCIV, MMCXLVII, MMCCV, MMCCXCVII. — C... français d'urologie, MMCDIX.
Constipation. — La c... (MOUTIER), 569. — Le facteur ano-rectal dans la c..., 620. — Les laxatifs dans la c..., 686.
Contractures. — Traitement par la diathermie de contractures névropathiques, DXXXIII.
Convulsions. — C... de l'enfance, 635.
Coqueluche. — 89.
Corps étrangers. — C... é... bronchique chez un nourrisson (GUISEZ), LXVI. — C... é... de l'œsophage (GUISEZ), CLXXXII ; (MOUGEOT), 378. — C... é... de l'oreille (FELDSTEIN), 104. — C... é... intra-oculaire (KALT), CCCXIV ; (SEDAN), CCCXXII. — C... é... dégluti par un nourrisson (RAGONNET), 120. — C... étrangers multiples. Technique de localisation, DLXXXV. — C... é... du pylore (PAUCHET), 334. — C... é... de l'urètre (BONNET et SIMONNET), MDL. — C... é... chez l'enfant (PAULUS), 536. — Appendicite par c... é... volumineux (LE CALVÉ), 647.
Correspondance. — La fermeté et l'obstination, XII.
Coryza. — Le c... chronique des enfants, 25.
Coudures intestinales. — C... i... chroniques (PAUCHET), MCCCLXX : (THÉVENARD), MCCCLXXI.
Coxa flecta. — Traitement par la réinfraction (LAMY), DCCLXIX.
Coxa vara. — C... v... de l'adolescence (DELAHAYE), 703.
Coxalgie. — Traitement des séquelles de la c... (MATHIEU), MMVIII.
Crachats. — Recherches sur la présence de bacilles tuberculeux dans les c... (CAUSSADE et CRIBIER), 94.
Cryothérapie. — (VIGNAT), DCCCXXV.
Cyanose. — Fausse c... par hypertrophie du thymus, LXVIII. — C... par atrésie tricuspidienne (CATHALA et TISSERAND), 223.
Cysto-stéato nécrose. — (SÉNÈQUE), 415.

D

Dégénérescence. — D... muqueuse (GRYNFELT et PAGÈS), CDXXXIX. — D... muqueuse de la névroglie (GRYNFELTT et SIMON), MDLIII.
Delirium tremens. — Injections intraveineuses de somnifène, 510.
Dermatose. — Séborrhée cutanée, 56. —

**

Epidermites à levures, 72. — Infections cutanées chez les enfants, 170. — D... précancéreuse de Bowen (Dartigues et Mircouche), cmxvi. — Les rayons X dans les affections cutanées (Laquerrière), 313. — Le prurit circonscrit et son traitement (Valette), 388. — Les indications de la cryothérapie (Solente), 393. — Cas de lichen-plan généralisé (Fournier et Galland), mcccxxxi. — Forme atypique non papuleuse du lichen-plan (Gougerot), 641, 658.

Diabète. — La grossesse chez les diabétiques (Labbé), 31. — Coma diabétique et insuline (Bith), cclxxvii, 507. — Dosage de l'urée dans le coma diabétique (Wolf, Bicart et Merklen), 143. — Le rein dans le diabète, 177. — D... insipide traité par injections d'extraits hypophysaires (Labbé), 191. — Le d... sucré chez les enfants (Lesné), 289. — Diabète et dystrophie adiposo-génitale (Achard), 482. — Voir : Glycémies, 489. — Traitement médicamenteux du d..., 537. — Le nickel et le cobalt dans le traitement du d... (Bertrand et Marchebœuf), mmccxcl. — L'insuline dans le traitement des diabétiques tuberculeux, 797. — Consomption diabétique. Formule, 808. — L'insuline est-elle un agent curateur du d... ? (Desgrez, Rathery et Froment), 813. — Diabétique de 18 ans traité par l'insuline depuis trois ans (Nobécourt), 849.

Diarrhées. — Traitement des d... (Moutier), 265. — D... des enfants de 3 ans. Formules, 488. — D... du nourrisson. Traitement (Blechmann), mdcclii. — Formule, 744. — D... des vieillards, 792.

Diastolisation nasale. — (Feldstein), 58.

Diète. — La d... (Ch. Fiessinger), 655.

Diphtérie. — La lutte contre la d... à Casablanca (d'Anfreville de la Salle), lxvii. — Le sérum antidiphtérique (Cœller et Ramon), ccliii. — De la vaccination par anatoxine en milieu épidémique (Cœller), 174. — Résultats de la vaccination à l'anatoxine de Ramon (Lereboullet, Boulanger-Pilet et Gournay), 318. Durée de l'immunité après vaccination (Roubinovitch, Loiseau et Lafaille), 318. — L'immunisation dans les milieux scolaires, préventoriums, sanatoriums contaminés (Martin, Loiseau et Laffaille), 333. — La diphtérie, 697. — Phlegmon de la jambe dû à la d... (Abadie), 703. — Prophylaxie de la d... (Hautefeuille), mmdlxxxv. — Comment traiter une angine ou une paralysie de diphtérique, 876.

Diurèse. — Étude des diurétiques azoturiques. Scille et scillarène (Fontenau), dli. — La d... (Porak), 330. — Action de l'adonidine (Harvier et Schedrovitsky), 350.

Doses minima. — Les d... minima en thérapeutique, 554.

Douleurs viscérales. — Les d... v... et leur traitement, 636.

Duodénum. — Procédé d'exploration du d... (Delort), mmccclxiv.

Dysankie. — La d... en pathologie congénitale (Léri), 750.

Dysostose. — D... cranio-faciale (Debré et Pelot), 461.

Dyspnées. — Traitement (Ch. Fiessinger), 873.

Dystonie. — La d... gastrique (Noël Fiessinger), 73.

E

Eclampsie. — Réactions sanguines (Guérin-Valmale et Caudière), xxix. — Deux cas d'é... (Delmas, Col de Carrera et Cristol), xxx.

Ecrasement facial. — Reconstitution du socle de la face dans les é... f... (Dufourmentel), mdcclxxx.

Eczéma. — L'e... des lèvres, 137. — L'e... du nourrisson. Traitement (Feer), dccix ; (Lesné et Boutelier), 649. — L'e... chez les rénaux, 761.

Electrothérapie. — L'électro-inhibition par le procédé d'Araya (Livet), cdxxxiii.

Emphysème. — L'e... pulmonaire, 121 (Rosenthal), xx. — E... sous-cutané après une laparotomie (de Rouville et Villa), cmxvii. — E... sous-cutané généralisé, mdcl.

Empyèmes. — E... pneumococciques de la grande cavité pleurale (Achard), 769.

Encéphalite. — Parkinsonisme postencéphalitique (Giraud et Guibal), dclxxvii. — E... épidémique à forme respiratoire (Laignel-Lavastine et Valence), 303. — Insomnie post-encéphalique. Traitement par le calomel (Mouriquand, Pravaz et Bertoye), 475. — Compression du nerf auriculo-temporal chez les encéphalitiques et réponse du facial (Dufour, Duhamel et Hurez), 494. — Vaccine et e... (Netter), 718. — E... épidémique chez un enfant de 27 mois traitée par le salicylate de soude (Denéchau, Peignaux, Fruchau), 798. — E... post-vaccinale, 814.

Encéphalopathies. — E... infantiles (Lereboullet), 225.

Endocardite. — E... infectieuse à évolution lente (Bérard et Barthélemy), dxc. — E... malignes de l'enfance (Ch. Fiessinger), 666.

Engelures. — Formule contre les e.... 24.

Entérites. — Traitement par doses massives de cultures fraîches de ferments lactiques (Béguet), 237.

Entorse. — E... du ligament latéral interne du genou (Hartmann), 197.

Epanchement pleural. — Conduite du praticien en présence d'un é... p... (Rieux), 721.

Epilepsie. — Emploi du somnifène (Rimbaud, Boulet et Chardonneau), 47. — E... et rétrécissement mitral (Euzière, Pages et Marchand), cdlxxiv. — E... jacksonienne, mlxxxviii. — E... tardive. Balle intercranienne (Babonneix et Mornet), 494. — E... jacksonienne et azotémie (Leenhardt et Reverdy), mdcccclxvii.

Epilocèle. — E... crurale (Hartmann), 517.

Epiploïte. — E... suppurée et périviscérite (Gouguet de Girac), mcccclxxii.

Epistaxis. — L'e... (Ramond), 393.

Epithélioma. — E... métastatiques des capsules surrénales (Boinet, Rouslacroix et Piéri), xxv. — E... de la langue et du plancher buccal (Hartmann), 52. — E... primitif de la plèvre (Vedel, Puech et Vidal), cdxxxviii. — Radiorésistance des é... traités antérieurement par le radium (Beau), 730.

Ergotamine (Vazeille), mcmxix.

Erythème. — E... noueux (Ramond), 489. — E... noueux et coup de soleil acridinique (Rathéry et Marie), 495.

Erythrodermie. — E... aiguë après injection de biiodure de mercure (Pelon), cxxxii. — E... arsénicale. Polysensibilisation alimentaire eczématigène (Gougerot), 81.

Estomac. — Indications thérapeutiques dans les maladies de l'e... (Paisseau et Valléry-Radot), dlxxiii. — Dilatation aiguë de l'e... au cours d'une sténose pylorique (Vedel et Janbon), mcmvii.

Eventration. — Cure d'une é... latérale par transplantation d'un lambeau du grand dorsal (Dupuy de Frénelle), mcdlxxiv.

Extraits organiques. — Loi biologique appliquée à la posologie des e... o... (Regnault), mmccxcvii.

F

Ferments. — F... lactiques en médecine canine (Polalis), mcccclxxviii.

Fétidité de l'haleine, 668.

Fibromes. — Hypertension et f..., 88. — Diagnostic des f... utérins (Delbet), 532. — Cas de pyométrie dans un f... utérin (Poulain), mdcl. — F... saillant de la cavité vaginale (Hartmann), 563.

Fièvres. — Méningite à melitensis après f... de Malte, 349. — Les f... tuberculeuses, 281 (Lowys), 363, 379. — La f... vitulaire. Rôle de l'ovaire, mccxxxviii. — F... de Malte (Courtois-Suffit, Garnier et Liège), 494 ; (Vedel, Giraud et Puech), mdcccclxii. — F... de Malte atypique, 504. — F... vitulaire et éclampsie (Bouchet), mdlxxxi. — Mélitococcie, mdclxxxiii. — Polynévrite mélitococcique (Vedel, Puech et Janbon), mdcccclxii. — La hantise du thermomètre et de la bascule (Coubard et Gallot), 825.

Fièvre typhoïde. — Le collapsus typhique (de Brun), 28. — Accès pseudo-palustres après la f... t... (Carrieu et Marchand), cxxviii. — Vaccination par voie buccale ou sous-cutanée ? (Conil), 224. — Syndrome circulatoire dans la f... t... (Dumas), 253.

Fistules. — F... et rayons ultra-violets (J. Laurence), 377. — F... branchiale, extirpation, guérison, 448. — F... vésico-vaginales (Delaunay), mdcclxxxii.

Fractures. — Diagnostic des f... de la base du crâne (Hartmann), 2. — F... et contusion de la hanche (Michel), cxxvi. — F... des deux os de l'avant-bras (Planson et Judet), dxvii. — F... du col du fémur (Trèves), dxviii. — Mécanisme peu connu (Sabatier), 376. — F... de la voûte du crâne (Le Moine), dclxii ; (Worms), 383. — F... dites spontanées et fragilité osseuse chez les enfants (Nobécourt), 257. — Vissage

des f... du col fémoral (Robineau), 288. — F... du scaphoïde (Houzel), 351. — F... de la diaphyse humérale avec paralysie radiale (Schwartz), 351 ; (Roux-Berger), 351. — Suture primitive des f... ouvertes (Souligoux), 383. — F... de la cuisse (Hartmann), 437. — F... de l'omoplate (Hartmann), 453. — Traitement des f... ouvertes, 463, 464, 495. — F... de la base du métacarpien (Bressot), mcdlxxv. — Equinisme lié à une f... marginale du tibia (Hartmann), 517. — F... du maxillaire inférieur (Hartmann), 563. — F... de la voûte du crâne (Coudray), mdccxvi. — F... des deux os de l'avant-bras (Hartmann), 678. — F... du col radial et du cubitus (Mouchet), 719. — Syndrome chiasmique dans les f... du crâne (Ockinczyc), 719. — F... du col du fémur chez un jeune homme de 15 ans (Delbet), 726. — Fracture ancienne de la rotule (Hartmann), 744. — Pose de l'appareil de marche de Delbet pour f... de jambes (Abadie), mmcccv.

Furoncles et anthrax. — Traitement par le procédé de la ventouse (Lauze), mcccxxxvii. — Traitement des furoncles du conduit auditif par la vaccinothérapie locale (Feldstein), 762.

G

Gangrène. — G... diabétique traitée par le sérum de cheval (Petit), cxxv. — Par la diathermie (Paizis), 45. — Spirochètes et g... pulmonaire (Bezançon et Etchecoin), 110. — Sur la g... pulmonaire, 126. — L'air chaud dans la g... diabétique (Crémieu et Chevallier), 440. — Le spirochète dans la g... pulmonaire (Bezançon,) 513. — G... par artérite chez les diabétiques. Traitement, 523, 630. — G... pulmonaire et sérothérapie, 543. — Étiologie de la g... pulmonaire (Bezançon), 737. — G... pulmonaire récidivante, 750. — Traitement chirurgical des g... pulmonaires, 751. — G... sèche avec g... des extrémités (Sézary, Hillemand et Laurent), 781. — Résultats de la sérothérapie antigangréneuse (Vincent), mmdxv. — G... pulmonaire due au typhus (Didiée), 847.

Gastrectomie. — G... en deux temps (Pauchet), mcdxl.

Gastropathie. — Tube digestif et œil (Pron), 167. — Voir : Estomac.

Génatropine. — La g... en pathologie digestive (Surmont et Polonovski), 271.

Glandes. — Prélèvement et conservation de certaines g... endocrines (Schrader), mdlxxxi.

Glossoptose. — Troubles déterminés par la g... chez le nourrisson, l'enfant, l'adulte (P. Robin), cxxii,mmdlxxxiv.

Glycémies. — Les g..., 489.

Glycorachie. — Sa valeur séméiologique (Fontanel, Leulier et Rouquier), 478.

Goitres. — G... néoplasique (Hartmann), 119. — G... lingual (Pauchet), dxviii. — G... exophtalmique et dystrophie du système pileux, 223. — G... exophtalmique. Traitement (Baufle), 232. — G... et fracture fémorale par métastase osseuse (Dartigues), mccxxxi.

Goutte. — G... aiguë, 249.

Greffe. — G... testiculo-thyroïdienne (Dartigues), dlxxviii. — G... testiculaire globale (Dartigues), dclxvi. — G... épiploïques libres, 320. — G... thyroïdienne chez un enfant myxœdémateux (Dartigues et Heckel), mcccxxx. — Calcification du greffon cartilagineux crânien (Krafft), mmccciii. — Méthode des greffons dans la tuberculose ostéo-articulaire, 783.

Grippe. — G... grave chez des nourrissons (Trabuc). dxxiii. — Rôle du coccobacille de Pfeiffer (Bemelmans), cmlxxv. — Les g... neurotropes (Guérin), 438. — La g... infectieuse (Ch. Fiessinger), 729.

Gynécologie. — L'hypertension de la ménopause (Vignes), 85. — Ligamentopexie rétro-utérine (Dartigues), dcclxiv. — Névralgies pelviennes chez les femmes (J. Laurence), 254. — Irradiation et fonction de reproduction (Vignes), 293. — Ouvertures spontanées du pyo-salpinx (J. Laurence), 316. — Grossesse angulaire (J. Laurence), 476. — Affections utéro-annexielles. Traitement hydrothérapique (Derecq), mdxxvi. — Traitement des métrites chroniques gonococciques (Douay), 541. — Troubles crypto-lésionnels en g... (Petit-Dutaillis), 564, 596, 613. — Fondements physiologiques de l'électrothérapie en g... (Vignes), 601. — Traitement des algies pelviennes (Petit-Dutaillis), 663. — Grossesse complexe avec fibrome et appendicite (Petit), mmccxci. — Substances d'origine végétale susceptibles d'action thérapeutique dans les syndromes gynécologiques (Vignes), mmcccxliii. — Algo-spasme menstruel avec ou sans obstruction anatomique (Petit Dutaillis), 801.

H

Hallux valgus. — L'h... v... et son traitement (Delbet), 471.

Helminthiase. — H... et colibacillurie (Lavenant), dxvii. — H... et appendicite (Peraire), dcclxiv ; (Léo), dcclxvii, dcclxviii.

Hématome. — H... enkysté intra-dural (Harvier, Rachet et Blum), 477. — H... spontané de l'avant-bras (Buscarlet), mmcccv.

Hémicraniose. — Cas d'h... (Dereux), 159.

Hémoglobinurie. — H... orthostatique (Noël Fiessinger et Parturier), 94. — Deux cas d'h... (Emile Weil et Stieffel), 239. — H... *a frigore* par fragilité globulaire (Weil et Stieffel), 495.

Hémophilie. — Grande h... au cours d'un ictère (Emile Weil et Stieffel), 64.

Hémorragies. — H... méningées curables des jeunes sujets (Achard), 1. — Cas d'h... de la ménopause (Bécart), cxxi. — Traitement pratique de l'h... intestinale (Lowys), 57. — H... méningée chez le nourrisson (Sergent), 88. — H... gastriques aiguës (Pauchet), mxxv. — Arrêt des h... par injections de citrate de soude (Renaud), 335. — Médications antihémorragiques dans les maladies infectieuses (Rieux et Zoeller), 409. — Réaction myéloblastique post-hémorragique, mdclxxxii. — L'h... cérébrale, 585. — H... d'origine traumatique chez un hémogénique (Clerc et Lévy), 830. — H... gastriques sans ulcère (Pron), 869.

Hémorroïdes. — Traitement des h... par injections de glycérine phéniquée (Huet), 25. — Par la diathermothérapie (Meyer), clxxxvii.

Hépatisme. — Les graisses dans l'alimentation des hépatiques (Noël Fiessinger et Walter), 205. — Nutrition et régime des hépatiques (Noël Fiessinger et Walter), 18. — A propos du « procédé des deux pouces » dans la palpation du foie (Pron), 128. — La colique hépatique, 185. — Diagnostic de la colique hépatique (Parturier), 268. — Les légumes des hépatiques (H. Walter), 394. — Coagulabilité sanguine dans la chirurgie hépatique (Roux-Berger), 479. — Exploration fonctionnelle du foie (Noël Fiessinger et Walter), 490. — Hépatites toxiques d'origine anesthésique (Bénard), 633. — Variations du coefficient ammoniacal corrigé dans l'insuffisance hépatique (Noël Fiessinger, Olivier et Herbain), 782. — Indice de désamination comme épreuve d'exploration fonctionnelle du foie (Noël Fiessinger, Olivier et Herbain), 798. — La rose bengale dans l'exploration fonctionnelle du foie (Noël Fiessinger et Walter), 222, 620.

Hermaphrodisme (Legueu), 646.

Hernie. — H... étranglée. Résection intestinale suivie de dénutrition (Hertz et Vassy), 415. — H... inguinale géante, 447. — H... de la trompe, de l'utérus (Petit de la Villéon), mcclxix. — H... crurale (Hartmann), 472. — H... rétropéritonéale dans une fossette para-duodénale (Christophe), 798.

Histoire de la Médecine. — L'égalité des médecins sous l'ancien régime, mclvii. — La doctrine de J.-J. Rousseau en puériculture (Variot), mmxciv.

Hydatide. — Torsion d'h... sessile, 367.

Hydrocèle. — H... de la vaginale après opération du varicocèle (Faure), 152. — H... congénitale avec hernie (Hartmann), 789.

Hydrocéphale. — Tête d'h... ayant contenu 4.250 grammes de liquide (Henry, Rathelot et Brugeas), dxxi.

Hydronéphrose. — H... géante. Néphrectomie lombaire (Cathelin), mcdxl.

Hyperglycémie. — L'h... chez les sujets non glycosuriques (Rathery et Froment), 286. — L'h... dans les dermatoses, 302.

Hygiène dentaire. — Conseils d'h... d... (Guérin-Beaupré), 18.

Hyoscine. — Son action dans les troubles parkinsoniens (Froment et Delore), 47.

Hypertension. — Coexistence de l'h... artérielle et de la néphrite sclérosante (RENAUD et ROLAND), 382. — Voir : Tension.
Hypertrophie. — H... compensatrice (LÉOPOLD-LÉVI), CXXV.
Hystérie. — La question de l'h... devant le praticien (NEUBERGER), 106, 122.

I

Ictère, 159. — I... spirochétosique (WIDAL et WEISSENBACH), 175 ; (BRUHL et FÉRU), 239. — I... hémolytique familial (DEBRÉ, LAMY et BAUDRY), 382. — Étude du sang dans les ictères par rétention (GRÉGOIRE), 399. — I... intermittents dans les obstructions du cholédoque (BRULÉ), 735. — I... infectieux, 793.
Iléus biliaire (DARTIGUES), MCCCLXXII ; (BRODIER), MCDXXXVIII ; (LEURET), MDCCXVI ; (COCHEZ), 816.
Immigration. — L'i... en France (MARTIAL), CLXXXVII ; (BÉRARD), 62. — Le péril de l'i... et la défense de la race (BÉRILLON), DCCXIX.
Immunité antitoxique. — Influence des facteurs non spécifiques (ZŒLLER et RAMON), 560.
Impétigo. — Contre l'i... (BODIN), 440.
Inanition. — L'i... du nourrisson (ESCH-
Incontinence. — I... nocturne d'urines, 825.
Infection. — Affection infectieuse observée à Nice (NAFILYAN), 96. — I... rhino-pharyngées et colibacillose, CCCXXI. — Traitement des i... cutanées chez l'enfant, 170. — I... infantiles et carence solaire (WORINGER), 698.
Injections. — I... intramusculaires de quinine, 120. — I... intraveineuse d'émétique. Accident grave (ROUBEN), 344. — I... hypodermiques de lait. Crises nitroïdes (HARTENBERG), MCCCLXXVI. — Danger des i... intraveineuses, 544. — Les accidents des i... intra-trachéales, 623.
Insomnie. — I... des biliaires, 345.
Instinct. — Enigme de l'i... Réponse à une offensive contre le naturaliste Fabre (POUCEL), DXXII.
Insuffisance veinulaire. — Les rapports avec les tuberculides cutanés (DELATER et HUGEL), 461. — I... fonctionnelle et anatomique (DELATER), MMCLXII. — Asystolie veineuse progressive, 730.
Insuline. — Résultat des traitements prolongés par l'i... (LABBÉ), 221, 414. — Traitement du xanthome diabétique (CHAUFFARD et BRODIN), 446. — Emploi de l'i... chez l'enfant (CHARLEUX), 573. — Voir : Diabète, 797, 813.
Intoxication. — I... par le plomb d'origine hydrique (BOURDINIÈRE et BEAUGEARD), CLXXXVIII. — I... par les moules comestibles (GAUMONT), 557. — Cas d'i... saturnine (PAGNIEZ et LEROND), 782.
Invagination. — I... iléo-cæcale chez les nourrissons (MOUCHET), 399.

J

Jurisprudence médicale, XXX, CDLXXV.

K

Kyste. — K... dermoïde de l'ovaire (DUJOL), DLXXXV. — K... hydatique du muscle grand fessier (VIANNEY), DLXXXVI. — K... bismutiques, DCCLVI. — K... de la jambe, 303. — K... synoviaux para-articulaires (BAZY), 352. — K... de l'épididyme. Traitement par injections iodées (BAZY), 413. — K... hydatique du corps thyroïde (SICARD et MONTAGNE), MDLVI. — K... synoviaux (MASSABUAU, GUIBAL et LAUX), MDCLXXXII. — Adéno-kystome du foie, MDCCLXXIX. — K... hydatique paravertébral, MCMVIII. — K... hydatiques du foie, DCCLXXIX. — Diagnostic (DELBET), 775.

L

Laryngite. — Dysphagie dans la l... tuberculeuse (DE PARREL), 40. — Tuberculose laryngée, 396. — L... striduleuse. Formule, 648.
Larynx, trachée, CLXXXIV. — Nodule vocal chez le chanteur (PRÉVOT), MMDXVII.
Laxatifs. — Un nouveau l... (Robertson PROSCHOWSKY), 92.
Lèpre. — L... nerveuse à manifestations complexes (VEDEL, PUECH et JAMBON), CMXVII.
Leucémies. — Accidents post-radiographiques des l... (Emile WEIL), 111.
Ligamentopexie. — L... rétro-utérine. Procédé de Dartigues (WEBER), DCLXII.
Lipiodol. — Le l... comme moyen d'exploration thoracique (Noël FIESSINGER, LEMAIRE et OLIVIER), 667.
Lipoïdes. — L... des corps jaunes et vitamine E. (ISCOVESCO), LXXX.
Lipomatose. — L... symétrique (AYMES, ROUSTAN et ROCHAS), MCCCXXXI.
Lithiase. — L... biliaire et rénale chez un même malade (CHAUFFARD), 100. — L... rénale, 216, 617. — Traitement de la l... biliaire, MCMLXXVI.
Locomotion. — Prélocomotion : astasie-abasie des enfants (VARIOT), 718.
Luxations. — L... invétérées de la hanche. Traitement palliatif (LANCE), LXXI. — L... basses de l'épaule. Nouveau procédé de réduction (FAURE), 157. — L... tarso-métarsiennes (PLISSON), 221. — L... métacarpo-phalangienne du pouce (GUIBAL), MCXXXVI. — L... ouverte du cubitus (SCHWARTZ), 399. — L... totale du métatarse (TRÈVES), MCDLXXV. — L... récidivante de la rotule (HARTMANN), 709. — Contention des l... sterno-claviculaires en avant (CHATON), 716. — Réduction sans efforts d'une l... de la phalangine (BONNEAU), 824.
Lymphosarcome. — L... du médiastin supérieur, 477.
Lymphogranulomatose (HARTMANN), 868.
Lymphomatose. — L... médullaire aiguë, 878.

M

Mâchoire. — Prothèse après hémirésection de la mâchoire inférieure (HUGUIER et RÉAL), DCCLXIX.
Maigreur. — Traitement de la m..., 732.
Main bote. — M... b... congénitale et m... b... paralytique (ROCHER), LXXVI.
Maladies. — M... à virus chez les végétaux, CDLXX. — M... de Basedow. Traitement iodé (LABBÉ), 335. — Amélioration par la suggestion (LEMIERRE et DESCHAMPS), 381. — M... de Paget à prédominance crânienne (ROGER, REBOUL-LACHAUX et LARROUYET), MCCCXXXII. — Les bains dans les maladies infectieuses (Ch. FIESSINGER), 457. — M... de Basedow et sclérodermie, 462. — Thérapeutique curative des maladies infectieuses (NICOLLE et BOQUET), 473. — La maladie d'Addison, 521. — Les points douloureux dans les m... de l'abdomen, 570. — M... de Barlow (MARFAN), 577, 593. — M... de Bang et m... de Bruce (LEROY), 630. — M... de Recklinghausen et sarcômes profonds (ACHARD), 673. — M... de Paget (HARTMANN), 694.
Mal de mer. — Le m... de m... chez les animaux (ARLOING, IUNG et LESSATS), XXIII ; (ARLOING), CCCXXI, DCXXXI.
Mal de Pott. — M... de P... et syphilis (SERGENT), 353. — Lympho-granulomatose ou m... de P..., MCXXXV. — M... de P... traité par l'ostéosynthèse d'Albée, 751.
Malformation. — M... utérine bilatérale (PETIT DE LA VILLÉON), CDXXXVII. — Arrêt de développement très rare (BROÏDO), DCCLXXXI. — Cas de tarsomégalie, 383. — M... congénitales du cœur (BRULÉ et GILBERT-DREYFUS), 414.
Mastication. — M... et sécrétion gastrique (PRON), 37.
Mastite. — M... microcystique diffuse (TÉDENAT), MCCCXXXVIII.
Mastoïdites. — Les opérations mastoïdiennes chez les nourrissons (MOREAU), CLXXVI ; (ALOIN), CLXXVII. — M... aiguës pseudo-primitives (FELDSTEIN), 741. — Sarcome de la mastoïde chez le nourrisson (OLTRAMARE), MMCCXCIX.

Médecine légale. — Le canal lacrymo-nasal. Son rôle en m... l... (ICARD), XXIV. — Congrès de Médecine légale de langue française, MDLXXXV, MDCXLVII.
Médecine professionnelle et Intérêts professionnels. — L'Académie, l'Union des Syndicats et le Comité Consultatif de santé (GUÉRIN), CMLXIII.
— Fédération Nationale des Syndicats médicaux, CMLXV.
— Assurance sociale et médecine de campagne, MCCCLXVI.
— Union des Syndicats médicaux de France. Assemblée extraordinaire, MDIX.
— Les chirurgiens et l'impôt sur le chiffre d'affaires, DCIV.
— La C. T. I (FOVEAU DE COURMELLES), DCLIX.
— Vers la conquête des libertés professionnelles (GUÉRIN), MCDLXVII.
— Aux confins de la médecine (Noël FIESSINGER), MDCCCVIII.
— Les honoraires en clientèle (LEMIÈRE), MMXCI, MMCXCVII, MMCCLIII, MMCCCXCVII.
— L'impuissance des lois (FOVEAU DE COURMELLES), MCCXVI, MCCCLXIII.
— La nouvelle loi sur les loyers (FOVEAU DE COURMELLES), DCCCLXVII.
— Lettre ouverte au Dr Decourt (Dr VANVERTS), MCDLXIX.
— Nos locaux professionnels (FOVEAU DE COURMELLES), MMCCLXXXV.
— La maison des Intellectuels (FOVEAU DE COURMELLES), XI.
— L'organisation du Service de Santé et l'Union des Syndicats (GUÉRIN), MMCCCXLI.
— Le praticien sera représenté... quand même (GUÉRIN), CCXIX.
— Décret fixant la rétribution des chirurgiens et médecins des P. T. T., MC.
— A propos de réunions médicales récentes (FOVEAU DE COURMELLES), MMCDLIII.
— Propriété commerciale et locaux professionnels (FOVEAU DE COURMELLES), MMXLIII.
— La question des loyers (FOVEAU DE COURMELLES), MMDCXXI.
— Syndicat des Médecins-Directeurs de Maisons de santé privées en France, LIX.
— Le secret médical (LEMIÈRE), CLXIV.
— Le Syndicalisme en Alsace-Lorraine (MEYER), MMDIX.
— Les Syndicats et la moralité professionnelle (LEMIÈRE), CCLIX.
— Soins dentaires aux accidentés du travail, MCCCIII.
— Tarifs des honoraires médicaux, CCXXI, CCLXI, DCXXVII.
— Tarification des honoraires médicaux. Historique (LEMIÈRE), CDLXVII, DLXXI. — Tarif Dubief, DCCVII ; (LEMIÈRE), MCXXV, MCLXIV, MCCCXXIII. — Tarif Durafour (LEMIÈRE), MDVII.
— Les hospices civils, les cliniques et la taxe sur le chiffre d'affaires, MCDXLIV.
— Tarifs médicaux pour accidents du travail, CCCLXV, CDXXI.
— L'Union, la Fédération nationale et le S. S. M. (GUÉRIN), MMDLXV.
— Les victimes de la science ne sont pas des accidentés du travail, MDCCCXIV.
Mégacôlon. — Le m... (DELBET), 386.
Méningites. — M... lymphocytaires curables, DCCXXI. — M... tuberculeuse aiguë. Guérison (VEDEL, GIRAUD et PUECH), MCCXLIII. — M... cérébro-spinale traitée par auto-vaccinothérapie (COURTOIS-SUFFIT et GARNIER), 463. — La m... cérébro-spinale, 713. — M... pneumococcique. Forme explosive à début insidieux (ACHARD), 865. — Protéinothérapie de la m... cérébro-spinale, 779. — Infection à type de m... Traitement salicylé (DENÉCHAU), 798.
Méningococcie. — Drame surrénal (FONTANEL), MLXXXI. — M... à forme pseudo-palustre. Abcès de fixation. Guérison (LESNÉ, MARGUERY et LAMBLING), 511.
Ménisques. — Pathologie des m... du genou (MOUCHET et TAVERNIER), MMCIV. — Anatomie des m... Fracture des m... Lésions méniscales, MMCLI.
Ménopause. — La saignée dans la m... artificielle (MOCQUOT), 328.
Mésentérite. — M... sclérosante rétractile (JEAN), 15. — Lésion du mésentère sans lésion intestinale, 815.
Métrites. — Réactions au cours de certaines m... chroniques (GRYNFELTT), CXXVII. — Les m... hémorragiques, 558.
Migraine, 73. — M... surrénales traitées par l'opothérapie (SÉDILLOT), CMXV. — M... et traitement thyroïdien (SÉDILLOT), MMCLX.
Morsures. — M... de vipère aspic. Guérison par injections de sérum anti-venimeux (DOYEN), 56 ; (SÉDILLOT), 95.
Muguet. — Le m... (Ch. FIESSINGER), 297.
Myélomes. — M... osseux multiples. Radiothérapie. Guérison (BOIDIN, DARBOIS, THÉVENARD et DAVOIGNEAU), 349.
Myocarde. — Cas d'infarctus du m... (WEISSENBACH et KAPLAN), 143.
Myocardites. — Fragilité du syndrome anatomo-clinique des m... et insuffisance cardiaque primitive (Noël FIESSINGER), 150.
Myoclonie. — M... diaphragmatique périodique (ROGER, REBOUL-LACHAUX), DXXII.
Myopathie (VEDEL, PUECH et VIDAL), CXXVII.
Myosite. — M... ossifiante progressive (EUZIÈRE, PAGÈS et CHARDONNEAU), MDCCCLXVII.
Myxœdème. — Opothérapie et greffe tyroïdienne (LÉOPOLD-LÉVI), MCCCLXXVI. — Le m... infantile, 745.

N

Nanisme. — N... exostosique (RATHERY et MARIE), 750.
Nécrologie. — Mme Jacques Bertillon, CXLIV. — Le Dr Gaston Dantan, CCXXXIII, CCLXXXVIII. — Le Dr Guiter (de Cannes), CCCXLIV. — Le Dr Maunoury (de Chartres) (KIRMISSON), CCCLXXXVIII. — Le Dr Vanneufville (de Tourcoing), CCCXC. — Le Dr Ph. Maréchal, CDXXXIX. — La Doctoresse Kouindjy, CDXCVI, DXLVIII. — Le Dr Louis Violet (FOVEAU DE COURMELLES), DXCII. — Le Dr Maurice Level (FOVEAU DE COURMELLES), DCCCLXXXVI. — Le Dr Jules Glover (FOVEAU DE COURMELLES) MCCCXCII. — Le Dr Henri Chatinière, MDCXVI. — Le Dr Maxime Ménard (FOVEAU DE COURMELLES), MDCLVI. — Le Dr Thibierge, MDCCXCII. — Le Dr William Œttinger (Noël FIESSINGER), MMCCCVIII. — Le Dr Leredde, MMCCCVIII, MMCLXVIII.
Néoplasme. — N... de la gaine carpienne (HARTMANN), 280. — N... prostatique. Epinglage au radium (CHAUVIN, TRISTANT et PAOLI), MCCCXXXII. — N... du rectum (HARTMANN), 582.
Neurasthénie. — Les obsessions et leur traitement psycho-mécanique (BÉRILLON) CXXV.
Neuro-fibromatose. — N...-f... et fibrosarcome de l'extrémité supérieure du tibia (ZUCCARELLI et CAUDIÈRE), MDCCCXIX.
Névralgie. — N... du trijumeau. Neurotomie (BOURGUET), DCLXI, DCCLXIX. — N... rebelles. Formule, 296.
Névraxite. — Epidémie se rattachant à une n... (DAVID et DEKESTER), 47.
Névrite. — Cas de n... sérique, 461.
Névrome. — Coïncidence d'un n... plexiforme et de la maladie de Recklinghausen (HARTMANN), 551.
Nitrite de soude. — Injections intraveineuses de n... de s... (PETZETAKIS), 317.
Notes de Laboratoire. — Septicémine et iodaseptine (PANISSET), DCCXXXVI.

O

Obstétrique. — Dilatation du col utérin (MADON), XXVIII. — Curettage et curage digital dans l'évacuation de l'utérus (DE ROUVILLE et MADON), XXIX. — Péritonite enkystée après rupture de l'utérus (ASTÉRIADÈS), 126. — La grossesse extra-utérine des trois derniers mois (JEANNIN), 165. — Insertion vélamenteuse du cordon (HENRY, RATHELOT et BRUGEAS), DXXI. — Difficultés d'application du forceps (DEMELIN), 193. — Septicémies puerpérales (JEANNIN), 245. — Utérus didelphe avec vagin unique (RICHE), DCCLXXIII. — Hystérectomie et môle (DEVÈZE), DCCLXXIV. — Tuberculose rénale et grossesse (VALLOIS et COL DE CARRERA), DCCLXXIV. — Rachi-anesthésie en o... (ROUME), DCCLXXV ; (DELMAS), DCCLXXVI. — Accidents gravido-cardiaques, 284. — Endométrite déciduale hémorragique (JEANNIN), 305. — Bassin vicié par cyphose (VIGNES), 359. — Cloisonnement du vagin (BROHA et POULAIN), MCXXXVI. — Causes de l'avortement spontané (JEANNIN), 433. — Technique de la version podalique (JEANNIN), 561. — Infection post-partum (AVIÉRINOS), 576. — Thrombo-phlébite post-partum (CATHALA et CHABRUN), 735. — Difficultés de la version, qui proviennent de l'utérus (DEMELIN), 753. — Césarienne post-mortem (ROBERT), MMCCCLXVI. — Traitement de

l'infection puerpérale grave, 826. — Analgésie obstétricale par injections d'hémypnol, MMDCI.

Occipitalisation. — O... de l'atlas et axialisation de la 3e vertèbre (ROGER, REBOUL-LACHAUX et CHABERT), CCCXXV.

Occlusion. — O... intestinale par invagination iléo-cæcale (LATOUCHE), 383.

Odontologie. — La teinture de benjoin dans les pansements de stomatologie (ROY), 203. — Prothèse après hémirésection de la mâchoire inférieure (HUGUIER et RÉAL), DCCLXIX. — Douleurs dentaires et péridentaires. Traitement d'attente (BESCHER), 589. — Gingivite expulsive (formule), 808.

Œdème. — Œ... pseudo-phlegmoneux (LE CALVÉ), 89. — Œ... aigu du poumon (Ch. FIESSINGER), 217. — Œ... pulmonaire chez les cardiaques, 447. — Œ... local provoqué par striction. Epreuve d'évaluation quantitative (Noël FIESSINGER, SANDOR et OLIVIER), 495. — Le test de transsudation, 622.

Olfaction. — L'o... et la pathologie générale (BÉRILLON), XXIV.

Omoplate. — O... ballantes (MAUCLAIRE), LXXIX.

Ophtalmologie. — Subluxations du cristallin. Diagnostic et traitement (TERRIEN), 99. — Recherche du daltonisme et présentation de « tests » nouveaux (SCHAAF et BLUM), CCCXIII. — Eclat de fer intra-oculaire (KALT), CCCXIV. — Ophtalmomalacie des deux globes (KALT), CCCXIV. — Sarcome de la choroïde (MORAX), CCCXIV. — Ectasie scléro-cornéenne bilatérale (COUSIN et KALT), CCCXV. — Scléro-kératite guérie par la tuberculine (MÉRIGOT DE TREIGNY), CCCXV. — Mesure des éléments centraux de la rétine (ROCHON-DUVIGNEAUD), CCCXVI. — Intoxication naphtalinique (LABBÉ et LAVAGNA), CCCXVI. — Hémianopsie (BOURGUET), CCCXIX, DCLXXII. — Tuberculose oculaire chez un nourrisson (VALUDE et D'AUTREVAUX), CCCXIX. — Appareils de signalisation des Ch. de fer de l'Etat (ONFRAY), CDLXIX. — Dyschromatopsie unilatérale (TOULANT), CDLXIX. — Traitement du trachome, CDLXX. — Spasme des releveurs palpébraux. Fonte purulente des cornées (KALT), DCLVIII. — Cas d'exophtalmie pulsatile (NIDA), DCLXXI. — Luxation du cristallin cataracté (TERRIEN, COUSIN et KALT), DCLXXI. — Entropion. Nouveau procédé opératoire, DCLXXII. — Cécité, suite de méningite séreuse (ABADIE, LACAT et YOYOTTE), DCLXXII. — Recherches sur les lésions cornéennes de l'ophtalmie électrique (TOULANT), DCLXXII. — Kyste des glandes lacrymales (CARRÈRE), DCLXXIII. — Exophtalmie et tumeurs de l'orbite (TERRIEN), 277. — Hématome de l'orbite avec luxation du globe (E. HARTMANN et VALAT), MXIX. — Kératite nodulaire (CHEVALLEREAU), MXIX. — Scotome familial, MXX. — Kyste idatique de l'orbite (TERRIEN), MXX. — Mycose de la conjonctive, MXXI. — Phénomène de Marcus Gunn compliqué (FROMAGET et BRUN), MXXI. — Iridodyalise traumatique (SEDAN), MLXXVIII. — La cataracte (CANTONNET), 361. — Exophtalmie double et paralysie du moteur oculaire, MCCCXXXII. — Le syndrome de l'hémorragie dans le corps vitré et de l'hémorragie cérébrale (TERSON), 529. — Rétinite exsudative, MDCLXXVI. — Syndrome inversé de Marcus Gunn, MDCLXXVII. — Myopie. Extraction du cristallin dans la capsule (NIDA), MDCLXXVII. — Infection opératoire par le bacterium coli (MORAX et COPPEZ), MDCLXXVII. — Catguts et autres sutures en chirurgie oculaire (TERSON), MDCLXXVIII. — Emploi du sérum de Blaizot dans la conjonctivite, MDCCCXVIII. — Examen biomicroscopique des zonules, MDCCCXVIII. — Formulaire ophtalmologique pratique (CANTONNET), MDCCCX, MDCCCLXVIII, MCMLIII. — Strabisme dans les maladies neurotropes (GUÉRIN), 694. — Greffe à pédicule vasculaire (MORAX), MMCCXCI. — Zona ophtalmique (BARIETY), 781. — Troubles oculo-pupillaires au cours d'affections pleuro-pulmonaires apicales (SERGENT, DE MASSARY et BENDA), 782. — Spasmes et tics des paupières (CANTONNET et VINCENT), 785, 805.

Opothérapie. — Préparations opothérapiques extemporanées, DCCXVI.

Orchite. — Poussée d'o... Comment reconnaître sa nature (HARTMANN), 500. — O... aiguës de l'enfance, de cause mécanique (J. LAURENCE), 860. — O... aiguës primtives de l'enfance, 826. Oreillons avec o... Transfusion du sang de convalescent (DUCAMP DE CLARET et FALGAIROLLE), MCMX. — O... ourlienne, MMDIX.

Orientation. — Influence de l'o... (REGNAULT), MMCDLXII.

Oreillons. — Etiologie des o... (KERMORGANT), 239. — Traitement et prophylaxie des o... (ZŒLLER), 286.

Osséine. — Ses propriétés thérapeutiques (MAURIN), 750.

Ostéite. — O... fibreuse à myéloplaxes (LASSERRE), 719.

Ostéo-arthrite — O...-a... tuberculeuse du poignet (HARTMANN), 807.

Ostéochondrite. — O... de la hanche (MOUCHET), 783.

Ostéo-fibrose. — O...-f... vacuolaire de Recklinghausen (ACHARD), 401.

Ostéomyélites. — O... aiguë de la tête fémorale (ACQUAVIVA et DARCOURT), XXV. — O... de l'aile iliaque (MASSABUAU, GUIBAL et LAUX), DCLXXVII. — Extraction partielle de l'humérus au cours d'une o... (DECREP et CRAMBES), MLXXXII.

Ostéotomie. — O... double des fémurs PEUGNIEZ), DXVIII.

Otite. — O... latente du nourrisson et de l'enfant (LEMÉE, BLOCH et CAZEJUST), CLXVI. — O... aiguë (SEIGNEURIN), CLXXVI ; (MOURE), 104. — O... aiguë suppurée, 408. — Traitement des o... moyennes de la première enfance (SARGNOU), 443.

Oto-rhino-laryngologie. — Syndrome sphéno-palatin et son traitement (HALPHEN), 299. — Oreilles, CLXXVI. — Les oreilles qui coulent, 122. — L'examen de l'audition chez les jeunes enfants (FELDSTEIN), 809.

Ouabaïne. — Voir : Cardiopathie, 362.

Ovarite. — O... menstruelle, 345. — O... scléro-kystique (THÉVENARD), MCCCLXIX.

P

Paludisme. — Accès de p... à forme cérébro-méningée (ANTONIN), CXXVI. — Traitement du p... d'évolution, 824.

Panaris. — Traitement par l'insuline chez un diabétique (LE GAC), DCLXXIII.

Pancréas. — Base du régime des insuffisances du p... (JAMIN), 134. — Ferments digestifs dans les affections du p... (CHIRAY, LEBON et GOZLAN), 159. — Pancréatites chroniques avec ictère, 169. — Sécrétion externe du p... Action de la sécrétine purifiée (CHIRAY, SALMON et MERCIER), 560. — Syndrome pancréatique chronique avec ictère (Noël FIESSINGER), 651.

Pansements spécifiques. — Immunisation par les p... s... (BESREDKA), 60.

Papillomes. — P... de la région rénale (DELBET), 757.

Paralysie. — P... infantile. Traitement par la radiothérapie et la radiothermie (LABORDERIE), 52, DCCCLXXIII. — P... radio-circonflexe à début brusque (VEDEL, PUECH et VIDAL), CDLXXIII. — Syndrome paralytique unilatéral des nerfs craniens (GUILLAIN, ALAJOUANINE et GARCIN), 222. — Traitement de la p... infantile, 301. — Récupération fonctionnelle des grandes p... (GUILLAIN et BIDOU), 365. — P... infantile. Traitement physiothérapique (GOUNET), MCLXXXI. — La colonie de Saint-Fargeau, maison de traitement pour les p... (RŒDER), MXCX. — P... radiale. Traitement immédiat (SCHWARTZ), 415. — P... infantiles. Formes de début (PAYAN et MASSOT), MCDLXXIX. — Le genou paralytique (NOVÉ-JOSSERAND), MMIV. — P... faciale (BOTROT-ROUSSELLE), 719. — Hémorragie méningée de la p... générale au début (TARGOWLA), 751.

Parasites. — P... intestinaux. Leur rôle en pathologie chirurgicale (LÉO), MDCCLXXXI. — Parasitisme intestinal (VOIZARD), DCLXXIV. — Toux spasmodique et hémoptysies dues au tœnia, 846.

Parotide. — P... post-opératoire (FORGUE, MOURGUE-MOLINES et LAPEYRE), CMXVII.

Pemphigus. — P... épidémique des nouveau-nés, 104.

Péricardite. — Péricardotomie pour p... séro-fibrineuse (PLISSON et RIEUX), 31. — A propos de l'opération de Brauer (GRÉGOIRE), 78. — P... tuberculeuse traitée par le lipiodol (LEMAIRE), 94. — Le lipiodol dans l'examen radiologique du péricarde, 112. — Symphyse du péricarde par la thoracectomie (LERICHE), 126. — P... tuberculeuse avec épanchement (RIEUX), 210. — P... suppurée et ostéomyélite de la hanche (MASSABUAU, GUIBAL et LAUX), CMLXXVII. — P... avec cirrhose hypertrophique sans ascite (CARRIEU et JANBON), MDLVI.

Périduodénite (HALLER), DCCLXIV.

Péritonites. — P... tuberculeuses. Traitement chirurgical (ARNOULD), DCCCXXXI. — Traitement par les

rayons violets (Duguet et Clavelin), 273. — Traitement par l'héliothérapie (Brody), 465. — P... tuberculeuse (Brody), MCMXXXIX.

Périsigmoïdite. — P... aiguë, 697.

Périviscérites. — P... digestives adhésives (Trémolières et Olivier), 571. — Traitement chirurgical, 701.

Peste. — Injection intra-bubonique de térébenthine. Formation d'un abcès de fixation. Guérison (Berret), MDCLXX.

Phimosis. — P... d'un enfant de 15 mois. (Lévy-Weissmann), DLXXXIV.

Phrénicectomie (Thévenard), MC CCXXIX Sa valeur curative (Sergent, Baumgartner et Bordet), 46. — La p... ses résultats thérapeutiques, 687.

Pied. — Technique pour remédier à la chute du p... paralytique (Nové-Josserand), LXXIX. — Pied plat douloureux (Delbet), 837.

Pied bot. — Interventions pour double p... b... (Péraire), CDXXXIII. — Spina bifida occulta et p... b..., CDLXXIV. — P... b... chez l'enfant âgé et chez l'adulte (Trèves), DLXXX. — Traitement opératoire du pied varus réductible (Dupuy de Frénelle), MCCCLXIX.

Placentome. — P... malin (Roullaud et Durante), MDCCXVII.

Plaies. — Désinfection des p... par l'oxygène en courants gazeux (Le Fagnays et Lavenant), CXXI. — Un point d'affrontement pratique (Bouveret), 91 ; (André), 144. — P... pénétrante de l'abdomen, DLXXXIV. — Traitement des p... par l'essence de térébenthine, CMLXXVI.

Pleurésie. — Les p... enkystées et cloisonnées (Sergent), 10. — P... séro-fibrineuse (Bezançon), 83. — Liabilité des protéïnes dans les épanchements de la plèvre (Puech), DCLXXVIII. — P... interlobaire fixée par le lipiodol (Armand-Delille et Vibert), 350. — L'avenir et le traitement des pleurétiques (Bezançon), 449. — P... purulentes et fistules pleurales (Delbet), 580. — Les p... (Ch. Fiessinger), 604. — Les p... au cours du pneumothorax thérapeutique (Bezançon), 657. — Conduite du praticien en présence d'un épanchement pleural (Rieux), 721. — Trois cas de suppuration pleuro-pulmonaire traités par décollement pleural (Roux-Berger), 799. — Traitement par le chlorure de calcium, 875. — P... purulente à symbiose fuso-spirillaire, 878.

Pneumonie. — P... à forme épidémique (Armand-Delille et Vanbocksharl), 63. — P... sénile suivie de mort subite, 121.

Pneumothorax. — Dilatation bronchique traitée par le p... (Rist), 46. — Indications du p... artificiel (Bernard), 76. — Hernie du médiastin et p... artificiel, 302. — P... infantile. Statistique, 303. — P... de Forlanini (Rosenthal), MCCXXXIX. — Perforations pulmonaires au cours du p... artificiel (Léon Bernard, Coste et Valtis), 460. — P... spontané tuberculeux, 505. — Traitement du p... spontané tuberculeux (Cassaet et Colbert), MCMXCV. — P... thérapeutique (Rosenthal), MMCLX. — Les épanchements contro-latéraux au cours du p... artificiel, 765.

Poliomyélite. — P... infantile traité par le sérum de Pettit et la radiothérapie (Aymes et Roustan), DCCCXXX.

Polypeptidémie (Puech), DXXIV, DCLXXIV.

Pommes de terre. — Les maladies de dégénérescence de la p... de t... (Foex), XIX.

Pression artérielle. — Sur la p... a... (Ch. Fiessinger), 281.

Prostate. — Prostatectomie transvésicale sans anesthésie générale ni rachidienne (Cathelin), MMCDXXIII.

Prostitution. — Du contrôle médical de la p... (Matthijs), CVIII.

Protéines. — Labilité des p... (Puech et Cristol), CDXXXVIII.

Prurigo. — Le p... strophulus, 856.

Prurit. — Antiprurigineux, 56. — Le p... circonscrit et son traitement (Valette), 388. — Les p..., formules, 504.

Pseudarthrose. — P... après fracture du tibia (Hartmann), 309. — Après fracture du col du fémur (Trèves), MDCCXVIII.

Psoriasis. — Traitement du p... (Lacapère et Montlaur), 158.

Psychose. — Chez les fous (Londres), CVII. — Danger de l'immigration des aliénés étrangers (Marie), CXXII. — Variétés cliniques du délire à deux (Claude), 161. — Confusion mentale et p... de Korsakoff (Bénon), 215. — P... maniaque dépressive, 233. — Mysticisme et schizophrénie (Claude), 241. — Haines familiales et psychanalyse (Robin), 325 ; (Demelin), 367. — La démence précoce (Neuberger), 330, 346. — Introduction à la psychiatrie, MCCCXXXVI. — Etats seconds et délire (Bénon), 501. — Surmenage et courbature. Asthénie chronique (Bénon), 678.

Purgatifs. — Les p..., 505.

Purpura. — P... hémorragique dans un cas de leucémie myéloïde (Chaufard, Clément et Jonesco), 79. — P... rhumatoïde prétuberculeux (Carnot, Libert et Bariéty), 318.

Pyélo-cystite. — La p...-c... du nourrisson (Rohmer), 733.

Pyélo-néphrite. — P...-n... calculeuse (Hartmann), 261. — P...-n... et pyélites chez l'enfant (Nobécourt), 574.

Pyonéphrose. — P... gauche enlevée par l'incision de Fey (Coulazou, Bonnet et Simonnet), MDCCCLXVI.

Q

Quinidine. — Les dangers de la q... (Ch. Fiessinger), 153.

R

Race. — L'antixénisme biologique et la conservation de la r... (Bœderer), MXXV.

Rachitisme. — Déformations rachitiques du membre inférieur (Sorrel), 367. — R... expérimental. Action préventive de l'huile et de la farine irradiées (Lévy-Solal, Christou et Dalsace), MCCCLXXVIII ; (Lesné et Simon), MCCCLXXXI.

Radiation. — La r... et les êtres vivants (Regnault), MCLXXV. — Le verre à l'oxyde de nickel de Wood (Foveau de Courmelles et Risler), MDLXXXII. — Cause des influences saisonnières morbides (Foveau de Courmelles et Risler), MMCCXCIII.

Radiographie. — Ombres symptomatiques d'une pelvi-péritonite tuberculeuse (Sicard, Robineau et Lichwitz), 94. — Pneumo-encéphalographie par voie lombaire (Sicard, Haguenau et Gally), 798.

Radiologie. — L'ultra-violet rythmé (Livet et Roger), CXXI. — Action physiologique des rayons ultra-violets, CCCX. — Exploration radiologique de l'appendice (Cambies), CCCLXXVIII. — Les accidents provoqués par la manipulation des substances radioactives (Ch. Fiessinger), 186. — Accidents provoqués par éclatement de la lampe Quartz-Hg (Meyer), DCLXVII ; (Cambie), DCCCXXV. — Infra-rouge thérapeutique et physique, DCCXX. — Visibilité radiologique de la vésicule biliaire (Sicard, Chaptal et Montagne), DCCLXXIX. — Action des ultra-violets sur la croissance (Springer et Tardieu), 285. — Traitement de la tuberculose pleuro-péritonéale par les rayons ultra-violets (Leenhardt et Reverdy), CMLXXVIII. — Mécanisme de protection organique contre les rayons U. V., 461. — Dégénérescence amyloïde améliorée par les rayons U. V., 494. — Atténuation des effets chimiques des rayons U. V. Rôle de la chaleur (Guillaume), 511. — Travailleurs des Rayons X et du radium (Foveau de Courmelles), MMCXXXVI. — Procédé spécial d'exploration du duodénum (Delort), MMCCCLXIV.

Radiumthérapie. — Rayonnement global du radium. Ses emplois en thérapeutique (Lacapère), 321.

Rate. — Chirurgie de la r..., MXXVI ; (Lanos), MCDXXXVIII. — Anémie splénique (Noël Fiessinger et Olivier) 478 ; (Pauchet), MMCDLXII. — Cas de rupture de la rate, 814.

Réaction de Dick. — Sa valeur immunisante vis-à-vis de la scarlatine (Debré, Lamy et Bonnet), 190 ; (Paraf), 191 ; (Lesné et Dreyfus-Sée), 222.

Réactions sériques. — Modifications du liquide céphalo-rachidien, au cours des r... s... (de Lavergne et Abel), 191.

Rectite. — R... sténosante (Hartmann), 407.

Régime. — Les bases d'un r... hypoazoté (Noël Fiessinger), 653.

Repas d'épreuve. — Utilité diagnostique du r... d'é... et du tubage duodénal (H. Walter) 103.

Respiration. — Applications pratiques de l'entraînement respiratoire (Pescher), 453.

Rhinites. — R... des nourrissons (Feldstein), 201 ; (Terracol), 524.

Rhumatisme. — Poussée aiguë par exagération du traitement thermal prescrit (Sammuller), CXXXII. — R...

cardiaque évolutif, 60. — R... tuberculeux. Inoculation du liquide d'hydarthrose (HARVIER, RACHET et LEMAIRE), 223. — R... polyarticulaire. Médication salicylée (CAUSSADE, TARDIEU et LACAPÈRE), 240. — R... vertébral chronique (RŒDERER), MXXV. — Le salicylate dans le r... articulaire aigu (RIEUX et ZOELLER), 329. — Traitement du r... articulaire par l'acide acétyl crésotinique orthocrésopirine (CARRIÈRE et GÉRARD), MCCXL. — Traitement du r... chronique dans les cures sulfurées, 748. — R... chronique primitif, 841.

Rougeole. — Voir : Réaction de Dick (PARAF), 191. — Transfusion, MDCLII. — La r..., 633. — Le sérum de convalescent dans la r... (RAILLET), 811.

S

Sacrolisation. — Cas de s... dissymétrique (PERDU), MDCLII.

Saignée. — La s..., 521.

Salpingites, MMCCV.

Sanocrysine, 462, 509.

Sarcomes. — S... des muscles du mollet (HARTMANN), 248. — Maladie de Recklinghausen et s... profonds (ACHARD), 673. — S... de la mastoïde (OLTRAMARE), MMCCXCIX. — S... de l'œsophage (CUISSE), MMCCCIV. — S... mélanique cérébral, 878.

Scarlatine. — Voir : Réaction de Dick, 190. — La s..., 681.

Sciatique. — Traitement par le bismuth (MALESPINE), 780 ; par l'acétylarsan (GUYONNET), 831.

Sclérose. — La s... en plaques et son traitement (NEUBERGER), 789.

Scorbut. — Le s... de la première enfance (MARFAN), 577, 593, 609, 625. — S... localisé à l'extrémité de la diaphyse humérale (FLOUQUET et VILLETTE), 871.

Scrofule 761.

Séborrhée. — Formules, 728.

Sédimentation. — S... globulaire et formule leucocytaire (LIÉGEOIS et ALBOT), 179.

Sensibilités pathologiques. — S... p... des races (OBERLÉ, RENAUD et JACQUEMART), 717.

Septicémie. — S... veineuse et phlébite au cours d'un cancer de l'ovaire (MERKLEN, FONCIN et ADNOT), 222. — S... à staphylocoque. Mode de guérison (VILLARET, JUSTIN-BESANÇON et FAUVERT), 223. — S... puerpérale (JEANNIN), 245. — S... charbonneuse à forme d'hémorragie méningée (ROUSLACROIX et TRABUC), DCCCXXX. — S... puerpérale à bacilles perfringens (TEISSIER, RIVOLIER et THUREL), 287 ; (FEUILLIÉ), 718. — S... à méningocoques B. Abcès térébenthiné (BOIBIN), 349. — S... à virus filtrant, 398. — Les infections et la s... (GUILLERMOT, ARAOS, FRASER), MCCCXLIV. — Voir : Transfusion, MDCLII.

Sérums. — Les s... en thérapeutique (BEAUVY), MCCLXXVII. — La mort par les s..., 746. — Réactions par les antigènes dans le s... des tuberculeux et des syphilitiques, 879.

Signe de Blumberg (Le) (MINTZ), 341.

Sinus, fosses nasales, naso-pharynx, CLXXVIII, CCCXXI.

Sinusite. — Le traitement de Luchon dans les s... suppurées (AUDUBERT), CXXXIII.

SOCIETES SAVANTES

— **Académie de Médecine,** XVIII, 15, 31, 46, 61, 78, 93, 110, 126, 142, 158, 174, 189, 221, 238, 271, 285, 302, 317, 334, 348, 365, 381, 397, 413, 445, 460, 477, 493, 510, 527, 687, 702, 718, 734, 750, 781, 797, 813, 829, 846, 877. — Prix décernés en 1926, MMDXXIX, MMDLXXI. — Prix proposés pour 1928, MMDLXXIV ; pour 1929, MMDLXXVIII.

— **Comité Médical des Bouches-du-Rhône,** XXV, CXXVI, CCCXXII, DXVIII, DCCCXXIX, MLXXVIII, MCCCXXXI, MCDLXXVIII, MDCCCXIX.

— **Réunion Obstétricale et Gynécologique de Montpellier,** XXVI, DCCLXXIII.

Société de Biologie, DCCCXXVI.

Société de Chirurgie, 15, 31, 62, 78, 93, 111, 126, 142, 158, 174, 189, 221, 238, 255, 272, 287, 303, 319, 351, 367, 383, 399, 415, 447, 463, 479, 495, 703, 719, 751, 782, 798, 814, 830, 847, 863.

Société des Chirurgiens de Paris, LXVI, DXVII, DCLXI, DCCLXIII, MCCCLXIX, MCDXXXVII, MCDLXXIV, MDCCXVI, MDCCLXXIX, MMCDLX.

Société de Clinique thérapeutique thermale à Luchon, CXXXII.

Société Française d'Orthopédie, LXXI.

Société de Médecine de Paris, CXXI, CLXXXVII, CCCLXXVI, CDXXXIII, DLXXVIII, DCLXVI, DCCCXXV, CMXV, MXXII, MCCXXXI, MCCCXXIX, MCCCLXXV, MMCLIX, MMCCCLXIV, MMCDXXII, MMDLXXX.

Société de Médecine et d'Hygiène du Maroc, LXVII, DCCLXXX, MLXXXI.

Société Médicale d'Amiens, DLXXXIV, DCCXXI, DCCCXXIX, MCXXXV, MCCCXXXV, MDCL, MMCCCLXVI, MMDLXXXV.

Société Médicale de Saint-Etienne, DLXXXV.

Société Médicale des Hôpitaux, 46, 62, 78, 94, 111, 127, 143, 158, 175, 190, 222, 239, 255, 286, 302, 318, 335, 349, 366, 381, 398, 414, 446, 460, 477, 494, 511, 543, 559, 703, 718, 734, 750, 781, 797, 813, 830, 846, 862, 878.

Société Médicale des Praticiens, CXXV, DLXXXIII, DCCLXII, MCCXXXIX, MMCCXC, MMDLXXIV.

Société d'Ophtalmologie de Paris, CCCXIII, DCLVIII, MXIX, MDCLXXVI, MDCCCXVIII, MMCCXCI.

Société de Pathologie Comparée, XVIII, CCCXX, CDLXX, DCCXVI, CMLXXV, MCCXXXIII, MCCCLXXVII, MDLXXXI, MMCCXCIII, MMCDLXII.

Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier, CXXVII, CDXXXVIII, CDLXXIII, DXXIV, DCLXXIV, DCCLXXVI, CMXVII, CMLXXVII, MCXXXVI, MCCXL, MCCCXXXVI, MDL, MDCLII, MDCLXXXII, MDCCCLXII, MCMVII.

Société Scientifique de Bretagne, CXXVIII, CLXXXVIII, DCLXXIII.

Société de Stomatologie de Paris, MMCDLXVI

Spartéine. — Son action cardiaque (MERCIER et CHERBULIEZ), DCCCXXVI.

Spasmophylie. — Traitement (MOURIQUAND et BERTOYE), 459.

Spasmes. — S... artériels par le strophantus et la digitaline (ÉTIENNE et GERRAUT), 846.

Sphinctéralgies. — Traitement des s... par courants de diathermie (BENSAUDE), 497.

Spirochétose. — S... méningée (DEBRAY et JONESCO), 319. — Epreuve colorante des urines dans la s... (PAGNIEZ), 366. — Fusospirochétose des voies respiratoires (VINCENT), 718.

Splénomégalie. — Les s..., 650.

Spondylites. — S... mélitococciques (MONTAGNE), MDCCCLXV.

Stase. — S... intestinale chronique (CALAC), CLXXXIX.

Sténose. — S... du pylore par ganglions (TASSO-ASTÉRIADÈS), 32. — S... inflammatoire de l'œsophage (PETIT), CXXV. — Lavage de l'estomac dans la s... pylorique du nourrisson, 90. — S... œsophagique traitée par la dilatation multi-bougiraire (GUISEZ), CCCLXXVII. — S... pylorique du nourrisson (HAUTEFEUILLE), DXXIV : (RAYBAUD et VIGNOLI), MLXXVIII. — S... du duodénum (SÉJOURNET), MCCCLXX. — S... hypertrophique du nourrisson (VEAU), 816. — S... congénitale de l'urètre (BONNEAU), MMCDLX.

Stomatites. — Gingivo-s... (formule), 216, 344, 456. — La s... mercurielle (formules), 729. — S... gangréneuse (NOGUÉ), 809.

Stovarsol. — Le s... en thérapeutique vétérinaire (BOUCHET), MCCXXXIII.

Strabisme. — Le s... dans les maladies neurotropes (GUÉRIN), 694.

Stramoine. — Son action sur les troubles parkinsonniens (FROMONT et HAUTEFEUILLE), MCCCXXXV.

Suette miliaire. — La s... m... (SABRAZÈS), 778.

Suicides. — S... de vieillards en Allemagne (FOVEAU DE COURMELLES), CCCVII.

Surdité. — Conseils en cours de traitement rééducateur (DE PARREL), MCCXXII. — Cause de la s... chronique (DE PARREL), MDCXXXV.

Syncope. — La s... dans les maladies de cœur (Ch. FIESSINGER), 42.

Syndromes. — Etude clinique des s... surrénaux, 29. — S... d'Adams Stockes. Forme paroxystique, 79. — S... vasculaires des colitiques (BAUMANN et MARTIN), CDLXXV. — S... parkinsonien et arthrite de la hanche (ROGER, REBOUL-LACHAUX et BONAL), DXVIII. — S... entéro-pulmonaire (MÉLAMET), DCLXVII. — S... de Raynaud. Action de l'histamine et de l'acétylcholine (VILLARET et Justin BESANÇON), 223. — S... spasmo-paralytiques de l'enfance (LEREBOULLET), 225. — S... de Little (ROGER, MONGES et REBOUL-LACHAUX), DCCCXXX. — S... parkinsoniens. Traitement par la datura stramonium (LAIGNEL-LAVASTINE et VALENCE), 398, 749. — S... d'hypertension intercrânienne (CAIN, SALOMON et RACHET), 414. — S... de Recklinghausen et altérations du squelette (ACHARD), 705. — S... occipital avec hallucinose et amnésie verbale, 734.

Syphilis. — Le polymorphisme de la s... (GASTOU), XXIV. — S... diabète et grossesse (GUÉRIN-VALMALE), XXVIII. — Traitement par l'association du

bismuth et de la cure sulfurée (PELON), CXXXIII. — L'hydroxyde de bismuth. Son emploi (MOREL), 41. — S... spinale pseudo-tumorale (SICARD, HAGUENAU et LICHWITZ), 62. — Traitement de la s... congénitale (DEBRÉ), 65. — Le tréparsol dans la s... (CLÉMENT-SIMON), 92. — S... nerveuse familiale (GUILLAIN, PÉRISSON et THÉVENARD), 127, 143. — Un nouveau médicament. Association des arsenicaux au bismuth (LEVADITI), 138. — La s... dans la classe ouvrière, 158. — Accidents locaux de la médication bismuthée, DLXXX. — Diagnostic de l'hérédo-s... Valeur de la réaction de Wassermann (GIRAUD), DCCCXXXI. — Hérédo-s... à manifestations multiples, 286. — Réactivation de la réaction de Bordet-Wassermann (DUFOUR-WIDIEZ et CASTÉRAN), 319 ; (PINARD), 335. — Surveillance et traitement de la s... latente (GOUGEROT), 369, 545. — Le chancre de l'amygdale, 381. — Traitements actuels de la s... (MONTLAUR), 410. — Gomme syphilitique du voile du palais (PETIT), MCDXLI. — Hérédo-s... précoce. Traitement par ingestion de produits arsenicaux, 493. — Augmentation de la s... en France (PETIT), 671. — La s... du testicule, 714. — L'aphorisme d'Hippocrate meilleur guide que la sérologie (GUÉRIN), 839.

Système sympathique. — Les moyens d'exploration du s... s... et leur valeur, MDCLXXXIII, MDCCXXI, MDCCLXI.

T

Tabes. — Ostéopathies multiples chez un tabétique (HARVIER, RACHET et BLUM), 127. — Arthropathies tabétiques (Ch. FIESSINGER), 217. — Crises gastriques tabétiques (CAUVY), DCCLXIII, CMXV. — T... congénital, 461. — Crises gastriques tabétiques, 473. — Traitements spécifiques dans le t..., MMDLXXXVI ; (VIRES), MMDCXLI.

Télégonie (FOVEAU DE COURMELLES), CMLXXVI.

Tension. — Propriété hypertensive du citrate de soude (RENAUD), 79. — Hypertension et fibromes, 88. — Hypertension de la ménopause (VIGNES), 85. — Troubles cérébraux des hypertendus, 138. — Résultats de la cure hypotensive sans médicaments hypotenseurs (MATTÉI), MCDLXXIX. — L'opothérapie thyroïdienne chez certains hypertendus (MATTÉI), MCDLXXX. — T... artérielle. Action de l'acétylcholine, 494. — Thérapeutique de l'hypertension. L'extrait de foie dans l'hypertension (WALTER), 710. — Coexistence de l'hypertension artérielle et de la néphrite sclérosante (RENAUD et ROLAND), 382. — Hypertension portale (MATHIEU DE FOSSEY), 857.

Testicules. — Ectopie testiculaire (BARBARIN), DXVII. — La syphilis des t... (MARCEL), 714.

Tétanos. — Le sérum antitétanique (ZŒLLER et RAMON), CCLIII, 93 ; (SAADA), MLXXXII, 527. — T... guéri par sérothérapie, CCCXXV ; (LEENHARDT et REVERDY), DCCLXXVI. — Traitement du t... par la méthode de Bacelli, CMLXXVII. — Traitement du t..., 441. — T... confirmé. Sérothérapie. Guérison, 479. — Cas d'amyotrophie post-sérothérapique, 559. — Paralysie après injection de sérum antitétanique, 862.

Thiosinamine. — T... et soufre, CDLXXVI.

Thoracectomie. — T... pour syndrome symphysaire et rétrécissement mitral (ROUSLACROIX, BONNAL et ZUCCOLI), MDCCCXIX. — T... pour symphyse péricardiaque (ROUSLACROIX et AUBERT), MDCCCXIX.

Thorium X. — Ses applications, 361.

Thrombo-phlébite (BAZY), 351.

Torticolis. — Traitement physiothérapique (KOUINDJY), MMCCCLXIV, 841.

Toux. — La t... ne doit jamais être émétisante (COUBARD et GALLOT), 185. — T... du catarrhe aigu, 872.

Toxicomanie. — La t... chez les animaux (JEUDON), CCCLXIII.

Transfusion. — La t... du sang en pratique, 172. — L'immuno-transfusion de Wright, DCXIV. — Epreuves d'iso-agglutination (FALGAIROLLE), 255. — La t... dans les anémies pernicieuses, 255 (DUCAMP, DE CLARET et FALGAIROLLE), MDLIII. — Epreuve au kaolin contre la pseudo-agglutination avant la t... (FALGAIROLLE), MCCCXXXVII. — Septicémie staphylococcique guérie par t... du sang (CADENAT, FUNCK-BRENTANO et FALGAIROLLE), MDCLII. — La t... dans le traitement de la rougeole (DUCAMP, DE CLARET et FALGAIROLLE), MDCLII. — Les indications de la t... du sang, 637. — Les petites t... dans le traitement des anémies (Noël FIESSINGER et OLIVIER), 758. — T... de sang artériel, MMCCCIII.

Traumatisme. — T... du crâne. Vertige de position (BOUCHET et LEROUX), CLXXVII. — Poignet « à ressort » par t... (PÉRARD), DCCLXXX.

Tréparsol. — Le t... dans la syphilis (SIMON), 92. — Intoxication mortelle par le t... (MAY), 462.

Troubles sympathiques (FROMENT et EXALTIER), 47. — T... s... en rhinologie (HALPHEN), CLXXI. — T... s... dans les lésions cérébrales (PÉRISSOU), 269.

Trypanosomiases. — Traitement des t... (BAROTTE), MCCCLXXVII.

Tubage duodénal. — Utilité diagnostique du t... d... et des repas d'épreuve (H. WALTER), 103. — Cholécystite aiguë et hépatite syphilitique associées. Valeur diagnostique du t... d... (HADGÈS), 568.

Tuberculose. — La lobite supérieure tuberculeuse (BÉTHOUX), 44. — T... locale guérie par le collovaccin (GRIMBERG), CCCLXXVII. — T... pulmonaire expérimentale, 126. — T... pulmonaire post-partum (MÉLAMET), CDXXXIV. — T... cutanée (VIGNE, FOURNIER et PLANTEVIN), DXXI. — T... et confusion mentale (WAHL), DXXII. — T... laryngée. Anesthésie du laryngé supérieur, 173. — T... cutanée. Emploi du chaulmoogra (FOUQUET), DCCCXXV. — La révulsion de la t... pulmonaire (LOWYS), 266. — Pronostic de la t... pulmonaire. 297. — T... du pubis, 351. — La fièvre dans la t... pulmonaire (LOWYS), 363, 379. — Valeur diagnostique des cuti-réactions à la tuberculine (JOUSSET), 335, 382 ; (LESNÉ et COFFIN), 350. — Traitement de la t... laryngée (LAFITE-DUPONT), 396. — Traitement de la t... par les sels d'or, 442. — Résultats du traitement de la t... par la sanocrysine, 462 ; (LOWYS), 509. — Action de l'émétine sur les hémoptysies (MATTÉI et ACQUAVIVA), MCDLXXX. — T... laryngée. Traitement de la douleur et de la dysphagie par les U. V. (COLBERT et CHATARD), 535. — T... musculaire multiple enkystée (BURTY), MDCCXVI. — L'hygiène du tuberculeux (LOWYS), 681. — Cavernes pulmonaires tuberculeuses des nourrissons, 699. — Les cures hydrominérales dans le traitement de la t... pulmonaire, 728. — T... du péricarde chez l'adulte (RENAUD et CHATAGNON), 735. — Diagnostic physique de la t... fibreuse (DUMAREST), 746. — La t... du nourrisson (MARFAN), 777. — L'enfant issu de mère tuberculeuse, 813. — La réaction de fixation appliquée à la t... (RIEUX), 833. — Progrès récents de nos connaissances sur l'immunité antituberculeuse (CALMETTE), MMDXII. — T... pulmonaire. Traitement iodé par inhalations (RODET), 845 ; (SÉDILLOT), 863.

Tumeurs. — A propos du traitement des t... des os (TAVERNIER), 158. — Trois t... du cou (HARTMANN), 148. — T... cérébrales (HANS-BRUN), MXCIII ; (DE MARTEL), MXCIV ; (BASTIANELLI), MCXXIX ; (LOZANO), MCXXX, 447. — Sémiologie des t... du tronc du corps calculeux (GUILLAIN et GARCIN), 366. — T... de la vessie, MCCCXXXII. — T... géante de l'ovaire, MCCCXXXVI. — Tumeur du tibia (JUDET), MMCDLX. — T... blanches. Traitement par greffes osseuses, 830. — T... paranéphrétique (HALLER), MCCCLXXI. — Deux cas de t... osseuses (FROEHLICH), 479. — T... de la région parotidienne (CROISIER), MDCCXVI.

Typho-bacillose. — Traitement par le sérum antituberculeux de Jousset (BREYNAERT), 455.

U

Ulcère. — Jeûne dans l'u... du duodénum, CDXIII. — U... de l'estomac, 142, MMCCXCIII. — U... duodénaux hémorragiques (PAUCHET), DCCLXVIII. — U... gastro-duodénaux (PAUCHET), MMDLXXX. — U... chroniques des membres, 304. — Ulcération des moignons d'amputation (HARTMANN), 358. — Ulcération palatine du nouveau-né, 457. — Ulcération tuberculeuse du pharynx et du voile du palais (CAUSSADE et JAMBOLWSKI), — U... variqueux et vaccinothérapie (TIXIER et BIZE), 478. — U... gastriques perforés (HARTMANN), 534. — U... variqueux avec lésions des os (SÉZARY et LICHWITZ), 560. — U... perforés : excision et pyloroplastie (GRIMAULT), MMCCC. — La protéinothérapie dans l'u... gastro-duodénal (PRON), MMCDXXII. — U... chronique des jambes. Sympathectomie, 845. — U... des jambes, 873.

Ulcus. — U... jéjunal (PRON), CXXI. — U... duodénal hémorragique (LÉO), MCCCLXXI. — Traitement de choix de l'u... jéjunal (PAUCHET), MMCCXCIX.
Urémie. — Rapport cholestérino-urique dans l'u... (RÉMOND et COLOMBIES), 366. — Les fausses u... (Ch. FIESSINGER), 763.
Urétrite. — Traitement abortif des u... blennorragiques, 526. — Pourquoi, quand et comment explorer l'urètre au cours d'une u... à gonocoques ? (BOULANGER), 794.
Urologie. — Vaccination locale en u... (LE FUR), XIII. — Les injections uréthrales (LE FUR), 41. — Vessie tuberculeuse après la néphrectomie (LEGUEU), 67. — Le rein dans le diabète (CHABANIER), 177. — Le lipiodol pour la radiographie en u... (LE FUR), DLXXXIII, DCLXII. — Indications actuelles de la lithotrieie (CATHELIN), 198. — Indications fournies par la constante uréo-sécrétoire pour la prostatectomie et la néphrectomie (LEGUEU), 227. — Dosage d'urée dans le sang (BROHAN et PÉCHON), DCCXXI. — L'amibiase urinaire, 300. — Azotémie post-opératoire (LEGUEU), 307. — Traitement d'un urinaire. Erreurs à éviter (PILLET), 310. — Fonctions rénales dans les néphrites sclérosantes (RENAUD et ROLAND), 319. — La vaccination locale (LEGUEU), 338. — Traitement des affections vésicales par la diathermie (DE RUBEN), 374. — Vésiculites chroniques non tuberculeuses (LEGUEU), 385. — Pyonéphrose dans un rein en ectopie pelvienne (COULAZOU, BONNET et CONSTANTINESCO), MCCXL. — Le rein en fer à cheval (LEGUEU), 451. — Rupture traumatique de l'urètre périnéal, 479. — Rein tuberculeux. Exclusion partielle (LE FUR), MCCCLXXV ; (CATHELIN), MCDXXXVII. — Elimination urinaire de l'émétine et hématuries bilhaziennes (MATTÉI), MCDLXXX. — Les indications de la lithotritie (LEGUEU), 515. — Lecture d'un cathétérisme de l'uretère (LEGUEU), 549. — Tuberculose rénale et grossesse (J. LAURENCE), 767. — Urétrite à gonocoques (BOULANGER), 794. — Antisepsie des voies urinaires par le salol (BAZY), 797. — Le reflux vésico-urétral (LEPOUTRE), MMCDIX. — Dosage de l'urée sanguine (OLIVIERO), MMCDLXV.
Urticaire. — U... et réserve alcaline, 318. — U... solaire (PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, BLAMOUTIER, BESANÇON et SAIDMAN), 446. — U... récidivante, 744.
Utérus. — Endométriomes de l'u... (LETULLE), DCCCXXVI. — U... bicorne double à vagin cloisonné (HAUTEFORT), MCDLXXV. — Drainage de l'u... (BOUVERET), MDXIII.

V

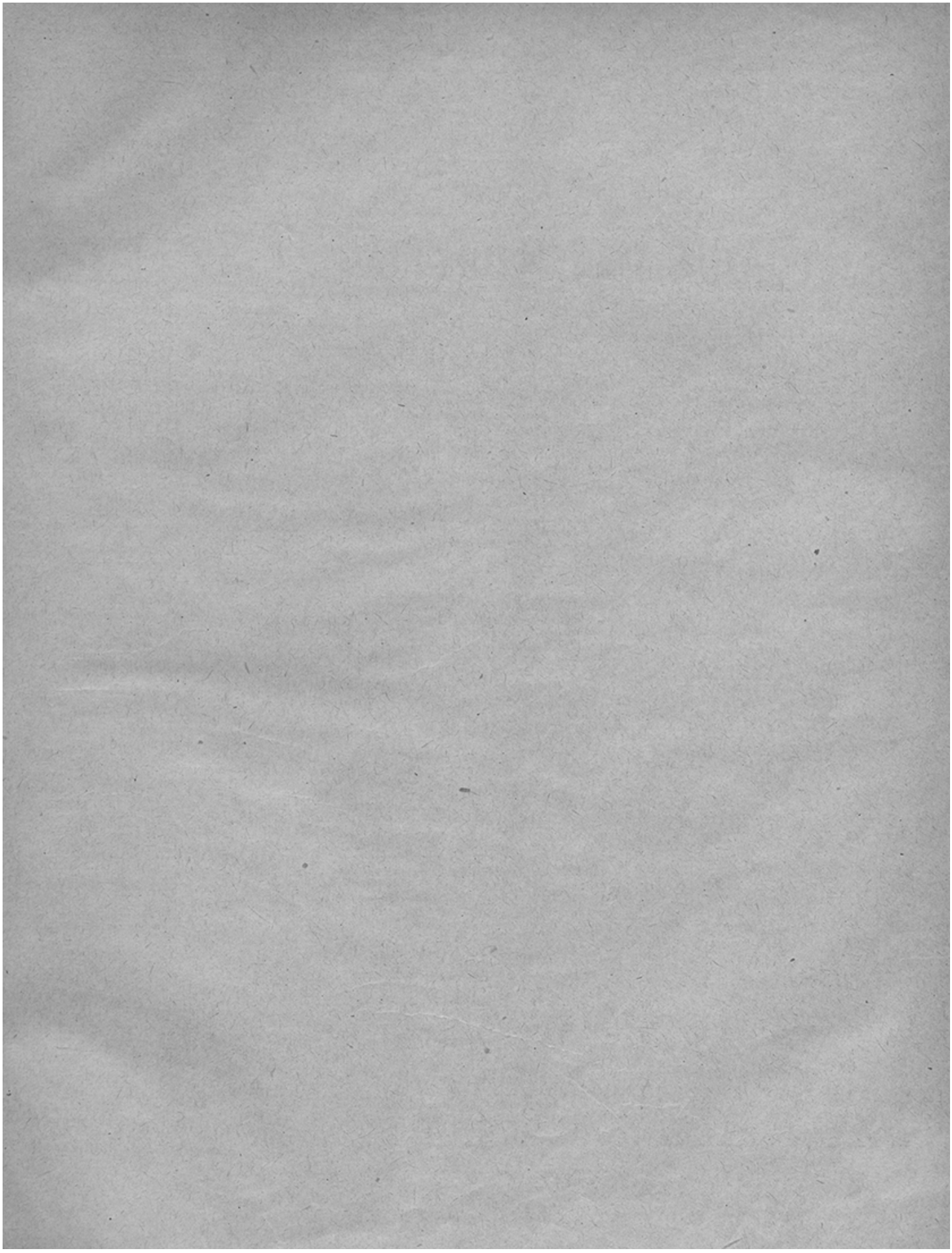
Vaccinothérapie. — Technique de la v... en chirurgie (J. LAURENCE), 78. — Immunité locale. Réaction adéno-lymphatique après inoculation (PANISSET et GOLDENBERG), CCCXX. — Prémunition des nouveau-nés par le vaccin BCG (CALMETTE), 142. — Le vaccin sous cloche (VIZERIE), 157. — Nouveau procédé de préparation des vaccins (GAUCHER), MCCXXXIX. — Immunité et réactions vaccinales (CAMUS), 477.
Varices. — Traitement par injections de salicylate de soude, CXXVI. — Dispositif facilitant la technique des injections intravariqueuses (GOLINERY et VACHERON), CCCLXXVI.
Varicelle. — V... ou alastrim (D'ANFREVILLE DE LA SALLE et FONTANEL), LXVII.
Variétés. — Les amphictyonies antiques, MCCXV.
— L'angoisse de l'incertitude, MDCXXXI.
— L'agrément dans le style scientifique, MDCCXI.
— Les acariâtres qui sanglotent, MDCCCXCV.
— L'amour-propre féminin, MCMXCI.
— Les bagatelles difficiles, DCCLI.
— La Célébration des grands hommes, MMDV.
— Cuvier, MCCLXIX.
— Ceux qui craignent de ne pas avoir assez, MCDVII.
— Les trois carrières, MMLXXXVII.
— Ceux qui n'ont pas donné leur mérite, MMCCCXCIII.
— Le dédain de l'obstacle, DLXVII.
— Les défauts du débutant, DCXXIII.
— Sur le désordre, MCCLXXI.
— Introduction à la Déontologie Médicale (MEYER), MMCXLII.
— L'esprit d'autorité, CCCLIX.
— L'examen médical avant le mariage, CMXII.
— L'enseignement de la médecine, MXV.
— Epinal, MCMXXXV.
— La femme primitive en Mésopotamie, LIII.
— La foi inopportune, CMXI.
— Gérardmer, MDCCLI.
— L'instruction primaire sous l'ancien régime, MLXXI, MCLXIII, MCCXIII.
— Les intelligences désaccordées, MCXIX.
— L'irrationnel dans les sciences, MDCLXXI.
— Kaisersberg, MDCCCLV.
— Laënnec et le sentiment religieux, MMCDXLIX.
— Ligue du Coin de terre et du Foyer, MDXLVII.
— Le médecin et le chirurgien, VII.
— Le mémoire affective, CIII.
— La métaphysique et les sciences, DCCIII.
— La médecine Leroy, DCCXLIX.
— Le mariage dans la famille, DCCCLXIII.
— La mémoire affective chez la femme, MMDCXVII.
— La multiplication des classes, MCCCXIX.
— Le mysticisme chrétien, MDXLIII.
— Les migrations humaines (REGNAULT), MDCCCLIX.
— La Méthode thérapeutique, MMCCXLIX.
— Sur Nietzsche, MCDLXIII.
— Le nationalisme physiologique, MMCCLXXXI.
— La nature médicatrice (VIRES), MMCD.
— Le Dr J. Okinczic, LV.
— L'orgueil médical, CDLXIII.
— La psychologie de l'écrivain (RODIET), LXI.
— Un portrait de femme, CLIX.
— La psychologie des animaux, CLXIII.
— La pitié, CCLV.
— La pensée par complexes, CDXV.
— La pensée saine, DCLV.
— Le Pr Grasset, sa vie et son œuvre (ROGER), MCDXI.
— Petits portraits de clients (PELON), DCCLV, DCCCXI, DCCCLXXIV.
— La puissance d'affirmation, MMCXXXV.
— Le Pr Rieux, CCCIII.
— Les rancuniers, DCCCVII.
— Les raisons du succès des chirurgiens qui réussissent (CATHELIN), DCCCXII.
— Le rêve éveillé, MDLXXV.
— Réflexes psychiques affectifs, MMCCCXXXVII.
— La studieuse ignorance, MCLIX.
— Le sérieux imbécile, MCCCLIX.
— La sélection des enfants par le mérite, MDIII.
— Les sommets des Vosges, MDCCCVII.
— Le snobisme en médecine, MMXXXIX.
— Trois grands médecins, MMDLXI.
— Utilité des doctrines, MMCXCIII.
— Le vêtement féminin, CCXV.
— La vie de deux frères, DXI.
— Le vide affectif, CMLIX.
Variole. — V... et alastrim (MASSIAS), CMLXIX. — Epidémie de v... en 1925-1926, 445. — Immunité vaccinale et réactions vaccinales, 477. — L'épidémie de variole de Paris, 687. — La v..., 713. — Traitement des pustules varioliques (FAURE), 783.
Verge. — Réfection du fourreau de la v... par autoplastie scrotale (CHAUVIN et LAHAYVILLE), DCCCXXXI. — Amputation de la v... pour néoplasme (CHAUVIN et LAHAYVILLE), XXV.
Vésicules séminales. — Le massage des v... s... (ZADOK), DLXXX. — Spermatocystites (LUYS), DCLXV. — Technique du lavage des v... s... (LUYS), MDCCLXXII.
Vessie. — Rupture intra-péritonéale de la v... (CHAUVIN et LAHAYVILLE), DXXIII. — Papillome dégénéré de la v... (CHAUVIN et LAHAYVILLE), DCCCXXXII.
Vieillesse. — L'affaiblissement intellectuel de la v... (RODIET), DXV.
Voies biliaires. — Drainage médical des v... b... (JAMIN), 249. — Volvulus de la vésicule biliaire, 447. — Action de certains excitants (CHIRAY, LE BON et CALLEGARI), 63.
Volvulus. — V... de l'intestin grêle (THÉVENARD), MDCCXVIII.
Vomissements. — Les v... du nourrisson et leur traitement (LEREBOULLET et SAINT-GIRONS), 10. — V... acétonémiques de l'enfance, 314. — V... incoercibles de la grossesse. Ligamentopexie (DARTIGUES), MCDLXXIV. — Les v..., 553.

X

Xanthome. — Voir : Insuline, 446.

Z

Zona. — Formule, 136. — Z... varicelleux (FROMONT), DCCCXXIX. — Z... et varicelle. Unicité étiologique (MARQUES), 752.



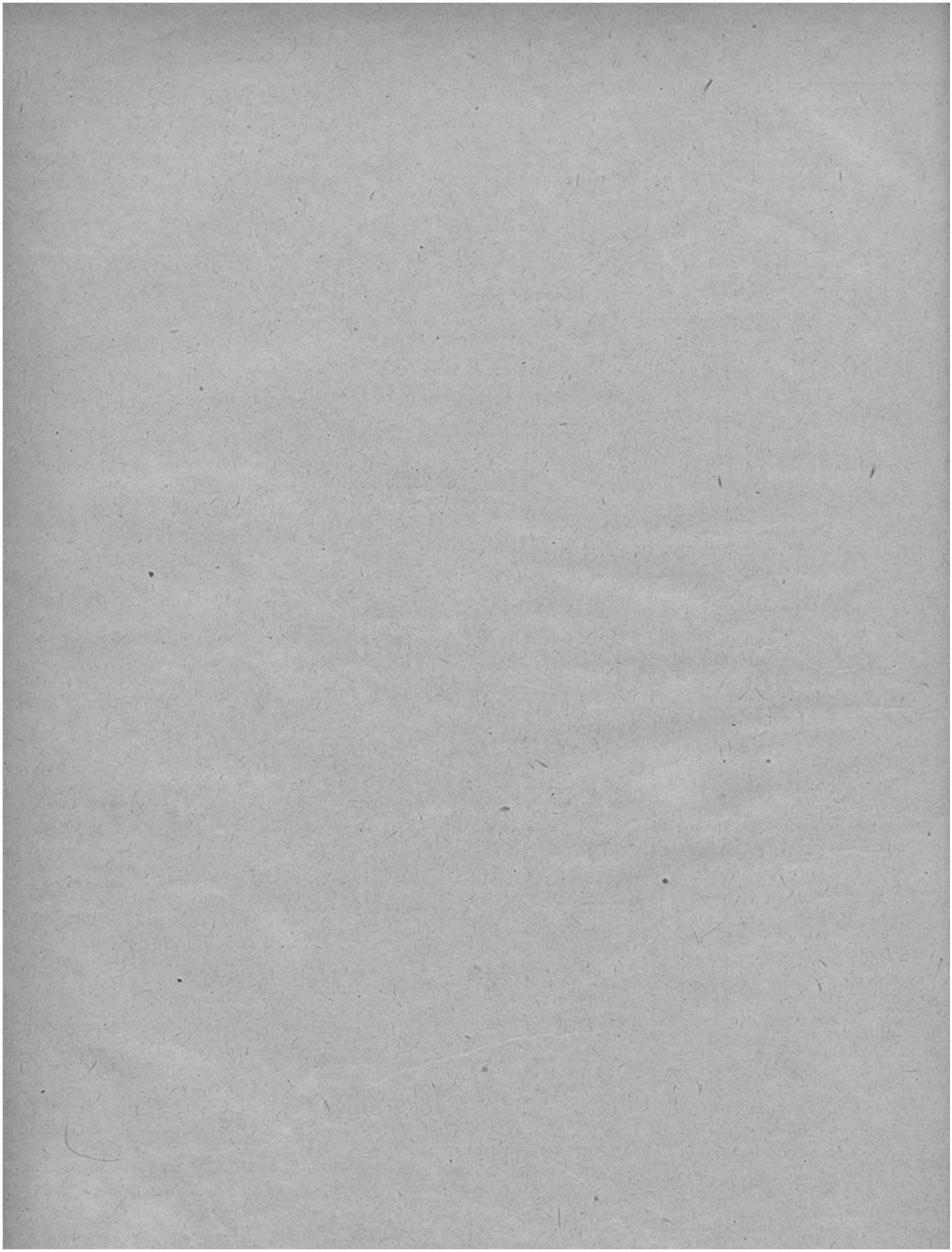


TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

ANNÉE 1926

A

Abadie, Lacat et Yoyotte. — Voir : Ophtalmologie, DCLXXII.

Abadie. — Voir : Diphtérie, 703.

Achard. — Voir : Hémorragies, 1. — Abcès, 129. — Ostéo-fibrose, 401. — Diabète, 482. — Maladie de Recklinghausen, 673. — Sa mission en Extrême-Orient, 702. — Syndrome de Recklinghausen, 705. — Empyèmes, 769. — Méningite, 865.

Acquaviva et Darcourt. — Voir : Ostéomyélite, XXV.

André. — Voir : Plaies, 144.

Anfreville de la Salle (d'). — Voir : Diphtérie, LXVII. — Varicelle, LXVII.

Arloing, Iung et Lessats. — Voir : Mal de mer, XXIII.

Arloing. — Voir : Mal de mer, CCCXXI, DCXXXI.

Armand-Delille et Vanbockshael. — Voir : Pneumonie, 63.

Armand-Delille et Vibert. — Voir : Pleurésie, 350.

Arnould. — Voir : Péritonite, DCCCXXXI.

Auvray. — Voir : Apoplexie, 846.

Aviérinos. — Voir : Obstétrique, 576.

Aymes et Roustan. — Voir : Poliomyélite, DCCCXXX.

Aymes, Roustan et Rochas. — Voir : Lipomatose, MCCCXXXI.

Aymes et Simonpiétri. — Voir : Adipose, CXXVI.

Azémar et Lépinay. — Voir : DCCLXXXI.

B

Barbet. — Voir : Anévrysme, DCLXV. — Appendicite, MCDXXXVII.

Bazy. — Voir : Kystes, 413. — Urologie, 797.

Beau. — Voir : Epithéliomas, 730.

Beauvy. — Voir : Sérums, MCCLXXVII.

Bécart. — Voir : Hémorragies, CXXI.

Bénard. — Voir : Hépatisme, 633.

Bénon. — Voir : Psychose, 215, 501, 678.

Bensaude et Paul-Meyer. — Voir : Sphincféralgies, 497.

Bérard et Barthélemy. — Voir : Endocardite, DXC.

Beraud. — Voir : Adrénaline, 69.

Bérillon. — Voir : Olfaction, XXIV. — Neurasthénie, CXXV. — Cerveau, CDLXI. — Immigration, DCCXIX. — Race, MXXV.

Bernard. — Voir : Pneumothorax, 76.

Berret. — Voir : Peste, MDCLXX.

Bescher. — Voir : Odontologie, 589.

Besredka. — Voir : Pansements spécifiques, 60.

Béthoux. — Voir : Tuberculose, 44.

Bezançon. — Voir : Pleurésie, 83, 449, 657. — Gangrène pulmonaire, 513, 737.

Bezançon et Etchecoin. — Voir : Gangrène, 110.

Blanc. — Voir : Appendicite, MCCCLXIX.

Boidin. — Voir : Septicémie, 349.

Boidin, Darbois, Thévenard et Davoigneau. — Voir : Myélomes, 349.

Boinet, Rouslacroix et Piéri. — Voir : Epithélioma, XXV.

Bonnamour et Brochier. — Voir : Cardiopathie, 156.

Bonneau. — Voir : Luxations, 824. — Sténose, MMCDLX.

Bonnin. — Voir : Aortite, 187.

Bothézat. — Voir : Chlorure de calcium, 591.

Bouchet. — Voir : Stovarsol, MCCXXXIII. — Fièvre, MDLXXXI.

Boulanger. — Voir : Urétrite, 794.

Bourde. — Voir : Appendicite, MCCCXXXV.

Bourdinière et Beaugeard. — Voir : Intoxication, CLXXXVIII.

Bourguet. — Voir : Ophtalmologie, CCCXIX. — Névralgie, DCLXI, DCCLXIX.

Bouveret. — Voir : Plaies, 91. — Utérus, MDXIII.

Brault. — Voir : Alimentation, CXXXI.

Bressot. — Voir : Fractures, MCDLXXV.

Breynaert. — Voir : Typho-bacillose, 455.

Brodier. — Voir : Iléus biliaire, MCDXXXVIII.

Brodin et Dujaric de la Rivière. — Voir : Abcès de fixation, 398.

Brody. — Voir : Péritonite, 465, MCMXXXIX. — Choc, MDCCCXCIX.

Broha et Poulain. — Voir : Obstétrique, MCXXXVI.

Brohan et Péchon. — Voir : Urologie, DCCXXI.

Bruhl et Féru. — Voir : Ictère, 239.

Brulé et Gilbert-Dreyfus. — Voir : Malformations, 414.

Brulé. — Voir : Ictères, 735.

Brun (de). — Voir : Fièvre typhoïde, 28.

Buizard. — Voir : Anévrysme, DCCLXIII.

C

Cadenat, Funck-Brentano et Falgairolle. — Voir : Transfusion, MDCLII

Calac. — Voir : Stase, CLXXXIX.

Calmette. — Voir : Vaccinothérapie, 142. — Tuberculose, MMDXII.
Calot. — Voir : Arthrites, 15, 460.
Cambies. — Voir : Radiologie, CCCLXXVIII, DCCCXXV.
Camus. — Voir : Vaccinothérapie, 477.
Cantonnet. — Voir : Blépharites, 88. — Cataracte, 361. — Formulaire d'ophtalmologie, MDCCCXXXV, MDCCCLXVIII, MCMLIII.
Cantonnet et Vincent. — Voir : Ophtalmologie, 785, 805.
Carrère. — Voir : Ophtalmologie, DCLXXIII.
Carrière et Gérard. — Voir : Rhumatisme, MCCXL.
Carrieu et Marchand. — Voir : Fièvre typhoïde, CXXVIII.
Carrieu-Janbon. — Voir : Péricardite, MDLVI.
Cassaet et Colbert. — Voir : Pneumothorax, MCMXCV.
Cathala et Chabrun. — Voir : Thrombophlébite, 735.
Cathelin. — Voir : Urologie, 198, MCDXXXVII. — Variétés, DCCCXII. — Hydronéphrose, MCDXL. — Cancer du rein, MCDLXXIV, 777. — Prostate, MMCDXXIII.
Cattalorda. — Voir : Cancer, MCCCXXXII.
Caussade et Cribier. — Voir : Crachats, 94.
Caussade, Tardieu et Lacapère. — Voir : Rhumatisme, 240.
Caussade et Iambolwski. — Voir : Ulcères, 478.
Cauvy. — Voir : Tabès, DCCLXIII, CMXV.
Chabanier. — Voir : Urologie, 177.
Chalier. — Voir : Appendicite, MMCCXCVIII.
Charleux. — Voir : Insuline, 573.
Chartier. — Voir : Anévrysme, CDXXXIII.
Chauffard. — Voir : Lithiase, 100.
Chauffard, Clément et Jonnesco. — Voir : Purpura, 79.
Chauvin et Lahayville. — Voir : Verge, XXV, DCCCXXXI. — Calculs, CXXVI. — Vessie, DXXIII, DCCCXXXII.
Chauvin, Tristant et Paoli. — Voir : Néoplasme, MCCCXXXII.
Chiray. — Voir : Cholécystographie, 48.
Chiray, Salmon et Mercier. — Voir : Pancréas, 560.
Chiray, Lebon et Gozlan. — Voir : Pancréas, 159.
Chiray, Lebon et Callegari. — Voir : Voies biliaires, 63.
Claude. — Voir : Psychose, 161, 241.
Clerc et Lévy. — Voir : Cardiopathie, 63. — Hémorragie, 830.
Colbert et Chatard. — Voir : Tuberculose, 535.
Comby. — Voir : Abcès, 78.
Conil. — Voir : Fièvre typhoïde, 224.
Conzette. — Voir : Appendicite, 229.
Coubard et Gallot. — Voir : Toux, 185. — Asthme, 444. — Fièvre, 825.
Coulaud. — Voir : Cancer, 128.
Coulazou, Bonnet et Constantinesco. — Voir : Urologie, MCCXL.
Coudray. — Voir : Fracture, MDCCXVI.
Courtois-Suffit et Garnier. — Voir : Méningite cérébro-spinale, 463.
Courtois-Suffit, Garnier et Liège. — Voir : Fièvre de Malte, 494.
Cousin et Kalt. — Voir : Ophtalmologie, CCCXV.
Couto. — Voir : Aorte, 302.
Coyon, Salomon et Willemin. — Voir : Tumeur cérébrale, 447.
Crémieu et Chevallier. — Voir : Gangrène, 440.
Croisier. — Voir : Tumeur, MDCCXVI.
Cuisse. — Voir : Sarcomes, MMCCCIV.

D

Darquiez. — Voir : Brûlures, 858.
Dartigues. — Voir : Greffe, DLXXVIII, DCLXVI. — Gynécologie, DCCLXIV. — Goitre, MCCXXXI. — Iléus biliaire, MCCCLXXII. — Vomissements, MCDLXXIV. — Thermothorax, MMCLX.
Dartigues et Mircouche. — Voir : Dermatose, CMXVI.
Dartigues et Heckel. — Voir : Greffe, MCCCXXX.
Debré. — Voir : Choléra infantile, 23. — Syphilis, 65.
Debré, Lamy et Bonnet. — Voir : Réaction de Dick, 190.
Debré et Pelot. — Voir : Dysostose, 461.
Debré, Lamy et Baudry. — Voir : Ictère, 382.
Degrais. — Voir : Angiomes, MCCCLXXV.
Delater et Hugel. — Voir : Insuffisance veinuleuse, 461.
Delater. — Voir : Insuffisance veinuleuse, MMCLXII.
Delbet. — Voir : Cholécystites, 340. — Mégacôlon, 386. — Cancer du sein, 435. — Hallux valgus, 471. — Pleurésies, MDCCIX. — Fractures, 726. — Papillomes, 757. — Kystes du foie, 775. — Pied plat douloureux, 837.
Delmas, Col de Carrera et Cristol. — Voir : Eclampsie, XXX.
Delort. — Voir : Duodénum, MMCCCLXIV.
Demelin. — Voir : Obstétrique, 193, 753. — Psychose, 367.
Denéchau, Peignaux et Fruchaud. — Voir : Encéphalite, 798.
Denéchau. — Voir : Méningite, 798.
Derecq. — Voir : Gynécologie, MDXXVI.
Dereux. — Voir : Hémicraniose, 159.
Dervieux et Belot. — Voir : Arthrites, MDC.
Desgrez, Rathery et Froment. — Voir : Diabète, 813.
Didiée. — Voir : Gangrène, 847.
Douay. — Voir : Gynécologie, 541.
Doyen. — Voir : Morsures, 56.
Ducamp, Blouquier de Claret et Falgairolle. — Voir : Transfusion, MDLIII, MDCLII. — Orchite, MCMX.
Dufour-Widiez et Castéran. — Voir : Syphilis, 319.
Dufourmentel. — Voir : Ecrasement facial, MDCCLXXX.
Duguet et Clavelin. — Voir : Péritonites, 273.
Dujol. — Voir : Kyste, DLXXXV.
Dumarest. — Voir : Tuberculose, 746.
Dumas. — Voir : Fièvre typhoïde, 253.
Dupuy de Frénelle. — Voir : Appendicite, MCCXXXII. — Pied bot, MCCCLXIX. — Eventration, MCDLXXIV.

E

Etienne et Gerraut. — Voir : Spasmes, 846.
Euzière, Pagès et Chardonneau. — Voir : Myosite, MDCCCLXVII.

F

Falgairolle. — Voir : Transfusion, 255, MCCCXXXVII.
Faure. — Voir : Hydrocèle, 152. — Luxations, 157.
Feer. — Voir : Eczéma, DCCIX.
Feissly. — Voir : Cholécystites, 415.
Feldstein. — Voir : Angine, 9. — Diastolisation, 58. — Rhinites, 201. — Mastoïdites, 741. — Furoncles, 762. — Oto-rhino-laryngologie, 809. — Corps étrangers, 104.
Feuillié. — Voir : Septicémie, 718.
Fiessinger (Charles). — Allocution à l'Ecole de Psychologie, CI. — Traitement de l'asthme, 105. — Arthropathies tabétiques, 217. — Préparation à l'action médicamenteuse, 217. — L'hygiène, 235. — Angine de poitrine de cause médiastinale, 490. — Les azotémies, 537. — La diète, 586. — Les bains dans les maladies infectieuses, 457. — Conditions d'apparition du bruit de galop, 764. — Chlorure de calcium, 169. — Endocardites aiguës de l'enfance, 666. — La grippe infectieuse, 729. — Les syncopes dans les maladies de cœur, 42. — Le muguet, 297. — Œdème aigu du poumon, 217. — Pression artérielle, 281. — Les pleurésies, 604. — Les dangers de la quinidine, 153. — Accidents provoqués par la manipulation des substances radioactives, 186. — Traitement digitalique postasystolique, 203. — Transmission expérimentale du cancer, MDCCXLIX. — Les fausses urémies, 763. — La valeur thérapeutique, MMCDXLVII. — Les extrasystoles dans les cardiopathies graves, 858. — Traitement des dyspnées, 873.
Fiessinger (Noël). — Le fer réduit dans la thérapeutique des anémies, 526. — Ascites cirrhotiques, 714. — La cachexie restrictive, 539. — Claudication artérielle des membres inférieurs, 587. — Aux confins de la médecine, MDCCCVIII. — La dystonie gastrique, 73. — Syndrome des myocardites et insuffisance cardiaque primitive, 150. — Nécrologie, MMCCCIX. — Les bases d'un régime hypo-azoté, 653. — Syndrome pancréatique chronique avec ictère, 651. — Causes déclanchantes des manifestations cliniques des cirrhoses alcooliques du foie, 859.
Fiessinger (Noël) et Olivier. — Voir : Abcès, 318. — Rate, 478. — Lipiodol, 667. — Anémies, 758.
Fiessinger (Noël) et Lemaire. — Voir : Lipiodol, 667.
Fiessinger (Noël), Olivier et Herbain. — Voir : Hépatisme, 782, 798.
Fiessinger (Noël) et Parturier. — Voir : Hémoglobinurie, 94.
Fiessinger (Noël), Sandor et Olivier. — Voir : Œdème, 495, 622.
Fiessinger (Noël) et Walter. — Voir : Nutrition et régime des hépatiques, 18. — Les graisses dans l'alimentation des hépatiques, 205. — Le rose bengale dans l'exploration fonctionnelle du foie, 222, 620. — Que faut-il penser de l'exploration fonctionnelle du foie ? 490.
Flandin. — Voir : Angine, 718.
Flouquet et Villette. — Voir : Scorbut, 871.
Foex. — Voir : Pomme de terre, XIX.

Fontanel. — Voir : Alastrim, LXVIII. — Bicarbonate de soude, LXXI. — Méningococcie, MLXXXI.
Fontanel, Leulier et Rouquier. — Voir : Glycorachie, 478.
Fonteneau. — Voir : Diurèse, DLI.
Forgue, Mourgue, Molines et Lapeyre. — Voir : Parotide, CMXVII.
Fouqué. — Voir : Abcès, 391.
Fourcade, Lemay et Jaloustre. — Voir : Bismuth, DCCLVI.
Fournier et Galland. — Voir : Dermatose, MCCCXXXI.
Foveau de Courmelles. — Voir : Suicides, CCCVII. — Télégonie, CMLXXVI. — Actualités, MLXXVI, MDLXXIX. — Médecine professionnelle, XI, DCLIX, DCCCLXVII, MCCXVI, MCCCLXIII, MDCCCXIV, MMXLIII, MMCXXXVI, MMCCLXXXV, MMCDLIII, MMDCXXI. — Nécrologie, CXLIV, DXCII, DCCCLXXXVI, CMXXIX, MDCLVI. — Variétés, MDXLVII.
Foveau de Courmelles et Risler. — Voir : Radiation, MDLXXXII, MMCCXCIII.
Froment et Delore. — Voir : Hyoscine, 47. — Troubles sympathiques, 47.
Fromont et Hautefeuille. — Voir : Stramoine, MCCCXXXV.

G

Gaisset. — Voir : Actualités, CDXIX.
Galliot. — Voir : Bismuth, MCCCXXIX.
Gastou. — Voir : Syphilis, XXIV.
Gaucher. — Voir : Vaccinothérapie, MCCXXXIX.
Gaumont (Mlle). — Voir : Intoxication, 557.
Gérin (de). — Voir : Anémie, XXIV.
Giraud. — Voir : Syphilis, DCCCXXXI.
Giraud et Guibal. — Voir : Encéphalite, DCLXXVII.
Gougerot. — Voir : Erythrodermie, 81. — Syphilis, 369, 545. — Dermatose, 641, 658.
Gounet. — Voir : Paralysie, MCLXXXI.
Grégoire. — Voir : Péricardite, 78. — Ictères, 399.
Grenet. — Voir : Cardiopathie, 49.
Grimberg. — Voir : Tuberculose, CCCLXXVII.
Grynfeltt. — Voir : Métrites, CXXVII.
Grynfeltt et Simon. — Voir : Dégénérescence, MDLIII.
Guérin. — Voir : Médecine professionnelle, CCXIX, MCDLXVII, MMCCCXLI, MMDLXV. — Grippe, 438. — Strabisme, 694. — Syphilis, 839.
Guérin-Beaupré. — Voir : Hygiène dentaire, 18.
Guérin-Valmale. — Voir : Syphilis, XXVIII. — Annexites, XXVI.
Guibal. — Voir : Luxations, MCXXXVI.
Guillain, Alajouanine et Garcin. — Voir : Paralysie, 222.
Guillain et Bidou. — Voir : Paralysie, 365.
Guillain, Périsson et Thévenard. — Voir : Syphilis, 127.
Guillain et Garcin. — Voir : Tumeurs, 366.
Guillaume. — Voir : Radiologie, 511.
Guillermot Araos Fraser. — Voir : Septicémie, MCCCXLIV.
Guisez. — Voir : Corps étrangers, LXVI. — Cancer, 46, DCCLXX. — Sténose, CCCLXXVII.

H

Hadgès. — Voir : Tubage duodénal, 568.
Haller. — Voir : Périduodénite, DCCLXIV. — Tumeur, MCCCLXXI. — Appendicite, MDCCXVIII.
Halphen. — Voir : Oto-rhino-laryngologie, 299.
Hartenberg. — Voir : Injections de lait, MCCCLXXVI.
Hartmann. — Voir : Fractures, 2, 437, 453, 517, 563, 678, 744. — Cancer, 46. — Epithélioma, 52. — Goitres, 119. — Tumeurs, 148. — Entorse, 197. — Fibro-adénome, 214. — Abcès, 225, 487, 496. — Sarcomes, 248. — Pyélo-néphrite, 261. — Néoplasme, 280, 582. — Blennorragie, 292. — Pseudarthrose, 309. — Ulcères, 358. — Rectite, 407. — Hernie crurale, 472. — Orchite, 500. — Epiplocèle crurale, 517. — Ulcères gastriques, 534. — Névrome plexiforme, 551. — Fibrome, 563. — Gangrène, 630. — Maladie de Paget, 694. — Luxation de la rotule, 709. — Hydrocèle, 789. — Ostéo-arthrite, 807. — Lymphogranulomatose, 868.
Hartmann (E.) et Valat. — Voir : Ophtalmologie, MXIX.
Harvier, Rachet et Blum. — Voir : Tabès, 127. — Hématome, 477.
Harvier, Rachet et Lemaire. — Voir : Rhumatisme, 223.
Harvier et Lemaire. — Voir : Cancer du rein, 477.
Harvier et Schedrovitsky. — Voir : Diurèse, 350.
Hauduroy. — Voir : Bactériologie, XX, MMI, MMCXCIX.
Hautefeuille. — Voir : Sténose, DXXIV. — Diphtérie, MMDLXXXV.
Henry, Rathelot et Brugeas. — Voir : Hydrocéphalie, DXXI. — Obstétrique, DXXI.
Hudelo, Duhamel et Drouineau. — Voir : Cancers, 145.
Huet. — Voir : Hémorroïdes, 25.
Huguier et Réal. — Voir : Mâchoire, DCCLXIX.

I

Icard. — Voir : Médecine légale, XXIV.
Iscovesco. — Voir : Lipoïdes, LXXX.

J

Jamin. — Voir : Pancréas, 134. — Voies biliaires, 249.
Jeannin. — Voir : Obstétrique, 165, 245, 305, 433, 561.
Jeudon. — Voir : Toxicomanie, CCCLXIII.
Jousset. — Voir : Tuberculose, 335.
Judet. — Voir : Tumeur, MMCDLX.

K

Kalt. — Voir : Corps étrangers, CCCXIV. — Ophtalmologie, DCLVIII.
Kermorgant. — Voir : Oreillons, 239.
Kouindjy. — Voir : Torticolis, MMCCCLXIV, 841.
Krafft. — Voir : Greffe, MMCCCIII.

L

Labbé. — Voir : Diabète, 31, 191. — Insuline, 221, 414. — Maladies, 335.
Labbé et Lavagna. — Voir : Ophtalmologie, CCCXVI.
Laborderie. — Voir : Paralysie infantile, 52.
Lacapère. — Voir : Radiumthérapie, 321.
Lafite-Dupont. — Voir : Tuberculose laryngée, 396.
Lafosse. — Voir : Affections respiratoires, DCCXIX.
Laignel-Lavastine et Valence. — Voir : Encéphalite, 303. — Syndromes, 398, 749.
Laignel-Lavastine et George. — Voir : Anémie, 813. — Cardiopathie, 349.
Lance. — Voir : Luxations, LXXI.
Laquerrière. — Voir : Dermatose, 313.
Laubry et Thomas. — Voir : Artérite, 287.
Laurence (J.). — La radiumthérapie dans les cancers opérables du col de l'utérus, 154. — Cancer de l'estomac. Forme œsophagienne, 188. — Cancer du rectum et radium, 282. — Fistules et rayons ultra-violets, 377. — Grossesse angulaire, 476. — Névralgies pelviennes chez les femmes, 254. — Ouvertures spontanées du pyosalpinx, 316. — Tuberculose rénale et grossesse, 766. — Technique de la vaccinothérapie en chirurgie, 78. — Orchites aiguës de l'enfance, 860.
Lauze. — Voir : Furoncles et anthrax, MCCCXXXVII.
Lavenant. — Voir : Helminthiase, DXVII.
Lavergne (de) et Abel. — Voir : Réactions sériques, 191.
Lavergne (de) et Carrot. — Voir : Bactériologie, 518.
Leenhardt et Reverdy. — Voir : Tétanos, DCCLXXVI. — Radiologie, CMLXXVIII. — Achondroplasie, MDL. — Epilepsie, MDCCCLXVII.
Lefort. — Voir : Amaurose, LXXI.
Le Fur. — Voir : Urologie, XIII, 41, DCLXII, MCCCLXXV.
Le Gac. — Voir : Abcès, CXXVIII.
Legueu. — Voir : Urologie, 67, 227, 307, 338, 385, 451, 515, 549, 646.
Legueu, Fey et Truchot. — Voir : Bassinet, 414.
Lemaire. — Voir : Péricardite, 94.
Lemée, Bloch et Cazejust. — Voir : Otite, CLXVI.
Lemière. — Médecine professionnelle, CLXIV, CCLIX, CDLXVII, DLXXI, DCXXVII, DCCVII, MCXXV, MCLXIV, MCCCXXIII, MDVII, MMXCI, MMCXCVII, MMCCLIII, MMCCCXCVII.

Lemierre et Deschamps. — Voir : Maladie de Basedow, 381.
Le Moine. — Voir : Abcès, DCLXII. — Fractures, DCLXII.
Le Noir, Bariéty et Mamcul. — Voir : Cancer, 336.
Léo. — Voir : Colibacillurie, CDXXXIV. — Helminthiase, DCCLXVII. — Parasites, MDCCLXXXI.
Léopold-Lévi. — Voir : Hypertrophie, CXXV. — Adrénaline, DCCCXXV. — Myxœdème, MCCCLXXVI.
Lepoutre. — Voir : Urologie, MMCDIX.
Lereboullet. — Syndromes spémo-paralytiques et encéphalopathies de l'enfance, 225.
Lereboullet, Boulanger-Pilet et Gournay. — Voir : Diphtérie, 318.
Léri. — Voir : Dysankie, 750.
Leriche. — Voir : Artérites, 320.
Leroy. — Voir : Maladies, 630.
Lesné. — Voir : Diabète, 289.
Lesné et Coffin. — Voir : Tuberculose, 350.
Lesné et Simon. — Voir : Rachitisme, MCCCLXXXI.
Lesné, Marguery et Lambling. — Voir : Méningococcémie, 511.
Letulle. — Voir : Utérus, DCCCXXVI.
Leuret. — Voir : Iléus biliaire, MDCCXVI.
Levaditi. — Voir : Syphilis, 138.
Leven. — Voir : Aérophagie, 733.
Lévy-Solal, Christou et Dalsace. — Voir : Rachitisme, MCCCLXXVIII.
Liégeois et Albot. — Voir : Sédimentation, 179.
Livet. — Voir : Electrothérapie, CDXXXIII.
Livet et Roger. — Voir : Radiologie, CXXI.
Londres. — Voir : Psychose, CVII.
Lœper et Garcin. — Voir : Borate de soude, 814.
Loubat. — Voir : Anévrysme, 799.
Lowys. — Voir : Hémorragies, 57. — Appareil respiratoire, 138. — Tuberculose, 266, 363, 379, 509, 681. — Aérophagie, 617.
Luys. — Voir : Vésicules séminales, DCLXV, MDCCLXXXII.

M

Macaigne et Nicaud. — Voir : Aspergillose, 95.
Madon. — Voir : Obstétrique, XXVIII.
Marfan. — Voir : Broncho-pneumonie, 601. — Scorbut, 577, 593, 609, 625. — Tuberculose du nourrisson, 777.
Marie. — Voir : Psychose, CXXII.
Marques. — Voir : Zona, 752.
Martin, Loiseau et Laffaille. — Voir : Diphtérie, 333.
Massabuau, Guibal et Laux. — Voir : Ostéomyélites, DCLXXVII. — Péricardite, CMLXXVII. — Kystes synoviaux, MDCLXXXII.
Massias. — Voir : Variole, CMLXIX.
Mattéi. — Voir : Tension, MCDLXXIX, MCDLXXX. — Urologie, MCDLXXX.
Mattei et Acquaviva. — Voir : Tuberculose, MCDLXXX.
Matthijs. — Voir : Prostitution, CVIII.
Mauclaire. — Voir : Omoplates ballantes, LXXIX.
Mélamet. — Voir : Syndrome, DCLXVII. — Asthme, MCCCXXIX.
Mercier et Cheebuliez. — Voir : Spartéine, DCCCXXVI.
Mérigot de Treigny. — Voir : Ophtalmologie, CCCXV.
Merklen, Wolf et Bicard. — Voir : Diabète, 143.
Merklen, Foncin et Adnot. — Voir : Septicémie, 222.
Métadier. — Voir : Auscultation, MCCCXXIX.
Meyer. — Voir : Variétés, MMCXLII. — Médecine professionnelle, MMDIX.
Michel. — Voir : Fractures, CXXVI. — Blennorragie, MMCCXVIII.
Mintz. — Voir : Signe de Blumberg, 341.
Mocquot. — Voir : Abcès, 238. — Ménopause, 828.
Moncany. — Voir : Angine, 64.
Mondor. — Voir : Arthrites, MMCCXII.
Montagne. — Voir : Spondylites, MDCCCLXV.
Morax. — Voir : Ophtalmologie, CCCXIV, MMCCXCI.
Morax et Coppez. — Voir : Ophtalmologie, MDCLXXVII.
Morel. — Voir : Syphilis, 41.
Morin. — Voir : Compression médullaire, 6.
Mouchet. — Voir : Invagination, 399. — Ostéite, 719. — Fractures, 719. — Ostéochondrite, 782.
Mouchet et Tavernier. — Voir : Ménisques, MMCIV.
Mouriquand et Bertoye. — Voir : Spasmophylie, 459.
Mouriquand, Pravaz et Bertoye. — Voir : Encéphalite, 475.
Moutier — Voir : Diarrhées, 265. — Constipation, 569

N

Nafilyan. — Voir : Infection, 96.
Nepveux. — Voir : Acidose, XVIII.
Netter. — Voir : Encéphalite, 718.
Neuberger. — Voir : Hystérie, 106, 122. — Psychose, 330, 346. — Sclérose, 789.
Nicolle et Boquet. — Voir : Maladies infectieuses, 473.
Nida. — Voir : Ophtalmologie, DCLXXI.
Nobécourt. — Voir : Fractures, 257. — Pyélo-néphrites, 574. — Diabète, 849.
Nové-Josserand. — Voir : Paralysie du genou, MMIV. — Pied, LXXIX.

O

Ockinczyc. — Voir : Fractures, 719. — Chirurgie conservatrice, 818.
Oliviero. — Voir : Urologie, MMCDLXV.
Onfray. — Voir : Ophtalmologie, CDLXIX.

P

Pagniez. — Voir : Adrénaline, 287.
Pagniez et Lerond. — Voir : Parasites 846.
Paisseau et Valléry-Radot. — Voir : Estomac, DLXXIII. — Alimentation, MCMXLVIII.
Paizis. — Voir : Gangrène, 45.
Panisset et Goldenberg. — Voir : Vaccinothérapie, CCCXX.
Paraf. — Voir : Réaction de Dick, 191.
Parrel (de). — Voir : Laryngite, 40. — Surdité, MCCXXII, MDCXXXV.
Parturier. — Voir : Hépatisme, 268.
Pasteur-Valléry-Radot, Blamoutier, Besançon et Saidman. — Voir : Urticaire, 446.
Pauchet. — Voir : Goitre, DXVIII. — Ulcères, DCCLXVIII, MMDLXXX. — Corps étrangers, 334. — Coudures intestinales, MCCCLXX. — Gastrectomie, MCDXL. — Cancer, LXVI, MCCCLXXII, MDCCLXXX, MMLXI. — Ulcus, MMCCXCIX. — Rate, MMCDLXII.
Paulus. — Voir : Corps étrangers, 536.
Payan et Massot. — Voir : Paralysie infantile, MCDLXXIX.
Péchemard et Peyron. — Voir : Cancer, XXIII.
Pellé. — Voir : Bronches, CLXXXVIII.
Pelon. — Voir : Erythrodermie, CXXXII. — Syphilis, CXXXIII. — Variétés, DCCLV, DCCCXI, DCCCLXXIV.
Péraire. — Voir : Helminthiase, DCCLXIV. — Bismuth, MCCXXXII. — Appendicite, MCDLXXIV.
Pérard. — Voir : Brûlures, 78. — Traumatisme, DCCLXXX.
Perdu. — Voir : Sacrolisation, MDCLII.
Périsson. — Voir : Troubles sympathiques, 269.
Pescher. — Voir : Respiration, 453.
Petit. — Voir : Sténose, CXXV. — Gangrène, CXXV. — Syphilis, MCDXLI. Gynécologie, MMCCXCI.
Petit-Dutaillis. — Voir : Gynécologie, 564, 596, 613, 663, 801.
Petit de la Villéon. — Voir : Malformation ,CDXXXVII. — Hernies, MCCCLXIX. — Appendicite, MCDXXXVII.
Petzetakis. — Voir : Nitrite de soude, 317.
Peugniez. — Voir : Ostéotomie, DXVIII.
Picqué. — Voir : Actualités, CMXXVIII.
Pillet. — Voir : Urologie, 310.
Planson et Judet. — Voir : Fractures, DXVII.
Poucel. — Voir : Instinct, DXXII.
Poulain. — Voir : Fibrome, MDCL.
Prévot. — Voir : Nodule vocal, MMDXVII.
Pron. — Voir : Mastication, 37. — Ulcus, CXXI. — Hépatisme, 128. — Gastropathie, 167. — Ulcères, MMCDXXII. — Hémorragie, 869.
Proschowsky. — Voir : Chocs hypnochasiques, MMXLIII.
Puech. — Voir : Polypeptidémie, DXXIV, DCLXXIV. — Pleurésie, DCLXXVIII.
Puech et Cristol. — Voir : Protéoses CDXXXVIII.

Q

Quentin. — Voir : Cardiopathie, cxxxi.

R

Ragonnet. — Voir : Corps étrangers, 120.
Raillet. — Voir : Rougeole, 811.
Ramond. — Voir : Epistaxis, 393.
Rathery et Froment. — Voir : Hyperglycémie, 286.
Rathery et Marie. — Voir : Nanisme, 750.
Regaud. — Voir : Cancer, dccclxxix.
Regnault. — Voir : Radiation, mclxxv. Extraits organiques, mmccxcvii. — Orientation, mmcdlxii.
Renaud. — Voir : Tension, 79. — Abcès du poumon, 814.
Renaud et Chatagnon. — Voir : Tuberculose du péricarde, 735.
Renaud et Roland. — Voir : Hypertension, 382.
Riche. — Voir : Gynécologie, dcclxxiii.
Rieux. — Voir : Péricardite, 209. — Epanchement pleural, 721. — Tuberculose, 833.
Rieux et Zoeller. — Voir : Rhumatisme, 329. — Hémorragies, 409.
Rimbaud, Boulet et Chardonneau. — Voir : Epilepsie, 47.
Robertson Proschowsky. — Voir : Laxatifs, 92.
Robin (G.). — Voir : Psychiatrie, 325.
Robin (P.). — Voir : Glossoptose, cxxii. — Appareils et instruments, mcdxli.
Rocher. — Voir : Main-bote, lxxvi.
Rochon-Duvigneaud. — Voir : Ophtalmologie, cccxvi.
Rodiet. — Voir : Variétés, lxi. — Vieillesse, dxv.
Rodiet et Fribourg-Blanc. — Voir : Aliénés, mclxvi.
Rœder. — Voir : Paralysie, mxcx.
Rœderer. — Voir : Rhumatisme, mxxv.
Roger et Reboul-Lachaux. — Voir : Myoclonie, dxxii. — Syndromes, dcccxxx. — Maladie de Paget, mcccxxxii.
Roger (H.). — Voir : Variétés, mcdxi.
Roger, Reboul-Lachaux et Bonnal. — Voir : Syndromes, dxviii.
Roger, Reboul-Lachaux et Chabert. — Voir : Occipitalisation, cccxxv.
Rohmer. — Voir : Pyélo-cystite, 733.
Rosenthal. — Voir : Emphysème, xx. — Pneumothorax, mccxxxix. — Bactériologie, mmccxciv.
Rouben. — Voir : Injections, 344.
Roubinovitch, Loiseau et Lafaille. — Voir : Diphtérie, 318.
Roulland et Durante. — Voir : Placentome, mdccxvii.
Roussel. — Voir : Luxations, 399.
Roume. — Voir : Obstétrique, dcclxxv.
Rouslacroix et Trabuc. — Voir : Septicémie, dcccxxx.
Rouslacroix, Bonnal et Zuccoli. — Voir : Thoracectomie, mdcccxix.
Rouslacroix et Aubert. — Voir : Thoracectomie, mdcccxix.
Rouville (de) et Mocquot. — Voir : Annexites, mmcliii.
Rouville (de) et Madon. — Voir : Obstétrique, xxix. — Gynécologie, dcclxxv.
Rouville (de) et Villa. — Voir : Emphysème, cmxvii.
Roux-Berger. — Voir : Pleurésie, 799.
Roy. — Voir : Odontologie, 203.
Ruben (de). — Voir : Urologie, 374.

S

Sabatier. — Voir : Fractures, 376.
Sabrazès. — Voir : Suette miliaire, 778.
Sammuller. — Voir : Rhumatisme, cxxxii.
Sargnou. — Voir : Otites, 443.
Schaaf et Blum. — Voir : Ophtalmologie, cccxiii.
Sedan. — Voir : Corps étrangers, cccxxii. — Ophtalmologie, mlxxviii.
Sédillot. — Voir : Asthme, 105, 487, mmcdxxiii. — Migraines, cmxv, mmclx.
Séjournet. — Voir : Sténose, mccclxx. — Appendicite, dcclxxvii.
Sergent. — Voir : Pleurésie, 10. — Hémorragie, 88. — Mal de Pott, 353. — Actualités, mmdcxxiii.
Sergent et Bordet. — Voir : Abcès, 397.
Sergent, Baumgartner et Bordet. —
Sézary, Vibert et Godel. — Voir : Axiphoïdie, 63.
Sézary, Hillemand et Laurent. — Voir : Gangrène, 781.
Sézary. — Voir : Angine de poitrine, 462.
Sézary et Lichtwitz. — Voir : Ulcères, 560.
Sicard. — Voir : Astasie-abasie, 337.
Sicard, Hagueneau et Gally. — Voir : Radiographie, 798.
Sicard, Hagueneau et Lichtwitz. — Voir : Syphilis, 62.
Sicard, Robineau et Lichtwitz. — Voir : Radiographie, 94.
Sicard et Lichtwitz. — Voir : Angine de poitrine, 447.
Soederbergh. — Voir : Système sympathique, mdccxxiii.
Soubeyran. — Voir : Cellulite, 689.
Surmont et Polonovski. — Voir : Génatropine, 271.

T

Targowla. — Voir : Paralysie, 751.
Tavernier. — Voir : Tumeurs, 158.
Tédenat. — Voir : Mastite, mcccxxxviii.
Teissier, Rivolier et Thurel. — Voir : Septicémie, 287.
Terrien. — Voir : Ophtalmologie, 97, 277, mxx.
Terrien, Cousin et Kalt. — Voir : Ophtalmologie, dclxxi.
Terson. — Voir : Ophtalmologie, 529, mdclxxviii.
Thévenard. — Voir : Phrénicectomie, mcccxxix. — Ovarite, mccclxix. — Coudures de l'intestin, mccclxxi. — Volvulus, mdccxviii.
Thiébaut. — Voir : Alimentation, 583.
Toulant. — Voir : Ophtalmologie, cdlxix,
Toupet. — Voir : Adrénaline, 831. dclxxii.
Trabaud. — Voir : Béribéri, 219.
Trabuc. — Voir : Grippe, dxxiii.
Trémolières et Olivier. — Voir : Périviscérites, 571.
Trèves. — Voir : Fractures, dxviii. — Pied-bot, dlxxx. — Luxations, mcdlxxv.

V

Valette. — Voir : Dermatose, 388.
Vallois et Col de Carrera. — Voir : Gynécologie, dcclxxiv.
Valude et D'Autrevaux. — Voir : Ophtalmologie, cccxix.
Variot. — Voir : Allaitement, 113. — Histoire de la médecine, mmxciv. — Prélocomotion, 718.
Vedel, Giraud et Puech. — Voir : Méningite, mccxliii. — Hémorragies, mdclxxxii. — Fièvre de Malte, mdccclxii.
Vedel et Jambon. — Voir : Estomac, mcmvii. — Cancer, mcmx.
Vedel, Puech et Vidal. — Voir : Myopathie, cxxvii. — Paralysie, cdlxxiii.
Vedel, Puech et Jambon. — Voir : Lèpre, cmxvii.
Vianney. — Voir : Kyste, dlxxxvi.
Vignes. — Voir : Gynécologie, 85, 293, 601, mmcccxliii. — Obstétrique, 359.
Villaret, Justin-Besançon et Fauvert. — Voir : Syndromes, 223. — Septicémie, 223.
Vincent. — Voir : Spirochétose, 718. — Gangrène, mmdxv.
Vires. — Voir : Variétés, mmcd. — Tabes, mmdlxxxvi, mmdcxlii.
Vizerie. — Voir : Vaccinothérapie, 157.

W

Wahl. — Voir : Tuberculose, dxxii.
Walter (H.). — Repas d'épreuve, 103. — Cholécystographie, 233. — Hépatisme, 394. — Thérapeutique de l'hypertension, 710.
Weil (Emile) et Stieffel. — Voir : Hémoglobinurie, 239, 495. — Hémophilie, 64. — Pléthore familiale, 495.
Weil (Emile). — Voir : Angiomatose, 462.
Weissenbach et Kaplan. — Voir : Myocarde, 143.
Widal et Weissenbach. — Voir : Ictère, 175.
Woringer. — Voir : Infection, 698.

Z

Zœller et Ramon. — Voir : Diphtérie, ccliii. — Tétanos, ccliii, 93. — Immunité antitoxique, 560.
Zoeller. — Voir : Diphtérie, 174. — Oreillons, 286.
Zuccarelli et Caudière. — Voir : Neurofibromatose, mdcccxix.

IMPRIMERIE ANDRÉ TOURNON
INGÉNIEUR E. C. P.
257, RUE ST-HONORÉ — PARIS

CLINIQUE MÉDICALE

Clinique médicale de l'Hôpital Beaujon.

Hémorragies méningées curables des jeunes sujets.

Par M. le Pr Achard.

Il y a quelque vingt-cinq ans, le diagnostic des hémorragies méningées était rarement porté. On le tenait pour très difficile. On l'admettait surtout quand un ictus apoplectique s'accompagnait de convulsions, quand une grande apoplexie amenait la mort en moins de vingt-quatre heures : il s'agissait alors d'hémorragie à la fois cérébrale et méningée par inondation secondaire le plus souvent. La répétition de petits ictus avec vertige et céphalée habituelle faisait songer à la pachyméningite hémorragique.

Aujourd'hui, grâce à la ponction lombaire, ce diagnostic est devenu facile et l'on peut reconnaître les formes légères d'hémorragies méningées qui étaient naguère ignorées des cliniciens.

Vous savez qu'on a distingué selon le siège initial de l'épanchement sanguin plusieurs variétés d'hémorragies méningées. Ces distinctions étaient parfois un peu subtiles. Les feuillets de l'arachnoïde n'ayant qu'une existence histologique et ne pouvant servir de barrière au sang épanché, il serait vain de distinguer des hémorragies siégeant entre la dure-mère et l'arachnoïde. Il n'y a guère lieu de distinguer que des *hémorragies sous-dure-mériennes* ou mieux épidurales, entre la paroi osseuse et la dure-mère, et des *hémorragies sous-arachnoïdiennes*, qui se font dans les espaces sous-arachnoïdiens, entre l'arachnoïde et la pie-mère. Ces dernières sont les vraies hémorragies méningées médicales.

Mais le sang peut n'avoir pas sa source dans les vaisseaux sous-arachnoïdiens ; il peut venir de l'encéphale et faire irruption secondairement dans les espaces sous-arachnoïdiens : c'est l'*hémorragie cérébro-méningée*.

Comme les espaces sous-arachnoïdiens de la cavité cranienne communiquent avec ceux de la cavité rachidienne et que le liquide ventriculaire communique avec le liquide sous-arachnoïdien par les trous de Magendie et de Luschka, le sang épanché dans les méninges craniennes passe dans le liquide spinal retiré par la ponction lombaire, et c'est ce qui permet de faire le diagnostic.

Deux cas récents vous montrent que nous avons ainsi reconnu sans difficulté, chez deux jeunes malades, une hémorragie méningée dont on n'aurait guère pu sans ce moyen soupçonner l'existence.

Vous avez vu entrer au n° 21 de la salle Barth, le 12 janvier 1925, un jeune infirmier de 26 ans, malade depuis peu de jours. Il s'était couché bien portant le 8 et avait été réveillé la nuit par une douleur de tête. Il s'était aperçu alors qu'il avait vomi pendant son sommeil. Néanmoins, il s'était rendormi et s'était levé comme d'habitude à 5 heures pour aller à son travail. Il avait pris son léger repas habituel, mais l'avait aussitôt vomi sans efforts.

Essayant de travailler, il avait éprouvé de la fatigue, de la courbature, de la lourdeur de tête et avait dû cesser sa tâche quotidienne et se coucher. Il s'était reposé le jour suivant ; mais ne se sentant pas mieux, éprouvant, outre la douleur diffuse de la tête, une sensation de raideur de la nuque, il était allé consulter un médecin, qui lui avait prescrit une purgation et des onctions avec une pommade au salicylate de méthyle.

Le malaise persistant, le malade demanda son admission à l'hôpital.

A la visite, le 12 janvier, c'est-à-dire trois jours après le début des symptômes, ce jeune homme offrait tous les signes apparents d'une méningite. Couché sur le côté, les jambes repliées, en chien de fusil, il tenait les yeux obstinément fermés, craignant la lumière. Son facies était anxieux, fatigué, assez coloré. Néanmoins, il répondait aux questions avec précision, donnait des détails sur le début de sa maladie, se plaignait de céphalalgie dont il indiquait bien le caractère diffus, à la fois frontal, temporal et occipital. Cette céphalalgie ne paraissait pas, d'ailleurs, très violente. Les vomissements du début avaient cessé.

L'examen montrait une raideur très accentuée de la nuque et un phénomène de Kernig également prononcé, qu'on mettait en évidence soit en élevant les membres inférieurs en extension, soit en faisant asseoir le malade pendant qu'on maintenait ses jambes étendues sur le plan du lit : cette dernière manœuvre provoquait l'extension bilatérale du gros orteil.

Les réflexes tendineux étaient très vifs, aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Il n'y avait pas de clonus du pied. La recherche du réflexe plantaire ne donnait pas franchement l'extension du gros orteil, ni la flexion non plus. Les réflexes cutanés crémastériens et abdominaux étaient très vifs et s'accompagnaient d'une ébauche de retrait des membres inférieurs.

L'hyperesthésie cutanée était manifeste et la raie méningitique se produisait très facilement.

Aux yeux, les pupilles étaient égales et réagis-

saient normalement ; il n'y avait pas de troubles de la musculature externe. On notait seulement, outre la photophobie, une sensibilité très vive des globes oculaires à la pression.

Le malade était constipé. Ses urines ne renfermaient ni albumine ni sucre. L'examen des viscères ne dénotait rien d'anormal. La température était de 38°2 ; le pouls à 64 ; la tension artérielle, à l'oscillomètre de Pachon, de 16-9.

En somme, le syndrome méningé était des plus nets : céphalée, vomissements et constipation, réflectivité exagérée, avec signe de Kernig et raideur de la nuque, hyperesthésie cutanée, raie méningitique, photophobie, ralentissement du pouls avec élévation de température. On ne pouvait manquer avec de tels signes de porter le diagnostic de méningite et la ponction lombaire s'imposait.

Elle fut faite aussitôt et donna un liquide uniformément sanglant.

Le malade se trouvant soulagé, une seconde ponction fut faite le lendemain ; le liquide était toujours sanglant et ne montrait aucun microbe à l'examen direct. Il réduisait la liqueur de Fehling.

A la suite, le malade ne souffrait presque plus de la tête, le phénomène de Kernig avait disparu ; seule persistait une légère raideur de la nuque. La photophobie avait cessé et le malade pouvait lire le journal.

Le 15 janvier, une nouvelle ponction ramenait un liquide xanthochromique, renfermant de nombreux éléments figurés, parmi lesquels on comptait 60 p. 100 de polynucléaires et 40 de mononucléaires.

A partir de ce jour, la température s'abaissait définitivement au-dessous de 38° ; le pouls s'accélérait pour revenir à la normale, et même un peu au-dessus, 84 à 100 ; les urines montaient à 3 litres ; les autres symptômes s'effaçaient.

Cette polyurie eut d'ailleurs une ampleur particulière. Il est très ordinaire, vous le savez, de constater une crise polyurique au déclin et dans la convalescence des maladies aiguës ; mais ici, la diurèse se maintint à 3 litres et 2 litres 1/2 pendant deux semaines. C'est là un fait qui rentre probablement dans ceux qui ont été signalés au cours des méningites, notamment par Lœper, et qui est interprété par l'intervention de troubles des noyaux gris de la base de l'encéphale qui assurent la régulation de l'eau dans l'organisme.

Enfin, une quatrième et dernière ponction lombaire, le 25 janvier, donnait encore un liquide teinté de jaune, renfermant 19 éléments par mmc., mais dont la formule leucocytaire était fort différente : 85 p. 100 de lymphocytes, 12 de mononucléaires et 3 de polynucléaires ; il n'y avait plus de globules rouges et l'albumine ne s'y trouvait qu'au taux de 0 gr. 40 p. 1000.

Le malade quittait l'hôpital guéri le 22 février, maintenu en observation pendant un mois sans aucun incident.

Voilà donc une hémorragie méningée, reconnue par la ponction lombaire, et qui simulait bien une méningite aiguë, quand le malade est entré à l'hôpital. Mais une méningite aiguë ne guérit pas ainsi sans traitement spécial en une quinzaine de jours. L'évolution a bien été celle d'une hémorragie méningée sans méningite notable, et la formule leucocytaire, une fois le sang disparu du liquide, est d'accord avec cette manière de voir, puisque cette réaction était surtout lymphocytaire.

Quelle pouvait être la cause de cette hémorragie méningée ? C'est ce qu'on ne peut préciser. Comme on relevait dans les antécédents du malade une pleurésie séro-fibrineuse de la base droite, en 1921, qui l'avait tenu au lit pendant un mois et demi, nous avons soupçonné une lésion tuberculeuse des méninges et c'est la raison pour laquelle nous avons tenu à maintenir le malade en surveillance pendant un mois. Or, l'inoculation de liquide céphalo-rachidien au cobaye est restée négative.

D'autre part le malade n'avait aucun antécédent syphilitique et la réaction de Wassermann était négative à la fois dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Vers la même époque est entré, le 23 février, au n° 5 *bis* de la salle Barth, un jeune Algérien de 20 ans, ouvrier d'usine, comprenant mal le français et ne donnant presque aucun renseignement sur sa maladie. Abattu, couché sur le côté, un peu en chien de fusil, fuyant la lumière, poussant continuellement de petits cris plaintifs, il indiquait en portant la main à sa tête qu'il éprouvait une vive céphalalgie.

Le syndrome méningé était très net, car on constatait la raideur de la nuque, le signe de Kernig et le signe de Brudzinski. Les réflexes rotuliens étaient vifs sans qu'il y eût ni signe de Babinski, ni réflexes de défense. Il n'y avait pas de troubles vaso-moteurs bien appréciables, encore que la couleur bistre de la peau gênât la constatation d'une raie méningitique. L'hyperesthésie était modérée. Le ventre n'était pas déprimé. Il n'y avait aucune paralysie des nerfs craniens, ni de troubles pupillaires.

Les urines ne renfermaient ni sucre ni albumine. Le pouls était à 80 ; la température à 37° ; la tension artérielle à 12-8 à l'oscillomètre de Pachon.

Le malade était constipé et vomit une fois.

Bien que l'examen du thorax ne révélât rien d'anormal ; nous songeâmes à la méningite tuber-

culeuse, connaissant la fréquence de la tuberculose chez les Africains du Nord que nous observons dans notre service.

Une ponction lombaire, le 24 février, donnait issue à un liquide xanthochromique, uniformément teinté, non hypertendu, renfermant 0 gr. 35 d'albumine pour 1.000 et 12 éléments par mmc., dans la cellule de Nageotte, dont la plupart étaient des lymphocytes.

D'autre part, des renseignements, fournis par un employé de l'usine où travaillait ce malade, nous apprenaient que sept jours avant, vers 10 heures du matin, le 16 février, on l'avait trouvé étendu par terre auprès d'une voiture sur laquelle il travaillait, et que, lorsqu'on l'avait relevé, il avait eu des convulsions. Transporté d'abord dans une clinique privée, il avait été ensuite apporté à l'hôpital.

Ainsi la constatation d'une teinte xanthochromique, indice d'une hémorragie méningée en voie de résorption, s'expliquait par la date du début des accidents, et le peu de réaction lymphocytaire semblait bien montrer qu'il n'y avait pas de méningite.

S'agissait-il d'un traumatisme cranien ayant provoqué une hémorragie méningée ? Mais on ne trouvait chez cet homme aucune trace de contusion ni au crâne ni ailleurs. Il n'était donc pas tombé accidentellement de sa voiture et l'hémorragie intra-cranienne était en apparence primitive.

D'ailleurs, à une seconde ponction lombaire, le 26 février, le liquide était moins coloré, il contenait 0 gr. 30 d'albumine p. 1000 et 8 lymphocytes par mmc. La température qui s'était élevée passagèrement à 38°8, revenait à la normale le 27 février et les symptômes méningés s'atténuaient ; le signe de Kernig diminuait pour cesser complètement le 6 mars.

Pendant ce temps, la réaction de Wassermann, faite avec le liquide céphalo-rachidien, se montrait fortement positive et, dès lors, il devenait probable que la syphilis était la cause de l'hémorragie méningée.

Aussi le malade fut-il traité par l'arséno-benzol. Sauf une élévation passagère de la température à 39°9 le 19 mars, il supporta bien ce traitement. Le 17, on trouvait par la ponction lombaire un liquide tout à fait clair, avec 0 gr. 20 d'albumine p. 1.000 et 18 lymphocytes par mmc.

Le 29 mars, le malade quittait l'hôpital et, un mois après, nous avons appris que la guérison se maintenait.

Chez ces deux malades vous avez pu constater un *syndrome méningé* très net : non seulement la triade du classique trépied méningitique, c'est-à-dire de la céphalalgie, des vomissements et de la constipation, mais aussi les signes auxquels on attache aujourd'hui, à juste titre, une importance encore plus grande pour le diagnostic des méningites : la raideur de la nuque, le signe de Kernig, l'attitude en chien de fusil.

C'est que ce syndrome méningé n'est pas spécial aux méninges enflammées, mais commun à tous les états méningés, avec ou sans inflammation.

On donne, comme un symptôme différentiel important, entre les méningites et les hémorragies méningées, la fièvre, qui manque au début de ces dernières, mais qui peut s'allumer au cours de leur évolution (fièvre hématolytique de Froin). Cependant, l'hémorragie peut survenir au cours d'une méningite tuberculeuse ou autre, et par conséquent être précédée de fièvre. On n'observe pas, dans l'hémorragie méningée simple, les accidents de grande infection générale qui se voient dans certains cas de septicémie avec méningite, tels que l'herpès, les éruptions polymorphes, les complications rénales, articulaires, cardiaques, oculaires, auriculaires ; mais celles-ci ne sont pas constantes ni dans les septicémies, ni dans les méningites.

On dit aussi que les hémorragies méningées n'ont pas de prodromes, comme en ont souvent les méningites. Mais, d'une part, il est des méningites à méningocoque ou à pneumocoque qui débutent avec une soudaineté remarquablement brutale et, d'autre part, il est des hémorragies méningées qui ne débutent pas brusquement. Notre premier malade avait eu précisément des malaises peu caractéristiques au début, pendant deux ou trois jours, tandis que chez le second, le début fut brusque et marqué par un ictus avec convulsions.

En somme, l'examen clinique reste impuissant à décider entre les méningites et les hémorragies méningées, avec ou sans méningite.

C'est la *ponction lombaire* qui donne la preuve de l'hémorragie méningée.

Le liquide de ponction est tantôt jaune, tantôt sanglant.

Un liquide jaune, xanthochromique comme on l'appelle, indique une hémorragie qui n'est pas toute récente ni abondante. Ce liquide jaune, hémolytique, est transparent et sans flocons, à moins qu'il n'y ait une méningite coexistante.

Le liquide rouge, sanglant, conserve la même couleur à toutes les phases de la ponction et s'il est recueilli par fractions dans des tubes séparés, c'est toujours la même teinte qu'il présente : c'est l'épreuve des trois tubes de Tuffier et Milian (1).

(1) Tuffier et Milian. — Technique de la ponction lombaire dans les hémorragies intra-rachidiennes. *Presse Médic.*, 5 mars 1902.

Elle distingue l'hémorragie méningée de la blessure accidentelle des vaisseaux par l'aiguille. Ce caractère différentiel ne serait pas toutefois absolu. En général, le liquide est teinté de sang, mais n'est pas du sang pur, ce qui n'arrive que par suite de la rupture d'un gros vaisseau. Par le repos ou la centrifugation, le liquide rouge abandonne un sédiment globulaire et la partie qui surnage est jaunâtre.

Le sédiment est formé des éléments figurés de sang. Puis, à mesure que se fait la résorption, ce qui demande une huitaine de jours, la proportion des globules rouges diminue et celle des globules blancs augmente ; on voit apparaître des hémato-macrophages, signalés par Sabrazès et Muratet.

Il y a vous le voyez, dans cet examen du liquide céphalo-rachidien des preuves indiscutables d'hémorragie. C'est seulement d'une façon très exceptionnelle qu'on a vu un liquide normal malgré une hémorragie méningée. J'en ai observé autrefois un cas avec Laubry chez un homme âgé qui avait eu un ictus et des convulsions du côté droit, nous avions pensé à une hémorragie méningée, mais le résultat négatif de la ponction lombaire nous fit rejeter ce diagnostic ; or, le malade étant mort une douzaine de jours plus tard, nous avons trouvé à l'autopsie un placard d'hémorragie sous-arachnoïdienne, bien limité, dans la région fronto-pariétale de l'hémisphère gauche. On a invoqué pour certains de ces cas l'interruption des communications cranio-rachidiennes des espaces sous-arachnoïdiens par les amygdales cérébelleuses engagées dans le trou occipital (1).

La coexistence d'une méningite avec l'hémorragie méningée se manifeste par la présence, avec une certaine abondance, de leucocytes dans le liquide. Toutefois, au début de la résorption du sang dans la simple hémorragie, on a pu voir une certaine quantité de polynucléaires. Puis, on constate des lymphocytes et des éosinophiles. En cas d'infection méningée, les leucocytes sont plus nombreux et ils persistent aussi plus longtemps.

En dehors des traumatismes, tels que plaies pénétrantes du crâne, fractures, contusions ou simples commotions (2), les hémorragies méningées peuvent être produites par des causes variées.

L'hypertension agit mécaniquement dans certains cas où la rupture vasculaire survient à l'occasion d'un effort, d'une quinte de toux violente, de secousses musculaires spasmodiques, comme il s'en produit dans la coqueluche (1), l'épilepsie, l'éclampsie. On lui rapporte aussi les hémorragies des cardiaques avec hypertension veineuse, celles des malades atteints de néphrite scléreuse et d'artério-sclérose (2) : les lésions vasculaires, dans ce dernier cas, facilitent la rupture.

L'hémorragie méningée est signalée dans l'insolation par Dopter, et dans les maladies hémorragipares, telles que fièvres éruptives hémorragiques, ictère grave, purpura (3), leucémie, hémophilie.

Au cours de maladies variées, aiguës ou chroniques, elle peut survenir, probablement à la faveur de lésions plus ou moins légères et limitées des petits vaisseaux. Ce mécanisme pathogénique est évident quand il y a des lésions de méningite, tuberculeuse (4), ou pneumococcique comme l'ont vu Parisot et Lucien, ou méningococcique comme dans un cas que j'ai observé avec H. Grenet (5). Il paraît bien probable dans l'encéphalite léthargique, dans l'infection chronique syphilitique (Osticoni, Lambert) ou la syphilis secondaire. On peut y songer dans des cas où, sans méningite, l'hémorragie méningée se produit dans la pneumonie (Maillard et Ch. Richet Fils), l'endocardite végétante, le rhumatisme aigu (6), la fièvre récurrente (7), la fièvre typhoïde à la période d'état (8) ou à la phase d'incubation (9).

(1) Faure-Beaulieu. — Un cas d'hématome méningé gauche avec engagement de la circonvolution de l'hippocampe dans le trou ovale de la tente du cervelet et compression consécutive du mésencéphale. Soc. de Neurol., 1er déc. 1904. *Rev. neurol.*, 1904, p. 1248. — Barth et Cahen, *in* Thèse de Froin. Les hémorragies sous-arachnoïdiennes et le mécanisme de l'hématolyse en général, Paris, 1904.

(2) G. Guillain et J.-A. Barré. — *Travaux neurolog. de guerre*, Paris, 1920.

(1) A. Canelli. — *La Pediatria*, juin 1919.

(2) Vaquez et Esmein. — Des épistaxis méningées au cours des maladies hypertensives. *Bull. et Mém. de la Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, 23 nov. 1906, p. 1189.

(3) G. Guillain. — L'hémorragie méningée dans le purpura. *Ann. de Méd.*, févr. 1914, p. 181.

(4) Rénon, Géraudel et Ch. Richet fils. — La méningite tuberculeuse hémorragique. *Presse Médic.*, 25 sept. 1912, p. 785. — Altermann. Les hémorragies méningées au cours des méningites tuberculeuses. *Thèse de Paris*, 1912. — Lortat-Jacob et Sabaréanv. Hémorragie méningée au cours d'une méningite tuberculeuse. *Bull. de la Soc. anatom.*, 1904, p. 161.

(5) Ch. Achard et H. Grenet. — Hémorragie méningée dans le cours d'une méningite cérébro-spinale. *Bull. et Mém. de la Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, 30 oct. 1903, p. 1121.

(6) Moutard-Martin et M. Pierre-Weil. — Hémorragie méningée au cours du rhumatisme articulaire aigu. *Bull. et Mém. de la Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, 13 nov. 1908, p. 579.

(7) V. Babes. — Hémorragies méningées et autres manifestations hémorragiques dans la fièvre récurrente. Réun. biolog. de Bucarest, 3 mai 1916. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1916, t. 79, p. 855.

(8) E. Sergent et Mlle Th. Bertrand. — Sur un cas d'hémorragie méningée au cours d'une dothiénentérie. *Bull. et Mém. de la Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, 13 déc. 1918, p. 1162.

(9) E. Apert et R. Garcin. — Hémorragie méningée précédant immédiatement le début clinique d'une fièvre typhoïde. *Ibid.*, 20 juin 1924, p. 1025.

Enfin, un autre groupe concerne des cas qui se rapprochent beaucoup des nôtres : l'hémorragie méningée survient chez des sujets jeunes, sans cause déterminée (1). On l'a vue se produire au début de la menstruation, dans un des cas de FOLLET et CHEVREL à la façon d'une hémorragie supplémentaire, et dans le cours des règles chez la malade de CHAUFFARD et FROIN. Elle est généralement curable, après une durée de quelques jours ou quelques semaines. Le syndrome méningé est généralement très net, quoique le signe de Kernig ait manqué dans le cas de LETULLE et LEMIERRE (2), terminé par la mort. Le pronostic doit toujours être réservé, parce que la guérison n'est pas constante, parce que, alors même qu'elle semble acquise, une récidive peut se produire, comme chez le malade de CORDIER, LÉVY et NOVÉ-JOSSERAND, qui mourut dix mois après, d'une hémorragie avec inondation ventriculaire et des lésions d'encéphalite hémorragique, enfin parce qu'on a pu voir une hémiplégie progresser dans un cas de NOBÉCOURT.

D'autre part, on a pu songer, en raison des antécédents, à des lésions tuberculeuses discrètes et curables, comme l'ont indiqué LAFFORGUE, CLARET, BAUR.

Dans une observation que j'ai publiée avec PAISSEAU, en 1904, l'hémorragie méningée, chez un jeune homme de 18 ans, s'était accompagnée de parésies oculaires et faciale et d'un sommeil invincible que nous comparions à celui qui caractérise la maladie du sommeil de l'Afrique Equatoriale. On retrouve dans cette observation les éléments aujourd'hui bien connus de l'encéphalite léthargique.

Peut-être y pourrait-on songer aussi dans le cas de GALLIARD et BOYÉ.

Une observation de RATHERY et BONNARD qui concerne une jeune fille de 18 ans, et que les auteurs ne rapportent pas formellement à l'encéphalite léthargique, présente cependant des traits bien caractéristiques de cette affection : outre le syndrome méningé, on note, en effet, le coryza initial, une hémiplégie transitoire, une parésie d'un droit interne puis d'un droit inférieur et un léger nystagmus, et surtout un sommeil invincible, une torpeur de sept jours, qui cessa une semaine et reprit ensuite.

J'ai, de plus, observé un autre cas d'hémorragie méningée chez un adulte, dans l'encéphalite léthargique (1).

J'ai publié encore l'observation d'une femme de 29 ans, atteinte d'encéphalite léthargique avec troubles mentaux, qui, dans le cours de sa maladie, eut une hémorragie méningée, décelée par la ponction lombaire et qui guérit (2).

Quant à l'observation de CORDIER, LÉVY et NOVÉ JOSSERAND, elle ne mentionne pas de symptômes qui permettent un diagnostic rétrospectif d'encéphalite épidémique ; mais il convient, cependant, de noter que l'hémorragie était survenue à la suite d'une maladie qualifiée de grippe et qu'à l'autopsie on trouva des lésions encéphaliques ressemblant beaucoup à celles que nous connaissons aujourd'hui dans l'encéphalite épidémique notamment l'infiltration leucocytaire des gaînes périvasculaires et du tissu nerveux.

En somme, il paraît résulter de l'examen de ces faits qu'il n'y a pas une affection spéciale méritant le nom d'hémorragie méningée curable des jeunes sujets. Il y a seulement des cas d'hémorragies méningées qui surviennent chez des sujets jeunes, sous l'influence de causes variées qui ne sont pas celles qu'on observe plus habituellement chez des gens âgés. Ces causes sont quelquefois des maladies

(1) A. CHAUFFARD et G. FROIN. — Du diagnostic différentiel de l'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne et de la méningite cérébro-spinale. *Bull. et Mém. de la Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, 23 oct. 1903, p. 1108. — BRAILLON. Hémorragie sous-arachnoïdienne curable chez un lycéen de 16 ans. *Gaz. des Hôpit.*, 4 mai 1909, p. 635. — L. GALLIARD et BOYÉ. Hémorragie méningée rapidement guérie. *Bull. et Mém. de la Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, 18 juin 1909, p. 1269. — FOLLET et CHEVREL. Hémorragies sous-arachnoïdiennes spontanées chez des jeunes gens. Considérations pathogéniques. Nouvel exemple de biligénie hémolytique. *Gaz. des Hôpit.*, 3 avril 1910, p. 547. — ROY et LÉVY. Hémorragie méningée spontanée rapidement guérie. Biligénie hémolytique locale. Sensibilisation des globules rouges rachidiens. *Bull. et Mém. de la Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, 24 juin 1910, p. 842. — LAFFORGUE. Hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée des jeunes sujets. *Bull. de la Soc. de Méd. Milit. franç.*, 18 juill. 1912, p. 479 et 31 oct. p. 540. — CLARET. Hémorragie méningée sous-arachnoïdienne des jeunes sujets. *Ibid.*, 31 oct. 1912, p. 538. — F.-L. BAUR. Des hémorragies méningées curables des jeunes sujets. *Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, juin 1914, p. 608. — CLARET. L'hémorragie méningée spontanée curable des jeunes sujets. *Ibid.*, p. 617. — V. CORDIER, L. LÉVY et L. NOVÉ-JOSSERAND. L'hémorragie méningée dite spontanée et curable des jeunes sujets. Ses relations éventuelles avec l'encéphalite aiguë hémorragique, sa nature et son pronostic. *Ann. de méd.*, 15 août 1914, II, p. 108. — P. NOBÉCOURT. Hémorragies méningées chez les soldats du front. *Bull. et Mém. de la Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, 22 juin 1917, p. 802.

(2) M. LETULLE et A. LEMIERRE. — Deux cas d'hémorragie méningée. *Bull. et Mém. de la Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, 25 nov. 1904, p. 1121.

(1) Ch. ACHARD et G. PAISSEAU. — Hémorragie méningée avec ictus suivi de paralysie de la 3e paire. *Ibid.*, 29 avril 1904, p. 425.

RATHERY et BONNARD. Hémorragie méningée simulant cliniquement l'encéphalite léthargique. *Ibid.*, 5 mars 1920, p. 300. — Ch. ACHARD. L'évolution serpigineuse de l'encéphalite léthargique. L'hémorragie méningée au cours de la maladie. — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 6 avril 1920, p. 326.

(2) Ch. ACHARD. — Encéphalite léthargique. Manifestations précoces. *Progrès Médical*, 23 juin 1923.

aiguës, avec ou sans méningite vraie ; parfois, il est impossible de préciser ces causes et l'on soupçonne avec plus ou moins de vraisemblance la tuberculose. On peut envisager aussi, comme chez notre Algérien, la syphilis et, si on la découvre, il en résulte une indication pour le traitement.

En tout cas, la réserve s'impose dans le pronostic, car on ne peut, au début, prévoir quelle sera l'issue de la maladie.

Enfin, on observe aussi, dans des conditions analogues, des hémorragies méningées spinales, étudiées par J. Renault et Foix (1).

On voit de même, chez de jeunes sujets, des méningites bénignes, caractérisées par un syndrome méningé très net et une réaction lymphocytaire abondante, qui ne sont point tuberculeuses et dont la nature ne peut être précisée (2).

Si, chez les jeunes sujets, l'hémorragie méningée peut se présenter sous des formes légères et bénignes, sans cause très apparente et sans lésions vasculaires appréciables telles que l'artério-sclérose des sujets plus âgés, il ne s'ensuit pas cependant que ces sujets plus âgés ne soient exposés qu'à l'hémorragie méningée grave et liée à des altérations chroniques des vaisseaux. On peut, chez ces sujets qui ne sont plus des jeunes gens, voir aussi survenir des hémorragies méningées légères, curables, sans lésion vasculaire appréciable en clinique. C'est ce que vous venez précisément d'observer dans le dernier cas que je vais vous résumer.

C'est celui de cette femme de 47 ans, entrée le 3 mai salle Louis, n° 12, qui, quelques jours auparavant, le 28 avril, avait été prise brusquement, en déjeunant, d'un violent mal de tête parti de la nuque, et de vomissements bilieux en fusées. Ces troubles persistant pendant deux jours, un médecin avait été appelé et, comme la malade n'avait pas eu ses règles en mars, puis les avait eues deux fois en avril, il avait fait une saignée à la vulve et appliqué des ventouses scarifiées dans le dos.

Quand nous avons vu cette femme, elle souffrait toujours de la tête, elle était constipée, mais n'avait ni raideur à la nuque ni signe de Kernig, ni troubles de la démarche ou de la motilité, sauf quelques légères secousses musculaires des mains. Sa tension artérielle était de 12-6 ; la température à 38°, le pouls à 60. On ne pouvait donc incriminer l'hypertension artérielle.

Une ponction lombaire donnait un liquide uniformément teinté en rose, abandonnant par centrifugation un culot de globules rouges et un liquide limpide xanthochromique. Il y avait donc manifestement une hémorragie méningée à symptômes très frustes.

Fait intéressant, avant la ponction, l'examen des yeux avait révélé une stase papillaire par hypertension intra-cranienne, avec des veines distendues, une vision de 0,5 à droite et 0,7 à gauche, et cette stase avait diminué après la ponction.

Ensuite, une nouvelle ponction lombaire a donné un liquide parfaitement clair, mais renfermant encore quelques hématies déchiquetées, au taux de 76 par mmc.

La stase papillaire, à ce moment (11 mai), avait presque entièrement disparu.

J'ajoute que l'urée sanguine était de 0 gr. 50 p. 1.000, que la réaction de Wassermann était négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, et que la température, à 38° le premier jour, est ensuite descendue aux environs de 37°.

Ce cas, vous le voyez, se rapproche beaucoup de ceux de nos jeunes malades, et même les symptômes méningés ont encore été plus légers que chez eux. On ne peut faire rentrer cette observation dans les cas d' « épistaxis méningées », comme les appellent Vaquez et Esmein, qui se produisent sous l'influence de l'hypertension artérielle et nous ignorons la cause qui a produit cette hémorragie méningée curable.

Ainsi, l'on peut conclure qu'il n'y a pas une affection spéciale méritant le nom d'hémorragie méningée curable des jeunes sujets, car on peut observer le même type clinique chez des sujets plus âgés. D'autre part, il semble bien probable que des causes variées puissent provoquer ces hémorragies très légères.

(8) J. Renault et Foix. — Hémorragies des méninges spinales. *Bull. et Mém. de la Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, 24 juill. 1908, p. 205.

(2) Fr.-P. Jossinet. — Des lympho-méningites aiguës, bénignes et cryptogénétiques. *Thèse de Paris*, mai 1925.

PRATIQUE MÉDICALE

Un cas de compression de la moelle brachiale consécutif à une septicémie staphylococcique. Guérison sans intervention chirurgicale par la vaccinothérapie.

Par M. Henry-G.-S. Morin,

Chef de clinique des maladies exotiques à l'Ecole de Médecine de Marseille.

Les compressions médullaires sont à l'ordre du jour. Les récentes publications de Sicard et de ses élèves, les audacieuses et salutaires interventions de Robineau marquent à coup sûr un progrès considérable de nos connaissances à ce sujet. La perfection du diagnostic de siège par l'épreuve déjà classique du lipiodol dont Roger et Reboul-

Lachaux viennent encore après Laplane de préciser les indications, la technique et les résultats autorisent le chirurgien à des hardiesses qui eussent autrefois été jugées téméraires et par cela même permet des vérifications anatomiques *in vivo* dont la neurologie n'avait pas été jusqu'ici prodigue à ses adeptes. Une des premières conséquences de ces constatations opératoires a été semble-t-il de dénoncer la relative fréquence de compressions de cause infectieuse aiguë ou subaiguë, fréquence dont la lecture des traités classiques n'aurait certes pas permis de se faire une idée exacte, tant ce paragraphe étiologique particulier est en général écourté. D'autre part, si remarquables que soient les résultats chirurgicaux, la laminectomie n'en reste pas moins une intervention sérieuse. Nous avons eu le bonheur dans un cas où l'étiologie était assez évidemment staphylococcique de pouvoir réaliser une cure totale, vérifiée actuellement par plus de dix mois d'observations et dans laquelle le vaccin formolé de Costa semble avoir fait à lui seul tous les frais de la thérapeutique. Comme le fait n'a pas encore été signalé à notre connaissance, nous avons cru intéressant d'en relater ici les détails.

M. X... rentre du Tonkin après un an de séjour le 2 janvier 1925 rapatrié pour « troubles médullaires ayant éclaté au décours d'une septicémie consécutive à de la furonculose compliquée d'un abcès de la fosse ischio-rectale » suivant les termes mêmes d'une note remise au médecin du navire par le médecin traitant à la colonie, le Dr Coppin.

M. X.,. ingénieur, est âgé de 30 ans et ne présente aucun antécédent pathologique important ni familial ni personnel. Sujet très robuste, il a notamment servi au front français pendant toute la durée de la guerre dans l'artillerie de campagne. Marié sans enfants, aucune affection exotique. L'histoire de la maladie est rétrospectivement simple : le 15 septembre 1924 furoncle de la fesse gauche, le 19, phlegmon anthracoïde, incision (Dr Carlerre), le 22, lymphangite de la fesse opposée, phlegmon du creux ischio-rectal, état général grave, puis pendant une semaine syndrome septico-pyohémique des plus inquiétants, avec poussées fébriles successives accompagnées de formations de multiples collections purulentes nécessitant une thérapeutique énergique (Dr Le Roy des Barres). La défervescence ne se produit que vers le 13 octobre, mais elle n'est pas définitive et la convalescence est coupée de retours thermiques offensifs avec apparition de douleurs dorsales très vives. Vers la mi-novembre enfin un syndrome de myélite subaiguë est constaté (Dr Copp). Atrophie rapide et massive des muscles des membres inférieurs, du tronc puis des membres supérieurs, anesthésie atteignant en hauteur la région mamelonnaire avec dissociation thermique et troubles sudoraux, troubles sphinctériens, impotence fonctionnelle très marquée des membres inférieurs et débutant au supérieur droit, menace de décubitus acutus. Les symptômes infectieux généraux étant au contraire en rétrocession le rapatriement du malade est tenté. Le voyage est relativement bien supporté malgré quelques poussées thermiques.

Au débarque, avec le précieux concours de MM. Payan, Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Marseille et J. Belley le bilans éméiologique est établi ainsi qu'il suit :

Etat général satisfaisant, pas d'élévation thermique actuelle mais impotence fonctionnelle presque totale des membres inférieurs accentuée aux membres supérieurs, position demi-couché seule possible, douleurs vives continues avec paroxysmes dans la région dorsale rendant nécessaire l'usage quotidien de la morphine.

Membre inférieur : atrophie massive de tous les muscles avec diminution de la force simplement proportionnelle à l'atrophie. Troubles sensitifs diffus consistant en hypoesthésie sans plus, mais portant sur les trois modes sans dissociation actuelle. Réflexes tendineux tous fortement exagérés. Babinski bilatéral, plus marqué à droite. Clonus inépuisable de la rotule, clonus du pied presque inépuisable aussi, ne cessant pas par pincement. Réflexe de défense net, bilatéral et contro-latéral.

Tronc : la sensibilité cutanée présente les mêmes modifications qu'au membre supérieur jusqu'à une ligne horizontale passant par les mamelons. Au-dessus hyperesthésie. Abolition à peu près totale de tous les réflexes cutanés de la région. Dans le dos, au contraire des faits observés jusqu'ici au niveau de toutes les zones d'exploration de la sensibilité osseuse, on découvre une vive douleur à la palpation même légère des apophyses épineuses de C7, D1, D2, D3 et D5. Les articles de la colonne paraissent en cette région comme soudés entre eux : aucun mouvement de flexion n'est possible ni dans le sens antérieur ni latéralement. Vives douleurs à irradiations branchiales à l'occasion de toute tentative de mobilisation.

Membre supérieur. Atrophie massive frappante à première vue, véritablement décharnante de toute la ceinture scapulaire et du membre, plus accusée cependant au niveau des extrémités. L'éminence thénar droite a à peu près totalement disparu. Le tégument est le siège d'une hyperesthésie marquée aux divers modes d'exploration. Un pli de la chemise est intolérable. Douleur à la pression des masses musculaires et des nerfs. De plus douleurs spontanées par crises paroxystiques, irradiant de la racine du membre vers les doigts, survenant sans causes apparentes mais également déclanchées par tout effort de toux, de vomissement, éternuement, etc. Réflexes tendineux tous exagérés. Impotence atrophique et douloureuse, sans plus.

Tête et cou sensibilité normale à partir de la zone de C3. Motilité normale. Réflexes pupillaires nets vifs mais syndrome de Claude-Bernard Horner net à droite. Aucun trouble psychique.

Au point de vue viscéral rien, sauf tachycardie à 116 minutes et très forte paresse intestinale. Fonctionnement vésical actuellement à peu près normal. Une menace de décubitus a été enrayée par une hygiène très attentive. Pas de trouble cutané trophique. Crises sudo-

rales répétées, limitées en général à la région thoracique ayant disparu depuis une huitaine.

Examen radiographique de la colonne cervico-dorsale (Dr Darcourt) de face et de profil, aucune modification appréciable de l'image.

Examen hématologique : pas de modification de la formule quantitative ni qualitative, sauf éosinophilie assez notable : 8 %.

Examen sérologique, méthode Mutermilch, antigène Bordet-Ruellen, réaction de Bordet-Wassermann nettement négative.

Ponction lombaire : liquide eau de roche, pression modérée (non mesurée).

Albumine : 4 gr. 50, échelle de Mestrezat.

Glycose : traces (réduction directe très peu abondante).

Chlorures : 7 gr. 08, méthode de Mestrezat.

Forte réaction du biuret, pas de coagulation spontanée.

Cytologie.

Lymphocytes : 1,35. Poly : 0,15 au mm. cube (Cellule Nageotte).

En somme, hyperalbuminose sans pyélo-cytose, hypoglycorachie et légère augmentation des chlorures.

Réaction de Bordet-Wassermann négative dans ce liquide.

En résumé pseudo mal de Pott cervical inférieur avec syndrome clinique et liquidien de compression médullaire assez net pour ne pas nécessiter immédiatement au moins la confirmation par le lipiodol d'un diagnostic de siège ici très évident. Le siège cervical de la lésion invite aussi à différer l'intervention. L'étiologie vraisemblablement staphylococcique impose une thérapeutique spécifique antimicrobienne et antiinfectieuse générale. Cette dernière seule mise en œuvre sous forme d'urométine intra-veineuse a donné au Dr Coppin les meilleurs résultats, elle est reprise avec adjonction prudente et progressive de bactériothérapie par des corps microbiens formolés suivant la méthode de Costa.

Amélioration très rapide permettant la suppression de la morphine en huit jours, une mobilisation relative de la colonne cervicale en quinze jours avec atténuation du Claude-Bernard Horner et ralentissement de la tachycardie (81 minutes).

Examen électrique (Dr Darcourt). Excitabilité faradique légèrement exagérée pour tous les muscles du membre supérieur. Au courant galvanique : à droite, tendance à l'égalisation des secousses avec légère lenteur dans le territoire du médian. A gauche, dans la même zone simple tendance à l'égalisation des secousses. Radial et cubital normaux.

Des mensurations successives permettent de chiffrer la régression rapide du processus d'atrophie musculaire.

Le 28 mars la ponction lombaire donne : albumine : 0,55 ! glucose ; réduction massive normale ; chlorures : 1 gr. ; réaction du biuret disparue ; cytologie : lymphocytes 1,3 ; polynucléaires : 0,1 au mm. cube.

Réapparition de la force parallèlement au volume musculaire.

Réduction du clonus à 5 ou 6 secousses pour la rotule une vingtaine pour le pied, à droite, à gauche, encore stationnaire. Réapparition des réflexes cutanés abdominaux. Les douleurs à la pression des muscles se cantonnent aux extrémités, les douleurs spontanées s'atténuent nettement, disparition des crises paroxystiques sauf effort brusque. Disparition totale des signes sympathiques, pulsations cardiaques soixante-douze minutes. Régression lente des phénomènes sphinctériens. Le malade se tient debout maintenant et fait quelques pas.

Massage et rééducation terminent la guérison. Dès avril le malade descend trois étages. Dès juin il peut nager. Malgré une pratique très consciencieuse et constante de gymnastique en chambre quotidienne les actes de courir et de sauter ne sont guère possibles sans aucune gêne avant juillet-août. A cette époque survit un léger reliquat sous forme de douleur à la pression de l'éminence thénar droite, de frilosité avec réveil de vagues névralgies dorsales. En septembre, un séjour en montagne est possible avec petites courses de montagne sac au dos. Il ne persiste exactement plus qu'un certain degré d'exagération des réflexes rotuliens et achilléens lesquels demeurent vifs sans plus.

Il semble que cet exemple illustre bien la donnée de la possibilité de la restitution *ad integrum* parfaite après les compressions médullaires, sur laquelle ont insisté entre autres Foix et Babinski. La bactériothérapie paraît avoir eu une action décisive dans ce cas qui aurait pu paraître justiciable d'une intervention, sinon pour assurer une disparition de la sténose du moins pour en assurer la disparition rapide, le temps jouant un rôle considérable dans l'étendue et la gravité des séquelles. La forme anatomique de la lésion la plus vraisemblable serait une plaque périmédullaire latérale droite surtout dont l'épidurie à multiples petits abcès vue par Robineau chez le malade de Sicard et Paraf donne une idée assez exacte, malgré des divergences séméiologiques assez marquées.

La bactériothérapie semble avoir joué un rôle décisif en ce que son innovation a coïncidé avec une sédation remarquablement rapide des phénomènes pathologiques, sédation qui n'avait pu être encore obtenue par aucun autre moyen. Elle a été progressive très prudente et très prolongée. Il a été fait 30 injections de vaccin, les premières de quelques dixièmes de centimètres cubes seulement. Aucune réaction locale ou générale appreciable, ce qui démontre bien l'innocuité absolue de la préparation.

Il y a lieu également d'insister sur la virulence toute spéciale du staphylocoque dans les pays chauds en particulier en Extrême-Orient.

En résumé, la bactériothérapie spécifique paraît pouvoir rendre des services en pratique dans les cas de compressions médullaires d'origine staphylococcique qui ne se prêtent pas aisément à la thérapeutique chirurgicale soit en raison des circonstances soit en raison du siège de la lésion.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Quatre traitements de l'angine de Vincent.

Par M. le D. E. FELDSTEIN.

Nombreux sont les antiseptiques qu'on a proposés contre l'angine de Vincent.

Nous laisserons de côté les chlorates de soude et de potasse, la teinture d'iode, le nitrate d'argent, l'acide trichloracétique, le chlorure de zinc, le lysoforme, le chlorure de chaux, le permanganate de potasse, le phénol sulforiciné, le sublimé, etc., pour retenir seulement quatre médicaments qui ont fait leur preuve, dans la chimiothérapie de l'angine ulcéro-membraneuse.

1° **Bleu de méthylène.** — Médicament aujourd'hui classique, à juste titre, car il convient parfaitement aux cas jeunes, aux lésions superficielles et peu étendues.

On peut saupoudrer l'ulcération avec de la poudre de bleu de méthylène ou mieux la badigeonner de deux à quatre fois par jour, avec le collutoire :

Bleu de méthylène	2 gr.
Glycérine	5 —
Citrate de soude	1 —
Eau distillée	5 —

L'adjonction de citrate de soude est indiquée car c'est un dissolvant de la fausse membrane.

2° **Acide chromique.** — On utilise une solution saturée d'acide chromique ; on humecte un porte-coton, à l'aide duquel on frotte rapidement l'ulcération de manière à en détacher la fausse membrane et à porter directement le caustique sur la surface ulcérée.

Il faut faire immédiatement gargariser le malade. Il est bon également d'avoir, tout prêt, un porte-coton imbibé d'eau oxygénée pure pour neutraliser l'acide chromique qui a pu baver au tour de l'ulcération.

Ce traitement donne souvent des résultats remarquables. Le lendemain de l'application, l'ulcération est détergée, la fétidité de l'haleine a disparu. Vers le 3e jour, la plaie est en bonne voie de cicatrisation.

Cela est vrai pour les cas moyens. Pour les cas graves, il peut être utile de renouveler l'application d'acide chromique vers le 4e jour.

3° **Arsénobenzol et dérivés.** — Ils peuvent être employés soit comme traitement local soit comme traitement général.

Localement, on peut, après avoir détergé à sec l'ulcération, la saupoudrer de poudre d'arsénobenzol ou encore de la poudre suivante :

Novarsénobenzol	0 gr. 25
Talc de Venise	10 gr.

Mais il est préférable d'employer, en badigeonnages, deux ou trois fois par jour, le collutoire suivant :

Novarsénobenzol	0 gr. 25
Eau distillée	2 cc.
Glycérine neutre, q. s. p.	10 cc.

ou encore celui-ci :

Néo-tréparsenan	0 gr. 60
Miel rosat	5 gr.
Glycérine neutre	15 gr.

(Conservation limitée.)

Il faut réserver aux cas rebelles ou étendus le traitement général par les injections intra-veineuses de novarsénobenzol ou dérivés similaires du 606. Une injection de 0 gr. 15 de novarsénobenzol peut suffire ; en cas de besoin on fait, quatre jours plus tard, une 2e injection de même dose ou plus forte.

4° **Bismuth et dérivés.** — Le dernier venu dans la thérapeutique de l'angine de Vincent, le bismuth donne des résultats très encourageants. On peut appliquer, sur l'ulcération, de la poudre de sous-nitrate de bismuth.

Il semble cependant préférable d'employer soit le *tartro-bismuthate de soude et de potasse* (en suspension huileuse, à 1,5 ou 10 %) dont on badigeonne l'ulcération quatre fois par jour, soit le *Trésol*, plus riche en bismuth et, par conséquent, plus actif, dilué dans de l'huile d'olive à 5 ou 10 %.

Ce médicament a l'avantage de supprimer très rapidement l'élément douleur. Dans les observations publiées, il a amené la guérison en deux à cinq jours.

CLINIQUE MÉDICALE

Les pleurésies enkystées et cloisonnées.

L'avènement de la radiographie et la pratique des insufflations pleurales ont jeté, par l'association de la double méthode, des lumières plus larges sur les pleurésies enkystées ou cloisonnées. Dans son excellent livre sur les *grands symptômes respiratoires*, M. le Pr Sergent leur consacre un chapitre éclairci par ces nouveaux modes de renseignements (t. II, p. 308).

Avant l'avènement de la radiographie, nombre de pleurésies enkystées étaient des trouvailles d'autopsie. Aujourd'hui elles se montrent beaucoup plus fréquentes que l'ancienne clinique ne s'était imaginé.

Il est deux sortes de pleurésies enkystées : 1° les pleurésies diverticulaires ; 2° les pleurésies enkystées et cloisonnées de la grande cavité.

1° *Pleurésies diverticulaires.* — Ce sont les pleurésies *médiastine, diaphragmatique, interlobaire.* En général suppurées, elles ont une symptomatologie connue. Pour la pleurésie diaphragmatique, l'intensité des douleurs initiales et de la dyspnée, la constatation des points douloureux phréniques dans une pleurésie de la base, doivent faire songer à la possibilité d'un point de départ diaphragmatique.

2° *Pleurésies enkystées et cloisonnées de la grande cavité.* — Ces pleurésies peuvent siéger dans une région quelconque.

a) Les *pleurésies enkystées de la base* peuvent être associées à la pleurésie diaphragmatique ou bien en sont indépendantes. Elles sont comme les autres qui siègent dans d'autres régions ou séro-fibrineuses ou purulentes ou hémorragiques.

Les *pleurésies séro-fibrineuses* sont enkystées secondairement ou d'emblée. L'enkystement secondaire survient au cours ou au décours d'un épanchement pleural total dont il est le reliquat plus ou moins durable. D'après l'examen radiologique et les renseignements de la pneumo-séreuse, il est loin d'être rare. A l'examen, matité de la région sous-axillaire avec silence respiratoire et absence de frottements à ce niveau, tandis que dans le reste de l'hémithorax on constate le retour de la sonorité et du murmure vésiculaire. La ponction exploratrice dans la zone mate et silencieuse donne d'ordinaire issue à du liquide. L'*enkystement d'emblée* se produit surtout chez des sujets qui ont eu une pleurésie dans le passé et un reliquat d'adhérences partielles. Les signes de présomption en faveur de l'enkystement et du cloisonnement sont, outre cette notion d'un épanchement pleural dans le passé, la persistance de la sonorité normale de l'espace de Traube dans les épanchements très abondants du côté gauche, et aussi les signes d'épanchements circonscrits à une région limitée de l'hémithorax (matité, abolition des vibrations, silence respiratoire). Le souffle, l'égophonie, la pectoriloquie aphone font souvent défaut. La ponction exploratrice ne donne issue à du liquide que dans ces poches circonscrites. Mais pas toujours. Souvent la ponction reste blanche si elle n'est pas accompagnée ou précédée d'une petite insufflation d'air.

Les signes de certitude sont fournis par l'examen radiologique après pneumo-séreuse.

b) Les *pleurésies purulentes*, moins fréquentes que dans les pleuresies diverticulaires s'observent surtout dans les infections à pneumocoques. Elles se terminent par vomique ou par ouverture à l'extérieur.

M. Sergent rappelle à ce sujet les *suppurations enkystées d'origine traumatique* qu'il a observées pendant la guerre. Ces suppurations, en raison des signes fonctionnels et généraux dont elles s'accompagnent simulent souvent la tuberculose pulmonaire.

Les *pleurésies hémorragiques* sont rarement enkystées. Sauf en certains cas rares de pachypleurites qui produisent des hématomes pleuraux. La pathologie de guerre a toutefois permis d'isoler un type particulier d'*hématomes pleuraux d'origine traumatique.* M. Sergent les a observés chez d'anciens blessés de poitrine, soit à la suite de blessures pénétrantes soit de fortes contusions et compressions thoraciques (enfouissement par éclatements d'obus). Lors du traumatisme, une hémoptysie abondante se produit, puis le sujet conserve une gêne respiratoire avec douleur de côté. A l'examen, signes des pleurésies séro-fibrineuses enkystées. Ces sortes de kystes hématiques peuvent rester inertes pendant des années. Ils se terminent parfois par suppurations et s'évacuent par vomique.

PÉDIATRIE

Les vomissements du nourrison et leur traitement.

Les causes des vomissements du nourrisson peuvent être classées en quatre groupes : vomissements passagers d'origine alimentaire, vomisse-

ments habituels, souvent liés à l'hérédosyphilis, vomissements par sténose hypertrophique du pylore, vomissements accidentels de causes rares.

Cette classification formulée par P. Lereboullet et Fr. Saint-Girons est la base d'une étude analytique et thérapeutique des plus intéressantes (*Journal Médical Français*, juillet 1922).

I. — **Les vomissements passagers d'origine alimentaire** sont les plus fréquents. Beaucoup de parents commettent des erreurs alimentaires assez importantes pour déterminer des vomissements d'allure parfois inquiétante. Ces erreurs peuvent tenir soit à la quantité, soit à la qualité des aliments ingérés. En les rectifiant, on obtient la rapide cessation de ceux-ci.

A) Vomissements liés a la quantité des aliments. — 1° *Vomissements par hypoalimentation.* — Une alimentation insuffisante provoque souvent le vomissement ; nombreux sont les enfants chez lesquels une réduction alimentaire trop marquée, prescrite initialement du fait de troubles digestifs passagers, continuée et souvent resserrée encore lors des vomissements, est la principale cause de la persistance de ceux-ci.

2° *Vomissements par suralimentation.* — Ce sont des enfants qui après une augmentation rapide de poids, présentent des vomissements post-prandiaux, souvent avec diarrhée. L'aspect floride des enfants, la pesée des tétées permettent vite de dépister ce genre de vomissements.

3° *Vomissements par erreurs de technique alimentaire* : tétées trop rapprochées, longues tétées favorisant l'aérophagie.

B) Vomissements dus a la qualité des aliments. — Le *lait de femme* lui-même peut être cause de vomissements : retour des règles, émotions, écarts de régime de la nourrice, abus des boissons alcooliques, accès de fièvre.

Le *lait de vache* est plus souvent en cause suivant l'alimentation même des animaux, mais aussi par coupage ou adjonction de substances conservatrices.

Enfin *certains aliments autres que le lait* peuvent provoquer des vomissements administrés trop tôt ou mal préparés : bouillies, panades, pain, légumes verts, œufs, etc.

C) Vomissements d'ordre anaphylactique. — L'anaphylaxie alimentaire existe au lait de vache surtout. Ces vomissements surviennent parfois après une période de bonne tolérance, ils sont accompagnés de diarrhée, pâleur avec tendance syncopale, fièvre et éruptions prurigineuses. Le diagnostic doit être posé en s'aidant surtout de l'intolérance absolue et subite. Mais même en comprenant l'intolérance constante sans période de sensibilisation, ces vomissements sont relativement rares.

II. — **Les vomissements habituels.** — Ceux-ci furent décrits par le Pr A.-B. Marfan sous le nom de *maladie des vomissements habituels.*

Cette affection se voit aussi bien chez l'enfant au sein que chez celui qui en est privé. Elle débute généralement au cours du troisième mois.

Le vomissement se produit après la tétée, évacuant tout ou partie du contenu gastrique, mélangé de salive. Le vomissement se répète après la plupart des repas. L'appétit et la soif sont en général exagérés. Les selles sont tantôt normales, tantôt muco-grumeleuses.

L'état général est touché, l'hypothermie s'installe, puis l'athrepsie.

La durée de l'affection varie de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est toujours irrégulière. La terminaison est en général favorable.

Le trouble moteur qui constitue la maladie des vomissements habituels n'est pas un spasme localisé au pylore, mais un *spasme total de l'estomac.* Au début, l'estomac est hypertonique, plus tard il peut se laisser dilater.

La nature de la maladie des vomissements habituels est discutée. Marfan pense que les fautes d'alimentation sont de peu d'importance. Le facteur important est la « superexcitabilité » de la muqueuse gastrique sous l'effet de l'hérédosyphilis. Il la trouve dans 68 p. 100 des cas, et en guérit 63 p. 100 après échec du traitement antiémétique, par le mercure.

Certains vomissements sont liés à la *spasmophilie.* Celle-ci est une cause certaine de vomissements et très fréquemment. Il s'agit d'enfants toujours agités, criant facilement, dont les soubresauts intempestifs rendent l'examen difficile. Parfois, les vomissements coïncident même avec une tétanie manifeste.

L'aérophagie a un rôle beaucoup plus discutable, et M. Marfan ne lui attribue qu'une action secondaire, contingente, variable.

III.— **La sténose hypertrophique du pylore.** — Ces vomissements apparaissent brusquement du dixième au trentième jour, ils sont explosifs et rejettent tout le lait ingéré sans présence de bile. A l'examen l'épigastre est tendus, ouvent globuleux avec une tumeur pylorique souvent perceptible. La constipation est absolue. La radioscopie

montre des contractions péristaltiques de grande amplitude avec un retard considérable de l'évacuation gastrique. L'évolution peut se faire vers l'athrepsie et la déshydratation entre le quatrième et le douzième mois. Cependant PEHU a insisté à plusieurs reprises sur la guérison possible de certaines sténoses légitimes par le seul traitement médical. LEREBOULLET et SAINT-GIRONS donnent cependant le conseil de ne pas attendre trop longtemps et de ne pas perdre un temps précieux avant l'intervention chirurgicale.

IV. — **Vomissements de causes diverses.** — Ce sont les vomissements secondaires des maladies infectieuses, des méningites, des toux quinteuses. C'est le mérycisme, véritable rumination du nourrisson de souche névropathique. C'est le pseudo-vomissement œsophagien dû à un spasme du cardia et rare chez le nourrisson.

***

Les ressources thérapeutiques sont nombreuses. Il faut en discuter les indications.

Le régime. — Il faut *régler l'allaitement*, rectifiant ici l'hypoalimentation, qui résulte de repas espacés ou trop dilués, là l'hyperalimentation, ailleurs encore d'autres erreurs de technique alimentaire.

Il est souvent impossible de revenir d'emblée à un régime normal et, fréquemment, il est nécessaire de prescrire douze à vingt-quatre heures de diète absolue, dont les effets peuvent être atténués par des instillations intrarectales de sérum glucosé ou salé, ou par des injections sous-cutanées de sérum.

Le repos de l'estomac ainsi obtenu permet la réalimentation. La reprise de l'alimentation se fait ensuite progressivement en instituant un régime de tétées ou de biberons autrement réglé et mieux toléré par l'enfant : espacer les tétées, couper ou concentrer le lait, calme au voisinage et bonne administration des tétées. On peut avoir recours aux laits modifiés.

Le lait hypersucré a souvent un effet remarquable : porter de 5 à 10 grammes la quantité de sucre de chaque biberon pour voir les vomissements s'atténuer. L'enfant est-il au sein, lui administrer, au milieu ou à la fin de la tétée, une à deux cuillerées à café d'une solution concentrée de sucre.

Le lait écrémé, homogénéisé, le *babeurre* peuvent rendre des services. Mais les laits les plus pratiques semblent être le *lait condensé* et le *lait sec*, qui permettent d'arriver à la concentration exacte du lait nécessaire à la reprise de l'alimentation (LEREBOULLET et SAINT-GIRONS).

Le *lait réduit par l'ébullition*, que WEILL et GARDÈRE ont préconisé, est souvent des plus utiles. Il suffit de faire bouillir à petit feu le lait destiné à l'enfant pendant un temps suffisant pour le réduire au quart, au tiers, à la moitié même du volume initial, en restituant au nourrisson, en dehors des tétées, la quantité d'eau dont le lait a été privé.

LEREBOULLET et SAINT-GIRONS se montrent satisfaits de cette technique de la concentration du repas.

On peut modifier la composition du lait en l'additionnant de diastases diverses ou de citrate de soude à 5 p. 200, une cuillerée à café par biberon (VARIOT).

Il faut signaler les moyens physiques : compresses chaudes, cataplasmes, bains et lavements chauds. Les rayons ultra-violets ont leur utilité chez les spasmophiles.

Les médicaments. — On peut donner toute la série des eaux alcalines : Vichy, Vals, etc. LEREBOULLET et SAINT-GIRONS sont fidèles à l'eau de chaux soit dans le biberon soit après. Ils formulent aussi :

Sous-nitrate de bismuth.	6 gr.
Julep gommeux q. s. p..	120 cc.

Agiter la bouteille. Une cuillerée à café deux à trois fois par jour avant les tétées.

La *belladone* agit comme modérateur de la motricité. On l'emploie sous forme de teinture de belladone au 10e du Codex 1908 à la dose de I à III gouttes par jour, mais c'est un médicament délicat à manier.

Les *bromures* sont mal tolérés.

Le *gardenal* est surtout utile chez les spasmophiles. LEREBOULLET et SAINT-GIRONS prescrivent chaque jour un à trois comprimés d'un centigramme.

L'*adrénaline* peut lui être associée à la dose de deux fois V gouttes de la solution 1/1000 dans un peu d'eau.

Contre l'anaphylaxie, on conseillera l'*administration d'une très petite quantité* de lait bouilli une heure avant la tétée, l'*administration de peptone* plus pratique, peptone en nature ou granulée.

L'*injection sous-cutanée de lait* a été préconisée par WEILL (de Lyon). Si cette méthode compte

à son actif des succès indiscutables, elle n'est pas sans graves inconvénients parfois : réactions violentes avec hyperthermie, lipothymie et cyanose. Toutefois, en procédant avec prudence, en commençant, avec M. MARFAN, par l'injection d'une goutte de lait dans un centimètre cube de sérum et en procédant progressivement dans les injections ultérieures pour arriver à 1 cc. 1/2 et 2 cc. de lait (lait de femme ou lait de vache bouilli selon les cas) on peut, dans quelques cas bien spéciaux, obtenir des résultats intéressants.

Contre la spasmophilie LEREBOULLET et SAINT-GIRONS conseillent une solution de chlorure de calcium qui est assez bien acceptée :

Chlorure de calcium anhydre. . .		6 à 10 gr.
Sirop de limons.	ââ	70 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.		
Alcoolature de citron.		1 gr. 50

Trois à quatre cuillerées à café par jour.

Dans ces cas aussi les *rayons ultra-violets* sont particulièrement indiqués.

Le *traitement spécifique* est très fréquemment indiqué. La meilleure méthode selon MARFAN est l'administration de *lactate neutre d'hydrargyre* en solution au millième donné, par exemple, à la dose de XII gouttes par kilogramme jusqu'à trois mois, X gouttes ensuite jusqu'à trois ans ; on pourra utiliser également les frictions et les suppositoires à base d'onguent napolitain à un ou deux centigrammes soit cinq milligrammes à un centigramme de mercure.

Il est bon d'instituer souvent le traitement même en l'absence de symptômes cliniques ou sérologiques, dès que le nourrisson paraît simplement suspect.

Le *traitement chirurgical* ne s'applique qu'à la sténose pylorique. L'opération, même sous la forme où on la fait actuellement, reste une opération grave. Il faut donc à la fois intervenir assez tôt pour que l'enfant soit en état de supporter l'intervention, mais sans hâte. M. MARFAN admet qu'il faut opérer si, au bout de deux semaines et après plusieurs radioscopies, les vomissements persistent malgré un traitement médical bien conduit. On doit faire précéder l'opération d'une courte période de lavements : injections de sérum glucosé ou salé, piqûres d'huile camphrée ou d'extrait surrénal de façon à augmenter au maximum la résistance du petit malade.

STOMATOLOGIE PRATIQUE

Quelques conseils d'hygiène dentaire.

Par M. le Dr GUÉRIN-BEAUPRÉ.

A notre époque où l'hygiène prend une place de plus en plus grande voyons quels sont les soins que réclament les dents et la muqueuse buccale.

Tout le monde sait ou devrait savoir que pour avoir les dents blanches il est nécessaire de les brosser ; c'est qu'en effet les dents se recouvrent chez la plupart des personnes d'un dépôt de tartre constitué par des sels de chaux : phosphates et carbonates venant de la salive. Ce dépôt se forme principalement dans le voisinage des orifices des glandes salivaires ; soit sur la face postérieure des Incisives et Canines inférieures (glandes sublinguales) soit sur la face externe des grosses molaires supérieures (glande parotide). Ce tartre présente une dureté très variable suivant les cas, et une coloration qui passe du jaune au noir verdâtre ou même au noir d'ébène chez les fumeurs. On ne le trouve jamais sur les surfaces dentaires où se font les frottements masticatoires ; ainsi lorsque pour un motif quelconque (dents douloureuses ; perte d'une ou plusieurs molaires) un sujet ne se sert pas des dents d'un côté de la bouche, celles-ci se recouvrent entièrement de tartre. Une fois, une dame à qui je conseillais un brossage soigneux des dents, me répondit : « A quoi bon tout cela, voyez les animaux : chiens et chats, par exemple, ils ont des dents superbes et d'une blancheur éclatante et pourtant, ajouta-t-elle, d'un air narquois, ils ne se servent pas de brosses à dents ! » « C'est que, lui répliquai-je, l'homme n'est pas un animal comme les autres ou plutôt les longs siècles de civilisation ont transformé tellement ses conditions d'existence, qu'il est obligé de faire artificiellement ce qu'il ne fait plus naturellement. Si nous revenions à l'état primitif, point ne serait besoin de nous brosser les dents, car au lieu de manger des aliments aussi tendres que possible : de la viande et des légumes cuits ; des mets fondant sous la dent, nous nous nourririons de viande crue, de racines et de fruits crus, tous aliments d'une dureté très grande nécessitant pour les broyer un effort de mastication puissant et prolongé. Or, le frottement de ces aliments sur les dents enlèverait au fur et à mesure de sa formation la mince couche de tartre qui s'y dépose d'un jour à l'autre avant même d'avoir acquis une dureté suffisante. »

Quels sont donc les dangers du tartre : est-ce

lui qui cause les caries dentaires ? Non. Ne l'accusons pas de maux dont il n'est pas coupable, il lui en reste suffisamment à son actif. D'abord, il est vilain. Ce dépôt plus ou moins foncé n'a rien d'esthétique. Je sais bien que des goûts et des couleurs il ne faut pas trop discuter et que les Annamites en pensent tout autrement que nous puisque la coquetterie chez eux, consiste à posséder des dents d'un noir d'ébène. Ce laquage ! obtenu en mâchant du hetel et... en favorisant, autant que possible, le dépôt de tartre comme je l'ai, maintes fois, constaté, n'a rien d'esthétique. Vu de près, c'est horrible et répugnant ; mais en Annam comme à Paris que ne ferait-on pas pour être à la mode?

Le tartre est une des causes du déchaussement des dents. Ce dépôt formé de couches superposées vient peu à peu enrober les dents qu'il recouvre et augmentant sans cesse d'épaisseur il repousse d'abord les parties molles c'est-à-dire les gencives, puis, grâce aux nombreux microorganismes qui pullulent dans ses couches spongieuses, il favorise la pyorrhée alvéolaire avec toutes ses fâcheuses conséquences. Voilà quels sont les principaux accidents locaux dus au tartre. Il est donc bien évident que s'il est un foyer microbien, la multiplication exagérée des agents infectueux mélangés à la salive et déglutis avec elle entraînera des troubles digestifs souvent insoupçonnés et parfois graves. Puisque sans aucun doute le tartre est nuisible, il faut le détruire et encore mieux l'eviter. Pour cela il existe deux moyens : 1° le procédé chimique par application d'acide ; 2° le procede mécanique par grattage. Eliminons d'emblée le premier qui est le plus souvent inefficace et toujours nuisible. Les acides nécessaires pour dissoudre ce dépôt calcaire devront être des acides forts et leur contact avec le tartre prolongé, de sorte qu'on déterminera la nécrose des tissus voisins : gencives, ligaments alveolo-dentaires, etc., en un mot le procédé est dangereux et à rejeter complètement. Reste le procédé mécanique c'est-à-dire le détartrage au moyen de grattoirs ; c'est le seul qu'il convienne d'employer, mais il devra être exécuté par un praticien habile afin d'éviter de blesser les tissus voisins. L'opération est toujous délicate à bien faire et nécessite généralement plusieurs séances à cause des hémorragies gingivales qui empêchent de bien voir ce que l'on fait. Il est, d'ailleurs, sans inconvénient pour l'émail des dents comme beaucoup de personnes le croient. L'émail qui recouvre une dent saine est tellement dur qu'il ne se laisse pas attaquer par le frottement d'instruments métalliques maniés par une main experte. Si le détartrage est trop souvent nécessaire, il peut être rendu évitable par un brossage journalier bien fait, qui enlèvera tous les jours sans exception avant son durcissement la mince couche de tartre qui vient de se former. Quoiqu'en disent toutes les réclames commerciales seul le brossage avec une poudre inerte au moyen d'une brosse dure, très dure même peut agir sur le tartre frais par son action purement mécanique de frottement. Pâtes et savons ne servent à rien parce que trop mous, mais ils ont acquis la faveur du public car ils sont d'un emploi plus facile et plus agréable que les poudres. Brossez vous donc après chaque repas, ou si vous ne le pouvez au moins une fois par jour de préférence le soir après le dernier repas afin d'avoir les dents propres durant la nuit. Employez, je le répète, une poudre : la craie pulvérisée est la base de toutes les poudres et je dirai volontiers la meilleure. Prenez une bonne brosse aux crins durs et longs et brossez vos dents sur toutes les faces : en avant, en arrière et dans tous les sens ; mais surtout suivant l'axe des dents (de haut en bas) afin de bien nettoyer les espaces interdentaires. Peut-être si vos gencives sont un peu congestionnées, les ferez-vous saigner ; ne vous inquiétez pas de cela et continuez votre brossage, car ce petit inconvénient cessera au bout de quelque temps lorsque vos gencives seront revenues à leur état normal. Que pouvez-vous faire de plus pour l'hygiène de votre dentition ? par vous-même rien ; mais vous devez aller deux ou trois fois par an régulièrement à époques fixes trouver votre dentiste. Il soignera et obturera celles qui commenceront à se carier. Au cas où il vous manquerait des dents, faites-les remplacer pour conserver une mastication normale. Inutile de dire que si, malheureusement pour vous, vous avez négligé votre dentition et que vous ayez des racines ou des dents trop cariées pour les conserver il vous faut à tout prix vous débarrasser de ces foyers d'infection. Y a-t-il des soins spéciaux à donner à la muqueuse buccale ? Non, à l'état normal et nous considérons comme nuisibles les gargarismes contenant certains produits antiseptiques énergiques, mais toujours irritants et l'eau oxygénée elle-même trop souvent employée. Après le brossage rincez vous avec de l'eau bouillie dans laquelle vous aurez mis quelques gouttes d'un elixir plus ou moins parfumé afin de le rendre agréable et c'est tout. Cependant, aux personnes dont la salive a une réaction nettement acide, ce dont il est facile de s'assurer au moyen du papier de tournesol, nous conseillons des bains de bouche trois ou quatre fois par jour avec une solution alcaline ou avec du lait de magnésie

afin de neutraliser cette acidité autant que faire se peut. Il est bien entendu qu'en cas de maladies de la muqueuse buccale vous agirez suivant les prescriptions de votre médecin, mais ce n'est plus de l'hygiène c'est de la thérapeutique.

Si vous suivez les quelques conseils précédents, malheureusement ignorés de la grande majorité, vous aurez fait beaucoup pour le bon état de votre bouche et plus que vous ne le soupçonnez peut-être pour la conservation de votre santé.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MÉDECINE

Sur le diagnostic des arthrites chroniques de la hanches à tous les âges. — M. CALOT. — 9 fois sur 10, la radio montre un cotyle à double fond pathognomonique d'une subluxation congénitale méconnue.

On le trouve sur la hanche dont le malade se plaint, mais aussi très souvent sur celle dont il ne se plaint pas et qu'il faut toujours radiographier en même temps. Le cotyle à double fond est fait de deux cotyles : en dedans un petit cotyle, vestige du cotyle original, maintenant déshabité, très aplati, très atrophié, et en dehors de lui un grand cotyle, nouveau, seul en rapport avec la tête fémorale. Entre les deux, une cloison qui forme le deuxième fond, alors que l'I radiographique représente le fond primitif. Ce deuxième fond est d'autant plus net en général (à la radio) que le sujet est plus âgé, cependant M. Calot, tout récemment, l'a retrouvé, ébauché déjà, chez des enfants de 2 à 3 ans, c'est dire que ce signe si précieux pourra désormais servir à tous les âges pour identifier la snbluxation congénitale dont il est la signature radiographique. A noter qu'il existe dans la prétendue ostéochondrite ou coxa plana, preuve nouvelle, et péremptoire, que cette prétendue maladie autonome est en réalité une subluxation congénitale, que Legg, et ses partisans, avaient méconnue. Sont aussi des subluxations méconnues toutes les hanches étiquetées, morbus coxœ senilis, arthrite sèche déformante, rhumatisme localisé, ainsi que près de moitié des cas étiquetés coxalgies. Au total, 90 0/0 des hanches pathologiques au-dessus de 20 ans et près de 50 0/0 au-dessous de 20 ans.

Le syndrome d'Adams Stokes et sa pathogénie. — M. GÉRAUDEL. — L'oreillette et le ventricule reçoivent leur excitation d'une région cardiaque spécialisée qui commande les contractions de l'oreillette et du ventricule. Il existe une plaque motrice ventriculaire et une plaque motrice auriculaire, une artériole différente irriguant l'une et l'autre. La lésion de ces artérioles ventriculaires entraine le syndrome de Stokes Adams.

Le pronostic chirurgical du cancer de l'estomac. — MM. PAUCHET et HIRCHBERY. — L'intervention précoce est la condition du succès et les survies opératoires peuvent atteindre de longues années. Un chiffre de 144 interventions s'inscrit à l'origine de ces conclusions.

Rapports sur la Commission des sérums. — M. CARNOT.

Sur la Commission des épidémies. — M. VALLÉE.

29 décembre 1925.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Trois cas de mésentérite sclérosante rétractile. — M. MAUCLAIRE analyse ces trois observations de M. JEAN (de Toulon); dans le premier cas, des brides péritonéales furent sectionnées ; dans le second, on pratiqua une entéro anastomose ; dans le troisième, concernant un sujet syphilitique, on détruisit des adhérences et on institua le traitement spécifique, Guérison dans les trois cas.

Fracture bilatérale du cubitus au tiers supérieur avec luxation de la tête radiale (fracture de Manteggia). Résultat éloigné. — M. MOUCHET relate cette observation de M. RŒDERER, concernant un sujet qui, atteint de cette fracture à l'âge de 8 ans, put jusqu'à l'âge de 58 ans, date à laquelle il mourut d'un cancer du foie, travailler d'un métier extrêmement fatigant, bien qu'il y eût, à droite, déplacement osseux considérable avec pseudarthrose.

Fracture du trapèze. — M. MOUCHET rapporte cette observation de MM. RICHARD et FÈVRE ; l'ablation d'un fragment osseux comprenant la presque totalité du trapèze a donné un bon résultat.

Traitement de certains cancers coliques par l'extériorisation-résection, combinée au jumelage des anses et suivie de colotomie et de colorraphie. — M. HARTMANN analyse un travail de M. PAUCHET sur cette question.

Luxation externe totale du coude ; réduction impossible à maintenir sous appareil plâtré ; réduction par l'extension continue permanente dans l'attelle métallique huméro-brachiale du Service de Santé. — M. ROUVILLOIS rapporte cette observation de M. PLISSON (du Val-de-Grâce).

Perforation en péritoine libre d'un cancer de la vésicule biliaire. Cholécystostomie d'urgence et cholécystectomie secondaire. Guérison. — M. LAPOINTE rapporte cette observation de M. BONNET, unique peut-être, car aucun autre cas n'a pu être retrouvé par l'auteur de cancer vésiculaire perforé *en péritoine libre.*

Deux cas de volvulus du côlon pelvien. — M. KÜSS relate ces deux observations de M. GRUGET (de Laval) ;

détorsion dans le premier cas ; guérison ; dans le second cas, sphacèle de l'anse : résection, mort.

A propos du traitement des fractures bimalléolaires vicieusement consolidées. — M. ALGLAVE, à l'occasion d'une observation de M. COURTY (de Lille), prononce un nouveau plaidoyer en faveur du traitement sanglant, *immédiat*, des fractures de Dupuytren.

MM. DUJARIER. HARTMANN, LENORMANT, pensent que les fractures bimalléolaires ne relèvent qu'exceptionnellement de l'intervention sanglante d'emblée, et que cette intervention doit être réservée aux fractures vicieusement consolidées. Elle consistera le plus souvent en une astragalectomie.

(*9 décembre.*) J. L.

BIBLIOGRAPHIE

L'Enseignement Supérieur, par Henri MAILLART, à Paris aux Editions de la « Bonne Idée », 152, rue de Vaugirard, 1 vol. in-8°, 291 pages.

Il y a beaucoup à faire pour l'Enseignement Supérieur. M. Henri MAILLART montre les défectuosités, les lacunes, les négligences de l'Etat. Ce dernier, quand une préoccupation électorale n'est pas en jeu, n'a guère d'attention disponible. Il laisse dépérir ses laboratoires, attribue aux maîtres des rémunérations de pauvre, ne s'inquiète de rien, se contente de belles paroles et laisse traîner la misère dans des établissements qui devraient faire la gloire du pays. M. Henri MAILLART dans son livre si travaillé et si utile indique nombre de remèdes et pour les appliquer, ne craint pas d'entrer dans les détails. Avec raison, il montre que bien souvent, les locaux ne pèchent pas seulement par leur insuffisance. Les maîtres manquent de l'ardeur spirituelle nécessaire. Leur idéal ne s'élève pas assez haut et ils ne se soucient nullement, de fortifier le caractère de leurs élèves, en leur parlant des charpentes morales qui soutiennent les volontés fermes.

L'auteur est sévère tout autant envers la bourgeoisie. La peur des événements, la lâcheté devant les résolutions nécessaires sont de ses défauts familiers. Et quelle paresse d'esprit, quelle indigence intellectuelle ? Sans doute, mais il y a bourgeois et bourgeois. Ceux que nous connaissons ne ressemblent nullement à ce portrait. Ils appartiennent à cette race moyenne qui n'a pas failli et à travers les siècles, a maintenu avec le culte de la tradition, la continuité de la prospérité nationale. L'ouvrage de M. Henri MAILLART doit être lu lentement. Les lignes sont serrées, les problèmes qu'il aborde sont nombreux et leur énumération un peu touffue risquerait, si elle n'était suspendue par des temps d'arrêt, de produire quelque confusion dans l'esprit qui perdrait de vue l'importance des lignes directrices.

Les Grands Syndromes oto-rhino-laryngologiques, par André MOULONGUET, *O. R. L. des hôpitaux de Paris*. — Un volume de 524 pages avec 109 figures. — Doin et Cie, éditeurs. — Prix : 50 francs.

Il s'agit d'un livre de diagnostic clinique et de thérapeutique : l'auteur envisage successivement les différents symptômes pour lesquels un malade peut venir consulter le spécialiste : obstruction nasale, rhinorrhée, fétidité de l'haleine, épistaxis, dysphonie, dyspnée laryngée, dyspnée trachéo-bronchique, dysphagies suppurée compliquée, surdité, bourdonnement d'oreille.

Soit, par exemple, le cas d'un malade qui se plaint de fétidité de l'haleine. S'agit-il là de fétidité à point de départ nasal ou sinusal relevant d'un ozène, d'une syphilis nasale, d'une sinusite maxillaire, d'un corps étranger de la narine, ou de telle autre cause ?

L'auteur décrit de façon brève et précise les différents symptômes qui permettent de faire le diagnostic de chacune des affections envisagées, puis en expose le traitement médical et les indications opératoires.

Le livre est bien composé et sera lu avec fruit.

La Psychiatrie d'urgence, par le Dr A. FILLASSIER (Maloine, éditeur, Paris).

Dans ce petit volume de l'Encyclopédie que dirige le Dr CANTONNET, l'auteur s'est proposé de renseigner rapidement le médecin praticien qui, n'ayant pas fait d'études complètes de psychiatrie, est appelé auprès d'un malade qui présente des troubles mentaux.

Dès lors, les affections mentales que le praticien est appelé à rencontrer, sont classées d'après leurs manifestations extérieures : les agités, les déprimés, les persécutés, etc.

Signalons également les pages consacrées aux affections mentales liées à des lésions organiques.

Un dernier chapitre traite de la législation et des règles administratives qui régissent ces matières délicates et nous aurons montré l'utilité grande de ce petit volume écrit simplement, pratiquement, sans autre souci que la clinique, loin des théories et des systèmes.

Travaux annuels de l'Hôpital d'Urologie et de Chirurgie urinaire, 7e série. — Publiés sous la direction de M. le Dr CATHELIN, *chirurgien en chef* et de ses assistants : BOULANGER, GRANDJEAN, BRULÉ, QUENAY. — Librairie J.-B. Baillière. — Un vol. in-4°, 375 p.

La typographie de certains livres de médecine est une chose superbe. Les travaux de l'hôpital d'Urologie publient des volumes édités avec grand luxe. C'est l'histoire de la Renaissance qui recommence. Les volumes de science et d'anatomie édités au XVIe siècle sont des merveilles. Parmi les livres modernes, ceux de l'hôpital d'Urologie avec leurs belles planches en couleur et leur texte soigné tiennent une belle place. M. CATHELIN tient à faire tout à fait bien et il réussit. A signaler dans le volume actuel, le *Diagnostic de la désinfection gonococcique chez l'homme* par M. BOULANGER ; la *dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère*, par M. G. BRULÉ ; les *calculs récidivés du rein*, par le Dr YVON, etc. Soit un ensemble consciencieux où les travaux originaux occupent une place réservée et brillante.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER.
B. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr Hartmann.

Diagnostic des fractures de la base du crâne

Ce malade a fait une chute, d'une grande hauteur, du pont de la Tournelle. Il est tombé sur le côté gauche et n'a pas perdu connaissance. Néanmoins les renseignements qu'il donne sont assez vagues. Il n'a pas de notions nettes sur ce qui s'est passé. Est-ce que son nez a saigné ? Ses oreilles ont-elles saigné ? Il ne se rappelle rien du tout.

L'examen, comme dans tous les cas semblables, doit être complet. Le malade étant couché sur un lit, on constate tout d'abord qu'il soulève aisément les deux membres inférieurs.

Il n'a pas de rétention d'urine, n'a pas uriné de sang. Il n'a pas vomi, et le ventre se laisse bien déprimer par la main posée bien à plat. C'est une exploration qu'on doit toujours faire lorsqu'il y a possibilité de contusion abdominale. Si le malade a vomi et qu'on trouve le ventre dur, contracturé, on sera en droit de soupçonner d'existence une contusion viscérale qui commande une intervention immédiate.

Le fait d'uriner du sang n'a, au contraire, pas d'importance au point de vue immédiat, car les ruptures du rein — (et c'est la seule hypothèse à faire car dans le cas de rupture de la vessie, le malade n'urine pas, c'est seulement le cathétérisme qui ramène du liquide sanguinolent), — les ruptures du rein, généralement, ne commandent pas l'intervention, même dans les cas où il y a de gros épanchements sanguins, de gros hématomes, comme nous l'avons constaté à plusieurs reprises.

Du côté thorax, on s'assure qu'il n'a pas de fracture de côtes. Les membres supérieurs ne présentent non plus aucun signe de fracture. En imprimant au membre des mouvements de circumduction, on constate que la tête de l'humérus joue normalement sous la voûte acromio-coracoïdienne.

Nous nous trouvons donc amenés à localiser nos recherches du côté de l'extrémité céphalique. Quand un sujet a fait une chute d'un lieu élevé, qu'il a plus ou moins perdu connaissance, on doit toujours penser à la possibilité d'une *fracture du crâne*, et, en particulier, à une fracture de la *base*. Ce sont, en général, des fractures irradiées.

Quand un choc violent frappe le crâne, sa paroi se déprime un peu. Félizet a montré, en laissant tomber d'une grande hauteur des crânes enduits de cirage, que l'empreinte est en forme d'ellipse, et non circulaire. Le crâne se casse comme un bâton que l'on ploie sur son genou. Le trait de fracture est perpendiculaire à l'axe de l'ellipse et il commence par la table interne, du côté de la concavité.

Puis, le trait s'irradie. C'est ainsi qu'à la suite d'un *choc sur la voûte* du crâne on est amené à constater dans un grand nombre de cas des fractures qui occupent la *base* du crâne. Ces fractures résultent de l'extension progressive de ce trait qui est parti de la voûte cranienne.

Ces fractures irradiées ont été bien étudiées autrefois par Aran. Tout ce qu'il a dit est vrai, sauf la phrase, un peu exagérée, dans laquelle il déclarait que les irradiations allaient à la base du crâne en suivant toujours le plus court chemin. Ce serait vrai si le crâne était partout pareil. Mais le crâne n'est pas une sphère régulière, il y a dedans des sortes de *poutres*, le rocher, le sphénoïde, et des *trous*, qui peuvent modifier le trait de fracture. Sur un tonneau, un coup violent donné sur une douve peut la casser, alors qu'un même coup ne cassera pas la douve qui passe au niveau d'une bonde. Le trait de fracture passe souvent à côté du trou, il est souvent arrêté au niveau d'un trou.

Par conséquent, nous retiendrons deux faits : 1° les fractures de la base du crâne sont presque toujours des fractures par irradiation succédant à des chocs sur la voûte cranienne ; 2° d'une manière générale, le trait de fracture suit depuis la voûte jusqu'à la base, par le plus court chemin ; cependant, ce n'est pas absolu, et il y a des modifications dans le trait, résultant de l'existence de parties plus résistantes et de trous.

En présence d'un malade ayant eu un traumatisme sérieux de la voûte du crâne, une chute d'une certain chauteur, une perte de connaissance, et n'ayant pas vingt heures après, repris l'intégrité de son fonctionnement intellectuel, on peut soupçonner une fracture de la base du crâne, on doit en rechercher les signes.

Evidemment, la base du crâne est inaccessible à nos moyens d'exploration directe. Mais, il y a des *signes indirects* qui permettent de penser à une fracture de la base. Ce sont d'abord les *écoulements* par l'*oreille* ou le *nez*. Ce peuvent être des écoulements purement *sanguins*, ou de *sérosité*. Quand on voit du sang dans une oreille, il ne faut toutefois pas en conclure immédiatement que le malade a saigné de l'oreille. Le sang peut être venu couler dans l'oreille et la remplir. Il faut la laver, regarder s'il coule du sang, et mettre dedans un petit tampon d'ouate propre pour voir si elle continue à laisser couler un peu de sang.

Même si du sang a coulé réellement par l'oreille, on ne peut pas encore en conclure que c'est du sang qui vient d'une fracture de la base du crâne : on peut la soupçonner, mais non l'affirmer, parce que du sang peut couler du conduit auditif et venir, non d'une fissure osseuse, mais d'une *déchirure du tympan*, d'une fracture de la paroi externe du conduit auditif. Les écoulements sanguins ont de la valeur surtout quand ils durent.

Les *écoulements de sérosité* peuvent se produire par le nez ; ils se produisent surtout par l'oreille ; ils permettent quelquefois d'affirmer le diagnostic. Lorsqu'on voit à la suite d'un traumatisme crânien se produire par le conduit auditif externe un écoulement d'un liquide ressemblant à de l'eau et contenant à peine d'albumine, mais beaucoup de chlorure de sodium, qu'on précipite par le nitrate d'argent, on pense tout de suite qu'il y a une fracture, qui a rompu l'arachnoïde et donné issue au liquide céphalo-rachidien. Cet écoulement peut-être confondu avec un écoulement dû à une réaction inflammatoire du conduit auditif, une sorte d'*otite séreuse*. Les signes différentiels sont les suivants : L'écoulement de l'otite séreux ne se produit pas immédiatement, tandis que l'écoulement du liquide céphalo-rachidien peut se produire immédiatement. Le premier contient des polynucléaires, beaucoup plus d'albumine, moins de chlorure de sodium.

Il y a une autre question, c'est celle des *ecchymoses*. Ce malade a ce qu'on pourrait appeler un œil poché, une grosse ecchymose de la paupière supérieure, et quand on ouvre l'œil on constate une ecchymose de la conjonctive bulbaire. Cette ecchymose a une certaine valeur pour le diagnostic d'une fracture du crâne, mais seulement dans certaines conditions. Un signe ne permet pas de faire un diagnostic, il faut savoir dans quelles conditions il se produit. Si l'on apprend que cette ecchymose sous-conjonctivale bulbaire est apparue très peu de temps après l'accident, mais que l'ecchymose de la paupière n'est venue que secondairent, cette sucussion a une grosse valeur, elle indique que le sang est venu de la profondeur.

On doit encore rechercher les signes en rapport avec la lésion des nerfs traversant les canaux de la base du crâne, le gros *nerf acoustique*, *le facial*. Le malade peut fermer les yeux et siffler : il n'a pas de paralysie faciale. Il suit les mouvements de la main : il n'a pas de paralysie des muscles moteurs du globe oculaire. Pour l'acoustique, se rappeler que certains malades qui n'entendent pas le tic-tac de la montre près de l'oreille entendent très bien le diapason sur le crâne.

Nous avons un moyen de confirmer ce diagnostic de fracture de la base du crâne, c'est la *ponction lombaire*. La présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien ne permet pas d'affirmer de façon absolue la fracture, puisque la simple *contusion cérébrale* peut le déterminer, mais ce signe a une grosse valeur.

Il faut aussi chercher le point douloureux sur la voûte du crâne même chez des blessés dans le coma, la pression sur certains points de la voûte détermine une contraction dans les muscles de la face, une expression douloureuse; marquez avec un crayon dermographique tous les points douloureux, vous les verrez quelquefois dessiner une ligne allant de la voûte à la base, dessinant sous vos yeux un trait d'irradiation de fracture, vous montrant alors le diagnosric écrit sur le tégument.

CLINIQUE MÉDICALE

La nutrition et le régime des hépatiques

Par Noël Fiessinger et Henry Walter.

Dans le métabolisme alimentaire le foie représente l'organe capital de l'économie. Tous les capillaires sanguins issus du tube digestif, depuis l'œsophage jusqu'à l'anse sigmoïde, après s'être chargés au niveau de la muqueuse des produits apportés par l'alimentation, arrivent par l'intermédiaire du système porte (veines coronaires stomachiques, gastro-épiploïques, veines de l'intestin grêle et veines coliques par les mésaraïques), arrivent à la glande hépatique. Le foie reçoit donc le sang venu de tout le système digestif, et avec lui, toutes les substances alimentaires qu'il contient ; il va transformer et éliminer celles qui sont toxiques, retenir ou transformer celles qui lui sont utiles, prenant ainsi une part prépondérante aux fonctions de nutrition.

A ne considérer que ce rôle dans la nutrition, on peut envisager sous deux aspects : d'une part, le foie emmagasine et fixe, accumulant ainsi pendant les périodes digestives des réserves qui seront libérées en période de jeûne, d'autre part, il transforme ces matériaux pour permettre leur utilisation.

Les hydrates de carbone sont ainsi, sous l'action d'un ferment, transformés au niveau du foie en un sucre de réserve, le glycogène, dont se chargent les cellules hépatiques, et qui sera sous l'action de ce même ferment à action réversible, transformé en glucose au fur et à mesure des besoins.

Il en est de même des protéines ; les albumines alimentaires qui ont été dissoutes sous l'action des sucs digestifs, et transformés finalement en acides aminés, arrivent au foie. Celui-ci transforme, utilise ou accumule ceux dont il a besoin pour reconstituer les albumines de l'organisme ; il détruit ou élimine ceux qui sont inutiles ou surabondants.

Les graisses subissent le même sort, du moins pour une part (on sait que les graisses sont en majeure partie absorbées par les chylifères, pour aller de là au poumon où elles subissent une dislocation profonde) ; mais celles qui arrivent au foie par les capillaires sont aussitôt utilisées ou mises en réserve. D'ailleurs pour les graisses, le foie joue un autre rôle, du fait de sa sécrétion externe, la bile : celle-ci est directement nécessaire à l'absorption des graisses au niveau de la muqueuse intestinale.

De telle sorte que tant du fait de sa sécrétion externe que du fait de sa sécrétion interne, le foie intervient dans le métabolisme de tous les aliments, graisses, protéines, hydrates de carbone.

Rien de surprenant dans ces conditions que des troubles importants de la nutrition surviennent quand la cellule hépatique faillit à sa tâche : c'est précisément ce qui se produit dans l'insuffisance hépatique : *l'insuffisant hépatique est un individu qui maigrit.*

Que l'on ne croie pas que cet amaigrissement soit le fait des hépatites scléreuses seules, des scléroses ! On le retrouve même dans les atteintes légères du foie. Mais c'est dans la cirrhose évidemment qu'est réalisée l'atteinte lente prolongée, progressive, condition optima pour obtenir un amaigrissement considérable. C'est le fait de la cirrhose de Laennec, où les membres supérieurs et la face émaciés, la peau ridée et sèche font un contraste frappant avec l'abdomen distendu par l'ascite et les membres inférieurs infiltrés d'œdème. Ici l'amaigrissement atteint son maximum, intéressant non pas seulement les éléments adipeux, mais tous les tissus semble-t-il, la peau qui s'amincit et se parchemine, les muscles qui fondent, le tissu adipeux qui disparaît. Cet amaigrissement, classique dans toutes les cirrhoses devrait mettre sur la voie du diagnostic, si l'on avait toujours présent à l'esprit ce fait qu'il peut rester longtemps le seul symptôme apparent d'une hépatite jusque-là latente. C'est à ces formes d'ailleurs que faisait allusion Le Damany quand il décrivait dans un article paru en 1914 et consacré aux formes cliniques de l'insuffisance hépatique, une forme cachectisante : « type d'ailleurs vague et se résumant en un seul mot, puisque la cachexie seule en est la manifestation... Cette cachexie des cirrhotiques, avec le contraste singulier que donne l'existence d'un corps amaigri, d'un facies misérable alors que l'abdomen est énorme, distendu par l'ascite, cette misè physiologique peut très bien exister alors que l'abdomen est plat, amaigri comme le reste du corps, alors que rien ne permet à première vue d'incriminer le foie ».

Le plus souvent, il faut bien le remarquer, cet amaigrissement, au contraire, soulève des difficultés de diagnostic considérables. Ces malades en effet ont le plus souvent dépassé la cinquantaine, et quand plus ou moins rapidement ils commencent à maigrir, en même temps que leurs forces déclinent, que bien souvent l'inappétence pour les viandes et les graisses apparaît, on ne peut se retenir de songer à une néoplasie. La palpation permet parfois de reconnaître que le foie est augmenté de volume, mais bien souvent les incisures d'un foie spécifique « ficelé » seront prises pour les lobulations d'un foie « maronné ». Même, comme nous l'avons vu une fois, un nouveau symptôme pourra couronner l'erreur ; la recherche du sang sera positive dans les selles, explicable ici vraisemblablement par des hémorragies minimes au niveau de petites varices digestives ou d'hémorroïdes. Pourtant à un examen minutieux on pourrait noter peut-être un léger teint subictérique des téguments, fort différent du teint jaune-paille des cancéreux, de très minimes lésions vasculo-sanguines (saignements faciles, petits capillaires dilatés au niveau des membres inférieurs, des insertions diaphragmatiques, de la face ou du voile du palais, des taches rubis). Mais, même en l'absence de ces faits, les recherches de laboratoire permettent d'arriver au diagnostic que le traitement et l'évolution viennent d'ailleurs confirmer.

Cet amaigrissement n'est pas le fait seul des hépatites scléreuses. On le rencontre dans toutes les hépatites aiguës, plus ou moins accentué, mais toujours net. Classique dans l'ictère catarrhal prolongé au point que dans ce cas le diagnostic avec le cancer de la tête du pancréas devient souvent délicat, il se constate net aussi et toujours frappant par sa rapidité d'apparition, dans l'ictère catarrhal bénin qui s'accompagne toujours d'une perte de poids rapide.

C'est d'ailleurs cette atteinte hépatique qui pour une bonne part conditionne l'amaigrissement des maladies infectieuses atteignant toujours la cellule hépatique.

Et ce qu'il faut bien connaître c'est la possibilité de cet amaigrissement — comme celui que

nous signalions à propos des cirrhoses — survenant comme seul symptôme apparent d'une hépatite parenchymateuse légère. On voit alors survenir sans cause apparente un amaigrissement qui peut atteindre des proportions considérables. Parallèlement le sujet est atteint d'une asthénie profonde, il n'est plus capable d'un travail physique ou intellectuel soutenus, toute fatigue lui répugne, tout effort mental lui pèse, l'appétit disparaît. Chez de pareils sujets, souvent sujets jeunes, on ne peut se retenir de penser à l'évolution d'une tuberculose latente ; mais l'auscultation reste négative ; la cuti-réaction à la tuberculine si elle était faite montrerait au lieu de la cuti rapide et intense qu'on trouve dans les tuberculoses latentes ou au début des tuberculoses évolutives, une absence de réaction, une cuti négative, témoignant de « l'anergie » hépatique du sujet. Le laboratoire vient enfin confirmer un diagnostic que souvent les antécédents étiologiques auraient déjà permis de soupçonner (débilité hépatique héréditaire, syphilis, infections aigués avant la période d'amaigrissement).

De tous les symptômes de l'insuffisance hépatique, on peut dire que l'amaigrissement est le plus constant. C'est même le seul constant pourrait-on dire, l'ictère lui-même (nous voulons parler de l'ictère dans ses modalités cliniquement décelables), pouvant fréquemment faire défaut.

Or cet amaigrissement n'est pas sans présenter de graves inconvénients. La pente sera d'autant plus difficile à remonter que la descente aura été plus profonde, l'asthénie plus difficile à vaincre que l'amaigrissement aura été plus considérable, le retour à la santé plus difficile que la déchéance aura été plus marquée. Mais ce n'est pas tout ; durant cette période d'amaigrissement que représente l'insuffisance hépatique, le sujet aura consommé ses réserves, et en particulier sa réserve glycogénique (on sait que sa disparition est le premier témoignage histologique de l'atteinte cellulaire) ; le rôle antitoxique du foie s'en trouve d'autant diminué, et le sujet affaibli dans sa constitution générale, déficient dans ses défenses antitoxiques pourra être la proie d'une infection intercurrente. C'est ce que témoigne par exemple la cuti-réaction à la tuberculine à laquelle nous faisions allusion tout à l'heure : l'insuffisant hépatique se trouve modifié dans sa résistance à la tuberculose, c'est un « anergique », chez qui une tuberculose évoluera avec facilité, comme le fait est d'ailleurs à peu près la règle à la période terminale des cirrhoses. Non seulement la tuberculose, mais toutes les infections évolueront avec une gravité toute particulière chez l'hépatique, que ce soit le streptocoque qui donnera des érysipèles tuant par septicémie sans s'extérioriser fortement, que ce soit seulement le pneumocoque : on sait la gravité de la pneumonie et de la grippe chez les hépatiques.

Sans aller aux formes si graves de l'insuffisance hépatique, voyons seulement ce qui se passe chez les lithiasiques dont la lésion cellulaire est la règle. L'amaigrissement aura chez eux des conséquences considérables. Sans parler de l'inquiétude toujours profonde que cause l'amaigrissement et dont les conséquences seront fâcheuses (l'amaigrissement est un des symptômes qui frappe le plus le malade), la disparition du tissu adipeux aura comme conséquence fatale chez ces malades, le plus souvent femmes, donc prédisposées, une tendance générale de tous les viscères à la ptose qu'aucun réengraissement, qu'aucune ceinture ne seront capables ultérieurement de pallier complètement.

L'amaigrissement représente une complication importante des insuffisances hépatiques, et un des buts les plus importants que doit chercher le thérapeute sera de lutter contre lui.

Le premier point consistera évidemment à stimuler la fonction hépatique ; elle le sera de multiples manières et la pharmacopée est riche en stimulateurs sur lesquels nous n'insisterons pas, nous bornant à renvoyer le lecteur à des travaux antérieurement parus. Signalons pourtant parmi ces stimulateurs, l'opothérapie.

On l'utilise par voie entérale sous forme de foie frais, — 100 grammes de foie de porc finement haché, et pris dans du bouillon ou sous forme d'extrait sec, — 2 cachets de 0 gr. 50 par jour.

Néanmoins les troubles hépatiques secondaires étant fréquents chez les hépatiques, il y a intérêt à utiliser la voie hypodermique. On injectera chaque jour 0 gr. 05 à 0 gr. 20 d'extrait aqueux (une demie à deux ampoules d'extrait aqueux à 10 %).

Mais plus encore que l'opothérapie, le régime a une importance capitale. Entaché d'erreur par excès, il risque d'être toxique, et de venir léser les cellules encore intactes, augmentant ainsi l'amaigrissement ; entaché d'erreur par défaut, il n'apporte pas à l'organisme la quantité suffisante de calories dont il a besoin.

Comme nous l'avons fait dans notre livre « L'exploration fonctionnelle du foie et l'insuffisance hépatique »(1), nous pouvons envisager le régime dans les grandes insuffisances, les moyennes et les petites : il sera toujours facile de faire ren-

(1) Chez MM. Masson éditeurs, novembre 1925.

trer dans un de ces cadres, tous les cas qui se présentent en clinique. Nous n'insisterons d'ailleurs pas sur la grande insuffisance ; ici, qu'il s'agisse d'ictère grave, d'une forme acidosique, d'un syndrome terminal d'une maladie infectieuse ou d'une cirrhose à sa dernière période, le régime hydro-lacté, ou hydro-sucré est le plus souvent seul supporté. Nous n'envisagerons donc le régime que dans la moyenne et la petite insuffisance.

Mais avant d'aborder ces deux cas particuliers, voyons d'une manière générale ce qu'un foie déficient peut supporter comme alimentation.

L'organisme a besoin pour vivre d'une quantité de calories variable évidemment suivant qu'il s'agit d'un malade au lit ou fournissant un certain travail ; mais comme, de toute manière, l'insuffisant hépatique même léger est un fatigué, incapable d'un gros rendement, cette ration oscille dans des proportions relativement minimes, autour de 2.000 calories. Théoriquement l'alimentation idéale est celle qui, répondant à cette ration, comportera à la fois *protéines*, *graisses* et *hydrates de carbone*.

Etudions donc successivement dans chaque catégorie les aliments qu'on peut permettre ou non à l'hépatique (notons d'ailleurs en passant que notre subdivision est très théorique, un grand nombre d'aliments se rapprochant plus ou moins de l'aliment complet).

Remarquons encore, avant cette « revue alimentaire », que dans le choix des aliments interviennent deux choses : des raisons d'ordre purement hépatique, et des raisons d'ordre plus général telles que la digestibilité des aliments, digestibilité qui tient non seulement à leur composition chimique mais à leur état physique.

Nous avons dit déjà que la plupart des hépatiques sont en même temps et secondairement des dyspeptiques ; comme tels, leur estomac doit être ménagé ; on ne doit leur tolérer que des aliments physiquement faciles à digérer : tel aliment permis dans certaines conditions ne le sera plus dans d'autres : ainsi le blanc d'œuf battu en neige est léger, le blanc d'œuf cuit dur est très lourd — les cerises mangées lentement et mastiquées sont bien supportées ; avalées vite et à peine écrasées entre les lèvres, elles peuvent être fort indigestes. L'estomac en effet dont le rôle primordial est de liquéfier complètement le chyme et de le transformer en une bouillie assimilable dans le grêle, se rebellera devant un travail d'autant plus difficile pour lui qu'il est lui-même secondairement déficient.

Ainsi donc avant tout, l'hépatique comme le dyspeptique ne devra manger ni trop ni trop vite ; il devra mastiquer longuement, permettre à ses dents de diviser finement les aliments, à sa salive auxiliaire directe du suc pancréatique (et l'on sait combien sont fréquentes les atteintes pancréatiques au cours des insuffisances hépatiques), d'imbiber le bol alimentaire.

Les protéines. — Les aliments protéiques habituels comportent la viande, le poisson, les œufs !

Les viandes. — Parmi les viandes on devra éviter, parce que très grasses et de ce fait difficiles à digérer, l'oie, le canard et le porc. L'oie et le canard se mangeant chauds habituellement ne souffrent à peu près pas d'exception. Pour le porc, il n'en est pas de même ; si le porc frais chaud (parce qu'imbibé de graisse fondue), si la charcuterie, pâtés, saucisses, saucisson, boudin, galantines, etc. (parce que gras ou marinés ou épicés), doivent être absolument proscrits, par contre le maigre de jambon que sa préparation a débarrassé de sa graisse, constitue un aliment particulièrement recommandable. De même, le porc froid, bien qu'encore très indigeste et de ce fait à déconseiller, est pourtant grâce à la cuisson débarrassé d'une partie de sa graisse ; il est donc moins lourd froid que chaud. D'ailleurs, d'une manière générale les graisses chaudes sont plus indigestes que les froides.

Parmi les viandes et volailles restent donc autorisées, bœuf, veau, mouton, agneau, chevreau, lapin, pigeon, poulet, dinde et pintade. Remarquons d'ailleurs que si nous avons affaire à un hépatique uricémique, les viandes jeunes, poulet de grain, pigeonneau, agneau, devront être évitées. Le veau dans ces cas sera pourtant toléré, cet animal étant abattu en France alors qu'il a déjà plusieurs mois ; sa chair est donc considérablement plus faite que dans certains pays où la bête est consommée à quelques semaines.

D'une manière générale, et pour des raisons d'ailleurs diverses, tout ce qui rentre dans la catégorie des intérieurs et abats doit être évité chez l'hépatique, soit à cause de la teneur en lécithines et cholestérine — cervelles — soit à cause de ses graisses — gras double — ou des purines — ris de veau, rognons, etc. — On proscrira donc cervelles, ris de veau, rognons, pieds de veau, porc ou mouton, gras double, tripes, tête de veau, foie gras, etc. Les langues seules de porc, veau, bœuf et mouton, au naturel, font exception.

Le gibier n'est pas à proscrire de façon définitive. S'il faut condamner absolument tout le gibier à poil, chevreuil, sanglier, lièvre, d'autant plus toxique qu'il est mangé mariné ou faisandé (on pourra faire exception pour le lapin de garenne

consommé frais, rôti ou en sauce blanche), s'il faut condamner également la sauvagine, canard poule d'eau, râle, grèbe, bécasse et bécassine, par contre, un faisan ou un perdreau jeunes, rôtis et mangés frais (et sans l'addition des bardes de lard et des canapés habituels), seront tolérés, chauds ou froids.

Tous ces aliments que nous venons d'énumérer seront consommés avec le minimum de préparation culinaire, et en éliminant les parties grasses, soit bouillis, ce qui est d'ailleurs en général plus lourd, mais surtout grillés ou rôtis.

Mêmes considérations en ce qui concerne *poissons* et *crustacés* : interdiction de tous les poissons gras, saumon, truite saumonée, maquereau, anguille de mer ou de rivière, hareng ; des mollusques et crustacés, homards, langoustes, écrevisses, crabes, coquillages, huîtres, moules, escargots (si toutefois dans cette liste, une éclaircie, et bien légère devait être faite, elle le serait en faveur des huîtres en petite quantité, et des crustacés cuits au court-bouillon, langouste en médaillon). Seront tolérés par contre, les poissons maigres, sole, turbot, dorade, merlan, rouget, colin, perche, brochet, truite, grenouilles. Les petits poissons, sardines, goujons, vairons, ablettes, devront être évités, non par eux-mêmes, mais parce que leur mode habituel de préparation les transforme le plus souvent en éponges de graisse ou d'huile cuite. Tous ces poissons légers seront cuits de préférence au court-bouillon à l'eau, et servis soit tels quels, soit avec une sauce blanche, poulette, mousseline ou béchamel, beaucoup plus rarement une vinaigrette très légère. Beurre noir, sauces épicées, mayonnaise seront interdits. Signalons d'ailleurs, malgré l'interdiction absolue des fritures, que ces poissons pourront être mangés frits, à condition d'être trempés avant la cuisson dans une pâte assez épaisse ; celle-ci s'enlève facilement avec la peau, éliminant toute la friture, et ne conservant que la chair du poisson.

Remarquons d'ailleurs que cette autorisation du poisson n'est pas absolue, et qu'il est des idiosyncrasies qui le prohibent complètement.

Il en est de même pour les *œufs*.

Les œufs, même frais sont défendus aux hépatiques ; mais ici, des distinctions s'imposent. Chez le lithiasique, l'œuf est interdit à cause de la cholestérine abondante que contient le jaune ; on pourra donc, si le foie est peu touché, lui permettre le blanc (œufs en neige, meringues), et lui interdire le jaune. Chez l'hépatique proprement dit, l'œuf toxique est interdit pour lui-même, blanc et jaune. Mais bien souvent l'interdiction pourra ne porter que sur les œufs en nature, œufs au plat, à la coque, frits, farcis, durs, brouillés, en omelette, etc., et l'on se montrera moins sévère pour les œufs entrant dans la composition des sauces, ou des diverses préparations culinaires, où l'expérience prouve que l'œuf est en général bien toléré. Il en est de même pour les œufs entrant dans la composition des crèmes et entremets. La chose était connue depuis longtemps, et avait déjà été signalée ici même par l'un de nous. Les travaux de Loeper et Marchal sur la leucopédèse gastrique permettent d'en saisir tout le mécanisme.

En effet, le sucre est un puissant leucopédétique. Il suffit de l'ingestion de 25 grammes de sucre dans 125 grammes d'eau pour voir se produire dans l'heure un afflux de 3.000 globules blancs par mm3. Or ces leucocytes se dissolvent le plus souvent et mettent en liberté les produits fermentaires qu'ils contiennent. Ils laissent, ainsi que l'un de nous l'a dit déjà, une force qui va entrer en action. « Cette force, c'est une action fermentaire, lipasique, amylolytique et protéolytique, puisqu'un extrait leucocytaire, additionné d'un peu d'acide, jouit d'un pouvoir peptique, presque égal à celui du complexe chorhydropeptique. Cette force est aussi une action de renforcement du suc gastrique physiologique, puisque l'extrait leucocytaire mélangé de suc gastrique accroit sa puissance digestive. Cette force, c'est encore une action protectrice de la muqueuse et de tout l'organisme, contre l'action locale et l'action générale de substances alimentaires et médicamenteuses (Loeper et Marchal) ».

Grâce à cette leucopédèse, l'action irritante de certains médicaments et de certains aliments est supprimée ; la sensibilisation locale qu'ils produisent, véritable anaphylaxie, est atténuée par le sucre, et « les réactions émétisantes, les diarrhées que déterminent immanquablement chez certains sujets des médicaments auxquels ils sont sensibles, ou vis-à-vis desquels ils se sont sensibilisés, « disparaissent ». Bien plus, cette « anaphylaxie muqueuse n'est que le premier temps d'une intoxication qui franchit plus ou moins rapidement la barre gastrique pour frapper ensuite l'organisme tout entier et y déterminer les réactions bien connues du choc anaphylactique ». L'ingestion concomitante de sucre ferait disparaître ces manifestations.

Ainsi donc les œufs, qui d'une manière générale devront être interdits en nature, seront autorisés au contraire dans les crèmes, les soufflés et les entremets en général.

Hydrates de carbone. — Nous serons brefs à propos du *sucre* dont nous venons de voir le rôle remarquable. Il fera partie intégrante du régime, sous toutes ses formes à condition d'être considéré comme un aliment à prendre avant, pendant ou après les repas, mais jamais pendant leur intervalle. Une restriction s'impose toutefois au point de vue du sucre, quand la fonction glycogénique est atteinte, de façon à éviter une glycémie exagérée.

Nous n'insisterons pas sur les *féculents* et *farineux* qui sont bien tolérés, pâtes alimentaires, céréales, riz, légumes secs, pommes de terre, tapioca, sagou, semoules, arrow-root, etc. Une remarque pourtant s'impose, leur mode de cuisson, qui devra éviter gratins, épices, etc. Le pain sera préféré rassis, ou en croûte, ou grillé, la mie de pain étant souvent trop lourde. Les gâteaux secs seront permis. On défendra les pâtes feuilletées parce que pâtes à la graisse cuite, et parmi celles-ci la plus indigeste, le croissant de boulanger, pâte feuilletée à la margarine. Parmi les pâtisseries interdites, citons encore avec les pâtes feuilletées, les crèmes au beurre ; les pâtes à choux sont déjà moins lourdes ; les pâtes sèches et les crèmes liquides sont en général tolérées.

Nous nous appesantirons beaucoup plus sur les *légumes* et le *régime cellulosique*.

La cellulose est un stimulateur hépatique, et par son action laxative, un excellent antiseptique indirect de l'intestin. Les légumes à cellulose seront d'une importance capitale dans le régime, et en particulier les légumes verts, légumes à chlorophyle, qui par leur fer, sont d'excellents stimulateurs de la biligénie.

Parmi les légumes à cellulose, seuls, les légumes notoirement indigestes devront être écartés ; ce sont les choux et succédanés, choux-fleurs, choux-raves, choux de Bruxelles, la courge, la carotte non écrasée, les champignons, les crudités, radis rouges et noirs, concombres, céleri, etc. D'autres seront évités pour des raisons diverses, le petit pois chez le lithiasique à cause de sa teneur en cholestérine, l'épinard et l'oseille à cause de leur teneur en oxalates. Mais on prescrira au contraire les salades cuites, les endives, les pissenlits cuits, les haricots verts, céleri-raves, artichauts, côtes de bette, asperges, oignons, tomates, poireaux, etc. Ces légumes seront au mieux cuits à l'eau, et additionnés de beurre frais ou d'une sauce blanche.

Pour les fruits nous conseillons prunes, cerises, poires, raisins, pommes, oranges, bananes, à prendre non cuits, mais bien mûrs ; ils devront être mastiqués ; on se méfiera des figues, dattes, myrtilles, groseilles et cassis, et on interdira à cause de leur mauvaise digestibilité, les fruits secs gras, noix, amandes, noisettes, cacahuètes. On pourra recommander cuits : cerises, pêches, poires, pommes, raisins, framboises, myrtilles, groseilles, prunes, reine-claude, qui seront additionnés de sucre.

Les graisses. — On pourrait croire à lire les lignes que nous écrivions plus haut sur certains aliments trop gras, que les graisses doivent être interdites aux hépatiques. Il n'en est rien. L'hépatique a besoin de graisse comme de tous les autres aliments. Etant donné en effet la valeur énergétique des graisses, leur remplacement prolongé nécessiterait d'autres aliments dont l'abondance et le volume ne seraient pas sans inconvénient. C'est ce qui se passe par exemple pour le lait écrémé, qui devient ainsi un aliment déficitaire, et dont il faut alors plus de trois litres par jour pour fournir la ration alimentaire. Or les graisses ne doivent être supprimées que si la bile ne parvient plus dans l'intestin ; dans tous les autres cas elle est en général supportée, si elle est donnée sous une forme facilement émulsionnable. Le lait pur sera donc généralement supporté ; il ne devra être écrémé que dans les grandes insuffisances hépatiques. Ajoutons d'ailleurs qu'à Paris et dans les grandes villes cette question est d'importance secondaire et qu'elle se pose à peine, le lait étant soigneusement et systématiquement écrémé. Donc en dehors de l'arrêt du cours de la bile qui empêche la digestion des graisses, celles-ci ne seront pas proscrites du régime. On aura soin seulement de ne prescrire que des graisses légères. Cette condition ne peut être remplie en aucune manière par les graisses cuites dont la texture moléculaire se trouve considérablement modifiée du fait de la cuisson : fritures, graisses cuites, beurres noirs, seront absolument prohibés ; les graisses animales elles-mêmes que l'expérience montre moins facilement émulsionnables, seront défendues. L'huile sera déjà considérablement moins lourde, et il est certains organismes qui s'en accommodent admirablement ; mais la préférence sera donnée aux beurres. Le beurre animal, soit frais, soit beurre blanc (beurre fondu) est à peu près toujours bien toléré ; c'est lui qui servira à accommoder les aliments. Il faut savoir que certains malades d'ailleurs plus rares tolèrent mieux les beurres végétaux, beurres de coco, quand ils sont honnêtes. Il y a là affaire de tolérance individuelle. On permettra également la crème, crème fraîche, crème fouettée, fromage à la crème. Le jaune d'œuf également, dans les crèmes sucrées ou

les soufflés, pour les motifs que nous exposions plus haut, sera autorisé.

A propos des graisses, signalons le chocolat qui devra toujours et sous toutes ses formes, être partiellement, et bien souvent complètement éliminé.

Comme LIQUIDES, nous recommandons avant tout l'eau, eau ordinaire, eau minérale légère, Evian, Vittel-Grande-Source ; les eaux alcalines type Vichy ne seront jamais bues pendant les repas, mais à jeun, dans l'intervalle de ceux-ci.

L'alcool sous toutes ses formes à teneur élevée sera interdit ; on permettra le vin, mais léger, blanc de préférence, jamais à jeun, en petite quantité et coupé d'eau. La bière pourra être permise, de même que le cidre, mais toujours en petite quantité. On n'oubliera jamais de faire remarquer à un buveur qu'une boisson alcoolique pesant 10 degrés, contient 100 grammes d'alcool pur au litre ; que de ce fait un litre de vin ordinaire, de cidre, de bière contiennent respectivement 90, 45, 15 grammes environ d'alcool pur, et de ce fait renferment la même quantité d'alcool que 6, 3, ou 1 petit verre d'eau-de-vie. On permettra les infusions, sirops, limonades ; le café sera autorisé en petites quantités, le thé également à condition qu'il soit léger.

Telles sont les notions qui vont maintenant nous guider et nous permettre de fixer rapidement le régime des hépatiques.

INSUFFISANCES MOYENNES. — Dans les formes fébriles la maladie infectieuse doit guider seule le thérapeute, et suivant la gravité de l'infection, l'importance de la fièvre, on prescrira le régime hydro-sucré, ou même le régime lacto-végétarien.

Dans les cirrhoses alcooliques dans la maladie de HANOT, le régime lacté ne peut être continué longtemps ; il faut absolument avoir recours au régime végétarien ou même au régime mixte. Suivant les conseils du Pr GILBERT et LEREBOULET, on fera faire au début ou dans les périodes d'aggravation quatre repas.

Au premier et au troisième, un tiers de litre de lait.

Au deuxième et au quatrième, un potage ou une bouillie au lait (un tiers de litre de lait avec tapioca, semoule, farine, etc.), deux cuillerées à café de gelée de fruits, deux cuillerées de marmelade de fruits cuits sans peaux ni pépins, deux ou trois biscottes de légumine et un demi-litre de lait écrémé. Prendre les grands repas en une demi-heure, rester allongé une heure après les petits repas, deux heures après le repas de midi, se coucher après le repas du soir.

Plus tard, et pendant les périodes d'accalmie, trois repas par jour avec les aliments suivants :

Viandes : veau, agneau, poulet, lapin.
Poissons maigres.
Crèmes cuites, laits, fromages frais.
Pâtes, farines, potages, bouillies au lait.
Légumes cuits verts et farineux.
Fruits cuits, confitures, petits beurres.
Peu de pain, eau simple.
Rester une heure étendu après chaque repas.

PETITES INSUFFISANCES. — Dans la petite insuffisance avec fièvre, ictère catarrhal bénin, régime lacté des maladies infectieuses, uniquement pendant la période fébrile. Régime lacto-végétarien, avec celluloses en particulier, dès que la fièvre est tombée ; minimum de graisses, pas de viande, comme nous le prescrivons dans tous les ictères par rétention, pour éviter les fermentations des protéines dans un milieu privé de l'apport antiseptique biliaire.

Dans la petite insuffisance sans fièvre, le régime répondra complètement à ce que nous indiquions plus haut : régime mixte excluant graisses, œufs, abats, charcuterie, etc. ; plus tard, d'ailleurs avec l'amélioration, ce régime sera progressivement élargi, mais on ne permettra jamais au malade l'usage régulier à sa table des aliments défendus ; ils ne seront tolérés qu'exceptionnellement, par hasard, en voyage, chez des amis, bref dans des circonstances qui ne répondent pas à la vie quotidienne.

Ainsi compris, le régime surveillé, mais suffisamment large, évitera les deux écueils que nous signalions tout à l'heure, aussi importants l'un que l'autre, l'amaigrissement si l'on sous-alimente, l'atteinte continue et progressive des cellules hépatiques jusque-là indemnes, si l'on alimente trop ou si l'on alimente mal.

FORMULES

Contre les engelures.

Après un bain local à la feuille de noyer, friction à l'alcool camphré et application de la pommade :

Ichtyol	4 gr.
Oxyde de zinc, Talc	5 —
Vaseline, Lanoline	15 —

En cas d'ulcérations : pansements humides antiseptiques ou ambrine. (LACAPÈRE et MONTLAUR).

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Le Coryza chronique des Enfants.

Traitement de la cause (mauvaise conformation des fosses nasales, hérédo-syphilis). Détacher les croûtes par l'emploi des irrigations d'eau salée (50 gr. pour 1.000).

Faire suivre par l'irrigation suivante : une cuillerée à soupe du mélange dans 500 gr. d'eau tiède :

Acide phénique	20 gr.
Alcool à 90°	50 —
Glycérine	100 —
Eau	350 —

(Moure).

On peut encore employer le liquide :

Chlorure de sodium	0 gr. 75
Borate de soude	3 gr.
Eau distillée	100 gr.

(2 irrigations par jour).

Ou de bicarbonate de soude à 1/100.

Le menthol doit être rejeté ; il est irritant et provoque de la douleur.

Après l'irrigation, introduire VIII ou X gouttes du mélange :

Goménol	1 gr.
Huile	20 cmc.

Ou *argent colloïdal* en solution à 2 %, très utile dans les sécrétions muco-purulentes abondantes.

Enduire la lèvre supérieure et les narines de vaseline boriquée pour éviter l'excoriation par les sécrétions nasales.

Dans la rhinite syphilitique, employer la pommade au calomel à 1/10.

Traitement général par l'*huile de foie de morue*, les *préparations iodées* ou *arsenicales*, les *bains de mer*.

Cures thermales à Challes, Uriage, Allevard, Luchon, Cauterets, La Bourboule, Le Mont-Dore ; ces deux dernières stations convenant surtout aux enfants anémiés et débiles.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement des hémorroïdes par les injections coagulantes de glycérine phéniquée.

Par M. le Dr J.-A. Huet,

Asistant à la Consultation de Gastro-Entérologie de l'hôpital Tenon.

Le traitement des hémorroïdes par les injections coagulantes voit sa vogue grandir de jour en jour. Les consultations où l'on traite les malades par cette méthode sont très fréquentées, et cela s'explique aisément puisque les patients sont soulagés dès la première piqûre, qu'ils évitent les frais d'une maison de santé, la perte de temps d'une convalescence, et qu'ils sont aussi bien guéris que par les autres méthodes.

On a beaucoup écrit au sujet de ce traitement, mais nombreux sont les praticiens qui hésitent encore à l'appliquer ne sachant pas exactement en quoi il consiste. Nous nous efforcerons de combler cette lacune en présentant ici une technique qui nous semble à la portée de tous par sa simplicité et sa sécurité.

Cette méthode est loin d'être nouvelle. En effet, dès 1836, Morgan de Dublin, traitait avec succès les hémorroïdes en les injectant avec une solution de sulfate de fer. La méthode tomba dans l'oubli jusqu'à ce que Collins, de Dublin la rénovât en 1874 en injectant du perchlorure de fer. En même temps, Mitchell, aux Etats-Unis, injectait une solution aqueuse d'acide phénique. Il vendit son secret à des charlatans « pile curers » (guérisseurs d'hémorroïdes) qui allaient de ville en ville en exerçant leur lucrative profession. Le Pr Andrews chargé par le gouvernement de découvrir le secret en donna la formule suivante :

Huile d'olives	2 parties
Acide phénique	1 partie

Depuis ce temps on a injecté des milliers d'hémorroïdes avec des solutions dont la concentration en acide phénique a varié entre 10 % et 50 %. Aujourd'hui on emploie des solutions plus faibles et moins dangereuses de 10 % à 20 %. M. Bensaude a introduit la méthode en France et injecte une solution de chlorhydrate double de quinine

et d'urée qui lui donne de nombreux succès. Pour de multiples raisons, dont la première est que tout médecin peut avoir à portée de sa main un flacon de glycérine phéniquée, nous préférons cette dernière solution.

Indications et contre-indications. — Nous nous proposons de revenir avec des détails, dans un article ultérieur, sur cette importante partie du problème ; nous ne ferons donc qu'en résumer ici les grandes lignes :

Ne jamais toucher aux hémorroïdes externes.

Ne pas intervenir quand il y a coïncidence avec une autre affection ano-rectale (fissures, fistules, polypes). Ne pas toucher aux hémorroïdes étranglées, gangrénées et généralement à celles dont la muqueuse est altérée. Eviter de supprimer toutes les hémorroïdes chez les cirrhotiques, les cardiaques, les prostatiques. N'attaquer que celles qui font souffrir, ou ont une tendance au prolapsus. En dehors de ces réserves, on peut injecter toutes les autres hémorroïdes. Il reste environ 50 % des cas dans lesquels l'injection est le procédé de choix.

Outillage. — Un anuscope : celui de BENSAUDE est parfait.

Quelques tampons de coton montés sur tige.

La solution de glycérine phéniquée à 10 %.

De la teinture d'iode dédoublée.

Une seringue : celle que nous employons est la seringue à injection d'huile grise d'un quart de centicube de capacité. Chaque graduation correspond à une goutte et demie de glycérine phéniquée. En moyenne pousser le piston sur le trajet de quatre graduations correspondant à une injection de VI gouttes de liquide.

Un embout de Bensaude. Il prolonge la seringue de 8 cm. 1/2. Il n'est pas indispensable.

Une aiguille de Bensaude qui est une aiguille à injections intra-veineuses de 1 centimètre de long. N'importe quelle aiguille à injections intra-veineuses fera l'affaire dès qu'on sera un peu familiarisé avec la technique. Celle de Bensaude a le grand avantage de limiter la pénétration.

Un bon éclairage : soit lumière directe grâce à une bonne source lumineuse aisément orientable, soir indirecte par miroir frontal ou éclairage similaire.

Une solution d'adrénaline ou d'antipyrine au 1/20e pour les cas exceptionnels d'hémorragie.

Accessoirement une pince à mors mousses pour fixer l'hémorroïde.

Le malade. Sa Préparation. — Evacuation du rectum par un lavement pris de trois à quatre heures avant l'intervention. Si le malade a une tendance à la diarrhée, 5 cgr. d'opium la veille au soir et le matin à jeun.

Position du malade. — La position genu-pectorale est la plus fréquemment employée. Certains proctologistes préfèrent le décubitus latéral gauche ou position de Sims. Ils justifient leur préférence en prétextant que les petites hémorroïdes disparaissent entraînées par la pesanteur. Nous n'avons pas été frappés par le fait, et d'autre part, des hémorroïdes aussi petites poussent rarement le malade à consulter. Donc position genu-pectorale. On lubréfie soigneusement l'anus avec de l'huile. Ce temps est extrêmement important et contribue largement à rendre absolument indolore l'examen. Introduction de l'anuscope muni de son mandrin ; on retire le mandrin et on éclaire.

La solution à injecter. — La solution de choix est pour nous celle de glycérine phéniquée à 10 %. Les résultats sont peut être moins rapides qu'avec une solution plus forte, mais le succès d'une méthode dépend de son inocuité et de son indolence ; avec cette solution le praticien n'aura jamais aucun ennui, et pourra donc l'employer en toute confiance. Voici sa formule :

Acide phénique	10 grammes
Glycérine.	} ââ 50 —
Eau distillée	}

La solution employée par M. BENSAUDE, en France, est une solution de 5 % de chlorhydrate double de quinine et d'urée. On la trouve toute préparée dans le commerce. C'est après la glycérine phéniquée la solution la plus employée. Certains auteurs ont préconisé d'autres formules : alcool à 95°, éther, etc., etc. En fait, la plupart des autres solutions contiennent de l'acide phénique. Telles sont la solution de Fenn constituée par un mélange à parties égales d'extrait fluide d'ergot et d'une solution d'acide phénique à 95 %, cela porte la teneur en acide phénique du liquide à injecter à environ 50 %. Il nous semble que cette méthode doit donner des déboires. M. DUDLEY WRIGHT recommande la solution de Hoyt : 10 % d'acide phénique dans un mélange à parties égales d'eau et d'extrait fluide d'hamamelis. La solution du St. Mark's Hospital pour les maladies du rectum, à Londres, est de 10 % d'acide phénique avec 90 % d'huile d'amandes douces. MORLEY, de Londres, enfin, conseille une solution de 20 % d'acide phénique dans un mélange à parties égales d'eau et de glycérine. Nous trouvons que cette solution doit être laissée entre les mains des spé-

cialistes susceptibles de juger les cas précis qui nécessitent l'emploi d'une solution aussi concentrée, alors que celle à 10 % est sans danger et peut être employée par tous les praticiens. L'acide phénique est parfaitement dissous dans la glycérine, il est donc inutile d'agiter le liquide avant de s'en servir, ses qualités antiseptiques puissantes permettent de le conserver dans un flacon quelconque et ne nécessitent aucune stérilisation.

Technique de l'injection. — On a soin de ne pas laisser de bulles d'air dans la seringue. Le malade est en position genu-pectorale et l'anuscope en place. On prend un tampon de coton, monté sur tige, et l'on nettoie la région avec de la teinture d'iode. Les hémorroïdes font saillie dans la lumière du tube. Nous choisissons en premier lieu la plus inférieure des hémorroïdes (sur la paroi antérieure dans la position genu-pectorale, sur la paroi latérale gauche dans la position de Sims). C'est l'hémorroïde la plus sensible, surtout chez l'homme ; c'est elle qui a le plus de tendances à se prolaber et par conséquent, celle que l'on a le plus d'intérêt à coaguler en premier.

Où faut-il piquer ? — Au sommet de l'hémorroïde, l'aiguille dirigée dans le sens sagittal vers la base de la tumeur veineuse. Il faut tendre à approcher le plus possible de la base, aussi enfoncera-t-on l'aiguille à une profondeur variable avec les dimensions de la tumeur. Les pusillanimes, ou simplement les prudents seront heureux de se servir au début d'une aiguille à cran d'arrêt réglable avec laquelle ils ne courront jamais le risque d'aller trop loin. Une fois en place, on injecte doucement le liquide. On laisse l'aiguille en place quelques secondes (20 à 30 en principe, 10 en pratique). L'hémorroïde augmente considérablement de volume, et, selon certains auteurs, doit pâlir. Nous ne partageons pas cette façon de voir. Le plus souvent, la décoloration subite de la muqueuse est un signe certain d'une faute de technique : on a piqué trop profondément ou trop superficiellement. Il y aura bien coagulation, mais presque toujours il se formera à quelques jours de là une petite zone de nécrose suivie d'une ulcération, dont les conséquences fonctionnelles sont le plus souvent nulles, mais qui devront faire interrompre le traitement pendant une ou deux semaines.

Une précaution essentielle : ne jamais piquer trop bas en risquant de transpercer une papille ou une valve anale. La piqûre doit être indolore, si vous touchez une papille ou une valve, organes richement innervés, elle provoque une vive douleur ; le malade fuit devant la piqûre et vous ne le reverrez jamais.

Quelle quantité injecter ? — Là, encore, la précision absolue ne s'acquiert qu'avec l'expérience. Une règle générale : mieux vaut trop peu que trop ; ainsi l'on évitera tout ennui. On injectera de IV à X gouttes suivant les dimensions de la tumeur. On pourra au début injecter V ou VI gouttes, puis y revenir si cela est insuffisant.

Combien d'hémorroïdes injecter à chaque séance ? — Deux ou trois, en débutant toujours par l'inférieure. Morley les injecte toutes à chaque séance. Nous croyons qu'on peut très bien le faire sans danger si l'on est pressé, mais nous avons cru remarquer que les réactions douloureuses étaient plus fréquentes dans ces cas. Souvent, d'ailleurs, on ne trouve que trois hémorroïdes : une à 2 heures, une à 6 heures et la dernière à 10 heures.

Quel laps de temps faut-il laisser entre chaque séance ? — Une semaine en principe sauf urgence, dans lequel cas on pourra, sans inconvénient, faire deux séances par semaine. Tout dépend du taux de concentration de la solution phéniquée et de la sensibilité du malade. Avant leur traitement, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de sentir les hémorroïdes ; une semaine après la première piqûre on les sent nettement rouler sous le doigt, résistantes sur le fond souple de la muqueuse. A la vue, elles sont plus pâles, moins grosses et à la fin du traitement elles ont disparu.

Soins à prendre après la piqûre. — Le malade peut retourner à son travail. Il prendra soin néanmoins de ne pas faire de gros efforts physiques ce jour-là. On lui donnera, par excès de prudence, un cachet analgésique pour calmer toute douleur — improbable, d'ailleurs — qui pourrait survenir quelques heures après l'injection. Conseil de la plus grande importance : si, en allant à la selle, une hémorroïde sortait, la rentrer sur le champ, car elle ne manquerait pas d'augmenter de volume et pourrait s'étrangler.

On veillera à faciliter et à régulariser le transit intestinal par un régime approprié auquel on adjoindra une cuiller d'huile de paraffine le matin à jeun.

Incidents. La douleur. — Elle ne doit pas exister pendant la piqûre. Survient-elle ? C'est le meilleur signe d'une faute de technique. On injecte trop vite, on touche une papille ou une valve, on

est trop profond ou trop superficiel. Après la piqûre elle ne survient que rarement. Débutant trois ou quatre heures après, elle dure une à deux heures. Très légère, c'est plus une gêne, un agacement qu'une douleur vraie. Un cachet d'aspirine en a vite raison. Les malades, par contre, disent souvent que pendant les vingt-quatre heures qui suivent la piqûre, ils ont une sensation de corps étranger intra-rectal.

Hémorragies. — Il n'y a pas à notre connaissance une observation d'hémorragie. Mais dans un petit nombre de cas, quand on n'a pas laissé l'aiguille assez longtemps en place, quelques gouttes de sang peuvent sourdre et le malade quand il revient accuse une perte de sang au moment de sa première selle. Il convient d'être plus attentif à la sortie de l'aiguille à la séance suivante, et d'étancher le léger écoulement sanguin.

Prolapsus. — Il peut survenir après des efforts de défécation dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection. Le malade devra prendre un bain de siège froid, bien enduire ses hémorroïdes d'une matière grasse et les réintroduire immédiatement.

On voit que les incidents sont peu nombreux et sans gravité. Il n'y a pas de véritables accidents.

Quelle est la durée totale du traitement ? — Elle varie avec la taille des hémorroïdes, leur nombre et surtout avec la concentration de la solution. Morley dit que sur environ 4.000 malades, la moyenne du nombre de séances consacrées à chaque malade a été de quatre. Morley, il est vrai, emploie une solution de glycérine phéniquée à 20 %. Le traitement dure donc un mois. Avec la solution à 10 % préconisée par Eadie et Dudley Wright, il faut compter le double de piqûres, mais on peut les faire tous les quatre ou cinq jours : donc résultat identique avec moins de risques.

Conclusions. — On devra étudier l'état général des malades avant de les traiter en se souvenant qu'il y a des hémorroïdes auxquelles on ne doit pas toucher.

La solution de choix nous semble être celle de glycérine phéniquée à 10 %.

On pique le sommet de l'hémorroïde en dirigeant la pointe de l'aiguille vers sa base.

On peut répéter les piqûres tous les cinq jours.

Les incidents sont exceptionnels ; la douleur est rare et facilement calmée.

La durée du traitement est d'environ un mois.

Nous nous sommes efforcés de décrire succinctement un procédé de traitement des hémorroïdes qui nous a donné de nombreux succès. Les autres méthodes sont excellentes, mais celle-là nous semble la plus simple, donc la plus digne d'entrer dans la pratique. Point besoin de solutions stérilisées et spécialement préparées, tout praticien peut avoir un flacon de glycérine phéniquée. Enfin, malgré toutes les critiques que l'on ne manquera pas d'adresser à ce traitement, n'est-il pas vraisemblable qu'un malade préférera huit ou dix piqûres, c'est-à-dire huit ou dix heures d'attente au maximum entre lesquelles il mènera une vie normale, à un traitement chirurgical — si bref soit-il — infiniment plus onéreux à tous les points de vue et dont les résultats fonctionnels ne seront pas meilleurs.

CLINIQUE MÉDICALE

Le collapsus typhique.

Le collapsus typhique est indépendant de l'intensité du mal. M. Roger de Brun (*Etude clinique sur le collapsus typhique*, Jouve édit.) montre qu'il se produit souvent au cours de typhoïdes de gravité moyenne. Lorsqu'il survient durant la période des oscillations ascendantes ou au début du 2e septenaire, il s'agit le plus souvent d'un collapsus atténué, ne se manifestant que par une légère chute thermique. La grande attaque de collapsus n'apparaît guère avant le 3e septenaire et lors de la période de défervescence.

Deux grands caractères le signalent : 1° Il est brusque ; 2° il est silencieux et indolent. La température s'abaisse et cette chute est de durée variable. Elle mesure la durée du collapsus. M. de Brun nous donne un certain nombre de tracés thermiques montrant tantôt des collapsus transitoires cessant en quelques heures et d'autres prolongés se continuant pendant quatre jours. La tension artérielle baisse ; de 12 par exemple, elle tombe à 7 et se relève peu à peu. De la tension artérielle, semblent dépendre trois symptômes importants : la cyanose, l'altération du facies, la pâleur. La tachycardie est beaucoup plus inconstante ; elle peut atteindre jusqu'à 150 ou 160 pulsations à la minute, s'accompagne parfois d'embryocardie ou d'arythmie, mais ne se produit que dans la moitié des cas. Le cœur semble indifférent aux phénomènes dramatiques qui assaillent le malade. D'autres symptômes s'observent :

refroidissement des extrémités, polypnée, frissons, diarrhée, vomissements, délire. En dépit de cette allure sérieuse, le collapsus ne semble pas modifier l'évolution de la typhoïde. Son pronostic, contrairement aux opinions classiques, est en général bon. Sur quatorze observations de collapsus grave, M. DE BRUN n'a relevé que deux morts soit une proportion de 15 %. Le pronostic dépend à la fois de la profondeur de la dépression tensionnelle et aussi de sa vitesse de chute. La courbe thermique mesure la durée et l'évolution du pronostic, la chute tensionnelle en mesure la gravité. Une déficience bulbaire, brutale, quoique transitoire semble la cause du syndrome.

Le diagnostic se fait avec l'hémorragie et la perforation. Dans les formes de collapsus atténué, il peut être difficile de se renseigner à l'origine. L'évolution permettra de voir clair. De plus, le facies est cyanosé dans le collapsus, ce qui n'advient pas dans la perforation et l'hémorragie.

Le syndrome malin de HUTINEL (forme adynamique de la fièvre typhoïde), se caractérise plutôt par de l'hyperthermie ou de l'irrégularité thermique. Le début n'est pas brutal et l'évolution n'est pas transitoire. De plus, il s'agit de malades profondément infectés à la langue rosée et le pronostic est d'ordinaire fatal. *Les faits d'insuffisance surrénale aiguë* (Pr SERGENT) se superposent à ceux décrits par HUTINEL.

Les syndromes cardio-péritonéaux (L. BERNARD et PARAF) se caractérisent par du météorisme, avec défense musculaire, un facies grippé, un pouls petit, accéléré. La température est variable et se traduit par des alternatives qui irrégularisent le tracé. La mort est de règle.

Dans la forme cardiaque de la fièvre typhoïde (BERNHEIM) le cœur s'accélère, mais l'hypothermie n'apparaît que lorsque le pouls est devenu filiforme.

Quant au traitement, il consistera à *réchauffer le malade*. La digitaline est inutile. L'*huile camphrée*, la *caféine* agissent. Contrairement à M. DE BRUN, qui conseille les hautes doses, nous préférons les doses faibles (5 centigr. de caféine, 2 à 4 cmc. d'huile camphrée à 1/10e dans les 24 h.). Les hautes doses risquent, en effet, par une excitation trop forte, de produire consécutivement une réaction de faiblesse plus accentuée. Et puis, n'oublions pas que le camphre, à hautes doses est un toxique.

Le traitement de choix et ici nous sommes d'accord avec M. DE BRUN est l'emploi de l'adrénaline par voie intra-musculaire : une ampoule de un milligr. à renouveler si nécessaire trois heures après. Une heure après la première injection, déjà l'amélioration paraît. S. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Etude clinique des syndromes surrénaux.

Dans ces dernières années les syndromes surrénaux ont subi de nombreux remaniements, on avait exagéré leur importance et leur étendue. E. SERGENT et R. KOURILSKY (*Journal médical français*, juin 1925) en fixent les symptômes que l'on pourrait dire en quelque sorte définitifs. Ils distinguent les syndromes d'hypofonctionnement, les symptômes d'hyperfonctionnement et les syndromes pluri-glandulaires.

Les syndromes d'hypofonctionnement sont les mieux démontrés. Ce sont les états cliniques dans lesquels on constate à l'autopsie des lésions destructives des glandes surrénales et ceux dans lesquels on constate pendant la vie le même groupement de symptômes, alors même qu'il existe seulement des lésions du sympathique par exemple, capables d'expliquer un trouble fonctionnel des surrénales.

Le plus anciennement connu est le *syndrome d'Addison*, qui coïncide, dans la presque totalité des cas, avec des lésions destructives de la glande et dont les manifestations essentielles sont l'*asthénie* et la *mélanodermie*.

Cette mélanodermie n'est pas un symptôme nécessaire pour affirmer une lésion surrénale.

CHAUFFARD (en 1894) se fondant sur les épisodes aigus transitoires ou terminaux observés chez les addisoniens avait distingué les troubles dus à l'intoxication des troubles dus à l'irritation sympathique ; mais la notion d'*insuffisance surrénale pure* fut posée, lorsque SERGENT et L. BERNARD isolèrent, en 1898, le *syndrome d'insuffisance surrénale aiguë* : il était acquis, dès lors, que l'insuffisance surrénale faisait partie de la maladie d'Addison, mais qu'elle n'était pas *toute* la maladie, laquelle devenait un syndrome mixte, inséparable de l'existence de la mélanodermie.

Ainsi on peut aujourd'hui dissocier l'ancien « caput mortuum » de la maladie d'Addison, en décrivant, à côté de la *maladie bronzée d'Addison* proprement dite, des *syndromes d'insuffisance surrénale pure*, qui comprennent trois types principaux :

1° Des accidents *suraigus* et *foudroyants* (mort subite) ;

2° Des syndromes *aigus*, qui répondent au type de la grande insuffisance surrénale ;

3° Des syndromes *subaigus* et même *lents*.

Dans tous ces syndromes on ne trouve pas de

pigmentation. Nous n'insisterons pas sur leurs détails qui sont classiques.

Les syndromes d'hyperfonctionnement reposent, d'une part, sur la constatation anatomique de lésions d'*hyperplasie surrénale* à l'autopsie d'athéromateux et de brightiques atteints d'hypertrophie cardiaque et d'hypertension et, d'autre part, sur les constatations expérimentales des propriétés de l'adrénaline qui, injectée à doses faibles et répétées, détermine l'hypertrophie cardiaque et la dégénérescence athéromateuse des artères chez l'animal et, à fortes doses, déclanche des crises d'œdème aigu du poumon.

Ainsi se trouverait expliqué et réalisé le *syndrome surréno-vasculaire de Josué*, syndrome clinique constitué par les éléments suivants : hypertension artérielle, hypertrophie cardiaque, constatation d'hyperplasie œdémateuse des surrénales.

Ces syndromes d'hyperfonctionnement paraissent reposer sur une base un peu fragile : d'une part, le syndrome clinique n'a rien de bien particulier et la base physiologique de l'adrénaline est elle-même fragile ; d'autre part, enfin, les lésions hyperplasiantes sont moins significatives d'un hyperfonctionnement que les lésions destructives ne le sont d'une suppression fonctionnelle.

Il est un autre symptôme que l'on a voulu expliquer par un hyperfonctionnement surrénal chez les hypertendus, c'est la glycosurie observée chez certains de ces malades ; l'hypothèse prenait quelque fondement sur les glycosuries expérimentalement réalisées par l'adrénaline ; mais des observations toutes récentes de M. Labbé, chez des diabétiques hypertendus, montrent avec quelle prudence il faut s'aventurer sur ce terrain.

Les syndromes pluriglandulaires sont basés sur la coexistence de symptômes cliniques qui traduisent l'altération de plusieurs glandes.

Il convient d'être prudent et de se défendre contre la description trop hâtive de syndromes cliniques. Il est beaucoup de syndromes pluriglandulaires dans lesquels on a cru retrouver la trace plus ou moins évidente d'une atteinte surrénale ; il en est bien peu qui aient réellement fait leur preuve absolue.

L'un des mieux établis est le syndrome *thyro-testiculo-surrénalien*, étudié par Sourdel, après Claude et Gougerot en 1907, et caractérisé par un complexe morbide dans lequel s'associent les syndromes du castrat, du myxœdémateux et de l'asthénique surrénalien avec ou sans mélanodermie. Ce syndrome est l'un de ceux dans lesquels la participation surrénalienne est la plus évidente.

Il est, d'autre part, très légitime, comme le pense Porak, d'admettre que l'atteinte du sympathique, qui caractérise la maladie d'Addison, puisse prendre une importance plus grande et déterminer à distance des troubles dans les autres systèmes glandulaires. Inversement, les surrénales peuvent être secondairement intéressées au cours d'autres états glandulaires exemple ce cas de sclérodermie avec syndrome surréno-ovarien, mélanodermie et hypotension, qui ne peut s'expliquer que par des troubles pluriglandulaires. Ces faits constituent le groupe des *syndromes surrénaux associés*.

Dans un autre ordre de faits, il faut placer les troubles génitaux secondaires aux tumeurs de la surrénale.

Le syndrome *génito-surrénal* s'observe presque exclusivement chez la femme et a pour subtratum anatomique une tumeur de la substance corticale des surrénales et des lésions atrophiques des ovaires. Il en résulte deux syndromes :

a) Un syndrome de *pseudo-hermaphrodisme* ; ce sont des adolescents d'aspect masculin chez lesquels l'autopsie ou une intervention chirurgicale montre l'existence d'organes génitaux internes féminins ; on constate en pareil cas une hypertrophie simple ou un adénome d'une ou des deux capsules.

b) Un syndrome de *virilisme surrénal* ; il s'agit alors, le plus souvent, d'une tumeur maligne des surrénales, qui peut siéger, soit sur les capsules elles-mêmes, soit sur les glandes accessoires ; c'est ici un état de maladie et non de difformité ; brusquement, les femmes qui en sont atteintes changent d'aspect : les caractères sexuels secondaires et génitaux leur donnent une apparence masculine en même temps qu'apparaît souvent la mélanodermie.

A part ces grands cadres pluriglandulaires, il existe une poussière de syndromes divers, étiquetés et groupés sous la même rubrique, sans que l'existence de contrôle suffisant puisse légitimer leurs descriptions. Sézary, faisant la critique de ces abus, s'est attaché à montrer que les symptômes de la maladie d'Addison peuvent s'observer dans d'autres localisations endocriniennes et est arrivé à classer tous les symptômes des atteintes endocriniennes sous la rubrique générale de *symptômes endocriniens communs*.

Mais ajoutent Sergent et Kourilsky, si les symptômes peuvent être communs, il est non moins incontestable que le mode de groupement des symptômes est particulier à telle ou telle atteinte glandulaire, et permet de la reconnaître.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

La grossesse chez les diabétiques.

Il convient de distinguer les glycosuries passagères du diabète confirmé. Les premières guérissent bien, le second est fort grave. M. Marcel LABBÉ (*Le traitement du diabète*, 1925) rappelle les précautions à prendre dans cette conjoncture redoutable. La grossesse survenant chez une femme diabétique s'accompagne souvent d'avortement ou de la naissance d'un enfant mort. Elle entraîne souvent une aggravation du diabète, favorise l'évolution vers l'acidose. Le coma et la mort surviennent, Certains auteurs vis-à-vis de pareils risques, ont proposé l'interruption systématique de la grossesse. Le remède n'est pas sans danger. L'avortement provoqué ne sauve pas la mère dans les cas graves, et il n'est nullement indiqué quand le cas est bénin. Ajoutons que certaines grossesses évoluent sans accident, sans aggravation du diabète, sans inconvénient pour l'enfant.

Aussi M. Marcel LABBÉ établit-il des divisions qui commandent les actions thérapeutiques. Si le diabète est grave avec dénutrition azotée et acidose, mieux vaut pratiquer l'avortement dès le début. Car le diabète risque de s'aggraver et l'insuline d'échouer.

La diabétique ne présente-t-elle aucun signe de dénutrition ni d'acidose, on laisse s'évoluer le cours de la grossesse. Le régime alimentaire combattra l'hyperglycémie. L'interruption de la grossesse ne sera autorisée que dans deux cas : 1° si la grossesse provoque les réactions d'intolérance avec vomissements incoercibles, inanition et dénutrition dangereuse ; 2° si le diabète s'aggrave, si l'acidose apparaît et n'est réfrénée ni par le régime ni par l'insuline.

Aucun de ces accidents n'arrive-t-il ? La grossesse peut arriver à terme. L'accouchement se fait normalement et l'enfant reste parfaitement sain.

Une surveillance précise est donc nécessaire avec un strict contrôle du régime alimentaire. L'insuline sera prescrite en cas d'acidose. Au moment de l'accouchement, on interdira les anesthésiques généraux : chloroforme et éther. L'accouchement sera terminé le plus rapidement possible et l'allaitement maternel sera interdit, crainte qu'il amène une nouvelle source d'épuisement.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Discours de M. le Président. Installation du Bureau pour 1926. — M. BARRIER, président sortant, et M. BARD, président, remercient l'Académie, le premier reportant sur toute la médecine vétérinaire l'honneur qui lui avait valu la présidence de l'Académie ; le second rappelant les grands services que M. ACHARD, secrétaire général, a déjà rendus. M. ACHARD allant visiter les Ecoles de Médecine du Japon et de l'Extrême-Orient, M. BARD le félicite d'avance du concours qu'il apportera à l'influence française dans ces pays lointains.

M. GLEY est installé comme vice-président.

Sur un cas de guérison de cancer de l'estomac. — M. HAYEM. — Une survie de vingt-sept ans a été notée chez une malade, jadis opérée par M. TUFFIER. La malade est morte de congestion pulmonaire.

La tuberculose chez les ouvriers boulangers. — MM. J. PARISOT et Q. RICHARD. — La tuberculose chez les ouvriers boulangers est quatre fois plus répandue que dans les autres professions. L'absence de législation sociale est certes cause de cette fréquence.

La transfusion dans les péritonites septiques d'origine appendiculaire. — M. CAPLESCO considère la transfusion comme une des meilleures thérapeutiques de l'avenir.

Urémie et oxalémie. — M. KHOURI.

Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique chez les fauves en captivité. — M. BALL (présenté par Pierre MARIE).

5 janvier 1926.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Péricardotomie pour péricardite séro-fibrineuse. — M. L. BAZY rapporte cette observation de MM PLISSON et RIEUX (du Val-de-Grâce). Intervention en position demi-assise, sous anesthésie locale, complétée par quelques bouffées d'éther, Guérison simple. M. Bazy regrette qu'il n'ait pas été fait d'examen du liquide, ni d'inoculation au cobaye.

M. MATHIEU a obtenu, par l'opération de Jacob, un bon résultat immédiat dans un cas de péricardite tuberculeuse.

Sténose extrinsèque du pylore par ganglions. — M. BASSET relate cette observation de M. TASSO-

Astériadès, concernant une femme atteinte de sténose pylorique très serrée. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un pylore normal comprimé par une masse ganglionnaire de nature tuberculeuse. Libération du pylore, exposition à la lumière solaire pendant quelques minutes; guérison.

Ostéochondrite déformante de la hanche. — M. Mouchet présente, en son nom et au nom de M. C. Rœderer, des radiographies qu'il estime très démonstratives.

Les coxa valga qui deviennent des coxa vara. — M. Mouchet communique, avec M. Rœderer, un travail sur ce sujet.

Election du Bureau pour l'année 1926. — Sont élus : *Président*, M. Auvray; *Vice-Président*, M. Michon; *Secrétaire général*, M. Lenormant; *Secrétaire annuel*, M. Proust; *Trésorier*, M. L. Bazy; *Archiviste*, M. Mocquot.

Election de Membres Correspondants Nationaux et Etrangers, et de Membres Associés Etrangers. — *Sont élus Membres Correspondants Nationaux :* MM. Jean (de Toulon), Petit (de Niort), Courty (de Lille), Duvergey (de Bordeaux).

Sont élus Membres Correspondants Etrangers : MM. Rio Branco (Brésil), Bessim Omer Pacha (Turquie), Miguel Algovin (Pérou).

Sont élus Membres Associés Etrangers : MM. Lambotte (Belgique), Crauwell (Argentine).

(*16 décembre.*) J. L.

BIBLIOGRAPHIE

Les Petits Précis, publiés sous la direction de M. A. Cantonnet. — Maloine, édit. Chaque volume : 8 fr. 50.

Cette collection des *Petits Précis* que dirige M. A. Cantonnet est un traité de pathologie interne et externe compris le mieux du monde. Chaque chapitre important devient l'objet d'une monographie spéciale. Nous en avons déjà signalé quelques-uns. En voici d'autres : la *Psychiatrie d'urgence*, par M. A. Filassier. Il ne comprend que 125 pages et cependant les descriptions sont bonnes et le traitement n'est pas écourté. Dans le *Tube digestif*, de MM. Paisseau et Pierre Vallery-Radot, la diététique et la thérapeutique occupent également une plus large place que dans les traités habituels de pathologie. Même éloge pour le *Poumon non tuberculeux* de M. Rouillard, bien que les beaux résultats que la vaccinothérapie aurait assurés dans l'asthme soient bien clairsemés. Dans le petit livre *Cœur, veines et artères*, de MM. Leconte et Levant, par contre, si la clinique est bien traitée, la thérapeutique, en matière de médications cardiaques, se montre exclusive et quelque peu brutale. Les doses de *digitaline* sont trop élevées (XXX gouttes par jour pendant trois jours), les intervalles de la médication trop larges (trois à six semaines), l'*ouabaïne* est considérée comme le médicament spécifique de l'insuffisance ventriculaire gauche. Tout cela appliqué dans la pratique quotidienne risque de valoir certains mécomptes. Après avoir publié le grand traité de M. E. Sergent, M. Maloine avec ses *Petits Précis*, livre au public médical une sorte de réduction de cette belle publication. M. A. Cantonnet en faisant accepter de ses collaborateurs les limites d'étendue restreinte qu'il leur assigne, a accompli un petit tour de force qu'il n'est pas toujours commode de réaliser.

Lourdes. Faits constatés. Pour redresser quelques erreurs, par le Dr G. Bitterlin. — Vol. in-16, Paris, Vigot frères, éditeurs. — Prix : 5 francs.

Au retour d'un voyage à Lourdes, M. G. Bitterlin (de Joinville-le-Pont), parti pour observer au point de vue strictement médical, raconte ce qu'il a vu et consigne les *faits constatés*.

Il oppose à certaines théories scientifiques, soutenues dernièrement, les exemples de guérisons qui dépassent les explications scientifiques. Bien du mystère enveloppe le bagage restreint de nos connaissances. Devant une constatation, la raison n'a point à s'insurger. Il convient simplement qu'elle se renseigne et si elle ne peut comprendre, réserve son jugement. Pour le moment l'explication fait défaut. C'est ainsi que s'est exprimé M. Babinski.

Variations des Artères du Pelvis et du Membre inférieur, par M. le Dr Louis Dubreuil-Chambardel, *Président de la Société d'Anthropologie de Paris*. Préface du Pr Nicolas. — Un vol. de 272 pages avec 62 figures. (Masson et Cie, Editeurs). Prix : 35 francs.

Le Dr Le Double a produit des ouvrages détaillés et universellement connus sur les variations des muscles, des os du crâne, de la face et du rachis.

Le Dr Dubreuil-Chambardel complète son œuvre en écrivant ce livre. Bien préparé à ce travail par ses recherches antérieures, il a rassemblé et classé les documents, très abondants et épars relatifs aux variations du système artériel, en y ajoutant ses observations personnelles.

Errata

Dans le dernier numéro (2 janvier 1926), une erreur s'est glissée dans l'article du Dr E. Feldstein, page 9, 2e colonne, avant dernier alinéa.

Au lieu de Trésol c'est Néo-Trépol qu'il faut lire comme étant le médicament employé pour supprimer les douleurs.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fressinges, B. C. Paris. N° 49.703.

Paris. — Imprimerie A. Tournon, 257, rue Saint-Honoré. 1926

THERAPEUTIQUE INFANTILE

Le choléra infantile et son traitement (1).

Par M. le Dr Robert Debré,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux.

Le choléra infantile constitue une entité morbide nettement définie par son allure clinique, mais dont la pathogénie demeure encore bien obscure.

C'est en 1826 qu'un Américain, Parrish, décrivit pour la première fois ce syndrome sous le nom de « summer's disease ». Trousseau plus tard le sépara nettement du choléra asiatique. Il fut étudié ensuite par de très nombreux auteurs qui lui donnèrent des dénominations diverses : catarrhe gastro-intestinal cholériforme, cholérine, gastro-entérite cholériforme, diarrhée toxique. Ce dernier terme est employé volontiers par les auteurs étrangers, Czerny entre autres et Finkelstein désignent l'affection sous le nom de toxicose alimentaire. Ces dénominations sont intéressantes car elles nous montrent que dans l'esprit de ces cliniciens c'est le syndrome toxique qui constitue l'élément essentiel et non les phénomènes digestifs.

Le choléra infantile peut apparaître d'une façon brusque et primitive chez un enfant jusque-là parfaitement bien portant. Dans d'autres cas — au moins aussi fréquents — l'enfant était déjà souffrant et présentait des troubles digestifs depuis huit jours, quinze jours et davantage.

En tout cas, primitive ou secondaire, la maladie est caractérisée par des symptômes digestifs.

Les vomissements constituent l'un des signes les plus fréquents. Les petits malades rejettent la nourriture qu'on leur offre, et souvent tous les aliments, quels qu'ils soient. Puis aux vomissements alimentaires succèdent des vomissements muqueux, bilieux ou même noirâtres, hémorragiques.

La diarrhée est de règle : l'enfant a 7, 8, 10, 20 selles et plus dans les vingt-quatre heures. Quelquefois cependant elles sont moins fréquentes et il existe des choléras infantiles avec seulement 2 ou 3 de ces selles liquides, glaireuses, grumeleuses et qui laissent sur le linge des taches verdâtres dues à la présence de bile. Recueillies dans un vase, elles se disposent en deux couches : à la partie inférieure se trouvent des grumeaux verdâtres au-dessus desquels surnage une couche liquide limpide.

Cet ensemble de troubles digestifs constituerait un tableau somme toute assez banal si ne venaient s'y ajouter des signes généraux d'une exceptionnelle gravité.

D'emblée, ces symptômes sont apparents. L'enfant présente un facies particulier : ses yeux ont cernés, son nez pincé, la fontanelle déprimée en cuvette. La langue et la peau se sèchent ; en même temps les urines deviennent rares.

Tous ces symptômes traduisent une perte de l'organisme en eau, une déshydratation qui constitue un des éléments capitaux du choléra infantile.

En même temps, surviennent des phénomènes d'ordre toxique. Ce sont avant tout la somnolence et les troubles respiratoires. L'enfant, dans quelques cas il est vrai, est agité, criard et perd tout sommeil ; mais ces formes ataxiques sont les plus rares.

Le plus souvent, il dort ou somnole toute la journée, le regard fixe et perdu dans le lointain. Quand on le réveille, il pousse un faible grognement, puis retombe dans sa torpeur.

Les troubles respiratoires sont constants et considérés par Finkelstein comme si caractéristiques qu'il repousse en leur absence, le diagnostic de choléra infantile. La respiration est profonde, suspirieuse, rappelant la respiration de Kussmaul du coma diabétique. Quelquefois, elle est irrégulière avec des pauses et des reprises et simule alors plus ou moins le rythme de Cheyne-Stokes.

De plus, on constate une perte considérable de poids qui atteint 50, 60, 80 grammes dans la journée.

La pression artérielle, d'abord normale, finit par s'abaisser notablement. Quant à la température, peu modifiée dans certains cas où elle ne dépasse pas 37°,5 ou 38°, elle atteint dans d'autres 39° ou 40°. On observe parfois un symptôme curieux, une sorte d'épaississement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané au niveau de la région fessière et des lombes, qui rappelle de très près le sclérème. Pour certains auteurs, il ne s'agirait pas en réalité d'un sclérème véritable mais d'un œdème dur : ce point n'est pas établi. La discussion porte aussi sur la fréquence et sur la valeur de ce signe : alors que la constatation est pour Finkelstein de première importance, son existence même est niée par M. Marfan.

L'aspect du malade, en tout cas, est caracté-

(1) Leçon faite à l'hôpital des Enfants-Malades et recueillie par M. M. Lamy, interne des hôpitaux.

ristique : il est somnolent, le regard fixe. La déshydratation est extrêmement nette et la peau garde les plis qu'on lui imprime ; le pouls est très faible, très rapide ou même incomptable. A cette phase, l'enfant peut encore guérir ; sinon, il arrive à la période terminale, celle du collapsus : la température centrale s'élève encore et atteint 40, 41° en même temps que la périphérie se refroidit, que les lèvres se cyanosent, que la peau prend une teinte pâle et livide. La torpeur peu à peu se transforme en coma. A la fin les troubles digestifs disparaissent ou du moins s'atténuent énormément. Les réflexes cornéen et plotomoteur disparaissent et la mort survient en quelques heures.

Etudions maintenant plus en détail certains symptômes. Les troubles nerveux, je vous le disais tout à l'heure, sont d'importance capitale. La somnolence est quelquefois si marquée qu'elle se distingue à peine du coma et le diagnostic peut être difficile avec celui de certaines méningites.

La catatonie apparaît quelquefois et rappelle celle du coma diabétique : on peut en rapprocher la fixité du globe oculaire. Mais on ne constate jamais de raideur, ce qui évite toute confusion avec les méningites.

Les convulsions sont assez rares et à coup sûr très loin d'être la règle.

Les urines sont rares et l'enfant, de toute évidence, ne se déshydrate pas par la voie rénale. Rarement albumineuses, elles contiennent quelquefois des cellules, parfois des hématies. La présence de sucre — signalée pour la première fois par A. Robin — demeure discutée : un certain nombre d'auteurs affirment que la glycosurie est de règle ou du moins que l'on peut constater le passage dans l'urine de certains sucres : lactose, — glucose ou même saccharose. La présence d'acétone est discutée également ; on trouve souvent dans l'urine des corps cétoniques mais en quantité faible.

La concentration du sang est augmentée : par conséquent, la leucocytose que l'on peut constater n'a aucune valeur. On a signalé aussi la baisse de l'alcalinité du sang et il semble qu'en fait la réserve alcaline soit diminuée. Quant à l'azotémie — sur l'existence de laquelle MM. Nobécourt et Maillet ont les premiers insisté — elle n'est pas absolument constante et son apparition est en général assez tardive.

La maladie a une durée variable : de deux à six jours en moyenne mais quelquefois — dans les formes foudroyantes — de quarante-huit heures seulement. Dans ces cas, apparaissent brusquement des vomissements et de la diarrhée ; on observe une chute de poids qui peut atteindre 200 grammes en vingt-quatre heures et l'enfant tombe rapidement dans le collapsus algide. Dans quelques cas, l'évolution est alternante, coupée de phases, d'améliorations et de rechutes, mais là mort finit en général par survenir. Cette terminaison fatale est d'ailleurs extrêmement fréquente puisque, d'après les statistiques hospitalières, elle survient dans 68 à 70 % des cas de choléra infantile.

Si la maladie dure plus de quelques jours, il est fréquent de la voir se compliquer. Une broncho-pneumonie apparaît souvent. A vrai dire il est fréquemment très difficile de savoir, quand un enfant présente à la fois des accidents pulmonaires et intestinaux, quelle est la localisation primitive ; cependant, à coup sûr, dans un certain nombre de cas la broncho-pneumonie est secondaire.

Parfois, ce sont des infections cutanées que l'on observe, de ces pyodermites auxquelles le nourrisson est si exposé.

Enfin quelquefois il s'agit de complications oculaires : qu'on les considère comme liées à la déshydratation, qu'on les interprète comme des accidents infectieux ou des manifestations toxiques, en tout cas on peut voir des conjonctivites congestives ou suppurées, des kératites et même des ulcérations de la cornée avec fonte purulente de l'œil.

En résumé, votre effort prophylactique devra s'exercer du côté du thorax, des téguments et de l'appareil oculaire.

Les formes cliniques que l'on a décrites sont extrêmement nombreuses : en ce qui concerne l'évolution de la maladie, je me borne à vous rappeler qu'il existe des cas foudroyants dans lesquels la mort survient en deux jours et, à l'inverse, des formes traînantes.

On a décrit des formes avec stupeur ou convulsions, des formes avec sclérème, des cas dans lesquels les troubles digestifs sont au second plan, l'enfant donnant avant tout l'impression d'un intoxiqué ; à l'opposé, on a signalé des faits avec prédominance des troubles digestifs et en particulier des vomissements, ceux-ci pouvant revêtir un aspect « marc de café » lié à des hémorragiques gastriques.

Les autopsies ne nous apprennent à peu près rien sur l'anatomie pathologique du choléra infantile. L'examen macroscopique de l'estomac est négatif, le plus souvent ; parfois, l'on peut constater la présence sur la muqueuse de taches hémorragiques. Le microscope ne révèle que des lésions banales.

Si l'on explore l'intestin, on remarque que toutes ses formations lymphoïdes sont nettement

apparentes. Les lésions histologiques sont des lésions inflammatoires qui ne sont, à vrai dire, pas beaucoup plus marquées que celles d'une diarrhée banale.

Le foie, à l'œil nu, semble normal mais histologiquement on observe toujours une dégénérescence aiguë très avancée des cellules hépatiques.

Si l'étiologie réelle de l'affection demeure obscure, un certain nombre de faits ont été remarqués depuis longtemps et sont hors de conteste.

Tout d'abord, cette maladie n'est pas observée chez les enfants au sein mais seulement chez ceux qui sont soumis à l'allaitement artificiel : parmi ces derniers ceux qui sont nourris avec du lait de vache bouilli ou plus ou moins stérilisé sont plus souvent touchés que ceux qui sont alimentés avec des laits industriels.

Autre point : le choléra infantile est avant tout une maladie estivale, bien qu'elle puisse survenir aussi en dehors de la période des chaleurs. Les temps orageux et humides semblent favoriser particulièrement son éclosion, sans qu'il s'agisse d'une loi absolue.

On a remarqué par ailleurs que la classe pauvre des villes paie surtout un lourd tribut à la maladie. Enfin on a pu noter quelquefois l'existence de petites épidémies.

Les premiers auteurs faisaient de la gastro-entérite choléri forme une maladie d'origine externe; après l'avènement de l'ère microbienne, on admit communément la théorie infectieuse et l'on incrimina les germes du lait de vache et leur pullulation par temps chaud et orageux.

On avait donc cru pouvoir faire disparaître le choléra infantile par la stérilisation du lait : or il n'en fut rien et nous en observons encore énormément à l'heure actuelle. On en fut donc réduit à accuser l'imperfection de la stérilisation des laits, telle qu'elle est pratiquée à domicile ; mais le choléra infantile peut paraître, plus rarement il est vrai, chez des enfants nourris avec des laits stérilisés industriellement. Certains pensèrent alors que les germes étaient transmis par les tétines, par les mains de la personne qui donne le biberon, ou bien étaient véhiculés par la poussière ou transportés par les mouches.

En résumé, si l'on se rallie à cette hypothèse de l'infection, deux explications sont possibles : ou bien le virus résiste à l'ébullition, ou bien il n'est pas apporté au nourrisson par le lait, mais bien en dehors de lui.

En faveur de cette théorie infectieuse, il existe un certain nombre d'arguments de valeur : le fait que c'est le lait de vache surtout qui donne le choléra infantile, l'influence saisonnière et enfin l'existence de petites épidémies. Cette explication est donc à retenir.

On a considéré plusieurs germes comme les agents du choléra infantile et l'on a incriminé successivement des bacilles du groupe des bacilles typhiques et du *bacterium coli*, tels le bacille de Gaertner, d'autres germes très différents tels le *bacillus lactis* aérogène ou le *bacillus subtilis* voire même des anaérobies comme le *bacillus perfringens*.

En réalité, la flore microbienne de ces malades n'est pas différente de celle que nous trouvons dans un intestin normal ou que nous pouvons observer au cours d'une diarrhée simple et la virulence des germes est la même. Quant aux hémocultures, vous connaissez le peu de valeur de leurs résultats : les germes trouvés sont des microbes de pénétration secondaire et terminale

Certains, à la suite de Moreau, ont soutenu qu'il s'agissait d'une infection endogène, d'une augmentation de virulence des germes normaux et d'un envahissement de l'intestin grêle par les hôtes habituels du gros intestin : mais cette théorie est en contradiction avec toutes nos idées actuelles en microbiologie et n'est pas à retenir.

Un certain nombre d'auteurs, considérant que l'hypothèse de l'infection est impuissante à donner des faits une explication satisfaisante, se rallient à une théorie toxique.

L'une d'elles cependant est à éliminer d'emblée : c'est celle qui incrimine les toxines contenues dans un lait fourni par des vaches nourries de drêches ou de tourteaux.

On ne peut soutenir non plus que les toxines sont fournies par les microbes existant dans le lait.

Pour Finkelstein, la plupart des troubles digestifs du nourrisson et, en tout cas, le choléra infantile, sont dus à l'action toxique de certaines substances incomplètement digérées et transformées. A l'appui de leur thèse, les auteurs, partisans de la théorie toxique, utilisent l'argument suivant : l'excès de certaines substances alimentaires donne, disent-ils, des troubles sérieux qui peuvent simuler des accidents infectieux, en particulier la fièvre. Ils distinguent trois grands types de fièvre alimentaire : la fièvre du petit lait, celle du sucre et celle du sel. Pour Finkelstein, le premier phénomène en date est l'absorption exagérée de sucre ; celui-ci lèse les cellules intestinales et hépatiques ; à la faveur de ces lésions, le petit lait pourrait alors donner des accidents toxiques.

Cette théorie toxique n'est pas à rejeter d'emblée car il semble vraiment que dans un certain nombre de cas l'enfant n'a pas été infecté. En tout

cas, le problème pathogénique est complètement ouvert.

En ce qui concerne la physiologie pathologique du choléra infantile, il faut mettre en évidence un fait essentiel : l'intensité des phénomènes de déshydratation. Celle-ci d'ailleurs demeure assez mystérieuse, la perte aqueuse qu'entraînent les vomissements et la diarrhée n'étant pas suffisante pour l'expliquer, il est probable que l'enfant se déshydrate surtout par la voie pulmonaire (MARFAN et DORLENCOURT).

Deux autres points sont également de première importance : l'intensité des phénomènes toxiques : somnolence, convulsions, troubles respiratoires, et la gravité des troubles digestifs.

De tout ceci découleront, comme nous le verrons plus loin, trois indications thérapeutiques fondamentales.

Le diagnostic du choléra infantile ne présente pas de très grandes difficultés et un examen consciencieux vous permettra d'éviter facilement une erreur grossière avec une invagination intestinale, un étranglement herniaire ou une péritonite aiguë. Un seul diagnostic me paraît devoir être plus longuement discuté c'est celui d'athrepsie : non pas la forme habituelle de cette maladie caractérisée par des semaines et des mois de troubles digestifs incurables mais sa forme à évolution rapide : ici, à dire vrai, les troubles digestifs sont moins intenses, on n'observe pas de fièvre mais souvent au contraire de l'hypothermie, le pouls est ralenti, la respiration est superficielle et non profonde comme dans le choléra infantile, le regard demeure clair et lumineux, enfin il n'y a pas de déshydratation véritable mais un amaigrissement considérable avec un aspect particulier, simiesque, du visage. Il est vrai que les deux syndromes peuvent être intriqués ; le diagnostic devient alors extrêmement délicat.

De nombreux auteurs ont étudié le traitement du choléra infantile ; après vous avoir exposé la thérapeutique classique, je vous signalerai les modifications qui récemment y ont été apportées.

Je vous disais tout à l'heure que le traitement devait répondre à trois indications : lutter contre les troubles digestifs, réhydrater l'organisme, combattre les phénomènes toxiques.

La diète hydrique répond à la première indication : c'est LUTON, de Reims, qui le premier l'a proposée et depuis tous les pédiâtres s'y sont ralliés. Elle consiste, comme vous le savez et comme son nom l'indique à ne donner à l'enfant que de l'eau : pure ou sucrée. Il faut l'administrer par petites quantités et d'une façon incessante : on donne une cuillerée à café de liquide toutes les cinq minutes ou même quelques gouttes toutes les minutes. On peut aussi se servir avec avantage d'une sonde que l'on fait passer par la bouche ou mieux par le nez et descendre jusqu'à la partie supérieure de l'œsophage.

Cette diète hydrique ne peut être maintenue que peu de temps. Au bout de vingt-quatre, de quarante-huit heures au plus, il faut réalimenter l'enfant. Le mieux est d'utiliser d'abord le babeurre : vous donnerez par exemple des biberons composés de 20 grammes de babeurre, 60 grammes d'eau et 5 grammes d'eau de chaux, puis de 40 gr. de babeurre, 40 grammes d'eau et 10 grammes d'eau de chaux. Vous ajouterez ensuite un puis plusieurs biberons préparés au lait sec.

Tout cela cependant est insuffisant pour réhydrater l'organisme. D'autre part, on ne peut employer, pour y réussir, la voie veineuse à cause de difficultés techniques insurmontables en pratique chez le nourrisson, ni la voie rectale, à cause de la diarrhée. Force est donc de recourir aux infections sous-cutanées d'une solution isotonique ou hypotonique de sel ou de glucose. Malheureusement, on ne peut faire absorber ainsi qu'une toute petite quantité d'eau. De plus, le chlorure de sodium provoque quelquefois des œdèmes et le glucose souvent des abcès.

Pour lutter contre la dépression, on utilise volontiers l'huile camphrée au vingtième et aussi le chlorhydrate d'adrénaline que l'on administre « per os » ou par voie sous-cutanée à la dose de V à XV gouttes de la solution au millième dans les vingt-quatre heures.

Enfin, il y a avantage à donner des bains tièdes s'il existe de l'hyperthermie.

A cette thérapeutique classique, plusieurs pédiâtres, notamment en Amérique, ont apporté un certain nombre de modifications.

Tout d'abord, ils se montrent beaucoup plus sévères sur la diète et la prolongent plus longtemps. Il faut, disent-ils, que les troubles digestifs soient formellement améliorés depuis deux jours pour que l'on puisse donner autre chose que de l'eau sucrée, par exemple de l'eau glucosée à 10 %. On en donne à l'enfant autant qu'il en peut prendre. Mais cette réhydratation par voie buccale s'avérant insuffisante, les auteurs américains recourent aussi à la voie péritonéale : ces infections intra-péritonéales sont d'une exécution facile et en pratique très bien tolérées. Leur principal avantage est de permettre l'administration de quantités importantes de liquide : entre 100 et 250 ou 300 grammes suivant la capacité de l'enfant. On les renouvelle tous les jours ou même

deux fois par jour ; la solution de RINGER est celle qui est couramment utilisée.

A cette thérapeutique il faus ajouter la transfusion sanguine qui, aux yeux des pédiâtres américains, constitue une véritable thérapeutique d'urgence : ils injectent dans le sinus longitudinal 20 à 30 cc. de sang maternel par kilogramme d'enfant. J'ai, avec la collaboration de MM, Sémelaigne et Cournand, un peu modifié cette technique : je n'injecte que 20 cc. mais je renouvelle l'opération tous les jours ou tous les deux jours.

L'emploi de ces procédés améliore certainement le pronostic du choléra infantile, et quoique dans tous les cas les résultats ne soient pas absolument décisifs, je vous en conseille formellement l'emploi et vous aurez grand avantage à vous familiariser avec la technique de l'injection intrapéritonéale et de la transfusion sanguine chez les nourrissons,

PRATIQUE MÉDICALE

Mastication et sécrétion gastrique.

Par L. PRON.

MEUNIER a publié tout récemment (1) une note thérapeutique, intitulée : « *De l'utilité de ne pas mastiquer* », et qui s'applique aux hypersécréteurs gastriques. Comme il le dit, ce conseil paraîtra paradoxal aux malades et aux médecins, puisque partout on insiste sur l'utilité de mastiquer presque sans limite les aliments solides et même les potages clairs, et que le fletcherisme est en honneur. Et pourtant, il est légitime pour une nombreuse classe de malades, à en juger d'après les recherches très complètes (2), qui ont été faites, il y a quelques années, avec des aliments divers chez des sujets divers et dans des conditions d'expérimentation diverses. Ces recherches ont une importance majeure, au point de vue clinique, c'est-à-dire au point de vue de la pratique quotidienne.

I. — MASTICATION A VIDE.

Cet essai porta sur cinq sujets normaux, reconnus tels après repas d'épreuve — et sur quatre dyspeptiques, qui après un lavage d'estomac fait à jeun, pour extraire le suc gastrique qui pouvait s'y trouver à ce moment — mastiquaient à vide pendant cinq à dix minutes, tantôt en avalant, tantôt en rejetant la salive produite, et en s'efforçant de ne penser à rien, de façon à éviter la sécrétion psychique.

Régulièrement, il y eut déclenchement de la sécrétion. Etait-ce par réflexe bucco-gastrique, par l'intermédiaire du bulbe et du pneumogastrique ; était-ce par l'action excito-sécrétoire que normalement la salive exerce sur la muqueuse de l'estomac ? La réponse ne saurait être absolument décisive, car il est difficile d'éviter *complètement* toute déglutition de salive. Pourtant, il semble que cette dernière explication soit la bonne, car, dans les cas où la salive était déglutie, la sécrétion était plus forte (1) que dans ceux où elle était rejetée : en moyenne 10 pour H et 14 pour A, au lieu de 4 et 8 (2).

Chez les hyperchlorhydriques, l'action était plus marquée.

La durée de la mastication est un facteur plus important que le nombre de coups de mâchoire.

II. — NOURRITURE SOLIDE DONNÉE EN PURÉE, PUIS MASTIQUÉE.

Pommes de terre et thé. — Les sujets en expérience (10 sains et 12 malades) recevaient 100 gr. de pommes de terre en purée fine, à avaler sans la moindre mastication, puis, quelques jours après, la même quantité, simplement cuite à l'eau et mastiquée pendant cinq à dix minutes, peu importe la durée *exacte* de la mastication. Dans les deux cas, on ajoutait 200 grammes de thé noir. Le tubage était pratiqué au bout de trois quarts d'heure.

Chez huit des dix sujets normaux, il y eut, par la mastication, augmentation de H et de A ; la plus grande différence fut de 20 et 10 ; la plus faible, 2 et 3 ; la moyenne, 10 et 9. Chez un, il y eut diminution sensible : 15 et 12. Chez le dernier, les chiffres furent pratiquement les mêmes : 30 au lieu de 32 pour H, 56 au lieu de 53 pour A. La quantité de pepsine, qui n'était en rien parallèle de celle de l'acidité, fut augmentée chez deux sujets seulement, mais dans une grande proportion : 72 et 32 ; elle se trouva diminuée de 64 chez le sujet à acidité abaissée et inchangée chez les sept autres.

L'addition de 20 grammes de *graisse* amena une

(1) *Presse Médicale* (3 octobre 1925).
(2) L. VON FRIEDRICH. — *Ueber den Einfluss des Kauaktes auf die Sekretion des Magens bei Gesunden und Krouken* (Archiv fur Verdauungs Krankheiten, septembre 1921, p. 153).

(1) Les expériences de LONQUISTS et celles de FRICKERS sur le chien parlent dans le même sens
(2) Cette notation est celle des pays centéaux. Le chiffre 20 équivaut à 0 gr. 70 environ de la nôtre.

diminution globale de l'acidité : 26 et 52 comme maxima, au lieu de 50 et 70, sans différence entre le repas mastiqué et celui dégluti en purée.

Dans la série des malades, il y eut, chez trois ulcéreux (deux duodénaux et un gastrique) et chez un gastrosuccorrhéique, une augmentation par la mastication, de même que dans un cas de gastrite aiguë et un autre de gastrite anacide avec tuberculose péritonéale ; cette augmentation fut de 36 et 46 comme maximum. *Sur cinq cas d'ictère, il y eut diminution trois fois* ; augmentation minime pour H et A une fois ; diminution de 14 pour H et augmentation de 7 pour A dans le dernier.

Carottes. — Augmentation nette chez trois sujets d'une série de cinq bien portants, avec accroissement de la pepsine chez un seul ; chez deux, il y eut diminution insignifiante : 2 en moyenne.

Sur cinq malades, il y eut augmentation chez quatre, dont une fois de 41 et 36 ; il y eut diminution de 5 et 10 *chez un ictérique lithiasique.*

Œuf et thé. — L'essai porta sur huit sujets, qui absorbèrent d'abord un œuf mollet et 200 grammes de thé, puis, une autre fois, un œuf dur, qu'ils devaient mastiquer solidement (avec thé également).

D'une façon générale, la sécrétion fut peu augmentée ; l'œuf excite donc peu la sécrétion chlorhydrique ou plutôt il exerce une *action fixatrice sur acide présent* (1).

Après mastication, la quantité d'H et d'A s'écarte moins de celle de simple déglutition que dans les expériences précédentes.

Repas d'Ewald. — Même résultat, c'est-à-dire action peu marquée de la mastication ; hausse de la pepsine dans un seul cas sur cinq sujets sains, dans deux sur cinq malades.

Chez ceux-ci, à noter que, dans un cas d'ictère catarrhal, il y eut, comme auparavant, diminution de la sécrétion par la mastication (de 10 et 20), alors que, dans un cas de cholélithiase sans ictère, il y eut augmentation (de 5 et 10) ; *c'est donc l'élément ictère qui est le facteur actif et non l'élément lithiase.*

Viande et thé. — 50 grammes de viande maigre donnée une fois à l'état normal, puis pulpée, avec 200 grammes de thé.

Cinq sujets : un ictérique syphilitique, chez lequel la mastication amena une diminution de 12 et 30, avec quantité de pepsine inchangée — un lithiasique biliaire hyperchlorhydrique, chez lequel il y eut augmentation de 5 et 18 — un anacide (1) et un gastritique aigu, chez lesquels l'augmentation fut de 10 et 28 — un neurasthénique, chez lequel il y eut peu de modification (plus 3 et moins 6, avec pepsine égale).

III. — Mastication et rejet d'aliments, sans déglutition de salive.

Lavage de l'estomac, le matin ; mastication pendant cinq à dix minutes, extraction au bout d'un temps variable.

Substance insipide. — *Gomme dure.* — Essai sur neuf sujets sains, au point de vue gastrique et sur sept malades du tube digestif.

Dans la série saine, la quantité de suc gastrique fut faible (en moyenne 12 cc. avec 13 pour H et 20 pour A) par rapport à celle du repas d'épreuve (35 cc. avec 18 et 27). Chez un sujet de 18 ans, épileptique, l'extraction, faite au bout de cinq minutes, ne ramena que 2 cc. de suc gastrique ayant 15 pour H et 20 pour A, alors qu'au bout d'une demi-heure, elle donna 12 cc. avec 20 et 25.

Dans la série des malades, la quantité de suc gastrique fut, en moyenne, doublée (26 cc. au lieu de 12), mais elle présenta de grands écarts, les cas étant envisagés séparément. Dans un cas d'ulcère duodénal, elle fut de 40 cc. avec 14 pour H et 26 pour A ; dans un cas d'ulcère gastrique, de 60 cc. avec 32 et 52.

Substance sapide chimiquement neutre. — *Zeste de citron.* — Le maximum de sécrétion fut atteint au bout de trois quarts d'heure chez un des sujets bien portants : 10 cc. avec 20 et 25 pour H et A et 64 pour la pepsine. Chez un ulcéreux gastrique avec hypersécrétion (70 cc. après repas d'épreuve, avec 49 et 63), la sonde ne ramena, immédiatement après la mastication, que 5 cc. d'un liquide jaunâtre, donnant 20 pour H, 70 pour A et 256 pour la pepsine ; au bout d'une demi-heure : 26, 53 et 125 ; au bout d'une heure un quart : 36, 52 et 520.

Aliments proprement dits. — *Pain noir.* — Sur une série de six sujets, sans troubles digestifs, il y eut manque complet de sécrétion chez l'un d'eux, avec extraction faite immédiatement après la mastication. A noter que ce malade avait, à ce moment, très faim, ce qui contredit

(1) Il y a longtemps que j'ai insisté sur ce fait et prescrit, dans le catarrhe acide, un blanc d'œuf, délayé dans un demi-verre d'eau, le matin à jeun (*Thérapeutique clinique des maladies de l'estomac*) (Maloine, 1914, p. 111). Un médecin russe vient de préconiser le régime ovalbumineux exclusif dans l'ulcère (*Presse Médicale*, octobre 1925).

(1) C'est-à-dire anachlorhydrique, selon la nomenclature des pays centraux.

la théorie du suc d'appétit de Pawlow. Chez un autre, l'extraction, faite de suite, ramena 10 cc. de suc gastrique, ne contenant pas d'acide libre et seulement 3 pour A et 4 pour la pepsine, c'est-à-dire qu'il n'y eut à peu près pas de sécrétion ; au bout d'une demi-heure, la sonde ramena 15 cc. de liquide également achlorhydrique, avec 4 pour A et 64 pour la pepsine. Ces deux sujets présentaient des troubles nerveux : neuro-hystérie chez l'un, paralysie (1) chez l'autre.

Chez les quatre autres, la quantité de suc gastrique fut variable.

Chez les malades, l'essai porta sur 11 sujets. Chez deux subacides, la sécrétion fut minime, au point de vue quantité et qualité, avec l'extraction pratiquée de suite après la mastication : 5 et 10 cc. donnant 5 pour H et 10 pour A dans un cas, achlorhydrie, avec 16 pour A et 125 pour la pepsine dans l'autre cas. Au bout de trois quarts d'heure, la quantité extraite ne fut que de 10 cc. avec 32, 52 et 125 chez l'un ; 10, 32 et 64 chez le second.

Dans un cas d'ictère catarrhal, où le repas d'épreuve avait fourni 45 cc. de suc gastrique donnant 18 et 28, il n'y eut aucune sécrétion, le tubage étant fait aussitôt après mastication. Chez un cholélithiasique *non ictérique*, il ramena 20 cc. donnant 10 et 25.

Sur quatre hyperacides, dont un hypersécréteur continu, le tubage immédiat ramena, chez trois, 20 à 30 cc. de suc moins acide qu'après repas d'épreuve, mais nettement actif : 10, 25 et 64 — 32, 54 et 125 — 20, 65 et 125, avec accroissement au bout de trois quarts d'heure et d'une heure un quart chez deux et grande diminution, au bout d'une heure, chez le troisième. Chez le quatrième, atteint d'ulcère, qui avait, après repas d'épreuve, 30 cc. avec 20 et 34, la sonde ne ramena que 3 cc. de liquide achlorhydrique, avec 4 pour A et 64 pour la pepsine.

Dans un cas de gastrite chronique, le tubage pratiqué au bout de dix minutes, ne ramena rien. Il en fut de même dans un cas de gastrite aiguë avec tumeur rénale. Dans un autre cas de gastrite aiguë, la sonde ne ramena que quelques centimètres cubes au bout de trois quarts d'heure.

Pommes de terre. — Sur une série de quatre sujets, sains au point de vue gastrique, il y eut légère sécrétion, soit au bout d'une demi-heure à trois quarts d'heure, soit immédiatement après la mastication.

Sur une série de cinq malades, il y eut, au bout de trois quarts d'heure, sécrétion de 20 cc. de suc, donnant 25 pour H, 40 pour A et 128 pour la pepsine, chez un ulcéreux duodénal — de 10 cc. chez un gastritique anacide avec 40 pour H et 60 pour A — seulement 5 cc. chez un autre anacide avec 2 et 14. Chez un ictérique, la sécrétion fut minime. Chez le cinquième, atteint de gastrite chronique, le tubage, fait de suite après mastication, ne ramena rien.

Sucre. — Après mastication de trois morceaux de sucre, on obtint, chez les bien portants, soit immédiatement après, soit au bout de trois quarts d'heure, une faible quantité de suc gastrique (en moyenne 7 cc.) faiblement acide (en moyenne 16 pour H et 20 pour A) mais riche en pepsine (en moyenne 140) (1).

L'*action excito-sécrétoire du sucre* est manifeste surtout chez les hypersécréteurs. Chez deux ulcéreux, de l'estomac desquels la sonde ramenait, après repas d'épreuve 50 cc. de suc, donnant 56 et 43 pour H et 68 et 49 pour A, le tubage, trois quarts d'heure après mastication, ramena 100 cc. chez l'un, 30 cc. chez l'autre, avec réciproquement 71 et 86, — 60 et 70 — et 125 pour la pepsine. Dans un cas d'achylie, où le repas d'épreuve donnait 30 cc. avec 0 et 6, le tubage, au bout d'une demi-heure, donna 8 cc. avec 0 et 8; dans un autre cas, au lieu de 40 cc. avec 0 et 4, on eut 8 cc. avec 0 et 15.

Œuf dur. — Cinq à dix minutes de mastication soigneuse.

Chez les bien portants du tube digestif, on n'observa qu'une faible sécrétion quantitative et qualitative, mais une haute teneur en pepsine (210 en moyenne, 512 dans un cas, chez une hystérique).

Chez les malades de l'estomac, même remarque. Pourtant, chez deux ulcéreux sur sept, il y eut un chiffre assez élevé pour H et A : 44 et 50, 54 et 70, de même que dans deux cas d'hyperacidité chronique : 42 et 56, 52 et 68.

L'œuf dur ne semble donc pas avoir l'action acido-fixatrice du blanc d'œuf liquide.

Viande. — Sur une série de huit sujets normaux au point de vue digestif, il y eut une sécrétion assez faible quantativement (en moyenne 14 cc.)

(1) Sans autre explication.

(1) Certains auteurs regardent le sucre comme un inhibiteur régulier de la sécrétion gastrique et le conseillent dans l'hyperchlorhydrie et l'ulcère.

Il y a quelques années (*Sucre et estomac*, *Journal des Praticiens*, 11 janvier 1919) j'en ai, au contraire, montré les inconvénients marqués et à peu près constants, chez les hypersécréteurs, quand il est pris pur ou sous forme *concentrée* (confitures, miel, dattes, etc.). Par contre, le sucre *dilué*, est toujours un topique calmant pour l'estomac, par exemple sous forme d'eau ou d'infusion, contenant trois morceaux, soit 15 grammes pour un verre,

et assez forte qualitativement (en moyenne 26 pour H, 40 pour A et 126 pour la pepsine), sauf chez une femme, qui avait gardé la viande dans la bouche pendant cinq minutes, sans la mastiquer et chez laquelle le tubage fut fait, cinq minutes après.

Parmi les malades, la sécrétion fut, chez deux ulcéreux, plus forte qu'après repas d'épreuve, au point de vue acidité, mais avec une quantité de suc beaucoup moindre : 40 et 30 pour H, 60 dans les deux cas pour A, au lieu de 35 et 25 ; 48 et 38 ; 40 et 20 cc., au lieu de 150 et 60. Chez deux cholélithiasiques, dont un avec ictère, elle fut plus faible d'un tiers environ ; chez un autre, elle fut, au contraire, plus forte (50 et 70, au lieu de 42 et 58) mais toujours avec une quantité inférieure à celle du repas d'épreuve. Chez deux subacides sur trois, la sécrétion dépassa celle du repas d'épreuve, et, dans un cas où, avec lui il n'y avait pas d'acide libre, la mastication donna le chiffre 4, quoique l'extraction fut faite de suite.

Lard. — Sécrétion diminuée chez les bien portants, par rapport au repas d'épreuve ; augmentée, en général, chez les hyperacides.

Pain beurré. — Sécrétion moindre qu'avec le pain seul ; diminution chez les bien portants ; augmentation chez les malades, aussi bien dans un cas d'achylie (7 et 12 au lieu de 0 et 6 après repas d'épreuve) que dans l'hypersécrétion ulcéreuse. Diminution dans un cas de cholélithiase avec hyperacidité (16 et 28, au lieu de 45 et 55, mais avec abondance de pepsine : 250.

Epices diverses (*moutarde, poivre, paprika*). — Contrairement à ce qu'il semblerait devoir se produire, la quantité de suc est minime chez les bien portants (entre 5 et 10 cc.) avec une faible acidité : en moyenne, 9 pour H et 23 pour A).

Chez les malades, l'action excito-sécrétoire se montre, d'une façon générale, moins marquée que celle du pain ; dans un cas d'hyperacidité simple, l'extraction au bout de trois quarts d'heure ramena 25 cc. de suc, donnant 15 pour H, 35 pour A et 64 pour la pepsine.

Résumé et conclusions. — Qu'il s'agisse de mastication à vide ou de la mastication comparée à la déglutition rapide d'aliments ou de la mastication d'aliments sans déglutition, la mastication apparaît, comme un facteur excito-sécrétoire à peu près constant. Elle exerce son action partie en conséquence d'un réflexe à point de départ buccal (réflexe bucco-gastrique par l'intermédiaire du bulbe et du pneumogastrique), partie en conséquence de l'action de la salive sur la muqueuse gastrique. Cette action manque, en général, dans l'ictère, en raison de la modification de la muqueuse buccale, qui est moins sensible au contact des aliments. Elle est surtout marquée dans tous les états gastriques s'accompagnant d'hyperchlorhydrie ou d'hypochlorhydrie.

Il est donc indiqué de conseiller, *dans l'hyperchlorhydrie, les aliments liquides, demi-liquides ou sous forme de purée, à avaler d'un trait* — et, au contraire, *dans l'hypochlorhydrie, les aliments solides* (viande, fruits, légumes à peine cuits), *en les mastiquant au maximum*.

La *viande* est l'aliment, dont l'action excito-sécrétoire est la plus marquée ou la plus régulière, *la viande rouge agissant plus que la viande blanche*.

Les *graisses* diminuent la sécrétion, mais elles ont l'inconvénient de ralentir l'évacuation, et ce contact plus prolongé avec la muqueuse risque d'être une cause d'*hypersécrétion* ; on les prescrira donc chez les hyperacides, pour cette raison.

Le *sucre* est un hyposécréteur chez les bien portants, un hypersécréteur chez les hyperacides, quand il est pris pur ou sous forme concentrée.

Le temps de latence, c'est-à-dire l'intervalle entre la mastication et l'apparition de la sécrétion, est, chez les sujets sains, de cinq à sept minutes.

FORMULES

Dysphagie dans la laryngite tuberculeuse.

Aspirations, avec le tube de Luc, de poudres analgésiques :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 08
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 04
Diiodoforme	8 gramme
Gomme arabique	5 —

ou

Orthoforme Diiodoforme Gomme arabique	8 grammes

Pulvérisation avant les repas :

Menthol	1 gr. 75
Teinture d'eucalyptus	10 grammes
Alcool à 90°	150 cc.
Eau distillée	300 cc.

(de Parrel).

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Les injections uréthrales.

Pour le *lavage de l'urètre antérieur*, faire uriner le malade, laver largement le gland et le méat, appliquer l'extrémité de la canule urétrale dans le méat et pratiquer le lavage à *ciel ouvert*, en fermant de temps de temps le méat (l'intervalle d'une seconde), de manière à permettre au liquide de distendre légèrement le canal et de pénétrer jusqu'au sphincter urétral, sans toute fois provoquer de la douleur (Le Fur, *L'urologie en clientèle*).

Le *lavage urétro-vésical* comprend plusieurs temps : 1° laver l'urètre antérieur (500 gr. de solution à ciel ouvert ; 2° boucher ensuite le méat mais doucement et prudemment de façon à laisser le liquide s'échapper si le malade se contracte et si le sphincter refuse de laisser passer le liquide.

S'il s'agit d'un *lavage au bock*, tenir le doigt sur le tube en caoutchouc pour fermer et supprimer la colonne de liquide dès que le sphincter résiste, en même temps qu'on écarte la canule du méat.

Avec le *lavage à la seringue*, suspendre la pression sur le piston dès qu'on perçoit à distance une résistance prononcée du sphincter, en même temps qu'on éloigne la seringue du méat. La seringue selon M. Le Fur est infiniment supérieure au bock ; elle est d'une plus grande sensibilité et avertit des moindres contractions de l'urètre ou de la vessie.

On fera uriner le malade dès qu'il en sent le besoin. A ce moment on aura introduit de 150 gr. à 300 grammes de liquide. On fait ainsi passer deux à trois fois de la solution dans la vessie, le malade urinant à chaque fois.

Comme titre de solution, d'abord des solutions faibles dans les *urétrites aiguës*. M. Le Fur recommande :

Soit permanganate de potasse, oxycyanure de mercure	de 1/8000 à 1/4000
Soit plutôt *argyrol* de 1/1000 à 4/1000.	

Les *urétrites chroniques* commandent des solutions plus fortes :

Protargol	1/4000 à 1/1000
Nitrate d'argent	1/8000 à 1/2000
Sublimé	1/20000 à 1/10000
Iode colloïdal	1/3 ou à 1/4
Iodargol. Solution iodoiodurée	1/3 ou à 1/4
Sous-acétate de plomb	5/1000

Comme fréquence des lavages : 2 à 3 lavages par jour dans le *traitement abortif*. Dans l'*urétrite aiguë*, 1 à 2 lavages par jour. Dans l'intervalle, injections urétrales à l'argyrol à 10 ou 20 % : 2 à 3 injections par jour. Dans l'*urétrite chronique*, ne pas prolonger les lavages souvent devenus inutiles. Y associer la dilatation du canal et le massage de la prostate.

SYPHILIGRAPHIE

L'Hydroxyde de bismuth en syphiligraphie.

Par M. le Dr L. Morel.

Le traitement de la syphilis par les composés bismuthiques a fait ses preuves. Son efficacité dans toutes les manifestations de la syphilis lui a conquis une place de premier plan que personne ne songe plus à discuter.

L'hydroxyde de bismuth est à mon avis le meilleur bismuthique parce que non toxique, admirablement toléré et d'une activité tréponémicide maximum. Or, plusieurs communications ont été faites sur des accidents dus à certains produits à base d'hydroxyde de bismuth, notamment M. Montlaur à la séance du 14 juin 1925 de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, MM. Lortat-Jacob et Roberti à la séance du 9 juillet de la même Société, M. Barthélemy dans les Annales des Maladies Vénériennes d'août donnent les observations d'accidents locaux ; enkystement et abcès survenus à la suite d'injections intra-musculaires d'hydroxyde de bismuth.

Que faut-il penser de ces accidents ? Doit-on conclure au danger de l'hydroxyde ? Evidemment non, la pratique a surabondamment prouvé son innocuité et son efficacité. Depuis 1921, des quantités considérables d'injections ont éte faites avec des hydroxydes, des travaux nombreux ont été publiés et on pourrait citer l'avis de maîtres en la matière tels que Gastou, Emery et Morin, Crussaire, Hudelo et Rabut, Gougerot, Levy-Bing, Bory, Droin, Clément Simon, etc. qui ont écrit à maintres reprises les succès qu'ils avaient obtenus sans le moindre ennui. Il y a tout un ensemble de données qui sont acquises, indiscutables, et qui consacrent la valeur del'hydroxyde.

J'ai pratiqué moi-même plus de 2.000 injections d'hydroxyde radifère (produit en suspension huileuse) et j'en suis à chercher mon premier accident. Des accidents sont quelquefois la conséquence d'une mauvaise technique. J'ai un exemple typique actuellement sous les yeux. Le malade me présente de véritables « fesses de bois » l'expression est juste, mais qui a pratiqué les injections ? tout simplement la femme du malade ; et avec quelle aiguille ? Une aiguille à injection sous-cutanée.

Donc à part les erreurs de technique qu'on ne saurait retenir pour les observations suscitées, à part les fortes doses hebdomadaires que l'on a voulu incriminer et que jusqu'ici on avait pourtant pratiquées sans inconvénients, il faut bien reconnaître qu'il est vraiment inadmissible qu'un produit qui, de l'avis de tous, s'est montré excellent pendant quatre ans se mette à donner brusquement des accidents, d'autant plus que les premières préparations, et notamment celle que l'emploie, continuent à se montrer absolument parfaites. Il faut chercher une autre raison et la seule qui vienne à l'esprit, qui soit vraisemblable, est que l'on a affaire à un produit défectueux.

Les accidents signalés ne sont donc pas imputables à l'hydroxyde, ni aux huiles employées comme excipient, mais à de mauvaises préparations faites avec de mauvais produits, il serait injuste d'en faire retomber la faute sur des produits qui, eux, sont parfaits et sur un composé qui constitue une des meilleurs armes de la thérapeutique antisyphilitique.

Je conclus en disant, sans craindre de me tromper qu'avec un bon hydroxyde et une bonne technique on n'a jamais d'accidents.

CLINIQUE MÉDICALE

La syncope dans les maladies de cœur.

La syncope dans les maladies de cœur est surtout à redouter dans l'angine de poitrine, chez les pouls lents et aussi chez les sujets qui ont fait à un moment donné, une distension des cavités cardiaques. Distension des cavités gauches avec tachycardie, douleurs angineuses, œdème aigu du poumon. Distension des cavités droites avec œdèmes, gros foie, urines albumineuses. Dyspnée dans les deux cas. La syncope se produit et mortelle parfois quelques mois après l'œdème aigu du poumon. Quand le cœur droit a été touché, la syncope apparaît tantôt lors de la résorption des œdèmes, tantôt après de longs mois et quand il semblait que le malade allant bien, tout danger eût disparu. Nous avons vu des jeunes filles mitrales mourir subitement au moment de la diurèse rétablie et alors qu'elles disaient : « Comme je me sens bien ». Des adultes au cœur gras et qui depuis de longs mois, avaient éliminé leurs œdèmes, mouraient soudain, au grand effroi de l'entourage qui les croyait guéris.

D'autres fois, un état émotif superposé provoque la syncope. Une cardiaque nous mande chez elle. Le pouls est irrégulier. Nous la faisons asseoir pour ausculter le poumon. La malade ne respire plus. Elle était morte.

Dans son excellent livre sur la *Sémiologie cardio-vasculaire*, M. Laubry consacre un chapitre à l'étude de la syncope. Il distingue les syncopes toxiques, les syncopes dans les arythmies, les myocardites, les endocardites et les lésions valvulaires, les angines de poitrine, les anémies, les syncopes nerveuses et réflexes. Nous suivrons sa description en l'illustrant à l'occasion avec les résultats de notre pratique personnelle.

a) **Syncopes toxiques.** — La *digitale* peut produire des syncopes. Nos lecteurs n'en observeront pas. Ils ont l'habitude de prescrire le remède à doses faibles qui évitent tout accident toxique ou d'accumulation. De plus, ils se montrent très réservés dans la prescription du remède au cours des bradycardies. Là encore, des accidents sont à craindre. Toutefois dans les vrais pouls lents avec dissociation ventriculaire, alors que des extrasystoles se montrent (systoles en écho de Huchard), de très faibles doses de digitaline (IV gouttes de la solution à 1/1000) ont souvent pour effet de supprimer les extrasystoles et de les transformer en contractions complètes.

M. Laubry a vu comme nous des cas de mort subite à la suite des injections de 1/2 milligramme d'*ouabaïne*. La dose était trop élevée telle qu'elle avait été recommandée au début. Il faut descendre à 1/4 de milligramme. La *convallamarine* en injection intra-veineuse a également valu une mort à M. Laubry.

La *quinidine*, aux doses actuelles, provoque les accidents similaires. La dose de 0 gr. 60 a été suivie de syncopes impressionnantes (Laubry). Quand on songe que le remède est prôné à des doses doubles, on ne peut s'empêcher de plaindre les pauvres malades.

Même l'*adrénaline* n'est pas totalement inoffensive. Une piqûre d'un demi-milligramme a été suivie de lipothymie (Laubry).

b) **Syncopes dans les arythmies.** — Les *extrasystoles* sont souvent accompagnées de sensations de vide, plus rarement de syncope. Si les extrasystoles sont d'origine nerveuse, rien à craindre. Si elles accusent, comme il peut advenir chez le vieillard, un myocarde dégénéré, c'est autre chose. Il faut veiller.

Faux *pouls lents* et vrais *pouls lents* s'accompagnent de syncopes. Le repos absolu au lit est exigé dans ces formes. Surtout dans les maladies de Stokes Adams, la vigilance est nécessaire, bien que si le pouls demeure lent, une certaine accoutumance s'opère. Les syncopes sont moins à redouter au bout de quelques mois que dans les premières semaines.

Plus rare dans la *tachycardie paroxystique*, la syncope s'observe encore dans la *tachyarythmie* dont l'explosion se manifeste par une défaillance plus ou moins caractérisée. Mais la mort subite est fort rare, si le cœur n'avait pas été distendu auparavant.

c) **Syncopes dans les myocardites.** — Dans les maladies *infectieuses aiguës* : fièvre typhoïde, diphtérie, variole, la myocardite expose à des syncopes mortelles. C'est pourquoi les bains froids dans la fièvre typhoïde sont suspendus à ce moment et que l'on se contente de bains tièdes, si l'état grave du cœur n'exige pas le repos absolu.

Les *myocardites chroniques* exposent aux mêmes catastrophes, mais surtout si le cœur préalablement s'était laissé distendre dans une de ses cavités.

d) **Syncopes dans les péricardites.** — Ici encore tout dépend en général de l'état du myocarde sous-jacent ; néanmoins des irruptions séreuses ou hémorragiques brutales entraînent une mort subite.

e) **Syncopes dans les endocardites et les lésions valvulaires.** — Nous avons vu la syncope se produire au moment où le cœur revenant sur lui-même, la situation semblait sauvée. D'autres fois, la lésion valvulaire continue à évoluer, il y a un léger mouvement fébrile. Des lipothymies se produisent et souvent une thrombose cardiaque se forme, marquée par des crises syncopales et de la tachyarythmie.

Le *rétrécissement mitral* s'accompagne, à l'occasion et alors qu'il est bien compensé, de troubles dyspeptiques lesquels sont coutumiers de vertiges et de défaillances passagères. Même note pour les *insuffisances aortiques*. Ici encore la syncope mortelle est rare et les troubles stomacaux engendrent des vertiges habituels. Si le sujet par contre a une insuffisance aortique d'origine spécifique, le risque est plus fort et des morts subites sont signalées, soit que le myocarde ait fléchi antérieurement, soit qu'il s'agisse d'une crise d'angine de poitrine.

f) **Syncopes dans les angines de poitrine.** — Ici la syncope se produit soit à la suite d'une crise douloureuse, soit, ce qui s'observe peut-être plus fréquemment, à titre isolé et sans douleur concomitante. Le malade s'affaise brusquement sans aucun cri. Nulle plainte n'a eu le temps de sortir de sa bouche.

Chez les angineux syphilitiques guéris par la médication de leurs crises, mais ayant trop vite abandonné le traitement, cette fin est habituelle. Ils se sont soignés trois à six mois, au lieu des deux ans qui eussent été indispensables. Ils se croient guéris. Une mort subite met fin à leur illusion.

g) **Syncopes dans les anémies.** — Le précepte d'étendre les malades dans la position horizontale est pratiqué, même par le grand public. La gravité de la syncope varie suivant la cause et aussi l'importance de l'anémie. Forcément la syncope est plus à redouter dans les anémies pernicieuses ; mais les anémies hémorragiques elles-mêmes ne sont pas exemptes de syncopes mortelles. Une transfusion sanguine fait merveille dans ces dernières alors que ses effets sont précaires dans les anémies pernicieuses progressives. Une mort apparente s'est plus d'une fois produite suivie de réveils impressionnants. En dehors, même de toute transfusion sanguine, la vie qui semblait éteinte se ranime. Nous étions tout jeune praticien. En 1888, nous soignions une jeune fille atteinte d'hématémèses répétées pour ulcus stomacal. A une visite, des parents nous disent : « Inutile de monter auprès de la malade. Elle est morte depuis trois quarts d'heure ». En réalité, il ne s'agissait que d'une syncope prolongée. La malade se rétablit, se maria et vingt ans plus tard, elle vivait encore, ayant eu cinq enfants.

h) **Syncopes nerveuses et réflexes.** — Les émotions jouent un grand rôle. Pendant les bombardements de Paris, beaucoup de cardiaques sont morts subitement. Un mitral et un cardio-rénal s'affaissent en se réfugiant à la cave ; une dame âgée de soixante-cinq ans et cardio-rénale est réveillée la nuit par un éclatement d'obus. Elle fait : « Oh ! mon Dieu » et meurt. Nous avons parlé de cette cardiaque arythmique que nous voyons pour la première fois et meurt pendant l'auscultation.

Dans les lésions encéphaliques, au cours d'une ponction lombaire intempestive, la paralysie labio-glassopharyngée, toutes les maladies voisines du bulbe, la syncope est à redouter. Si le malade est cardiaque en même temps, le péril s'accroît.

De violentes *douleurs* provoquent la syncope. On les connaît dans les coliques intestinales, hépatiques, néphrétiques. Nous les avons vues dans les angines de poitrine.

Les cardiaques atteints de *pleurésie* devront être surveillés de près. Il faut rassurer le malade, lui donner pleine confiance, le maintenir au repos absolu et faire précéder la ponction d'une piqûre d'huile camphrée. Le liquide s'écoulera très doucement. LAUBRY a vu mourir cependant un cardiaque auquel il venait de pratiquer une ponction exploratrice.

Nous ne parlerons pas des syncopes chez les *sympathicotoniques* plus aisément exposés aux spasmes et aux palpitations et chez les *vagotoniques*, hypotendus et tachycardiques. Cette division entre vagotoniques et sympathicotoniques, si à la mode soit-elle, ne répond pas aux constatations cliniques. Trop de formes intermédiaires relient les deux types qui s'associent communément. Le terme déséquilibre sympathique, plus large, comprenant à la fois les sympathicotonies et les vagotonies, répond mieux à la vérité des faits.

C. F.

CLINIQUE MÉDICALE

La lobite supérieure tuberculeuse.

Dans certaines tuberculoses pulmonaires, la localisation se fait d'une façon presque isolée au niveau du lobe supérieur du poumon. C'est ce que le Pr Léon BERNARD appelle la lobite supérieure tuberculeuse et à laquelle son élève Louis BETHOUX (*Thèse Paris* 1925) consacre un excellent travail.

Il ressort de cette étude qui porte sur plus de 4.000 observations de tuberculeux pulmonaires, que la lobite supérieure est une forme localisée de la tuberculose pulmonaire chronique relativement fréquente qui existe dans une proportion de 2 % des cas environ.

Elle s'observe de préférence chez d'anciens tuberculeux, adultes pour la plupart, plus fréquemment chez la femme. Unilatérale dans 71 % des cas, elle atteint surtout le lobe supérieur droit (87 %), plus rarement le lobe supérieur gauche (13 %).

Elle s'objective très nettement à l'écran radioscopique sous forme d'une opacité diffuse occupant la totalité du lobe et limitée en bas par la scissure qui apparaît toujours avec une grande netteté. Les rayons X permettent de distinguer trois formes radiologiques différentes :

— La lobite à plage homogène, uniformément sombre ;

— La lobite à plage non homogène avec aspect en « mie de pain » ou en « nid d'abeille » ;

— La lobite à plage non homogène creusée d'une vaste spélonque, sèche le plus souvent.

Presque toujours on constate de la rétraction cardio-aortique et médiastinale avec raccourcissement des premiers espaces intercostaux.

A l'auscultation on perçoit des signes relativement uniformes, un véritable schème de « densification » avec submatité, exagération des vibrations, respiration soufflante aux deux temps, il s'agit même d'un véritable souffle, intermédiaire comme timbre et tonalité au souffle tubaire et au souffle caverneux, c'est ce que l'on peut appeler un souffle « tubo-cavitaire » ; retentissement de la toux, pectoriloquie aphone. Les bruits adventices discrets dans la lobite à plage homogène (râles bulleux à fines bulles), sont plus importants dans les deux autres formes, ils se surajoutent aux signes précédents sous forme de gros râles bulleux ou de gargouillements ; parfois c'est un syndrome cavitaire typique. Un caractère important est la localisation de ces signes stéthacoustiques dans la partie supérieure du thorax : on ne les perçoit jamais au-dessous de la partie moyenne de la fosse sous-épineuse en arrière, du troisième espace intercostal en avant ; mais leur limitation n'apporte pas à l'oreille une netteté aussi rigoureuse que celle qu'offre à l'œil l'image radiologique. C'est cette précision que donne les rayons X qui fait faire à coup sûr le diagnostic, et qui permet de distinguer la lobite des pseudo-lobites, en particulier des scissurites, de certaines scléroses pleuro-pulmonaires, de quelques tuberculoses atypiques du sommet ; et à ce propos Louis BETHOUX signale que ce qui individualise cette forme, ce qui la différencie de la simple localisation classique des lésions au sommet du poumon c'est d'une part, l'emprise totale du parenchyme lobaire au lieu de la dispersion des taches ou ombres diverses révélées par les rayons dans les cas ordinaires ; c'est, d'autre part, la limitation rigoureuse de cette lésion, et surtout la limite inférieure strictement linéaire, et de caractère scissural.

Cette localisation est l'indice d'une atteinte peu extensive, relativement bénigne de la maladie. En effet, ordinairement, elle n'offre pas de signes

fonctionnels ou généraux graves ; l'état général est souvent assez bien conservé, la température peu élevée, l'amaigrissement nul ou peu marqué, le potentiel évolutif faible. La mort est exceptionnelle et quand elle survient ce n'est pas le fait de la lobite mais de l'apparition d'un nouveau foyer qui siège la plupart du temps au niveau de la région hilaire du poumon opposé et qui semble en rapport avec des surinfections exogènes répétées et massives.

Le pronostic de cette variété particulière de localisation de la tuberculose pulmonaire n'est donc pas très grave ; à cet égard elle paraît se rapprocher dans une certaine mesure des formes localisées de la phtisie fibreuse. D'ailleurs l'étude des humeurs et du tissu pulmonaire montre une bonne défense de l'organisme, la cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive, le sérum est riche en « anticorps » tuberculeux. L'examen anatomique des pièces montre qu'il s'agit d'une bronchio-alvéolite tuberculeuse chronique fibro-anthracosique à topographie lobaire, et vraisemblablement à poussées successives.

Il est probable que les lésions nodulaires, anciennes, représentent la fin de la primo-infection tuberculeuse datant de l'enfance. A la suite d'une modification de l'état d'allergie du sujet, ces lésions subissent un réveil qui donne naissance à une réinfection endogène par « embolies bronchiques » et provoque une poussée de bronchio-alvéolite diffuse qui apparaît partout où le parenchyme est perméable. Si le tissu est peu lésé, perméable dans sa presque totalité on assiste au développement de la lobite à plage homogène, véritable splénopneumonie tuberculeuse chronique localisée au lobe supérieur ; si par suite de poussées antérieures le lobe supérieur est en partie fibrosé, en partie caséifié, si d'autre part les lésions anciennes sont importantes (cavernes) on observe la lobite à plage non homogène.

Le rôle capital de la sclérose au cours de la L. S. explique que toutes les causes sclérogènes puissent intervenir comme « déterminant » de cette localisation si spéciale de la tuberculose pulmonaire et de fait la syphilis, dont on connaît la puissance fibrogène, est souvent en cause, dans quelques cas même elle semble agir isolément sans le secours de la bacillose, mais ces observations méritent d'être étudiées de très près, car on sait combien est capricieuse l'évolution de certaines tuberculoses ou, à des crises évolutives, succèdent de longues périodes d'accalmie où il est très difficile de mettre en évidence le bacille.

La connaissance de ces faits n'est pas sans intérêt pratique. En effet, une détermination aussi limitée, aussi nettement circonscrite de la tuberculose pulmonaire appelle aussitôt l'idée d'une intervention locale. De fait, le pneumothorax artificiel trouve ici une de ses indications les plus favorables. On pourrait craindre *a priori* que le même processus qui épaissit la plèvre interlobaire atteigne également la plèvre pariétale, entraînant nne symphyse partielle. Il n'en est rien. Ordinairement le décollement du poumon s'obtient parfaitement et le collapsus du lobe supérieur se réalise plus ou moins complètement, sans être gêné par des adhérences.

Mais lorsque cette intervention est rendue impossible ou inopérante du fait d'une symphyse pleurale partielle ou subtotale, il semble que ces cas d'évolution bénigne, de localisation bien limitée, doivent se prêter mieux que d'autres à des interventions chirurgicales, opération de Tuffier ou apicolyse et pneumectomie. On peut même dire que la lobite supérieure réalise la forme de tuberculose pulmonaire localisée la plus favorable à cette dernière intervention.

PHYSIOTHÉRAPIE

Le traitement des gangrènes humides des diabétiques par la diathermie.

On sait que la diathermie est une modalité d'application des courants de haute fréquence. Or, la diathermie, comme le montre le Dr Paizis, dans un travail de la clinique du Pr Roque (de Lyon), est un excellent moyen de traitement des gangrènes diabétiques.

Une électrode en papier d'étain très mince entoure comme un manchon la partie supérieure de la jambe, si la gangrène siège au pied, une autre électrode engaine l'avant-pied. Dans un cas de gangrène du scrotum, les bourses furent entourées avec du papier d'étain, l'autre électrode étant appliquée sur la région lombaire.

Les électrodes doivent être bien appliquées contre la peau. Si un point en est distant, les étincelles éclatent et des brûlures s'ensuivent. Ces électrodes sont reliées aux bornes d'utilisation de l'appareil. Les intensités qu'on fait passer varient entre 500 et 1.200 milliampères ; applications quotidiennes au début, de vingt minutes de durée. Plus tard une application tous les deux ou trois jours.

Les pansements doivent être faits suivant les règles d'une asepsie minutieuse : vin aromatique, huile goménolée. Pansements secs, lorsque l'inflammation a disparu.

C'est surtout dans les gangrènes graves à symptomatologie toxi-infectieuse que la méthode réussit. Même dans les cas à oblitération complète, on peut essayer, ne serait-ce que pour combattre l'état infectieux et préparer le terrain à une opération chirurgicale.

M. Paizis a obtenu huit succès sur neuf cas traités. Dès les premières séances les douleurs et l'œdème diminuent, les eschares tombent, les plaies bourgeonnent.

Les accidents toxi-infectieux régressent, la température baisse. Les améliorations obtenues paraissaient indépendantes du traitement par l'insuline auquel plusieurs malades avaient été soumis.

Dans les cas qui jadis paraissaient relever uniquement de la chirurgie, ce traitement par la diathermie est susceptible d'assurer d'excellents résultats.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les résultats éloignés dans les interventions chirurgicales pour cancers de l'estomac. — M. Hartmann. — Une série de cent opérés a permis de suivre la survie chez ces malades.

Trente-cinq cancéreux ont survécu de 3 à 21 ans et peuvent être considérés comme guéris. M. Hartmann estime que la guérison radicale s'observe chez 30 0/0 des opérés. C'est au cours des deux premières années que les récidives sont les plus fréquentes. Elles se produisent surtout dans les ganglions et le péritoine. L'intervention précoce est la condition du succès.

Viandes congelées et frigorifiées argentines. — M. Laure. — La frigorification n'altère pas les fibres musculaires; elle empêche simplement la fermentation. L'auteur montre les précautions qui entourent la préparation de ces viandes à Buenos-Ayres.

Le syndrome mécanique de l'hypotension portale. — M. Surmont. — Les vomissements incoercibles, les diarrhées chroniques, les rétrécissements de la partie supérieure du tube digestif, etc., entraînent les accidents. Il y a de l'hypotension artérielle, de la tachycardie, de l'amaigrissement, la diminution de volume du foie.

L'examen médical des employés du chemin de fer. — M. Guillain.

Discussion sur le rapport de la Commission des sérums fait par M. Carnot.

M. le Président annonce la mort de M. Maunoury (de Chartres) associé national.

12 janvier 1926.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 janvier 1926.

Allocution du président sortant, M. Guinon, et du nouveau président M. Jeanselme.

Méningo-myélite syphilitique. — M. Hudelo résume l'histoire d'une méningo-myélite syphilitique améliorée par des traitements spécifiques en série.

Dilatation bronchique traitée par le pneumothorax. — M. Rist présente un petit malade atteint de dilatation bronchique du sommet droit, sans bacilles. On fit un pneumothorax artificiel, le syndrome de dilatation disparut, le pneumothorax disparut rapidement et fut remplacé en un an par une symphyse costale. Ce malade est entièrement guéri et ne crache plus depuis quelques années.

Présentation de malades atteints de cancer de l'œsophage et traités par la radiumthérapie. — M. Jean Guisez présente six malades atteints de cancer de l'œsophage, chez lesquels le diagnostic posé sous endoscopie a été contrôlé par la biopsie et qui, en dysphagie complète au moment de l'examen ont repris une déglutition tout à fait normale depuis les applications locales de radium. L'un d'eux avait été gastrostomisé et la bouche stomacale a pu être définitivement fermée il y a sept mois; il a pu reprendre son dur métier de charpentier. La guérison se maintient chez l'un de ces malades depuis quatorze ans, les autres ont été soignés plus récemment, mais tous ont repris une vie normale. Dans tous les cas il s'agissait d'épithélioma basi-cellulaire, sauf dans un situé au voisinage de l'estomac où l'épithélioma était cylindrique.

Après avoir soigné plus de quatre cents cas par la radiumthérapie l'auteur arrive aux conclusions suivantes : l'épithélioma œsophagien est très radiumsensible, mais les résultats ne sont durables que si le mal n'a point dépassé les limites de l'œsophage et si l'on peut déterminer assez exactement la hauteur de ce conduit envahi par la tumeur, car il est indispensable qu'elle soit irradiée dans toute sa hauteur. L'œsophage redevient perméable à de grosses bougies et sous l'endoscope la tumeur a complètement disparu.

A propos de huit cas de phrénicectomie. — MM. E. Sergent, Baumgartner et Fr. Bordet ont eu l'occasion de suivre les effets de la phrénicectomie dans deux cas de tuberculose pulmonaire, quatre cas de dilatation des bronches et deux cas de suppuration pulmonaire chronique fétide de la base. Les auteurs insis-

tent sur la bénignité opératoire de cette thérapeutique. sur la lenteur avec laquelle les résultats thérapeutiques peuvent apparaître et sur l'importance du rôle de l'ascension du diaphragme qui, par sa plus ou moins grande rapidité, explique le retard plus ou moins grand des processus de guérison.

Les résultats obtenus jusqu'ici semblent montrer que la phrénicectomie isolée ne peut avoir de valeur curative sérieuse que dans les lésions de la base; que dans la dilatation des bronches les résultats sont variables et que des échecs sont à craindre lorsqu'il s'agit de lésions très anciennes, sclérosées, symphysées, donnant une expectoration abondante. Ces dernières remarques s'appliquent également aux suppurations pulmonaires chroniques de la base.

M. Rist signale la possibilité de mort par hémorragies après la phrénicotomie. L'élévation du diaphragme continue lentement dans les mois qui suivent l'opération. Le pneumothorax artificiel, quand il est possible, est l'opération de choix.

M. Sergent. — L'opération a des risques. Son efficacité n'est pas aussi générale qu'on a eu tendance à l'admettre.

Le somnifène dans l'état de mal épileptique. — MM. Rimbaud. Boulet et Chardonneau (de Montpellier) ont eu récemment l'occasion d'observer deux cas d'état de mal grave, l'un chez un épileptique essentiel, l'autre chez un épileptique alcoolique. Les crises convulsives avaient été au nombre d'environ 355 en cinq jours, chez le prèmier, pratiquement incomptables, en raison de leur fréquence, chez le deuxième. Gardenal, médication bromurée et créosalée, Rachicentèse, étaient restés absolument sans action sur cet état convulsif ; la vie des malades était en péril.

Deux injections sous-cutanées de 2 cm 3 de somnifène en 24 heures chez le premier, une seule injection de 2 cm 3 chez le second, ont immédiatement amené la suppression des crises qui n'ont pas reparu depuis ; le traitement par le gardenal ayant été du reste repris.

Le Somnifène mérite d'être employé dans les cas d'état de mal épileptique grave.

Septicémie à anaérobies. — MM. les Drs Vaucher, Boez, Landzenberg et Mme Kehlstadt rapportent l'observation d'une malade atteinte d'une septicémie due à un bacille anaérobie non encore connu. L'hémoculture en aérobies fut stérile, mais la culture en anaérobies, suivant la technique préconisée par le Dr Boez, décèle de nombreuses colonies d'une anaérobies stricte, assez voisin du Bacillus aéro-Fœtidus. Le malade guérit sans avoir présenté de complications graves.

Sur une épidémie actuelle, paraissant se rattacher à une névraxite. — Les Drs David et Dekester observent, dans un faubourg de Lille, une épidémie d'une certaine importance. Incubation courte ; début brusque par œdème de la face et des paupières, avec forte poussée fébrile. Puis, douleurs musculaires, paraplégie flasque avec abolition des réflexes, contracture du rachis. Hypotension marquée, avec tachycardie et sueurs profuses. Au déclin, on rencontre souvent des poussées abondantes d'œdème blanc et mou.

Les cas bénins guérissent. mais avec une convalescence lente. Les formes sévères aboutissent à la mort par une déchéance progressive, à moins que des accidents bulbaires ne viennent brusquer le dénouement. Les complications pulmonaires sont fréquentes et graves.

Les auteurs attribuent cette affection à un virus neurotrope, du genre de celui de l'encéphalite : la localisation sur la moelle et le bulbe expliquerait les particularités symptomatologiques observées.

Comment l'Hyoscine atténue-t-elle les troubles parkinsoniens? Son action dynamogénique. — MM. J. Froment et P. Delore (de Lyon) montrent les courbes dynamométriques de parkinsoniens traités par des injections de chlorhydrate d'hyoscine. L'action dynamogénique semble, dans la règle, des plus manifestes; elle est surtout accusée lors de la première injection.

Procède-t-on à des séries d'injections quotidiennes la courbe des seuils s'élève progressivement puis se maintient en plateau.

Les auteurs ont pu constater qu'en dehors de la maladie de Parkinson les injections d'hyoscine pouvaient encore exercer une action dynamogénique notable.

M. Pagniez. — Le médicament prolonge-t-il son action ?

M. Froment. — Le médicament est toxique immédiatement et il faut prévoir cette phase toxique dans les traitements. L'action favorable peut se prolonger, mais pas au delà de deux jours. Il faut reprendre le traitement à de nombreuses reprises.

Caractères et signification des perturbations sympathiques locales associées aux ostéo-arthropathies syringo-myéliques et tabétiques. — MM. J. Froment et P. Exaltier (de Lyon) donnent les résultats de l'étude systématique des perturbations sympathiques locales associées aux arthropathies syringomyeliques et tabétiques, résultats dont le détail est exposé dans la thèse de P. Exaltier, Lyon 1924-25.

Dans les lésions unilatérales, l'asymétrie vasomotrice paraît constante et répond soit à la formule parétique soit plus rarement à la formule spasmo-

dique. Ces perturbations diffèrent donc le plus souvent de celles constatées dans les troubles physiopathiques ou réflexes consécutifs aux autres lésions articulaires. Il existe de plus des asymétries thermiques, des asymétries sudorales (hypersudation spontanée ou provoquée avec parfois, dans les arthropathies syringomyéliques du membre supérieur, atteinte de l'hémiface correspondante), des asymétries du réflexe pilo-moteur d'André Thomas.

Ces perturbations décèlent l'existence de lésions des centres ou des voies sympathiques qui tiennent sans doute sous leur dépendance les lésions ostéo-arthropathiques elles mêmes.

A propos de l'exploration duodéno-vésiculaire. La cholécystographie « per os » avec ou sans radiographie duodénale en série. — M. M. Chiray après avoir rappelé les recherches antérieurement pratiquées en France sur la cholécystographie, en particulier par Gosset et Lœvy, ainsi que par Tuffier et Nemours, apporte les résultats de ses travaux personnels sur la question. Comme la plupart des auteurs actuels il emploie de préférence le phénoltétraiodphtaléine, mais, à la différence de ceux-ci, il se sert exclusivement de la voie digestive pour faire pénétrer le sel radio-opaque dans l'organisme. Il pense que les cholécystographies obtenues dans ces conditions, et sous réserve d'employer une technique idoine, sont aussi bonnes et même meilleures que celles obtenues à la suite des injections intra veineuses. Il y a d'autre part un gros intérêt à abandonner ces dernières qui sont quelquefois difficiles ou dangereuses et presque toujours difficilement acceptées par les malades. Sur 31 cholécystographies « per os » l'auteur a obtenu 16 bonnes images et 5 résultats négatifs. C'est là une statistique de réussites au moins égales à celles que donnent les injections veineuses. Cet exposé est suivi de la présentation d'une série de radiographies dont certaines montrent, avec une parfaite netteté, les rapports de la vésicule et du duodénum dans des cas pathologiques.

M. Noël Fiessinger a obtenu aussi des résultats très intéressants avec l'administration digestive de phénoltétraiodphtaline et montre que les résultats négatifs peuvent permettre d'affirmer l'imperméabilité des voies biliaires accessoires.

BIBLIOGRAPHIE

Les Petits Précis. — Bibliothèque dirigée par A. Cantonnet. — Norbert Maloine, édit. — Prix : 8 fr. 50 le volume.

Cette collection des « Petits Précis » qui paraît sous la Direction de M. A. Cantonnet est fort bien conçue dans son format réduit qui, dans l'espace de 150 à 200 pages, donne la substance du sujet qu'elle expose. Une nouvelle série de quatre petits volumes s'ajoute à la série antérieurement parue. Ce sont les *Maladies Infectieuses* de M. P. Halbron ; la *Dermatologie* de MM. Lacapère et Montlaur ; le *Radium et les Rayons X*, de M. Laquerrière ; le *Cancer* de M. Jeanneney. Le côté didactique est bien traité ; dans certains ouvrages, comme la *Dermatologie* de MM. Lacapère et Montlaur, le côté pratique est développé avec soin. L'ensemble fournit une collection de Pathologie interne et externe bien au courant qui dépasse le cadre restreint des Manuels sans atteindre au volume des gros traités. C'est une présentation intermédiaire.

Elle sera très appréciée des médecins qui considèrent avec un respect mêlé de terreur les monographies trop copieuses. Ils se disent avec raison qu'on pourrait retrancher bien des pages de ces publications auxquelles leur lourdeur touffue est loin de conférer une supériorité constante.

M. N. Maloine a rendu service au Corps Médical en se faisant l'éditeur des « Petits Précis ».

La Pratique des Sanatoriums, par M. le Dr L. Guinard. — Un volume de 448 pages avec 31 illustrations dans le texte et 32 planches hors texte. (Masson et Cie, Editeurs). Prix : 60 francs.

M. Guinard a réuni dans ce bel ouvrage les souvenirs et les renseignements pratiques que vingt années d'exercice lui ont permis de recueillir.

L'organisation de Bligny constitue un véritable modèle.

Le Dr Guinard indique les conditions hygiéniques et techniques de construction, d'organisation et de fonctionnement, il entre dans les détails de l'organisation médicale et administrative, dresse des tableaux comparatifs de dépenses journalières et le prix de diverses fournitures, etc.

Cette documentation est d'un grand intérêt pour ceux qui s'intéressent à l'œuvre des Sanatoriums.

Le Champignon : Poison ou Aliment. *Eléments de mycologie.* Classification simple ; les Champignons qu'il faut connaître. Poisons fongiques. Intoxications : symptômes et traitement par M. le Dr F. Buret, *Membre de la Société mycologique de France.* — Paris, Vigot frères, Editeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine. — Un volume in-8°, 240 pages avec 100 figures. Prix : 18 francs.

En dehors des Traités de grande envergure, qui ne sont pas à la portée de tout le monde, il est plutôt difficile de trouver sur les Champignons, un ouvrage ni trop réduit, ni trop volumineux, pas trop savant non plus, et contenant juste ce qu'il importe de savoir pour la détermination des espèces. Or, à cet égard, le livre de Buret nous paraît bien compris.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec. — M. H. Grenet.

Asystolie hépatique. Insuffisance mitrale non rhumatismale chez un ancien syphilitique.

Vous avez pu voir, dans mon service, un homme de 47 ans, manœuvre, qui est entré, salle La Rochefoucauld, se plaignant d'oppression et d'œdème des membres inférieurs. Il présentait, en effet, à son arrivée, une dyspnée très forte, avec orthopnée ; on comptait 40 respirations par minute. Il disait avoir craché du sang, quinze jours auparavant. Le pouls était rapide, régulier, à 104.

L'examen du cœur montre une pointe abaissée, très déviée en dehors. A la palpation on sent un frémissement cataire systolique. L'auscultation fait entendre un gros souffle systolique de la pointe, à timbre piaulant, se propageant vers l'aisselle, et perceptible, mais avec une intensité décroissante, sur toute l'étendue de la région précordiale. Il s'agit donc certainement d'une insuffisance mitrale.

La pression artérielle est à peu près normale, 16-10, au Pachon.

A l'examen des poumons, congestion des bases, surtout de la base droite.

Mais, ce qui frappe, en dehors de l'examen du cœur, de la tachycardie, et de la dyspnée, c'est l'existence d'un gros foie, débordant de quatre travers de doigts le rebord des fausses côtes. Ce foie est douloureux à la pression. Il existe du reflux hépato-jugulaire. En outre, le malade présente un teint nettement subictérique. Les selles ne sont pas décolorées. Les urines ne contiennent pas de pigments biliaires vrais ; elles sont rares, hautes en couleur, et fortement albumineuses.

Nous constatons, d'autre part, des œdèmes blancs, dépressibles et volumineux des membres inférieurs, de l'œdème de la paroi abdominale, ainsi qu'une ascite libre, encore assez peu abondante, mais qui a augmenté d'une manière manifeste depuis l'entrée du malade à l'hôpital. Elle ne s'accompagne pas de circulation veineuse collatérale.

Cet homme, atteint d'insuffisance mitrale, présente donc des troubles d'hyposystolie à prédominance nettement hépatique.

Il a commencé à souffrir d'accidents dyspnéiques, il y a deux ans. Il raconte qu'à l'occasion d'un effort violent, il a été pris brusquement d'un accès d'oppression. Il est probable qu'il a, à ce moment, décompensé une lésion cardiaque qui existait depuis un temps indéterminé.

Depuis cette époque, il a fait plusieurs séjours dans les hôpitaux, et a été traité généralement par la digitale.

On a constaté de l'albuminurie depuis janvier 1925.

C'est un grand alcoolique. « Je buvais de tout, dit-il, du vin, de l'alcool, des apéritifs ; j'avais fait le pochard jusqu'à la guerre. » Il accuse des cauchemars nocturnes, et manifeste une loquacité excessive.

Mais, autre fait de grand intérêt, cet homme a contracté la syphilis à 23 ans, en 1900. Il a été soigné pendant un an par l'huile grise ; depuis, il n'a reçu aucun traitement, sauf l'année dernière, une série de novarsénobenzol.

Il a donc une syphilis averée et il en présente des stigmates, puisque nous constatons une inégalité pupillaire extrêmement marquée, la pupille gauche étant plus grande que la droite ; les réflexes pupillaires sont abolis à la lumière.

Et c'est tout ce qu'on relève d'important dans les antécédents : alcoolisme, syphilis. Mentionnons cependant une fièvre typhoïde à l'âge de 5 ans. On ne note aucune autre maladie infectieuse grave, et, en particulier, aucune atteinte de rhumatisme articulaire aigu.

Donc, insuffisance mitrale, à début indéterminé, qui s'est décompensée assez brusquement, il y a deux ans. Depuis ce moment, crises d'hyposystolie, qui sont maintenant à prédominance hépatique, chez un malade alcoolique, syphilitique, et n'ayant pas eu d'autre infection grave connue. Plusieurs questions se posent ici. Comment se produit l'asystolie, et pourquoi est-elle à type hépatique ? Quelle est l'origine de la cardiopathie ? Quel traitement instituer ?

Dans certains cas d'asystolie, le foie paraît presque seul en cause. Il est gros, douloureux ; les malades ne se plaignent pas d'autre chose. C'est à peine s'ils sont dyspnéiques, à tel point que tous les auteurs classiques signalent les erreurs possibles entre le gros foie cardiaque et des lésions telles que le cancer ou le kyste hydatique. Pour peu qu'il se développe de l'ascite, et que l'augmentation de volume du foie soit irréductible, c'est avec toutes les cirrhoses hypertrophiques que le diagnostic peut rester en suspens. En présence d'un gros foie, avec ou sans ascite, on doit toujours songer à son origine cardiaque possible, et pour peu qu'il existe quelques troubles circulatoires, la rechercher avec soin. Les symptômes cardiaques, la congestion des bases pulmonaires, d'autres œdèmes, permettront de rattacher les

phénomènes observés à leur véritable cause, c'est-à-dire à des troubles asystoliques ou hyposystoliques.

Comment se produit l'asystolie en pareil cas ?

D'après l'opinion classique, il y a insuffisance du ventricule droit, qui se laisse distendre ; l'oreillette droite se vide mal dans ce ventricule en état de réplétion, et reste à son tour dilatée et remplie ; il en résulte des stases viscérales : stase pulmonaire, stase hépatique entre autres.

L'asystolie serait donc liée à l'insuffisance du ventricule droit, à laquelle on pourrait opposer, selon les classiques, l'insuffisance ventriculaire gauche. Celle-ci, comme l'ont montré Lauder Brunton, Pierre Merklen, Vaquez, Lian, se manifeste par de la tachycardie, des douleurs angineuses, de la dyspnée nocturne, ou bien, succédant brusquement à un coup d'hypertension, par les accidents paroxystiques de la grande crise d'angine de poitrine ou par un accès d'œdème aigu du poumon. M. Lian s'est attaché à bien isoler ce syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche.

Pareille opposition est-elle absolument exacte. C'est une opinion qu'on peut discuter, et M. Laubry a récemment soutenu une théorie qui modifie complètement la conception que nous avions jusqu'ici du mécanisme habituel de l'asystolie.

Pour lui, l'insuffisance ventriculaire droite est exceptionnelle. C'est en réalité l'insuffisance du ventricule gauche qui est la règle. En effet, quand on fait une coupe du cœur d'un malade mort en état d'asystolie, que voit-on d'ordinaire ? D'après les classiques, le ventricule droit serait distendu, et le gauche sensiblement normal. Or, ce qu'on voit, en réalité, dit M. Laubry, c'est surtout un ventricule gauche distendu et faisant une sorte de hernie dans le ventricule droit, le comprimant, en diminuant le calibre, et l'empêchant ainsi de se remplir normalement. La cloison interventriculaire fait saillie dans le ventricule droit. Comme, au moment de la diastole, celui-ci est, du fait de sa compression, incapable de bien se remplir, l'oreillette droite ne se vide pas, se dilate, et il en résulte les stases viscérales.

De toute façon, ces stases viscérales de l'asystolie sont consécutives à cette distension de l'oreillette droite : c'est le point commun à toutes les conceptions. Mais, je vous le répète, pour les classiques, la stase auriculaire droite suit la dilatation ventriculaire droite. D'après, M. Laubry, le ventricule droit, non distendu, est comprimé par le ventricule gauche.

Telles les idées que M. Laubry a soutenues depuis un an, avec une grande abondance de documents anatomiques ; et qui semblent, en effet, conformes à la généralité des cas.

Or, il ne s'agit pas là seulement d'une simple théorie pathogénique, mais les symptômes et le pronostic d'une insuffisance ventriculaire droite et d'une insuffisance ventriculaire gauche sont très différents.

Vous trouverez dans la thèse récente de M. Largeau, une étude complète de l'insuffisance ventriculaire droite. Les signes essentiels en sont les suivants : tachycardie, avec rythme régulier, dilatation du ventricule droit. Cette dilatation peut s'apprécier par la déviation de la pointe, mais c'est là un signe trompeur. On tiendra un plus grand compte de ce fait que la matité déborde le bord droit du sternum, dans sa moitié inférieure ; qu'il existe un bruit de galop droit, vers la partie inférieure du sternum ; et assez souvent une insuffisance fonctionnelle de l'orifice pulmonaire.

La radiographie traduit la dilatation du ventricule droit par des images particulières sur lesquelles M. Laubry a insisté. Tantôt la pointe se redresse donnant l'image du cœur en sabot. Ou bien c'est l'aspect du cœur triangulaire, dans lequel le bord droit du cœur, dans sa partie supérieure, est très oblique en bas et à droite, formant avec le diaphragme un angle aigu ; la pointe n'est pas surélevée ; souvent cet aspect est en rapport avec l'existence d'adhérences péricardiques. Quant aux autres signes, la cyanose, la dyspnée, les œdèmes, les stases viscérales, le gros foie et la saillie des jugulaires, ils n'ont qu'une valeur secondaire, et ne permettent pas de caractériser à eux seuls l'insuffisance ventriculaire droite.

Un article récent de MM. Laubry, Daniel Routier, et Oury, dans la *Presse médicale*, vous donnera la description de l'insuffisance ventriculaire gauche : c'est en somme le tableau classique de l'asystolie. Dans les lésions mitrales, on voit presque toujours l'insuffisance ventriculaire gauche avec stases viscérales. L'insuffisance ventriculaire droite se produit surtout chez les scléreux pulmonaires, les sujets atteints de lésions de l'artère pulmonaire, ou encore, mais plus rarement dans le rétrécissement mitral, surtout à la phase terminale. Lorsqu'il n'existe qu'une insuffisance ventriculaire gauche, le pronostic est relativement favorable, et les toni-cardiaques peuvent assurer au malade une longue survie. Au contraire, l'insuffisance ventriculaire droite est toujours d'un pronostic très fâcheux, et lorsqu'elle est dûment constatée, on peut prévoir la mort à courte échéance, dans les mois qui suivront.

Chez notre malade, il n'y a vraiment pas de signes qui permettent de reconnaître l'existence d'une insuffisance ventriculaire droite. Il a une pointe sans doute très déviée, mais nous avons vu que ce signe n'a pas à lui seul une valeur suffisante. Il n'y a pas de matité ventriculaire droite ; il n'y a pas de galop droit. Nous devons donc admettre l'asystolie hépatique par insuffisance ventriculaire gauche avec distension de l'oreillette droite.

Mais pourquoi s'agit-il chez cet homme d'une asystolie à prédominance hépatique ?

Pareille forme se voit d'ordinaire chez des malades qui ont antérieurement un foie touché, par une infection, une intoxication, telle que lithiase biliaire, paludisme, et surtout alcool. Ici, on peut invoquer l'alcoolisme qui est avéré et considérable. On voit quelquefois aussi l'asystolie hépatique dans d'autres conditions, par exemple chez des sujets atteints d'une symphyse péricardique péri-hépatique du type GILBERT et GARNIER.

Notre malade a donc une asystolie à prédominance hépatique, vraisemblablement parce qu'alcoolique peut-être aussi parce que syphilitique.

Ceci amène à rechercher l'origine des accidents cardiaques qu'il a présentés

Je vous ai dit qu'on ne décèle chez lui aucune des étiologies classiques des cardiopathies Que trouvons-nous ? Une fièvre typhoïde à 5 ans : nous ne pouvons pas en tenir compte dans l'étiologie d'une cardiopathie qui s'est manifestée, il y a deux ans seulement. Cet homme a 47 ans. Il n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu. Il est alcoolique. Il est syphilitique. C'est la seule infection que nous notions ; mais elle est certaine, et n'a jamais été soignée régulièrement. Le malade a une insuffisance mitrale ; il n'existe aucun signe de lésion aortique. Il s'agit donc d'une insuffisance mitrale probablement endocarditique chez un syphilitique.

Cette observation me rappelle celle d'un autre malade que nous avons soigné pendant longtemps dans la même salle. C'était un homme d'une cinquantaine d'années, grand alcoolique, lui aussi, atteint d'insuffisance mitrale avec foie cardiaque et ascite, fréquentant les hôpitaux depuis cinq à six ans, et chez lequel on avait porté le diagnostic d'insuffisance mitrale rhumatismale. Mais il n'avait jamais eu de rhumatisme. Or, d'une part, nous avons trouvé chez lui, à plusieurs reprises, une réaction de Bordet-Wassermann franchement positive. Et, d'autre part, sous nos yeux se développa peu à peu une aortite : le souffle systolique était d'abord exclusivement localisé à la pointe ; puis, nous avons constaté l'apparition d'un autre souffle systolique de la base ; la matité aortique paraissait élargie, et à la radioscopie nous avons vu une ombre aortique large et sombre, une aorte descendante très visible.

La signature de la syphilis était ainsi donnée non seulement par le Bordet-Wassermann, mais encore par l'existence d'une aortite.

Ces faits sont intéressants, car les endocardites syphilitiques sont discutées. On en connaît d'anciennes observations, mais qui paraissent rares et souvent peu démonstratives. MM. GALLAVARDIN et CHARVET ont repris cette étude et montré la réalité de l'endocardite syphilitique. Elle frappe surtout l'orifice aortique, beaucoup plus souvent que la mitrale. Néanmoins, il semble que les lesions mitrales puissent être aussi d'origine syphilitique. Les deux cas que je viens de vous exposer paraissent appartenir à ce groupe.

On pourrait objecter qu'il s'agit d'insuffisance mitrale par cardio-sclérose, mais comment le savoir ? Notre malade d'aujourd'hui, celui dont je viens de vous rappeler l'histoire, se sont comportés absolument comme ceux qui sont atteints d'une cardiopathie rhumatismale, avec les mêmes phénomènes asystoliques.

Nous ne trouvons donc que la syphilis comme étiologie plausible, et nous pouvons admettre ici l'existence d'une insuffisance mitrale d'origine syphilitique.

En présence d'une cardiopathie, il faut en rechercher l'étiologie sans parti pris. On trouvera très souvent le rhumatisme, ou une scarlatine, ou une autre maladie infectieuse, mais vous serez frappés, si vous vous donnez la peine d'interroger les malades avec soin, par le nombre relativement grand des cas dans lesquels on ne relève aucune origine précise.

Il faut alors songer à rechercher la syphilis ; elle n'existe pas toujours, mais on peut de temps en temps la mettre en évidence, et peut-être, en procédant ainsi, reconnaîtra-t-on que l'endocardite syphilitique est moins rare qu'on ne l'admet actuellement.

Ainsi, notre malade a une insuffisance mitrale probablement d'origine syphilitique. Il est alcoolique, et ceci explique la prédominance de son asystolie sur le foie.

Actuellement, ce n'est qu'un cardiaque. Il faut le traiter par les toni-cardiaques. Il ne pourrait supporter le traitement spécifique. Celui-ci, nous pourrons l'essayer plus tard : l'asénobenzol ne serait donné qu'avec grande prudence, en évitant la voie intra-veineuse par laquelle on risque des défaillances cardiaques graves. Dans la période asystolique, il y a une contre-indication aux arse-

nicaux et aux fortes doses d'iodure de potassium, médicaments dépresseurs du cœur. Il reste le mercure, ou le bismuth, en surveillant leur élimination et leur tolérance. M. PIED, dans une thèse sur la syphilis cardio-aortique, déclare que le traitement spécifique peut donner des résultats remarquables, même en période d'asystolie, et qu'on peut voir sous son influence disparaître des souffles et des lésions bien constatées. Cependant ce n'est pas maintenant que nous le prescrirons : les accidents cardiaques sont menaçants ; les urines sont rares ; les œdèmes augmentent ; toute médication autre que celle qui s'adresse directement au cœur serait inopportune et dangereuse. Plus tard, si nous obtenons une amélioration, nous pourrons donc essayer avec réserve un traitement que nous surveillerons avec soin, prêts à l'abandonner s'il est mal supporté, et à nous en tenir alors aux seuls toni-cardiaques.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Epithélioma de la langue et du plancher buccal.

Le malade, âgé de 74 ans, éprouve de la gêne pour avaler et parler; il a remarqué un petit gonflement sous la langue et salive beaucoup. Puis ses dents se déchaussent, sa langue semble plus courte, il ne peut presque plus la tirer au dehors. Il s'agit d'un épithélioma du plancher buccal qui, en arrière, a fixé la langue, qui s'est propagé en avant, a envahi le maxillaire, et finalement a donné lieu à des adénopathies sous-maxillaires.

Au niveau du plancher buccal, on voit une grande ulcération à direction transversale, étendue du bord gauche du maxillaire au bord droit, remontant sur la face inférieure de la langue, sans atteindre cependant sa pointe, ulcération inégale, à bords surélevés, qui s'étend d'autre part au maxillaire.

Tout le bord alvéolaire est détruit par la lésion néoplasique, les dents sont tombées.

On constate à gauche, dans la région sous-maxillaire, un ganglion gros comme une noix, à droite un ganglion plus petit. Il faut toujours explorer la gouttière carotidienne, non pas seulement dans le haut, mais tout le long du cou, car très souvent on trouve dans les épithéliomas de la langue, un ganglion situé au niveau de la partie moyenne du cou, au point où la jugulaire interne et la carotide sont croisées par le muscle omo-hyoïdien. L'intervention doit descendre jusque-là, pour éviter les promptes récidives.

Peut-on, dans un pareil cas, employer le *radium* ? Je ne le crois pas, car il est dangereux dans les épithéliomas voisins des os. Avant de l'appliquer, il faut enlever l'os. Sans quoi, il s'ensuit une nécrose des parties osseuses, voire cartilagineuses, des phénomènes inflammatoires, un temps assez long après son applicatiou.

Ce malade doit être opéré *en deux temps. Quand l'épithélioma est limité*, quand le malade peut tirer la langue, quand le plancher buccal n'est pas envahi, dans un premier temps, c'est par les voies naturelles, par la bouche, au besoin agrandie par une incision commissurale, qu'on enlèvera toute la partie latérale de la langue : opération très simple. Pour éviter la chute du sang dans les voies aériennes, on les obture avec une mèche de gaze iodoformée, après avoir pratiqué une trachéotomie temporaire avec la canule-trocart de Poirier.

Dans un deuxième temps, dix jours après, on vide tout le cou par l'incision stellaire préconisée par Morestin, en ayant soin de descendre jusqu'au muscle omo-hyoïdien.

Quand il y a infiltration du plancher buccal, il faut opérer en deux temps aussi, mais en sens inverse. En tamponnant la plaie résultant de l'évidement ganglionnaire et n'ouvrant, pour enlever le cancer, la bouche que 8 jours après, on n'est pas exposé à l'inoculation septique des espaces celluleux du cou.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Sur le traitement de la Paralysie infantile par la radiothérapie et la diathermie.

Par M. le Dr J. LABORDERIE (de Sarlat).

Les observations nouvelles contribuent en médecine à favoriser la diffusion d'une thérapeutique et en ce qui concerne la paralysie infantile, en raison du sort et de l'avenir réservé aux malheureux enfants qui en sont atteints, il est du devoir de tout praticien de s'intéresser à ce qui est susceptible d'empêcher une infirmité irrémédiable et définitive.

Les résultats obtenus par la méthode que je vais décrire et dont l'auteur est le Pr BORDIER, de Lyon, sont de plus en plus encourageants.

Voici du reste les observations qui serviront de base à la contribution que je veux porter dans cet estimé journal au traitement de la polyomyélite.

Obs. I. — Il s'agit d'un enfant de 28 mois qui me fut adressé par le Dr D... pour traitement électrique d'une paralysie infantile dont le début remontait à trois semaines.

Au commencement du mois de septembre en effet, le jeune C... fut pris brusquement en pleine santé de fièvre intense avec phénomènes gastro-intestinaux, vomissements qui furent traités à la façon habituelle.

Quelques jours après ce début brusque survinrent du côté des membres inférieurs des troubles fonctionnels avec atrophie musculaire, plus marquée du côté droit. La paralysie était complète et l'enfant qui marchait normalement depuis l'âge de 14 mois ne pouvait remuer ses jambes et à plus forte raison ne pouvait se tenir debout.

L'examen électrique que je pratiquais, trois semaines après le début de l'affection, montrait nettement de la RD. partielle pour les muscles jambier antérieur, extenseur commun, long péronier latéral, jumeaux, quadriceps fémoral, des deux côtés : ces muscles étaient de plus mous et flasques.

En même temps, il existait une hypothermie très marquée avec coloration violacée de la peau.

Le diagnostic n'était pas discutable ! il s'agissait bien d'une polyomyélite aiguë classique.

Je commençai le jour même le traitement physiothérapique, selon la méthode préconisée par Bordier et sur laquelle je reviendrai plus loin : pendant trois jours consécutifs, je fis une séance de radiothérapie sur la colonne vertébrale lombo-sacrée avec un tube à eau bouillante donnant 22 cc. d'E E sous 2 MA avec filtre de 4 millimètres aluminium.

Après ces trois séances de traitement radiothérapique reparties sur la hauteur du segment lombo-sacré, je commençai le traitement diathermothérapique : séances quotidiennes de dix à vingt minutes, suivant tolérance et avec 500 à 600 MA.

Quinze jours après, deuxième série de traitement radiothérapique (2 séances) suivi de traitement diathermique.

Vingt-cinq jours après, troisième série de ce même traitement radio-diathermothérapique.

Les résultats furent rapides et remarquables :

Le 15 septembre : début du traitement ;

Le 25 septembre : l'enfant remuait sa jambe gauche et un peu sa droite ;

Le 6 octobre : il marchait « à quatre pattes » ;

Le 17 octobre : il se tenait debout ;

Le 21 octobre : il marchait soutenu par un aide ;

Le 25 octobre : il se lançait tout seul, sans appui et sans claudication très marquée.

Je ne crus pas utile de continuer le traitement et je conseillai seulement aux parents quelques frictions excitantes avec quelques massages.

Depuis cette époque, la guérison persiste définitive et complète.

Obs. II. — Roug... Odette, âgée de 2 ans m'est adressée pour « marche difficile avec flaccidité museulaire de membres inférieurs ».

Le père et la mère de cette enfant sont en parfaite santé et il n'existe dans les antécédents héréditaires rien à signaler d'anormal.

L'enfant a eu en février 1925 la coqueluche, mais depuis cette époque elle n'avait jamais été malade, lorsqu'au début de septembre les parents s'aperçurent qu'elle fléchissait sur ses jambes, qu'elle était devenue molle et marchait difficilement.

Elle me fut envoyée par le Dr Costes pour examen électro-diagnostic.

Lors de mon premier examen, je constatai en effet, une flaccidité des muscles des deux cuisses et des deux jambes avec hypothermie très marquée ; la marche était difficile l'enfant se tenant de préférence accroupie, à « quatre pattes ». L'examen électrique ne révéla qu'une légère diminution de l'EF et l'examen radiographique ne décela aucune lésion ni du côté de la colonne vertébrale, ni du côté des hanches.

Je conseillai aux parents quelques séances d'électrisation et commençai par la galvanisation rythmée. Mais l'état, au lieu de s'améliorer empira et le 26 septembre l'enfant était complètement inerte et paralysée de ses membres inférieurs : marche impossible même à quatre pattes ; station debout, également impossible.

Je changeai dès lors de tactique et pratiquai la méthode de Bordier :

28 et 29 septembre : radiothérapie dorso-lombaire ;

Du 1er au 11 octobre : séances quotidiennes de diathermie (600 MA) ;

12 et 13 octobre : séances de radiothérapie ;

Du 15 au 29 octobre : séances quotidiennes de diathermie ;

30 et 31 octobre : séances de radiothérapie.

L'effet ne se fit nullement attendre : l'amélioration fut rapide puisque à partir du 18 octobre l'enfant, qui déjà dormait et mangeait mieux, se tint debout, fit quelques pas à l'intérieur de sa maison et que le 26 octobre, elle marchait si bien qu'il fut impossible à la mère de la porter pour venir de la gare à mon domicile (1.500 m. environ).

Je cessai tout traitement le 1er novembre ; j'ai revu l'enfant et je puis affirmer que la guérison est aujourd'hui acquise et complète.

Ces observations peuvent s'ajouter aux observations déjà nombreuses publiées par le Pr Bordier et par d'autres praticiens qui ont adopté cette excellente méthode de traitement.

La paralysie infantile qu'aucun traitement n'avait pu vaincre jusqu'à ce jour est aujourd'hui guérissable et le pronostic ne doit plus être aussi grave, aussi désespéré que la majorité des médecins l'affirme.

Il y a déjà longtemps, notre regretté maître le Pr Bergonié s'était il est vrai élevé contre cette fausse croyance.

« Non, dit BERGONIÉ, ce qui est bien certain, ce qui résulte de ce que j'ai vu depuis vingt-cinq ans, c'est que le pronostic même le plus grave dans la paralysie infantile peut être complètement infirmé par un traitement électrique intense, inoffensif, bien réglé et persévérant. »

Je ne parlerai pas ici de ces longues électrisations en masse par les courants galvaniques rythmés et inversés automatiquement, préconisées par le Pr BERGONIÉ et qui constituent un traitement de rééducation musculaire de premier ordre, adjuvant précieux au traitement de Bordier que j'ai seul ici en vue.

En quoi consiste donc la thérapeutique conseillée par BORDIER pour combattre la paralysie infantile et en général toute poliomyélite aiguë.

La méthode de Bordier comprend deux temps : 1° un traitement radiothérapique ; 2° un traitement diathermothérapique.

Le *traitement radiothérapique* nécessite en moyenne trois séries d'irradiations de la moelle, chaque série comprenant trois séances consécutives.

Si la paralysie porte sur les membres inférieurs on irradie la moelle lombaire ; si elle porte sur les membres supérieurs, on irradie la moelle cervico-dorsale.

Quoi qu'il en soit, la technique est toujours la même. On recouvre la partie que l'on ne veut pas traiter, d'une feuille de plomb, ou de caoutchouc au plomb épais. On place l'ampoule à une distance telle que l'anticathode se trouve à 15 ou 20 centimètres de la peau. Les rayons employés doivent être très durs, c'est-à-dire de très petite longueur d'onde (8 degrés Ben) et filtrés sur 5 m/m d'Al.

Personnellement, dans le cas précité, j'ai utilisé un tube à eau bouillante fonctionnant à 20-22 cm. d'Et. équivalente sous 2 MA, et qui m'a permis d'obtenir approximativement la teinte I du chromoradiomètre de Bordier (pastille collée sur la peau du malade).

La deuxième série de traitement radiothérapique doit être faite un mois après la première ; la troisième, un mois après la deuxième.

J'ai, dans les observations rapportées plus haut, fait une série tous les quinze jours, mais la deuxième et la troisième série ne comprenaient que deux séances, et je restais un peu en-dessous de la teinte I du chromoradiomètre, c'est-à-dire que la dose des Rayons X était inférieure à 4 H ; je n'ai eu chez le premier malade aucune réaction, aucun vomissement, aucune nausée, comme l'avait constaté BORDIER chez presque tous les enfants qu'il a traités ; quelques vomissements seulement chez la deuxième malade après les premières séances de radiothérapie.

Dans l'intervalle des séries de radiothérapie on applique la deuxième partie du traitement, le *traitement diathermothérapique.*

Le petit malade, quand il s'agit d'une paralysie des membres inférieurs est assis sur une plaque en étain très souple reliée à une des bornes de l'appareil de diathermie. Les deux pieds, — ou seulement le pied du côté malade, — sont entourés chacun d'une feuille d'étain mince, maintenue par une bande élastique et reliée par un fil isolé à la deuxième borne de l'appareil. Bien veiller à l'application des électrodes.

Je préfère ce procédé à celui indiqué par BORDIER et qui consiste à faire appliquer le pied nu de l'enfant sur une feuille mince de plomb servant d'électrode et placée sur un petit coussin souple afin que la plante du pied, se moule sur le plomb. L'enfant, en effet, peut se déplacer et des étincelles douloureuses, accompagnées de brûlures peuvent résulter de ces mouvements brusques.

Le courant de diathermie sera fourni par un bon appareil tel que le meuble d'Arsonval-Gaiffe ou l'appareil Heitz-Boyer, fournissant des ondes pratiquement peu amorties : le mieux serait évidemment l'appareil à ondes entretenues décrit par BORDIER dans son excellent traité, mais qui n'a pas — à ma connaissance — été encore réalisé et qui est basé sur les propriétés des lampes à trois électrodes si connues des sans filistes.

L'intensité du courant de diathermie doit atteindre progressivement 500 à 600 MA pendant dix à quinze minutes environ, temps suffisant pour obtenir une augmentation très appréciable de la température du membre.

D'après BORDIER on fait au moins cinq séances à chaque série : personnellement je n'ai pas hésité à faire un traitement continu radiothérapique et diathermique.

Enfin, le traitement radiodiathermothérapique sera, utilement complété par un traitement galvanique rythmé ou simplement s'il n'y a pas de réaction de dégénérescence par la faradisation rythmée.

Pour bien comprendre le mode d'action du traitement, il importe de bien connaître la pathogénie de l'affection.

On sait aujourd'hui que la paralysie spinale infantile est le résultat d'une maladie infectieuse à localisations médullaires et l'on admet généralement la conception étiologique d'un virus filtrant étudié pai FLEXNER et NOGUCHI à l'ultramicroscope.

C'est dans les cornes antérieures que se localisent les lésions constituées par destruction du tissu nerveux, corps granuleux, dilatation et alté-

ration des vaisseaux, épaississement et infiltration leucocytaire.

Ces foyers de ramollissement occupent tout ou partie de la corne antérieure, mais siègent surtout dans sa région antéro-interne ou antéro-externe, et cela, comme l'a montré P. Marie, en raison de l'irrigation de la corne antérieure par l'artère du sillon antérieur, dans sa partie interne et par les artères radiculaires antérieures dans sa partie externe, artères qui sont le plus souvent, sinon exclusivement, frappées par le processus inflammatoire.

Quant à l'étendue et au nombre des foyers de ramollissement inflammatoire constituant la paralysie infantile, ils sont variables, remontant parfois sur une hauteur de 8 à 10 centimètres, tantôt ne mesurant guère que 1 ou 2 centimètres.

A l'heure actuelle, on admet que les cellules des cornes antérieures qui président à la motilité d'un muscle déterminé ne sont pas groupées en un seul point de la moelle, mais sont disséminées dans plusieurs segments médullaires. S'il en était autrement, si toutes les cellules motrices correspondant à un muscle paralysé se trouvaient groupées, leur restauration serait bien aléatoire. Au contraire, des cellules qui correspondent aux racines constituant par leur réunion les fibres nerveuses d'un muscle et qui se trouvent reparties sur plusieurs segments de la moelle, les unes peuvent être englobées totalement ou partiellement dans la zone inflammatoire, les autres peuvent être saines.

C'est sur cette considération qu'est basée l'action des Rayons X.

La radiothérapie ne permet pas la réparation des cellules entièrement détruites par le virus, mais elle permet la restauration des éléments cellulaires dont la destruction n'a été que partielle et passagère.

D'autre part, et c'est un fait général bien démontré, la radiothérapie hâte la résolution de l'inflammation, favorise la circulation et partout permet à la cellule nerveuse de se mieux défendre contre le virus.

La diathermie a également un rôle primordial ans le traitement de la polyomyélite.

Il suffit de toucher les membres paralysés pour constater qu'ils sont froids et que leur température est de 1 à 2 degrés au-dessous de la normale. C'est qu'en effet, la circulation y est défectueuse : les vaisseaux nourriciers des muscles paralysés sont rétrécis, n'apportent plus aux tissus le sang nécessaire pour les réchauffer et les faire vivre.

Il faut donc avant tout combattre par tous les moyens ces troubles de nutrition et d'irrigation musculaires et le premier remède à apporter, c'est de réchauffer le membre malade au moyen d'une source extérieure.

Entourer le membre de lainages, de bas, n'est pas, comme on se le figure, une solution : le vêtement ne crée pas de chaleur, comme l'a montré le Pr Bergonié ; son rôle est seulement de maintenir par sa mauvaise conductilité celle fabriquée par les tissus.

Les bains chauds, les massages, les frictions peuvent bien ramener par intermittence la température à la normale, mais ce n'est pas non plus une solution efficace surtout l'hiver.

Le Pr Bergonié a recommandé comme moyen plus sûr la mise en étuve spéciale — bouillotte-étuve à double paroi remplie d'eau chaude — ou encore une guêtre en tissu chauffant électrique.

Mais tous ces moyens ne peuvent qu'agir superficiellement et ne peuvent prévenir avec quelque efficacité les troubles trophiques du membre malade ; la mauvaise conductibilité des tissus — comme l'a montré Bordier — ne permet pas de transmettre aux tissus profonds, muscles, vaisseaux et os, la chaleur développée à l'extérieur du membre.

Au contraire les courants de haute fréquence ou de diathermie sont capables de mettre les muscles atrophiés et refroidis dans un état calorique suffisant pour que l'amélioration survienne rapidement.

Les expériences faites sur l'homme ont montré que lorsqu'on fait passer un courant de diathermie pendant vingt minutes avec une intensité de 400 MA, en faisant tenir dans les mains du sujet deux électrodes cylindriques, la chaleur est d'abord perçue dans les poignets, puis dans les avant-bras, et dans les bras ; cette chaleur d'abord supportable devient petit à petit intolérable et arrive à être ressentie dans tout le corps : ce dernier point est de la plus haute importance et signifie que l'élévation thermométrique constatée dans les régions du corps éloignées des points d'application est due au sang qui y circule et qui a subi l'échauffement dans son passage à travers les poignets et les avant-bras.

Le traitement diathermique est donc un aide précieux pour combattre le refroidissement des membres paralysés, comme du reste d'une façon générale, il est un auxiliaire efficace dans le traitement des hypothermies générales ou locales.

Mais il existe un autre avantage du traitement diathermique c'est, — comme l'a bien montré Bordier, — de placer les muscles atrophiés dans des conditions bien meilleures pour l'efficacité du traitement galvanique à appliquer après la radio-

diathermothérapie. Tel muscle qui paraissait au début atteint de R. D. totale ou partielle présente après la diathermie des réactions normales.

La radiothérapie combinée à la diathermie constitue à l'heure actuelle le traitement le meilleur et le plus efficace qui ait jamais été fait dans le traitement de la polyomyélite et les observations que j'ai rapportées plus haut peuvent s'ajouter à celles déjà publiées tant par l'auteur de la méthode, le Pr Bordier, que les divers médecins électriciens qui l'ont appliquée.

C'est ainsi qu'en dehors des observations recueillies par Bordier, on trouve celles du Pr Berganini, celles du Pr Serena, du Pr Ghilarducci, du Dr Miramond de la Roquette, etc.

D'une façon générale, on peut dire que le résultat de ce traitement est excellent et que l'on peut aujourd'hui arriver à une guérison complète à la condition de le commencer un mois au plus tard après la période fébrile, c'est-à-dire un mois après le début de l'affection.

FAITS CLINIQUES

Morsure de vipère aspic ayant déterminé des accidents locaux et généraux graves ; guérison par injection de sérum anti-venimeux.

Le 22 mai dernier, vers 11 heures du matin, une femme de 60 ans gardait paisiblement ses chèvres et sa vache dans un pré, non loin de la Loire. Avisant un tertre ombragé d'un églantier, elle se proposait d'y goûter un repos enviable en raison de la chaleur très lourde de cette journée orageuse, quand elle ressentit soudain une douleur très vive à la jambe droite, au-dessus du talon. Elle aperçoit alors, tout près d'elle, un serpent « levé », et prêt à recommencer.

La brave femme abandonne son bétail et rentre chez elle, brûle la plaie avec la flamme d'une allumette, fait un brin de toilette, met ses bottines à boutons, et court chez son médecin, où elle arrive très essoufflée par les deux kilomètres de trajet. Elle a peine à expliquer ce qui lui est arrivé ; son visage est altéré, couvert de sueur ; le pouls, très mou, bat à 110.

La blessée se plaint de violents maux de tête « à peur de se trouver mal », et de fait tombe en syncope. Après administration d'un cordial et application d'un pansement, la malade est reconduite chez elle en auto, et l'on envoie chercher du sérum de Calmette. Pendant ce temps, la respiration se fait péniblement, la malade devient violacée, vomit tout liquide. La jambe est tuméfiée et très douloureuse à la pression. L'état général s'altère de plus en plus, et l'on songe à faire de la respiration artificielle, quand, vers 16 heures, le sérum est apporté. Injection de 10 cc. ; une demi-heure après, la malade respire mieux et reprend sa coloration normale. Le soir, le pouls bat à 60 ; il n'y a plus de malaises, sauf un léger mal de tête, calmé par des compresses fraîches. Le lait est toléré ; la jambe reste douloureuse.

Le lendemain, tout rentre dans l'ordre ; la malade a bien dormi. Seule, la jambe reste toujours tuméfiée et très sensible à la pression.

Trois jours après, la gaieté est revenue ; la malade ne se plaint plus que d'une raideur dans le membre inférieur mordu.

La morsure provenait d'une vipère aspic.

Doyen (1) (de Montlouis), en publiant cette observation, insiste sur l'efficacité incontestable de l'injection de sérum. Dans les régions où l'on rencontre des vipères, tout praticien doit avoir à sa disposition du sérum antivenimeux au même titre que du sérum antitétanique.

FORMULES

Antiprurigineux.

Lotions chaudes :

Eau très chaude	2 parties
Vinaigre ordinaire	1 —

Pâtes :

Menthol	0 gr. 40
Camphre	1 gr.
Oxyde de zinc, Talc (ââ)	7 gr.
Vaseline, Lanoline	12 gr.

(Lacapère et Montlaur).

Séborrhée cutanée.

Massages suivis de dégraissages à la liqueur d'Hoffmann ; pour la nuit, application de la pommade :

Soufre précipité, Alcool camphré	10 gr.
Glycérine	50 —
Eau dist.	200 —

ou :

Acide tartrique, Acide salicylique, Résorcine	1 à 5 gr.
Alcool à 60°	50 gr.

(Sabouraud)

Contre la séborrhée du cuir chevelu, savonnages fréquents, suivis de l'application de pommade soufrée (1/40 à 1/10).

(1) *Archives médico-chirurgicales de Province*, juin 1925.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Traitement pratique de l'hémorragie intestinale.

Par M. le Dr Pierre Lowys,
Médecin adjoint du Sanatorium de Gorbio, à Menton.

I. — *Traitement commun.*

a) *Traitement général* : repos absolu au lit, diète avec ses différentes modalités (absolue, hydrique, hydro-lactée, végétarienne...). Administration d'hémostatiques : chlorure de calcium, injections strictement sous-cutanées d'émétine (0,04-0,08 p. d. en s'arrêtant à la dose totale de 1 gramme), injections de sérum gélatiné, avec toutes les précautions d'asepsie requise (une ampoule par jour de 100-150 cc.), injections de sérum de cheval (Hémostyl, Anthéma ; 5-10 cc. par jour) en se méfiant des réactions sériques. Thérapeutique « immobilisante » : l'opium sous toutes ses formes (injections de morphine, par doses de 0 gr. 005, 1-2 fois p. d., avec ou sans huile camphrée), pilules d'opium, héroïne, etc. On peut associer ces médications :

Chlorure de calcium	6-8 gr.
Extrait d'opium	0 gr. 10
ou : héroïne	0 gr. 02
Eau de laurier-cerise	10 gr.
Sirop d'écorces	50 gr.
Eau distillée	Q. S. pour 210 cc.

Une cuiller à soupe toutes les deux-trois heures.

Se méfier des injections de sérum artificiel à fortes doses, qui, par la hausse excessive de tension qu'elles entraînent, peuvent augmenter l'hémorragie. Transfusion du sang dans tous les cas elle est indiquée... et possible. Traitement toni-cardiaque, dans les grandes hémorragies.

b) *Traitement local* : vessie de glace sur le ventre (il est bon d'en avoir deux, une appliquée sur le ventre, l'autre, mise de côté au froid, pour éviter toute interruption dans le refroidissement abdominal ; bien spécifier par écrit les détails de l'application de flanelle interposée entre la paroi et la vessie). Dans les hémorragies de la partie terminale de l'intestin, on a préconisé les lavements : grands lavements chauds (40-45 degrés, sous contrôle thermométrique ; la décoction de guimauve conserverait mieux la chaleur), lavements de sérum de cheval, lavements astringents (100-200 gr. d'une solution de nitrate d'argent de 1 à 5 %, après lavement évacuateur). Nous avouons être peu partisans de ces lavements : outre qu'il nous paraît peu rationnel de « glacer le devant et rôtir le derrière », leur application mobilise toujours plus ou moins le patient, et, bien souvent, même après administration d'un lavement évacuateur, le lavement à garder est rapidement expulsé par un rectum intolérant.

II. — *Traitement spécial.*

a) *Fièvre typhoïde* : suppression immédiate des bains froids ;

b) *Ulcération duodénale ou colique* : diète très sévère, prescription de carbonate de bismuth. Il y aurait lieu d'éviter tout ce qui pourrait provoquer la sécrétion salivaire et, par contre-coup, la sécrétion gastrique (L. Meunier) : succion de glace, lavages de bouche à l'eau alcaline ; c) *cancer du rectum* : recourir le plus tôt possible à l'intervention du chirurgien ; d) *hémorroïdes* : administration de marron d'Inde, de cyprès (ce médicament, récemment encore vanté par Leclerc est vraiment très utile ; on le prescrira, sous le nom de Cupressus sempervirens ou de Sérû, pour éviter toute plaisanterie macabre à son sujet ! Dose : XX-XXV gouttes, 3-4 fois p. d. ; en lavement : 1 cuiller à café pour 150 gr. d'eau ; e) *cirrhose* : traitement concomitant de l'insuffisance hépatique : sérum sucré, lavements froids, opothérapie hépatique, etc. ; f) *dysenterie* : son traitement particulier.

Un point à signaler pour le nouveau-né : toujours penser à la possibilité de sang dégluti (crevasse du mamelon de la nourrice, lésion nasale ou buccale de l'enfant) et à celle de l'hérédo-syphilis.

Traitement de l'hématurie.

Ce que nous venons de dire plus haut nous permettra d'être bref à son sujet, le traitement général étant commun en de nombreux points.

Nous avons souvent obtenu des résultats heureux avec l'émétine et recommandons son emploi. Naturellement, ici plus qu'ailleurs, il faudra, de toute nécessité, poser ensuite un diagnostic étio-

logique exact, qui seul permettra une thérapeutique appropriée.

Nous terminerons en citant ces deux formules, la première due au Pr Robin, la deuxième au Pr Bazy :

1° Ergotine	4 gr.
Acide gallique	0 gr. 50
Sirop de térébenthine	30 gr.
Eau de tilleul	100 gr.

Une cuiller à soupe toutes les heures (hématurie avec pyélite).

2° Antipyrine finement pulvérisée	5-10 gr.
Camphre pulvérisé	10 gr.
Huile stérilisée	100 gr.

En injecter, avec la sonde, 10-15 cc. dans la vessie, 1-2 fois par jour ; le malade devra cesser d'uriner dès que l'huile apparaît.

PRATIQUE MÉDICALE

La diastolisation nasale.

Par M. le Dr E. Feldstein,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Assistant de consultation O. R. L. à l'Hôpital Saint-Antoine.

Sous le nom de diastolisation nasale, G.-F. Gautier a imaginé un nouveau mode de traitement de *certaines* obstructions nasales, dont le but est d'agir, par une excitation mécanique appropriée, à la fois sur les glandes de la muqueuse pituitaire et sur le tissu érectile sous-jacent, au niveau de l'étage inférieur de la fosse nasale.

Pierre-Robin s'est intéressé à la question ; il a simplifié l'instrumentation et modifié le nom du procédé, qu'il intitule : endo-massage nasal (1).

Tout récemment, Worms, après avoir étudié la méthode de Gautier, nous a donné le résultat de ses observations sur « l'intubation caoutchoutée » (2).

Nous allons étudier successivement l'instrumentation, la technique et les indications de cette nouvelle méthode.

Instrumentation. — *L'instrumentation de* Gautier comporte une série de bougies en caoutchouc semi-rigide, creuses, fermées à leur extrémité antérieure et de calibre progressivement croissant. Elles sont de coupe triangulaire, à bords mousses et leur forme « en griffe », légèrement courbe, permet une introduction facile dans le canal nasal. Leur extrémité postérieure, ouverte, est réunie à une poire de caoutchouc, au moyen d'un ajutage en verre et d'un tube-raccord de caoutchouc.

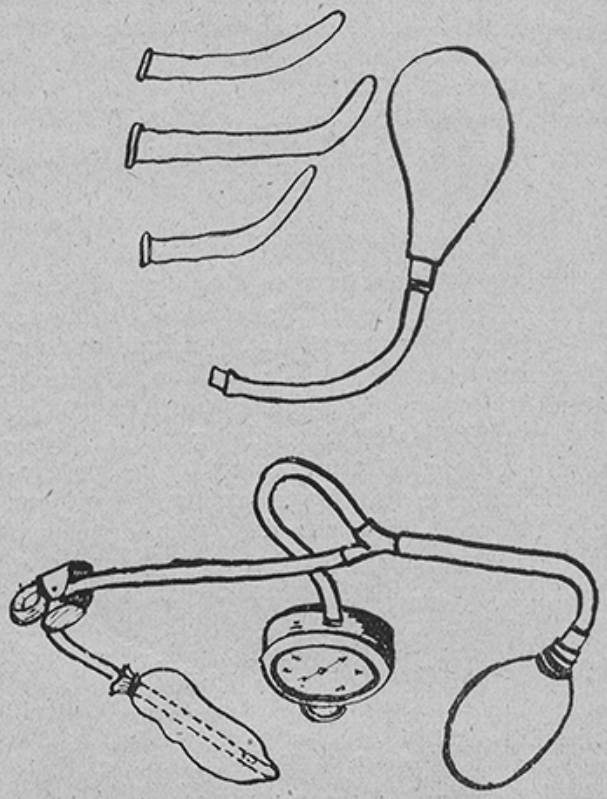


FIGURE 1.
En haut, instrumentation de Gautier.
En bas, instrumentation de Pierre-Robin.

L'instrumentation de Pierre-Robin est essentiellement constituée par une sonde de Nélaton n° 8 ou 10 et d'un doigtier de baudruche qu'on déroule et dont on coiffe la sonde. L'extrémité postérieure du doigtier est serrée, par un fil, sur la sonde. Celle-ci, semi-rigide, permet l'introduction, dans le nez, du ballonnet ainsi formé. C'est en somme le ballon de Laurens, qu'on emploie contre les épistaxis et qui est ici adapté à un autre usage. Il suffit de relier le bout postérieur de la sonde à une poire de caoutchouc pour gonfler le ballon. Un petit tube de dérivation, réuni à un manomètre, permet de lire la pression fournie par la poire et contrôle ainsi la manœuvre. On peut, au moyen d'un raccord en Y, gonfler simultanément deux ballonnets et traiter en même temps les deux fosses nasales. Sur ces données et en y apportant quelques modifications, nous avons fait construire par Simal un instrument qui s'introduit moins bien

(1) *Journal de Médecine de Paris*, 16 mai 1925.
(2) Annales des Maladies de l'oreille, août 1925.

peut-être, que celui de GAUTIER mais qui semble mieux se mouler sur les parois avec lesquelles il est en contact.

Technique. — La bougie de GAUTIER, préalablement stérilisée et lubrifiée est introduite dans la fosse nasale, par la narine et pénètre jusqu'à l'orifice choanal ou même jusque dans le cavum, au voisinage de l'orifice tubaire.

Son introduction n'est pas douloureuse, même à la première séance ; elle est tout au plus désagréable et ne justifie pas une cocaïnisation préalable qui gênerait d'ailleurs les effets de la diastolisation.

La bougie, en place, est au contact de la face convexe du cornet inférieur qu'elle déborde légèrement, à la partie moyenne.

La bougie est reliée à la poire et se gonfle plus ou moins selon la pression qu'on imprime à cette dernière.

En même temps qu'on provoque ces *mouvements de distension et de détente* de la bougie, on lui donne des *mouvements de va-et-vient* dans le sens

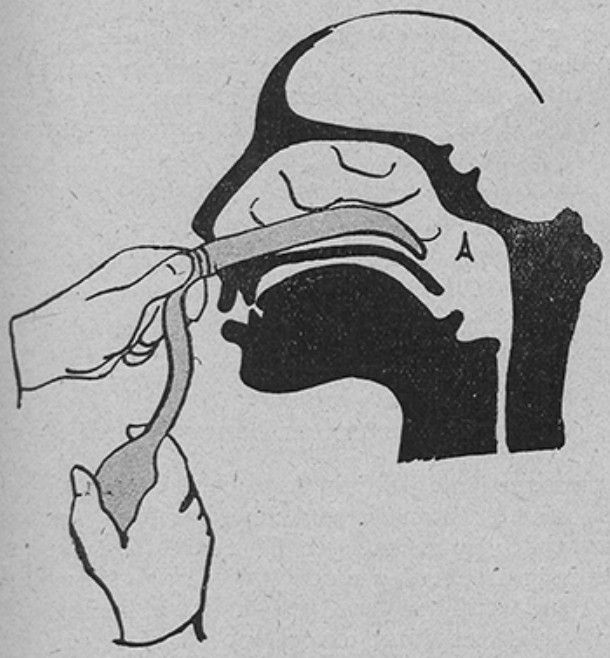


FIGURE 2.

La bougie est introduite dans la fosse nasale. La main gauche lui imprime des mouvements de va et vient, tandis que la main droite la gonfle, en pressant la poire.

antéro-postérieur ; ces deux manœuvres, combinées, assurent un massage complet de la muqueuse, placée au contact de la bougie ; ses effets semblent même s'étendre au delà, dans toute la zone avoisinante.

A chaque séance, on fait un certain nombre de pressions et de mouvements, lentement, régulièrement, d'une façon rythmée. A la fin de la séance, on peut laisser la bougie en place quelques minutes.

Le calibre de la bougie est augmenté à chaque séance, si on emploie l'instrumentation de GAUTIER ; si on emploie celle de ROBIN, il suffit d'augmenter la pression de l'air du ballonnet, ce qui est facile de vérifier par le manomètre. On commence par une séance chaque semaine, puis deux ou trois. Le nombre de séances est variable selon les cas.

La diastolisation nasale n'agit pas par distension mécanique des parois nasales mais par excitation vaso-motrice sur la muqueuse. Après une séance de bougirage, on note deux effets immédiats très nets : 1° une rétraction du cornet inférieur ; 2° une sécrétion abondante de mucosités par dégorgement glandulaire.

Ces effets ne se maintiennent pas, au début et c'est progressivement qu'on arrive à recalibrer la fosse nasale. De plus, la diastolisation « sollicite tout naturellement les réactions des centres bulbaires » (WORMS) et provoque notamment un réflexe inspiratoire, à point de départ nasal.

Indications. — *La diastolisation est loin de pouvoir ouvrir tous les nez bouchés.* Il est parfaitement inutile de l'essayer contre les obstructions mécaniques des fosses nasales, par déviation, crête ou éperon de la cloison ou contre celles qui sont dues à des polypes, à une tête de cornet moyen bulleuse ou hypertrophiée, à une queue de cornet blanche, en chou-fleur ou à une hypertrophie ancienne du cornet inférieur, avec muqueuse épaissie, grisâtre, dégénérée. On irait à un échec certain.

Les seuls cas de nez bouchés qui relèvent de la diastolisation sont ceux où l'on pratique classiquement la cautérisation ignée : *hypertrophie des cornets au stade congestif*, influencée par la température de l'air et son état hygrométrique, influencée par la position de la tête ou des troubles de la circulation générale. *Rhinite à bascule, cornets en accordéon* qui gonflent et dégonflent sous la moindre influence venue de l'extérieur ou de l'organisme, constituent la meilleure indication de la méthode ; à ce stade, il s'agit simplement d'une congestion diffuse sans hyperplasie, caractérisée par du gonflement, de la rougeur et du ramollissement ; le tiers inférieur des fosses nasales, surtout au niveau du cornet inférieur, est la portion la plus atteinte, d'où la possibilité de la traiter par la méthode. Quand l'affection passe au stade sui-

vant, stade d'hypertrophie vraie, avec dégénérescence de la muqueuse et lésions glandulaires avancées, la diastolisation doit être mise de côté, au profit de procédés plus radicaux.

L'épreuve de la cocaïne donne un renseignement intéressant dans les cas douteux : si, après badigeonnage de cocaïne (solution au 10e, adrénalinée) sur le cornet inférieur, celui-ci est encore capable de se rétracter et de rétablir ainsi la perméabilité nasale, on peut diastoliser ; sinon, on doit recourir à la résection, qui, seule, donnera un résultat.

Chez les enfants adénoïdiens, on constate souvent, en plus de l'obstacle naso-pharyngien, une obstruction nasale vraie, due à de gros cornets congestifs. Après la cure des végétations, l'obstruction peut persister : la diastolisation donne alors un résultat appréciable, même si à la congestion simple a succédé la congestion avec catarrhe.

Accessoirement, le traitement favorise le drainage des sinus et du canal lacrymo-nasal ; il a une action plus douteuse sur l'hydrorrhée nasale ou les rhinites spasmodiques. Il peut être enfin d'un certain secours dans la rééducation nasale chez les impotents du nez, abouliques de la respiration dont le nez, parfaitement perméable, est pourtant incapable de fonctionner ; il agit alors en excitant le réflexe inspiratoire nasal.

La diastolisation nasale n'est pas une thérapeutique à tout faire. Il faut savoir *limiter ses indications.* A cette condition seulement, on évitera des insuccès qui ne sont pas imputables à la méthode elle-même.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'immunisation par les pansements spécifiques.

C'est une curieuse découverte qu'a faite M. Besredka, de l'Institut Pasteur. Il montre que les cellules sont aptes à se vacciner directement et, si la lésion occupe la peau, arrivent parfaitement à immuniser l'organisme (*Immunisation locale, Pansements spécifiques*, 1925). Le *charbon*, les infections à staphylocoques et à streptocoques n'ont point besoin d'être combattus moyennant une vaccination opérée par voie sanguine. Il suffit de faire pénétrer le vaccin au niveau de la lésion cutanée. Dans le cas du charbon, la tâche consiste à désensibiliser l'appareil cutané, notamment les cellules phagocytaires fixes de la peau. La cutivaccination pratiquee chez les moutons a valu des résultats remarquables ; elle est aussi efficace que la vaccination sous-cutanée.

Sans posséder l'affinité exclusive de la bactéridie pour la peau, le *staphylocoque* manifeste une prédilection pour l'appareil cutané. Les compresses imbibées de cultures de staphylocoques agissent à la manière de vaccins. Il existe dans ces cultures une substance soluble atoxique, insensible à la chaleur, qui se détache facilement du corps du microbe et agit à la façon d'antagoniste. M. Besredka a donné à cette substance le nom d'antivirus. Elle n'agit qu'administrée dans ou sur la peau.

Dans la peau, l'action d'une injection est plus efficace que sous la peau. L'effet de la vaccination intracutanée est particulièrement net lorsqu'on multiplie les points d'injection, de façon à procéder, en quelque sorte, à une cuti-vaccination en nappe.

Le *streptocoque* laisse diffuser une substance spécifique ayant tous les caractères propres à l'antivirus staphylococcique. L'action est surtout manifeste lorsque la substance est appliquée sur la peau directement, en pansement. Il n'en pouvait guère être autrement. L'immunité la plus solide est celle que confère l'infection naturelle. Il était tout indiqué, lors de la vaccination artificielle, d'emprunter les voies que suivent les virus, lors de leur pénétration dans l'économie.

L'immunisation par voie cutanée ou par voie buccale répond à cette nécessité.

CLINIQUE MÉDICALE

Le rhumatisme cardiaque évolutif.

Lorsque l'endocarde a été touché au cours d'une poussée de rhumatisme articulaire aigu, on sait que toute autre poussée de rhumatisme articulaire aigu même léger peut produire au niveau de cet endocarde malade une nouvelle localisation inflammatoire d'une exceptionnelle gravité. Josué avait déjà signalé que cette griffe secondaire peut survenir sans qu'il se produise de tableau articulaire. Ainsi au cours d'une insuffisance mitrale, l'apparition d'un fébricule continu peut traduire uniquement le réveil de la maladie de Bouillaud. Ribierre et son élève Plichon (*Thèse de Paris*, 1924) viennent de montrer que ces poussées évolutives du rhumatisme peuvent se répéter pendant des mois. Il s'agit alors de ce que ces auteurs nomment le rhumatisme cardiaque évolutif.

Ce rhumatisme cardiaque évolutif apparaît à la première atteinte du rhumatisme ou à l'occasion d'une récidive.

Dans le rhumatisme cardiaque d'emblée évolutif, on voit après la première étape de trois à quatre semaines durant laquelle l'endocarde et les articulations sont touchées en même temps et dont les phénomènes infectieux calmés, il ne reste qu'une insuffisance mitrale, reparaître de nouvelles poussées fébriles. Le malade paraissait guéri. Il n'en est rien. Pendant des mois, durant une période que les auteurs nomment « période de déroulement », se produisent des courtes poussees fébriles rapidement accompagnées de gêne douloureuse, d'une augmentation de l'aire de matité cardiaque, d'assourdissement des bruits, et d'une diminution de l'ancien souffle orificiel. On peut voir survenir un autre souffle organique ou un souffle de dilatation fonctionnelle. Ces signes traduisent l'évolution d'une pancardite à reprises, l'endocarde, le péricarde sont touchés en même temps et l'atteinte du myocarde se traduit par la dyspnée, l'hépatomégalie douloureuse, l'oligurie et des œdèmes légers.

Pendant que se déroulent ces symptômes, la fièvre est peu élevée et le rhumatisme se dévoile à peine par des petites arthralgies fugaces au deuxième ou troisième jour des poussées fébriles.

Après quelques semaines, la fièvre tombe, on voit s'effacer cette hyposystolie inflammatoire et à la cardite évolutive succède la cardiopathie cicatricielle. Mais il peut se produire à la place de cette évolution cicatricielle une insuffisance cardiaque irréductible.

Dans le *rhumatisme cardiaque secondairement évolutif*, le cœur est touché anciennement par l'infection rhumatismale. Dès son début la récidive rhumatismale s'accompagne de dyspnée, de douleurs angoissantes, la matité cardiaque s'élargit, le foie déborde notablement le rebord costal. Une tachyarythmie complète se montre et en même temps la température s'élève et se maintient aux environs de 38°. Le malade entre alors dans la période de déroulement, mais avec une allure beaucoup plus sévère que dans le rhumatisme d'emblée évolutif. Les signes de myocardite et souvent de péricardite à épanchement s'associent aux tableaux de l'atteinte endocardique. En quelques semaines s'établit une asystolie intense avec fièvre. On voit survenir des rémissions précaires, transitoires et en quelques mois l'évolution se fait « vers un état de cachexie cardiaque, teintée d'infection, que termine parfois inopinément un accident brusque, une défaillance myocardique, surprenant le malade en pleine connaissance ».

Le diagnostic est souvent difficile. Il faut chercher le rhumatisme articulaire aigu pour le trouver ; dans un examen superficiel, il échappe. On a trop vite tendance à incriminer une infection streptococcique d'origine naso-pharyngée, et à penser à l'endocardite subaiguë de VAQUEZ et LUTEMBACHER. Une hémoculture est nécessaire en cas d'hésitation, l'endocardite à streptocoques donne une hémoculture positive quand celle-ci est faite avec les milieux et une technique suffisante.

Mais le diagnostic le plus difficile est à discuter avec l'endocardite maligne à forme lente d'OSLER. Celle-ci a une évolution plus continue, plus longue, moins entrecoupée ; le signe des doigts, la découverte à l'hémoculture du streptocoque de SCHOTMULLER non hémolytique, troublant le bouillon et faisant fermenter les sucres aideront pour le diagnostic.

Il n'est pas sans importance de faire le diagnostic, car au diagnostic de rhumatisme cardiaque évolutif s'attache un traitement qui peut être très utile quand il est prescrit à temps. A côté du traitement toni-cardiaque, il faut prescrire du salicylate de soude à doses suffisantes et continues. Souvent le rhumatisme cardiaque s'immobilise sous l'effet du salicylate. On lui adjoindra l'application de glace sur le cœur qui complète la thérapeutique. Si un épanchement péricardique persiste après le traitement salicylé, on discutera l'opportunité d'une ponction après contrôle nécessaire sous les rayons X.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Conservation du poisson par le froid. — M. DESGREZ présente une note de MM. A. LOIR et LEGAUGNEUX du Havre. Les auteurs insistent sur la différence qui existe entre le poisson conservé dans la glace, selon la méthode employée en ce moment sur les chalutiers, et celui mis dans des frigorifiques. Ces derniers pourraient et devraient être installés à bord de grands navires de pêche. En ce moment nous ne mangeons que du poisson conservé à zéro degré. Dans un frigorifique où il serait placé dès le moment ou il est pêché, le poisson conserverait ses qualités de poisson frais.

C'est une question économique importante et un moyen de lutter contre la vie chère. C'est aussi une question d'hygiène alimentaire à étudier de près car, dans l'alimentation, les résultats donnés par le poisson

frais sont différents de ceux donnés par le poisson conservé souvent pendant une quinzaine de jours dans la glace fondante.

Les malades étrangers dans les hôpitaux. — M. Léon Bernard montre les causes de l'immigration en France ; il faut compter avec la dépopulation, la guerre, les nécessités de la main-d'œuvre. Pour lutter contre ces facteurs, il faut un contrôle ethnique, moral et sanitaire.

La Commission soumet au vote de l'Académie le vœu suivant :

« L'Académie de Médecine, fidèle aux traditions de « l'hospitalité française, informée du nombre considé- « rable d'étrangers soignés dans nos hôpitaux, alors « qu'ils étaient plus ou moins récemment entrés dans « notre pays, sans avoir été préalablement soumis à un « examen médical suffisant : émue des conséquences « fâcheuses de cet état de choses, tant au point de vue « des charges d'assistance que des dangers pour la « santé publique qu'il entraîne, demande aux Pouvoirs « publics d'organiser, sans retard, le contrôle sani- « taire de l'immigration. »

M. Jeanselme. — Le chiffre des étrangers admis à St-Louis est de 34 0/0.

M. Claude. — La question de race doit jouer un grand rôle dans les facilités accordées à l'immigration.

M. Sergent. — De nombreux aliénés et des tuberculeux nous sont envoyés des pays étrangers.

Les formes filtrantes du virus tuberculeux. — M. Henri Durand apporte le résultat des recherches qu'il a entreprises dans le laboratoire de M. Sergent sur les formes filtrantes du bacille de Koch, recherches qui ont été poursuivies en même temps par d'autres et auxquelles son nom doit rester attaché.

L'augmentation du nombre des aliénés. — M. Benon.

Notice nécrologique sur M. Maunoury. — M. Pierre Duval.

19 janvier 1926.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. le Président annonce le décès et prononce l'éloge funèbre de M. Gabriel Maunoury (de Chartres).

A propos de la technique de l'extériorisation colique. — M. Ans. Schwartz insiste sur l'importance de l'adossement des deux bouts coliques sur une hauteur de 6 à 8 cent., ce qui permet, au moment où l'on veut obtenir la fermeture, l'application facile de l'entérotome.

M. Alglave utilise le procédé de la languette cutanée sous l'anse exclue ; au moment de la fermeture, il a également recours à l'entérotome.

A propos du traitement chirurgical des péricardites aiguës de nature probablement tuberculeuse. — M. Duguet a revu le malade opéré par lui en 1921 : la guérison se maintient complète. L'essentiel est d'opérer tôt, dès que le médecin a la certitude de l'épanchement et de sa nature tuberculeuse, et alors que les lésions sont encore discrètes.

Un cas d'adhérences péricardiques amélioré par la résection du gril costal dans la région précordiale (opération de Brauer). — M. Hartmann analyse une observation de MM. Bergeret et Théodoresco concernant un homme de 26 ans chez lequel une péricardite adhésive avait déterminé un état général sérieux : œdème, essoufflement, oligurie ; traitement digitalique impuissant. Opération de Brauer : amélioration énorme se maintenant après 17 mois.

Une forme de lésion osseuse intermédiaire entre les tumeurs à myéloplaxes et les kystes des os. — M. Tavernier (de Lyon) attire l'attention sur cette lésion difficile à classer.

MM. Dujarier, Cunéo, Mouchet, Heitz-Boyer, Ombredanne, Gernez, prennent part à la discussion.

(*6 janvier.*) J. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 janvier 1926.

Syphilis spinale pseudo-tumorale avec xanthochromie ou dissociation albumino-crytologique. Contrôle lipiodolé. — MM. Sicard, Haguenau et Lichwitz à l'occasion des communications de Guillain et Hudelo, apportent des faits cliniques, biologiques et radiographiques sur les modalités pseudo-tumorales de la syphilis spinale. Ils montrent les localisations possibles spino-lombo-sacrées, spino-lombaires, ou spino-dorsales, ainsi que des types différents du syndrome humoral rachidien, avec : soit xanthochromie hyperalbuminose et hypercytose, soit hyperalbuminose et hypercytose, soit dissociation albumino-cytologique sans xanthochromie.

Dans ces formes de diagnostic difficile, entre la tumeur spinale et la syphilis méningo-radiculaire ; ils font voir qu'il existe deux signes importants : l'un biologique, la réaction rachidienne de B.-W., qui se montre le plus souvent positive avant tout traitement syphilitique ; l'autre radiologique, plus fidèle encore : l'étude du cheminement liopiodolé. Le lipiodol ne se

fixe pas en arrêt pathologique du type tumoral ; il peut, ou bien s'égrener en un chapelet méningé (méningite cloisonnée), ou bien passer librement au travers de la cavité sous-arachnoïdienne (méningite exsudative simple).

Réfléxions sur deux cas de dextrocardie. — MM. A. Clerc et R. Lévy présentent deux observations qui bien que semblables par l'existence d'une dextrocardie véritable, s'opposent par l'ensemble des autres symptômes.

La première concernait une femme de 58 ans morte d'insuffisance cardiorénale chez laquelle la *dextrocardie avec situs inversus* avait été diagnostiquée, pour la première fois, ou moment de l'entrée à l'hôpital ; l'autopsie montra l'inversion complète des viscères y compris celle du cœcum et de l'appendice qui siégeaient dans la fosse iliaque gauche.

Dans l'autre cas il s'agissait d'un homme bien portant, quoique emphysémateux, présentant une *dextrocardie pure* sans transposition des autres organes ; la radioscopie montre, outre une scoliose accentuée, le soulèvement considérable de l'hémi-diaphragme gauche, ayant fait chavirer le cœur à droite. Il est probable qu'il s'agit d'une anomalie non plus contestable mais acquise. D'ailleurs par l'électrocardiogramme les complexes sont normaux en D I tandis que, dans la première observation, ils étaient inversés comme c'est la règle dans les cas de situs inversus. Dans les cas de dextrocardie pure au contraire, malgré le changement d'orientation que subit l'axe du cœur, il n'y a en général pas de transposition des cavités elles-mêmes, toutefois on a pu, exceptionnellement, conclure à l'existence de cette dernière grâce, à l'aspect en miroir présenté par les complexes et cela malgré la situation normale des autres viscères. On voit quelle importance diagnostique prendrait en pareille circonstance l'électrocardiographie.

Action de certains excitants neuro-végétatifs et endocriniens sur la contractilité de la vésicule biliaire chez l'homme. — MM. M. Chiray, J. Lebon et H. Callegari rapportent les expériences qu'ils ont entreprises pour étudier, à l'aide de la sonde duodénale, l'action de certaines drogues et de certains extraits opothérapiques sur la contractilité du cholécyste chez l'homme. Ils montrent que l'injection sous-cutanée de 1 centigr. de chlorhydrate de pilocarpine rend la vésicule biliaire plus sensible à l'excitation duodénale magnésienne produite dans l'épreuve de Metzer-Lyon. Dans ces conditions en effet la contraction obtenue est plus rapide dans son apparition et plus brève dans sa durée, parce que plus puissante. L'injection sous-cutanée d'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse a également une action considérable sur le cholécyste comme d'ailleurs sur toute la musculature lisse. Elle peut à elle seule et en dehors de toute excitation duodénale provoquer une contraction vésiculaire relativement forte et rapide. Il y a là une action élective qui rappelle celle de la digitale sur le cœur. Ces constatations qui apportent un argument nouveau en faveur de l'origine vésiculaire de la « bile B » donnent en outre au médecin la possibilité d'agir à son gré sur la contractilité vésiculaire et lui permettent de traiter facilement la stase vésiculaire atonique qui est si fréquente.

M. Laignel-Lavastine. — L'excitation du vague peut aussi exagérer la contractilité vésiculaire et on peut employer la belladone au point de vue thérapeutique pour espacer les coliques hépatiques.

Axiphoïdie et hérédo-syphilis. — MM. Sézary, Vibert et Godel ont recherché dans quelle mesure l'axiphoïdie pouvait être considérée comme un signe d'hérédo-syphilis. Ils ont d'abord examiné 226 enfants après s'être assurés que l'appendice xiphoïde est perceptible même chez le nourrisson. Ils ont trouvé parmi eux 45 axiphoïdiens (soit 20 0/0) dont 58 0/0 sont des syphilitiques héréditaires. Ce qui prouve, étant donné que l'hérédo-syphilis est parfois impossible à démasquer, que l'anomalie s'observe assez souvent en pareil cas. Ils l'ont d'ailleurs rencontrée sept fois chez 10 hérédos adultes. Mais l'axiphoïdie existe aussi chez des sujets dont rien ne démontre l'hérédité syphilitique. Aussi les auteurs concluent-ils que la constatation de cette anomalie pose le problème sans le résoudre et ils pensent, avec M. Queyrat, qu'elle doit seulement inciter le médecin à rechercher les autres signes de la syphilis héréditaire.

Paralysie amyotrophique radiculaire partielle du type supérieur lombaire par rhumatisme vertébral chronique. — MM. Raynaud, Lacroix, Boutin, Marill relatent une observation, dans laquelle seule la radiographie donne la clé du diagnostic étiologique. Ils rappellent les faits de paralysie amyotrophique cervico-brachiale plus particulièrement mis en lumière par Léri, et en rapprochent leur observation.

Manifestation à forme épidémique de cas de pneumonie franche chez les enfants. — MM. P. Armand-Delille et Vanbockshael publient les observations de neuf cas de pneumonie aiguë, dont un certain nombre avec réaction méningée, amenés dans leur service de l'hôpital Hérold, dans l'espace de quinze jours, en même temps qu'un cas de méningite à pneumocoque ; ils n'ont pu étudier le pneumocoque que dans un cas, il s'agissait du type n° 1, ils insistent sur le caractère épidémique de ces manifestations et font une enquête pour savoir s'ils ont été observés dans d'autres hôpitaux avec des caractères analogues.

Sur un cas de grande hémophilie au cours d'un ictère lithiasique infecté. Transfusion, opération, guérison de l'hémophilie. — MM. P. Emile-Weill et Stiefel rapportent le cas d'une jeune femme atteinte, depuis plus de deux mois, d'un ictère par obstruction lithiasique cholédocienne qui présentait, avec de la fièvre bilio-septique, un état hémorragipare grave. On ne pouvait l'opérer, parce que son sang n'était pas coagulé *in vitro* au bout de trois jours et que cette lésion hémophilique aurait entraîné sa mort sur la table d'opération. Le temps de saignement était normal, mais plus tard, à certains examens, il atteignit 9 et 14 minutes. Il y avait en outre anémie, 1 million 900.000 hématies, 90.000 hématoblastes. Le caillot était irrétractile.

Une première transfusion, qui corrigea complètement le sang pendant deux heures, fit passer la coagulation de façon durable à une heure et les hématies à 2.300.000. Une deuxième transfusion, six jours plus tard fit monter les globules rouges à 3.500.000 et la coagulation à deux heures. Une troisième fut alors pratiquée la semaine suivante avant l'opération, qui eut lieu sans incidents et permit de retirer douze calculs. Six jours après, la veille de l'ablation des drains, la coagulation avait lieu en 13 minutes, le temps de saignement était normal et les hématies s'élevaient à 4.000.000. L'ictère avait disparu et la malade guérit en même temps de son ictère et de son hémophilie.

Les transfusions ont permis d'opérer et de guérir cette femme qui eut succombé sans intervention. Transfusion et opération ont fait cesser les lésions hépatiques, qui déterminaient cette hémophilie symptomatique et rendu le sang normal.

Cette intéressante observation montre qu'il peut exister à côté de l'hémophilie vraie des hémophilies symptomatiques de lésions hépatiques, dont la suppression amène la guérison sanguine. Le remarquable cas d'hémophilie sporadique chez un syphilitique guéri par le traitement spécifique, que publia récemment Paisseau rentre dans cette même catégorie de faits.

Elle prouve encore que certains syndromes hémorragiques hépatiques relèvent non de l'ictère grave et de la destruction du fibrinogène, mais de troubles fonctionnels portant sur la sécrétion des ferments coagulants, troubles dont la thérapeutique peut se rendre maîtresse. L'étude du sang, pratiquée de façon systématique, doit rendre dans ces cas le plus grand service aux malades chirurgicaux.

Accidents nerveux, osseux et articulaires chez un ancien syphilitique. — MM. Bariety et M. Kaplan.

CORRESPONDANCE

A propos du traitement de l'angine de Vincent.

Dans le numéro du 2 janvier, le Dr Feldstein indique quatre traitements de l'angine de Vincent; qu'il me soit permis d'en signaler un cinquième.

Au mois de juillet 1925, ayant observé une ulcération sanieuse du voile du palais, avec stomatite et gingivite, traitée sans succès depuis un mois à l'hôpital Saint-Louis, j'ai songé à employer l'action locale du Stovarsol en faisant dissoudre dans la bouche deux comprimés par jour.

Le résultat a été tellement rapide que je me proposai de renouveler l'expérience.

Quinze jours plus tard, je lisais que des résultats analogues avaient été obtenus par un confrère d'Algérie.

Il y a douze jours, un jeune homme me montrait une large ulcération de la face interne de la joue droite, avec gingivite, et un frottis révélait l'association fuso-spirillaire. En quatre jours, l'action de 3 comprimés quotidiens de Stovarsol avait cicatrisé la large surface ulcérée, qu'un traitement de près d'un mois, par des antiseptiques, n'avait pas améliorée.

Ce procédé très simple ayant passé inaperçu de l'auteur de l'article, je me permets de le signaler.

Dr Moncany (de Corbeil).

BIBLIOGRAPHIE

Manuel du Médecin expert. Accidents du travail et maladies. Consultations chirurgicales, médicales et barèmes (Paris, Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine). — Un vol. in-16 carré de 770 pages. — Prix : 30 francs.

La Pratique des Accidents du Travail s'est enrichie des renseignements que l'expertise d'un grand nombre des blessés et des accidentés de guerre a apportés aux Médecins. Il était nécessaire qu'un Médecin depuis longtemps spécialisé dans la pratique et la vérification des Expertises de guerre et au courant des Législations et des Barèmes français et étrangers, écrivît un Manuel complet sur le sujet. L'étude des affections spéciales des yeux, du nez, des oreilles, du larynx et des maladies internes ne devait pas être sacrifiée à celle des lésions traumatiques externes, sans doute plus fréquentes, mais d'un diagnostic et d'une évaluation plus faciles. Livre bien conçu et qui rendra service.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. 1926

THERAPEUTIQUE INFANTILE

Le Traitement de la syphilis congénitale (1).

Par M. le Dr Robert Debré,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux.

La syphilis du nouveau-né, en règle générale, revêt une physionomie tout à fait particulière : celle d'une maladie ayant dans tout l'organisme une diffusion extrême. A ce point de vue, elle se distingue complètement de la syphilis acquise : vous n'ignorez pas combien, au cours de celle-ci — fût-ce en pleine période secondaire — il est difficile de rencontrer des tréponèmes dans le sang circulant. Au contraire, dans la syphilis héréditaire — qu'il vaut mieux appeler congénitale — les parasites sont répandus partout et pullulent dans tous les viscères : nous sommes en face d'une infection diffuse et à manifestations viscérales multiples. Cette notion est capitale pour le traitement : en effet, la première idée qui vient à l'esprit est de traiter la syphilis congénitale comme on traite une roséole : mais alors que chez l'adulte en période secondaire, sauf de rares exceptions, les viscères sont intacts, chez le nourrisson il n'en est rien : il est donc risqué d'employer chez lui des doses massives de médicaments toxiques.

La syphilis congénitale peut se présenter essentiellement sous deux aspects différents :

Parfois, nous sommes devant un nourrisson à la peau jaune sale, souvent légèrement infiltrée d'œdème et qui présente des manifestations cutanéo-muqueuses variées ; il est porteur de lésions osseuses cliniquement ou radiologiquement appréciables et aussi de lésions viscérales : sa rate, en particulier, est souvent volumineuse. De tels enfants sont très gravement atteints et le traitement quel qu'il soit ne donnera chez eux — il faut bien le savoir — que des résultats très incertains.

Au contraire, dans d'autres circonstances la syphilis se présente cliniquement comme localisée : il s'agit par exemple de nourrissons atteints de maladie de Parrot, ou porteurs d'une rate volumineuse, ou qui présentent des gommes sous-cutanées musculaires ou osseuses. Ces enfants sont, en général, un peu plus âgés que les précédents ; chez eux l'action de notre thérapeutique est tout à fait différente et même opposée : en effet, les traitements les plus doux et les plus simples donnent ici, en général, des résultats excellents et rapides.

A côté de ces deux grands types, il est d'autres cas beaucoup plus complexes : ce sont ceux où l'infection syphilitique ne se traduit non par des lésions diffuses ou localisées, mais par des troubles généraux qu'il faut savoir rattacher à leur cause véritable.

Ce sont des nourrissons anormalement pâles ou qui n'augmentent pas de poids ou encore qui présentent certains troubles digestifs, par exemple, cette tendance marquée au vomissement que M. Marfan appelle « maladie des vomissements habituels » et attribue à la syphilis héréditaire.

Dans ces cas les résultats du traitement spécifique sont très variables et il est impossible d'en prévoir à l'avance les effets.

Dans un autre ordre de faits, nous sommes en présence d'une malformation visérale ou l'enfant présente une arriération intellectuelle nette, voire une idiotie complète ; quelquefois il s'agit d'hémiplégie, de chorée ou de choréo-athétose. Dans tous ces cas le traitement spécifique — qu'il faut toujours instituer, faute de mieux — donne des résultats fort médiocres.

Enfin, un dernier cas en face duquel le médecin peut se trouver est celui d'une syphilis latente : l'enfant ne présente qu'une rate un peu grosse, une pâleur légère ou même n'a aucun eigne morbide, mais la syphilis des parents est certaine. De tels enfants doivent être traités pour prévenir l'apparition d'accidents plus tardifs, survenant par exemple au moment de l'adolescence.

La mise en pratique du traitement de la syphilis congénitale a beaucoup été étudiée au cours de ces dernières années. Le Congrès des Pédiatres de langue française (septembre 1924) s'est occupé de la question, d'un rapport de M. L. Tixier. Récemment M. Marfan a ezposé sa pratiqua dans une de ses cliniques.

Nous avons à notre disposition pour lutter contre l'infection syphilitique quatre médicaments : le mercure employé depuis le XVIe siècle et qui a conservé dans la médecine du nourrisson une place prépondérante ; l'iodure de potassium préconisé pour la première fois, en 1832, par Wallace, recommandé ensuite par Ricord et actuellement bien délaissé ; l'arsenic ou plutôt les arsénobenzènes utilisés depuis les travaux d'Ehrlich et Hata ; enfin le bismuth dont Balzer avait soupçonné l'utilité et dont Levaditi et Fournier ont enrichi notre thérapeutique

L'onguent napolitain constitue la forme la plus habituelle sous laquelle le mercure est employé dans le traitement des nourrissons; on l'utilise,

(1) Leçon faite à l'hôpital des Enfants-Malades le mercredi 16 septembre 1925 et recueillie par M. M. Lamy, interne des hôpitaux.

comme vous le savez, en frictions. Certains médecins conseillent de le dédoubler : il n'y a aucun inconvénient à l'employer pur (Marfan). Avant 6 mois, vous ferez frictionner avec une quantité d'onguent grosse comme un petit pois, après 6 mois grosse comme un gros pois, de 3 à 6 ans avec une quantité d'onguent grosse comme une noix. Vous ferez faire des séries de dix à quinze frictions quotidiennes.

Cette médication est parfaitement tolérée par les jeunes enfants, il est certain, d'autre part, qu'elle est efficace, quoiqu'on en ait dit, et somme toute elle rend d'excellents services.

Le mercure peut être donné aussi par voie buccale : on se servait beaucoup autrefois de la liqueur de Van Swieten qui est, comme vous le savez, une solution de sublimé au millième et dont on donne, avant 3 ans, de V à VIII gouttes par kilo, ajoutées au contenu du biberon.

Cette préparation présente deux inconvénients : elle exerce parfois une action irritante sur le tube digestif et elle a un goût désagréable qui la fait souvent refuser par les enfants.

On utilise plus volontiers une solution au millième de lactate d'hydrargyre, déjà recommandée par Gaucher et actuellement très employée par M Marfan : vous donnerez de cette solution V à X gouttes par kilo et par jour.

D'autres sels mercuriels peuvent être administrés également : par exemple, le bi-iodure.

En Angleterre et en Amérique on se sert volontiers d'une préparation connue sous le nom de poudre grise : elle est composée pour un tiers de mercure et pour deux tiers de craie : on en donne 0 gr. 01 par trimestre d'âge. Son principal avantage est de masquer complètement aux yeux de l'entourage la véritable nature du traitement.

Enfin le calomel tour à tour vanté, puis oublié, semble actuellement jouir d'une certaine faveur : la dose habituelle est de 0 gr. 01 à 0 gr. 03 par jour.

L'administration du mercure par voie rectale ne me paraît pas recommandable, son absorption étant douteuse.

Restent les injections : à mon avis, elles ont été trop négligées, le nourrisson les supporte très bien, surtout les injections de bi-iodure : on pourra injecter par jour 0 gr. 001 à 0 gr. 005 de ce sel.

L'arsénothérapie n'a pas été utilisée d'emblée chez le nourrisson : on craignait beaucoup, en effet, la mise en liberté de toxines résultant d'une destruction massive des tréponèmes ; cette véritable « submersion » par les toxines ainsi libérées semblait à Ehrlich lui-même particulièrement redoutable pour l'organisme du nourrisson : aussi conseillait-il l'abstention. On s'est aperçu depuis que la destruction des germes n'était pas aussi rapide et qu'en fait le nourrisson supportait très bien l'arsenic.

L'arsénobenzol puis le noversénobenzol ont d'abord été injectés par voie veineuse : mais, quelle que soit la technique employée, on se heurte en pratique à des difficultés considérables, dès que l'on veut répéter ces injections : aussi sont-elles à l'heure actuelle à peu près complètement abandonnées par tous. Heureusement, on peut leur substituer les injections sous-cutanées : il suffit de dissoudre le produit dans de l'eau glucosée et additionnée de 5 °/₀₀ de gaïacol pour supprimer complètement la douleur. Le sulfarsénol, indolore, peut être dissous simplement dans l'eau distillée.

La tolérance locale de ces médicaments est parfaite, leur tolérance générale très bonne et même l'arsenic présente une action eutrophique tout à fait remarquable.

Les doses habituelles sont celles-ci : un demi-centigr. pour la première injection, un centigr. pour les deux suivantes, puis un centigramme par kilogramme de poids pour les injections ultérieures jusqu'à une dose totale pour la série de 0 gr. 10 par kilogramme d'enfant. La meilleure technique consiste à répéter les piqûres tous les cinq jours.

Récemment, on a utilisé les arsenicaux par voie digestive : mais la posologie des produits employés (stovarsol, tréparsol) n'est pas encore complètement déterminée chez les nourrissons.

Reste enfin, un dernier médicament : le bismuth. La plupart des pédiatres se servent d'un iodobismuthate de quinine (Quinby), sel dont la richesse n'est pas très grande puisqu'il ne contient que 21 p. 100 de Bi métallique.

J'ai l'habitude de commencer, chez les enfants de 3 à 6 mois, par 1/10ᵉ de cc., ce qui correspond à 3 mmgr. de Bi-métal ; je passe ensuite à 1/5ᵉ de cc., puis à 1/2 cc.

De 6 mois à 1 an, la technique est la même, mais on atteint 3/4 de cc. ; et de 1 à 2 ans on atteint 1 cc. Je fais en général une injection par semaine et je m'arrête après huit ou dix injections.

Quel que soit le produit employé, les accidents toxiques dus à ces différents médicaments ne s'observent guère dans la pratique et l'on constate rarement les troubles digestifs et les manifestations cutanées que donne le mercure, les crises nitroïdes et les érythèmes causés par les arsenicaux, la stomatite et la diarrhée du bismuth.

Voici maintenant quelques règles générales à propos de la conduite du traitement.

Un premier point à envisager est celui du *traitement d'attaque* : un certain nombre de médecins, estiment qu'un nourrisson atteint de syphilis con-

génitale sérieuse et généralisé a si peu de chance de vivre qu'il ne faut pas hésiter à frapper fort, qu'il faut utiliser d'emblée de grosses doses de novarsénobenzol, ce traitement dût-il lui faire courir des risques sérieux. Je ne partage pas cet avis et je commence toujours par un traitement mercuriel : par exemple, je fais faire huit à dix frictions, ou même six à huit injections de bi-iodure. C'est ensuite seulement que je passe aux arsénobenzènes en débutant par de petites doses que j'augmente progressivement. En cas d'intolérance, il faut remplacer l'arsenic par le bismuth.

Un deuxième point qui doit retenir notre attention, est celui de la *dose suffisante* : vous savez combien certains syphiligraphes sont opposés aux injections sous-cutanées d'arsénobenzènes : par cette voie, en effet, il n'est pas possible d'administrer à un adulte une dose suffisante : 0 gr. 80 ou 0 gr. 90 par exemple : de telles quantités injectées sous la peau déterminent des phénomènes de nécrose ; pour pouvoir donner une dose suffisamment active, il faut utiliser la voie veineuse. Chez l'enfant, au contraire, la dose suffisante est tolérée par la peau : vous pouvez injecter par cette voie 1 centigr. 1/2 par kilo, ce qui satisfait les spécialistes les plus exigeants.

La troisième question à envisager est celle de *la durée du traitement* : celui-ci doit être prolongé et la syphilis du nourrisson traitée jusqu'à 4 ans. Vous aurez l'occasion d'utiliser successivement tous les produits et toutes les médications en prescrivant, par exemple, les frictions mercurielles, l'arsenic, le lactate d'hydargyre et le bismuth en séries alternées. Il est impossible de donner un repère exact pour la fréquence des séries. La réaction de Wassermann, si souvent douteuse ou même négative, a beaucoup moins de valeur que chez l'adulte et on ne peut s'appuyer sur elle pour la conduite du traitement pas plus que sur les résultats de la rachicentèse, c'est la clinique seule qui doit vous guider.

Un dernier élément à étudier chez le nourrisson est *le régime alimentaire* : le pronostic, en effet, est totalement différent pour un enfant au sein et pour un enfant au biberon, très grave si l'enfant est allaité artificiellement. Il faut donc faire l'impossible pour laisser l'enfant au sein de sa mère, l'emploi d'une nourrice étant par ailleurs impossible, à cause des risques de contamination à moins qu'on allaite l'enfant au lait de femme tiré et distribué dans des biberons comme nous le faisons souvent.

Il nous reste maintenant à envisager quelques indications particulières.

Dans le cas d'une syphilis diffuse, il faut d'abord obtenir que l'enfant reste au sein, puis on commence un traitement hydrargyrique : frictions ou injections de bi-iodure. On fait ensuite une cure de novarsénobenzol suivie de trois semaines de repos ; puis de nouveau trois ou quatre cures arsenicales dans l'intervalle desquelles on administre du mercure.

Si la syphilis est « localisée », vous avez plus de temps devant vous : la maladie de Parrot guérit, vous le savez, avec les frictions mercurielles ou le lactate d'hydrargyre.

Si vous êtes en présence de convulsions de la petite enfance ou même d'accidents nerveux plus graves, recourez de préférence au bismuth, de tels cas semblant particulièrement bien influencés par ce médicament.

En cas de syphilis latente ou soupçonnée à cause des troubles digestifs, commencez par les sels mercuriels en ingestion. Dans un certain nombre de cas de vomissements, c'est avec le lactate qu'on obtient les meilleurs résultats.

Si l'enfant est pâle, fatigué, vous pourrez utiliser avec profit l'action eutrophique de l'arsenic.

Enfin, le bismuth sera pour vous une précieuse ressource chez les enfants supportant mal le mercure et intolérants aux arsenicaux.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Hôpital Necker. — M. le Pr Legueu.

La vessie tuberculeuse après la néphrectomie.

On sait que la tuberculose vésicale n'est que la conséquence d'une tuberculose rénale. Par conséquent, pour traiter la tuberculose vésicale il suffit en général de faire l'extraction du rein qui a été la localisation première de la tuberculose dans l'appareil urinaire.

On peut dire que la *néphrectomie* est le traitement nécessaire de la tuberculose vésicale. On peut ajouter aussi qu'elle n'en est pas toujours le traitement suffisant. La question a été discutée au dernier *Congrès d'urologie*, et il semble que les urologistes sont bien près de s'entendre. Lorsqu'on a fait une néphrectomie pour tuberculose trois éventualités peuvent se réaliser : la *guérison* de la cystite tuberculeuse, sa *persistance* ou son *aggravation*. Dans ces trois cas il y a un pronostic différent à porter et une thérapeutique différente à instituer.

La *guérison* de la cystite tuberculeuse ou de la tuberculose vésicale après la néphrectomie est la règle, elle survient chez 70 % des sujets opérés d'une néphrectomie. Ces malades vont guérir à peu près spontanément et du fait de la néphrec-

tomie, dans les mois qui suivent l'opération. Il ne faut pas croire que ce soit une guérison instantanée, immédiate. Au contraire, on peut affirmer que tout individu opéré d'une tuberculose rénale aura encore à être incommodé de sa vessie dans les jours, les semaines, les mois et même l'année qui suit la néphrectomie, même s'il doit guérir. Cette guérison, qu'on peut dire constante dans la majorité des cas, est lente et progressive. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que l'amélioration s'affirme. Il en est de même de la pollakiurie et de la pyurie. Le malade va uriner deux ou trois fois moins dans la nuit, trois ou quatre fois moins dans la journée. Les besoins vont s'espacer progressivement.

Il n'est pas nécessaire de faire des injections, des instillations, etc. ; ces moyens seront bons dans les autres catégories, ici il faut laisser le malade évoluer spontanément, s'améliorer régulièrement et peu à peu. Les traitements pourraient ajouter des infections secondaires. Il guérira tout doucement, accusant à chaque visite une amélioration sur la douleur et la pollakiurie. En même temps l'état général est bon, il se produit une augmentation de poids d'environ 10 kilos dans l'année. Ce sont les éléments sur lesquels il faut se baser pour prévoir la guérison de la vessie, c'est-à-dire des mictions réduites à trois ou quatre par jour, peut-être nulles la nuit. Mais ce résultat n'est acquis qu'au bout de plusieurs mois et il est bon d'habituer la patience des malades à la dure épreuve qu'elle doit subir pendant quelque temps.

On peut recourir passagèrement au traitement vésical si le malade traverse une période douloureuse, mais c'est en général inutile.

Il n'en est pas de même lorsqu'on se trouve en présence d'individus appartenant à la seconde catégorie, c'est-à-dire lorsqu'après la néphrectomie on ne reconnaît aucune amélioration du côté de la vessie. Deux éventualités se font jour. Il y en a une à laquelle tout le monde pense ; la présence d'une tuberculose sur l'autre côté. C'est possible, et il y a des signes qui permettront d'en vérifier l'existence. Mais du fait que le malade ne s'améliore pas, il ne faut pas fatalement conclure à l'existence d'une tuberculose rénale. Dans un certain nombre de cas, — pas très fréquents, d'ailleurs, — les lésions vésicales peuvent persister de par une susceptibilité particulière de la vessie à l'ensemencement tuberculeux. Dans cette contamination de la vessie par la tuberculose entre un facteur rénal, qui fixe l'origine première des bacilles, mais il existe aussi une réceptivité particulière de la vessie à l'infection. Chez tous les sujets atteints de tuberculose rénale, la vessie ne se comporte pas de la même manière. Voici des malades chez lesquels on enlève une tuberculose rénale discrète, car le rôle du chirurgien est de faire des opérations de plus en plus précoces et cette sagesse a pour conséquence de lui faire trouver des lésions de moins en moins accentuées.

Si on rapproche ces lésions des lésions vésicales, on trouvera peut-être une opposition extrêmement nette. Il y a des cas où le rein est entièrement détruit par la tuberculose, si bien qu'on peut penser à une lésion ancienne, et la vessie présente des altérations très minimes et restreintes. Ou bien il s'est formé dans les tuberculoses rénales des différences de virulence, ou bien il faut admettre que la vessie a sa manière de réagir, sa personnalité physique, et ne se laisse pas contaminer dans tous les cas de la même façon. Voici longtemps que cette aptitude ou cette résistance de la vessie à l'infection est connue.

Il se peut que les individus chez lesquels la cystite tuberculeuse persiste après la néphrectomie aient une vessie particulièrement apte à coloniser le bacille de Koch. On peut même se demander si chez certains individus la cystite tuberculeuse ne serait pas *primitive*. Il est impossible de le démontrer dans l'état actuel.

Donc, tout en reconnaissant que le rein est le point de départ de la tuberculose vésicale, il y a une part vésicale à reconnaître. On voit des sujets qui augmentent de poids, dont l'état général est parfait, dont la constante reste favorable, et qui éprouvent des douleurs vésicales à peu près aussi intenses qu'au moment de l'opération. Avant de conclure à une tuberculose rénale existant de l'autre côté, il faut attendre les effets du *traitement* destiné à soulager la vessie.

Ce traitement n'est ni simple, ni facile. On a utilisé une quantité de substances pour lutter contre la tuberculose vésicale. La plus employée est le *goménol* en émulsion huileuse à 10 ou 20 %. C'est un médicament à la fois antiseptique et calmant. Le *sublimé* reste une réserve extrêmement précieuse pour les cas où le goménol est inefficace, mais à titre très faible, au *dix-millième* et sans alcool, car l'alcool irait à l'encontre du résultat cherché. On en fait des instillations une ou deux fois par semaine. On arrive quelquefois, après une irritation momentanée, à obtenir par ce moyen un soulagement de la vessie. C'est un traitement extrêmement supérieur au traitement par l'acide phénique à 3 % employé par certains médecins danois. La vieille instillation d'autrefois s'est d'ailleurs modernisée ; elle consistait à faire tomber sur le col quelques gouttes du liquide. Aujourd'hui on fait une petite injection de 10 cc. On emploie des solutions faibles, pour ne pas réveiller la susceptibilité de la vessie. L'acide phénique n'est pas à recommander parce qu'il

est douloureux. On peut employer l'*engénol*, tiré de la girofle, en solution huileuse à 10 %, *le bioforme*, *l'anesthésine* et *l'orthoforme* ; ces médicaments ne sont pas dépourvus d'inconvénients, ils sont même dangereux et toxiques ; ils sont susceptibles de déterminer des irritations cutanées, comme l'urticaire, et des troubles généraux ; on n'y aura recours que très rarement.

La médication courante est *l'électrocoagulation*, qui a pris une place de plus en plus importante dans la thérapeutique urinaire, et qui est susceptible de réaliser la diathermie des lésions vésicales, de l'œdème bulleux, des ulcérations. On l'emploie avec ou sans anesthésie. Elle peut donner des résultats très favorables dans la cystite tuberculeuse persistante.

Malheureusement il arrive que, dans certains cas, quoi qu'on fasse, la cystite, loin de s'améliorer, va en s'aggravant. On entre alors dans la troisième catégorie.

On rencontre des malades chez lesquels, après une amélioration de trois à six mois, la cystite revient au point où elle était avant la néphrectomie, et présente ensuite une *aggravation progressive*. La plupart du temps, il s'agit d'une tuberculose de l'autre côté. Celle-ci peut s'être développée consécutivement à l'opération, mais il se peut aussi que ce soit une tuberculose préexistante à la néphrectomie.

On fait beaucoup plus souvent qu'on ne le croit des néphrectomies pour tuberculose bilatérale, parce qu'il n'est pas toujours facile de faire le diagnostic de la bilatéralité. On procède par comparaison. Le rein qui paraît sain dans une épreuve peut ne pas l'être. Même avec le cathétérisme des uretères on laisse très souvent échapper des lésions légères qui commencent de l'autre côté et se révèleront ultérieurement.

De plus, il reste des cas où sciemment on a fait la néphrectomie pour une tuberculose bilatérale, pour enlever le rein le plus altéré. Pendant leurs deux ou trois ans de survie, ces malades souffrent autant de leur cystite persistante que les cancéreux eux-mêmes souffrent de leur cancer. Encore ces derniers sont-ils peut-être moins malheureux, parce que leur calvaire est moins long. Comme on sait que la tuberculose est fatale, on peut faire des interventions graves pour calmer les malades qui parfois expriment le désir de se tuer pour abréger leurs souffrances. Leur état général s'affaiblit progressivement, leur azotémie et leur constante s'élèvent, le volume du rein augmente. Dans ces conditions, on faisait autrefois, chez la femme, la *cystostomie vaginale*, opération mutilante acceptable encore chez une femme très âgée et qu'on peut renouveler quelquefois. C'est un bon drainage. Une malade opérée de cette façon, il y a vingt ans, par ALBARRAN, s'en trouve si bien que, quoique guérie de sa cystite, elle a toujours refusé de laisser fermer sa cystostomie vaginale qui nécessite le port d'un appareil.

On peut faire une *néphrostomie*, ce qui ne réaliserait pas une exclusion complète, l'urine passerait dans l'uretère et dans la vessie et le malade aurait les mêmes douleurs. Il faut prendre l'uretère et l'aboucher à la peau ou dans l'intestin. L'inconvénient de fixer un uretère à la peau, c'est qu'il en résulte une infirmité assez désagréable. On fait quelquefois cette dérivation urétérale pour les cancers. L'uretère dans ces cas est très induré et il est difficile à saisir. Il est préférable de l'implanter dans le rectum. On obtient ainsi la cessation des douleurs et du ténesme vésical, ce qui prouve que la contraction de l'organe est bien la cause des douleurs. Il ne faut faire cette intervention que lorsqu'on est sûr de la bilatéralité de la tuberculose rénale, pour améliorer le trop court avenir réservé aux malades. Aussi n'aura-t-on pas souvent l'occasion de réaliser cette opération. C'est la seule qui détermine le soulagement immédiat.

Somme toute, la néphrectomie est le traitement nécessaire, mais non suffisant, de la cystite tuberculeuse ; elle doit être faite dans la tuberculose rénale d'une manière aussi précoce que possible pour empêcher la contamination de la vessie et de tout l'appareil urinaire par le bacille.

FAITS CLINIQUES

Les injections de sérum adrénaliné sont dangereuses.

Par M. le Dr Mario BÉRAUD (de Blidah).

Le sérum adrénaliné, aujourd'hui d'application courante, est susceptible de déterminer, dans certaines conditions physio-pathologiques encore mal élucidées, des accidents locaux de sphacèle sinon très graves, du moins sérieux, et fort ennuyeux à la fois pour le médecin et le malade.

Ici même, il y a quelques mois, le Dr VIGNES rapportait un cas de nécrose totale du sein consécutive à une injection rétro-mammaire de sérum artificiel. L'enquête, il est vrai, ne permit pas de préciser si l'adrénaline devait être incriminée, mais l'auteur avait constaté, d'autre part, chez des femmes enceintes ou accouchées, des escarres

parfois considérables déterminées par le sérum adrénaliné (1).

Plus récemment, le Dr Oulié communiquait, à la *Société des Sciences Médicales de Constantine*, six observations de nécrose cellulaire de la cuisse due à des injections de 250 ou 500 cc. de sérum (physiologique ou glucosé) additionné de 2 cc. d'adrénaline à 1/1.000 (2).

Des accidents analogues ont été certainement observés ou décrits ailleurs, sinon un peu partout.

Il n'en est pas moins vrai que, sur la foi des formulaires, ou par tradition, la plupart des praticiens continuent à employer le sérum adrénaliné sans arrière-pensée, ignorants des risques auxquels ils s'exposent.

Or, ces risques, fussent-ils exceptionnels, ne sont pas négligeables. Leur importance peut devenir considérable au point de vue responsabilité médico-chirurgicale.

J'ai, moi-même, fait ou prescrit des centaines de ces injections et j'ai employé, sans le moindre incident et sans la moindre alerte le sérum glucosé adrénaliné presque automatiquement avant et pendant l'intervention chirurgicale, chez les déshydratés et les hypotendus (3).

Or, coup sur coup, en l'espace d'un mois, je viens d'observer deux complications imprévues qui, logiquement, ne peuvent être attribuées qu'à l'adrénaline, et qui se sont manifestées par des lésions identiques : plaque de sphacèle dermo-épidermique, nécrose sous-jacente avec décollement aboutissant à une large perte de substance très lente à se combler (plus de trois mois dans un cas).

Chez une malade, j'ai même pu saisir le processus « sur le fait » dès le début, et assister, heure par heure, pour ainsi dire, à l'évolution des accidents.

Insister sur ces faits en leur donnant le plus de publicité possible ne me paraît pas inutile. Mettre en garde le praticien contre de pareilles possibilités, c'est lui rendre service.

Mes observations sont caractéristiques à cet égard. Leur intérêt se double de cette constatation que, dans les deux cas, il s'agit de femmes en période puerpérale.

Voici d'abord les deux observations résumées :

Obs. I. — Mme B.-S., 32 ans. Infection puerpérale sévère ayant nécessité un curettage, deux transfusions et une hystérectomie abdominale totale (avril 1925).

Après l'intervention (sous rachi-syncaïnisation) injection de 250 gr. de sérum glucosé à 47/1.000 à la face externe de la racine de la cuisse : une ampoule contenant 1 milligr. d'adrénaline a été versée dans le sérum. La patiente avait reçu antérieurement plusieurs injections analogues de sérum adrénaliné à la cuisse ou dans l'aisselle, sans aucune complication.

Ce n'est que plusieurs jours après que l'infirmière me signale que la piqûre « s'est infectée » : large plaque de sphacèle noirâtre, parcheminée, plus grande que la main, entourée d'une auréole lymphangitique. La région est complètement insensible, mais l'opérée a éprouvé au début des douleurs très vives s'irradiant dans tout le membre.

Aux ciseaux courbes, je dissèque et excise l'escarre et tous les tissus sous-jacents mortifiés ou suspects. Mais de nouveaux placards noirâtres ou brunâtres se reproduisent pendant plusieurs semaines, au point que je songe à réséquer l'argement toute la région du fascia lata et à tenter une autoplastie.

Les suites opératoires ont été normales, la malade ne se plaignant que de sa « piqûre » qui devient chez elle une véritable obsession.

Lorsqu'elle me quitte, convalescente, l'état général est excellent, mais la plaie a pris une extension phagédénique qui a résisté à tous les traitements : air chaud, topiques médicamenteux, détersion chirurgicale. Elle atteint, en haut, l'épine iliaque, s'étend, en bas, jusqu'à mi-cuisse. Il n'y a plus d'escarre, mais une vaste partie de substance rouge, saignante, dont le fond est constitué par l'aponévrose du fascia lata complètement dénudée. C'ets une véritable catastrophe : le terme n'est pas excessif.

Après quinze jours d'héliothérapie progressivement dosée, Mme S... revient me voir. Elle a repris du poids et ne souffre plus dans sa plaie, mais la restauration est d'une lenteur désespérante, la perte de substance est toujours aussi large et aussi profonde. J'excise de nouveaux haillons aponévrotiques ou cellulaires en voie de nécrobiose. Une artériole saigne en jet dans le fond et nécessite forcipressure et torsion.

Un mois après (juin), amélioration sensible. La plaie est en partie comblée par un tissu cicatriciel gaufré qu'entoure une zone d'anesthésie cutanée totale.

En juillet (*trois mois après l'injection*), je rencontre Mme S..., qui a repris sa vie normale, La plaie serait réduite à une surface dénudée de la grandeur d'une pièce de un franc.

Obs. II. — Mme X..., 27 ans, entre à ma clinique pour accidents toxi-infectieux graves consécutifs à des manœuvres abortives. Aménorrée de 2 mois. Etat général très précaire. Amaigrissement de 12 kgr. en trois mois

(1) *Journal des Praticiens*, 31 janvier 1925.
(2) *Bulletin Soc. des Sc. méd. de Constantine*, mai 1925.
(3) Depuis la guerre, j'emploie les injections de sérum « *larga manu* » à la salle d'opérations, particulièrement au cours des interventions abdominales faites sous rachi-anesthésie. Une longue aiguille enfoncée sous chaque aisselle ou dans la région pectorale du patient permet de faire passer dans le tissu cellulaire un ou plusieurs litres de sérum de Fleig auquel on incorpore, suivant les cas, de l'adrénaline, de la strychnine, de la caféine, etc. En hydratant et en « dopant » ainsi le sujet, cette pratique contre-balance l'action hypotensive du choc opératoire et de la novocaïne intra-durale, et réalise, si j'ose employer ce terme, une sorte d'antidote de la rachi.

L'examen serait plutôt en faveur d'une lésion utéro-annexielle que d'une grossesse.

Mais, à la suite d'une injection de 250 cc. de sérum glucosé adrénaliné (1 milligr.) pratiquée sous la peau de la racine de la cuisse, la malade se plaint de douleurs extrêmement vives. Cette fois, l'infirmière, se souvenant de l'incident précédent, me prévient aussitôt.

La piqûre a eté faite correctement avec toutes les précautions aseptiques d'usage *trois heures avant*. La région présente déjà un aspect impressionnant : placard livide, dur, rappelant l'induration en « peau d'orange » consécutive aux injections intra-dermiques, mais une peau d'orange qui serait blanche, blafarde, comme injectée de suif. Nous assistons à une véritable sidération du derme et du tissu cellulaire. La malade souffre atrocement et se tord littéralement dans son lit malgré morphine et sédol.

A l'aide de compresses chaudes, presque bouillantes, puis d'application d'antiphlogistine fréquemment renouvelées sur ces tissus frappés de stupeur, on essaie de lutter pied à pied contre l'ischémie intense et foudroyante qui s'étend d'heure en heure, en tache d'huile, et nous apparaît comme le prologue d'un processus nécrotique irréparable.

Nos efforts sont récompensés : vingt-quatre heures après, la zone ischémiée s'est réduite aux dimensions d'une pièce de 5 francs. Les douleurs sont moins vives, mais le traitement le plus énergique et le plus persévérant ne peut avoir raison de ce placard qui donne maintenant l'impression d'une couenne jaunâtre, épaisse et indurée.

Peu de temps après, apparaissent les premières taches de sphacèle, et une escarre brunâtre, parcheminée, remplace la peau d'orange blafarde.

Grâce au traitement institué dès le début, les lésions sont limitées, et, profitant de l'anesthésie de la région mortifiée, je puis faire la « part du feu » et enlever tout ce qui est suspect (1). Il persiste une plaie chancreuse, en cratère, à bords décollés, qui s'est comblée en quarante jours grâce à de larges cautérisations au crayon de nitrate.

Détail à noter : lors du premier accident, j'avais fait des recherches dans mes archives personnelles et relu l'observation de VIGNES concernant une jeune accouchée. D'autre part, j'avais découvert dans mes notes d'hôpital deux cas de piqûres dites « infectées » consécutives à des injections de sérum glucosé chez deux femmes en traitement pour rétention post-abortum. Je n'ai malheureusement pu avoir des précisions sur ces complications : y avait-il eu escarre ou simple abcès ? le sérum contenait-il ou non de l'adrénaline ?

Le rapprochement de ces observations *concernant toutes des femmes en période puerpérale* — et, d'autre part, la constatation de plusieurs centaines d'injections de sérum adrénaliné pratiquées sans incident — frappèrent à tel point mon esprit que je soupçonnai ma deuxième malade d'appartenir à la même catégorie, et, *réformant mon diagnostic antérieur, je portai celui de grossesse* : grossesse extra-utérine ou grossesse normale compliquée de tumeur juxta-utérine.

L'intervention me donna raison : nous trouvâmes un utérus gravide de 2 mois 1/2 à 3 mois, flanqué de masses kystiques multiples, probablement dermoïdes, enclavées dans le pelvis.

Ainsi donc, voilà deux complications sérieuses, l'une chez une femme accouchée depuis deux mois et encore en période de lactation — l'autre, chez une femme enceinte de deux à trois mois — complications survenues à la suite d'une banale injection de sérum adrénaliné.

Dans un cas, le sphacèle a été assez étendu et assez profond pour nécessiter l'hémostase d'une artériole, entraîner un traitement de plusieurs mois et laisser, après guérison, une vaste cicatrice des plus disgracieuses.

Dans l'autre cas, traité à temps, le sphacèle a limité ses ravages, mais a cependant prolongé de plusieurs semaines le traitement de la malade. Son apparition a permis de préciser un diagnostic douteux de grossesse.

Deux points restent à élucider :

Quelle est la pathogénie de ces accidents ?

Y a-t-il, entre l'état puerpéral et ces nécroses, relation de cause à effet, ou simule coïncidence ?

1° *Pathogénie de ces nécroses adrénaliniques.* — Faut-il incriminer une infection banale due à une piqûre septique ?

Poser la question, c'est la résoudre. Dans aucun des cas publiés, il n'est parlé d'inflammation ou de pus. Il y a eu non pas suppuration, mais mortification amicrobienne. D'autre part, aucune faute contre l'asepsie n'a été relevée.

On pourrait être tenté d'accuser la qualité de l'adrénaline. Avant le premier accident, j'avais pratiqué, sans aucune alerte, des injections en utilisant des ampoules appartenant à la même série que celle qui détermina cette vaste nécrose. Après l'accident j'employai une adrénaline d'une marque différente. Dans les deux cas, le médicament provenait de grandes maisons françaises.

Faut-il accuser la vaso-constriction provoquée par l'adrénaline « *in situ* » ?

Certes, cette action ischémique vaso-constrictive est bien démontrée. LERMOYEZ a surnommé l'adrénaline « l'alcaloïde de la bande d'Esmarck ». Et PACHON la compare à « une pince hémostatique à demeure ».

Cette action à la fois puissante et rapide, presque brutale, serait-elle la cause immédiate des accidents observés ?

C'est l'interprétation physiologique proposée

(1) Si pareille complication m'arrivait encore, je n'hésiterais pas à enlever en bloc « comme une tumeur » toute la zone ischémiée et à tenter une suture primitive : la cicatrisation se ferait en quelques jours avec une cicatrice « présentable ».

par GUILLAUME (1) et son élève MALLET (2). C'est l'opinion généralement admise. Il s'agirait, en somme, de gangrène ischémique.

Mais cette interprétation n'éclaire qu'une face du problème. Il faudrait encore expliquer pourquoi ces nécroses cellulaires ne se produisent que dans certains cas et non dans tous ou presque tous, puisque la cause reste la même : En réalité nous savons comment se produisent ces nécrose, quel en est le mécanisme histo-physiologique, mais nous ne savons pas pourquoi elles se produisent.

Dans mon cas particulier, il faudrait expliquer pourquoi, sur plusieurs centaines d'injections de sérum adrénaliné pratiquées dans des régions plutôt mal défendues : nappes cellulo-adipeuses sous-pectorales, tissu cellulaire lâche rétro ou péri-mammaire, tissu sous-cutané de la cuisse ou des régions thoraco-axillaires, je n'ai observé que deux fois ces accidents locaux de sphacèle.

A mon avis, si l'ischémie adrénalinique est la cause nécessaire de ces sphacèles, elle n'en est pas la cause suffisante.

2° *L'état puerpéral joue-t-il un rôle* dans le déterminisme de ces accidents ?

Si, dans les observations d'Henri VIGNES et les nôtres, ces complications ont évolué chez des femmes enceintes ou récemment délivrées, il n'en est pas moins vrai qu'on a constaté des complications identiques chez la femme en dehors de la période puerpérale ou chez l'homme. Dans la série des cinq cas communiqués à la Société de Constantine, un seul concernait une accouchée.

Malgré tout, et en dehors de toute systématisation outrancière, on ne peut s'empêcher de rapprocher ces troublantes coïncidences de ce fait que la grossesse et la période de lactation s'accompagnent d'un état de suractivité surrénale et d'hyperadrénalinémie gravidique bien connu aujourd'hui (3).

D'autre part, il est à remarquer que les accidents provoqués par le sérum adrenaliné s'observent toujours chez des sujets très affaiblis, cachectiques ou profondément infectés. Cela n'a, d'ailleurs, rien de surprenant, ce sérum médicamenteux faisant habituellement partie de ce genre de malades.

Dans quatre observations d'OULIÉ, il s'agissait une fois de cachexie palustre — deux fois d'appendicite compliquée — une fois d'arthrite purulente à streptocoques.

Il apparaît donc qu'on serait autorisé à conclure que l'action ischémique de l'adrénaline peut s'accompagner de nécrose et de désintégration tissulaires *chez certains sujets* dont la nutrition cellulaire est troublée ou simplement modifiée, soit du fait d'un état toxi-infectieux, soit du fait d'un déséquilibre endocrinien.

Cette conclusion s'accorderait avec les deux ordres de faits que nous venons de citer, et aussi avec la vieille loi de pathologie générale qui subordonne l'action des causes morbides aux prédispositions du terrain.

Si une certaine incertitude persiste encore dans l'interprétation exacte des faits, la *conclusion pratique* qu'ils entraînent est du moins précise et formelle :

Une pareille fréquence d'accidents prend un caractère prohibitif : les injections de sérum adrénaliné sont dangereuses et doivent être proscrites.

Il faut injecter séparément sérum et adrénaline — ce dernier médicament étant injecté exclusivement dans les muscles — ou, mieux encore — et c'est la formule que nous avons adoptée — remplacer l'injection par un goutte à goutte rectal de sérum glucosé adrénaliné.

(1) *Bulletin Médical*, 1er et 4 avril 1925.
(2) *Thèse Paris* 1924.
(3) TOURNADE a noté que chez la chienne pleine ou qui vient de mettre bas, l'ablation des capsules surrénales n'entraîne qu'une chute tardive de la pression artérielle. (*Congrès français de Médecine*, Bordeaux, septembre 1923.)

FORMULES

Contre les épidermites à levures.

Affection souvent confondue avec l'intertrigo. Siège aux plis de l'aine et dans les espaces interdigitaux.

Calmer les eczématisations secondaires et le suintement par des badigeonnages de *nitrate d'argent* à 1 p. 10 qu'on recouvrira après séchage d'une solution d'ichtyol dans l'eau à 10 p. 100.

Appliquer ensuite la pommade qui attaque le parasite : soit la *vaseline chrysophanique* à 1 p. 200, soit la pommade :

Acide salicylique	1 gr.
Acide benzoïque	2 —
Axonge } Savon vert }	15 —

Soit la crème :

Sulfate de cuivre	0 gr. 50
Eau distillée	20 gr.

Faire dissoudre et incorporer à :

Lanoline	40 —
Vaseline	20 —

(MONTLAUR).

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La migraine.

Non pas la migraine ophtalmique et ophtalmoplégique qui reconnaissent souvent des causes distinctes, mais la migraine habituelle, exaspérante, récidivante, déprimante. Avant tout, régime lacto-végétarien, pas de boissons alcooliques, éviter la vacuité de l'estomac, prendre à 10 heures et 4 heures un aliment biscuit, crème cuite, gâteau de semoule). Combattre la constipation et les états dyspeptiques.

Les cures bromurées étaient très en vogue autrefois ; MENDEL usait d'une thérapeutique souvent active :

Bromure de sodium	2 gr. 50
Salicylate de soude	0 gr. 25
Aconitine	1/10 de milligr.

pour un paquet.

Un paquet à jeun dans une infusion de fleurs d'oranger.

R. BUIG recommande au coucher une des pilules :

Extr. chanvre indien	0 gr. 45
Sulfate quinine	1 gr.
Acide arsénieux	0 gr. 06
Extr. de valér. / Poudre de valér.	q. s.

pour trente pilules.

Une le soir ou simplement des pilules d'*Extrait de chanvre indien* à 0 gr. 015, une le soir à continuer des mois.

Souvent une médication plus simple débarrasse les malades complètement : à jeun, un paquet de *sous-nitrate de bismuth* (Cod. 1884), 8 à 10 gr. Premier déjeuner une heure après. Continuer quelques semaines.

Contre la crise migraineuse elle-même : un paquet

Citrate de caféine	0 gr. 06
Phosphate de codéine	0 gr. 02
Phénacétine	0 gr. 40
Pâte de Guarana	0 gr. 20

(KRAFFT E. BING.)

ou :

Pâte de guarana	0 gr. 30
Antipyrine	0 gr. 50
Citrate de caféine	0 gr. 02

pour un paquet.

Deux paquets à une heure d'intervalle.

(EDINGER).

BING prescrit encore la poudre :

Phénacetine	0 gr. 30
Acétanilide / Citrate de caféine	0 gr. 10
Teint. aconit.	III gttes
Sucre de lait	0 gr. 30

pour un paquet.

En temps normal, si la crise est forte, deux paquets à une demi-heure d'intervalle.

Avant de se mettre au lit, compresse très chaude pendant un quart d'heure sur le front.

(BING).

CLINIQUE MÉDICALE

La dystonie gastrique.

Par Noël FIESSINGER.

Il n'est pas d'affection aussi fréquente et aussi mal connue. Les classiques ne lui consacrent aucune place entre l'hyperchlorhydrie et l'apepsie et c'est à peine si on lui accorde quelques lignes sous le titre de dyspepsie nervo-motrice. Mais nous montrerons que ce qualificatif est inexact, il ne s'agit pas d'un trouble de sécrétion, mais d'un trouble de la contraction et s'il existe des troubles d'hyperacidité tardive, ceux-ci ne sont que consécutifs aux troubles moteurs. Voyons d'abord les caractères cliniques de cette dystonie gastrique et nous verrons ensuite les arguments qui nous permettent sa délimitation.

La dystonie gastrique est une maladie de plus en plus fréquente dans les villes à mesure que la vie s'intensifie. C'est que l'origine de ce syndrome réside dans l'état de tension nerveuse des individus sous l'effet des difficultés de la vie pratique. Chez un sujet en excellente santé habituelle, sous l'effet d'épreuves morales ou de surmenage intellectuel, les troubles ne tardent pas à apparaître. Ils consistent en lourdeur après le repas avec sensation de gonflement, de distension épigastrique, les éructations sont fréquentes après les repas, mais ces gaz sont sans goût et sans odeur. Cette lourdeur peut conduire à un sommeil court ou à une inaptitude complète au travail intellectuel. Vers 4 ou

5 heures après le repas la sensation de lourdeur diminue, mais une extrême faiblesse apparaît. Le malade se traîne sans énergie et cela surtout entre 4 et 5 h. 1/2 de l'après-midi, la tête est lourde, le teint pâle un peu terreux, quelques regurgitations acides se produisent. Vers 6 heures, une amélioration apparaît, la fatigue s'efface, les renvois cessent et le sujet renaît, mais trop tard pour avoir bon appétit pour le repas du soir. Ces symptômes se reproduisent parfois mais plus rarement au repas du soir. Le sommeil est mauvais, souvent avec cauchemars jusqu'à minuit, quelquefois entrecoupé. Le matin, le réveil est pénible, la tête lourde, la bouche pâteuse, la fatigue extrême. Rapidement l'anorexie s'accentue, on met ces sujets au régime de restriction quantitative des potages, purées, pâtes et compotes. L'assimilation se fait mal et l'amaigrissement progresse régulièrement.

C'est le syndrome que l'on attribue faussement aux dyspepsies. Or ces sujets ne sont pas des dyspeptiques. Rien n'est plus variable que leur chimisme gastrique, le taux d'acidité totale ou d'acidité chlorhydrique varie suivant les époques et surtout suivant les temps d'examen et comme nous l'avons vu souvent ces malades peuvent guérir complètement de leurs troubles en conservant le même chimisme gastrique.

Ces sujets ne sont pas seulement des aérophages. L'aérophagie n'est ni constante chez eux, ni permanente. Enfin en faire des ptosés de l'abdomen est expliquer le syndrome par sa raison la plus exceptionnelle. Nous avons souvent examiné ces sujets aux rayons, ou les avons fait examiner par nos collaborateurs les Drs Aimé ou Guénaux, toujours l'estomac plus ou moins ptosé évacue normalement et souvent même rapidement sa bouillie bismuthée et la comparaison des documents radiographiques n'apporte aucune constatation permanente.

Mais ce que nous avons toujours vu c'est une contradiction certaine entre l'examen clinique et l'examen radiologique. Aux rayons, contractions nettes, normales, pas de retard d'évacuation, à l'examen clinique fait quatre ou cinq heures après le repas, estomac atone dilaté, clapotant avec facilité. Cet estomac ne se contracte pas en position couchée, tandis que chez les sujets normaux maigres on voit et on sent facilement les ondes et le globe de contraction, ces ondes et ce globe n'apparaissent chez les dystoniques qu'après percussion ou malaxation de la grande courbure, comme s'il fallait réveiller un muscle endormi. On peut aussi se rendre compte cliniquement de cette paresse musculaire par l'*auscultation du pylore* au stéthoscope bi-auriculaire. Après percussion gastrique on entend très nettement le bruit d'éjaculation duodénale et on peut en fixer l'importance et la facilité de reproduction. Sur ces arguments nous affirmons que ces estomacs sont encore pleins cinq heures après le repas et que par une excitation aussi simple qu'une percussion on réveille leur contraction. Pourquoi de telles différences entre l'examen radiologique et l'examen clinique ? Certainement à cause du poids différent des repas, les laits radiologiques sont de densités élevées et excitent par cela même le muscle, les repas des dystoniques sont peu abondants et légers comme poids. Et n'y a-t-il pas aussi les conditions d'examen si différentes, le sujet se trouvant très impressionné par l'examen radiologique et présentant de ce fait une contraction gastrique anormale.

Ces sujets ont pour nous un simple trouble de la contraction gastrique. Voici comment nous expliquons cette dystonie gastrique. Ces sujets très nerveux semblent avoir dérivé toute leur activité nerveuse sur la vie émotive ou intellectuelle, ils sont en potentiel organo-végétatif réduit. Ils mangent vite pour une raison analogue. Leurs aliments non divisés, non insalivés, tombent dans un estomac atone, l'absorption d'air constante dans la tachyphagie aide à la distension sonore. La fatigue résulte de la gêne réflexe partant de cet estomac. L'organisme essaie de concentrer ses forces nerveuses, mais la digestion est paresseuse à cause de la mauvaise mastication. Lentement l'acidité gastrique monte, elle est marquée à 5 heures et nous en voyons chez ces sujets une autre traduction sous la forme des urines blanches dues à la précipitation des phosphates par suite d'une alcalinisation forte dont le pH oscille aux environs de 7.4, le retard de la vague alcaline est un signe important de dystonie. Plus la vague alcaline est tardive ou prolongée, plus c'est un signe de stagnation gastrique. Mais l'estomac s'évacue vers 6 heures du soir. Il est dès lors peu préparé et peu reposé pour le repas suivant. La nuit est ce qu'est la nuit de ceux qui digèrent mal. Comme conséquence de ces états, la constipation est fréquente, le foie toujours un peu augmenté de volume, le teint subictérique, les urines chargées en indican et même en urobiline, la tension artérielle basse aux environs de 18-8. Tous phénomènes qui traduisent la faible intoxication qui peut résulter de ces digestions mal réglées.

La dystonie gastrique a pour origine un état du système nerveux organo-végétatif. C'est presque toujours un état passager. Sous l'effet du repos, de la distraction, d'un traitement anodin la gué-

rison survient sans aucune séquelle, sans aucune complication. Jamais on n'observe d'ulcère gastrique ou duodénal par la suite. Somme toute, tout dans la dystonie est affaire de contraction et de tonus musculaire.

Le traitement doit être assez anodin. Un peu d'eau alcaline le matin, nous prescrivons souvent, à la place de l'eau de Bourget un peu répugnante à cause de sa stagnation en bouteille et de ses précipités organiques, dans un verre à Bordeaux d'eau tiède une cuillerée à café de la poudre :

Lactose	50 grammes
Tartrate potassosodique	30 —
Citrate de soude	20 —

A la fin du repas de midi seulement un paquet de poudre magnésienne à petites doses :

Hydrate de magnésie	0 gr. 40
Sous-nitrate de Bi	0 gr. 10

Pour un paquet. A prendre dans un demi-verre d'eau.

Cette poudre alcaline agit moins par sa neutralisation que par une action sur le muscle gastrique. Les hautes doses exercent à la fin d'un repas une action d'inhibition sur le tonus gastrique.

On peut d'ailleurs remplacer chez ces malades les poudres alcalines par des solutions d'acidité faible. Nous préférons à l'acide chlorhydrique l'acide phosphorique :

Acide phosphorique	5 grammes
Phosphate de soude	10 —
Eau distillée	200 —

Une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau sucrée au début ou à la fin du repas.

Cette solution agit comme excitant de la contraction gastrique, car son efficacité est immédiate. Cette substitution de la thérapeutique acide à la thérapeutique alcaline prouve bien que le rôle du suc gastrique est secondaire.

Enfin le soir au coucher une infusion chaude avec un granule de Boldine ou quelques gouttes de teinture de Boldo, comme amer activant la contraction des muscles lisses.

Ces médicaments sont donnés cinq jours par semaine et trois semaines par mois, pour éviter l'habitude.

Mais la médication n'est qu'un petit élément du traitement. Le point le plus important réside dans le régime. On veillera au bon état de la bouche, on vérifiera l'état des plaques dentaires. Le malade mangera lentement, en mastiquant avec soin et pour obtenir cette discipline le pain grillé sec est un excellent correcteur. Il faut éviter les graisses, l'huile et les fritures à cause du retard d'évacuation gastrique qu'elles déterminent. Mais l'orientation du régime consiste dans une prescription à la place des sinistres « potages, purées, pâtes, compotes », *un régime de cellulose* dont les éléments de base consistent dans les légumes verts en branche, les farineux écrasés mais non passés, un peu de salade crue, des fruits avec une partie des déchets, pépins ou peaux mastiqués, cuits au début, puis crus. Les celluloses augmentent le volume en diminuant la densité du repas. Elles favorisent la contraction gastrique, comme la contraction intestinale. On les donnera avec du beurre frais et souvent on obtiendra une amélioration de la constipation contre laquelle les mucilages et huiles minérales deviennent dès lors inutiles. La viande grillée et rôtie, le poisson maigre, poulet, gibier frais, jambon complètent le repas de midi, avec du fromage frais ou cuit tandis qu'au repas du soir on prescrit une soupe de légumes paysanne non écrasée, non passée avec quelques légumes verts.

Quand on ajoute des celluloses à un régime, on favorise la contraction et l'absorption des autres aliments et sans augmenter d'une calorie le régime, la courbe du poids traduit bientôt une reprise lente et progressive.

Ce régime est souvent inattendu. Certains malades surtout les éduqués par les livres et les légendes qu'ils contiennent hésitent en face de ce traitement, il faut leur faire comprendre qu'un muscle creux est d'autant plus atone qu'il ne contient rien et que pour faire des biceps il faut un exercice progressif avec des poids.

Le régime doit être varié, il ne faut pas se limiter à des sévérités soutenues. N'oublions pas qu'il s'agit de nerveux. Le régime est bon pour la vie coutumière. Mais hors de la maison, dans des conditions anormales, restaurant, dîners, le régime sort de ses règles relativement sévères. Les dystoniques sont surpris de bien digérer et n'importe quoi, quand ils mangent au dehors. Dans de telles conditions ils supportent même des plats indigestes.

Pour les boissons, il ne faut pas être sévère. Le regime sec est aussi mauvais que les grandes quantités de liquides. Deux verres de liquide environ par repas, d'eau faiblement additionnée de vin de Bordeaux rouge ou blanc, une infusion très chaude à la fin du repas sans café, ni thé.

Je ne fais pas reposer mes malades après le repas ; mais je leur demande de marcher une demi-heure avant chaque repas quand ils rentrent chez eux, pour obtenir le calme avant la mastication, plutôt qu'après.

Toutes ces règles de traitement sont inspirées

par la notion dominante de mécanique digestive. *Les dystoniques ont un trouble mécanique par dérèglement dynamique. Le mot dyspepsie prend la conséquence pour la cause et aboutit à une thérapeutique dont le seul avantage est de calmer le symptôme en perpétuant la maladie.*

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les indications du pneumothorax artificiel.

On sait que les indications du pneumothorax artificiel se rangent sous trois conditions : *unilatéralité des lésions, liberté de la plèvre, gravité des lésions.* En fait, ces conditions sont loin d'être nettement définies. M. Léon Bernard (*La tuberculose pulmonaire*, p. 233, 1925) montre les difficultés qui viennent souvent entraver la netteté d'appréciation.

L'*unilatéralité des lésions* est rarement absolue. Mais si l'examen stéthacoustique appuyé par les renseignements radiologiques montre du côté relativement sain des lésions discrètes et minimes, celles-ci ne doivent pas retarder l'intervention. Lorsque ces lésions existent, quel est leur degré d'activité ? Si les signes radiologiques sont seuls évidents, il s'agit probablement de lésions éteintes. Et, quand les phénomènes stéthacoustiques apparaissent, il faut prendre garde qu'ils n'appartiennent pas au côté malade lequel les transmet vers le poumon opposé. En cas d'hésitation, il faut répéter les radiographies.

Elles seules, apprendront s'il s'agit d'une lésion immobilisée et négligeable ou bien initiale et évolutive.

La *liberté de la plèvre* n'est pas entravée par les petites adhérences molles et récentes. Ces dernières se rompent à la première insufflation. Il en va autrement des adhérences fibreuses et inextensibles. Ces dernières constituent un obstacle insurmontable qui doit faire abandonner la cure. Elles se manifestent le plus souvent dès le début par la production de pressions élevées à la suite d'injection de faibles doses de gaz. Du coup, il ne faut pas insister. Dans la forme fibreuse de la tuberculose, les adhérences sont multiples et inextensibles. Le pneumothorax thérapeutique ne doit pas être tenté.

Seulement le diagnostic de l'état de la plèvre est fort délicat. Souvent malgré les frottements, le poumon se décolle parfaitement. D'autres fois, une symphyse passe inaperçue. Les rayons X ne fournissent pas d'indication certaine. Il faut y aller voir. La réussite de l'insufflation prouve seule la liberté de la plèvre, ou du moins la possibilité de son décollement. Il est donc sage de prévenir avant de commencer que le succès de l'insufflation n'est pas absolument assuré.

La *gravité des lésions* a trait à leur âge plus qu'à leur étendue. Dans les lésions profondes avec cavernes, les résultats du pneumothorax sont médiocres. Il existe de vieilles adhérences pleurales et l'état général est d'ordinaire mauvais. La lésion qui comporte les meilleures chances de succès est la lésion évolutive à son début dans la forme ulcéro-caséeuse. Il existe de la fièvre, de l'amaigrissement. L'expectoration est bacillifère, des craquements sont perçus à l'auscultation. Seulement avant d'intervenir, il faut attendre. Il ne s'agit pas de pratiquer une cure de pneumothorax à un malade dont la lésion se serait arrêtée spontanément. Si la fièvre persiste malgré le repos et le traitement institué, aucun doute, mieux vaut intervenir. Une intervention précoce offre l'avantage de tomber sur une plèvre indemne de lésions.

Dans la *pneumonie caséeuse*, la méthode est souvent inefficace. Il est difficile d'obtenir le collapsus du poumon, gorgé de l'exsudat intra-alvéolaire. Néanmoins l'obstacle n'est pas insurmontable et des guérisons ont été obtenues. De même les *hémoptysies abondantes ou incoercibles* sont fort bien arrêtées. Une évolution *tuberculeuse* chez une femme enceinte commande l'intervention pressante. Les tuberculeux porteurs de *lésions valvulaires du cœur* la supportent, à condition que le myocarde n'ait pas fléchi ; même chez les *diabétiques tuberculeux*, l'opération a réussi. M. Léon Bernard a enregistré plusieurs cas où l'évolution tuberculeuse s'est arrêtée. L'âge n'apporte ni indication ni contre-indication particulière. Chez le nourrisson toutefois, l'échec est habituel. L'*entérite tuberculeuse* ne s'oppose pas à la pratique du pneumothorax non plus que la *laryngite tuberculeuse*. Des modifications heureuses à la suite du pneumothorax se sont produites dans ces dernières maladies.

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Indications et technique de la vaccinothérapie en chirurgie.

L'utilisation pratique des différents vaccins est encore quelque peu empirique. G. Jeanneney (1)

(1) *Clinique et Laboratoire*, 20 octobre 1925.

dans une étude d'ensemble, cherche à dégager quelques notions essentielles.

INDICATIONS. — La vaccinothérapie, qu'elle agisse comme thérapeutique spécifique ou paraspécifique (choc protéique), repose avant tout sur la *possibilité pour l'organisme de faire les frais de sa défense ou de son immunisation*. Il faut donc en premier lieu préciser par tous les moyens actuels l'agent microbien en cause : cette notion permettra de choisir un stock-vaccin ou de préparer un autovaccin. Il faut ensuite tenir compte de l'état de l'organisme, lequel dépend d'une part du stade de la maladie (incubation, période d'état), d'autre part de l'état général du sujet.

On peut vacciner pendant la période d'incubation en cherchant à obtenir l'immunité avant la période d'invasion : c'est ce que l'on fait tous les jours pour la rage. On peut encore vacciner à titre préventif avant les interventions sur des foyers septiques (tube digestif) ou au cours du traitement chirurgical (phlegmons), ou même dès une inoculation microbienne accidentelle.

Une fois l'infection déclarée, la vaccinothérapie semble avoir d'autant plus de chances de succès qu'on est plus près du début, c'est-à-dire qu'on a affaire à des microbes neufs et à des réserves organiques fraîches. Une affection prend-elle au contraire un caractère aigu extrêmement violent, les avis diffèrent quant à la conduite à tenir. Si le sujet est en bonne santé apparente, s'il n'y a pas de contre-indications, un vaccin d'attaque (type vaccin de Delbet) sera indiqué. Dans les affections subaiguës, traînantes, lorsque la température tarde à descendre, un vaccin d'attaque, une supervaccination, pourra trouver son indication et sera suivi de succès ; ainsi, on pourra traiter, en chirurgie : les affections à staphylocoques (abcès, furoncles, ostéomyélites), les affections à streptocoques (érysipèle, lymphangite, phlegmons), les affections à bacilles typhiques (angiocholites, ostéites), les affections à gonocoques (vaginites, urétrites, complications de la blennorragie), les tuberculoses chirurgicales (adénites, abcès, ostéoarthrites, péritonites).

CONTRE-INDICATIONS. — Pratiquée dans de bonnes conditions, la vaccinothérapie n'offre aucun danger. Mais on s'abstiendra de vacciner : les cachectiques, les vieillards après 70 ans, les débilités, les surmenés, les tarés à troubles de l'assimilation et de la nutrition, les intoxiqués chroniques graves (alcooliques), les diabétiques, les albuminuriques brightiques, les insuffisants surrénaux latents, les asystoliques, les tuberculeux, les sujets présentant une maladie générale en évolution. Tous ces malades ne pourraient, d'une part, faire les frais d'une vaccination brutale, et d'autre part seraient exposés à un brusque fléchissement de leurs organes déficients. On a enfin conseillé de s'abstenir chez les septicémiques, encore que cette question soit discutable.

Se basant sur la notion d'immunité locale de BESREDKA, on aura intérêt, chaque fois qu'on le pourra, à agir sur le foyer lui-même ou sur son voisinage. Dans les infections intestinales, par exemple, BESREDKA a montré que le vaccin n'agit qu'autant qu'il est en contact direct avec la muqueuse intestinale, où il susciterait un véritable barrage local d'anticorps.

BRUSCHETTINI et CHAUVET ont injecté dans l'urètre des blennorragiques des vaccins antigonococciques. Dans les affections pulmonaires, la voie intratrachéale (excellente voie d'absorption par ailleurs) est tout à fait indiquée. A son défaut, CRUCHET conseille la voie intra-veineuse par laquelle le vaccin aboutit presque directement au poumon.

Dans les infections pyogènes, on fera donc les injections de vaccin près du foyer, et on appliquera également sur la région infectée des vaccins (vaccins glacés).

Si l'on désire obtenir une action colloïdoclasothérapique, on emploiera de préférence la voie intra-veineuse, sous couvert de précautions de désensibilisation et avec la prudence que comporte l'introduction par cette voie d'albumines étrangères toxiques. Désire-t-on au contraire une absorption progressive, immunothérapique, les injections sous-cutanées ou intra-musculaires trouveront leurs indications.

En dehors des précautions d'asepsie qui font de toute injection sous-cutanée un acte inoffensif, on vérifiera, du côté du vaccin : l'intégrité de l'ampoule, l'homogénéité de l'émulsion (agiter l'ampoule jusqu'au trouble).

Il sera bon de prendre la température avant et après l'injection. Avec les vaccins de Delbet, la pression artérielle subit des variations parfois très marquées.

La dose à injecter varie avec chaque germe ; elle est régie, en dehors de l'état du malade et du stade de la maladie, par les questions de toxicité, de virulence, de valeur antigénique, déjà signalées. Les doses varient pour chaque espèce microbienne, mais c'est l'expérience, et aussi la nature des réactions désirées, qui président au choix de ces doses.

On n'est pas absolument fixé sur la répétition

des injections ; le mieux est de se baser sur les réactions générales de l'individu, et d'attendre, pour faire une nouvelle piqûre, que toute élévation thermique attribuable au vaccin ait cessé.

J. L.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'examen médical des employés de chemin de fer. Discussion sur le rapport de M. Guillain. — M. de Lapersonne. — L'examen oculaire doit être plus complet, fonctionnel et objectif. Le sens chromatique est le plus important ; or le daltonisme est plus fréquent qu'on ne pense, et sur certaines lignes plus de deux cents signaux se succèdent sur un parcours de cent kilomètres. Le nombre de médecins spécialistes devrait en général être augmenté.

M. Maurice de Fleury, chargé de l'examen psychiatrique à la Compagnie de l'Etat, a constaté des états mentaux, de la paralysie générale, et surtout de l'alcoolisme chez un grand nombre de sujets. Les troubles de la vision sont souvent consécutifs à l'alcoolisme.

Les conclusions du rapport de M. Guillain sont adoptées. L'examen des yeux par un spécialiste sera pratiqué tous les deux ans. D'autre part, les cardiaques au cœur défaillant et à grosse hypertension, seront mis à la réforme. Les alcooliques habituels seront rayés des services de sûreté.

Le signe du phrénique droit dans les appendicites et les séquelles appendiculaires du carrefour sous-hépatique. — M. Michail Fliesou.

Enregistrement des bruits du cœur. — M. Lutembacher.

26 janvier 1926.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A propos de l'opération de Brauer. — M. R. Grégoire communique une observation personnelle de péricardite adhésive traitée par l'opération de Brauer. L'opéré, un jeune homme de 17 ans, était dans un état d'asystolie si prononcé que les toni-cardiaques restaient sans le moindre effet ; il succomba 15 jours après l'intervention. M. Grégoire pense que l'opération de Brauer ne peut être efficace qu'avant la période d'asystolie confirmée.

Un cas de brûlure de l'estomac par ingestion d'acide chlorhydrique. — M. Roux-Berger relate cette observation de M. Pérard (de Casablanca), concernant un homme de 43 ans qui, après ingestion volontaire d'un verre d'acide chlorhydrique, présenta une intolérance gastrique absolue. A la radiographie, sténose pylorique complète. Intervention : l'étendue des lésions est telle, au niveau du pylore et de la petite courbure, que M. Pérard est obligé de pratiquer une large gastrectomie. Guérison parfaite.

Deux cas de hernie transdiaphragmatique de l'estomac. — M. Roux-Berger rapporte ces deux observations de M. Pérard (de Casablanca). Intervention par thoracectomie. Guérison.

Carpe à une seule rangée. — M. Mouchet analyse l'observation et présente les radiographies d'un jeune soldat examiné par M. L'Heureux, chirurgien des hôpitaux militaires. Il n'existe du côté droit qu'une seule rangée du carpe. Ce cas semble unique dans la littérature médicale.

Série intégrale de 27 résections du genou pour tumeurs blanches, chez l'adulte, par le procédé extra-capsulaire. Présentation de radiographies (résultat immédiat, consolidation osseuse, résultat éloigné). — M. P. Fredet communique cette statistique personnelle : 25 guérisons opératoires parfaites ; 2 amputations secondaires. La consolidation a été obtenue en moyenne en 2 mois ou 2 mois 1/2.

Causalgie prenant origine au niveau d'un moignon d'amputation de la cuisse droite. Section des rameaux communicants lombaires du tronc sympathique droit. Guérison. — MM. Louis Bazy et G. Lataix communiquent cette intéressante observation.

Election d'un membre titulaire. — M. Capette est élu par 48 voix sur 50 votants.

(*13 janvier.*) J. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 janvier 1926.

L'abcès de fixation. — M. Comby. — En injectant sous la peau un centimètre cube d'essence de térébenthine, on provoque une violente réaction qui aboutit à un abcès plus ou moins volumineux. C'est l'*abcès de fixation* que Fochier avait préconisé contre la septicémie puerpérale. Plus tard A. Netter devait l'employer contre l'encéphalite léthargique. Il est aujourd'hui pratiqué, un peu à l'aveugle, dans les maladies les plus diverses, avec la pensée qu'une infection générale, souvent mortelle, pourra se localiser et comporter un pronostic moins sévère. Quoique cette espérance soit souvent déçue, l'abcès de fixation se répand de plus en

plus et il n'est pas inutile d'en montrer les inconvénients : douleur, suppuration et décollements, eschares, fièvre, etc. Efficacité nulle ou tout au moins douteuse. Certes beaucoup de malades guérissent après l'abcès de fixation, mais il faut savoir interpréter le *post hoc ergo propter hoc*. Pour l'auteur, quand on pratique un abcès de fixation on ne fait qu'ajouter un mal à un autre.

M. NETTER défend avec précision et détails la pratique et les résultats de l'abcès de fixation. L'abcès de fixation donne d'excellents résultats dans certains cas d'encéphalite léthargique et même dans la méningite aiguë otitique ou pneumococcique.

M. LEREBOULLET rappelle, avec Ramon, que les chevaux préparés contre la toxine antitétanique présentent une élévation de leur antitoxine d'une façon considérable quand ils présentent des abcès.

M. BRODIN insiste sur l'effet remarquable des abcès de fixation dans certains cas de méningites cérébro-spinales et dans l'encéphalite épidémique. Il faut les ouvrir le quatrième jour.

Propriété hypertensive du citrate de soude. — M. Maurice RENAUD montre que l'administration quotidienne de citrate de soude par la bouche, telle qu'elle est préconisée dans les artérites, à la dose de 8 à 12 grammes, amène en quelques jours, d'une façon régulière, une ascension de la tension artérielle de 2 à 5 centimètres, qui persiste tant qu'on donne le médicament mais qui cesse très vite dès qu'on en supprime l'usage. Ces modifications de la tension peuvent présenter des inconvénients et il est en tout cas convenable de les connaître.

Purpura hémorragique terminal dans un cas de leucémie myéloïde. — MM. A. CHAUFFARD, Robert CLÉMENT et N. JONNESCO. — Il s'agit du cas de purpura hémorragique avec hémorragies multiples, muqueuses et cutanées ; temps de saignement : 2 heures ; thrombocytopénie à 68.000 plaquettes qui, en 2 semaines, amène la mort dans un cas de leucémie myéloïde typique.

Celle-ci avait évolué en 2 ans 1/2, sous forme de trois poussées successives, enrayées chaque fois par la radiothérapie splénique.

Faut-il incriminer, à la base de ce syndrome hémorragique, les 33 séances de radiothérapie, rendues nécessaires par les rechutes leucémiques, ou est-ce un des modes d'évolution de la leucémie myéloïde, dont la radiothérapie n'amène jamais qu'une guérison symptomatique ? Ce syndrome n'est pas fréquent dans la leucémie myéloïde, en dehors de son évolution vers la leucémie aiguë. Dans le cas présent, l'existence de 20 0/0 de cellules indifférenciées, permet de soupçonner une évolution de ce genre, sans qu'elle soit assez accentuée pour pouvoir l'affirmer.

Ce fait montre, une fois de plus, la parenté et l'interdépendance des grands syndromes sanguins.

M. PAISSEAU rappelle une observation analogue qu'il a publiée antérieurement.

M. RIST a observé une leucémie chronique myéloïde, traitée par les rayons, qui se termina par une hémorragie intense, mais dans ce cas on n'a pas observé de syndrome de leucémie aiguë.

Phrénicectomie. — M. H. DUFOUR résume le résultat de ses constatations sur la phrénicectomie dans le traitement de la sclérose pulmonaire à expectoration suppurée et signale l'imperfection des améliorations obtenues.

Les formes paroxystiques du syndrome d'Adams Stokes. — M. E. DONZELOT résume quatre cas de formes paroxystiques du syndrome de Stokes Adams et formule une nouvelle théorie permettant de concevoir ces faits.

M. CLERC a observé des bradycardies paroxystiques dans le rythme de dissociation, mais signale que l'accélération de ces bradycardies est souvent anormale comme contraction et siège d'excitation.

M. LAUBRY partage le même avis sur ces faits. On observe des alternatives de dissociation et de rythme normal.

Un cas d'infantilisme. — MM. BAUDOUIN, CLERC et SELQUEN présentent un malade atteint d'un triple syndrome pathologique : infantilisme, anémie et cirrhose graisseuse, consécutifs à une péritonite tuberculeuse.

Le métabolisme basal normal, l'absence de tout signe hypophysaire éliminent les variétés thyroïdiennes et hypophysaires de l'infantilisme, le cas actuel rentre dans le cadre de l'infantilisme primitivement génital, conformément à l'opinion de M. Souques.

BIBLIOGRAPHIE

L'initiation à la médecine, par le Dr Henri BOUQUET — Un vol. — Librairie Hachette, 160 p.

Initier le grand public aux lignes directrices de la médecine, tel est le but que s'est assigné M. Henri BOUQUET. Il l'a parfaitement rempli. Dans une langue élégante et nette, il parle des causes de la maladie. Comment guérir, le diagnostic, le pronostic, le traitement lui fournissent la matière d'autres chapitres. La présentation est large et bien ordonnée. Une introduction intelligente sert de Préface. « L'esprit scientifique, dit M. H. BOUQUET veut que l'on considère les faits en eux-mêmes, sans tenter de les accommoder au goût de celui qui les cons-

tate. » Sans doute ; cela doit être ainsi. Mais cela n'est pas. Le goût, c'est-à-dire les tendances affectives du sujet dirigent le sens de la recherche, les prénctions établies dans l'esprit adaptent ensuite le résultat de la recherche au tour des idées qui accueillent ce résultat. De tout temps, les choses se sont passées ainsi. Quand elles se passent autrement, c'est un tollé général contre l'audacieux qui s'évade de l'ornière. Les hommes de génie ne sont pas autre chose. Ce sont les seuls qui répondent à la formule de M. H. Bouquet, qui exige la vision directe du fait enregistré. Plus loin une formule dont l'application sans tempérament peut être suivie de fâcheuses conséquences. « Soulager un symptôme, écrit l'auteur, c'est parfois sauver une existence. » De ce principe les homœopathes tirent toute leur doctrine ; nous partageons moins leur conviction. Un symptôme n'est d'ordinaire qu'un paravent. En crevant ses panneaux, on laisse subsister ce qu'il cachait, c'est-à-dire la cause du mal. Il est bien rare que la guérison du symptôme amène la guérison de la maladie.

Dans les angines de poitrine, si la douleur occupe le premier plan, il y a autre chose derrière. Et, si vous supprimez l'avertissement qu'est le symptôme, la maladie poursuit son chemin dans l'ombre, à moins qu'elle se décide à se dissiper spontanément, ce qui arrive.

Lse grands syndromes respiratoires, fasc. II, par M. le Pr E. Sergent. Gaston Doin, Editeur. 50 francs.

Le Pr Sergent est parmi les séméiologistes modernes certainement un des plus autorisés, mais aussi, ce qui vante encore mieux un de ceux qu'inspire le plus pur esprit clinique. Qu'on lise son chapitre sur la critique des cavernes muettes ! Qu'on parcoure les syndromes médiastinaux ! Dans tous ces chapitres deux notes dominent : la clarté la plus évidente et au milieu d'une documentation très riche, le plus logique bon sens. Les cliniciens, je veux parler des cliniciens modernes largement ouverts aux nouveaux moyens d'investigation, tirent un grand profit de cette lecture, tout y est à sa place, les perspectives établies, la brume dissipée, et comme c'est simplement écrit ! La langue vigoureuse et parfois piquante maintient le lecteur en haleine, on s'instruit avec profit et non sans plaisir.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les associations médicamenteuses dans le traitement de l'artériosclérose.

Il semble, étant donné le nombre des formules nouvellement proposées pour le traitement de l'artériosclérose et des affections connexes, que ces troubles cardio-vasculaires et de nutrition générale aient augmenté considérablement au cours de ces dernières années.

Malheureusement l'art de les guérir ne paraît pas avoir progressé en proportion ; nos thérapeutes semblent évoluer vers la polypharmacie ou, plutôt, ils se sont laissés aller à prescrire des associations médicamenteuses, sous prétexte d'utiliser des synergies qui, en réalité, n'existent que trop rarement.

L'opothérapie, préconisée un moment comme spécifique, ne paraît pas avoir donné tout ce qu'elle promettait; alors, non seulement on a tenté des associations de divers organes glandulaires mais, également, ces associations renforcées de divers produits galéniques ou même de produits chimiques, ce qui conduit à une neutralisation générale plutôt qu'à un renforcement d'action. Sous le fallacieux prétexte de s'adresser à la fois aux différents appareils dont les fonctions viciées déterminaient les troubles morbides, on a cherché à les impressionner tous par une même préparation complexe, au lieu de s'attacher à rechercher, chez chaque malade, quel était le point faible de l'organisme et quelle était la fonction dont l'altération primitive avait déclanché des retentissements sur les autres.

Ce n'est pas parce que l'on a reconnu que dans certains cas le nitrite de soude, le silicate de soude, le phosphate de soude pouvaient abaisser temporairement la pression sanguine chez les hypertendus qu'il est logique de les associer. Leur emploi répond à des indications spéciales. Les nitrites ne doivent être utilisés que temporairement et encore, souvent à la suite de leur emploi, il se produit des poussées d'hypertension dangereuses. Le silicate de soude, préconisé par Scheffler en 1908 est, depuis, tombé dans l'oubli ; s'il peut agir dans certaines eaux minérales, c'est surtout en raison de son état physique particulier.

L'alcaloïde du gui, dont on parle depuis peu, ne possède guère qu'un pouvoir diurétique utilisable pour l'artérioscléreux ; par contre, il agit comme hypertenseur, comme l'ont démontré Chevalier et les tracés de la thèse de Lesieur. Dans les préparations de gui, cette action est contre-balancée, et au delà, par l'action des glucosides hypotenseurs beaucoup plus actifs et l'action diurétique demeure.

Le *Gui*, dans la préparation *Guipsine*, tout au moins, est le seul médicament hypotenseur qui ait résisté à l'expérience thérapeutique prolongée depuis plus de quinze ans et il n'a besoin d'aucune association pour régulariser l'appareil cardio-vasculaire déséquilibré par l'hypertension. C'est qu'il agit, comme l'ont montré Huchard, Pouchet, Pic et leurs élèves, à la fois sur le système nerveux central, sur le cœur lui-même et son appareil nerveux intrinsèque, sur les fibres musculaires des vaisseaux périphériques et sur le rein dont il augmente et améliore la sécrétion.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Firbinger.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. 1926

SYPHILIGRAPHIE

Polysensibilisation alimentaire eczématigène après intoxication arsénobenzolique.

Poussée d'eczéma d'origine alimentaire après érythrodermie arsenicale.

Par H. Gougerot,

Professeur agrégé, médecin des Hôpitaux.

On sait qu'après l'érythrodermie arsénobenzolique, les malades restent sensibilisés à tous les arsenicaux pendant de longues années (Nicolas), et que l'on ne peut sans danger leur redonner de l'arsenic sous n'importe quelle forme : c'est la **sensibilisation générale aux arsenicaux.**

On sait depuis les observations que d'autres et nous-mêmes avons réunies (1) que l'intolérant à l'arsenic peut, par la suite, être intolérant à d'autres médicaments antisyphilitiques :

Par exemple une malade de Vercellino guérit en trois mois d'une érythrodermie arsenicale; deux ans après, à la 3e injection de calomel, elle fait une intoxication mercurielle avec érythrodermie dont elle meurt en quelques jours (*Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, avril 1925).

Par exemple, notre malade 1124, après érythrodermie arsenicale grave intense, guéri pratiquement le 24 avril 1923, tolère d'abord une 1re cure de 12 bismuth en juin 1923, puis une cure d'oxycyanure de mercure du 18 décembre 1923 au 5 février 1924, puis une 2e cure de 12 bismuth du 16 mai au 27 juillet 1924, mais aux 9e, 10e, 11e injections d'une 3e cure de bismuth commencée le 19 septembre 1924, il se plaint de frissons, fièvre, courbature intense persistant vingt-quatre à quarante-huit heures (intolérance tardive au bismuth).

Par exemple notre malade 3056, basedowienne, a des accidents précoces (fièvre, malaise intense, syncope) après chacune des 5 injections de 914 et de sulfarsénol du 19-30 septembre, le 21 octobre, les 11 et 14 novembre 1924. Deux injections de bismuth sont tolérées les 8 et 9 décembre, mais la 3e le 12 décembre 1924 donne une réaction générale fébrile intense avec réaction locale violente pseudo-phlegmoneuse (intolérance précoce au bismuth).

Par exemple M. De... rapidement intolérant au 914 dès la 4e injection de 0 gr. 75, a, à nouveau avec la 1re faible dose de sulfarsénol, des arthrites toxiques et de l'érythrodermie exfoliante immédiate des pieds, de la bouche, etc. en 1921; il supporte en 1921; 1922, 1923 le cyanure d'Hg, mais après trois ans de tolérance il devient intolérant (diarrhée sanglante) ; en avril 1923, dès la 3e injection d'hydroxyde de bismuth il est intolérant : en quelques heures surviennent malaise général, fièvre, lombago intense sans albuminurie, sans hématurie, sans dyspnée qui durèrent vingt-quatre heures.

Est-ce l'intoxication arsenicale qui a polysensibilisé, vis-à-vis du bismuth ou du mercure ? c'est possible, surtout lorsque l'intolérance au bismuth se produit quelques jours après l'intoxication arsenicale (malade 3056). Lorsque la nouvelle intolérance se produit des mois après l'intoxication arsenicale, il est plus logique d'accuser une prédisposition chez ces malades à se polysensibiliser, mais la première intoxication joue certainement un rôle dans la pathogénie de la deuxième intolérance.

A ces faits on doit ajouter que l'intoxication arsenicale peut sensibiliser le sujet à d'autres toxiques que les arsenicaux et les autres médicaments antisyphilitiques : par exemple, le malade, ayant guéri de son érythrodermie arsenicale, présentera des poussées de prurit et d'eczéma banal vésiculeux ou vésiculo-squameux lorsqu'il mangera certains aliments : poissons, charcuterie, etc., qui, autrefois avant l'intoxication arsenicale, étaient parfaitement tolérés et ne déterminent chez les autres personnes de la famille aucun trouble d'intoxication cutanée ou autre. Autrement dit, l'*arsenic a polysensibilisé l'organisme à ces aliments* et cette sensibilisation se traduit chez nos malades par de l'*eczéma* : *polysensibilisation alimentaire eczématigène après intoxication arsenicale.*

Tantôt l'intoxiqué n'avait jamais eu auparavant d'eczéma et il supportait parfaitement les aliments devenus nocifs depuis l'érythrodermie arsenicale (malades 4083, 1175, etc.) et aujourd'hui il suffit que ces malades absorbent ces aliments pour présenter de l'eczéma.

Tantôt l'intoxiqué avait déjà eu de l'eczéma; mais, par exemple chez notre 1800, cet eczéma localisé aux jambes était discret, torpide, peu gênant, peu ou pas prurigineux et) il ne semblait pas influencé par l'alimentation. Au contraire, depuis l'érythrodermie arsenicale, l'eczéma s'est diffusé aux avant-bras, aux jambes, etc., il a des poussées subaiguës vésiculeuses suintantes très

(1) Gougerot. Poly-intolérances aux anti-syphilitiques. Syphilitiques poly-intolérants au mercure, arsenic bismuth, *Paris Médical*.

prurigineuses et ces poussées sont nettement déclenchées par certains aliments : charcuterie, escargots, poisson.

La concordance entre les poussées cutanées et l'alimentation impose le diagnostic de « sensibilisation », mais la réaction cutanée est banale d'aspect, c'est l'eczéma le plus vulgaire et rien ne le distingue des eczémas d'autres causes.

Il est remarquable que seuls agissent certains aliments à l'exclusion de tous les autres et que seuls agissent les toxiques « internes » par ingestion car l'irritation externe : eau de savon, eau de javelle ne réveille pas l'eczéma.

L'intensité de la polysensibilisation présente tous les degrés, depuis les petites poussées espacées ne survenant que lorsque le sujet s'expose à l'intoxication alimentaire, jusqu'aux poussées subintrantes de notre malade n° 1800 qui donnent à sa dermatose une fausse apparence de chronicité.

Cette intensité de la polysensibilisation n'est pas proportionnelle à l'intensité de l'intoxication arsenicale sensibilisante, car dans nos trois observations, c'est la plus faible érythrodermie qui a donné la plus grande sensibilisation, mais il faut souligner que ce malade était un prédisposé ayant eu de l'eczéma antérieurement à l'érythrodermie arsenicale.

Les causes de cette polysensibilisation alimentaire eczématigène par l'intoxication arsenicale nous échappent. Ces malades n'avaient ni avant ni après l'érythrodermie de lésions viscérales hépatiques rénales, endocriniennes décelables ; un seul de nos trois malades avait de la fragilité cutanée ayant de l'eczéma ancien. Il faut admettre chez ces malades une prédisposition encore mystérieuse à la diathèse colloïdoclasique de Widal et Abrami.

Observation I : Traitement arsenical d'épreuve. Erythrodermie précoce dès la première piqûre, grave, durant quarante jours ; après guérison, eczéma banal récidivant par ingestion de poisson, etc.

Malade n° 4083, âgée de 37 ans, vient consulter pour des troubles nerveux de cause indéterminée : irritabilité, insomnie, cauchemars, idées de suicide, vertiges, «chutes» avec perte de connaissance et secousses épileptiformes, céphalées violentes que ne calment pas les analgésiques, bouffées de chaleur... sans troubles des réflexes tendineux cutanés pupillaires. Le B.-W. est négatif au B.-W. classique et au Hecht. (=H8). On décide donc d'essayer à titre de traitement d'épreuve et de réactivation (Milian) une cure arsenicale.

Elle reçoit 0 gr. 15 de 914 le 23 janvier 1925. Dès le lendemain de cette première piqûre apparaît un érythème scarlatiniforme avec mauvais état général sans atteinte des muqueuses. Bientôt l'éruption se généralise et la fièvre monte à 40° et y reste pendant trois jours, l'érythème s'accompagne de prurit intense, s'accompagne d'œdème sous-cutané, de vésiculation puis de phlycténisation ; la fièvre à 39°, puis 38° et 38°5 durera trente jours et l'éruption ne guérira que vers le 1er mars 1925 s'étant prolongée une quarantaine de jours. C'est le tableau d'une *érythrodermie arsenicale intense grave*, donc différent de l'érythème précoce transitoire et bénin qui n'est pas rare au début des traitements arsenicaux.

Le 1er mars *bien qu'elle se dise guérie*, on découvre sur les avant-bras et les pieds des *vésicules d'eczéma identiques cliniquement et au grattage méthodique à l'eczéma banal* et qui ne ressemblent plus à l'érythème arsenical pointillé.

Le 10 mars 1925, l'ingestion de *poisson* provoque une *poussée d'eczéma vésiculeux banal* sur les avant-bras et poignets, sur les jambes qui durera quatorze jours, et depuis lors l'ingestion de poisson, d'œuf, charcuterie, fromage fort rappellera régulièrement le prurit et l'eczéma pendant sept à quinze jours.

Au contraire les soins du ménage, l'eau, le savon, l'eau de javelle ne seront pas eczématigènes : ce n'est donc *pas un eczéma d'origine externe*.

Il faut souligner qu'*avant l'intoxication arsenicale cette malade n'avait jamais eu d'eczéma* et qu'elle *tolérait parfaitement les aliments aujourd'hui nocifs et eczématigènes*

Observation II : Syphilitique tertiaire en activité, érythrodermie arsenicale après 3 gr. de 914, durant deux mois, d'intensité moyenne, poussées de prurit et d'eczéma subintrantes de cause alimentaire donnant l'aspect d'un eczéma chronique.

Malade n° 1175, âgé de 50 ans, syphilitique depuis vingt-cinq ans, vient consulter le 23 janvier 1923 pour une syphilide circinée tertiaire typique du thorax et du nez. On commence donc aussitôt le 914 car les viscères paraissent indemnes et il reçoit du 26 janvier au 20 février 1923 : 0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.75, au total 3 gr.

Le 27 février 1923, sept jours après la dernière injection, il commence une érythrodermie arsenicale généralisée avec érythème diffus, vésiculation, phlycténisation, suintement, œdème sous-cutané, prurit intense, troubles généraux, fièvre à 38°, 38°5. *Cette érythrodermie arsenicale d'intensité moyenne durera deux mois* : mars et avril 1923.

Mais la peau ne revient pas à l'état normal, en effet, des *petites poussées de prurit et d'eczéma vésiculeux surviennent chaque fois qu'il mange de la viande, de la charcuterie, des moules, crustacés, poissons* (alors qu'il les tolérait autrefois) : les lésions sont de l'eczéma banal traînant avec poussées subaiguës, elles se répètent ainsi en 1924 et 1925. A un examen rapide on pourrait croire à une érythrodermie arrenicale devenue chronique, mais l'arsenic est depuis longtemps éliminé (car l'érythrodermie arsenicale est guérie depuis plus de deux ans), l'aspect des lésions est celui de l'eczéma banal, l'influence de l'alimentation est évidente.

Il faut souligner *qu'avant l'intoxication arsenicale, il tolérait parfaitement* les aliments aujourd'hui nocifs et qu'il n'avait jamais eu d'eczéma.

Obervation III : **Syphilis ancienne latente, eczéma antérieur torpide discret non influencé par l'alimentation. Erythrodermie arsenicale ; après guérison, poussées d'eczéma d'origine alimentaire.**

Malade n° 1800, âgé de 55 ans, syphilitique depuis l'âge de 21 ans (1889), il vient consulter le 20 juillet 1923 pour de l'eczéma discret torpide non prurigineux des jambes apparu en 1921. De sa syphilis il ne reste qu'une sclérose superficielle de la langue, les réflexes sont normaux, le B.-W. est négatif = H8 au B.-W. classique = H7, au B.-W. Hecht, les viscères paraissent indemnes : pas d'albuminurie. En raison de ce terrain spécifiqus et de l'eczéma on commence les arsénobenzènes. Deux injections de 0.15 et de 0.30 de 914 étant mal tolérées fin juillet, on continue avec le sulfarsénol qui est bien toléré : 11 injections sont faites à la dose de 0.06, à 0.60, totalisant 3 gr. 20 du 3 août au 9 octobre 1923.

Le 16 octobre 1923 on interrompt la cure car l'*eczéma qui depuis la fin de septembre augmentait s'est brusquement généralisé depuis la dernière injection* (du 9 octobre), cet eczéma est devenu une *érythrodermie arsenicale généralisée* avec érythème diffus, œdème sous-cutané, vésiculation, suintement. Quatre injections d'autohémothérapie les 16, 23, 30 octobre et le 6 novembre arrêtent cette érythrodermie (notons en passant que l'autohémothérapie est le meilleur traitement actuel de l'érythrodermie arsenicale) et en vingt jours l'érythrodermie est pratiquement guérie ; elle fut donc *bénigne*.

Mais chaque fois que le malade mange de la charcuterie, des escargots, du poisson, il est repris de *prurit* avec une poussée d'eczéma des bras et jambes : *eczéma vésiculeux* suintant très prurigineux d'*aspect banal* qui dure sept à douze jours.

Il faut souligner qu'avant cette intoxication arsenicale, il supportait ces aliments et que son eczéma des jambes restait torpide « égal à lui-même » non influencé par l'alimentation.

Il est intéressant de relever que l'érythrodermie arsenicale n'a pas rendu le B.-W. négatif suivant la doctrine allemande (Buschke, etc.) en effet, le B.-W. négatif avant la crise (= H8, H7) est devenu positif le 16 octobre 1925 (= H2 au B.-W. classique, H0 au B.-W. Hecht) ; il redevient négatif le 22 février et le 21 mars 1924 grâce à deux cures de bismuth, puis le traitement ayant été négligé le B.-W. redevient positif le 10 mars 1925 H2 au B.-W. classique, H0 au Desmoulière, H0 au Hecht.

***

On voit l'intérêt pratique de ces polysensibilisations : une intoxication (ici l'intoxication arsénobenzolique) peut sensibiliser l'organisme non seulement au premier toxique sous toutes ses formes, mais encore à d'autres médicaments (par exemple au bismuth et au mercure) d'où les difficultés thérapeutiques que l'on conçoit, où la gravité du pronostic (cas de mort de Vercellino). Elle peut polysensibiliser l'organisme à certains aliments dont l'ingestion déclenchera des poussées de prurit et d'eczéma. Le choc arsenical a donc transformé l'organisme et le pronostic de l'érythrodermie arsenicale n'est pas grave seulement immédiatement, il peut être grave par les conséquences lointaines de ces polysensibilisations.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital St-Antoine. — M. le Pr F. Bezançon.

Evolution de la pleurésie séro-fribrineuse.

Nous allons étudier, non pas les symptômes cliniques de la pleurésie, décrits partout, mais, ce qui est relativement moins bien étudié, l'évolution même de la maladie.

La pleurésie a une autonomie, une physionomie particulière ; ce n'est pas un banal incident de tuberculose,. A ce point de vue, les anciens avaient vu juste, quand ils l'avaient individualisée. Dans nombre de cas, disaient-ils, l'individu est pris en pleine santé, sans manifestations antérieures, en plein travail, d'un point de côté initial, souvent important, mais n'atteignant pas l'importance du point de côté pneumonique, puis de frissons, ou, plus exactement, de frissonnements., car il est rare qu'il s'agisse d'un grand frisson solennel, avec température montant immédiatement à 40°, comme dans la pneumonie. On avait noté les symptômes généraux : courbature, céphalée, anorexie, troubles digestifs.

Peu de chose a été ajouté à cette description. Cependant, les anciens n'ont pas insisté suffisamment sur ce qui précède le début de la maladie. La pleurésie n'en est pas le premier incident. En réalité, quand on interroge de près les malades, on voit que, dans les jours, les semaines, quelquefois les mois qui précèdent, il y avait des symptômes indiquant que l'organisme n'était plus en état normal, qu'il y avait un fléchissement de la santé.

On relève à ce moment, dans nombre d'observations, ce qu'on peut appeler la période prémonitoire de la pleurésie, caractérisée par un certain nombre d'incidents qu'on peut rattacher à une poussée tuberculeuse discrète. Certes il y a des malades qui débutent dans la pleurésie brutalement, sans symptômes prémonitoires, sans aucun passé : le sujet était bien portant, en pleine santé; un jour, il est pris de point de côté, de frissons. Mais comme chez la plupart, on voit que, depuis un mois, deux mois, il y avait un petit fléchissement

de la santé : mnis c'est après coup, le pols souvent, qu'on s'en aperçoit. Le sujet était un peu fatigué, il avait un peu de fièvre le soir, des transpirations la nuit, il avait moins d'appétit qu'à l'ordinaire, de l'amaigrissement, signes qui se rattachent à ce que nous appelons l'imprégnation tuberculeuse.

J'ai retrouvé très souvent ces symptômes d'avertissement dans nos 114 cas de pleurésie observés à Boucicaut. Cette forme avec phase prémonitoire est signalée dans la thèse de mon élève Brodiez.

Cette période prémonitoire est intéressante, parce qu'elle nous montre qu'en réalité, le plus souvent, le pleurétique n'entre pas dans la pleurésie d'une façon aussi subite qu'on le croit. L'accident pleurétique est brutal, mais il a été précédé de quelque chose. Ce quelque chose a été le réveil d'une lésion tuberculeuse qui, jusque-là, sommeillait. Très souvent l'individu a été contagionné dans son enfance; vers 15 ans, il aura présenté des adénopathies cervicales, plus tard une hémoptysie, puis tout sera rentré dans l'ordre. Or cet individu, un beau jour, alors qu'il *semblait* bien portant, fait une pleurésie : c'est que sa lésion est devenuə plus évoluante, quelques bacilles sont tombés dans la plèvre. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer cette évolution si curieuse en deux temps, qui existe non seulement pour la pleurésie, mais pour d'autres localisation de la tuberculose, particulièrement pour la méningite tuberculeuse. Cette période prémonitoire est importante, parce que le médecin peut beaucoup pour la prévention; les moyens curatifs, au contraire, sont limités.

Mais, dans certains cas, il n'y a pas seulement des symptômes prémonitoires d'imprégnation tuberculeuse, indice qu'une lésion se réveille; il y a plus : il y a des phénomènes locaux. Dans nombre de cas, ces individus ont présenté au niveau de la région thoracique des phénomènes douloureux, des points de côté, souvent depuis six ou huit mois.Le point de côté a pu être passager, ou, au contraire, il avait été tenace, on avait consulté le médecin qui n'avait rien trouvé, même à la radiologie. Il n'y a pas eu de frottements pleuraux, si bien qu'on parle de névralgie intercostale, ou mieux de douleurs musculaires, de pleurodynie. Mais il faut penser que c'est là peut-être le premier symptôme de la pleurésie. qu'il s'est produit des localisations tuberculeuses au niveau de la plèvre pariétale, de la pleurite pariétale.

Parmi les symptômes prémonitoires, il faut noter l'apparition de douleurs articulaires, qui ont été signalées parfois.

Le début dans certains cas est aigu, pneumonique, cependant avec un frisson moins solennel, une élévation moins brutale de la température.

A la période d'état, l'épanchement, qui se constitue en général rapidement, détermine ce qu'on appelle le syndrome liquidien. C'est l'immobilisation du thorax, et, si l'épanchement est gros, un peu de voussure. A ce moment la percussion montre la matité hydrique, et on perçoit le symptôme capital, le silence, ainsi que l'abolition des vibrations vocales, le souffle, et les autres signes décrits partout. La fièvre persiste généralement pendant quinze jours ou trois semaines, quelquefois davantage. Dans certains cas, elle est presque continue, comme au début d'une fièvre typhoïde : la langue est saburrale ou sèche, il y e de la prostation; il eyiste une forme typhoïde de la pleurésie. Mais il y a presque toujours un certain degré de rémittence. Il est rare qu'on ait un plateau véritable. Il se produit une oscillation d'un degré entre le matin et le soir, autour de 39° ou 40°. Mais, dans certains cas, les oscillations thermiques prennent une allure franchement intermittente, oscillant de 37°, le matin, à 40°, le soir, comme dans une fièvre paludéenne, et surtout comme dans la fièvre hectique qu'on voit chez les cavitaires. L'accès se termine par des sueurs abondantes. Quelques jours après, cette température commence à décliner progressivement, s'acheminant vers un lysis.

A côté de ces grandes pleurésies, il y a des cas où la température ne dépasse pas 38°,5 et ne dure que huit à dix jours.

L'évolution de la température, dans ses grandes lignes, rappelle celle de la fièvre typhoïde, mais la période ascendante fait défaut ou n'est qu'ébauchée, et remplacée par une élévation rapide ou brusque; mais, ce qui est intéressant, c'est le déclin. Les anciens auteurs avaient raison, quand ils différenciaient la pleurésie de la pneumonie. La défervescence se fait toujours lentement, en lysis. Seulement, le lysis de la pleurésie est très différent de celui de la fièvre typhoïde : il représente, non un escalier à marches régulières, mais une série de paliers, un aspect rémittent, et non continu.

Ce lysis n'aboutit qu'en trois ou quatre semaines à la normale. Il se produit souvent un stade amphibole, comme dans la fièvre typhoïde.

Parmi ses autres caractères, est l'absence d'hypothermie. Mais le pleurétique convalescent présente un symptôme très important, c'est l'instabilité thermique. Il suffira d'une marche, d'une fatigue, du plus petit incident pour que cette courbe soit interrompue par un petit crochet. Il faut dire cependant que souvent des pleurétiques arrivent franchement à la convalescence. Quelquefois, la température, qui était à peu près

normale, remonte à 39°, le lendemain d'une ponction exploratrice. Souvent la pression artérielle est un peu diminuée dans la période d'état, et le poids fléchit.

M. COURMONT a signalé à la fin de certaines pleurésies une crise de polyurie. Mais généralement la terminaison se fait sans phénomènes critiques.

En somme, la courbe thermique dans la pleurésie a une évolution cyclique. C'est pourquoi je considère la pleurésie comme la manifestation d'une poussée évolutive cyclique de la tuberculose. La fièvre n'est pas un symptôme habituel de la tuberculose, et dans d'autres formes de tuberculose fébrile, la fièvre ne présente pas le caractère cyclique.

D'autres formes peuvent s'observer : en dehors de la congestion pleuro-pulmonaire et du syndrome de la spléno-pneumonie de Grancher, il existe d'autres états pleuraux sur lesquels MM. MOSNY et MALLOIZEL ont attiré l'attention et qu'ils ont appelé la tuberculose atypique éphémère. On croit à une pleurésie, on fait une ponction, qui retire uu liquide qui tuberculise le cobaye, et puis, trois ou quatre jours après, la température tombe. Dans d'autres types poumon et plèvre sont à la fois touchés : c'est ce que j'appelle les cortico-pleurites.

La cortico-pleurite a, de la pleurésie, les gros symptômes, l'immobilité, la matité, le silence, mais les vibrations sont tantôt augmentées, tantôt diminuées ; il y a de la crépitation pleurale ; le souffle a un caractère particulier.

La pleurésie guérit merveilleusement, même trop bien, puisque le malade se croit définitivement guéri, Il y a disparition non seulement des symptômes perceptibles à notre oreille, mais radiologiquement. Ses lésions sont donc régressives, complètement curables. Cela nous montre que dans la tuberculose, à côté de la lésion nodulaire, aboutissant à la caséification ou à l'enkystement, il y a place pour une série de réactions aiguës, dans lesquelles le bacille de Koch n'aura servi qu'à favoriser la crise de réaction brutale, comme dans le phénomène de Koch; mais, étant en très petite quantité, il ne crée pas de lésions indélébiles. La lésion indélébile sera la lésion existant antérieurement. Il importe de savoir qu'en matière de tuberculose, il y a une série de processus aigus exsudatifs, suivis de processus aigus résolutifs, et qui sont, par conséquent, des processus curables.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

L'hypertension de la ménopause.

Par M. le Dr Henri VIGNES,
Accoucheur des hôpitaux.

Il arrive qu'à l'époque de la ménopause, un bon nombre de femmes présentent de l'hypertension (1). Pour les uns, cette éventualité est rare : par exemple, PAILLARD (2), médecin aux eaux de Vittel, oppose la fréquence de l'hypertension chez les femmes castrées à sa rareté dans le cas de ménopause naturelle.

Pour d'autres, cette hypertension est plus fréquente : KISCH parle de 24 %, mais, avec le correctif qu'il y en a seulement 1 % (3 cas sur 253) si l'on tient compte seulement des hypertensions essentielles indépendantes de toute maladie circulatoire ou rénale.

Pour d'autres enfin, elle est très fréquente : plus de 50 %, dit MARANON (3). Cet auteur a examiné 106 femmes, venues à sa consultation, observées à la même heure (de 5 à 7) et avec le même appareil (Pachon). Il a éliminé de cette statistique toutes les femmes ayant des lésions cardio-vasculaires ou rénales (avec l'exception des cas où ces lésions circulatoires et rénales échappent aux procédés de diagnostic les plus précis que nous ayons actuellement) ; mais il y a compris des femmes qui présentaient à côté des symptômes neuro-circulatoires les plus communs de la ménopause, d'autres manifestations pathologiques, très fréquentes à cet âge, telles que les états d'hyperthyroïdisme de la ménopause, la glycosurie et l'obésité (4).

Pour apprécier la signification de la statistique ainsi établie par l'éminent endocrinologiste espagnol, il nous faut remarquer qu'il s'agit, non pas d'une enquête pratiquée en série sur 106 femmes arrivant à la ménopause, mais d'une série pathologique puisque ces 106 femmes, peu malades peut-être, venaient néanmoins consulter pour des malaises plus ou moins accentués.

(1) Dans la « pléthore nerveuse de la ménopause », il arrive, disait RACIBORSKI, que « l'artère semble se rata tiner et la colonne du sang fuire sous les doigts. Dans tout cas, le pouls est facile à déprimer ».

(2) Hypertension artérielle consécutive à la castration chez la femme. *Journ. Méd. francais*, nov. 1921.

(3) Sur l'hypertension climatérique, par G. MARANON ; *Revue Française d'Endocrinologie*, déc. 1924, page 408.

(4) Chez un certain nombre de femmes, il se produit au contraire de l'hypotension. (CAREY-CULBERTSON. Etude de la Ménopause et de ses troubles vaso-moteurs. *Surg., Gyn. and Obst.*, déc. 1916.)

Ces réserves faites, voici les chiffres de M. MARANON :

Hypotension (au-dessous de 12-13 pour la Mx et 6-5 pour la Mn)	3,7 %
Tension normale.	35,2 %
Hypertension (au-dessus de 17-18 pour la Mx et 8-9 pour la Mn)	51,4 %
Mx normale et Mn élevée.	10,4 %

Il en conclut que plus de la moitié des femmes présentent une élévation de la tension artérielle.

Cette hypertension s'accompagne, en général, de divers symptômes subjectifs, plus ou moins accentués suivant les femmes.

L'intensité de l'hypertension est très variable : 1° les chiffres de tension maxima obtenus se répartissent ainsi dans le travail de M. MARANON : 19, 44 % des cas ; 20, 22 % ; 21, 16 % ; 22, 12 % ; 27, 5 % ; et les chiffres de tension minima sont les suivants : 10, 74 % ; 11, 14 % ; 12, 9 % ; 13, 0 % ; 14, 2 % ; pour CAREY CULBERTSON, la Mn est moins souvent élevée que la Mx.

M. MARANON n'a pas pu arriver à établir une relation entre ces variations et les états physiologiques ou pathologiques des femmes en question : la plus grande hypertension ne correspondait ni à l'âge le plus avancé, ni à l'intensité des phénomènes proprement climatériques, ni à la présence de quelques-uns des états pathologiques en rapport avec la ménopause.

Ce qui caractérise l'hypertension de la ménopause, ce serait son instabilité, qui s'oppose au peu de variabilité de l'hypertension observée dans l'artério-sclérose ou dans la néphrite chronique. Cette hypertension augmente pendant la période menstruelle et, dans un même jour, elle varie d'un moment à l'autre sous l influence de la digestion, du travail musculaire et surtout des états émotionnels : M. MARANON a observé des augmentations allant jusqu'à 70 mm.

Il convient de rappeler ici un travail où PETITEAU (1) a souligné cette instabilité. Les femmes qu'il a observées, étaient pour la plupart atteintes de lithiase rénale ou hépatiques. Ce n'étaient d'ailleurs point des hypertendues, en général (2). Les chiffres d'une de ses observations illustrent bien cette variabilité.

Le 10 juillet : Mx — 12 ; Mn — 8.
Le 13 — : Mx — 12 ; Mn — 7.
Le 15 — : Mx — 12 ; Mn — 9.
Le 17 — : Mx — 14 ; Mn — 5.
Le 20 — : Mx — 12 ; Mn — 8.
Le 23 — : Mx — 13 ; Mn — 7.

Cette instabilité de l'hypertension est, sans doute, ce qui conditionne les crises les plus pénibles de phénomènes subjectifs : une brusque poussée d'hypertension ne peut qu'exagérer les bouffées de chaleur et les rendre, momentanément, plus pénibles. KAUFFMANN notait récemment que très souvent les sujets, ayant une hypertension permanente, ne présentent pas de troubles subjectifs, alors que l'instabilité favorise les palpitations et des sensations pénibles : si chez un hypertendu permanent, on fait baisser brusquement la tension par l'emploi de la nitroglycérine, on observe un phénomène analogue (1).

L'hypertension de la ménopause, d'après M. MARANON, *commence quelque temps avant la ménopause, elle augmente progressivement et atteint son maximum dans les jours où les troubles généraux sont le plus manifestes, puis diminue pour retomber à un chiffre normal*, qui est généralement plus élevé que celui relevé au cours de la jeunesse. Elle peut enfin rester stationnaire, se confondant avec une hypertension due à l'action combinée des lésions artérielles et de l'âge.

Deux théories peuvent expliquer l'hypertension observée lors de la ménopause naturelle : théorie de l'hypertension essentielle et théorie des lésions vasculaires ou rénales, ces lésions étant si légères qu'elles ne peuvent être appréciées par nos moyens habituels d'exploration. M. MARANON accorde qu'avec le temps un certain nombre d'hypertensions essentielles finissent par présenter des symptômes circulatoires ou rénaux, et que ceux-ci, insignifiants d'abord, évoluent ensuite vers le syndrome typique de la sclérose rénale. Mais, pour lui, dans d'autres cas, l'hypertension est fonctionnelle. Les principales raisons qu'il en donne sont que le syndrome est transitoire, qu'il est variable et qu'il s'accompagne souvent d'un trouble du métabolisme des hydrates de carbone.

(1) L'Instabilité de la pression artérielle minima en période de ménopause. *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 11 mai 1924, p. 290.

(2) Cette instabilité de la minima reflèterait une instabilité vaso-motrice. Aucune des malades vues par PETITEAU, il est vrai, n'accusait, lors des examens, les troubles classiques de la ménopause : ni bouffées de chaleur, ni céphalée, ni bourdonnements d'oreilles, etc., mais les unes avaient présenté ces signes quelques années auparavant et ne les ressentaient plus, les autres, dont les règles étaient seulement irrégulières, commençaient leur période ménopausique et ne les ressentaient vraisemblablement pas encore.

(1) Palpitations et hypertension, *Zeits. f. kl. Méd.*, 25 oct. 1924, page 677.

Par ailleurs, KYLIN a observé dans ces cas qu'il n'y avait pas d'augmentation de la pression capillaire, tandis que dans les cas d'hypertension vasculo-rénale, il existe une augmentation de la pression capillaire.

Ainsi, on le voit, pour M. MARANON, il s'agit d'une maladie passagère. Pour MM. R. GIROUX et YACOEL (1), il n'en est pas absolument ainsi. Ces auteurs décrivent deux stades à cette hypertension. Dans un premier stade, elle se caractérise par des bouffées de chaleur, une légère céphalée fronto-occipitale, des palpitations. Si par hasard, on examine ces femmes, on leur trouve les signes cliniques et syphygmomanométriques de l'hypertension. Il existe un peu d'albuminurie, mais ni hématurie, ni cylindrurie. L'hypertension peut atteindre des chiffres élevés. Cependant la maladie est curable. A un second stade, on observe des signes d'insuffisance cardio-rénale : bruit de galop, dyspnée, etc. Il y a donc une évolution progressive, déclanchée par la ménopause. Mais, si la femme est soumise à un traitement et à une diététique appropriés, la guérison est certaine. Il y aurait là un fait particulier à l'hypertension de la ménopause et ce fait contrasterait avec les résultats ingrats du traitement de l'hypertension commune : l'hypertension de la ménopause guérit même dans des cas où la tension est très élevée.

Il faut chercher la cause de l'hypertension essentielle dans les réactions que la ménopause (2) *détermine au niveau des glandes endocrines et du système nerveux végétatif.* Pour M. MARANON, l'intervention de l'hypophyse et de la thyroïde n'est qu'une hypothèse sans aucune base physiologique. L'intervention de l'ovaire est plus vraisemblable, puisque les extraits de cette glande semblent avoir une action hypotensive, si, du moins, on déduit de l'effet pharmacologique à l'effet physiologique. Il est en effet dangereux de donner une interprétation physiologique à cette action, souvent irrégulière, des extraits organiques sur la pression artérielle. Le rôle de la surrénale lui paraît mieux établi ; on peut penser que l'adrénaline contribue à l'hypertension climatérique ; il semble que ces glandes fonctionnent avec excès pendant la ménopause et rendent le système nerveux végétatif très sensible.

Il faut en effet tenir grand compte du rôle de celui-ci : et, à juste titre, l'on peut comparer l'angiospasme qui est le substratum de toute hypertension, avec l'asthme qui est, lui aussi, produit par une excitation du système végétatif, et qui, lui aussi, est fréquent à la ménopause.

Le Pr PENDE invoque, comme M. MARANON, une hyperfonction surrénalienne pour expliquer l'hypertension de la ménopause, mais il admet une action intermédiaire de l'hypercholestérinémie, qui résulterait de cette suractivité surrénalienne.

Pour soigner ces cas, avec succès, il faut associer au traitement habituel de l'hypertension, un traitement destiné à pallier les effets de la ménopause. Le régime hypoazoté et hypochloruré, l'hydrothérapie, les bains d'eau carbo-gazeuse, les nitrites seront très utilement employés.

Les préparations iodées qui sont si souvent conseillées dans le traitement de l'hypertension doivent s'employer à la ménopause seulement, si aucun état d'hyperthyroïdisme n'est dissimulé sous la symptomatologie névro-circulatoire de cet âge.

Les extraits ovariens totaux ou partiels, ont, on le sait, une action hypotensive positive. Donc, l'existence de l'hypertension est une indication pour l'opothérapie ovarique, même s'il ne s'agit que d'une action pharmacologique banale ; cependant l'impression de M. MARANON est que les résultats cliniques ne confirment pas franchement ces résultats expérimentaux. Inversement, pour MM. GIROUX et YACOEL, les effets de l'extrait ovarien sont très nets, sous condition qu'il soit employé *en même temps* que les médicaments hypotenseurs : ceux-ci, seraient sans effet notable, lorsqu'ils ne sont pas associés à l'opothérapie, véritable médicament spécifique. Marc LECONTE (1) insiste sur ce que l'extrait d'ovaire doit être administré de façon précoce, si l'on veut obtenir un effet curatif.

Pour ma part, j'attache une très grande importance à l'emploi des moyens qui permettent à la femme de passer graduellement de la période menstruée à la période aménorrhéique et je me suis beaucoup loué en pareil cas d'employer saignées, sangsues et dérivation intestinale et, en principe, je serais fort disposé à essayer des exutoires qu'employaient nos anciens.

***

(1) L'hypertension de la ménopause. *Le Bulletin Médical*, n° 26, 21 juin 1924.

(2) ... qu'il s'agisse, comme modification physiologique initiale, d'une moindre activité ovarienne ou de la suppression du flux menstruel.

(1) Ménopause et hypertension. *Journ. de Méd. de Paris*, 11 mars 1925.

Hypertension et fibromes.

Il est fréquent d'observer de l'hypertension chez les femmes atteintes de fibromes. Il résulte d'observations recueillies par HEITZ et par de nombreux auteurs français et étrangers, que 20 % des femmes hypertendues sont atteintes de fibromes utérins. Cette hypertension doit bien être rattachée à l'existence d'un fibrome puisqu'elle n'est attribuable dans les cas examinés ni à la coexistence d'une néphrite ou d'une syphilis, ni à la compression des uretères, ni à une insuffisance ovarienne. HEITZ remarque que les formes hémorragiques se voient surtout chez les hypertendues. Par ailleurs, il note que l'hystérectomie en supprimant brusquement les hémorragies, est suivie d'une hypertension considérable. Au point de vue pratique, il conseille d'éviter autant que possible d'arrêter brusquement les hémorragies chez les hypertendues : on emploiera donc les rayons X ou le radium, en surveillant la pression artérielle, car, eux aussi, sont susceptibles de déterminer d'importantes hypertensions. Si l'on recourt à l'intervention chirurgicale, il sera préférable de conserver un ovaire.

L'observation d'une femme que j'ai suivie pendant deux ans me semble démontrer que cette augmentation de l'hypertension consécutive à l'hystérectomie pour fibrome n'est pas constante.

Mme R., âgée de 48 ans, réglée pour la première fois à 12 ans (pendant six jours tous les trente jours), se marie à 25, a un enfant à 26 et conserve le même type menstruel jusqu'à 42 ans. A ce moment, ses règles s'allongent d'un jour, se prolongent d'un léger suintement, augmentent en quantité, se compliquent de caillots. Elle vient me consulter, le 26 mai 1923, parce qu'à deux reprises, elle a eu un trouble de la miction : ayant une forte envie d'uriner, elle n'a pu la satisfaire, qu'en introduisant ses doigts dans le vagin et en repoussant « quelque chose ».

Elle ne présente aucun autre trouble local, ni général : pas de douleurs, excellent état général, tempérament maigre et endiablé, œil vif.

Je constate l'existence d'un fibrome dur et indolore remontant à 11 centimètres du pubis et bloqué, par en bas, dans la concavité sacrée.

Sa tension au Pachon est de 16/13.

Je conseille très formellement une hystérectomie qui est faite dans la semaine.

Depuis plus de deux ans, cette femme est en excellente santé. Elle n'a eu aucun trouble de ménopause et sa tension que j'ai mesurée ces jours-ci est restée exactement aux mêmes chiffres (fin juin 1925).

Voici donc une femme dont la tension était élevée — qui est restée élevée — et ce, sans aucun trouble subjectif. Il est vrai de dire qu'il s'agit d'une femme opérée dans le moment de la ménopause naturelle, qu'elle a un excellent « fond de santé » et qu'elle avait été très peu éprouvée par son fibrome.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Hémorragie méningée chez le nourrisson.

Les hémorragies méningées sont exceptionnelles chez le nourrisson en dehors de tout traumatisme. Le Pr SERGENTE (*Rinascenza Medica*, mai 1925) (de Rome) rapporte une très intéressante observation d'hémorragie méningée chez un enfant de 9 mois. La raison de cette hémorragie méningée était pour le moins curieuse. Le père et la mère de cet enfant alcoolique tous les deux avaient habitué leur enfant pendant trois mois au régime alcoolique. Cette hémorragie méningée se manifesta par une température élevée avec coma et syndrome méningé. La ponction lombaire démontra la réalité d'une hémorragie sous-arachnoïdienne. L'auteur italien l'attribue au régime intensif d'alcool auquel fut soumis cet enfant.

FORMULES

Blépharites squameuses.

Bains de l'œil à 35° matin et soir, avec la solution :

Hyposulfite de soude	20 grammes
Eau distillée bouillie	500 —

Puis, après un bon assèchement de la paupière, appliquer la pommade :

Calomel	0 gr. 10
Huile de vaseline	5 gr.
Lanoline anhydre	

(CANTONNET.)

Blépharites ulcéreuses.

Compresses chaudes à l'eau bouillie ou à l'*oxycyanure* de Hg (à 1/5000) pour ramollir les croûtes.

Lavages à l'*eau d'Alibour* (une cuillerée à soupe dans un verre d'eau bouillie) ou badigeonnages au *sulfate de zinc* à 1 %.

Dans les cas plus sérieux, toucher à la *teinture d'iode* et user de la pommade.

Ichtyol	0 gr. 10
Huile de vaseline	5 gr.
Lanoline anhydre	

Dans les cas qui résistent, épilation des cils, et toucher avec un bourdonnet de coton imbibé de :

Nitrate d'argent	0 gr. 10
Eau distillée	10 gr.

(CANTONNET.)

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La coqueluche.

Appartement aéré, température maintenue en hiver à 18° dans la chambre. Dans la belle saison, le sujet peut sortir. En cas de vomissements, petits repas toutes les deux heures et demie. Un nourrisson en état de sevrage sera remis au sein. Lait de vache réduit par ébullition prolongée, trois quarts d'heure ou une heure. Ce lait est nourrissant sous un petit volume. Il importe de ne pas trop distendre l'estomac du nourrisson.

M. André Dufour (*Maladies Infectieuses*, Doin, édit.) conseille en outre : pulvérisations dans le nez et la gorge *d'huile goménolée* à 1/15 et dans chaque narine, instillation avec :

Protargol	0 gr. 50
Eau distillée	15 cc.

Comme antispasmodiques, la *belladone* :

Sirop de belladone, par année	1 gr. 50
Ne pas dépasser	15 gr.

ou :

Teinture de belladone, III gouttes par année d'âge.
Ne pas dépasser XXX gouttes par jour.

A donner par doses fractionnées dans le jour. Surveiller la dilatation pupillaire.

Le *drosera* est moins actif :

Teinture de drosera : X gouttes par année et pour une dose à répéter matin et soir.
Augmenter de II à V gouttes par jour, jusqu'à doubler la dose initiale.

Teinture de belladone	2 gr.
— de drosera	
— d'aconit	
— de jusquiame	

(Nobécourt et Maillet.)

De IV à XII gouttes dans la seconde année.

L'*antipyrine* s'emploie à la dose de 0 gr. 50 par année et de 0 gr. 04 par mois, jusqu'à six mois, et en plusieurs fois. Ne pas dépasser 3 grammes plus tard.

Le *bromoforme* est toxique : I goutte par année, ne pas dépasser III gouttes dans la première année :

Bromoforme	1 gr. 50
Alcool	30 gr.
Sir. simple q. s. p.	100 cc.

Une cuill. à café contient III gouttes de Bromoforme

ou :

Bromoforme	XLVIII gttes
Huile d'amandes douces	15 gr.
Gomme arabique	
Eau de laur. cerise	4 gr.
Eau dist. q. s. p.	120 cc.

Chaque cuillerée à café contient II gouttes de bromoforme.

L'*éther* en injections intra-musculaires : 1 à 2 cc. dans la fesse, améliore assez souvent. Ne pas aller au delà de la quatrième piqûre, si l'amélioration ne s'est pas produite.

Lorsque la période des quintes est à son déclin, les expectorants trouvent leur emploi : *terpine*, 0 gr. 05 par année ; *benzoate de soude*, 0 gr. 05 par année, *sirop de Tolu*, de *térébenthine*.

Les vomitifs ne sont utiles qu'en cas d'encombrement bronchique (0 gr. 05 à 0 gr. 20 de *poudre d'ipéca*, 5 à 20 gr. de sirop d'*ipéca*). Enveloppements chauds et humides du thorax en cas de fièvre, toutes les trois heures et tant que la température atteint 39°, ou *bains chauds* à 38° toutes les trois heures, dix minutes de durée. Pas d'antithermiques.

Le traitement spécifique n'existe pas. Le sérum *de convalescent* est sans action sur la coqueluche déclarée. Le *vaccin anticoquelucheux* n'assure que des résultats discordants. Le *sérum anticoquelucheux* est encore à l'essai.

S. R.

CLINIQUE MÉDICALE

L'œdème pseudo-phlegmoneux.

Cet œdème pseudo-phlegmoneux se rencontre plutôt dans le pseudo-rhumatisme que dans le rhumatisme vrai. M. J. Le Calvé (*L'œdème*) en donne une bonne description.

Les arthralgies pseudo-rhumatismales touchent légèrement quelques jointures, puis se cantonnent dans une ou deux d'entre elles. Elles s'adjoignent un œdème, sous forme d'empâtement rouge et chaud qui entoure la jointure douloureuse. Ce gonflement trompe par une fausse sensation de fluctuation. Il se laisse déprimer par le doigt qui détermine un godet caractéristique. Il progresse d'une façon excentrique, siège aux mains, coudes,

genoux, en occupe les faces dorsales de préférence. Les douleurs, surtout aiguës la nuit, entravent le sommeil. Elles sont d'autant plus vives que la maladie est plus ancienne. La pression de la main les réveille avec maximum d'exagération au niveau des interlignes articulaires, surtout sur les côtés de ceux-ci, aux points d'implantation des ligaments latéraux. Au-dessous du pseudo-phlegmon, les articulations sont prises profondément et pour longtemps. Cet état persiste pendant des semaines. Puis l'œdème entre en résolution; sous lui, l'articulation reste raide, ankylosée.

C'est dans la *blennorragie* que l'œdème pseudo-phlegmoneux a été observé le plus souvent. Le pseudo-rhumatisme blennorragique touche plusieurs articulations, puis finit par se fixer sur une seule (genou, cou de pied, coude). La synoviale est intéressée ainsi que les tissus péri-articulaires.

L'article est gonflé, les gaines synoviales voisines enflammées, douloureuses. L'ensemble est noyé dans un empâtement pseudo-phlegmoneux qui diffuse au loin.

La tuméfaction régionale, l'aspect, la douleur spontanée ou à la palpation, la chaleur locale, la rougeur font croire à un phlegmon. Cependant la fièvre n'est pas aussi élevée que dans un phlegmon vrai, il n'y a pas de fluctuation, d'engorgement ganglionnaire. Le maximum des points douloureux correspond aux interlignes articulaires. Dérouté par les apparences, celui qui incise retirera non du pus, mais de la simple sérosité.

Comme traitement, M. Le Calvé conseille la compression méthodique et l'immobilisation de la partie intéressée. *Auto-vaccins* ou *vaccins polyvalents* de Nicolle et Blaizot dans le rhumatisme blennorragique. Les *ferments métalliques* (10 cmc.) en injections intra-musculaires ont également rendu service.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Le lavage d'estomac dans la sténose pylorique du nourrisson.

On discute encore le traitement chirurgical de la sténose pylorique du nourrisson. Dans certains cas les lavages d'estomac peuvent donner d'excellents résultats. Mouriquand, Bertoye et Charleux (*Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 9 juin 1925) rapportent une observation d'un nourrisson de 3 mois atteint de vomissements depuis l'âge d'un mois et demi. La radioscopie montrait un estomac extrêmement dilaté, la bouillie bismuthée se retrouvait encore vingt-quatre heures après l'ingestion dans la cavité gastrique. Cet enfant fut guéri par les lavages d'estomac.

Au début de l'affection de cet enfant, les lavages étaient peu efficaces, l'estomac était extrêmement dilaté et rétentionniste, l'enfant perdait un peu de poids. Mais cet enfant avait des selles, il urinait assez bien, et surtout son âge s'était rapproché d'un mois de l'époque à laquelle les signes de sténose disparaissent habituellement. Il s'agissait donc de tenir l'enfant durant un mois, jusqu'à ce que la nature fasse le reste. C'est ce que firent les auteurs lyonnais.

Les lavages d'estomac dans la sténose pylorique du nourrisson sont *particulièrement indiqués*, lorsque les symptômes surviennent très longtemps après la naissance, lorsqu'il n'y a pas de constipation opiniâtre, ni d'oligurie marquée. Ils doivent être poursuivis d'autant plus énergiquement que l'on se rapproche de l'époque de guérison habituelle, c'est-à-dire vers le quatrième ou cinquième mois. L'examen radioscopique donne aussi des renseignements ; si la bouillie barytée est expulsée de l'estomac en moins de cinq heures, les lavages d'estomac restent indiqués.

Les lavages *deviennent contre-indiqués*, lorsque malgré eux les vomissements persistent abondants, lorsque surtout l'état général décline rapidement et progressivement. Toutefois, on a pu observer des chutes de poids de 300 à 500 grammes en quelques jours chez des nourrissons qui ont cependant bien guéri par le traitement médical. Les lavages sont aussi contre-indiqués lorsque la bouillie bismuthée est retenue dans l'estomac plus de cinq heures après son ingestion. Cependant, dans notre cas, vingt-trois heures après l'ingestion on trouvait encore en abondance de la bouillie bismuthée dans l'estomac. Les indications fournies par l'examen de la courbe pondérale et la radioscopie ne sont donc pas absolues.

Des contre-indications des lavages naissent les indications de l'intervention. Ainsi que le disait le Dr Péhu (*Société de Chirurgie de Lyon* du 30 avril 1925), l'intervention chirurgicale doit être délibérément acceptée : 1° lorsque la maladie pylorique débute dans les tout premiers jours de la vie ; 2° lorsque l'amaigrissement atteint 400 ou 500 grammes par semaine ; 3° lorsque les selles sont absentes ou très rares et lorsque la bouillie bismuthée est en rétention au delà de cinq heures après son ingestion.

En suivant ces directives, qui d'ailleurs ne sont pas absolues, on ne s'exposera ni à faire opérer trop tôt, alors que le traitement médical peut suffire, ni à faire opérer trop tard, en demandant au lavage d'estomac ce qu'il peut donner.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Un point d'affrontement pratique

Suturer une plaie et bien l'affronter n'est pas tojuours facile pour le praticien isolé. Voici le point conseillé par BOUVERET (de Mogador) (*Maroc Médical*, 15 oct. 1925) et dont nous schématisons les figures.

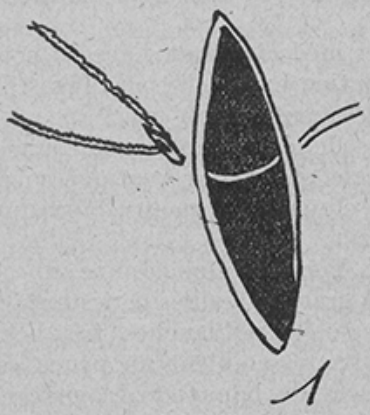


FIG. 1.

1er TEMPS. Traverser les deux lèvres de la plaie cutanée, à l'aide d'une aiguille de Reverdin et saisir, en son milieu, l'anse d'un crin de Florence. Retirer l'aiguille.

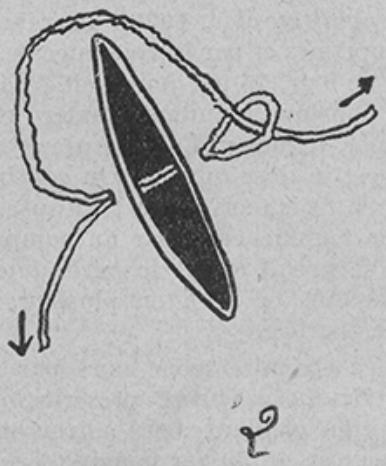


FIG. 2.

2e TEMPS. Introduire l'un des chefs du crin dans l'anse située du côté opposé de la plaie.

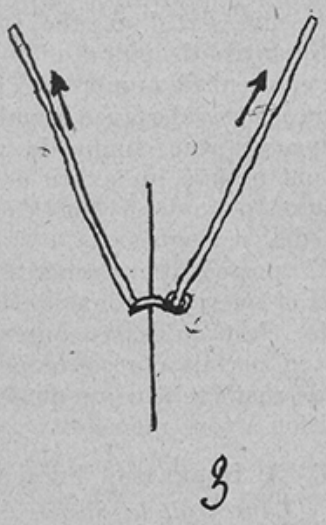


FIG. 3.

3e TEMPS. Prendre les deux chefs, l'un entre le pouce et l'index de la main droite et l'autre entre le pouce et l'index de la main gauche et serrer progressivement en tendant les tissus vers le haut. L'affrontement doit être parfait.



FIG. 4.

4e TEMPS. Arrêter le point, par un double nœud.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

Le tréparsol dans la syphilis.

Depuis deux ans, M. Clément Simon a institué le traitement de la syphilis par le *tréparsol* (acide oxyamino-phényl-arsénique) et ses résultats obtenus sont remarquables (Clément Simon, *Questions actuelles de syphiligraphie*, 1926). Le remède s'ordonne en comprimés et par la voie buccale. La dose moyenne est de 0 gr. 75 par jour, soit 3 comprimés de 0 gr. 25 par jour, pendant quatre jours, soit 3 grammes par semaine. La dose de 4 grammes par semaine est la dose optima. On continue ainsi pendant deux à trois mois. On tâte la susceptibilité du malade en commençant par un comprimé. Le médicament se prend avant le petit déjeuner du matin en une fois ou bien en plusieurs dans le courant de la journée.

Au lieu de suspendre trois jours par semaine, M. Clément Simon a encore prescrit le remède sans interruption pendant deux à trois mois, soit 0 gr. 50 par jour ; 3 gr. 50 par semaine. Les malades en effet sont soulagés, s'ils souffrent de céphalées ou de douleurs ostéocopes, pendant les trois ou quatre jours, qui suivent l'administration du médicament. Ensuite, les douleurs recommencent et ne cessent qu'à une nouvelle ingestion.

On peut faire une ou deux séries de *tréparsol* t ensuite passer au bismuth et au mercure.

Chez les *nourrissons* : comprimés de 0 gr. 10 et de 0 gr. 02. On donne 0 gr. 02 par kilog. Le médicament se donne délayé dans un peu de lait, dans le biberon ou à la cuiller.

La tolérance est généralement complète. L'appétit augmente, les téguments se recolorent, le poids augmente. Parfois il survient de la *diarrhée* avec *coliques* ; de la *céphalée* qui passagèrement interdit la continuation du traitement, des *éruptions cutanées* aux faces d'extension des membres et caractérisées par des rougeurs diffuses avec *prurit* ou de l'*urticaire*. Les malades intolérants au 914, supportent d'ordinaire le *tréparsol*. La diarrhée guérit par les opiacées, la céphalée cède à l'aspirine. L'adjonction de 0 gr. 50 d'*extrait hépatique* a permis à M. Clément Simon de faire tolérer le médicament à des malades qui ne le supportaient pas préalablement.

Le *tréparsol* ramène très vite la réaction de Bordet-Wassermann à la négativité, mais les récidives sérologiques sont fréquentes. Chez les *femmes enceintes*, la *syphilis viscérale*, dans l'*hérédo-syphilis*, la médication est excellente. En somme médication aussi active et plus inoffensive que les méthodes actuelles par injection.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Un nouveau laxatif, la pulpe des fruits de Yucca aloifolia Linné.

Tous les médecins sont d'accord pour combattre la constipation habituelle par l'ingestion des fruits, surtout des fruits crus.

Je possède dans mon jardin une plante très ornementale et qui est rustique même dans des régions à climat bien moins doux que celui de la Côte d'Azur.

C'est le Yucca aloifolia Linné, une liliacée arborescente à grandes feuilles persistantes et à grandes panicules de fleurs blanches, très belles.

Les fruits ressemblent un peu à ceux de quelques espèces de bananiers. A maturité complète ils sont brun-noirâtres à peau très mince, mais coriace, et contiennent une pulpe abondante, pâteuse, très sucrée mais aussi assez amère. Toutefois il y a des personnes qui les mangent avec plaisir.

Pour avoir la pulpe il suffit d'entamer un peu un des bouts du fruit et exercer une légère pression, et alors la pulpe sort par l'ouverture tout à fait comme la vaseline sort d'un tube, et on peut donc prendre la quantité de pulpe qu'on désire.

La pulpe contient de nombreuses petites graines noires, qu'on peut avaler avec la pulpe, ou rejeter.

Cette pulpe constitue, comme des années d'expérien ceme l'ont prouvé, un laxatif de tout premier ordre, et qu'on peut doser ainsi facilement selon les besoins des personnes.

Ces fruits possèdent un mérite tout à fait exceptionnel et que je ne connais pas chez aucune autre plante, c'est qu'ils se conservent pendant des années en parfait état et sans subir aucune altération, de manière à ce qu'on puisse les avoir à sa disposition à tout moment.

Dr A. Robertson Proschowsky,
Lauréat de la Société Nationale d'Acclimatation de France.
Collaborateur spécial assermenté du Ministère d'Agriculture des Etats-Unis d'Amérique du Nord.
Jardin d'Acclimatation « Les Tropiques », chemin des Grottes, Fabron, Nice (Alpes-Maritimes).

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les conditions biologiques de la vaccination antitétanique par l'anatoxine chez l'homme. — MM. Chr. Zœller (Val-de-Grâce) et G. Ramon (Institut Pasteur). — Chez l'homme, l'injection d'anatoxine tétanique détermine l'apparition dans le sérum d'une antitoxine spécifique et l'installation progressive d'une réactivité acquise. Les auteurs comparent les effets obtenus par la sérothérapie antitétanique qui procure une immunité immédiate mais brève, et ceux que réalise la vaccination dont l'effet promet d'être durable. Tandis que la répétition des injections de sérum écourte la durée de l'immunité passive, les injections répétées d'anatoxine développent et exaltent l'immunité active. La prophylaxie du tétanos chez l'homme peut se concevoir sous les deux formes suivantes : l'injection simultanée de sérum et d'anatoxine à un blessé non vacciné ; ou bien une injection de rappel faite éventuellement à l'occasion d'un traumatisme chez un sujet préalablement vacciné. Les auteurs ont montré qu'il est possible d'incorporer une vaccination par l'anatoxine à une vaccination antityphique, ce qui simplifie la réalisation pratique de la vaccination antitétanique.

M. Bazy rappelle que MM Vallée et Louis Bazy avaient déjà parlé de la vaccination antitétanique.

M. Vaillard souligne l'intérêt de la belle communication de MM. Zœller et Ramon.

M. Roux montre la nouveauté de la communication de MM. Zœller et Ramon.

Comment se traduisent au dehors les grandes émotions. — M. Guéniot cite l'histoire de Jobert (de Lamballe). Il était brusque, acerbe, rude avec ses aides et cette mimique extérieure traduisait le trouble d'une grande angoisse intérieure. D'autres se mettent en colère avant l'opération et cette irritation leur sert d'excitant, d'autres sanglotent à l'occasion d'un grand bonheur.

M. Maurice de Fleury cite l'histoire d'un orateur illustre qui avant de monter à la tribune, dégorgeait son émotion dans l'émission de jurons monosyllabiques et violemment colorés.

Etude comparative des trois Penicillium pouvant être confondus avec le Penicillium glacicum type.

Notice nécrologique sur Camille Golgi. — M. Pettit.

2 février.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance publique annuelle.

Discours de M. J.-L. Faure, *Président sortant ;*

Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1925, par M. A. Mouchet, *Secrétaire annuel ;*

Eloge de Gustave Monod et de Charles Monod, par M. Ch. Lenormant, *Secrétaire général ;*

Proclamation des Prix décernés par la Société :

Prix Marjolin-Duval : M. le Dr Paul Walther, pour sa thèse : « Etudes sur le Plexus solaire. »

(*Mention honorable à* M. le Dr Maurice Larget), pour sa thèse : « Le Traitement chirurgical des ulcères chroniques du duodénum » ;

Prix Dubreuil : M. le Dr Pierre Ingelrans, pour sa thèse : « La Coxa plana ».

(*Mention honorable à* M. le Dr Léon Bazet), pour sa thèse : « Le Genu recurvatum congénital » ;

Prix Ricord : MM. les Drs Marcel L'Heureux et Pierre Ingelrans, pour leur travail intitulé : « Blessures simples des méninges rachidiennes » ;

Prix Edouard Laborie : Le prix est partagé par moitié entre M. le Médecin-major Courboulès, pour son travail intitulé : « Les limites de la chirurgie en matière de tuberculose osseuse et articulaire. Indications et contre-indications opératoires » — et M. le Dr Paul Gasser, pour son travail intitulé : « Etude anatomique, physiologique et pathologique des sésamoïdes métatarso-phalangiens du gros orteil » ;

Prix Jules Hennequin : M. le Dr Jacques Leveuf, pour son travail sur « Les résultats éloignés du traitement des fractures du col du fémur ».

(*Mentions honorables à* M. le Dr Dumail, pour son travail intitulé : « Etude radiographique de l'ossification du squelette du pied normal » — *et à* M. le Dr Jules Dereux, pour son travail intitulé : « Contribution à l'étude de l'ostéomalacie infantile » ;

Prix Aimé Guinard : M. le Dr P.-A. Huet, pour son travail intitulé : « Contribution à l'étude des tumeurs des os ».

(*20 janvier*). J. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 janvier 1926.

Abcès de fixation. — M. Guinon à l'occasion d'une communication nouvelle de M. Comby fait remarquer que les abcès de fixation lui ont donné d'excellents résultats dans de multiples circonstances cliniques.

Présentation de pièce. — M. Moussoir. — Insuffisance ventriculaire droite irréductible par adénopathie hilaire avec compression du tronc de l'artère pulmonaire ; coexistence de symphyse péricardique totale de cause indéterminée. Signes d'insuffisance ventriculaire droite pure. Bruit de galop droit, tachycardie régulière permanente, cyanose et dyspnée. Cas analogue à celui présenté par MM. Laubry et Routier en 1922 et mettant en évidence l'atteinte infundibulaire prédominante.

Péricardite tuberculeuse traitée par le lipiodol. — M. André Lemaire présente l'observation et les pièces anatomiques d'une péricardite tuberculeuse traitée par injections locales de lipiodol. L'amélioration fonctionnelle fut incontestable puisqu'aucune ponction ne fut nécessaire pendant six mois. La mort survint du fait de tuberculomes centraux multiples (encéphale et pédoncule cérébral).

Anatomiquement le péricarde ne présente pas traces de symphyses mais il existe une grosse réaction fibrineuse sur le feuillet viscéral. Microscopiquement on trouve entre myocarde et péricarde de nombreuses et volumineuses gouttelettes graisseuses. Aucune trace de lipiodol dans le péricarde pariétal.

Ombres pseudo calculeuses symptomatiques d'une pelvi-péritonite tuberculeuse. — MM. Sicard, Robineau, Lichtwitz présentent les radiographies d'une jeune malade atteinte de douleurs lombo-abdominales sciatiques. Les ombres spéciales des clichés ont donné lieu à des interprétations pathogéniques variées : calculs vésicaux, fibrome calcifié, kyste dermoïde de l'ovaire. En réalité, il s'agissait de nodosités tuberculeuses densifiées, au cours d'une pelvi-péritonite bacillaire, comme l'a montré l'intervention.

Ce sont là des aspects radiologiques qui n'avaient pas encore été signalés, et c'est à titre surtout de documents iconographiques qu'ils rapportent cette observation.

Recherches comparatives sur la présence des bacilles tuberculeux dans les crachats (méthodes simple de Ziehl, d'homogénéisation d'Ellermann-Erlandsen et de Ronchèse). — M. G. Caussade et Mme Cribier. — Dans les tuberculoses en évolution, avec expectoration abondante et muco-purulente, la méthode de Ronchèse est très supérieure à la méthode d'homogénéisation d'Ellermann-Erlandsen dans la proportion soit du double, soit du triple, soit d'un nombre très fort qu'on peut estimer approximativement au delà de 100; la base de comparaison étant la méthode de Ziehl simple à laquelle la méthode d'Ellermann-Erlandsen est elle-même ou égale, ou, le plus souvent, supérieure du double, du triple, du quadruple, et même au delà (9 cas examinés).

Dans les formes de tuberculoses atténuées ou en rémission soit spontanément, soit par le pneumothorax artificiel, cas dans lequel l'expectoration est rare, minime et plutôt légèrement muqueuse, la méthode de Ronchèse est parfois négative, bien que les crachats contiennent des bacilles tuberculeux (vérification faite par une inoculation qui fut positive chez un cobaye) ; mais elle permet de déceler, quand elle est positive, des bacilles tuberculeux qui, sans elle, seraient passés inaperçus par la méthode simple ou par celle d'Ellermann. Quand par ces deux derniers procédés, les bacilles de Koch sont décelés, la méthode de Ronchèse donne en sa faveur une proportion soit du double, soit du triple, et au delà (9 autres cas examinés).

Quant à la technique de Ronchèse, une manipulation doit retenir l'attention : c'est la dose d'alcool sodé à employer pour fluidifier un volume déterminé de crachats. S'ils sont muco-purulents, il *ne faut pas rester au-dessous* de 8 volumes d'alcool sodé pour un volume d'expectoration, sous peine de gêner la formation du voile où on fait la prise pour l'examen sur lamelle.

Hémoglobinurie orthostatique. Ictère hémolytique. Amibiase urinaire. Cure émétinienne. Guérison. — MM. Noël Fiessinger et Gaston Parturier après avoir résumé les travaux récents sur l'amibiase urinaire rapportent l'observation d'une hémoglobinurie survenant en position debout, et compliquée d'un ictère par hémolyse, avec gros foie et grosse rate. Après de nombreux insuccès thérapeutiques, la découverte d'une amibiase urinaire à amibes dysentériques conduisit à la pratique d'une cure émétinienne qui, plusieurs fois répétées, conduisit à une guérison de l'hémoglobinurie et de l'ictère. Ce sujet avait fait pendant la guerre une entérite subaiguë à Avignon dont la nature n'avait pas été déterminée.

Les auteurs font une étude hématologique complète de ce cas et arrivent à la conclusion que le processus d'hémolyse ne semble pas avoir un siège sanguin, mais un siège rénal. Cette hémoglobinurie, par ses caractères hématologiques comme par ses caractères cliniques, se distingue entièrement de l'hémoglobinurie *a frigore*.

Aspergillose du poumon primitive avec artérite pulmonaire oblitérante. — MM. Macaigne et P. Nicaud relatent l'observation d'une femme de 70 ans morte en trois jours avec un syndrome dyspnéique et cyanotique. L'autopsie a révélé une sclérose pulmonaire étendue du poumon gauche contenant des foyers aspergillaires. Ces lésions s'accompagnaient d'une thrombose étendue à toute la branche gauche de l'artère pulmonaire. L'examen histologique a permis de déceler de très nombreux filaments mycéliens dans le tissu alvéolaire et dans la zone de broncho-pneumonie voisine. Ces filaments pénétraient toutes les parois artérielles et le caillot central provoquant une artérite mycosique progressivement oblitérante.

L'évolution clinique très longue a duré 52 ans, marquée seulement par des hémoptysies répétées pendant cette longue période sans retentissement sur l'état général. Ces hémoptysies étaient liées à l'artérite parasitaire progressive entraînant des thromboses successives jusqu'à la thrombose mortelle du tronc de l'artère pulmonaire.

Le parasite à mettre en cause est bien l'aspergillus fumigatus très reconnaissable à ses formes fructifères très typiques. Les auteurs mettent en relief l'action très particulière du parasite, action à la fois nécrosante et thrombosante et l'absence complète de lésions nodulaires pseudo-tuberculeuses. Il s'agit par conséquent d'une aspergillose pulmonaire primitive, observation tout à fait exceptionnelle. Ancune lésion anatomique, permettant de penser à une tuberculose ancienne, sur laquelle se serait greffée l'aspergilose, n'a pu être relevée.

M. Monier-Vinard résume une observation d'aspergillose pulmonaire, avec hémoptysies répétées, chez une petite fille qui fut améliorée par des solutions iodées et de l'argent colloïdal. Il s'agissait d'aspergillus fumigatus.

CORRESPONDANCE

Sur les morsures par vipères.

En septembre 1912 mon chien est mordu aux babines par une vipère, sous mes yeux, à dix heures du matin. Vingt minutes après je lui fais une injection d'un flacon de sérum liquide de Calmette. A une heure de l'après-midi le chien put rechasser.

En octobre 1924 j'arrive chez le garde pour chasser à une heure.

Je trouve sa femme consternée. Sa vache, mordue par une vipère aux naseaux, vers neuf heures du matin, est en train de crever. La bête complètement allongée, battant du flanc, refusant de boire. La tête était monstrueuse et les paupières tuméfiées cachaient les yeux.

Je fis une injection d'une ampoule de sérum desséché Calmette. A six heures du soir, la bête était sur ses pattes, buvait et l'enflure était diminuée de moitié. Elle a guéri sans suites.

Par conséquent l'emploi du sérum, même tardif, est des plus efficaces.

Dr J. Sédillot,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

***

Sur une affection infectieuse et épidémique observée à Nice.

J'observe depuis un mois à Nice une série de cas d'une affection fébrile présentant un ensemble de symptômes, une marche qui ne permettent de l'identifier avec aucune autre maladie décrite ou connue. Huit malades sont actuellement en convalescence, trois autres, encore en observation.

Les séro-réactions, l'hémoculture restent jusqu'ici absolument négative.

Les prodromes sont très vagues : sensation de fatigue, inappétence, paresse intellectuelle. Vingt-quatre à quarante-huit heures plus tard apparaît une céphalée très violente, surtout frontale. En même temps les malades se plaignent de mal de gorge, de dysphagie. A l'examen les amygdales sont rouges (angine érythémateuse avec ou sans augmentation de volume des tonsilles). Chez les enfants les lymphatiques et ganglions cervicaux accusent une réaction plus ou moins marquée, avec souvent un gros ganglion rétro-maxillaire.

Dès le premier jour la température atteint 39 à 40. Elle restera en plateau jusqu'a la défervescence qui se fait en lysis en deux ou plusieurs jours.

Dès le deuxième et troisième jour de la maladie on constate une augmentation notable du volume de la rate ; rarement on sent celle-ci par le palper sous le rebord costal.

Les symptômes que je viens de décrire sont constants ; ils n'ont manqué dans aucun des cas observés.

Neuf sur onze des malades ont présenté un érythème rappelant les éléments de l'érythème noueux et localisés au pourtour des régions rotulienne et tibiale antérieure. Cet érythème, en général assez discret, s'est montré plus accusé chez quelques sujets surtout jeunes; on voyait également survenir chez ceux ci de larges macules autour des coudes et des poignets. J'ai noté, dans quelques cas, des douleurs articulaires fugaces.

La durée de l'affection varie de cinq à dix jours. Elle traîne un peu plus longtemps chez les petits malades qui présentent une réaction ganglionnaire.

Nous serions reconnaissants aux confrères qui auraient observé cette affection de communiquer leurs observations.

E. NAFILYAN (de Nice).

N. D. L. R. — L'épidémie de grippe de 1890 s'est signalée par la fréquence des éruptions érythémateuses rappelant parfois les nodosités de l'érythème noueux; mais la rate n'était pas grosse.

BIBLIOGRAPHIE

La Circulation sanguine périphérique et ses troubles par A. DUMAS, *Médecin des Hôpitaux de Lyon*, avec figures dans le texte et hors texte. — Un volume in-8°, 280 pages. — Prix : 40 francs. — G. DOIN, éditeur.

Très travaillé et riche en documentation personnelle, ce livre offre une mine de renseignements exposés avec méthode. La tension artérielle s'y trouve, comme elle doit être, reléguée au rang de résultante. C'est pourquoi l'auteur s'intéresse beaucoup plus aux troubles circulatoires qu'à la tension elle-même. Sur les *variations tensionnelles*, le *retentissement sur le cœur des syndromes vasculaires*, le *retentissement circulatoire des syndromes cardiaques*, les *troubles circulatoires dans les maladies du système nerveux ou infectieuses*, M. A. DUMAS a écrit une série de chapitres relevés par la confirmation d'observations originales. Sur le ramollissement cérébral par exemple, l'auteur nous montre l'importance de l'abaissement dans l'état tensionnel. Il faut se garder de faire tomber la tension chez les malades prédisposés au ramollissement cérébral. C'est ainsi qu'une saignée abondante peut provoquer des désastres. Par ailleurs dans la fièvre typhoïde, le bruit de galop n'est pas un signe de myocardite. Il est en relation avec l'hypotonie vasculaire périphérique et signifie un symptôme de réaction cardiaque vis-à-vis de cette hypotonie.

L'école lyonnaise produit des œuvres mûries, élaborées lentement. Plusieurs centaines de malades ont servi à M. DUMAS pour la construction de son bel ouvrage. Dans l'avant-propos, il rappelle comme un de ses maîtres, le nom de M. GALLAVARDIN. A l'enseignement de ce dernier, il a acquis l'esprit qui s'informe, s'avance avec précaution et sait émettre, après s'être muni de toutes les références indispensables des conclusions prudentes, énoncées avec sagesse.

La Pratique des Déviations vertébrales, par MM. les Drs Carle ROEDERER, *Assistant à l'hôpital Saint-Louis* et René LEDENT, *Directeur des Cours d'éducation physique à Liége*. — Un vol. in-8° de 380 pages, avec 215 figures. — Gaston DOIN et Cie, Editeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e). Prix : 42 francs.

Nos lecteurs connaissent les excellents articles orthopédiques que M. C. ROEDERER a publiés dans le *Journal des Praticiens*.

Une collaboration de plusieurs années avec M. LEDENT a valu le livre actuel. Il est fort bien présenté, contient 215 figures, traite des scolioses, de la cyphose, de la lordose.

Les médecins se souviennent de l'arsenal torturant des appareils mécaniques, des suspensions prolongées, des corsets bardés de fer et d'acier, qui fut opposé si longtemps aux scolioses, au grand détriment de la santé des enfants.

Voici que la pathogénie s'éclaire. ROEDERER débrouille la scoliose congénitale.

René LEDENT apporte au traitement ses compétences d'hygiéniste et de directeur des Cours d'éducation physique de Liége.

ROEDERER enseigne la technique du corset plâtré et discute les méthodes modernes : Abbot, Broca, Houdré, Estor. Les procédés personnels qu'il expose seront des plus utiles.

Mêmes soins dans l'exposé du traitement des cyphoses, de la lordose, des diverses variétés de scoliose que l'on rencontre en clientèle.

Ajoutons que les auteurs ont su simplifier les questions d'examen de diagnostic, de pronostic. Ces divers chapitres, comme celui de la prophylaxie, sont exposés avec un sens profond des nécessités journalières. Ce livre rendra de grands services.

Formulaire d'Opothérapie Clinique. Organothérapie, par M. le Dr Marcel LAEMMER. — Un volume de 146 pages. (MASSON et Cie, Editeurs.) Prix : 10 francs.

L'auteur a grande confiance dans l'opothérapie. Cette foi ne sera pas partagée par tous les lecteurs. Pour bien des produits, le doute subsiste encore. Si les malades guérissent, cela ne veut pas dire que le remède a valu la guérison.

Il est si difficile d'obtenir des substances fraîches et c'est la condition de leur efficacité. D'autre part, tous les produits d'organes sont loin d'avoir une valeur nettement spécifiée. Quoi qu'il en soit de ces difficultés, M. LAEMMER a écrit sur ce sujet un livre bien documenté et qui rendra service.

Précis Elémentaire d'Anatomie de Physiologie et de Patho ogie, par P. RUDAUX, *accoucheur-professeur à la Maternité de Paris*. —*Cinquième édition* revue. Un volume de 824 pages avec 580 figures dans le texte. (MASSON et Cie, éditeurs) : 28 francs.

Ce précis renferme toutes les connaissances théoriques exigées des candidats aux diplômes d'infirmiers ou d'infirmières : anatomie, physiologie, pathologie obstétricale ou générale, thérapeutique élémentaire, tout s'y trouve et M. RUDAUX a parfaitement composé son œuvre.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. 1926

PRATIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Les subluxations du cristallin, leur diagnostic et leur traitement.

Par M. le Pr E. Terrien

On dit qu'il y a subluxation du cristallin lorsque le cristallin a quitté sa place normale. La subluxation ne doit pas être confondue avec l'ectopie, c'est-à-dire avec les déplacements congénitaux du cristallin. Une subluxation légère peut passer inaperçue, si elle n'est pas recherchée attentivement : en même temps, elle expose à des complications multiples, inflammatoires et opératoires. Voici quatre malades atteints de subluxation du cristallin. Deux d'entre eux sont des myopes assez forts ; le troisième montre une cataracte régressive. Un autre, un enfant, a reçu récemment un coup violent, une boule de sable sur le globe oculaire et il s'agit ici d'une subluxation traumatique.

Les symptômes se traduisent à la fois par des troubles objectifs, des troubles subjectifs et des troubles sensitifs.

Les troubles objectifs sont les plus caractéristiques. Ce qui frappe tout d'abord l'attention, le plus souvent, c'est une exagération de profondeur de la chambre antérieure, en certains points, à l'endroit où le cristallin ne sous-tend plus l'iris. Il en résulte en même temps un tremblement de l'iris ou iridodonésis ; c'est même le seul symptôme qui permet de soupçonner la subluxation très légère. Quand on opère une cataracte, si on trouve le moindre tremblement de l'iris, on doit soupçonner une subluxation du cristallin, et par conséquent réserver le pronostic.

Le cristallin a quitté sa situation normale et se présente en des positions multiples, en bas, en avant, en arrière, dans toutes les positions imaginables. Quand il est déplacé suffisamment pour être abaissé à la partie inférieure de l'œil, on peut apercevoir, surtout lorsque la pupille est dilatée, son bord dans le champ pupillaire. La pupille présente alors une double coloration, l'une très noire, en forme de demi-lune, à l'endroit où le cristallin est absent, et une autre moins noire au niveau de celui-ci. S'il s'agit d'un sujet très jeune, c'est-à-dire dont le cristallin est très transparent, cette différence de coloration est à peine appréciable. Elle est très nette, au contraire, chez les gens âgés, dont le cristallin est toujours un peu jaunâtre, du fait d'un degré de sclérose plus ou moins accentué. La différence est d'autant plus accusée qu'on trouve entre les deux une limite de séparation représentée par le bord supérieur du cristallin, qui apparaît soit très brillant, plus clair que le reste de l'œil, lorsqu'on l'examine à l'éclairage oblique, ou plus foncé quand on l'examine à l'éclairage ophtalmoscopique, parce que les rayons tombant très obliquement dans le premier cas, la partie périphérique du cristallin est beaucoup plus brillante que sa partie centrale.

Si vous faites l'examen ophtalmoscopique, vous pouvez apercevoir deux pupilles, l'une vue au travers du cristallin et l'autre par la partie aphaque.

Le sujet se plaint de troubles subjectifs assez accusés, conséquence d'une myopie très accentuée, au niveau du cristallin et d'une réfraction hypermétropique sur le reste du champ visuel. La myopie est d'autant plus accentuée que la subluxation est plus marquée. Celle-ci détermine souvent la rupture des fibres de la zonule ; le cristallin revient alors sur lui-même, devient plus réfringent et donne une réfraction myopique de 4, 5 ou 6 dioptries.

A ces troubles subjectifs s'ajoute quelquefois une diplopie monoculaire, lorsque le cristallin est suffisamment déplacé pour que le bord périphérique apparaisse dans le champ pupillaire. Mais, cette diplopie est plus théorique que réelle et généralement, les malades atteints d'une subluxation du cristallin ne se plaignent pas de diplopie. Prenons, par exemple, le cas d'un sujet emmotrope : ou bien le bord du cristallin n'a pas franchi le bord pupillaire, et c'est une réfraction simplement myopique sans diplopie ; ou bien, le déplacement du cristallin est assez accentué ; la partie aphaque de la pupille présente alors une réfraction très fortement hypermotropique, la partie pourvue de cristallin, au contraire une réfraction très fortement myopique et le sujet neutralise d'autant plus facilement les images que lui donne le cristallin déplacé. De même, s'il y a une amétropie très accusée, hypermétropie ou myopie, la diplopie n'apparaît pas. La diplopie n'apparaît que si l'autre œil est mauvais et si la subluxation s'est produite sur le bon œil.

Voici des projections sur lesquelles vous reconnaîtrez l'aspect du fond de l'œil. Par suite, de la double réfraction, vous voyez la pupille réfléchie, deux fois, une première fois par la partie de la pupille dépourvue de cristallin, et une deuxième fois au travers du cristallin. Cette dernière, et toute petite et déformée, parce que les subluxa-

tions du cristallin entraînent de la myopie et en même temps un astigmatisme considérable, d'autant plus accentué que le cristallin peut être infléchi d'avant en arrière, et déplacé autour de son axe horizontal.

Le diagnostic de ces subluxations n'est pas très difficile, à condition d'y penser.

La subluxation du cristallin peut être spontanée ou traumatique.

Spontanée, elle se rencontre dans une foule d'affections. Tout d'abord, on a incriminé les altérations du vitré, chez les sujets âgés ; le cristallin n'étant plus sous-tendu. Ce n'est pas la cause habituelle.

Dans les cataractes anciennes, la subluxation, assez fréquente, est due à une altération de la capsule du cristallin et des fibres zonulaires qui vont s'attacher sur ses faces antérieure et postérieure ; la rétraction de la lentille amène un tremblement et la subluxation du cristallin. C'est pourquoi, il ne faut pas attendre trop longtemps pour opérer la cataracte.

Puis, les altérations de la zonule peuvent être le fait de la myopie. La subluxation du cristallin est, en effet, fréquente chez les myopes forts et c'est là une des grandes causes des subluxations du cristallin. Mais la cause principale ici n'est pas la distension du globe car dans la myopie cette distension du globe porte surtout sur le segment postérieur. Il faut surtout incriminer ici les altérations choroïdiennes, si fréquentes chez les myopes au niveau de la pupille et de la macula, mais très souvent aussi au niveau du segment antérieur, comme on le voit sur les coupes d'œils myopiques que j'ai publiées dans les *Archives d'ophtalmologie*, en 1906. Très souvent on constate des altérations de la région ciliaire et, c'est là, je crois, la cause principale. La myopie seule, ne suffit pas à produire la luxation du cristallin ; et celle-ci fait souvent défaut, même dans les fortes myopies de 10 à 14 dioptries.

On a aussi incriminé les efforts d'accommodation. Je le crois d'autant moins que précisément les myopes ne font pas de tels efforts puisqu'ils n'ont pas besoin d'accommoder alors que les hypermétropes, qui accommodent constamment, n'ont pas de subluxations du cristallin.

De même, on a dit que l'hypertension oculaire pouvait favoriser la subluxation. Ce sont des causes accessoires et qui ne méritent guère d'être retenues.

La luxation traumatique est due à un choc assez violent sur le globe oculaire, produit avec un instrument mousse contondant, mais n'ayant pas une force suffisante pour déterminer la rupture de l'œil. On confond souvent ces subluxations avec la myopie traumatique, mais la myopie traumatique peut exister sans subluxation du cristallin. Celle-ci est, en effet, plus compréhensive et on peut lui décrire quatre degrés :

1° Le premier degré est réalisé par un léger traumatisme, déterminant seulement une myopie légère, due au spasme du muscle ciliaire, sans déplacement du cristallin ; 2° dans le second, il y a relâchement des fibres de la zonule et la myopie atteint 3 et 4 dioptries ; 3° enfin dans le troisième degré il y a véritablement subluxation du cristallin par suite de la rupture des fibres zonulaires ; 4° enfin dans le quatrième degré il y a allongement, distension du segment postérieur de l'œil ! c'est la forme maligne de la myopie traumatique, conséquence des lésions du segment postérieur.

La subluxation traumatique du cristallin se caractérise par de la myopie associée à des symptômes de contusion de l'œil ; la pupille est très contractée sous l'influence d'un triple réflexe, par suite de l'hyperhémie et de la congestion des vaisseaux de l'iris, du spasme, du sphincter, de l'iris auquel se joint celui du muscle ciliaire.

Les malades se plaignent de voir très trouble, leur acuité est tombée à 1/10e ou 1/20e, mais s'il n'y a pas d'autres lésions concomitantes, par exemple, d'hémorragies rétiniennes, il suffit du port des verres concaves de 2 ou 3 d. pour améliorer considérablement l'acuité visuelle, car la diminution de celle-ci est due seulement à la myopie résultant du spasme du muscle ciliaire.

Un jeune militaire, dont nous avons publié l'observation présentait, à la suite d'un violent traumatisme, sur l'œil, une diminution considérable de l'acuité visuelle, qui disparaissait à peu près avec le port d'un verre biconcave de 2 à 3 d. Il s'agissait donc d'une myopie relativement faible. Ce qui est intéressant, c'est qu'il y avait en même temps un astigmatisme considérable de 3 d. qui contribuait au trouble de la vision, et qui disparaissait lorsqu'on faisait porter au malade un cylindre horizontal de 3 d.

C'était donc un malade qui avait été atteint de contusion du globe oculaire. Cette contusion avait entraîné une myopie de faible degré, due simplement au spasme du muscle ciliaire, mais en même temps un astigmatisme accusé, jusque-là normalement corrigé par le sujet, parce que les sujets jeunes corrigent leur astigmatisme en partie. La contusion ayant supprimé cette correction déterminée par la contraction partielle du muscle ciliaire, l'astigmatisme troublait considérablement la vision.

Les jours suivants, l'acuité revint à peu près à la normale, sans le port du cylindre, parce que le muscle ciliaire reprit sa contraction partielle, corrigeant ainsi l'astigmatisme et ce fait clinique démontrait, à la manière d'une expérience de laboratoire la réalité de ces contractions partielles.

A un degré plus accentué, le choc traumatique peut déterminer un relâchement des fibres zonulaires ; la myopie est un peu plus forte, de 2 à 5 d. Au troisième degré, il peut y avoir rupture des fibres zonulaires ; la myopie est plus accentuée encore et c'est la véritable subluxation définitive du cristallin.

Ces subluxations traumatiques ont un pronostic très variable, suivant qu'elles s'accompagnent ou non de phénomènes concomitants tels que : déchirures de la choroïde, hémorragies rétiniennes ou hémorragies du vitré.

A la suite des myopies dues aux subluxations du cristallin, il y a un autre symptôme intéressant, c'est la macropsie. Les objets paraissent agrandis, conséquence du spasme du muscle ciliaire ; il est vraisemblable, en effet, que nous mesurons la grandeur des objets d'après l'effort d'accommodation qu'ils nécessitent pour être vus nettement. Le sujet ayant un spasme du muscle ciliaire fait pour voir un objet à une distance donnée un effort d'accommodation beaucoup moindre que le sujet normal ; il le croit donc plus éloigné et par rapport à l'image rétinienne qu'il en reçoit, et étant donnée la dimension dont il le voit, il lui paraît agrandi.

Il peut exister aussi de la diplopie binoculaire, le spasme du muscle ciliaire, entraînant du spasme de la convergence. Alors, le sujet ayant les yeux contractés pour un point très rapproché, tous les objets situés en avant ou en arrière de ce point sont vus nécessairement doubles. C'est le phénomène de la diplopie physiologique sur lequel sont basés l'appareil de Rémy et les expériences de Scheiner.

Une dernière variété de subluxations sont celles d'origine opératoire. Ce sont aussi, en quelque sorte, des subluxations traumatiques, le traumatisme étant réalisé ici par l'opération. Il y a lieu de distinguer ici les subluxations pré ou postopératoires. Tout d'abord, il est une variété de subluxations traumatiques qui constitue une luxation opératoire favorable. C'est lorsque le cristallin est cataracté. Je me rappelle avoir vu ici un sujet atteint d'une cataracte des deux yeux, et qui était tombé d'un arbre. En se relevant il aperçut qu'il voyait très bien : il s'était opéré spontanément sa cataracte. Le choc ressenti au moment de la chute avait déterminé une luxation du cristallin consécutive à la rupture des fibres zonulaires, et realisé ce que les anciens faisaient pour guérir la cataracte : on n'enlevait pas, on abaissait, on réclinait la cataracte dans le vitré. On a parlé, quelquefois, de guérisons miraculeuses de cataracte : en réalité ces sujets avaient vu leur cataracte disparaître, parce que spontanément elle s'était abaissée dans le vitré. Ce sont des cas rares, mais qui peuvent se produire.

Les subluxations pré-opératoires, dont je vous montre ici un exemple s'observent souvent sur les cristallins chez lesquels la cataracte est supramûre, ou en partie régressive et trémulante. Dans ces cas, il faut toujours se méfier au point de vue de l'intervention, de l'issue du cristallin dans le vitré, ou de l'issue du vitré lui-même. Il faut donc réserver le pronostic.

De même, on peut avoir une subluxation post-opératoire, ou au cours de l'opération. Il est assez fréquent de la constater au moment de l'opération, soit que cette subluxation ait existé antérieurement ou été produite par vous-même. Du fait d'une pression trop accentuée de votre couteau, ou qu'en arrachant la capsule vous appuyez trop sur le cristallin. Vous pouvez déterminer alors une subluxation et vous vous en apercevez de la manière suivante : si vous pressez sur le cristallin pour le faire sortir, généralement il ne sort pas, il ne vient pas se présenter entre les lèvres de la plaie, mais il vous semble qu'il bascule plutôt en arrière. Il faut vous méfier en pareil cas et ne pas accentuer la pression, sinon vous feriez basculer complètement le cristallin dans le corps vitré. Mieux vaut recourir d'emblée à l'extraction du cristallin dans sa capsule au moyen de l'anse de Snellen introduite franchement en arrière de lui en plein corps vitré.

Si, au contraire, vous avez une subluxation pré-opératoire, il est toujours prudent de faire une suture de la cornée au moment de l'intervention pour réduire la perte du vitré au minimum.

Avant d'arriver au traitement, je voudrais dire un mot des lésions aux points de vue histologique et pronostique. Les lésions portent à la fois sur le cristallin, sur la zonule et sur la rétine. Le cristallin est déplacé, plus ou moins incliné, abaissé, ou tourné sur lui-même. En même temps, il est quelquefois opacifié, mais souvent il se conserve très longtemps transparent. Et, lorsqu'il s'opacifie, le trouble est bien moins le fait de la subluxation elle-même que des lésions voisines concomitantes, en particulier, d'altérations choroïdiennes ou de la région ciliaire. Ceci est tellement vrai qu'on trouve souvent des yeux atteints de myopie forte, qui présentent des opacités partielles, dues aux altérations de la région ciliaire

sans la moindre trace de subluxation du cristallin. D'ailleurs, ces opacités demeurent souvent stationnaires.

Donc, le cristallin demeure souvent transparent.

Les altérations de la rétine, et surtout de la rétine ciliaire se traduisent tout d'abord par les phénomènes suivants : au niveau de liora serrata, on observe un détachement de la rétine, puis une infiltration pigmentaire considérable, une hyperplasie conjonctive, et finalement une atrophie de la rétine ciliaire transformée en tissu conjonctif. On peut observer des complications inflammatoires et de l'hypertension.

Les complications inflammatoires sont moins fréquentes dans les subluxations que dans les luxations proprement dites. Au bout d'un certain temps, cependant, on peut voir ces phénomènes inflammatoires déterminer des adhérences, phénomène de défense prévenant un déplacement ultérieur du cristallin, et c'est pourquoi, lorsque nous sommes amenés à enlever ces cristallins, l'extraction est quelquefois très difficile.

L'hypertension, généralement peu très accentuée, est souvent intermittente, passagère. Quelquefois, quand le malade incline la tête, le cristallin vient au contact de l'iris et détermine l'hypertension.

Le traitement comprend tout d'abord le traitement chirurgical. Il faut être prudent et se baser sur le degré de subluxation, sur les troubles observés. Bien des subluxations ne comportent pas de traitement chirurgical. En raison de l'altération du vitré et de la zonule et des phénomènes inflammatoires, l'intervention est très difficile et pleine de dangers. Il ne faut la faire que lorsqu'il y a des troubles visuels accentués ou des phénomènes d'hypertension.

Il faut alors recourir à l'anesthésie régionale et procéder d'abord à la suture de la cornée.

Dans d'autres cas, vous ferez le traitement médical. Il consiste généralement à instiller de la pilocarpine pour maintenir la pupille contractée, pour éviter l'irritation, la traction des fibres zonulaires, pour en favoriser le relâchement, et en même temps pour prévenir le déplacement du cristallin et sa projection dans la chambre intérieure.

L'instillation de pilocarpine doit être remplacée par l'atropine s'il y a hypotonie ou myopie traumatique, avec simple spasme ciliaire. Le port de verres concaves fait remonter l'acuité.

D'ailleurs, les sujets cherchent, par une attitude spéciale, à réaliser l'inclinaison qui leur donne la meilleure acuité visuelle ; en même temps, ils clignent très fortement, formant une fente sténopéique, et exercent une pression sur le globe oculaire pour diminuer l'astigmatisme.

On a même conseillé l'iridectomie pour permettre au sujet de se servir de la partie aphaque, mais l'opération expose à l'issue du vitré.

En somme, ces subluxations du cristallin sont plus fréquentes qu'on ne le croit ; elles se manifestent par peu de symptômes, mais sont cependant faciles à reconnaître quand on les recherche avec attention et ce diagnostic, d'autant plus important que si on est appelé à intervenir, lors de cataracte par exemple, la subluxation du cristallin expose à de graves complications et on ne saurait prendre trop de précautions.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Pr CHAUFFARD.

La bilithiase
(coexistence des lithiases biliaire et rénale chez un même malade).

Le terme de *bilithiase* est non seulement une appellation commode, mais correspond à une réalité démontrée à la fois par la pathologie, l'analyse des symptômes et même jusqu'à un certain point par les indications thérapeutiques. Sous le nom de bilithiase il faut comprendre ces cas où l'on trouve chez le même sujet, associées ou successives, une lithiase de la *vésicule* et une lithiase du *rein*.

Il y a longtemps que les cliniciens ont remarqué la fréquence relative de cette association. SÉNAC sur 166 *cholélithiasiques*, note 98 *fois* une association de *lithiase rénale*. BOUCHARD donne de même un pourcentage de 34 %. Mais quand il étudie la gravelle, il ne signale nulle part dans les antécédents une lithiase biliaire. Il y a là quelque chose de frappant, et dont nous trouverons tout à l'heure l'explication.

En réalité, la coexistence des deux états n'est pas aussi fréquente. La raison en est que BOUCHARD voyait beaucoup d'hommes, des goutteux, des artério-scléreux, des graveleux, plus que des jeunes femmes atteintes de lithiase biliaire.

Cependant cette coexistence est trop fréquente, elle a été observée par trop de médecins, pour qu'il s'agisse d'une association fortuite. Il faut admettre qu'une raison commune les fait appa-

raître, et probablement les relie l'une à l'autre. Ce lien commun serait, d'après BOUCHARD, dans le ralentissement de la nutrition, mais nos idées en matière de nutrition ont singulièrement évolué depuis. Il n'en reste pas moins que BOUCHARD a eu le grand mérite d'indiquer la voie. C'est dans l'étude des modifications humorales qu'on trouverait l'explication cherchée.

Il faut ici distinguer les *lithiases septiques* ou d'origine infectieuse, et les *lithiases aseptiques* ou d'origine humorale. Evidemment, lorsqu'on a affaire à des voies urinaires infectées, ou à des voies biliaires infectées, avec formation ultérieure de calculs, c'est l'infection qui est à la base. On ne peut pas espérer qu'on trouvera dans l'étude de l'humorisme des sujets qui sont frappés d'infection une explication pathogénique bien valable de la lithiase qu'ils présentent.

C'est, au contraire, sur les cas de lithiases aseptiques que doit porter l'analyse humorale.

Les *lithiases aseptiques* sont, du reste, de beaucoup les plus communes. Elles revendiquent toutes les lithiases par oxalate de chaux ou acide urique, en matière de lithiase rénale, et en matière de lithiase biliaire, tous les calculs de cholestérine. qure.

On peut faire cette étude par deux méthodes, l'*enquête chimique*, et le *contrôle clinique*.

Voici 21 lithiasiques rénaux et 22 lithiasiques biliaires.

Les *lithiasiques rénaux* ont un excès d'*acide urique* : minimum 0 gr. 05, maximum 0 gr. 13, chiffre moyen 0 gr. 08, notablement au-dessus de la normale.

Les graveleux sont donc généralement des hyperuricémiques. On le savait, ou on s'en doutait, mais ce qu'on ne connaissait pas, c'est leur *cholestérinémie*. Le sang des graveleux contient souvent un excès très notable de *cholestérine* : maximum 3 gr. 30, minimum 1 gr. 46 (chiffre normal) ; moyen 2 gr. 10 (hypercholestérinémie).

Les malades atteints de *lithiase rénale* étant souvent en même temps des *hypercholestérinémiques*, à ne considérer que l'état chimique on pourrait présumer que les graveleux sont prédisposés à la *lithiase biliaire*. On pourrait le dire avec autant de raison des *goutteux*. La goutte, comme la gravelle, amène un excès de cholestérine dans le sang, et par cela même prédispose à la formation des *calculs biliaires*.

En clinique, se pose la question suivante : étant donné la coexistence chez un même malade des accidents de lithiase biliaire et de lithiase rénale, ces accidents surviennent-ils dans un ordre fortuit, c'est-à-dire est-ce tantôt l'un et tantôt l'autre qui commence, ou bien, au contraire, sont-ils ordonnés dans un certain type ?

M. VILLEMIN père, de Vichy, a fait cette enquête en 1872 ; il a étudié 250 cholélithiasiques, sur lesquels il a relevé 142 graveleux, soit environ les trois cinquièmes. Sur 70 cas où la précession a pu être cherchée, 45 fois la *gravelle* était la *première* lithiase, 5 fois elle s'associait *en même temps* à la lithiase biliaire, 20 fois elle s'est produite *après* la lithiase biliaire.

En prenant la date de la première colique néphrétique comme élément de recherche, MM. CHAUFFARD et DEBRAY ont étudié 26 cas de lithiases doubles. Quelques fragments de ces observations montreront la netteté de l'histoire des malades :

Femme de 69 ans. A 39 ans, première crise de colique néphrétique gauche. A 40 ans, colique néphrétique droite, puis une série de coliques hépatiques. A 43 ans, ablation de la vésicule, remplie de calculs. Dans le rein, un gros calcul.

Homme de 48 ans. Depuis sept ans, coliques néphrétiques droites. Depuis un an, crises hépatiques sans ictère. Actuellement, point douloureux au niveau du rein droit.

Homme de 60 ans. Depuis l'enfance jusqu'à 40 ans, nombreuses crises néphrétiques gauches, puis droites. A 40 ans, crise nettement vésiculaire comme siège et caractère. Deux calculs rénaux vus radiologiquement.

Le Dr Schneider de Contrexéville a observé 7 autres cas, tous à précession rénale ; un seul fait exception : un homme de 53 ans, présentant des accidents de lithiase biliaire depuis dix ans, et depuis trois ans de la gravelle.

Voici un homme de 44 ans qui en 1911 eut une *colique néphrétique* droite suivie de l'émission d'un calcul ; en 1920, il est pris de *colique hépatique* avec ictère.

Voici une femme de 50 ans, actuellement dans le service. A 18 ans, elle a été castrée pour accidents utérins. La castration précoce a souvent une influence sur l'apparition des accidents lithiasiques. Cette femme a une hérédité d'*obésité* et de *coliques néphrétiques* du côté de la mère. Première crise néphrétique à 35 ans, et depuis, sont survenues des crises nombreuses avec émission de sable, troubles de la miction, douleur lombaire, *pendant trois ans*. Puis cela a passé ; à 40 ans, elle a un ulcus gastrique avec hématémèses et melœna ; à 49 ans survient une première *crise hépatique*, suivie d'ictère et de décoloration fécale. Actuellement, elle présente des points vésiculaire, cholédocien et phrénique.

Voilà donc 14 *cas* sur lesquels *un seul* est à *précession biliaire* et 13 à *précession rénale.*

La lithiase rénale prédispose à la lithiase biliaire, mais la lithiase biliaire ne prédispose pas à la lithiase rénale.

Sur ces 14 cas, il y en a 9 chez l'homme, et 5 chez la femme. La lithiase double est donc plus fréquente chez l'homme. Le point de départ et l'âge d'apparition de la lithiase biliaire diffèrent dans chaque sexe. Chez la femme, toute l'histoire de la lithiase biliaire gravite autour de la génitalité. C'est l'hypercholestérinémie temporaire de la menstruation et des grossesses qui est à la base de la lithiase. Au contraire, chez l'homme il s'agit de sujets plus âgés, graveleux, goutteux, hypertensifs.

Envisageons le *diagnostic clinique.* Si l'on a affaire à une lithiase rénale gauche, cela élimine l'hypothèse d'une cholélithiase. Cependant, la colique hépatique peut être à douleur gauche. Mais c'est l'exception.

En revanche, pour les lithiases rénales droites, l'interprétation devient beaucoup plus délicate, car la vésicule et le rein sont en profondeur sur le même plan, à des niveaux différents, si bien que dans les radiographies de face il peut y avoir des calculs vésiculaires qui se projettent sur le rein droit. On fera le diagnostic par la recherche des *points douloureux,* des *propagations douloureuses,* et des *signes associés.* Dans une gravelle, on trouve un point rénal au niveau de l'angle séparant la masse sacro-lombaire de la dernière côte ; en avant, la recherche du ballottement rénal provoque aussi une douleur. Enfin il y a une série de points douloureux le long de l'uretère, dans la fosse iliaque, près de l'ombilic, enfin au niveau du bas-fond (par le toucher rectal).

Il y a d'autres points douloureux qui appartiennent en propre aux calculs de la vésicule : le point vésiculaire, le long du bord du muscle droit (en faisant la manœuvre de Murphy) ; le point pancréatico-cholédocien, au-dessus et en dehors de l'ombilic ; le point épigastrique, le point du phrénique droit.

Dans la lithiase rénale, la douleur se propage du rein vers la vessie. La propagation douloureuse est au contraire ascendante dans la lithiase biliaire ; la douleur remonte non seulement au phrénique, mais à l'épaule droite, à la pointe de l'omoplate, aux quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales.

Enfin, les phénomènes associés sont, pour la lithiase urinaire les *troubles de la miction,* l'*hématurie* ; dans la lithiase biliaire, c'est l'*acholie intestinale,* la *coloration acajou des urines,* l'*ictère.*

La question se complique encore quand, surtout chez les femmes, on constate l'existence non pas seulement d'une *bilithiase* mais d'une *trilithiase* par l'adjonction de crises entéralgiques très douloureuses et s'accompagnant du rejet de sable dans les matières fécales. C'est du *sable intestinal.* Il n'est pas jaune comme le sable biliaire ; il est gris-blanchâtre ou gris-ardoise, anguleux, cristallin, composé de phosphate et de carbonate de chaux, imprégné de stercobiline.

A la *radiographie,* un calcul de cholestérine pure, ou un calcul d'acide urique pur ont un degré de transparence trop analogue aux tissus ambiants pour permettre facilement le diagnostic. On ne voit bien que ceux qui sont imprégnés de sels de chaux. Les calculs de la vésicule sont visibles dans 50 à 60 % des cas où leur existence est démontrée par la chirurgie. Il y en a beaucoup qui par leur morphologie seule s'attestent d'origine biliaire ou d'origine rénale. La forme en grappe ou en chapelet est propre aux calculs biliaires ; l'aspect coralliforme, ramifié, est propre aux calculs rénaux. Les calculs de forme ovoïde ou globuleuse, en bille, ne peuvent être différenciés que par d'autres méthodes.

MM. Pierre Duval et Henri Béclère ont indiqué des signes différentiels pour distinguer les deux espèces de calculs à la radiographie. Quand on change la position du sujet, les *calculs rénaux* sont fixes dans le sens transversal ; ils occupent la région prétransversaire. Les *calculs vésiculaires* se déplacent dans le sens transversal (il s'agit de l'ombre radiologique), ils ne sont pas prétransversaires, ils sont sous-costaux et externes. Ces signes différentiels concernant les images prises en position frontale.

Mais à ces notions si intéressantes, MM. P. Duval et H. Béclère ont ajouté une autre technique d'examen radiologique, qui est aujourd'hui universellement adoptée, c'est l'examen de profil. Les calculs rénaux sont postérieurs, prérachidiens ; ceux de la vésicule sont en avant. Sur les radiographies de profil, la dictinction est beaucoup plus facile.

Le *traitement* de la *bilithiase* comporte naturellement le *régime* et la *cure thermale,* mais il faut envoyer les bilithiasiques de préférence aux stations du type de Contrexéville ou Vittel, qui agissent à la fois sur le *foie* et sur les *reins.*

PRATIQUE MÉDICALE

Utilité diagnostique des repas d'épreuve et du tubage duodénal.

Il n'est question, à l'heure actuelle, dans tous les journaux médicaux scientifiques que de nouvelles méthodes de laboratoire, et, en ce qui concerne l'exploration digestive, le tubage duodénal prend une importance grandissante, détrônant le tubage gastrique qui paraît considérablement moins employé.

Dans un article récent (1) le Pr Craven-Moore de l'Université de Manchester, nous donne l'opinion anglaise sur la question..., opinion fort traditionaliste, et attendant des recherches complémentaires, avant de conseiller au praticien l'usage du tubage duodénal.

Nous résumons :

Deux repas d'épreuve seulement, parmi les nombreux qui ont été proposés, sont actuellement d'un usage courant. Ce sont les repas d'*Ewald* et de *Rehfuss*.

On ne devra les faire ingérer que par un estomac vide : tout repas d'épreuve devra donc être précédé d'un tubage à jeun destiné à s'assurer s'il y a ou non un résidu gastrique.

Tubage à jeun. — La présence d'aliments ingérés plus de 24 h. avant, ou de plus de 200 cmc. de liquide résiduel, témoignent d'une obstruction pylorique, par sténose inflammatoire si le liquide est peu trouble, jaunâtre et acide, par cancer s'il est trouble, brun, d'odeur rance, avec des dépôts et de l'écume. Si des éléments rappellent le marc de café, on fera la recherche du sang ; un liquide visqueux et filant fera penser à la gastrite chronique ; des flocons de muco-pus en suspension, à une infection nasopharyngée.

Le repas d'Ewald. — Un demi-litre de thé léger sans lait ni sucre, avec un petit pain. On l'extrait par siphonnage une heure après.

Normalement, on extrait de 50 à 80 cc. :

Une quantité moindre, signifie évacuation rapide (ulcus duodénal, dyspepsie réflexe et achylie) ;

Une quantité plus grande signifie évacuation retardée (sténose ou spasme ou pylore).

Filtrer, noter s'il y a lieu, la présence de bile et de sang ; rechercher et doser par les procédés courants ClH et l'acidité totale.

Normalement, dans 100 cc. de liquide gastrique, il faut de 20 à 40 cc. de soude décinormale pour neutraliser ClH libre ; de 40 à 60 cc. pour neutraliser l'acidité totale.

On trouve :

Dans l'ulcus juxtapylorique, 60 à 75 cc. (ClH) ;

Dans la dyspepsie réflexe d'origine appendiculaire ou utérine, de même que dans l'ulcus de la petite courbure, 40 à 60 cc..

Dans le cancer, diminution ou disparition ;

Dans l'anémie pernicieuse, HCl est souvent observé, et l'acidité totale est en même temps basse.

Les sujets normaux avec achlorhydrie sont rares.

Le repas de Rehfus. — Cet auteur fait avaler un tube très fin et flexible, terminé par une olive, — un tube duodénal type, — par lequel il s'assure de la vacuité gastrique, puis fait absorber par la bouche, une bouillie de gruau (2 cuill. à soupe de farine d'avoine dans 1 litre d'eau ; ramener à 1/2 litre par la cuisson, filtrer, ne pas saler).

Extraire chaque quart d'heure 10 cc. de contenu gastrique, jusqu'à vacuité totale. Dans chaque prélèvement, rechercher mucus, sang, bile, amidon, HCl et acidité totale, et établir une courbe de l'acidité.

Normalement, cette courbe augmente régulièrement pour atteindre son maximum en 5 quarts d'heure et redescendre rapidement ; cette ascension est due à la fois à l'apport continuel de suc gastrique et à la diminution du contenu gastrique du fait de l'évacuation pylorique.

Dans l'ulcus, évacuation rapide, donc courbe à ascension élevée et rapide : si obstacle pylorique, évacuation très lente, donc courbe à peine montante, plus élevée pourtant dans l'obstacle inflammatoire que dans le néo.

Le tubage duodénal peut être obtenu en laissant le tube de Rehfuss, progresser jusqu'au trait de repère « duodénum » on peut alors extraire à la seringue un liquide jaune, clair, alcalin. Si l'on injecte 50 cc. d'une solution de sulfate de magnésie à 25 %, on obtiendra une première bile A venant des premières voies, une bile B plus foncée venant de la vésicule, puis une bile C plus claire directement émanée du foie. On pourra, sur ces échantillons faire des examens chimiques et bactériologiques, mais « jusqu'ici cette méthode n'a pas été assez largement employée pour établir son importance diagnostique ».

Dr Henry Walter.

(1) The Use of Test-Meals and Duodenal tubes in diagnosis by. F. Craven-Moore, profr of systematic Medecine, Victoria University, Manchester. *The Practicionner* 1926, January. N° 691, p. 61.

PRATIQUE OTOLOGIQUE

Corps étrangers de l'oreille.

Par M. le Dr E. FELSTEIN,
Ancien Interne des hôpitaux de Paris,
Assistant de Consultation O. R. L. à l'hôpital Saint-Antoine.

On peut trouver dans le conduit auditif les corps étrangers les plus variés et les plus inattendus : morceau de crayon, caillou, perle, haricot, petit pois, noyau, insecte, etc. Il nous est arrivé une fois d'en extraire un escargot minuscule qui sortait la tête de sa coquille et humectait le conduit de sa bave !

Le plus souvent, il s'agit d'un jeune enfant — cet âge est sans pitié ! — qui, pour jouer, s'est introduit dans l'oreille le caillou, la perle ou le noyau qui traînait à portée de sa main. Après avoir introduit ce corps étranger, il essaie vainement de le retirer ; d'abord, il se tait pour éviter la réprimande, puis, inquiet, il avoue la faute à sa mère qui, après quelques tentatives infructueuses d'extraction, vient consulter le médecin.

Que celui-ci ne tombe pas dans la même erreur et n'essaie pas d'extraire « à l'aveugle » le corps étranger : on ne saurait trop dire en effet que celui-ci est plus dangereux par les tentatives d'extraction maladroites que par sa présence même.

Au début, le corps étranger se trouve presque toujours dans la portion externe ou cartilagineuse du conduit auditif.

Plus tard, sous l'influence d'une manœuvre intempestive, il est repoussé dans la portion profonde ou osseuse du conduit, dans laquelle il s'enclave. Mais il est exceptionnel qu'il soit introduit ou repoussé assez violemment pour franchir le tympan et pénétrer dans la caisse.

Comment doit-on procéder pour bien faire ?

1° *Il faut voir le corps étranger.*

A l'aide d'un speculum auri et, si possible d'un bon éclairage, on reconnaît la nature, le volume et le siège exact du corps étranger.

S'il s'agit d'une graine, on la fait rétracter par un bain d'alcool ; s'il s'agit d'un parasite encore vivant, on le tue par un bain d'éther.

2° *Il faut extraire le corps étranger, reconnu et repéré.*

On commence par les moyens simples s'il n'est pas profondément enclavé. Un lavage d'oreille fait sous pression avec un énéma, arrive à le chasser : le jet de l'instrument ne doit pas être dirigé dans l'axe du conduit (il repousserait le corps étranger !) mais obliquement, en visant la paroi supérieure.

Si ce procédé est sans effet, l'extraction doit être pratiquée par un spécialiste, au besoin sous anesthésie générale. On utilise des pinces à griffes destinées à cet usage ou des crochets, qui, introduits en arrière du corps étranger, le ramènent au dehors.

Mais il est des cas où le corps étranger, profondément enclavé, est impossible à extraire par les voies naturelles. On doit recourir alors à l'extraction par *voie rétro-auriculaire*, qui permet, après décollement du conduit membraneux, de le sectionner et de pratiquer l'extraction par cette ouverture, qu'on referme tout de suite après. Cette intervention est absolument sans danger ; il suffit d'attendre qu'il n'y ait plus d'otite externe, complication fréquente qui tient moins à la présence du corps étranger lui-même qu'aux tentatives malheureuses faites pour le retirer.

FORMULES

Otite moyenne aiguë.

Chlorhydr. de morphine	0 gr. 05
Chlorhydr. de cocaïne	0 gr. 15
Sol. d'adrénaline à 1/1000	V gttes
Acide phénique neigeux	0 gr. 60
Glycérine neutre	15 gr.

Instiller 8 à 10 gouttes dans l'oreille.

Dans les narines, introduire la pommade :

Adrénaline à 1/1000	III gttes
Chlorhydr. de cocaïne	0 gr. 01 (par année d'âge)
Goménol	I goutte
Benzoate de soude	0 gr. 25
Vaseline stérilisée	15 gr.

(MOURE.)

Le pemphigus épidémique des nouveau-nés.

Savonnage dans un grand bain, attouchements à l'eau d'*Alibour* à 1/4, puis appliquer la pâte :

Oxyde de zinc Lanoline Vaseline	âà

(SAUPHAR.)

MILIAN emploie encore après savonnage, des lotions avec un tampon d'ouate imbibé de :

Vert brillant Crystal violet	âà 0 gr. 25
Alcool à 90°	125 gr.

Recouvrir d'une compresse stérile.

Appliquer deux à trois fois dans les vingt-quatre heures.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Le traitement de l'asthme.

Cela devait arriver. La clinique reprend ses droits. Après la confusion de ces dernières années, la lumière reparaît. M. SÉDILLOT vient d'écrire sur l'asthme une monographie inspirée par un vif sentiment du réel (*L'asthme*, 1925). Qu'il le considère comme une uricémie respiratoire, la thèse peut se défendre. D'autant qu'elle aboutit à une série de médications à la fois inoffensives et efficaces. Les traitements modernes de l'asthme ne se réclament point de pareilles vertus. Trop souvent, ils exposent la vie du malade et la guérison ne fait point pardonner le péril encouru. Jamais tant de morts d'asthmes ne se sont vus sur le pavé parisien. Asthme essentiel, s'entend, car l'asthme essentiel existe réellement (SERGENT, SÉDILLOT) et non pas syndromes asthmatiques dépendant d'autres causes.

M. SÉDILLOT considérant l'asthme comme une uricémie respiratoire d'origine hépatique insiste naturellement sur l'alimentation : régime lacto-végétarien déchloruré, sans viandes, ni œufs, ni sel, ni vin, ni café, aucun excitant. Ce régime continué pendant quatre semaines au moins sera renforcé au bout de ce temps par de petites quantités de sel (1 gr. par jour) plus 1 gr. à 1 gr. 50 de viande cuite par kilogramme de poids. La ration de viande sera prise à midi en une fois, de manière à ne faire travailler la cellule hépatique sur les albumines d'origine animale qu'une fois dans les vingt-quatre heures. Ce régime est excellent. Personnellement nous avons guéri plusieurs malades d'une façon définitive en les soumettant en plus à un jour de régime hydrique par semaine (1 litre d'eau) sans autre aliment.

M. SÉDILLOT conseille de n'user d'aucune des méthodes antianaphylactiques. Toutes sont en faillite. L'*adrénaline* lors de la crise ne sera employée en piqûre que par exception. M. SÉDILLOT la proscrit complètement, crainte de transformer ses malades en toxicomanes (adrénalinomanie).

Il prescrit l'*iodure*, mais après un régime déchloruré de dix jours. La dose d'*iodure* sera de 0 gr. 60 à 1 gr. 80 par jour (15 jours par mois).

A jeun, on ordonnera le *sulfate de soude* (5 gr. le matin) voire le *calomel* (0 gr. 05 à jeun) alternativement chacun de ces remèdes par séries de quinze jours.

Au coucher : une capsule d'*huile de Harlem*, quinze jours par mois. Avant les repas de midi et du soir, cachets de poudre *hépatique fraîche* ou injections d'*Extrait hépatique* : une par jour pendant une quinzaine.

Les quinze jours suivants : une pilule de *boldine* (5 milligr.) avant le repas de midi et du soir.

Chez un adulte à gros foie, une saison à VICHY, à BRIDES, à MIERS, fera du bien ; les uricémiques sans gros foie iront à VITTEL, CONTREXÉVILLE, MARTIGNY, CAPVERN.

Contre la crise elle-même : une piqûre d'*adrénaline* ou bien avec :

Héroïne	0 gr. 002
Sulfate atropine	2/10 de milligr.
Eau distillée	1 gr.

Pour une ampoule stérilisée.

Les vieilles pilules de belladone conservent leur activité :

Extr. bellad.	0 gr. 01
— datura	0 gr. 005
— thébaïque	

Pour une pilule. Une pour la nuit. Augmenter si la dyspnée persiste.

Les poudres anti-asthmatiques seront employées avec des avantages inégaux :

Poudre de datura	30 gr.
— de bellad.	
Nitrate potasse	5 gr.
Opium pulv.	2 gr.

A brûler la valeur d'une cuillerée à café dans une soucoupe et aspirer les vapeurs.

Régime hydrique, puis hydrolacté pendant la crise.

Surtout ne pas laisser, pas plus que de la morphine, des ampoules d'adrénaline à la disposition du malade.

C. F.

CLINIQUE MÉDICALE

Le diagnostic radiologique du cancer vertébral.

Les caractères radiologiques du cancer vertébral sont généralement décrits dans les Traités français, d'une manière succincte et même imprécise.

Dans un ouvrage récent, cette description tient en quelques lignes : « Les corps vertébraux envahis présentent une transparence anormale. Le tissu spongieux disparaît progressivement ; le corps vertébral s'affaisse ; il en résulte des déformations analogues à celles du Mal de Pott ».

Cette description, qui ne vise qu'un seul des types du cancer vertébral, est par surcroît inexacte. Elle laisserait croire que la radiographie, impuissante à discriminer le néoplasme d'une ostéite, tuberculeuse ou autre, serait d'un bien faible secours pour préciser le diagnostic d'une lésion squelettique douteuse. Il n'en est heureusement pas ainsi. L'image de la métastase se différencie non seulement de l'image pottique, mais de la plupart des autres déformations vertébrales pathologiques, à tel point que l'acte radiologique joue dans l'examen de tels malades un rôle capital.

Contrairement à l'opinion commune, le diagnostic de cancer vertébral, même métastatique est souvent délicat.

Voici les éléments distinctifs que réunissent le Pr Sicard, Coste, J. Belot et Gastaud (*Journal de radiologie et d'électrologie*, août 1925) dans un splendide mémoire riche de documentation.

Dans le *type ostéoporotique* :

1° Le cancer débute par le corps vertébral ; la lésion est osseuse et reste *uniquement osseuse* ;

2° Elle peut, rarement il est vrai, se manifester, au début, par une simple tache latérale de raréfaction osseuse qui va s'accentuant pour donner l'impression d'une encoche, à l'emporte-pièce, sur le bord vertébral, sans que soit altérée dans sa forme d'ensemble la vertèbre lésée ;

3° Le plus souvent le cancer *effondre la vertèbre* qui s'aplatit, diminue de hauteur et s'amincit surtout dans sa partie antérieure, prenant l'aspect d'une masse cunéiforme à sommet dirigé en avant. Lorsque la destruction osseuse est considérable, la vertèbre n'apparaît plus que comme une mince lame amenuisée dont la hauteur est à peine le cinquième de celle d'une vertèbre normale ;

4° *Les disques intervertébraux sont respectés*, même à une phase avancée de la maladie. Ils conservent leur transparence et leur largeur, ce qui, par contraste, expose et souligne avec une étonnante netteté les lésions osseuses ;

5° Cet effondrement vertébral est le signe objectif le plus net, toujours plus apparent en *vue latérale* que de face.

Ces caractères distinguent le cancer du mal de Pott :

Le premier signe radiologique du Mal de Pott est l'amincissement du disque invertébral qui donne l'impression d'être *pincé* entre les deux vertèbres adjacentes. Pour déceler ce signe, le rayon normal doit passer par l'espace intervertébral soupçonné. Le pincement est surtout apparent sur les vues de profil, toujours plus instructives. Souvent il précède, d'un temps assez long, les modifications de transparence des corps vertébraux.

Plus tard, le disque, de plus en plus flou et mince, disparaît sous l'influence de l'extension du processus tuberculeux et aussi de l'ulcération irradiante par compression de Lannelongue. Les deux vertèbres adjacentes, parfois une seulement, sont entamées, érodées, modifiées dans leur transparence et dans la netteté de leurs contours au voisinage du disque.

A une période plus éloignée, l'image radiologique est encore plus caractéristique. On voit deux corps vertébraux diminués dans leur hauteur, altérés dans leur transparence, fusionnés sans disque intermédiaire et ne formant plus qu'une seule masse à coin antérieur rappelant à peine la forme des corps vertébraux.

Dans le *type ostéoplastique*, moins fréquent que le précédent, surtout apanage des métastases prostatiques, avec la métastase se développe une hypergénèse osseuse parfois exubérante et qui peut aboutir à une sorte de spondylose ostéophytique. Ce processus s'allie d'ailleurs à une décalcification sporadique et l'ensemble donne un aspect marbré, densifié, élargi, qui n'est pas sans rappeler quelque peu l'os pommelé de la maladie de Paget.

Ce même aspect pommelé peut s'observer avec le cancer du sein (Roger). Sicard, Coste, J. Belot et Gastaud fixent les signes distinctifs avec la maladie de Paget, où les altérations intéressent aussi les os longs et les autres altérations osseuses plus rares, dont ce diagnostic est plus délicat.

NEUROLOGIE

La question de l'hystérie devant le praticien.

Par M. le Dr L. Neuberger.

> « L'Hystérie n'a jamais été définie, et ne le sera jamais ». (Lasègue).
>
> « Il y aurait quelque avantage à abandonner le terme Hystérie, qui, pris dans son sens étymologique, ne répond à aucun des faits que nous envisageons. »
> (Babinski).

L'HYSTERIE A SON HISTOIRE.

Lorsqu'on vient à traiter de l'Hystérie, c'est une sorte de pieux usage de commencer par retracer

tout l'historique des théories, que sa conception a suscitées.

Sans vouloir nous plier à cette tradition, — à seule fin de ne pas alourdir notre exposé, — remarquons seulement qu'une affection, dont l'étiologie est sans cesse discutée et la définition perpétuellement remise en question, est bien près d'avoir à répondre elle-même de sa légitimité et de sa réalité comme entité clinique.

Et, en effet, la longue suite de controverses soulevées par l'Hystérie a abouti au *démembrement* de la « grande névrose », à laquelle nous assistons actuellement : non seulement on voit d'autres psychoses revendiquer aujourd'hui quelques-uns des symptômes les plus significatifs qu'on lui reconnaissait en propre, mais la plupart des auteurs inclinent à rapporter toute l'Hystérie à l'éclosion de tendances existant primitivement chez un sujet donné.

QU'EST-CE QUE L'HYSTERIE ?

Abordons le problème de front, du seul point de vue pratique.

En réalité, quels sont les phénomènes que l'on a en vue, quand on prononce le nom d'Hystérie ?

Là-dessus, tout le monde est d'accord. Il s'agit de syndromes, assez disparates entre eux, succédant plus ou moins lointainement à un traumatisme, et imitant à s'y méprendre des affections organiques déterminées (contractures, paralysies, crises convulsives, etc.), mais offrant ceci *de paradoxal, d'énigmatique*, que l'examen objectif demeure absolument négatif, c'est-à-dire qu'aucune lésion évidente ne vient confirmer, justifier les troubles et attitudes présentés par le sujet.

Alors, on met en cause une « simulation inconsciente », ce qui n'est pas une explicatiou. Ou bien, on suggère que l'émotion aura suffi à engendrer ces phénomènes : ce qui n'éclaire pas davantage on en conviendra, sur leur mécanisme, ni surtout sur leur persistance.

1° Notion du trauma. — Le seul signe invariable concerne les commémoratifs. Constamment, on retrouve avec facilité le **choc initial** (physique ou moral), auquel il est possible de rattacher pareils accidents.

Et cependant, il est bien certain que cet ébranlement ne peut être invoqué comme la cause directe des troubles constatés, puisque l'examen somatique n'a révélé, précisément, aucun signe neurologique.

Par conséquent, tout ce que l'on est en droit d'affirmer de ses rapports avec l'Hystérie se réduit à ceci : l'Hystérie éclate *à l'occasion d'une commotion nerveuse.*

2° Rôle négatif de l'émotion. — **L'émotion**, provoquée par le traumatisme, ne saurait davantage être retenue comme facteur déterminant. Certes on conçoit qu'une forte émotion puisse, à la rigueur, entraîner des modifications parfois marquées *de l'humeur*, mais il est moins démontré qu'elle réussisse à créer des infirmités durables.

D'ailleurs, sur ce point, la Neurologie de guerre nous a fixés catégoriquement : et, — soit qu'on se reporte au mémorable compte rendu de Clunet, qui, lors du torpillage de « La Provence II », n'observa, parmi les rescapés, aucune manifestation hystérique ; ou aux constatations unanimes des médecins sur la ligne de feu : — partout la conclusion est formelle. « Il n'y a pas de réaction émotionnelle réservée aux gros projectiles » (Roselle et Oberthur).

3° Nécessité d'une incubation. — Les troubles hystériques, en effet, n'ont guère été notés que parmi les blessés de l'arrière. Toujours il s'était écoulé un certain **délai** entre le trauma et leur apparition : c'est sur des sujets hors de danger qu'on les peut voir germer. Cette période de latence n'avait, du reste, pas échappé à Charcot qui lui réservait le nom de « phase de méditation ».

4° Confusion mentale préalable. — Cette incubation, nous apprend G. Dumas, qui l'a attentivement étudiée, se signale par *un état d'obnubilation psychique, avec dysmnésie d'évocation et surtout de fixation des images, un peu de délire onirique* : tableau auquel on aura reconnu une **Confusion Mentale** caractérisée, légère il est vrai, mais en tous points comparable à celle qui accompagne toute intoxication cérébrale.

Variable d'ailleurs, et plus ou moins accentuée suivant les individus, elle laisse après elle un engourdissement général, avec apathie et *tendance à s'exagérer le moindre effort, à considérer toute difficulté comme une entrave permanente.*

5° Influence capitale de suggestion. — Les effets de cette obtusion mentale se traduisent — en d'autres termes — sur l'activité du patient, *à son réveil*, par une aptitude remarquable pour l'**auto-suggestion**.

Il semble que le commotionné, — à peine revenu à lui, et *déjà un peu conscient*, — n'ait rien de plus pressé que de tâter ses membres et d'explorer ses diverses fonctions ; pour peu qu'il trouve quelque obstacle à leur exercice, aussitôt il « s'hyp-

notise » sur tel organe (*auto-suggestion négative*), et il ne tarde pas à imaginer, par exemple, qu'il est enraidi, paralysé, etc...

Babinski fait, avec raison, de la suggestion la caractéristique de l'Hystérie. *Tout ce qui peut être réalisé ou reproduit par suggestion, et guéri, de même, par contre-persuasion, appartient proprement à l'hystérie* : d'où le synonyme, très heureux, de **Pithiatisme** (de *peitô, iatos* : curable par suggestion).

Pareille formule, qui définit un phénomène par ses conséquences, pèche peut-être contre la logique, mais on ne peut lui dénier l'avantage appréciable de dévoiler l'essentiel du traitement dans le même temps qu'elle fait le diagnostic.

Et point n'est même besoin, on le voit, de l'intervention d'une suggestion *étrangère* dans la genèse de l'accident hystérique : la prétendue complicité inconsciente du médecin, longtemps soutenue comme condition préalable, apparaît pour le moins superflue, les ressources du malade y pourvoyant amplement.

6° La suggestion opère une libération fonctionnelle. — Il resterait à préciser par quel mécanisme une suggestion ainsi déclenchée, parvient à *s'extérioriser en manifestations durables*, à l'insu du patient, donnant le change avec de véritables syndromes morbides.

C'est là un point d'analyse psychologique, qui dépasse assurément le cadre d'un développement clinique. On en peut cependant donner une idée, en usant d'une métaphore.

Tout se passe comme si cet état de dispersion, qui succède à la Confusion Mentale, avait opéré une scission momentanée entre les facultés supérieures de l'esprit, et les fonctions automatiques, qui composent l'activité corporelle :

a) **Rétrécissement du champ de la conscience** (P. Janet). Telle une lumière trop vive, qui rétrécit la pupille et met l'œil en myosis, de même l'intelligence, sidérée par le choc, ne laisse plus filtrer que des représentations en nombre réduit, à la manière d'un diaphragme brusquement resserré (1) ;

b) **Automatisme psychologique** (P. Janet). — Quant aux fonctions organiques, elles subissent l'effet de cette raréfaction et de cette « *hypotension psychologique* » (P. Janet), et se trouvent, en quelque sorte éparpillées, réduites à l'état élémentaire, c'est-à-dire non reliées entre elles en vue d'une activité consciente et d'une finalité volontaire.

On conçoit alors qu'une fonction quelconque (contraction musculaire, par exemple) existant ainsi *isolément* dans cette pénombre, puisse *se libérer*, passant « en contrebande », sans avoir dû rendre compte de son évasion à la conscience claire, dont elle vient d'esquiver le contrôle.

Telle est bien, en effet, la meilleure comparaison qu'on puisse proposer à la compréhension du phénomène hystérique : **une fonction organique dissociée, échappée à la synthèse d'ensemble qui constitue la Personnalité, et qui s'affranchit au dehors, douée d'une soudaine autonomie.**

Pour peu qu'on accepte cette explication condensée, sous sa forme imagée, on n'aura pas de peine à admettre, également, qu'une fonction, ainsi émancipée, manifeste, aussitôt née, une *immédiate et facile expansivité*, qu'elle doit à sa liberté et à on automatisme, et dont la signification serait comme un « besoin de justifier » (Hesnard) son indépendance.

C'est là tout le secret de ces attitudes obstinées, de ces contorsions si tenaces, *qui paraissent avant tout soucieuses de se révéler en public*, et dont le patient a vraiment l'air tout aussi innocent et intrigué que son propre entourage, — condamné comme malgré lui, à jouer le rôle qu'impose désormais à son comportement une fonction anarchique et dominatrice.

7° Influence du terrain. — Est-ce à dire, cependant, que chaque individu soit susceptible de réagir, au même degré, à un choc nerveux, sous forme de démonstrations hystériques ?

Accidentellement, c'est chose défendable. Mais, dans la règle, il est hors de doute qu'une prédisposition soit indispensable.

Si l'auto-suggestion, entendue comme libération fonctionnelle, suffit raisonnablement à expliquer la naissance d'un accident hystérique donné, il n'en reste pas moins que la notion de « **terrain** » doive intervenir ici plus que jamais, pour rendre compte de l'*intensité*, de la *répétition*, de la *banalité*

(1) Il est banal de répéter que la « distractivité » agit ici exactement ainsi que le ferait , à l'inverse, un excès d'attention, en absorbant l'affectivité du sujet, aux dépens de ses facultés actives.

Encore sous l'empire du choc, dont il revit confusément les incidents, l'Hystérique est rendu incapable de rassembler (conscience) et de diriger (volonté) le cours de ses opérations mentales, tourmenté par le complexe affectif (espoir ou crainte), qu'ont implanté en lui les circonstances du drame. Ce qui revient à réhabiliter, dans une certaine mesure, le rôle de l'Emotion, jadis soutenu trop exclusivement par Dejerine. Dupré, à ce propos, concédait que l'émotion, étant facteur de dislocation mentale, favorise certainement la suggestion.

pourrait-on dire, de semblables manifestations chez certains individus privilégiés.

Bien plus : l'origine confusionnelle de tel phénomène hystérique déterminé laisse à penser que celui-ci revêtira, dans son expression, une forme assez élémentaire, en raison de l'*inertie mentale* concomitante (états psychiques de « basse tension », P. JANET) : et, en effet, on assiste généralement à des **accidents « en moins »**, ne dépassant guère une contracture localisée, ou une paralysie assez simple et régionale.

Mais, lorsqu'on est en présence d'attitudes compliquées, de gesticulations particulièrement théâtrales, force est bien d'admettre, pour toutes ces crises, plus ou moins « clowniques », l'intervention active et comme la signature personnelle du sujet, ou, si l'on préfère, un *renforcement* de ces désordres par des tendances *primitives*, puisées dans le fonds du caractère.

C'est le lieu de rappeler le truisme, qu'aimait à répéter DUPRÉ : en psychopathologie, « on n'a que ce qu'on avait déjà ».

a) **Mythomanie.** — Les auteurs, qui accordent à l'« *état mental des hystériques* » la juste importance qui lui revient, se plaisent à reconnaître, chez tous ces névropathes, une plasticité affective spéciale (*mythoplastie*), qui leur permet de distraire un syndrome morbide, de le mimer ensuite, à la façon d'une véritable comédie qu'ils se joueraient à eux-mêmes et à autrui, et dont le thème serait une maladie imaginée (*pathomimie*). Cette duperie en partie double, dont l'Hystérique subit le mirage et la surprise au même titre que son entourage, ne peut être évidemment réalisée que par une perversion innée du tempérament.

Sous le nom de « **Constitution Mythomaniaque** », DUPRÉ a dépeint magistralement ce déséquilibre imaginatif, — singulier mélange de *crédulité*, de *suggestibilité* et d'*affabulation*, — et dont il ne se résoud à considérer l'Hystérie que comme un aspect, une sous-variété : celle-ci ne serait rien de plus que la « Mythomanie des syndromes ».

Quelque avantage secrètement convoité, et comme insoupçonné du sujet lui-même, — plus souvent encore le vain besoin d'intriguer l'entourage et d'en imposer aux médecins en se donnant comme un cas exceptionnel, — en un mot sinon le désir d'un intérêt effectif, du moins celui de se rendre « intéressant », — : ce sont là des sentiments obscurs ou inavoués, qu'il est parfois donné de démêler chez plus d'un malade appelé à « faire de l'Hystérie ».

Fréquemment, on avait déjà pu noter, antérieurement, des préoccupations concentrées sur la santé, avec grossissement des moindres malaises éprouvés, parfois même une prédilection à se faire endormir, à subir l'ascendant du docteur ; et toujours un plaisir malicieux à illusionner le monde, et un goût marqué pour les mises en scène, quelque peu suspectes, disproportionnées...

Enfin, il faut ajouter l'influence, non négligeable de l'**imitation**, qui exalte encore ces dispositions ; sans compter, enfin, la funeste « **inter-psychologie** » (échange de mauvais procédés entre le patient et son milieu) : facteurs de *contagion mentale*, dont la pathogénie, aussi bien que le traitement, ne sauraient méconnaître la portée.

b) **Schizomanie.** — On objectera sans doute que tous les cas d'Hystérie, rencontrés en pratique, ne requièrent pas fatalement une perversion du caractère si manifeste, ni des dispositions imaginatives aussi actives.

On peut être, notamment, conduit à « se réfugier dans la névrose », sans que cette « fuite dans la maladie » témoigne d'autres mobiles que d'un ralentissement dans le goût à l'existence, une certaine insatisfaction, avec inaptitude à la vie sociale, et indigence à grouper ses représentations en vue de fins utilitaires (*états « schizoïdes »* de CLAUDE). A de tels malades, il apparaît alors plus simple de capituler, et d'intéresser à leur indolence les soins et la compassion d'autrui.

Peut-être faut-il, effectivement, voir dans cet *isolement d'une fonction*, qui définit l'acte hystérique, un cas particulier de la loi générale de « **dissociation intra-psychique** », commune à tant de troubles psychiques à mi-chemin entre la dépression et la démence (1). En d'autres termes, cette même « paralysie de l'accommodation » sociale (s'il est permis de désigner ainsi la **Schizomanie**), — dont la continuité et le développement aboutissent à l'évasion du réel, par désagrégation de la personnalité, — aurait *également* la faculté *occa-*

(1) Aujourd'hui on n'est pas éloigné de faire dépendre ce déséquilibre psychique d'une véritable perturbation des *centres sous-corticaux*, qui siègent dans le mésocéphale, et qui présideraient à la *régulation des opérations mentales* : l'altération de ces noyaux, — en entravant le libre déroulement et la cohérence, qui définissent l'exercice normal et la synthèse de l'activité mentale, — lui imposerait une discontinuité, un ordre de succession, et comme un débit saccadé, lequel serait responsable de la plupart des troubles mentaux (*palilalie* dans l'Encéphalite ; *stéréotypie* et *catatonie*, dans la Démence Précoce ; *persévération automatique*, dans l'Hystérie ?). On appréciera l'originalité et la hardiesse d'une telle assimilation, qui vise à porter résolument dans le domaine *anatomo-physiologique* la question pathogénique de l'Hystérie, jusqu'ici livrée aux dissertations psychologiques.

sionnellement, sous l'influence d'un complexe affectif, d'isoler une fonction organique.

L'intérêt de ce point de vue, original et fertile en déductions, défendu par CLAUDE, tend à la fois à une **extension** et aussi au **démembrement** de la « grande névrose ».

D'une part, l'Hystérie, jusqu'ici limitée à la reproduction d'accidents *neurologiques*, serait non moins capable, suivant cet auteur, de fixer des syndromes *psycho-moteurs*, voire de *pures représentations* (fugues, hallucinations, amnésie élective), dont on a pu, maintes fois, noter la déconcertante persévérance.

D'un autre côté, ce rapprochement, tendant à envisager l'Hystérie comme une forme *temporaire* de « rupture intra-psychique », jette une lumière nouvelle sur les rapports de la névrose avec nombre de *psychoses chroniques, à base de dépression et de désintégration mentale*, proches parentes de la Démence Précoce (*Schizophrénies*).

En résumé, l'Hystérie serait réduite à la signification d'un **syndrome susceptible d'être reproduit, au cours de toute affection qui s'accompagne de ralentissement et de désintégration psychiques**. Qu'il nous suffise d'avoir mentionné cet état actuel du problème.

Pratiquement, retenons de ce qui précède, qu'on peut accéder à l'Hystérie par l'une ou l'autre de ces deux constitutions (*mythomaniaque*, et *schizomaniaque*), et, dans bien des cas, *par les deux ensemble*, leur coexistence étant loin d'être fortuite.

a) Soit *déréglement de l'imagination*, équivalant à une déviation du caractère, un vice du tempérament (Mythomanie) ;

b) Soit, à l'inverse, *désagrégation psychique*, consistant en une inaptitude pragmatique primitive, en un mot une impuissance à s'extérioriser (Schizomanie).

SYNTHÈSE DE L'HYSTÉRIE. — Nous pouvons à présent, en nous aidant des précédents données, *recomposer* les « temps » successifs de l'acte hystérique :

1° Traumatisme initial, retentissant sur le système nerveux, et ayant le signification d une toxi-infection.

Phase d'incubation, occupée par une Confusion Mentale légère.

Réveil lent du sujet.

2° Auto-suggestibilité et automatisme, résultant de cette Confusion Mentale.

Elément de dislocation psychique, introduit soit par l'émotion, soit par une aptitude « schizomaniaque » antérieure.

Libération d'une fonction à l'insu de la conscience claire (d'où indifférence et ignorance du sujet à l'égard de la fonction ainsi émancipée).

3° Extériorisation de la fonction autonome, facilitée par sa « basse tension » et son activité automatique.

Expression de cette activité dans le sens d'accidents « en moins », c'est-à-dire d'actes relativement simples.

4° Activation de ces phénomènes par une prédisposition mythomaniaque constitutionnelle : cette intervention, généralement plus tardive, détermine des accidents plus compliqués (crises ou contorsions).

Exaltation et renforcement de l'Hystérie sous l'influence de la « contagion mentale » (rôle de l'imitation).

(*A suivre.*)

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le salvarsan par voie trachéale dans le traitement des processus fétides de l'appareil respiratoire. — MM. CASTEX, HEIDENREICH et REPETTO. — Dans les bronchites spirillaires, le néosalvarsan réussit par la voie trachéale : 30 à 90 centigr. de néosalvarsan en solutions aqueuse ou glycérinée tous les 8 ou 15 jours.

Spirochètes et gangrène pulmonaire. — MM. BEZANÇON et ETCHECOIN. — L'association fuso-spirochétique est la grande cause. Les spirochètes n'étant pas colorables par les moyens ordinaires, il faut recourir à des techniques nouvelles. La méthode avec imprégnation d'argent rend de grands services. L'encre de Löffler réussit également. L'ultra-microscope est indispensable. On sait du reste que les arsenicaux employés contre les spirochétoses sont utiles dans les gangrènes pulmonaires.

La distension utérine pendant la grossesse et l'accouchement. — M. DEMELIN. — Des distensions utérines, d'ordre pathologique, se produisent, les unes générales et intéressant le sac tout entier, les autres locales soulevant les parois en des régions plus ou moins limitées. Les parties saillantes du fœtus s'enfoncent dans la paroi utérine et la distendent.

Conservation du poisson par le froid. — MM. LOIR et LECAUGNEUX.

Rapports : Sur les stations climatiques. — M. POUCHET.

9 février.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Allocution de M. J.-L. Faure, Président sortant.

Discours de M. M. Auvray, Président.

Les arthrites tuberculeuses localisées du poignet chez l'enfant. — M. Sorrel, à l'occasion de l'observation de M. L'Heureux rapportée par M. Mouchet — « carpe à une seule rangée d'os » — présente les radiographies d'une de ses petites malades de Berck, radiographies qui ressemblent singulièrement à celles de M. L'Heureux. Or, il s'agissait d'une manière évidente, chez cette enfant, de lésions tuberculeuses du poignet.

Névralgie du trijumeau, datant de sept ans, soulagée par simple résection du lingual gauche sur 3 centimètres, par voie buccale. Guérison maintenue depuis vingt-cinq mois. — M. de Martel relate cette observation de M. Pheulpin ; tout en regardant comme fort intéressant le résultat obtenu, il fait remarquer que la guérison n'est très souvent que temporaire, et qu'il faut en définitive recourir à la section de la racine du trijumeau.

M. Robineau s'associe aux conclusions de M. de Martel.

Sur un cas d'abcès du cervelet d'origine otique. — M. de Martel analyse ce travail de M. M. Revel (de Nantes) et Barbezier. Le pronostic des abcès cérébelleux est toujours grave, cette gravité étant, d'après de Martel, due à leur fréquente multiplicité. La technique de Lemaître — (mise en place d'un drain entrant *à frottement*, de manière à éviter les fusées du pus et à provoquer des adhérences qui protègeront les espaces sous-arachnoïdiens) — est à conseiller.

Trois observations de résections osseuses segmentaires pour tumeurs, suivies de greffe. — M. Chaton (de Bezançon) communique ces trois observations personnelles et étudie les indications de la greffe après résection osseuse pour tumeur.

(*27 janvier*). J. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 février 1926.

Un cas de fièvre de Malte guéri par le traitement vaccinothérapique. — MM. Sergent, Mignot et Kourilsky rapportent un cas de mélitococcie, contractée en Corse, caractérisée par une splénomégalie douloureuse avec anémie et fièvre, qui guérit complètement à la suite d'un traitement vaccinothérapique (5 injections de vaccin iodé).

Etude sur le mécanisme de l'action bienfaisante des abcès de fixation. — M. Emile Feuillié rappelle ses anciennes expériences sur les abcès de fixation. Chez des chiens de forte taille de gros abcès peuvent soustraire en quelques jours plusieurs fois le nombre total des leucocytes contenus primitivement dans le sang circulant. Il s'est fait une rénovation leucocytaire dont le résultat se manifeste au microscope par une amélioration de la formule leucopathique.

L'armée leucocytaire a retrouvé une vigueur nouvelle : la lutte contre les microbes est devenue plus efficace. En dehors des infections, les petits abcès successifs peuvent guérir des œdèmes, des albuminuries et d'autres manifestations leucopathiques. Il en est de même du séton, du cautère et des pointes de feu multiples. Il s'agit de leucothérapie.

Accidents postradiothérapiques des leucémies. — — M. P. Emile-Weil insiste sur les transformations des leucémies en processus hémorragiques, en leucémie aiguë ou en anémie pernicieuse par suite du traitement radiothérapique manié sans une surveillance hématologique constante. Il en est de même encore plus pour le thorium X.

M. Troisier insiste sur l'importance des hémorragies dans les leucémies myéloïdes, il les attribue à une digestion des capillaires par le sérum chargé en ferment protéolytique.

M. Noël Fiessinger rappelle qu'il a étudié avec Œttinger l'anémie grave des leucémies après traitement radiothérapique, montre que la leucolyse est lente et progressive après la radiothérapie et partage l'avis de Troisier sur l'importance de la protéolyse des capillaires, comme cause d'hémorragie, mais l'attribue non au sérum mais aux leucocytes.

M. Béclère montre combien les effets de la radiothérapie, dans les leucémies, doivent être étroitement surveillés.

M. Feuillé résume ses conceptions sur l'hématopoïèse.

Phrénicectomie dans les collections pulmonaires. — MM. Paul Moure, Paul Cantonnet et L. Labée présentent trois malades atteints de dilatation des bronches ou de tuberculose localisée à la base et rapidement améliorés par la phrénicectomie.

M. Sergent. — La phrénicectomie ne doit pas être faite à la légère. Des rétentions suppurées sont possibles dans des collections de la base traitées de cette façon.

M. Chauffard. — Toutes les méthodes de collapsothérapie ont des imperfections. La phrénicectomie peut souvent être préférable à la thoracoplastie dans

les tuberculoses difficiles à traiter par le pneumothorax.

Le lipiodol dans l'examen radiologique du péricarde. — MM. MARIANO-CASTEX, H. GONZALEZ et H. CARELLI résument une très belle observation d'exploration radiologique du péricarde par injections de lipiodol dans une péricardite tuberculeuse traitée par le pneumo péricarde artificiel.

M. Noël FIESSINGER rappelle qu'avec André LEMAIRE il a fait des constatations analogues. On peut obtenir par ces injections de liopodol, dans les séreuses, quelques heureux résultats thérapeutiques, mais pour les épanchements pleuraux il faut se méfier des poussées aiguës de tuberculose parenchymateuse qui en résultent.

M. TROISIER a observé après injection d'air dans le péricarde des complications cérébrales.

M. SICARD a injecté du liopodol dans les pleurésies sérofibrineuses et a observé à la suite des accidents de choc.

M. VAQUEZ. — La péricardite tuberculeuse en dehors de tout traitement liopiodolé peut se généraliser. C'est un de ses caractères cliniques.

M. SERGENT a observé, après des injections de lipiodol dans la trachée, des hémoptysies et des poussées aiguës granuliques.

M. BEZANÇON après administration d'iodure de potassium a vu apparaître une poussée évolutive tuberculeuse.

M. RIST emploie l'iodure de potassium à la dose de 0,50 pour examiner les crachats sans avoir jamais observé, à la suite ce cette épreuve, la moindre poussée granulique.

Considération sur deux cas de méningo-névrite de la VIIIe paire dus à la syphilis aquise. — M. J. RAMADIER.

L'exploration radiologique d'un pyopneumokyste sous-phrénique par l'injection de lipiodol. — MM. MARIANO-CASTEX, Nicolas ROMANO et H. GONZALEZ montrent, à l'occasion de ce fait, les renseignements qu'apporte l'injection de lipiodol pour la localisation de la collection.

Distension de l'arrière fond tubérositaire de l'estomac. — MM. MACAIGNE et BAIZE insistent sur les erreurs de diagnostic possible dans les cas d'aérogastrie et aérocolie.

BIBLIOGRAPHIE

Eléments de microbiologie générale et d'immunologie, *Morphologie et Physiologie des microbes. Pathologie générale des infections microbiennes*, par M. NICOLLE, *Professeur à l'Institut Pasteur*. DEUXIÈME EDITION, REVUE ET AUGMENTÉE, par A. BOQUET, *Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur*. — Un volume in-8° de 360 pages. — Prix : 35 francs. — Gaston DOIN et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e). — R. C. Seine N° 38.954. — Chèques postaux N° 201.74.

Deuxième édition de cet excellent livre. Il confirme la substance des cours de M. NICOLLE à l'Institut Pasteur. Une pensée très large enrichie par l'expérience originale de l'auteur anime ces pages ordonnées sur un plan spécial. Trois parties divisent l'ouvrage : *Morphologie, Physiologie, Actions, pathogènes et Microbes.*

Et c'est le même esprit dominant largement son sujet qui se fait jour jusqu'à la fin.

Le Guide professionnel du médecin, par le Dr J. VANVERTS, *Professeur à l'Université de Lille, Président de la Fédération des Syndicats Médicaux du Nord*. — Un volume in-8° raisin de 180 pages. — Prix : 20 fr. — L. DAURESSE, éditeur, 41, rue de Maubeuge, Paris (9e), compte postal 489-74.

Ce livre renferme tous les renseignements dont le médecin a besoin au cours de sa vie professionnelle. Ce dernier n'aura plus à se reporter aux diverses publications où se trouvent ces renseignements ; il n'aura plus à faire des recherches parfois longues pour se procurer ceux dont il ignore les sources ; son attention sera attirée sur bien des questions qu'il ne connaît pas et qui peuvent présenter pour lui une grande importance. D'une utilité immédiate et journalière, ce livre est un guide indispensable.

Les Désaxés, par Marcel HAMON, *Chronique du Temps Présent*, Paris. — Librairie des Lettres, 12, rue Séguier. — Un volume : 7 fr. 50.

Ce volume a reçu l'accueil le plus favorable. La critique a fait valoir la vérité qui baigne le récit. Que d'êtres que les émotions de la guerre ont jetés hors de leur mentalité et de leurs habitudes ! Avec cela une grande élévation de pensée : « Il y a dans le monde, dit un des personnages, plus de choses que nous n'en voyons. Nous sommes cernés de forces invisibles. Il suffit de faire en soi le silence et les voix montent de la terre. Elles chuchotent aussi dans notre âme. Toutes sortes de puissances secrètes nous habitent et nous entourent ; elles nous empêchent et nous aident. »

C'est dire que M. Marcel HAMON est aussi un écrivain dont la spiritualité se prolonge en dehors des formes matérielles et des impressions tangibles ; il sait voir et comprendre.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. 1926

ALIMENTATION INFANTILE

Les progrès réalisés dans l'allaitement mixte. (1)

Par M. le Dr G. Variot.

Médecin honoraire de l'Hospice des Enfants Assistés.

Les progrès dans l'allaitement mixte sont évidemment connexes à ceux que nous sommes parvenus à réaliser dans l'allaitement artificiel. L'emploi des laits stérilisés ou modifiés industriellement pour parfaire la ration de l'enfant insuffisante au sein de la mère, a permis d'éviter les troubles gastro-intestinaux si fréquents jadis, lorsqu'on maniait des laits fermentescibles qui pouvaient même devenir toxiques ! Nous devrons donc passer en revue rapidement les divers laits stérilisés dont nous disposons aujourd'hui, et qui nous donnent une si grande sécurite dans l'alimentation artificielle des nourrissons et par suite dans l'allaitement mixte.

Mais en outre l'étude attentive de la secrétion lactée de la femme et de ses variations, au point de vue quantitatif et qualitatif, nous a fourni des données nouvelles pour instituer l'allaitement mixte, pour le réglementer plus exactement qu'on ne faisait autrefois, pour mesurer le supplément de lait qui devra compléter la ration nécessaire à l'accroissement de l'enfant.

Les mères incapables de nourrir entièrement au sein, pour des raisons diverses, sont légion. Les fortes nourrices, communes à la campagne, sont plus rares dans les villes et à Paris en particulier où les femmes sont souvent moins robustes, où les conditions de la vie sont moins favorables à la sécrétion abondante et prolongée du lait. Combien de jeunes mères, de primipares ont une *hypogalactie* initiale plus ou moins durable, qui exige un supplément précoce en attendant la montée régulière du lait. D'autres bien plus nombreuses, après avoir donné heureusement le sein pendant trois ou quatre mois, voient leur lactation se ralentir et leur nourrisson cesser de s'accroître, si on ne lui fournit pas un supplément au lait maternel.

Enfin il est d'autres nourrices dont l'enfant ne prospère pas parce que, sous des influences diverses leur lait sécrété assez abondamment, n'a pas une bonne valeur nutritive ; il survient alors des troubles gastro-intestinaux, la diarrhée, des vomissements, des éruptions à la peau, des eczémas parfois généralisés et tenaces. On ne peut mettre un terme à ces accidents, qui peuvent devenir graves, qu'en substituant partiellement le biberon au sein de la mère, en recourant à l'allaitement mixte. Il est des cas où le lait maternel est toxique, au point d'être inutilisable même partiellement et où le sevrage complet s'impose. Il y a donc lieu d'analyser :

1° Les modalités de l'insuffisance quantitative de la sécrétion lactée ;

2° Les circonstances dans lesquelles la composition du lait est altérée qualitativement.

1° *Insuffisance quantitative de la sécrétion lactée.*

Si l'*agalactie* complète est exceptionnelle chez la femme, l'hypogalactie, par contre, est des plus fréquente ; elle peut être initiale ou tardive. Il n'est pas douteux que l'hérédité joue un grand rôle dans le développement des glandes mammaires ; les mères bonnes nourrices ont habituellement des filles qui le seront aussi. Il y a des races et des pays où l'appareil glandulaire est réduit au point que l'usage du biberon s'impose de bonne heure ; il en est ainsi en Angleterre par exemple.

L'hypogalactie se manifeste parfois dès les premiers jours qui suivent la naissance et n'est que temporaire ; d'autres fois elle est permanente et la montée du lait reste toujours faible, quoiqu'on fasse.

Il sera donc prudent de peser au moins quelques-unes des premières tétées de la nouvelle accouchée, pour s'assurer que la sécrétion lactée est suffisante. S'il n'en est pas ainsi, on complétera au biberon les premières tétées jusqu'à 40 ou 50 grammes, car telle est alors la capacité gastrique du nouveau-né. On devra alors mettre l'enfant au sein des deux côtés, à chaque tétée et toutes les deux heures. On multipliera ainsi les tétées, car le meilleur moyen de stimuler la sécrétion des glandes est la succion des bouts de sein. Il faut bien se garder de suivre les conseils trop généraux donnés dans les maternités de Paris à toutes les femmes indistinctement, de ne mettre au sein l'enfant que d'un seul côté, avec des intervalles de trois heures. De telles recommandations ne peuvent être utiles qu'aux fortes nourrices pour éviter la suralimentation. Mais tel n'est pas le cas lorsque la montée du lait est ralentie et nous ne pouvons l'accélérer, je le répète, qu'en multipliant les tétées bilaté-

(1) Conférence de réouverture du cours de puériculture à la Goutte de Lait de Belleville, 12 novembre 1925

rales. A l'aide de la balance or suivra les variations de la quantité de lait à chaque tétée et on diminuera ou on augmentera le contenu du biberon suivant les résultats de la pesée. Pour obtenir un gain normal de poids et de taille chez le nouveau-né, l'allaitement mixte sera continué tant que la montée du lait sera ralentie. Si l'hypogalactie est durable le supplément au biberon devra être fourni régulièrement, en tenant compte de la progression de la capacité gastrique et des besoins nutritifs.

Bien plus souvent, l'hypogalactie apparaît tardivement et c'est seulement à partir du 3e ou du 4e mois, que la mère n'est plus capable d'allaiter entièrement son enfant au sein. L'unilatéralité des tétées devient alors tout à fait nuisible et l'on voit cependant des jeunes mères inexpérimentées qui commencent à recourir au biberon, en ne donnant qu'un seul sein. Il est évident qu'il faut faire vider les deux seins, avant de fournir un supplément ; il arrive quelquefois qu'en imposant les tétées bilatérales on active la sécrétion lactée qui devient plus abondante.

Les mères ne tardent pas à s'apercevoir que la ration qu'elles donnent ne suffit plus aux besoins de l'enfant. En quittant le sein il s'agite, il semble chercher ce qui lui manque, il grogne, il pousse même des cris, au lieu de s'endormir comme lorsqu'il est repu.

Il n'est pas rare d'observer aussi des troubles plus graves dus à l'hypoalimentation : des vomissements par spasme gastrique, suivront de près la tétée insuffisante ; des selles brun-verdâtre, glaireuses, qui ont fait penser à tort à un processus d'entérite. Non seulement le poids ne s'accroît plus mais l'enfant maigrit, dépérit, parce qu'il n'est plus assez nourri. Dans ces circonstances l'usage méthodique de la balance s'impose, aussi bien pour peser les tétées des mères que pour suivre les variations quotidiennes du poids de l'enfant. L'emploi de la toise ne sera pas non plus négligé ; elle montrera généralement la dissociation de la croissance pondérale et staturale avec prédominance de la taille sur le poids, si le nourrisson est hypoalimenté. On se gardera donc bien de calculer la ration de lait d'après le poids de l'enfant, comme l'indiquent les accoucheurs ; le poids étant diminué, on obtiendrait un chiffre trop faible. C'est la taille seule, constatée par la toise, qui exprime le degré réel du développement ; contrairement au poids, elle est fixe et permettra de calculer exactement la quantité de lait en rapport avec les besoins nutritifs et la radiation calorifique par la peau.

On y parviendra aisément en multipliant le nombre de centimètres exprimant la taille par le coefficient 14. L'expérience nous a démontré que, pour un accroissement normal, il fallait à un nourrisson 14 grammes de lait par centimètre de taille. Si l'on adopte ce procédé de mesure simple et pratique, on verra, par exemple, que pour un enfant de 4 mois, ayant une taille de 60 centimètres, la ration quotidienne sera de 840 grammes de lait : $60 = 14 \times 840$. Cette ration devra être divisée en sept prises soit 120 grammes à chaque tétée. Si la mère ne donne que 80 grammes aux deux seins, il y aura lieu d'ajouter au biberon un supplément de 40 grammes. Je signale en passant que la ration utilisée directement pour l'accroissement, est peu élevée relativement à la ration d'entretien proprement dite. Un nourrisson de 4 mois qui végétera sans augmenter depoids, avec une ration de 750 grammes par jour au sein, s'accroîtra de 30 à 40 grammes dès qu'on ajoutera 80 ou 100 grammes de lait de vache quotidiennement, au lait maternel. Ce fait suffit à démontrer la nécessité de bien connaître les variations de la ration en rapport avec le développement, lorsqu'on veut régler physiologiquement l'allaitement mixte. Il est habituel de voir les nourrissons qui seront restés stationnaires ou même qui auront dépéri, par suite de l'hypogalactie, reprendre très vite du poids, dès qu'ils auront reçu, au biberon, le supplément qui leur était indispensable ; ils augmentent alors de 50 à 60 grammes par jour ; parfois même si le jeûne a été sévère et prolongé, l'accroissement pondéral atteindra 100 grammes pendant plusieurs jours. On ne devra pas s'alarmer de cette poussée rapide du poids, qui s'arrêtera lorsque la dissociation de la croissance aura cessé, lorsque la taille sera redevenue proportionnelle au poids de l'enfant.

Je dois insister sur une notion physiologique dont l'importance a été méconnue jusqu'à présent, celle de l'hypogalactie *vespérale* qui doit servir à réglementer l'allaitement mixte plus exactement que par le passé. L'obervation suivie d'un grand nombre de mères m'a démontré que le sécrétion mammaire commence à se ralentir d'abord dans l'après-midi. Les tétees du matin, si l'on enregistre leur poids à la balance, paraissent normales et, si l'on ne pèse pas aussi les tétées de l'après-midi, on concluera, à tort, que la ration de l'enfant est suffisante. J'ai proposé de donner le nom d'hypogalactie vespérale à ce ralentissement de la montée du lait se manifestant dans la soirée et non dans la matinée. Cette variation singulière de la sécrétion lactée, suivant les heures de la journée, ne serait pas spéciale à la femme, on la retrouverait aussi chez la vache, d'après les

observations relatées par mon élève Mlle GALAND dans la thèse de doctorat qu'elle a présentée à la Faculté de Paris en 1920. La constatation de l'hypogalactie vespérale par la balance a une conséquence pratique de premier ordre, c'est que le matin la ration lactée, étant suffisante, il sera superflu de la renforcer et qu'on devra se borner à fournir, dans l'après-midi, un supplément proportionné à la déficience des tétées. Il suffit souvent d'ajouter 40 grammes au biberon, dans deux tétées de l'après-midi pour voir l'accroissement diminué redevenir normal. Je rappelle que jadis on n'y regardait pas de si près et que dès qu'on s'apercevait du ralentissement de la sécrétion mammaire, on conseillait de supplémenter toutes les tétées, celles du matin comme celles du soir.

Souvent même dans l'espoir chimérique de voir la montée du lait devenir plus active par le repos de la glande, on supprimait une tétée au sein sur deux, qu'on remplaçait par un biberon, on instituait ainsi un allaitement mixte alternant qui était suivi de la disparition plus ou moins rapide du lait maternel. C'est un fait d'observation incontestable que plus on augmente les intervalles des tétées, jusqu'à 5 ou 6 heures par exemple, moins la sécrétion glandulaire est active, car elle n'est plus stimulée par le réflexe de la succion. Des expériences nombreuses, faites dans les nourriceries, ont démontré que l'on parvenait à faire monter le lait plus copieusement dans les seins, en multipliant les tétées. Une nourrice qui donne le sein à plusieurs enfants simultanément peut fournir quotidiennement jusqu'à 2 litres de lait. Il en est de même pour les femmes robustes, qui peuvent allaiter entièrement deux jumeaux. Comme il y a toujours intérêt à conserver le lait des mères, lorsqu'il est de bonne qualité, on ne conseillera donc l'allaitement mixte alternant que lorsque les mères seront obligées de quitter leur domicile pour aller gagner leur vie. L'allaitement mixte supplémenté, à chaque tétée, sera recommandé de préférence, puisqu'il permettra à la mère de participer plus longtemps à l'alimentation de son enfant.

On a vanté beaucoup de lactagogues pour stimuler la sécrétion lactée, mais il n'y a vraiment aucune préparation de ce genre, dont l'efficacité soit établie.

C'est par une alimentation rationnelle qu'on favorisera et qu'on régularisera la montée du lait.

On a remarqué que les femmes de la campagne, bonnes nourrices, vivent surtout de soupe au pain et aux légumes, et ne mangent que peu de viande. J'ai noté qu'à Paris même, la plupart des mères qui ont une abondante lactation sont *panivores* ; elles consomment quotidiennement une livre de pain et plus, soit en soupe, soit en tartines.

Le pain n'entre que pour une faible part dans l'alimentation de la classe riche, et c'est probablement pour cette raison que les fortes nourrices y sont rares. Dans les expériences que j'ai poursuivies à la nourricerie Parrot, à l'Hospice des Enfants Assistés, j'ai établi, avec mon ancien interne le Dr MALET (de Tours) que l'on pouvait faire augmenter de 100 grammes et plus en 24 heures la quantité de lait chez les nourrices qui recevaient deux fois de la soupe au pain dans la journée.

D'ailleurs il y a bien longtemps que le bon pain a été considéré comme utile pour assurer la lactation. On relève dans les registres de la couche, c'est-à-dire de l'hôpital des Enfants trouvés au XVIIe siècle, peu de temps après sa fondation par Saint Vincent de Paul, que les nourrices sédentaires pour allaiter les nouveau-nés abandonnés, devaient être alimentées *au pain blanc*; il n'était pas alors aussi commun qu'aujourd'hui.

Altération et toxicité du lait de femme.

L'allaitement mixte ne s'impose pas seulement lorsque le lait maternel est insuffisant, comme quantité, mais aussi quand il est défectueux qualitativement.

Lorsque des maladies aiguës surviennent chez la nourrice, il est habituel de voir le nourrisson pâtir, car la composition du lait est troublée par le processus morbide en évolution ; la diarrhée apparaît avec ou sans vomissements et l'on doit recourir à l'allaitement mixte temporairement ; le mélange des laits suffit généralement à régulariser les fonctions digestives. On ne fera téter l'enfant qu'une ou deux fois par jour, pour ne pas laisser engorger les seins et on complètera l'alimentation au biberon, pendant la durée de la maladie. L'allaitement au sein sera repris graduellement pendant la convalescence.

Il n'est pas rare de voir chez les nourrices qui sont réglées, le lait devenir toxique à chaque menstruation pendant plusieurs jours. Les réactions gastro-intestinales du nourrisson peuvent être assez intenses et, pour y remédier, il faut recourir au biberon chargé de bon lait stérilisé coupé ou non d'eau de riz.

La décoction de riz (deux cuillerées à soupe de riz bouilli pendant une demi-heure dans un litre d'eau) est très efficace pour combattre les diarrhées dans ces circonstances. Il suffira alors de supprimer deux ou trois tétées, qu'on remplacera par

des biberons, pour que les fonctions du tube digestif redeviennent normales.

Il en est de même lorsque des troubles nerveux, des émotions, des chagrins modifient la lactation des mères.

Comme exemple de ces faits, je rappellerai que, pendant la guerre, j'ai vu bien souvent, à l'Institut de puériculture de l'Hospice des Enfants assistés, survenir des diarrhées vertes, très fortes chez les nourrissons dont les mères étaient obligées de se réfugier dans les caves pendant les bombardements nocturnes par zeppelins ou par avions. Les femmes qui, à cette époque, recevaient de mauvaises nouvelles de leur mari sur le front, perdaient leur lait ou bien il devenait toxique ; tant est grande l'influence du système nerveux sur la sécrétion lactée. L'allaitement mixte alternant apaisait en général les accidents ; quelquefois nous étions obligés de nourrir entièrement les enfants au biberon, soit temporairement soit définitivement.

Il faut bien avouer que nous ignorons jusqu'à présent les modifications chimiques ou autres qui surviennent dans la constitution du lait de femme et qui le rendent toxique pour le nourrisson ; nous ne pouvons que constater les effets de cette toxicité par les troubles qu'elle cause dans les fonctions digestives. M. Levialle, mon ancien chef de laboratoire à l'Institut de puériculture, aujourd'hui professeur à la Faculté de pharmacie de Strasbourg, a entrepris quelques recherches à ce sujet dès 1911 ; mais ces recherches ne nous ont pas donné de résultats positifs ; il est bien probable que ce problème scientifique sera résolu dans l'avenir, car il ne paraît pas douteux que la composition du lait soit troublée dans ces circonstances.

Il arrive assez souvent que chez les nourrissons au sein, l'altération du lait des mères produise des éruptions eczémateuses de la peau qui coïncident généralement avec des troubles digestifs. Tantôt ces éruptions sont limitées au visage et à la tête, tantôt elles envahissent tout le corps, elles deviennent suintantes et croûteuses, déterminant un prurit intense et des lésions consécutives de grattage. Les mères se désolent de voir souffrir et dépérir leur enfant, qu'elles ne parviennent pas à guérir à l'aide des topiques variés en usage. Il est bien certain que ces éruptions sont d'origine alimentaire et qu'elles sont dues à une toxicité spéciale du lait, qui est eczematigène ; car si on change l'enfant de lait, soit au moment du sevrage, soit auparavant, les éruptions cutanées s'atténuent rapidement et la nutrition de la peau redevient normale. J'ai relevé aussi que certains laits de vache sont eczématigènes et en particulier les laits desséchés ; les erythèmes qui surgissent au cours de ces allaitements artificiels, disparaissent aussi lorsqu'on charge les biberons avec un autre lait. Toutes ces constatations m'ont conduit à proposer le traitement des eczémas infantiles par l'emploi méthodique des *mutations* lactées, soit partielles, soit totales, qui donne des succès assez constants. Ai-je besoin de faire remarquer que cette méthode est bien plus simple que les traitements topiques, d'ailleurs inefficaces, recommandés par les dermatologistes.

L'allaitement mixte suffit habituellement à apaiser et même à guérir les accidents cutanés : on supprime trois ou quatre tétées de la mère, qu'on remplace par des prises de lait de vache. Par cet allaitement mixte alternant, on ne fera ainsi qu'une mutation lactée partielle, laissant à la mère la satisfaction de donner encore le sein ; son lait reste partiellement utlisable, par le mélange avec le lait de vache. Lorsque les éruptions tendent à disparaitre il n'est pas rare qu'après un temps variable, ou puisse revenir à l'allaitement exclusif au sein, en supprimant graduellement un, puis plusieurs biberons, dans ces cas la toxicité du lait semble n'être que temporaire.

Les résultats les plus rapides et les plus constants ont été obtenus dans le traitement de l'eczéma infantile, en maniant le lait de vache homogénéisé et surchauffé à 108°. Je rappelle que l'homogénéisation, la fixation du lait à l'aide de l'appareil de Gaulin, consiste dans une émulsion physique des globules butyreux qui sont réduits en granules extrêmement fins, animés du mouvement Brownien. Dès 1907, par une expérience prolongée à la Goutte de lait de Belleville, j'ai établi les avantages et les inconvénients du lait homogénéisé, et dans une communication faite au Congrès des Gouttes de lait de Bruxelles, en 1907 avec M. Lavialle, j'ai montré les avantages de ce lait chez les nourrissons débiles, atrophiques et dyspeptiques, incapables d'utiliser les laits ordinaires ; la chymification et l'assimilation sont facilitées par l'homogénéisation et la surchauffe à 108°, et l'on peut considérer ce lait comme ayant subi une sorte de prédigestion qui le rend plus aisément assimilable.

Le lait ainsi émulsionné n'est pas sans analogie avec celui qui a subi l'action de la pancréatine. D'ailleurs on a proposé, dans le traitement de l'eczéma, l'emploi du lait pancréatiné. L'émulsion physique obtenue par l'homogenéisation industrielle me semble plus simple et d'ailleurs suffisante dans la pratique.

Je dois signaler que certaines éruptions eczéma-

teuses sont tenaces, et que l'allaitement mixte alternant ne donne pas la guérison ; il faut en conclure que la toxicité du lait maternel est plus prononcée et l'on est alors obligé de sevrer entièrement l'enfant du sein, pour l'alimenter au lait homogénéise, il est exceptionnel que la guérison ne suive pas cette mutation lactée complète.

La toxicité du lait des mères en apparence bien portantes, se manifeste encore par d'autres troubles que par les éruptions cutanées.

Il n'est pas rare d'observer des nourrissons au sein, qui ont des diarrhées plus ou moins intenses et tenaces sans réactions cutanées ; ces diarrhées peuvent être accompagnées de vomissements. Vainement on recherche dans l'état physique des mères, dans leur alimentation, la cause de ces accidents qui empêchent les enfants de s'accroître.

En présence de cette altération indéterminée du lait maternel, la seule ressource est de recourir à l'allaitement mixte, alternant d'abord, et au sevrage complet même, si la mutation lactée partielle est inefficace.

On rencontre parfois des mères, dans ces conditions, dont les nourrisssons ont constamment des selles vertes, sans diarrhée à proprement parler, et augmentent cependant de poids.

Les médicaments eupeptiques, le citrate de soude en particulier, ne rendent pas aux selles leur coloration normale ; il suffit de remplacer une ou deux tétées au sein par des biberons de bon lait pour faire cesser cette polycholie persistante. Dès que l'on supprime les biberons la coloration verte des déjections reparaît. Jadis on considérait ces nourrissons comme atteints d'entérite et l'on épuisait vainement la gamme des antiseptiques intestinaux, calomel, naphtol, etc., pour les guerir, on imputait à tort les troubles dus à la toxicité du lait maternel, à un fonctionnement défectueux du tube digestif. La guérison des accidents par l'allaitement mixte alternant nous a fixé sur leur origine et a fait réaliser un réel progrès à la thérapeutique infantile. Nos observations cliniques conservent une valeur indéniable, en attendant que l'analyse scientifique vienne nous éclairer sur les altérations encore inconnues, qui surviennent dans la composition de la sécrétion mammaire.

La toxicité du lait impose donc l'allaitement mixte alternant, mais on ne devra pas adopter cette méthode si la quantité seule du lait est déficiente ; on donnera la préférence à l'allaitement mixte supplémentaire, qui permettra aux mères de conserver plus longtemps leur lait. Le meilleur stimulant de la sécrétion glandulaire, comme je l'ai indiqué, est la succion répétée ; la montée du lait est d'autant plus abondante et régulière, que les tétées sont plus rapprochées et mieux réglées. Si les intervalles des tétées sont de 5 à 6 heures, il est bien à craindre que la sécrétion se ralentisse plus ou moins vite. En maniant la balance, dans ces circonstances, on se rend compte de l'abaissement graduel du poids des tétées. Il va sans dire que les deux seins devront être vidés à chaque fois, avant qu'on ne donne le supplément au biberon, pour compléter la ration alimentaire, suivant la capacité physiologique de l'estomac.

Les conditions actuelles de la vie sociale imposent malheureusement l'allaitement alternant à un grand nombre de femmes qui sont obligées de quitter leur domicile, pour aller gagner leur vie ; il est rare alors qu'elles conservent longtemps leur lait. A cet égard la création de chambres d'allaitement dans les industries qui emploient la main-d'œuvre féminine, sera extrêmement utile, puisqu'elle permettra aux bonnes nourrices de continuer l'allaitement au sein complet.

Les divers laits employés dans l'allaitement mixte

Sans entrer dans les détails des immenses progrès réalisés dans l'allaitement artificiel que j'ai exposé antérieurement, je dois indiquer rapidement la gamme des divers laits stérilisés ou préparés industriellement, que nous manions avec avantage dans l'allaitement mixte.

A la campagne le bon lait de vache fraîchement et proprement trait, bouilli pendant vingt minutes ou stérilisé à 100° dans un appareil pendant trois quarts d'heure, sera suffisant, à la rigueur, pour compléter l'allaitement au sein. Par un coupage d'eau bouillie au tiers ou au quart, dans les premiers mois et par l'addition d'une quantité convenable de sucre ordinaire, on obtiendra, pour charger les biberons une mixture lactée, isodyname au lait de la femme.

On devra renoncer à employer le lait de chèvre qui, de l'avis unanime des puériculteurs, est mal utilisé dans nos pays par les nourrissons. Je mentionne seulement le lait d'ânesse, pauvre en beurre d'un prix inabordable et dont les indications sont très restreintes, dans la débilité congénitale par exemple.

A Paris les conditions d'adduction du lait frais, surtout pendant l'été, ne permettent guère d'éviter les fermentations, en outre, les sophistications, le mouillage sont fréquents, car les crémiers sont loin d'être toujours scrupuleux. C'est pour ces raisons que, pour ma part, j'ai renoncé depuis longtemps, à me servir des laits de crémeries. Dans nos grandes distributions populaires, à la Goutte de lait de Belleville en particulier, nous avons

accordé la préférence aux laits préparés industriellement qui nous arrivent de Normandie ou d'ailleurs. Ces laits scellés hermétiquement ont le grand avantage d'être infraudables et infermentescibles. Leur valeur nutritive est entière, les vitamines sont respectées, car la température de stérilisation de dépasse pas 108°.

L'utilisation de ces laits ainsi surchauffés est très satisfaisante ; nous nous en sommes assuré pendant nombre d'années, sur des milliers d'enfants ; ce qui est vrai pour l'élevage artificiel l'est *a fortiori* pour ceux qui reçoivent partiellement le lait de leur mère.

Les laits surchauffés à 108° et homogénéisés, comme je l'ai déjà indiqué, conviennent mieux aux nourrissons débiles ou eczémateux. Le lait hypersucré à 10 % homogénéisé et surchauffé, préparé suivant les principes que nous avons établis en 1912 avec M. Lavialle, a une grande valeur énergétique et des propriétés antémétiques qui doivent le faire préférer, lorsque l'estomac est intolérant pour d'autres laits.

Depuis une quinzaine d'années nous employons, avec des succès constants, les laits condensés *sucrés* préparés industriellement et spécialement, celui de la marque française *Gallia*. Chaque année à l'aide de ce lait, nous élevons, avec une entière sécurité, plus d'un millier d'enfants à la Goutte de lait de Belleville, et nous n'en avons pas été moins satisfaits dans l'allaitement mixte que dans l'élevage artificiel.

Ces laits, dans lesquels le sucre surajouté joue le rôle d'un conservatif, ont été évaporés à une température de 70° seulement ; ils ne sont donc pas dévitaminés, ils se conservent sans aucune altération, pendant des mois et peuvent être transportés même aux colonies.

L'introduction des laits condensés sucrés dans l'alimentation infantile constitue, d'après mes longues obervations personnelles, un immense progrès en puériculture. Ces laits sont d'un maniement extrêmement aisé ; il suffit d'en délayer une cuillerée à café dans 40 gr. d'eau bouillie pour obtenir une mixture d'une bonne valeur nutritive.

La préparation et la teneur en sucre et en principes fixes sont à peu près les mêmes pour toutes les marques françaises et étrangères, comme je l'ai établi dans mon travail sur l'*utilisation des laits condensés dans l'alimentation humaine*. Le dosage de la ration sera donc le même, quelle que soit la marque de lait qu'on ait à sa disposition.

Toutes les règles que je viens de poser s'appliquent uniquement aux laits condensés sucrés, car les laits condensés non sucrés, surchauffés à 120°, ne présentent pas les mêmea avantages. Cette surchauffe à 120° détruit les ferments et, si l'on prolonge au delà de quelques mois l'usage des laits condensés ainsi préparés, ils peuvent devenir *scorbutigènes* ; la nutrition souffre plus ou moins gravement.

On est parvenu, ces temps derniers, à préparer des laits desséchés et pulvérisés, qui contiennent intégralement tous les principes nutritifs du lait et spécialement le beurre. Il en est ainsi pour la marque *Glaxo*. Les premiers laits en poudre étaient écrémés et n'avaient qu'une valeur alibile médiocre. On pourra donc recourir pour l'allaitement mixte au lait desséché en poudre intégral, qui est bien utilisé par les nourrissons même débiles ; je m'en suis assuré par une expérience prolongée à la Goutte de lait de Belleville.

Il faut bien remarquer que les accidents de scorbut infantile sont moins à redouter dans l'allaitement mixte que dans l'élevage exclusif au biberon ; les vitamines contenues dans le lait des femmes suffiront à compenser l'insuffisance des ferments détruits par la surchauffe.

Il va sans dire que les précautions pour l'asepsie des biberons et des tétines seront aussi rigoureuses pour l'allaitement mixte que pour l'artificiel. Les biberons bien gradués pour mesurer les rations seront tenus avec une propreté rigide.

Je rappelle que j'ai fait fabriquer un biberon gradue, suivant l'âge des enfants, sur lequel les mères inexpérimentées peuvent lire le chiffre de la ration totale qui convient pour la tétée. Les tétines seront en caoutchouc pur, percées de trous fins, sans soupapes ; elles devront se retourner en doigt de gant pour faciliter le lavage.

Il nous vient d'Allemagne des tétines dont l'usage est dangereux : elles sont fabriquées avec un simili caoutchouc obtenu en jetant dans de l'huile de lin bouillante du tétrachlorure de soufre. Ces tétines ont un aspect vernissé, brillant qui tente les femmes du peuple. Leur emploi est prohibé légalement en France.

Résultats fournis par l'allaitement mixte.

Ces résultats sont extrêmement satisfaisants ; ils se rapprochent beaucoup de ceux de l'allaitement au sein. Le lait des mères a des vertus nutritives spéciales, quand il n'est pas toxique, et il doit être conservé précieusement et utilisé, même lorsqu'il est sécrété en quantité insuffisante pour alimenter entièrement l'enfant.

Une mère qui donne encore, en vingt-quatre heures, 150 à 200 gr. de lait, ne doit pas songer à sevrer : son lait, riche en ferments, favorise la

digestion et l'assimilation, il compense les inconvénients des laits dévitaminés.

Les tables de croissance que nous avons dressées avec M. FINIAULT suivant les divers modes d'élevage, nous démontrent que l'accroissement pondéral et statural dans l'allaitement mixte n'est pas inférieur à ce qu'il est dans l'allaitement au sein. La taille moyenne des garçons, à douze mois, est de 72,3, dans l'allaitement mixte ; elle ne dépasse pas 72 centimètres chez ceux nourris au sein. Cette légère supériorité de la taille s'explique par le ralentissement de la lactation, dans les derniers mois chez les nourrices qui ne donnent pas de supplément à leur enfant.

Le développement normal des nourrissons ainsi alimentés, nous rend compte du faible taux de leur mortalité dans la première année ; elle n'excède pas 5 % à la Goutte de lait de Belleville. Il est vrai, que la mortalité infantile pour les enfants entièrement au biberon a baissé considérablement aussi, depuis que nous manions les laits stérilisés ou préparés industriellement.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Goitre néoplasique.

Un malade, âgé de 60 ans, entre pour une tumeur siégeant à la partie antérieure du cou, avec prédominance à droite de la ligne médiane. Il remarqua par hasard, il y a vingt ans, l'apparition d'une grosseur, et l'attribua à un effort. Elle avait à ce moment les dimensions d'un œuf de pigeon. Elle était assez dure. Il n'a pas remarqué qu'elle se déplaçât lors de la déglutition. Il dit n'avoir jamais eu les yeux gros et saillants, ni de tremblements. Il n'y a pas de goitreux dans sa famille, mais il est d'un pays où le goitre est fréquent.

La tumeur augmenta progressivement de volume, mais lentement et sans le gêner notablement, n'attirant presque pas son attention jusqu'à il y a cinq mois : à ce moment la tumeur augmente rapidement de volume, le malade est gêné ponr respirer, il ne peut plus monter un escalier sans être essoufflé, il est devenu incapable de se livrer à un effort modéré sans haleter. Depuis un mois, la voix, qui jusque-là était claire, est devenue enrouée. Il a maigri, perdu 8 kilos, son teint est devenu jaune. Il tousse.

On constate au niveau du cou la présence d'une tumeur qui en occupe la partie inférieure et médiane. Elle s'étend sur la partie latérale droite. Elle est irrégulièrement arciforme. Elle ne s'accompagne pas d'altération de la peau. Au *palper*, on sent une tumeur de forme générale arrondie, sur laquelle se détachent de petites bosselures. Sa *consistance* générale est ferme, et même, par places, franchement dure; elle s'enfonce en arrière sous le sterno-mastoïdien du côté droit. Du côté gauche on ne peut préciser. La pomme d'Adam, c'est-à-dire le cartilage thyroïde, se trouve très déviée par rapport à la ligne médiane, elle est reportée à 2 cm. à gauche.

Cette tumeur, au moment de la *déglutition*, remonte avec le larynx.

En arrière, sous le trapèze, on sent de tout petits ganglions, du côté droit.

Si l'on rapproche ces caractères de dureté des bosselures dures existant à la surface de la tumeur, des petits ganglions, de la modification survenue, il y a cinq mois, dans l'évolution de la tumeur, qui, depuis très longtemps (vingt ans) ne grossissait que très peu, et qui s'est mise subitement, il y a cinq mois, à se développer en déterminant divers troubles chez le malade, gêne de la respiration, etc., en somme, du développement rapide d'une tumeur jusque-là à marche lente, développement rapide accompagné de phénomènes de compression — on doit penser à un *goitre* qui a subi, il y a cinq mois, une *transformation* franchement *néoplasique*.

La pâleur, l'amaigrissement de se malade font penser à la possibilité d'une généralisation. L'examen complet d'un malade est toujours utile, parce qu'on fait quelquefois des découvertes auxquelles on ne s'attendait pas, ici cet examen s'impose absolument.

Comme toujours, on doit examiner l'organe où se trouvent le plus souvent les noyaux secondaires, c'est-à-dire le *foie*. Ce malade, sans avoir une véritable jaunisse, est cependant un peu jaunet. En combinant la *percussion* et le *palper*, on lui trouve un foie énorme. Il ne présente toutefois pas de bosselures à sa surface.

De plus, on constate des signes d'*adénopathie médiastinale*. La respiration est conservée à la partie toute supérieure du poumon droit, elle est affaiblie à la région moyenne, absolument nulle à la base ; les vibrations ont presque complètement disparu. A la *radiographie*, il y a une obscurité des deux tiers inférieurs de l'hémithorax droit. On peut penser à un épanchement pleurétique ou à une infiltration pulmonaire. Le diagnostic peut se trancher par une *radioscopie*, en faisant incliner le malade on voit le niveau du liquide changer,

dans le cas d'épanchement, alors que l'obscurité persiste fixe si elle tient au poumon.

Etant donné l'état du foie et du poumon, il y a lieu de s'abstenir d'une intervention opératoire sur le goitre que présente ce malade.

FAITS CLINIQUES

Corps étranger (broche à bavoir) dégluti par un nourrisson et rejeté par l'intestin.

Dans la nuit du 11 novembre, j'étais appelé dans un hameau de ma commune pour un enfant qui « s'étouffait », me dit-on.

Sur les lieux, la mère m'apprend que sa petite fille, âgée de 13 mois, avait fait à 8 heures du soir une crise de suffocation. La mère lui ayant introduit deux doigts dans le pharynx, avait cru sentir un objet « mince et à tête ronde ». Mais, au moment de le saisir, le corps étranger avait glissé et disparu.

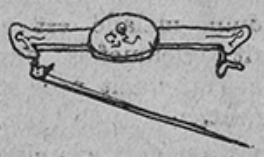
Depuis, l'enfant est calme et cherche à dormir.

Comme je demande des précisions sur l'objet avalé, les parents s'aperçoivent que le bébé a perdu sa broche à bavoir.

Je passe alors dans l'œsophage un petit explorateur à boule, mais ne perçois aucun contact insolite.

La broche doit être dans l'estomac.

Impressionné par la récente polémique sur l'intervention systématique en pareils cas, je conseille aux parents de se rendre sans tarder à la ville la plus proche pour faire radiographier l'enfant et intervenir s'il y avait lieu.



Grandeur naturelle.

Broche à bavoir, avalée par la jeune P..., 13 mois, le 11 novembre à 20 heures ; rendue dans les selles le 14 novembre à 8 heures. Aucun accident.

L'enfant n'est présenté à la clinique que le lendemain à 3 heures du soir. La radiographie montre la broche ouverte dans le duodénum, la pointe en bas. Néanmoins, on conseille l'expectation armée.

Pendant deux jours, l'enfant continue à être gai, et prend régulièrement ses biberons et ses pâtes. La température, fréquemment observée, reste normale.

Enfin, le 14 novembre, à 8 heures du matin, on retrouve la broche repliée, dans les selles.

Voici donc un cas d'une bénignité absolue. L'enfant n'a présenté de phénomènes anormaux qu'au moment de l'absorption du corps étranger qui détermina une crise d'étouffement.

D'autre part, M. le Dr Favaret, radiologiste des hôpitaux de Saint-Etienne, auquel j'avais adressé l'enfant, a bien voulu nous donner communications de plusieurs autres observations d'épingles ou de broches avalées et retrouvées dans les selles sans aucun accident. Jamais il n'a observé de péritonite, ni de perforation.

A notre avis, il nous semble donc prématuré de vouloir revenir sur la règle émise par le Pr Broca. Pour quelques cas malheureux, exiger l'intervention systématique est exagéré. Surtout si l'on considère le caractère sérieux des suites opératoires chez les enfants d'un si jeune âge.

Dr Ragonnet,
De Bas-en-Basset (Hte-Loire)

FORMULES

Pour injections intra-musculaires de quinine.

Chlorhydrate neutre de quinine	3 gr.
Eau distillée	10 cc.

1 cc. ; 0 gr. 30 de sel quinique.

Formiate basique de quinine	1 gramme
Glycose	1 —
Eau distillée	10 —

(Le Dantec.)

Se souvenir toutefois que la voie buccale est celle qui offre le maximum d'avantages (Ravaut).

***

Fumigations contre la crise d'asthme.

Nitrate de potasse	5 grammes
Poudre de feuilles de belladone	
— de jusquiame	
— datura	

Brûler dans une soucoupe, une cuillerée à café de la poudre.

***

Inhalations contre les affections broncho-pulmonaires aiguës.

Goménol	10 grammes
Teinture de benjoin	50 —
Alcool à 70°	

Une cuillerée à café dans l'eau bouillante de l'inhalateur.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

L'emphysème pulmonaire.

Traiter la cause possible : tuberculose ou syphilis. Alterner les cures arsenicales et les cures iodurées : quinze jours, III gouttes de *liqueur de Fowler* avant les repas de midi et du soir ou un *granule de Dioscoride* aux mêmes heures.

Les quinze jours suivants : une cuillerée à soupe de la solution avant le repas de midi et du soir :

Iodure de potassium.	7 gr. 50
Eau distillée.	450 gr.

(Mieux que l'iodure aux tuberculeux ; convient de la *teinture d'iode* : V gouttes avant les repas s'ils digèrent bien).

Fuir les climats froids et humides. Passer l'hiver à Pau, s'il y a des poussées fébriles; sur le littoral méditerranéen. Saisons en été pour les tuberculeux au Mont-Dore, à La Bourboule, pour les bronchitiques simples, à Saint-Honoré-les-Bains, Cauterets, Luchon, Allevard, Eaux-Bonnes ; chez les asthmatiques, au Mont-Dore.

Au cours des poussées de bronchite : *cachets de terpine* et de *benzoate de soude* :

Terpine	0 gr. 20
Benzoate de soude.	

Pour un cachet n° 20.

En cas de crises d'*asthme* : pilules belladonées :

Extr. bellad..	0 gr. 01

Pour une pilule. Une avant les repas et une au coucher.

Contre la crise elle-même, piqûres d'*adrénaline*, d'*évutmine* (1 %) ou d'*héroïne* (5 milligr.).

Si le cœur [illegible]chit : régime lacto-hydrique de réduction avec *gitaline* : V gouttes de la solution à 1/100e huit à dix jours. Suspendre quarante-huit heures. Reprendre. *Solubaïne* : X gttes matin et soir dans les quarante-huit heures d'intervalle.

Gymnastique respiratoire pour compenser l'insuffisance de la ventilation pulmonaire. *Spiroscopie* avec l'appareil de Pescher.

Un *traitement chirurgical* a été conseillé (résection des 2e, 3e, 4e cartillages costaux pour rendre au thorax sa mobilité et assurer une meilleure ventilation pulmonaire). Les résultats sont précaires. Il sera sage de ne pas conseiller aux malades une intervention de cet ordre.

CLINIQUE MÉDICALE

La mort subite comme terminaison de la pneumonie sénile.

On sait que la pneumonie augmente de gravité au fur et à mesure que l'on avance en âge. Or, un des facteurs souvent ignoré de cette gravité est la fréquence relativement grande de la mort subite dans la pneumonie contractée après 60 ans.

S. Bonnamour (*Lyon Médical*, 4 oct. 1925) fait une étude complète des observations publiées et en conclut que la mort subite est une terminaison relativement fréquente de la pneumonie sénile. Si on a pu en signaler quelques cas exceptionnels au cours de la pneumonie chez l'enfant et chez l'adulte, elle semble particulière à l'âge avancé. Durand-Fardel, sur 37 cas de pneumonie sénile terminés par la mort, en compte cinq morts subitement. Sur 19 observations de pneumonie, après 60 ans et terminées par la mort, Bonnamour trouve 4 cas de mort subite.

Les médecins légistes insistent sur la fréquence des hépatisations pulmonaires que l'on constate à l'origine des morts subites chez les vieillards. De plus, ils font remarquer que si la mort subite en général est plus fréquente chez l'homme, chez les vieillards il semble y avoir une égale proportion pour les deux sexes, due précisément à la fréquence des pneumonies chez les vieilles femmes.

Le siège de la pneumonie, son unilatéralité, semblent n'avoir aucune importance. Par contre, c'est presque toujours une hépatisation grise que l'on trouve à l'autopsie, soit qu'elle se soit développée avec une étonnante rapidité chez les vieux cachectiques, artério-scléreux, diabétiques, aliénés, etc., soit que les premiers stades de cette hépatisation aient évolué complètement sournoisement chez les vieillards. Cette rapidité et cette latence sont les grands facteurs de la gravité du pronostic de la pneumonie sénile, qui aboutit, sans qu'on s'en aperçoive, à la suppuration.

Comme conclusion, il faudra toujours se méfier chez le vieillard, de toute poussée de température, de toute augmentation de dyspnée, coïncidant avec un besoin anormal de bouger. Au moindre signe de défaillance, on devra soigneusement l'ausculter, et penser toujours à la possibilité d'une pneumonie, malgré l'absence de point de côté, de toux et d'expectoration. Ce sera le seul moyen de dépister

cette fomre ambulatoire de la pneumonie sénile dont la terminaison est si souvent brusque. Enfin, dans la pneumonie franche, il faudra toujours chez eux être extrêmement sévère pour la reprise du lever et de l'alimentation, et insister sur les toniques cardiaques et généraux longtemps continués.

PRATIQUE UROLOGIQUE

Quand faut-il laver les oreilles qui coulent ?

Cette question si simple en apparence est encore discutée et E. Raillard (de Marseille) (*Le Sud Médical et Chirurgical*, 15 août 1925) fixe les indications et les contre-indications des lavages.

Dans l'écoulement séro-purulent plus ou moins abondant qui accompagne souvent l'otite externe diffuse eczémateuse, il faut, comme le dit de Parrel « se garder de noyer l'incendie » ; les lavages sont dans ce cas tout à fait contre-indiqués comme ils le sont pour la lésion eczémateuse qui est à l'origine de l'écoulement. Il en est de même dans la furonculose du conduit qui a d'elle-même tendance à la dissémination, et que des lavages ne feraient qu'ensemencer à distance ; s'il y a écoulement abondant, il faut faire des pansements secs de façon à isoler le plus possible le foyer d'infection. Les mycoses du conduit auditif donnent des sécrétions souvent fétides contre lesquelles les lavages à l'hypochlorite de chaux sont très actifs.

Dans les otites aiguës, la question devient un peu plus délicate et plusieurs cas sont à considérer ; après une paracentèse, si l'écoulement se fait normalement, il n'y a qu'à laisser faire la nature en évitant la rétention et les infections secondaires ; les lavages ne sont pas utiles pour arriver à ce double but ; quelques instillations d'eau oxygénée, quelques nettoyages proprement faits amènent en général la guérison en deux ou trois semaines ; cependant si, malgré ce traitement, la suppuration ne marque pas de tendance à la régression, on peut, mais dans ce cas seulement, pratiquer quelques lavages pour assurer l'évacuation des sécrétions ; de toute façon, ils ne doivent pas être continués longtemps, car si la suppuration se prolonge, c'est vers la mastoïde que le spécialiste devra porter son attention.

Certaines otites moyennes suppurées anormales sont donc justiciables des lavages ; on y joindra les otites grippales et les otites fibrineuses, ainsi que les otites du nourrisson où les lavages sont indiqués, à cause de la possibilité rapide d'infection de la mastoïde ; il importe alors d'agir rapidement.

L'action détersive du lavage d'oreille trouve également son indication dans les otorrhées chroniques mal soignées où, comme nous le disions au début de cet article, il faut d'abord nettoyer afin de pouvoir appliquer une thérapeutique rationnelle ayant quelques chances de réussite.

NEUROLOGIE

La question de l'hystérie devant le praticien.

Par M. le Dr L. Neuberger.

(*Suite et fin*).

DIAGNOSTIC

Le mécanisme de l'Hystérie étant ainsi démonté, en ayant davantage tenu compte de ses divers facteurs, que soucieux de faire dépendre leur concours d'une explication exclusive (1), examinons maintenant les problèmes, que pose pratiquement son diagnostic.

Diagnostic positif. — Le diagnostic positif d'Hystérie est, en quelque sorte, un diagnostic *d'élimination*.

C'est après que l'examen objectif aura exclu le soupçon d'une épine organique, qu'on est en droit, en présence de troubles nerveux atypiques et rebelles, de prononcer le mot d'Hystérie. Encore cette affirmation devra-t-elle s'appuyer sur la mentalité toute spéciale, que résume le terme de *Mythomanie*, dont nous avons rappelé le tableau, et dont les symptômes se trouvent généralement réunis au complet, en pareil cas.

Enfin, il faut savoir faire état de l'appoint décisif fourni par le traitement : ce qui revient à dire que le succès, quasi-instantané, de la *contre-suggestion*, achève de dissiper les derniers doutes.

Diagnostic différentiel. — [illegible] ne s'ensuit pas cependant que l'Hystérie [illegible] l'étiquette commode et vague, qu'autori[illegible] l'absence de toute lésion ostensible.

Pour dire vrai, le diagnostic différentiel se heurte à de sérieuses difficultés, que l'on peut sommairement ramener à trois paragraphes :

a) **Premier cas. Paralysies ou Contractures. S'agit-il d'un trouble organique ou hystérique ?**

Ici, l'examen clinique doit se fonder sur la recherche scrupuleuse et systématique des signes neurologiques ; le tableau, que voici, inspiré des tests de Babinski, schématise cette distinction :

(1) V. *Journal des Praticiens*, du 13 février 1926.

a) En cas de paralysie ou contracture, d'origine centrale (lésion pyramidale), on note :	*En cas d'Hystérie au contraire :* aucun indice neurologique ;
Unilatéralité (si c'est une hémiplégie), distribution globale (si c'est une paraplégie) ;	Paralysie non toujours absolument limitée ;
Paralysie non systématique, c'est-à-dire apparaissant aussi durant l'exécution des mouvements bilatéraux synergiques ;	parfois systématique ;
Atteinte, non seulement des muscles volontaires, mais également de la motricité inconsciente : d'où mouvements « d'entraînement », et syncinésies (signe du peaucier, flexion combinée de la cuisse et du tronc, etc.) ;	Les mouvements involontaires ne participent pas aux troubles moteurs conscients : d'où absence de mouvements « associés ».
Réflexes osso-tendineux précocement troublés : rapidement hyperréflexie, accompagnée de clonus et trépidation épileptoïde ;	Nulle modification des réflexes, ni symptômes d'irritation pyramidale.
Exagération des réflexes « de défense » ; Troubles sphinctériens, trophiques et vaso-moteurs ; Inversion du réflexe cutané plantaire (phénomène des orteils) ;	Ces signes sont constamment négatifs ;
Amyotrophie, dès le début ; Bientôt contracture spéciale (griffe, etc.), ne pouvant être artificiellement reproduite ;	Pas d'hypotonicité musculaire ; La forme de la contracture est facilement réalisable par une contraction musculaire volontaire
Fixité des troubles moteurs ; Evolution progressive, soit vers la contracture durable, ou la régression régulière.	Evolution variable, et capricieuse.
b) en cas de névrite périphérique, on observe plus particulièrement :	
L'affaiblissement ou l'abolition des réflexes tendineux ; La rapide fonte musculaire ; La Réaction de Dégénérescence ; La topographie strictement anatomique (trajet du nerf moteur).	Tous ces signes sont absents dans l'Hystérie.

Pourtant, dans la pratique, — et, notamment, parmi les Accidents du Travail (« *sinistrose* »), il n'est pas rare d'observer des *associations hystéro-organiques*, qui appellent une expertise souvent laborieuse et approfondie : néanmoins, le problème, pour complexe qu'il soit, n'a rien d'insoluble, il exige seulement qu'on fasse le départ entre les accidents relevant de l'une et l'autre catégorie, afin d'évaluer, le plus rigoureusement possible, pour quelles proportions ils entrent les uns et les autres dans l'estimation de l'incapacité.

Deuxième cas. Paralysies et Contractures (suite). **Que doit-on entendre par « troubles réflexes » ?**

C'est, il faut l'avouer, le chapitre le plus obscur, en matière d'Hystérie. Les séquelles neurologiques de guerre nous ont familiarisé avec certaines impotences et raideurs (*plicatures*, « *camptocormies* », *main figée*, etc.), de pathogénie absolument décevante, et qu'une classification superficielle autorisait jadis à ranger parmi les manifestations hystériques.

Babinski, qui s'est spécialement attaché à leur étude, les qualifie de « **troubles réflexes** », par analogie avec les phénomènes de même nom, succédant aux plaies articulaires, et ne voulant, en cela, rien préjuger de leur étiologie.

On les voit survenir secondairement à un traumatisme : ils sont caractérisés par un ensemble de signes *objectifs*, dont la constance et le groupement permettent de leur assigner, sans conteste, une nature neurologique.

Ces symptômes consistent en : hypotonicité musculaire, — surréflexie neuro-tendineuse, — irréflectivité cutanée, — hyperexcitabilité musculaire *mécanique* et *électrique* (surtout faradique), — troubles de la régulation thermique (hypothermie locale) ; vaso-moteurs (cyanose, dermographisme) ; trophiques (œdème) ; des phanères ; ostéo-articulaires, — amyotrophie, sans R. D.

D'après l'hypothèse de Babinski, ces troubles réflexes, — qui n'affectent pas la voie sensitivo-motrice habituelle, et ne sauraient cependant être qualifiés d'hystériques, — seraient sous le dépendance d'*altérations sympathiques* et résulteraient d'une irritation *réflexe*, agissant tantôt par voie centripète, *sur les centres spinaux* (contractures), tantôt, et plus tardivement, par voie centrifuge, *sur l'activité musculaire et vasculaire* (parésies, avec « causalgies » et troubles trophiques marqués).

On conçoit tout l'intérêt de ces notions pour le diagnostic clinique : il ressort de leur connaissance qu'il est toujours sage de suspecter d'abord la possibilité d'un trouble réflexe, avant de se résoudre à rapporter à l'Hystérie seule toute impotence fonctionnelle de quelque durée.

Troisième cas. Crises convulsives. S'agit-il d'Epilepsie, de « crise d'émotivité », ou d'Hystérie ?

A première vue, il peut sembler, pareillement, très délicat et épineux de reconnaître une crise d'**Epilepsie vraie** d'une simple crise d'origine pithiatique (« crise d'agitation motrice » de Roussy et Lhermitte).

L'épithète, trop employée, de crise « épileptoïde » ne résoud aucunement la question, cette formule témoigne purement d'une coupable indigence clinique, et doit être, comme telle, rayée du vocabulaire.

D'autant que du diagnostic dépendent un traitement et une conduite radicalement différents dans l'un ou l'autre cas.

Souvent, il suffira de serrer l'interrogatoire, et de se référer méthodiquement aux signes classiques de la crise comitiale :

Cri initial, pâleur subite ;
Chute *instantanée*, déterminant des contusions crâniennes, longtemps visibles ;
Caractère particulier des convulsions d'abord cloniques, puis toniques (morsure de la langue) ;
Vaso-dilatation secondaire (ecchymoses sous-conjonctivales, et évacuations alvines) ;
Torpeur profonde ;
Lassitude et *amnésie* consécutives.

Aucun de ces symptômes n'est réalisé par la crise hystérique : si le sujet a, parfois, le don d'en reproduire grossièrement le tableau (par fantaisie, ou imitation), il saura habituellement *se garer d'une chute trop hâtive* et dangereuse ; de plus, une facile intimidation suggestive a généralement le pouvoir de *provoquer une crise semblable*, ce qui a tôt fait d'en souligner la nature pithiatique.

Voilà, du moins, ce que la pratique révèle couramment : et l'on peut avancer que le diagnostic est alors des plus élémentaires.

Les hésitations ne commencent que lorsqu'on a affaire à la combinaison des deux névroses (*Hystéro-Epilepsie*) : soit, en effet, que la « mentalité épileptique » conseille au malade de simuler fréquemment des accès convulsifs, dont la sommation peut lui assurer une avantageuse irresponsabilité pénale, — soit que l'excitation comitiale réveille en lui des dispositions déjà mythomaniaques ; on pourra alors assister à une alternance d'accès vrais et d'accès feints ou amplifiés (« sursimulation »), — et il appartient à une sagace analyse et à la perspicacité du clinicien de débrouiller, à l'aide d'examens répétés, ce surcroît de complication diagnostique.

Avant de quitter ce chapitre, rappelons la banalité, chez certains névropathes anxieux, de la vulgaire et inoffensive « **crise de nerfs** », laquelle n'est point de l'Hystérie, mais consiste uniquement en un *paroxysme moteur hyperémotif*, succédant *immédiatement* à une forte émotion *actuelle*, ou à son souvenir brutalement *réveillé*. Ce caractère spécialement conscient, « *hypermnésique* » (Hartenberg) l'oppose assez nettement de l'état trouble et onirique qui inaugure la crise pithiatique, pour qu'on ne les confonde pas. D'ailleurs *bénigne* et sans conséquences pathologiques durables, eu égard à l'intégrité habituelle du fonds mental, elle se borne généralement à une manifestation courte, unique, non récidivante.

Autres diagnostics. — Démembrement de l'Hystérie. — Les trois paragraphes, qui précèdent, ont trait aux cas les plus communément rencontrés en pratique. Il en ressort que la conduite et la précision du diagnostic doivent, avant tout, tendre à ceci: restituer aux affections neurologiques les symptômes imprudemment attribués à la « grande névrose », et restreindre progressivement l'acception de cette dernière.

Déjà l'on vient de voir que les « troubles réflexes », récemment introduits en neuro-pathologie, et longtemps confondus avec l'Hystérie, apportent un argument nouveau en faveur du *démembrement*, qui signale actuellement l'histoire de cette névrose.

Nombre de « stigmates » psychiques paraissent devoir suivre le même sort (G. Dumas). Les prétendues **hallucinations « hystériques »** seraient reconnues de nature *confusionnelle*. L'**automatisme ambulatoire** serait lié à une banale fugue d'origine toxhémique (soit *épileptique*, soit *alcoolique* ou *confusionnelle*). Le fameux **sommeil hystérique** pourrait être facilement expliqué par une *suggestion préalable*, ou encore par la *fatigue de l'attention*, ou plus simplement par le fait d'une *intoxication*. Il n'est pas jusqu'au **dédoublement de la personnalité**, qui, longtemps considéré comme une preuve d'Hystérie, relèverait, plus simplement, soit du *mal comitial*, ou de *psychoses périodiques*, sans oublier quelques cas, plus rares d'ailleurs, de *mystification qualifiée*.

Les rapports qui relient l'Hystérie et les Schizo-

phrénies, et que nous n'avons fait qu'effleurer, nous donnent à penser à quelles erreurs de diagnostic contiuuelles peuvent exposer la bizarre discordance, les attitudes figées, la catatonie, qui signalent le début d'une **Démence Précoce.**

Plus près de nous, l'**Encéphalite épidémique**, « la grande pourvoyeuse », avec ses clonies, ses séquelles mentales et l'étrangeté de ses manifestations tardives (hoquet, toux aboyante, etc.), n'apporte-t-elle pas un facteur de confusion et de complexité surajouté ? Et l'on ne peut se défendre de songer à nombre de diagnostics du temps de guerre vraisemblablement erronés, avec sanctions médico-légales souvent excessives, qu'eût épargnées une juste connaissance de la Névraxite et de ses suites...

Que dire de plus ? Sicard nous rapportait récemment l'exemple même d'une *Sclérose en plaques*, mise sur le compte de l'Hystérie par une série de diagnostics successifs mais concordants, ayant tous attaché plus de minutie à l'interrogatoire psychanalytique qu'à un examen somatique, des plus élémentaires.

La conclusion à tirer de ces réflexions est qu'une observation clinique et studieuse, au service d'un examen physique complet et préalable, permettra toujours d'éviter pareils écueils.

TRAITEMENT

Nous avons vu précédemment que la suggestion définit à la fois le mécanisme *et le traitement* de l'Hystérie.

L'**hypnotisme**, c'est-à-dire la suggestion *par sommeil provoqué*, compte encore des partisans ; mais elle nous paraît, en toutes circonstances, devoir céder le pas à la suggestion *à l'état de veille*, celle-ci est plus normale et maniable, et ne risque pas de laisser subsister chez le malade, guéri, quelques idées fixes susceptibles de l'impressionner.

On connaît les conditions d'une bonne suggestion. C'est, pour le médecin, de la méthode et de l'assurance, en un mot la foi dans la réussite ; de la part du malade, *une égale confiance vis-à-vis du caractère bienfaisant* de la cure projetée.

Cette précaution établie, la conduite diffère quelque peu, suivant qu'on a affaire à un sujet éclairé et cultivé, — dans ce cas, il suffit ordinairement de s'adresser, avec fermeté et loyauté, tour à tour à son sentiment et à sa raison, et de réclamer *l'adhésion de sa conscience* (**persuasion**) ; — ou bien à un individu plus fruste, témoignant d'une résistance instinctive et obstinée : alors il est préférable d'agir par surprise et *intimidation* (**suggestion** proprement dite).

Parfois il n'est pas mauvais de brûler les étapes, et de frapper un grand coup, en usant d'un intermédiaire, comme *l'électricité*, par exemple, dont les appareils et les effluves sont bien de nature à impressionner un patient rétif.

Chacun de nous se remémore les guérisons véritablement miraculeuses, que réédite fréquemment, à ses leçons du samedi, le Pr Babinski, devant un auditoire émerveillé : deux tampons brusquement appliqués sur le sujet, le recueillement de l'assistance, quelques paroles proférées en guise d'avertissement, et le malade entre aussitôt en transes : promptement revenu à lui, il est dans un état de réceptivité, qui favorise à ce point sa docilité et sa croyance, qu'on n'a pas de peine à instituer une suggestion thérapeutique rapidement efficace.

Par l' « *invigoration physio-électrique* », Claude et Tinel arrivent sensiblement aux mêmes résultats : peut-être, de plus, la bienfaisante stimulation a-t-elle le pouvoir de raccorder la continuité des neurones psycho-moteurs...

Dans d'autres cas, l'hétéro-suggestion, par la voie, plus simple, de l'*imitation* et de l'émulation, paraît pouvoir rendre les mêmes services : durant la guerre, G. Dumas se contentait de désigner au paralytique, son camarade de lit, impotent la veille et devenu subitement ingambe, et le sujet, à cet exemple, récupérait instantanément l'usage de son membre.

L'Hystérie, il ne faut pas l'oublier, est le terrain par excellence où fleurit la « *contagion mentale* », — cette dernière n'ayant de signification, faut-il le rappeler ? que chez le malade qui a perdu son contrôle.

Ces méthodes brusquées, qui résument l'essentiel de la thérapeutique, ne doivent pas faire oublier des préceptes, plus généraux, applicables à tous les cas d'Hystérie :

Isolement absolu et temporaire, souvent rendu nécessaire ; examens courts et répétés, s'efforçant de dépister les complexes affectifs, qui sont à l'origine de la névrose (*psychanalyse*) ; se garder néanmoins d'amplifier l'importance que le malade attribue à ses troubles, en un mot de « cultiver » son mal en lui *suggérant des détails*, dont il puisse enrichir son tableau clinique.

Consulter : Babinski et Froment : Hystérie-Pithiatisme et Troubles nerveux d'origine réflexe (Masson, 1917). Claude : La Psychiâtrie qui guérit (*Monde Médical*, 1er Février 1925). Dumas : Psychologie de l'Hystérie (*Traité de Psychologie*, Alcan, 1924). Dupré et Logre : Les Délires d'imagination (*L'Encéphale*, 1911). Hesnard : La relativité de la conscience de soi (Alcan, 1924). Janet : Les Névroses (Flammarion, 1909). Roussy et Lhermitte : Psychonévroses de guerre (Masson, 1917).

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MÉDECINE

Sur la gangrène pulmonaire. — M. Vincent. — L'association fuso-spirochétique est connue depuis longtemps dans la bronchite hémorragique de Castellani. Il n'y a aucune différence entre les spirochètes de cette bronchite hémorragique et ceux de l'angine de Vincent, dont la découverte a précédé celle de Castellani.

La réorganisation du service de santé militaire. — M. Tuffier. — Le nombre de médecins militaires à grade supérieur, pourrait être diminué vu la réduction de durée du service militaire; il faudrait en plus une entente plus complète et plus suivie entre les médecins de l'armée active et les médecins de complément.

Le mémoire de M. Tuffier est renvoyé à l'étude d'une Commission.

La tuberculose pulmonaire expérimentale. — Aucune des méthodes classiques de transmission de la tuberculose n'a permis, jusqu'ici, de réaliser systématiquement, chez l'animal, des lésions pulmonaires identiques à celles qui caractérisent la tuberculose humaine. MM. G. Petit, L. Panisset, et P. Kfouri, opérant à l'Ecole d'Alfort, sur des grands et petits animaux, y sont parvenus en portant le bacille tuberculeux directement dans le poumon.

Ce résultat n'est pas sans importance pour l'orientation des recherches sur l'évolution et le traitement de la tuberculose.

Recherches sur le virus tuberculeux filtrant et son passage à travers le placenta (tuberculisation intra-utérine). — MM. F. Arloing et A. Dufour montrent que la tuberculisation intra-utérine s'opère à travers le placenta qui ne constitue pas un obstacle infranchissable.

M. Sergent. — Le placenta d'une femme tuberculeuse, en apparence sain, a été broyé au mortier stérilisé et réduit en pulpes. L'inoculation de un cent. cube dans la paroi abdominale, à un cobaye, a produit un abcès contenant de nombreux bacilles.

La cancérisation. — M. Bounhiol.

Iritis syphilitique aigu à forme hémorragique. — M. Valude.

16 février.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A propos du traitement de la symphyse du péricarde par la thoracectomie péricardiaque. — M. Leriche (de Strasbourg) rappelle son travail de 1909, avec Cotte, sur le traitement chirurgical de la symphyse du péricarde; il étudie les indications et la technique de l'intervention et conclut de son expérience personnelle que les résultats sont toujours aléatoires. On ne peut guère prévoir ce que l'on obtiendra dans un cas donné : c'est ainsi que Leriche compte un excellent résultat éloigné chez un malade opéré en médiocre état, avec gros foie, ascite, albuminurie; par contre, un autre de ses opérés, chez qui le résultat immédiat avait été excellent, mourut subitement au cours d'un dîner qui lui était offert pour fêter sa guérison.

Péritonite enkystée après rupture de l'utérus au cours de l'accouchement. Laparotomie tardive. Guérison. — M. P. Mocquot relate cette observation de M. Tasso Astériadès (de Salonique), concernant une femme de 28 ans qui, accouchant pour la troisième fois, ressentit à la fin du travail une douleur atroce, avec sueurs profuses, nausées et vomissements. Au cours de la délivrance, hémorragie abondante, arrêtée par un tamponnement serré de l'utérus. Le deuxième jour, fièvre et frissons; injection intra-utérine, au cours de laquelle on remarque que le liquide ne ressort pas entièrement. Les jours suivants, persistance de la fièvre, avec augmentation de volume du ventre et altération de l'état général. Laparotomie : ouverture d'une énorme collection purulente et constatation, sur la face postérieure de l'utérus, d'une perforation admettant la pulpe du petit doigt. Drainage à la Mickulicz. Guérison.

Appendicite aiguë avec pouls ralenti et inversion totale des organes. — M. Sauvé relate cette observation de M. Courboulès. L'opéré, étudiant en médecine, savait qu'il présentait une inversion viscérale totale, vérifiée par la radioscopie; il fut opéré sur la simple constatation des signes locaux, malgré que le pouls ne dépassât pas 46, la température 37°6, et l'intervention permit d'enlever un appendice énorme, turgescent, portant près de sa base une plaque de sphacèle.

Sur un sérum antitoxique purifié. — M. Louis Martin (de l'Institut Pasteur), dans une remarquable communication, montre qu'on peut obtenir un sérum purifié ne contenant plus ni sérine ni globuline, et éviter ainsi, dans la plus large mesure, les accidents sériques et anaphylactiques.

La *vaccination* antitétanique semble devoir être réalisable, comme l'ont montré les belles recherches de Ramon et Zœller.

Le drainage duodénal transvatérien par tube perdu, dans la cholédocotomie. — M. A. Zawadzki (de Varsovie) communique une intéressante étude personnelle sur cette lésion.

Occlusion duodéno-pylorique. Dilatation gastrique monstrueuse. Mort en sept heures. — M. Ans. Schwartz communique cette observation personnelle.

Néoplasme du transverse moyen. Extirpation en un temps et en bloc du néoplasme et de la grande courbure adhérente. — M. Brisset (de St-Lô) communique cette observation personnelle.

(*3 février*). J. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 février 1926.

Ostéopathies multiples et polymorphes chez un tabétique pseudo-acromégalique. - MM P. Harvier, J. Rachet et Jean Blum présentent un tabétique pseudo acromégalique, atteint, d'une part, de lésions banales de rhumatismes ostéophytiques au niveau de la colonne lombaire et des épiphyses supérieures radiales et cubitales, et, d'autre part, de lésions polymorphes, de syphilis osseuse, prédominantes au niveau des mains et des pieds. Ces dernières réalisent toute la gamme des lésions osseuses de la syphilis tertiaire : périostoses, végétations apophysaires, spina ventosa syphilitique et ont une évolution progressive. A ce propos, les auteurs contestent la légitimité des observations de tabes avec acromégalie, publiées dans la littérature.

Syphilis nerveuse familiale (tabes chez le père et la mère, signe d'Argyll Robertson chez leur enfant âgé de 4 ans). — MM. Georges Guillain, Périsson et Thévenard présentent trois malades, le père, la mère et leur enfant qui offrent un exemple de syphilis nerveuse familiale : tabes typique chez le père et la mère, mydriase bilatérale avec signe d'Argyll Robertson et réaction de Wassermann positive chez leur enfant âgé de 4 ans.

Les cas de paralysie générale juvénile héréditaire, de tabes juvénile héréditaire, quoique rares, existent dans la littérature médicale, mais les observations où l'on constate à la fois le tabes chez le père et la mère, un signe d'Argyll Robertson bilatéral avec réaction de Wassermann positive chez leur enfant sont exceptionnelles.

Cette observation apporte un document sur cette question de la syphilis à virus neurotrope étudiée cliniquement et expérimentalement. Il ne paraît pas irrationnel de supposer que certains tréponèmes peuvent avoir une virulence spéciale, un organotropisme différent. Nombre d autres parasites tels que le bacille tuberculeux, les bacilles typhiques et paratyphiques, les bacilles dysentériques présentent, dans leur unité de classification, des diversités réactionnelles.

En restant dans le domaine de la clinique neurologique, il paraît évident, et cette constatation a été faite depuis longtemps par Fournier, Pierre Marie, Nonne, Erb, Mott, que certains virus syphilitiques ne déterminant que peu ou pas de lésions cutanées ou viscérales, ont un pouvoir pathogène spécial pour le névraxe, sans qu'on puisse, pour expliquer ce fait, invoquer seulement une question de terrain ou de milieu et encore moins une question de coïncidence fortuite.

M. Hudelo. — On a pu proposer de ne traiter la syphilis qu'après les lésions cutanées pour éviter les complications nerveuses.

M. Léri a observé des cas de tabes juvénile dans des faits où la syphilis des antécédents était certaine.

M. Dufour se demande si la syphilis neurotrope n'est pas souvent artériotrope.

M. Guillain. — Il ne s'agit pas de syphilis différente, mais de caractères cliniques différents. Les syphilis à peu de manifestations cutanées sont fréquemment à localisation nerveuse.

M. Maurice Renaud. — Dans certains cas, la syphilis neurotrope peut se développer dans des collatéraux.

M. Sézary ne pense pas que des faits comme ceux du Pr Guillain prouvent qu'il existe une syphilis neurotrope. Il se peut qu'il s'agisse de coïncidence. On peut observer chez le père et la mère une neuro-syphilis et une syphilis héréditaire de l'enfant dermotrope.

M. Queyrat pense qu'il existe des syphilis neurotropes.

M. Pagniez a observé une lésion ancienne tertiaire qui après le traitement spécifique se compliqua d'une paralysie syphilitique.

M. Netter. — Certaines syphilis, de même source, sont nettement neurotropes.

M. Pinard. — Les syphilis peuvent être neurotropes après des traitements insuffisants.

M. Guillain rapporte plusieurs observations de complications nerveuses de syphilis contractées à la même source. Il y a prédisposition de certains virus pour le système nerveux, mais ces virus peuvent être aussi dermotropes.

M. Jeanselme. — La syphilis nerveuse conjugale est très rare. Il en a observé quatre cas. Les virus dermotropes peuvent se transformer en virus neurotropes.

Luxations métacarpo-phalangiennes généralisées des deux mains, avec nodosités para-articulaires au cours d'un rhumatisme chronique. — MM. C. Crouzon et J. Christophe présentent une malade atteinte de rhumatisme chronique dont l'évolution a abouti à des

déformations des mains, remarquables surtout par des luxations généralisées des articulations métacarpo-phalangiennes, avec laxité articulaire très marquée à leur niveau.

A côté des déformations classiques du type en flexion ou en extension décrites dans le rhumatisme chronique, avec lésions ankylosantes, on peut observer des subluxations ou des luxations, mais leur importance, dans le cas présenté par les auteurs, aboutit à une variété de déformations exceptionnellement rencontrée.

Action d'un sérum cyto-toxique sur le cancer thyroïdien. — M. E. Coulaud présente plusieurs malades atteints de cancer du corps thyroïde, qu'il a traités avec un sérum anti-thyroïdien. Sur 10 cas il y a eu 4 échecs, 3 améliorations nettes et 3 succès, dont deux se maintiennent depuis plus de deux ans. Les échecs semblent tenir à la forme histologique du cancer, les épithélioma atypiques n'étant pas influencés. bien entendu, par le sérum anti thyroïdien. Dans les cas favorables, on est obligé de reprendre, tous les quatre mois, une série d'injections de sérum pour éviter les récidives. Plusieurs des excellents résultats obtenus, l'ont été chez des malades traités antérieurement sans succès par la radiothérapie pénétrante.

M. Renaud repasse les observattons de cancer de corps thyroïde rapportées et en discute le diagnostic histologique.

M. Ménetrier pense qu'il s'agit de cancer typique du corps thyroïde.

Un cas de grande aphasie de Wernicke avec déficit particulièrement marquée de la représentation spatiale. — MM. Laignel-Lavastine et Valence.

Rapports de l'épreuve de Meltzer-Lyon et de la bile vésiculaire. — M. Fiessly (de Lausanne).

CORRESPONDANCE

A propos du « procédé des deux pouces » dans la palpation du foie.

Dans le récent ouvrage de Parturier sur la Séméiologie biliaire, figure, à côté du procédé du pouce de Glénard, le *procédé des deux pouces*, qui est attribué à Lejars (*Presse Médicale*, 25 avril 1914) et que Martinet a reproduit, de son côté, comme tel, dans la première édition de son *Diagnostic clinique*.

Or, ce procédé a été décrit par moi, sous ce nom, dans ce journal (29 mai 1909) et, quelques mois plus tard dans mon *Exploration et séméiotique du foie et du pancréas* 1910 (chez Rousset, p. 25).

C'est vainement que j'avais écrit, vers 1921, à Martinet, pour que, dans la seconde édition de son traité, le procédé des deux pouces fût rapporté à son auteur ; cette seconde édition est restée muette à ce sujet.

Puisque c'est votre journal qui a bien voulu l'accueillir, j'espère, Monsieur le Rédacteur en chef et cher confrère, être plus heureux en m'adressant à votre amabilité et à votre courtoisie.

Dr L. Pron (d'Alger).

BIBLIOGRAPHIE

Etude clinique et thérapeutique de l'otorrhée tuberculeuse, par le Dr E. Feldstein, *ancien interne des Hôpitaux de Paris, assistant de consultation O. R. L., à l'Hôpital Saint-Antoine.* — Une brochure 17 pages.

Nos lecteurs connaissent la manière nette et brève du Dr E. Felstein.

Dans cette brochure, il indique le traitement de l'otorrhée tuberculeuse.

Localement, il conseille de ne pas cautériser les bourgeons qui se forment ; des bains d'acide chromique très étendu (1 p. 300) suffisent. L'opération radicale (évidement rétro-mastoïdien) risque souvent de manquer son but. En général et sauf complications mastoïdiennes, le traitement chirurgical expose à des déboires.

Voilà de sages conseils inspirés par une expérience très avertie.

L'Année Thérapeutique. 5e *Année*, 1924, par M. L. Cheinisse. — Un volume de 186 pages (Masson et Cie, éditeurs). Prix : 8 francs.

Cette Année thérapeutique est la dernière publication de notre regretté confrère. Les mêmes qualités coutumières la recommandent : concision, sens critique, impartialité, réserves quand il convient. M. L. Cheinisse a succombé à un écrasement sur un trottoir. Un taxi l'a tué stupidement. Espérons que cette *Année thérapeutique* trouvera pour les années suivantes un successeur digne de cet esprit averti et judicieux qu'était M. Cheinisse.

Traité de Réflexothérapie, par A. Leprince. — Maloine et Fils, éditeurs. — Un volume 193 pages.

Bien des assertions dans ce petit livre qui ont besoin d'être contrôlées. Nous y retrouvons mentionnée le traitement des anévrysmes par le tapotement de la septième cervicale. Des guérisons ont été signalées au Japon. A Paris, elles ne se produisent pas. De même, l'auteur prétend que les douleurs de l'ulcère duodénal sont calmées par la percussion de la dixième dorsale. On peut toujours essayer. Et c'est quelque chose : une méthode thérapeutique innocente.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Frassinger.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE MÉDICALE

Clinique médicale. — Hôpital Beaujon.

Abcès froids de la paroi thoracique à la suite de la thoracentèse.

Par le Pr Ch. Achard.

Vous avez vu, il y a quelque temps, au n° 3 de la salle Barth, un malade de 33 ans, entré le 2 octobre 1924 dans un état de cachexie prononcée. Il avait eu l'an dernier une pleurésie gauche, pour laquelle il avait été soigné dans un autre service où il avait subi, à six reprises et à une semaine d'intervalle, des ponctions qui évacuaient de 500 à 800 grammes de liquide jaunâtre. L'épanchement ne s'étant plus reproduit ensuite, il avait quitté l'hôpital, mais il avait maigri et perdu ses forces.

Quand nous l'avons observé, il avait une fièvre modérée, oscillant dans la même journée entre 38° et 39°, un teint pâle, un facies amaigri ; il n'expectorait que des crachats muqueux, peu abondants et sans bacilles de Koch. A gauche, on constatait de la matité thoracique et un affaiblissement du murmure vésiculaire ; à droite, quelques râles sous-crépitants à la base. Rien au cœur ni dans les urines.

C'était, en somme, l'histoire assez banale d'une pleurésie tuberculeuse, suivie à quelques mois de distance, d'une reprise de fièvre et probablement de tuberculose thoracique surtout pleurale, étant donné les signes physiques et l'absence d'expectoration purulente et bacillifère.

Mais ce qu'il y avait de particulier chez ce malade, c'est que du côté gauche de la poitrine en arrière, à l'endroit des ponctions, à deux travers de doigt au-dessous de l'omoplate, au niveau du 7e espace intercostal, on trouvait deux tumeurs mollasses, indolores, de consistance pâteuse, sans adhérence ni changement de couleur de la peau. Ces deux tumeurs, grosses comme une noix et une petite poire, juxtaposées, étaient irréductibles par la pression et ne communiquaient pas entre elles. D'après le dire du malade, elles étaient apparues lentement et progressivement, sans provoquer jamais aucune douleur, huit mois après les ponctions.

C'étaient bien là les caractères d'abcès froids. D'ailleurs, une ponction aspiratrice, faite quelques jours après, ramena un pus caséeux, dans lequel l'examen sur lame ne montra pas de bacille de Koch, résultat négatif habituel en pareil cas.

Les abcès froids de la paroi thoracique ont des origines multiples.

Je laisse de côté la variété d'abcès tuberculeux qu'on observe parfois chez les petits enfants, souvent en grand nombre et non seulement au thorax, et qui ont pour point de départ des gommes tuberculeuses sous-cutanées, disséminées en diverses régions. Lannelongue les a décrits et a montré leur nature tuberculeuse ; la marche en est plutôt subaiguë que chronique et, malgré l'apparence d'abcès chauds que présente parfois leur évolution, il peut ne s'y trouver aucune association microbienne de germes pyogènes (1). En pareil cas, la dissémination de ces foyers tuberculeux, en grand nombre et sur une grande étendue du corps, implique l'origine sanguine de l'infection tuberculeuse.

Le plus souvent les abcès tuberculeux de la paroi thoracique ont pour point de départ une lésion localisée, située au voisinage.

Cette lésion primitive peut siéger dans le squelette. Nous avons eu l'an dernier à la Clinique un Algérien atteint du mal de Pott qui portait un abcès froid à la partie postérieure du thorax du côté droit. Au premier abord nous avions songé à une pleurésie purulente, communiquant en bouton de chemise avec une collection pariétale, parce que la tuméfaction de la région était large et peu saillante. Mais l'examen radioscopique montra l'intégrité de la plèvre, et l'exploration méthodique du rachis fit reconnaître une douleur localisée aux aphophyses épineuses de trois vertèbres dorsales et une rigidité de toute cette partie du rachis dans les mouvements du tronc. On voit parfois dans le mal de Pott des abcès de la paroi thoracique nés de lésions de l'arc vertébral ; mais il est rare que l'abcès soit le premier signe qui révèle un mal de Pott.

La tuberculose des côtes et du sternum peut être aussi l'origine d'abcès froids du thorax.

Enfin, ce qui nous intéresse davantage pour le cas de notre malade, les abcès tuberculeux de la paroi thoracique peuvent naître d'une lésion pleurale. Leplat, en 1865, avait étudié déjà cette variété, dont Souligoux, en 1894, compléta la description. L'abcès peut se former par l'envahissement graduel des divers plans de la paroi à partir d'une lésion tuberculeuse, ulcéreuse et caséeuse, du feuillet pariétal de la séreuse. Dans d'autres cas, il se fait, au voisinage de la plèvre altérée, de petits foyers multiples de granulations tuberculeuses, qui, par extension et confluence,

(1) Lannelongue et Achard. Associations microbiennes et suppurations tuberculeuses. *C. R. de l'Acad. des Sciences*, 10 févr. 1896, t. 122, p. 285.

engendrent un abcès. Enfin, on peut voir des lymphangites et des adénites tuberculeuses, nées de la plèvre malade, devenir le lieu de développement d'un abcès de même nature. Dans ces deux dernières éventualités, c'est la voie lymphatique, selon toute vraisemblance, qui véhicule l'infection tuberculeuse de la séreuse au tissu conjonctif.

L'abcès froid de la paroi thoracique, d'origine pleurale, peut s'ouvrir spontanément au dehors. C'est ce qu'on appelle l'empyème de nécessité. Il se produit quand cet abcès est le résultat de la lésion ulcéreuse de la plèvre qui envahit de proche en proche tous les plans pariétaux, ou encore lorsqu'un abcès pariétal, d'abord indépendant, s'ouvre secondairement dans la plèvre, puis à la peau.

Dans les autres variétés d'abcès froid de la paroi, la collection des parties molles peut ne pas s'ouvrir dans la plèvre et ne pas communiquer avec elle, de sorte que, si elle s'ouvre au dehors, il y a bien une fistule sous-cutanée, mais point de fistule pleurale.

La fistule tuberculeuse de la paroi thoracique peut, d'ailleurs, se produire en faisant communiquer avec l'extérieur non seulement les lésions pleurales, mais aussi les lésions pulmonaires. J'ai publié avec Louis Ramond (1) le cas d'un cuirassier qui, en 1870, avait été blessé grièvement à la bataille de Gravelotte où une balle lui avait traversé la poitrine. Les plaies avaient été longues à guérir et le malade était resté deux ans en traitement dans les ambulances et les hôpitaux. Pourtant, il s'était bien rétabli et c'est seulement trente ans plus tard qu'il s'était mis à tousser et avait eu successivement deux hémoptysies. Quand il entra dans mon service, nous reconnûmes facilement la tuberculose pulmonaire ; mais nous vîmes se former sous nos yeux, sous l'angle de l'omoplate, au point de l'ancien orifice de sortie de la balle, une petite collection purulente qui devint fistuleuse et donnait issue à du pus semblable à celui des crachats, et pendant la toux, à des bulles d'air. Une hémoptysie foudroyante survint quelque temps après, avec rejet de sang par la bouche et par la fistule. A l'autopsie, nous avons pu constater que le poumon n'existait de ce côté qu'à l'état de vestiges, englobés dans une coque fibreuse, avec des cavernes au sommet et une cavité pleurale cloisonnée ; la fistule s'ouvrait dans une caverne pleurale, communiquant elle-même avec les cavernes pulmonaires.

Le plus ordinairement ces fistules pneumo-cutanées se produisent quand il y a soudure de la plèvre par des adhérences qui empêchant les lésions du parenchyme pulmonaire d'atteindre par propagation la plèvre. Chez cet homme, la plèvre n'était que partiellement soudée, et la fistule drainait à l'extérieur à la fois les cavernes pulmonaires et pleurales.

Le malade qui fait le sujet de cette leçon n'a pas de fistule. Les abcès froids, qui contiennent un pus caséeux très épais, ne communiquent pas avec la plèvre. Néanmoins, leur origine pleurale n'est pas douteuse, mais c'est à la faveur du traumatisme produit par la thoracentèse que l'infection pleurale a ensemencé la paroi.

J'ai le souvenir d'avoir vu quelquefois, chez des malades qui avaient été ponctionnés pour des pleurésies séro-fibrineuses, de petits nodules sous-cutanés, indurés, roulant sous le doigt, ayant assez bien les caractères cliniques de ce qu'on a décrit sous le nom de gommes tuberculeuses. Mais je n'ai point eu l'occasion de suivre ces malades et je ne sais si ces lésions ont évolué plus tard à la façon d'un abcès froid.

Toujours est-il que ces abcès froids de la paroi thoracique, développés après ponction et provoqués par cette ponction, sont connus. Il y a deux ans, MM. P. Carnot et Blamoutier (1) en ont rapporté quatre observations qu'il est intéressant de rapprocher de la nôtre.

Un homme de 41 ans, atteint de pleurésie séro-fibrineuse avait subi une ponction qui avait évacué 2 litres 1/2. L'épanchement s'étant reproduit trois mois après, un médecin de la ville avait évacué 500 cc. de liquide louche. Aussitôt après, un hématome volumineux, gros comme une tête de fœtus, s'était formé dans la région de la ponction : l'on en retira par aspiration du sang pur. Un mois plus tard, la collection sanguine persistait encore et la pleurésie était devenue purulente. Celle-ci fut ponctionnée progressivement et l'on en retira 10 litres en huit jours. Quant à la tumeur pariétale, elle devint aussi purulente. Incisée, elle se trouva constituée par une masse adipeuse englobant plusieurs abcès tuberculeux, sans communication avec la plèvre. On extirpa cette masse. Mais alors que la plaie était presque cicatrisée, une fistule pleurocutanée se forma.

Dans le second cas, une femme de 38 ans, atteinte de tuberculose depuis un an et demi, avait eu un épanchement pleurétique qu'un médecin de la ville ponctionna, évacuant un litre de liquide citrin louche ; mais comme le liquide coulait mal, il avait fallu faire trois ponctions voisines. Le sur-

(1) Ch. Achard et L. Ramond. Fistule pneumo-cutanée. *Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôpit. de Paris*, 3 mars 1905, p. 912.

(1) P. Carnot et Blamoutier. Abcès froids du thorax après thoracentèse pour pleurésie tuberculeuse. *Paris médic.*, 13 janv. 1923, p. 45.

lendemain, dans le triangle des ponctions, une tuméfaction s'était formée, qui resta stationnaire pendant trois mois, puis augmenta graduellement. Une ponction montra qu'il s'agissait d'un abcès froid sans communication avec la plèvre et qui se reproduisait lentement. On l'incisa largement, ce qui permit de constater l'intégrité des côtes, et l'on fit la pleurotomie.

Le troisième cas est celui d'un homme de 35 ans atteint depuis cinq mois d'une pleurésie purulente tuberculeuse qui avait d'abord été citrine et avait été ponctionnée avec le gros trocart de l'appareil Potain ; mais la ponction ne ramenant que peu de liquide on avait enfoncé le trocart dans la paroi six fois en quatre jours, pour ne retirer que 750 cc. de liquide. Au bout de quinze jours s'était formée une petite tumeur du volume d'une noisette qui prit ensuite celui d'une orange. On s'assura par ponction aspiratrice qu'elle renfermait du pus et communiquait avec la plèvre. Après échec des ponctions suivies d'injections modificatrices, on en fit l'incision et le drainage.

Enfin dans le dernier cas, un malade, ponctionné pour une pleurésie purulente tuberculeuse, avait reçu aussitôt après, sous la peau de l'hémithorax opposé, une injection de son propre liquide pleural, suivant la méthode dite de l'auto-sérothérapie, imaginée par Gilbert (de Genève). Or, trois mois après, on trouvait dans la région ainsi inoculée, une collection rénitente et, de plus, une autre collection au point de la ponction évacuatrice.

Ces quatre observations mettent en lumière le rôle de la ponction et l'ensemencement de la paroi à la faveur de ce traumatisme, soit que l'aiguille ou le trocart ramènent dans le trajet du liquide virulent, soit même que, une fois l'instrument retiré, du liquide pleural pénètre dans ce trajet à l'occasion des efforts de toux, par exemple. Les 2e et 3e cas font voir l'action des ponctions multiples de la même région, quand on a dû se reprendre à plusieurs fois pour obtenir l'évacuation d'une certaine quantité de liquide. Dans le 1er, un hématome, produit sans doute par la blessure des vaisseaux intercostaux, a précédé l'abcès et vraisemblablement servi de milieu propice au développement du bacille tuberculeux.

Vous savez que l'abcès froid tuberculeux résulte de la formation, dans le tissu conjonctif, de tubercules. Ceux-ci sont constitués par des follicules tuberculeux qui se réunissent par confluence et, quand ils ont acquis un certain volume, sa ramollissent, ce qui engendre le pus. Ce développement se fait, en somme, comme dans le poumon et la cavité de l'abcès correspond à la caverne du poumon. Le tubercule, en se développant, est le siège d'une dégénérescence particulière qui est la caséification ; puis les masses caséeuses subissent la liquéfaction : c'est alors l'abcès froid. Mais la suppuration n'a pas les mêmes caractères, dans les abcès froids, que dans les abcès chauds. Les anciens avaient depuis longtemps remarqué que le pus des abcès froids est grumeleux, mal lié, comme ils disaient, et non homogène comme celui de l'abcès chaud. On a trouvé plus récemment d'autres différences. Le pus froid contient une quantité appréciable de nucléo-albumines et une proportion d'albumine vrai qui varie de 25 à 40 grammes °/oo ; le pus chaud, peu d'albumine vraie, avec de la mucine soluble et une substance mucoïde. Dans le premier, l'examen microscopique ne montre que des cellules en dégénérescence granuleuse sans leucocytes vivants ; dans le second, des polynucléaires généralement peu altérés et en partie vivants. Aussi, dans le premier, n'y a-t-il pas de ferment protéolytique et ne trouve-t-on que des traces d'albumoses, tandis que le second renferme du ferment protéolytique et des albumoses (1).

Suivant la conception généralement admise, les tubercules de l'abcès froid se développent graduellement en s'étendant de proche en proche dans le tissu conjonctif qui leur offre le moins de résistance. Dans les abcès dits par congestion du mal de Pott, dans les abcès froids ossifluents en général, ils s'étendent vers les parties déclives, la pesanteur contribuant à faciliter l'extension des lésions, parce que le pus, par ses bacilles et ses produits nuisibles, agit davantage, de ce fait, sur les tissus voisins de son point déclive.

A la périphérie de la masse tuberculeuse, caséeuse ou purulente, se trouve une zone de défense ou mieux de réaction, où le tissu conjonctif prolifère et s'organise. Cette zone constitue ce que les anciens auteurs appelaient la membrane pyogénique, croyant qu'elle sécrétait le pus. C'est dans la paroi de cette sorte de poche qu'on trouve surtout le bacille de Koch, car le pus, formé de cellules désagrégées nageant dans un liquide séreux, n'en contient que fort peu. Aussi est-il difficile d'en trouver par l'examen microscopique de ce pus.

On ne sait d'une façon très précise comment le bacille tuberculeux est apporté dans le tissu conjonctif pour y donner naissance aux tubercules générateurs d'abcès froids. Quand il s'agit de la propagation d'une lésion osseuse ou ganglionnaire, la question est simple. Mais, quand il s'agit d'abcès froid primitif, il y a lieu de penser que le bacille

(1) A. Demolon. De la constitution histo-chimique du pus. *Presse médic.*, 29 août 1918, p. 443.

arrive au tissu conjonctif par voie sanguine. Un auteur polonais, J. DE ZIEMACKI (1) soutient que l'abcès froid dérive d'une sorte d'anévrisme lymphatique. La lymphe se coagule dans les lymphatiques altérés ; la stase lymphatique qui en résulte en amont les dilate ; ils se rompent et l'épanchement de lymphe virulente engendre l'abcès tuberculeux.

En ce qui concerne les abcès froids consécutifs aux ponctions pleurales, il est manifeste que c'est le liquide pleurétique inoculé dans le tissu conjonctif, directement, par l'instrument, qui les provoque. Ce liquide est bacillifère ; toutefois il l'est généralement peu. La pleurésie tuberculeuse en apparence primitive est, en effet, constituée anatomiquement par une prolifération de la séreuse, par une néo-membrane qui contient des tubercules avec des cellules géantes ; mais cette néo-membrane est doublée d'une fausse membrane fibrineuse qui masque la lésion tuberculeuse et c'est pourquoi la nature tuberculeuse de ces pleurésies est restée si longtemps méconnue jusqu'à la démonstration anatomo-pathologique faite par KELSCH et VAILLARD (1) en 1886. Cette exsudation fibrineuse forme une couche protectrice qui prévient la dissémination des lésions sur toute la surface pleurale et fait que le liquide exsudé renferme peu de bacilles. De fait, il n'est pas toujours facile de mettre en évidence le bacille de Koch dans ce liquide. L'examen direct du liquide ou du caillot broyé et centrifugé reste le plus souvent négatif, même avec les méthodes d'homogénéisarion actuellement usitées pour l'examen des crachats. Les cultures ne donnent souvent rien, encore que VELTEN (3) prétende en avoir obtenu souvent avec un milieu très favorable. C'est surtout par l'inoculation au cobaye que la virulence du liquide peut être démontrée depuis les recherches de CHAUFFARD et GOMBAULT (4) ; encore en faut-il injecter de grandes quantités.

C'est sans doute en raison de cette pauvreté habituelle du liquide pleurétique en bacilles que ces inoculations de la paroi thoracique à la suite de la thoracentèse restent exceptionnelles.

Mais quand elles se produisent, il faut bien admettre que le liquide était bacillifère et l'on conçoit qu'une grande quantité de liquide infiltrée dans la paroi par un gros trocart ou par des ponctions multiples et voisines soient invoquées comme des conditions efficaces pour déterminer ce genre d'accidents.

Dans notre cas, nous avons eu la vérification anatomique de la lésion. Bien que la température se fût abaissée, s'élevant rarement au-dessus de 38° et même tombant entre 36° et 37°5 dans les derniers temps, le malade s'était cachectisé de plus en plus ; il s'alimentait mal et avait souvent des vomissements et de la diarrhée. Il succomba le 21 novembre.

A l'autopsie, nous avons trouvé dans l'abdomen une péritonite tuberculeuse, avec des granulations disséminées et un épaississement notable de la séreuse. De plus, la cavité était remplie de sang noirâtre, sans qu'il fût possible de trouver le point de départ de l'hémorragie. Le foie était un peu gras, les capsules surrénales ne paraissaient pas altérées.

Le poumon droit était seulement congestionné à la base. Le gauche, petit, rétracté, avait l'aspect glacé ; il était tapissé d'une plèvre épaisse ; son tissu était atélectasié, carnisé, sans lésions tuberculeuses. Le décollement de ce poumon avait été très difficile à cause des adhérences de sa partie inférieure qui renfermaient une sorte de magma fibrino-purulent.

Quant aux abcès froids de la paroi, ils étaient bien extra-pleuraux et sans aucune communication avec la séreuse. Isolés l'un de l'autre, ils étaient entourés d'une sorte de capsule et ne tenaient nullement au squelette.

Quelques déductions peuvent être tirées de ces faits pour la pratique des ponctions pleurales.

Il est bon de faire les ponctions exploratrices avec de fines aiguilles et d'éviter aussi, dans les ponctions évacuatrices, les grosses aiguilles et les gros trocarts, afin que l'instrument ramène le moins possible de produits virulents et que son trajet se referme le plus vite et le plus complètement possible. Il est vrai que la ponction exploratrice, faite surtout avec une très fine aiguille, ne permet pas toujours de retirer du liquide, surtout si celui-ci est purulent et grumeleux. Mais souvent, même quand on ne peut aspirer du liquide dans la seringue, on peut trouver dans le calibre de l'aiguille une gouttelette de liquide ou un grumeau purulent qui peut être chassé sur une lame de verre et examiné au microscope.

On doit éviter encore de faire dans la même séance plusieurs ponctions rapprochées si l'on n'aspire pas ou si l'on ne trouve pas assez de liquide.

Quand on est obligé, pour obtenir du pus, d'em-

(1) J. DE ZIEMACKI. Pathogénie des abcès congestifs tuberculeux. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 17 avril 1923, p. 446.

(2) KELSCH et VAILLARD. Recherches sur les lésions anatomo-pathologiques et la nature de la pleurésie. *Arch. de physiol.*, 1886.

(3) VELTEN. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1893.

(4) CHAUFFARD et GOMBAULT. Etude sur la virulence tuberculeuse de certains épanchements de la plèvre et du péritoine. *Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôpit.*, 9 avril 1886.

ployer un trocart un peu gros, il est bon que la ponction ne reste pas seulement exploratrice, mais qu'elle soit évacuatrice, afin de diminuer les chances de pénétration secondaire du contenu pleural sous pression dans le trajet de l'instrument.

On peut, d'autre part, stériliser l'aiguille ou le trocart avant de le retirer de la plèvre, en introduisant dans son calibre, au moyen de la seringue, une goutte d'antiseptique, tel que la teinture d'iode ou la liqueur de Labarraque, indiquées par CARNOT et BLAMOUTIER, ou encore d'huile goménolée, quelquefois injectée dans la plèvre atteinte d'épanchement purulent ou non.

Je vous ferai remarquer à ce sujet que j'ai coutume, en ponctionnant les pleurésies d'injecter à plusieurs reprises de l'air dans la cavité pleurale. Sans développer ici les avantages que je crois attachés à cette pratique, en ce qui concerne le soulagement des troubles fonctionnels par l'évacuation copieuse du liquide sans danger d'accidents de décompression, et en ce qui concerne aussi la prévention des adhérences pleurales consécutives, cette insufflation me paraît aussi diminuer les risques de l'inoculation de la paroi thoracique par l'aiguille, car le refoulement d'air dans la plèvre avant de retirer l'instrument débarrasse sa lumière des produits virulents, et l'instrument, étant dirigé en haut pour cette insufflation, ne plonge plus dans ce qui peut rester de liquide à la partie déclive quand on le retire de la plèvre.

Enfin, les faits que je viens de vous rapporter vous montrent suffisamment, je pense, les inconvénients de la méthode de traitement des pleurésies qui porte le nom d'auto-sérothérapie.

C'est GILBERT (de Genève) qui, en 1894, proposa d'injecter aux malades atteints de pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse 2 à 5 cc. de leur propre liquide pleural tous les jours ou tous les deux jours, prétendant hâter la résorption du liquide et la guérison de la maladie (1).

Cette régression se produisait, d'après ses observations, après une réaction fébrile. Il eut de nombreux imitateurs, tant le procédé parut simple et tant les explications hypothétiques étaient séduisantes. On pensa d'abord, en effet, qu'il s'agissait d'une médication spécifique, parce que DEBOVE, Jules RENAULT et RÉMOND (2) avaient reconnu, en 1891, que le liquide pleurétique renferme de la tuberculine et provoque, chez le malade atteint de lupus, la même réaction que cette substance. Mais, cette opinion dut être abandonnée quand le succès de la méthode, dépassant la thérapeutique de la pleurésie tuberculeuse, fut proclamé général pour tous les épanchements pathologiques. On traita, en effet, des malades par l'injection de leurs propres sérosités, dans des cas d'ascite (1), d'hydrocèle, d'hydarthrose et l'on fit aussi des injections semblables avec le liquide céphalo-rachidien.

Aucune explication valable n'a, d'ailleurs, été fournie. La formation d'anticorps provoquée par les produits du bacille tuberculeux ou des autres microbes ne s'accorde pas, comme je viens de vous le dire, avec le caractère général attribué à la méthode. Les propriétés chimiotactiques du liquide injecté en si petites quantités paraissent bien peu de chose, alors qu'il reste dans la séreuse une masse bien plus importante de ce liquide.

Quant à l'action diurétique de ces injections sous-cutanées minimes, invoquée par V. AUDIBERT, elles sont bien problématiques et c'est plutôt parce que le liquide se résorbe que la diurèse se produit, d'après ce que nous apprend l'étude des crises urinaires dans les maladies aiguës.

On s'est encore demandé si l'injection sous-cutanée de sérosité n'agissait pas en provoquant des phénomènes de choc. J'ai, en effet, observé avec TOURAINE (2) des accidents très semblables au choc anaphylactique en introduisant dans les veines d'un malade atteint d'ascite son propre liquide, en injection seconde. Il se peut qu'on produise aussi un choc, sans anaphylaxie vraie, en injection première. Mais quelque vertu curatrice que l'on puisse prêter à de pareils chocs pour la résorption des épanchements, il conviendrait, en tout cas, de ne les point provoquer avec des liquides virulents, alors qu'on n'a que l'embarras du choix pour en employer d'autres.

La quatrième observation de CARNOT et BLAMOUTIER vous montre que l'injection du liquide pleurétique sous la peau peut engendrer un abcès froid et l'on connaît aussi un cas d'OPPENHEIM et CRÉPIN dans lequel, un nodule s'étant formé au point d'injection, l'examen microscopique fit reconnaître sa nature tuberculeuse.

(1) GILBERT. *Atti delle XI Congresso internaz. di med. di Roma*, 1894. ; *Rev. médic. de la Suisse romande*, janv. 1910.

(2) DEBOVE, J. RENAULT et RÉMOND. *Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôpit. de Paris*, 24 juill. 1891.

(1) V. AUDIBERT. L'auto-sérothérapie de l'ascite. Réun. biolog. de Marseille, 16 nov. 1909. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. 67, p. 610. — La plasmothérapie des épanchements pleuraux. *Journ. méd. français*, 15 nov. 1910, p. 485.

(2) Ch. ACHARD et A. TOURAINE. Accidents anaphylactiques dans l'auto-sérothérapie ascitique. *XIIIe Congr. franç. de méd.*, Paris, 13-20 oct. 1912, vol. II, p. 49.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

Les bases du régime des insuffisances pancréatiques.

(D'après les travaux modernes).

Par M. le Dr André JAMIN.

De toutes les glandes annexes du tube digestif il en est une dont le fonctionnement est particulièrement difficile à étudier, c'est le pancréas. Par sa situation, sa palpation est impossible ; on en était réduit, pour apprécier sa valeur fonctionnelle, à des moyens peu pratiques et peu précis ; il en résultait que les dyspepsies pancréatiques étaient peu connues et leur traitement presqu'uniquement empirique. Des travaux récents de MM. CHIRAY, LEBON et GOZLAN (1) vont nous ouvrir un champ nouveau aussi bien dans le domaine pathologique que dans le domaine thérapeutique.

Nous nous proposons, dans cet article, après avoir rappelé quels sont les différents ferments pancréatiques, d'étudier les symptômes cliniques des dyspepsies du pancréas ; puis, nous verrons les méthodes d'exploration de cet organe, enfin le traitement de ces dyspepsies, basé sur ces données nouvelles.

Passons rapidement en revue les différents ferments pancréatiques, n'ayant en vue que la fonction exocrine. Ils sont au nombre de trois :

1° L'amylase, hydrolisant les amylacés et les sucres, c'est-à-dire transformant l'amidon et le glycogène en dextrine et maltose ;

2° La lipase, dédoublant les graisses en acides gras et glycérine ; puis ces acides gras agissant sur les carbonates alcalins du suc pancréatique et intestinal, se transformant en savons : en outre, le suc pancréatique émulsionne les graisses ;

3° Enfin la trypsine, ferment protéolytique, faisant la digestion des albuminoïdes, en formant des protéoses, des peptones et des acides aminés ; en outre, les nucléo-protéides sont transformés en substances protéiques et acides nucléiques.

Mais ces diverses fonctions n'agissent pas seules. Tout d'abord les aliments arrivant au niveau du duodénum ont déjà subi l'action de la salive et du suc gastrique ; en outre, l'action de la bile est très importante dans la digestion des graisses ; la trypsine elle-même ne peut agir qu'en présence d'une entérokinase. Toutes ces actions masquent une insuffisance pancréatique ; on a pu observer des destructions presque complètes du pancréas sans noter de troubles digestifs importants, et on en arrive à la question des suppléances.

La trypsine n'agit pas seule, en effet, dans la digestion des protéines ; celles-ci sont transformées également par l'érepsine du grêle, les sels biliaires, les ferments leucocytaires ; de même pour l'amylase où, en son absence ou en cas d'insuffisance, on trouve la ptyaline salivaire, l'invertine intestinale, l'action amylolitique des bactéries de l'intestin grêle et du cœcum. Seul le pouvoir lipasique ne peut être suppléé. La bile n'a qu'un rôle d'activation du pouvoir lipasique et on peut considérer comme insignifiant celui de la lipase gastrique et de la lipase intestinale.

L'exploration fonctionnelle du pancréas est rendue, nous l'avons vu fort difficile, par la situation même de la glande. Or, est-il possible d'isoler cliniquement un syndrome de dyspepsie pancréatique ? On a affaire à une symptomatologie peu bruyante avec douleurs péri-ombilicales à gauche, sur le pancréas et irradiant dans les lombes, quelques nausées et régurgitations sans vomissements vrais ; l'amaigrissement et l'affaiblissement des malades sont surtout marqués ; enfin ils présentent des alternatives de constipation et de diarrhée avec stéarrhée par insuffisance de digestion des graisses. La clinique est insuffisante, et on est obligé d'étudier les ferments eux-mêmes ; quels sont donc les moyens dont nous disposons pour l'étude de ces ferments ? Bien entendu, nous voulons parler des moyens qui sont à notre disposition chez les individus normaux et non dans les circonstances exceptionnelles comme ce fut le cas, par exemple, pour MM. VILLARET et Justin BESANÇON (1) qui ont pu étudier le liquide pancréatique chez un sujet porteur d'une fistule post-opératoire et qui déversait directement le suc sans interposition d'un lambeau duodénal.

Laissant de côté les réactions telles que la détermination des sulfo-conjugués dans l'urine ou celle de Cammidge, peu sûres et trop compliquées on en est arrivé aux épreuves de digestion.

Méthode de Schmidt sur la digestion des noyaux des fibres musculaires par le suc pancréatique. Réaction des selles au sérum (MULLER et SCHLECHT) pour rechercher la trypsine dans les selles.

Relativement à la mesure de l'activité pancréatique par la recherche de l'amylase dans les fécès, trois méthodes principales doivent être retenues :

(1) CHIRAY, LEBON et GOZLAN. *Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 10 décembre 1925 et 24 décembre 1925.

(1) VILLARET et Justin BESANÇON. *Arch. des mal. de l'app. digestif*, oct. 1925.

1° Celle de WOHLGEMUTH (1) permettant de connaître l'activité pancréatique ;

2° Celle de MM. ENRIQUEZ, AMBARD et BINET (2), mise en œuvre par Gaston DURAND (3), qui est basée sur le dosage du sucre formée au contact d'amidon et de fécès en un temps donné et permet de mesurer cette activité ;

3° Celle de MM. GOIFFON et TALLARICO (4) qui calcule le temps nécessaire à la disparition de l'amidon et est à la fois beaucoup plus rapide que la précédente.

Mais malgré tout, la coprologie ne donnait que des résultats très incomplets par suite de ces suppléances dont nous avons parlé. C'est ainsi que dans les expériences pratiquées sur les animaux, la suppression fonctionnelle du pancréas n'entraînait pas les désordres auxquels on aurait pu s'attendre : les amylacés étaient assez bien utilisés, les albuminoïdes digérés en grande partie ; seul le déficit des graisses était important puisqu'on retrouvait dans les selles 50 à 80 % de celles-ci.

On considérait donc comme dyspeptiques pancréatiques les malades atteints de stearrhée; mais en dehors de ces cas, il était exceptionnel de poser un diagnostic d'insuffisance pancréatique.

L'apparition du tubage duodénal a permis d'éclaircir dans une large mesure, l'exploration fonctionnelle du pancréas ; en allant rechercher directement au niveau de l'ampoule de Vater le suc pancréatique, en dosant son activité, on devait pouvoir étudier cette partie encore si mal connue de la pathologie digestive. Mais là intervenait la question de la bile, qui, on le sait, débouche dans le duodénum par un orifice commun avec le canal pancréatique ; une excitation produite pour provoquer la sécrétion donnait un mélange impropre à une étude exacte. Nombre d'auteurs ont étudié les différentes substances qui pourraient permettre d'obtenir à l'état à peu près sûr, le suc pancréatique.

Dans une série de communications à la Société Médicale des Hôpitaux, MM. CHIRAY, LEBON et GOZLAN apportent des résultats fort intéressants. Ils ont pris successivement un certain nombre de produits, les ont injectés dans la sonde d'Einhorn, puis ont recueilli le liquide obtenu, dosant ensuite son activité digestive.

Ils ont employé l'acide chlorhydrique, le sulfate de magnésie, les peptones, les graisses ; toutes ces substances provoquaient quelquefois une abondante sécrétion de suc pancréatique, mais en même temps une chasse biliaire, donc un liquide impropre à l'analyse ; d'autres fois, seulement un abondant écoulement de bile.

Ils ont expérimenté la méthode de Katsch, c'est-à-dire injection dans le tube de 4 cc. d'éther ; en dehors de l'inconvénient signalé par Marcel LABBÉ d'une congestion intense produisant parfois de petites hémorragies, il n'y a pas d'augmentation nette du pouvoir enzymatique, même lorsqu'on a eu soin, avant d'injecter l'éther, de pratiquer l'épreuve de Meltzer-Lyon pour vider la vésicule ; ce n'est donc pas la méthode idéale pour l'exploration fonctionnelle du pancréas.

Ces auteurs ont eu alors l'idée d'utiliser le lait ; en injectant chez le malade à jeun 60 cc. de lait, très lentement, ils ont constaté une augmentation considérable de l'activité du suc pancréatique. Cette augmentation est constante et n'est pas liée à une plus grande production de bile, car elle se maintient même lorsqu'on a fait précéder l'injection de lait d'une épreuve de Meltzer-Lyon, et dans tous les cas où cette plus grande production était constatée, la teneur en pigments biliaires était basse. On a donc bien là une substance provoquant une sécrétion intense de suc pancréatique et une excitation de la glande. Par cette méthode mise au point par M. CHIRAY et ses collaborateurs, on aura un moyen d'exploration, puisque, comme ils le pensent justement, un pancréas malade réagira moins qu'un pancréas sain.

Mais en dehors du procédé d'investigation, ces recherches présentent pour nous un grand intérêt au point de vue thérapeutique.

Et, en effet, pour lutter contre les dyspepsies dans lesquelles la fonction pancréatique pouvait être mise en jeu, nous ne disposions guère que de deux procédés : le régime et l'opothérapie.

Le régime consistait à supprimer de l'alimentation toutes les matières indigérées ; étant donnée la complexité des phénomènes, il arrivait fréquemment que cette suppression était progressive, le malade diminuant lui-même sa ration alimentaire, cessant à peu près complètement les viandes, les graisses, puis les hydrates de carbone ; ce qui paraissait logique au début devenait un véritable danger ; le malade s'affaiblissait, un amaigrissement très important survenait, favorisé par la dyspepsie initiale et aggravé par le traitement lui-même. De plus, ce mauvais état général ne favorisait pas une reprise des activités d'échange et du métabolisme. La suppression de toute substance digérée par le pancréas diminuait davantage

(1) WOHLGEMUTH. *Biochem. Zeitsch.* Bd 9, 1904. S. 1.
(2) ENRIQUEZ, AMBARD et BINET. *Sem. Méd.*, janvier 1909.
(3) Gaston DURAND. *Arch. mal. app. digestif*, février 1911.
(4) GOIFFON et TALLARICO. *Arch. mal. app. digestif*, janvier 1912.

encore le fonctionnement de la glande insuffisante en lui ajoutant d'autres insuffisances, gastrique et hépatique. Donc inutilité, voire même danger du régime employé seul.

Le traitement opothérapique parut supérieur. L'extrait de glande pancréatique devait subvenir au mauvais fonctionnement de l'organe. Mais là encore il n'y eut pas que des succès : d'abord difficulté de se procurer des extraits frais, seuls actifs. En outre, il est bien démontré que les extraits opothérapiques agissent moins en suppléant à la fonction déficiente, qu'en excitant, par leur présence même le fonctionnement de l'organe ; l'extrait thyroïdien par exemple, agit moins par lui-même qu'en excitant la fonction endocrinienne du corps thyroïde. Mais après la traversée gastrique, dans quel état arrive la poudre d'extrait pancréatique ? Il ne semble pas que la fonction pancréatique soit fortement excitée par le passage de la pancréatine ; les malades arrivent rapidement, après une période d'amélioration, à une accoutumance au médicament ; de là à la restriction alimentaire, si néfaste nous l'avons montré, il n'y a qu'un pas.

Or, nous avons maintenant dans le lait, un excitant incontestable de cette sécrétion pancréatique que nous recherchons. Cette action excito-sécrétrice du lait serait due pour Damade et Gailly aux graisses qu'il contient ; mais la caséine joue également un rôle, car MM. Chiray, Lebon et Gozlan, dans leurs expériences ont obtenu un suc pancréatique abondant avec du lait écrémé. Cette caséine persiste après le passage buccal et gastrique ; le principe de la méthode sera de faire absorber au malade du lait pour activer la sécrétion pancréatique.

L'idéal serait évidemment de faire passer ce lait par la sonde duodénale ; mais le tubage, s'il ne présente pas de difficultés particulières, demande un temps prolongé, la sonde ne pénétrant pas dans le duodénum avant un laps de temps de 1 h. 1/2 à 2 heures. Il est nécessaire que l'excitation pancréatique soit provoquée assez souvent dans la journée ; ce qui fait que le tubage ne sera pas possible dans la grande majorité des cas ; il faudra donc donner le lait par la bouche, mais en observant certaines précautions ; en outre, nous considérerons deux cas : les insuffisances graves et les insuffisances légères.

Dans les insuffisances graves, le malade devra être mis, au moins au début, au régime lacté absolu ; le lait aura donc là un double but : alimentaire et thérapeutique. La dose sera par vingt-quatre heures de 1 litre à 1 l. 1/2 ; il sera réparti par 150 à 200 grammes dans la journée et pris par gorgées ; il devra, en quelque sorte, être « mastiqué » dans la bouche, car là commence le travail de digestion ; surtout il sera pris par petites gorgées ; en effet, le lait pris en grande quantité et brusquement, forme un gros coagulum difficilement assimilable et nombre de malades prétendant ne pas digérer le lait, le supporteront très facilement pris de cette façon ; il reste entendu que le malade sera maintenu au lit, le régime lacté n'étant toléré qu'à cette condition ; de plus, il ne pourra être que passager, car il faudra éviter l'amaigrissement trop rapide des malades ; on recommencera progressivement l'alimentation en donnant entre les prises de lait, de la semoule, des fruits cuits suivant la méthode du Pr Gilbert et Lereboullet ; plus tard régime lacto-végétarien, puis mixte, ce qui nous amène au traitement des petites insuffisances, où le régime lacté absolu n'est plus nécessaire.

Dans ces formes, le lait sera moins alimentaire que thérapeutique ; il devra, par sa présence au niveau du duodénum et de l'ampoule de Vater, exciter le pancréas. On donnera alors une demi-heure environ avant les repas, 150 grammes de lait pris avec les mêmes précautions qu'auparavant, par gorgées ; on emploiera du lait bouilli ; ce lait pourra être sucré, car on sait que le sucre est un puissant leucopédétique et que les ferments leucocytaires jouissent d'un pouvoir peptique puissant.

Nous n'insisterons pas sur le régime qui sera à peu près celui des insuffisances hépatiques, exposé récemment par notre maître, M. Noël Fiessinger et Henry Walter (1). Mais toute la thérapeutique devra avoir pour but de diminuer de plus en plus la rigueur de ces régimes et de redonner aux malades la vie normale qu'ils avaient perdu souvent depuis longtemps ; le traitement par le lait des insuffisances pancréatiques dont l'efficacité est démontrée par les travaux de MM. Chiray, Lebon et Gozlan semble pouvoir atteindre ce but.

FORMULES

Zona.

Pansements à demeure au *liniment oléo-calcaire phéniqué* à 0 gr. 50 p. 100 ou à l'*acide picrique* à saturation.

L'autohémothérapie serait très efficace.

(Lacapère et Montlaur).

(1) Noël Fiessinger et Henry Walter. *Journ. des Praticiens*, 9 janvier 1926.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

L'eczéma des lèvres

Au début, rougeurs, tuméfaction, puis vésicules, remplies d'un liquide citrin, qui s'ouvrent et en se séchant, se transforment en petites croûtes jaunâtres. La maladie dure quelques jours ou passe à l'état chronique.

Au début, onctions avec une pommade inerte :

Talc	20 grammes
Oxyde de zinc	
Vaseline	10 —
Lanoline	

Au bout de quelques jours, badigeonnage à la goudroline. Il se forme un enduit qui est maintenu quelques jours et enlevé avec un tampon imbibé d'éther de pétrole (NoguÉ).

Appliquer ensuite :

Glycérolé d'amidon	10 gr.
Oxyde jaune de mercure	0 gr. 10
Carmin, q. s. pour colorer.	

(Gougerot.)

ou :

Calomel	0 gr. 10
Tanin	
Beurre de cacao	14 gr.
Huile de ricin	1 gr.
Carmin, q. s. pour colorer.	

(Couler en bâton.)

(Brocq.)

ou :

Carmin	X gouttes
Tanin	0 gr. 30
Beurre de cacao	15 gr.
Essence de badiane	V gouttes

(Brocq.)

Toujours le traitement général. Régime végétarien, laxatifs salins quotidiens.

CLINIQUE MÉDICALE

Les abcès sous-phréniques.

Les abcès sous-phréniques se présentent sous les aspects les plus divers. Leur diagnostic est difficile. M. L. Ramond (*Confér. clin. médic. prat.*, 4e série) résout le problème à l'aide des meilleures investigations cliniques. Il distingue les formes où la collection purulente s'est développée en bas vers l'abdomen, en haut vers le thorax, en arrière vers les lombes.

1° Abcès sous-phrénique à développement abdominal. — La soudaineté des accidents et le siège abdominal de la douleur peuvent faire croire aux différentse coliques : *hépatiques, néphrétiques, intestinales, saturnines.* Le malade a de la fièvre. S'agit-il d'une *péritonite, d'une inflammation d'un organe de cette région* ? La péritonite est-elle enkystée ? L'origine tuberculeuse ou cancéreuse peut-elle être écartée ?

Une suppuration profonde serait-elle en jeu ? Les antécédents permettent d'éliminer le *kyste hydatique suppuré du foie*, l'*abcès du foie, dysentérique ou biliaire.* De plus, il n'y a pas d'ictère ni de subictère. Le sujet souffrait de l'estomac. S'agirait-il d'une infection péritonéale due à *la perforation de l'estomac* ou du duodénum ?

Dans les deux tiers des cas, cette origine est la vraie.

La *cholécystite*, l'*appendicite* doivent être éliminées à leur tour, mais il est difficile de le faire d'une façon absolue, la vésicule et l'appendice étant comprises dans la masse empâtée qui occupe l'hypochondre et le flanc droit. D'autres fois, aucun organe local n'a été lésé. L'infection est d'origine générale (*septicémie, pyohémie, ostéomyélite*, etc.) et se fixe en cette région. La ponction exploratrice est dangereuse, elle peut pénétrer dans la vésicule biliaire, l'estomac ou l'intestin. Elle n'est autorisée que dans les cas où l'abcès bombe nettement.

2° Abcès sous-phrénique à développement thoracique. — Ici, au contraire, la radioscopie et la ponction exploratrice permettent de voir. Mais non toujours. Nous avons vu une malade où le diagnostic d'abcès sous-phrénique avait été porté. Opacité de la base du poumon, fièvre, douleurs, foie abaissé. Toutefois, pas de leucocytose abondante comme il advient dans les suppurations profondes. Cela dure ainsi deux mois. L'état général reste bon. Une demi-douzaine de médecins sont appelés tour à tour. Un chirurgien déclare l'opération nécessaire. Il ouvre et tombe sur un cancer du foie.

On peut croire à de la *pneumonie, broncho-pneu-*

monie à type pseudo-lobaire de la base. Les malades meurent ; l'autopsie découvre l'erreur. Il est fort difficile de ne pas croire à une *pleurésie purulente*, une *pleurésie putride*, à un *pyopneumothorax* suivant que l'abcès contient du pus seul ou du pus mêlé de gaz. En faveur d'un épanchement pleural plaident la prédominance des signes fonctionnels respiratoires, l'extension des signes physiques à la totalité de la plèvre, la forme concave de la ligne supérieure de la matité, le déplacement latéral du cœur

En faveur d'une collection sous-diaphragmatique, on indique la prédominance des symptômes abdominaux, la limitation des symptômes physiques à la partie inférieure du thorax, la convexité de la ligne supérieure de la matité, le déplacement de cœur vers le haut, la présence de bruits amphoro-métalliques en des régions dénuées de plèvre.

L'examen aux *rayons X* précise les probabilités. La *ponction exploratrice* également. Celle-ci doit se pratiquer avec toutes les précautions d'asepsie d'usage, avec une aiguille longue et fine, au point culminant de la voussure ou au point douloureux maximum. Si la ponction reste blanche, recommencer en un autre point. Un liquide fétide, mêlé de débris alimentaire ou bien un pus chocolat ne peuvent provenir que du tube digestif, du foie ou de la rate.

3° **Abcès sous-phréniques postérieurs.** — Les signes sont ceux d'une infection générale : *septicémie*, *fièvre typhoïde*, *granulie* ; le foyer de suppuration localisée est méconnu. D'autres fois, l'anémie, l'amaigrissement, l'asthénie dominent. On croit à un cancer latent.

Une leucocytose élevée au-dessus de 20.000 plaide en faveur de la collection purulente.

Si l'abcès est volumineux, il se traduit par de la voussure postérieure ou une tuméfaction profonde abdominale. On songe à un *phlegmon périnéphrétique.*

Le *cancer du rein* n'offre guère prise au doute, étant donnés les signes habituels du malade (gros rein avec ballottement, signes de compression).

L'*opération précoce* est le seul traitement. Abandonnés à eux-mêmes, ces abcès entraînent la mort dans 95 % des cas. Opérés de bonne heure, la mortalité tombe à 44 %. S. R.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des troubles cérébraux des hypertendus.

On observe, au cours de l'hypertension, des troubles cérébraux qui présentent presque toujours les mêmes caractères : douleurs de tête, plus ou moins localisées, qui se produisent le plus souvent la nuit, qui se prolongent le matin et persistent parfois une grande partie de la journée. Ces douleurs diminuent quand le malade se lève, la position verticale les faisant parfois disparaître ou suffisant à les atténuer. Il s'agit aussi de vertiges, de sensations de brouillard devant les yeux. Enfin, on peut rencontrer de véritables amnésies temporaires. Ce sont des malades qui oublient leur adresse, quelquefois même leur propre nom. Ces accidents sont en général passagers. Ils sont certainement liés à des troubles circulatoires cérébraux en relation avec les perturbations tensionnelles. Ils peuvent évoluer pour leur propre compte, ne pas s'aggraver, quelquefois disparaître lorsque, à un âge plus avancé, le malade voit, du fait de la sénilité, sa tension artérielle s'abaisser. D'autres fois, ces troubles cérébraux sont les signes avant-coureurs de manifestations plus graves qui prennent l'importance de véritables accidents cérébraux : l'ictus, dû soit à l'hémorragie, soit au ramollissement cérébral.

A. Dumas, en décrivant ces troubles (*Lyon Médical*, 11 oct. 1925) propose comme traitement la pratique d'injection hyper ou hypotoniques. C'est que pour cet auteur ces troubles résultent d'une discordance entre l'état de tension cérébrale et l'état de la tension sanguine générale.

Comme traitement on pratiquera des injections de substance hypertonique : un sérum glucosé à 40 %, à la dose de 15 centimètres cubes répétée à deux jours d'intervalle.

Mais les injections hypotoniques peuvent donner des résultats analogues : injection de 10 centimètres cubes d'eau distillée suivant la même technique de répétition. L'auteur lyonnais en a retiré d'excellents résultats.

SYPHILIGRAPHIE

Un nouveau médicament antisyphilitique l'acétyloxyaminophénylarsinate basique de bismuth.

On connaît l'action fortement antisyphilitique des sels de bismuth et des arsenicaux. C. Levaditi après ses mémorables recherches sur le bismuth vient de découvrir un nouveau médicament en associant les arsenicaux au bismuth. (*Acad. des Sc., séance du 22 juin* 1925.)

Lorsqu'on met en présence, dans des conditions déterminées, le sel sodique de l'acide acétyloxya-

minophénylarsinique (Stovarsol) (27 pour 100 As) et le bismutho-tartrate sodico-potassique (30 pour 100 Bi), tous deux en solution aqueuse concentrée, il se forme un précipité blanc abondant. Ce précipité, lavé à plusieurs reprises et desséché à 56°, donne une poudre blanc jaunâtre, amorphe, insoluble dans l'eau, soluble dans les alcalis caustiques. L'analyse chimique montre qu'il s'agit d'un corps nouveau, l'*acétyloxyaminophénylarsinate basique de bismuth* contenant 41 pour 100 de Bi et 15 pour 100 d'As (quantités calculées : Bi = 40,2 pour 100 ; As = 14,5 pour 100).

Ce médicament agit expérimentalement d'une façon préventive et curative dans le nagna de la souris et la spirillose des poules. La dose préventive correspond à 0 gr. 0036 Bi-métal par kilogramme.

S. Nicolau, A. Doskocil et I.-A. Galloway (*Soc. de Biologie*, 25 juillet 1925) confirment l'action fortement trypanocide et spirillicide *in vivo* de ce médicament.

L. Fournier et A. Schwartz (*Acad. des Sciences*, 22 juin 1925) appliquent le médicament à l'homme et concluent à sa haute valeur thérapeutique. Dix-neuf malades reçoivent comme unique traitement 12 injections intramusculaires de 2 cm.3 d'une suspension huileuse à 10 p. 100 à raison de deux par semaine. Tolérance parfaite, un seul érythème scarlatiniforme après la 12e injection. Absence d'albuminurie et d'irritation gingivale. Pas de fatigue, pas d'amaigrissement.

Les tréponèmes disparaissent du chancre (10 cas) et des plaques muqueuses ou des syphilides érosives (8 cas), de vingt-quatre à quarante-huit heures après la première injection ; chez deux malades cette disparition a eu lieu après la deuxième piqûre. La cicatrisation des accidents primitifs ou des manifestations secondaires s'est produite rapidement, comme avec les meilleures préparations bismuthiques ; même rapide efficacité sur les adénopathies, sur la roséole, sur les éléments papuleux, sur les symptômes généraux (fièvre, courbature), quand ils existaient. Chez 14 malades pendant les quelques mois écoulés depuis la fin du traitement, aucune récidive.

L'action profonde sur la syphilis, se traduisant par l'atténuation marquée ou la disparition totale de la réaction de fixation, explique la haute efficacité thérapeutique du composé. Chez deux malades présentant une séro-réaction de fixation négative au début du traitement, cette réaction est restée complètement négative par la suite. Sur douze malades ayant une réaction de Bordet-Wassermann et une floculation plus ou moins fortes, six ont fourni une réaction totalement négative, de quelques jours à un mois après la cure. Chez quatre autres, la réaction s'est considérablement affaiblie ; enfin, chez deux sujets, la réaction s'est atténuée plus légèrement.

On peut en conclure :

L'acétyloxyaminophénylarsinate basique de bismuth est parfaitement toléré et ne présente pas les inconvénients ordinaires du traitement bismuthique. L'influence favorable sur l'état général a été des plus nettes ;

L'action sur le tréponème et les accidents syphilitiques est aussi rapide qu'avec les meilleures préparations antisyphilitiques. Plusieurs mois après une seule cure de douze injections, les lésions n'ont pas récidivé ;

L'action sur la réaction de fixation et sur la floculation est des plus nettes ; la réaction négative peut être obtenue après une seule série de douze injections.

Espérons voir bientôt ce nouveau produit employé largement et félicitons Levaditi et son école de cette nouvelle découverte.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

Quelques simples réflexions sur l'examen de l'appareil respiratoire.

Par M. le Dr Pierre Lowys,
Médecin adjoint du Sanatorium de Gorbio (Menton).

Dans un récent ouvrage où il étudie le fonctionnement des Sanatoriums de Bligny, depuis vingt-cinq ans (1), le Dr Guinard s'exprime ainsi : « Depuis que se généralisent les contrôles par rayons X, dont la grande valeur, assurément, est incontestable, les bonnes méthodes cliniques semblent un peu délaissées. A tort ou à raison, nous avons l'impression que non seulement on ne s'y prépare pas suffisamment, mais que l'on néglige les données précieuses et indispensables qu'elles fournissent. Notre impression ressort, en particulier, de cette remarque que, sur nombre de dossiers médicaux qui nous sont présentés, pour des admissions de malades à Bligny, les réponses des médecins, aux questions posées sur les résultats de la percussion et de l'auscultation, sont d'une insuffisance désespérante ou, parfois, manquent totalement. Depuis quelque temps, nous les voyons de plus en plus remplacés par les seuls résultats

(1) L. Guinard. La pratique des Sanatoriums. — Masson, éditeur.

d'un examen radioscopique qui tient lieu de tout. On ne percute plus, on n'écoute plus, ou on fait tout cela à la hâte, mais on regarde derrière l'écran ; on prend ou on fait prendre une épreuve radiographique que l'on joint au dossier. Cette tendance est déplorable, car pour la connaissance exacte d'une tuberculose pulmonaire et de l'état des poumons, rien ne peut remplacer une percussion et une auscultation bien faites. »

Autre son de cloche, également compétent et concordant, dû au Pr Léon Bernard (1) : « Quels qu'aient été les progrès réalisés par les techniques nouvelles d'investigation, la recherche des signes d'auscultation reste toujours la base du diagnostic de la tuberculose. C'est là une vérité que nul ne saurait contester ».

Aussi, nous a-t-il paru utile de rappeler quelques notions bien banales, mais trop souvent méconnues, de séméiologie médicale pulmonaire.

1° Le médecin. — Nous recommandons vivement l'emploi du stéthoscope *bi-auriculaire* (2) : il présente en effet des avantages multiples. Grâce aux longs tuyaux de caoutchouc dont il est muni, il permet au médecin de se déplacer facilement et d'ausculter à une certaine distance du patient, sans fatigue aucune ; on évite d'être arrosé par les postillons, avec ou sans microbes, que projettera une secousse de toux (3), ou d'être contaminé par le contact trop intime avec des parasites d'humeur voyageuse ; on respecte les sentiments ombrageux d'une cliente à la pudeur ou aux charmes pectoraux excessifs ; on peut ausculter sans acrobatie pénible un obèse dyspnéique enfoui dans ses oreillers, un sujet affaibli difficile à mouvoir, une jeune enfant à la tumultueuse indocilité ; on peut « fouiller » avec minutie telle zone intéressante, comparer avec précision deux régions symétriques, explorer des endroits quasi-inaccessibles à l'oreille (creux sus-claviculaire, fond de l'aisselle) ; il est enfin possible de déceler, parfois, des bruits trop fins pour être perçus par l'oreille seule.

En conclurons-nous que le stéthoscope bi-auriculaire est un instrument parfait ? Loin de là. Comme tous les autres procédés d'exploration médicale, il a aussi ses inconvénients : il réclame d'abord un certain apprentissage, qui ne plaît pas à tout le monde. Nous nous souvenons de tel médecin des hôpitaux parisiens déambulant gravement dans son service, le stéthoscope invariablement fixé à son cou professoral... et ne le quittant jamais ! Il s'en était muni pour être « à la page », mais ne pouvait se résoudre à s'en servir.... Néanmoins, en conseillant son usage, il ne nous semble pas demander un effort excessif au praticien, qui a bien su s'assimiler des techniques autrement délicates. Et la loi implacable du progrès exige de nous des connaissances de plus en plus précises : autrefois, la seule prise du pouls suffisait ; maintenant, quel est le médecin qui ne mesure couramment, familièrement dirions-nous, la tension artérielle ?

Une objection plus sérieuse est, dans certains cas, l'infériorité du stéthoscope par rapport à l'oreille. Pour des raisons purement physiques d'acoustique, qu'il n'est pas toujours facile de déterminer, on entend parfois mieux, sans l'appareil, un léger souffle précardiaque, de fins râles pulmonaires, le timbre caverneux d'un souffle. Aussi, avons-nous adopté la technique suivante, nous séparant de celle préconisée ici même, il y a quelques années par le Pr agr. Noël Fiessinger (ausculter à l'oreille, puis préciser avec le stéthoscope) : nous auscultons d'abord avec le stéthoscope, muni du pavillon de bois qui transmet intégralement les sons sans les déformer, puis, au moindre doute, nous appliquons la membrane renforcatrice puis l'oreille *nue* (nous disons bien « nue », car si peu élégant que soit ce procédé, il permet souvent d'entendre des bruits que l'interposition d'un linge aurait arrêtés).

2° Le malade. — L'emploi des tabourets mobiles est recommandable. On peut ou bien utiliser « deux tabourets à vis permettant d'en régler la hauteur, l'un pour le malade, l'autre pour le médecin, celui-ci pouvant faire pivoter son malade autour de son oreille » (Léon Bernard) ou bien un seul tabouret « lui-même exhaussé de 20 cm. sur un plateau de bois dont la surface peut être recouverte de linoléum mesurant 0 m. 60 sur 0 m. 80 » (Guinard).

Il faut obtenir du sujet, assis sur le tabouret, le relâchement musculaire complet ; on sait en effet que toute contraction intempestive peut altérer les résultats de l'examen (fausses subma-

(1) L. Bernard. La tuberculose pulmonaire. — Masson, éditeur.

(2) Le meilleur modèle est celui de Spengler ; robuste, simple, peu encombrant, s'adaptant au sphygmotensiophone de Vaquez, il utilise ou bien un pavillon cylindrique en bois monté sur entonnoir métallique (transmission intégrale des sons) ou bien une membrane vibrante (renforcement, mais déformation concomitante des sons).

(3) Le Dr Mantoux, de Cannes, nous disait avoir fait cette expérience : faire gargariser le sujet à ausculter avec une solution de bleu de méthylène, puis l'examiner, la tête complètement recouverte d'un linge ; on voyait ensuite que celui-ci était criblé d'une foule de petits points bleus.

tités ou obscurités respiratoires). On prescrira donc au malade de se tenir sans raideur. la tête légèrement fléchie, les épaules bien tombantes, le dos arrondi, les membres supérieurs reposant sur les cuisses par la face interne des poignets et des mains.

I. — Ce qu'il faut faire.

Premier temps : inspection. — On étudie le torse du patient, à la recherche de déformations, voussures, rétractions, d'un réseau de cirulation collatérale, etc.

Deuxième temps : palpation. — Les mains, appliqués bien à plat sur la paroi, apprécient plus sûrement que l'œil, les caractères de l'expansion respiratoire (normale, diminuée, saccadée...) ; on apprécie la contraction exagérée de tel muscle (trapèze) indice d'une inflammation sous-jacente ; on explore les « régions à ganglions » (creux sus-claviculaires et axillaires) ; on décèle des points douloureux (sus-claviculaire, susépineux) sur lesquels Sabourin, Lemoine, Sergent ont, justement, attiré l'attention. Notons que la recherche des vibrations est facilitée par l'obturation des conduits auditifs grâce au stéthoscope, « sensibilisant » ainsi la paume des mains.

Troisième temps : percussion. — On percute région par région, sans oublier les creux sus-claviculaire et axillaire ; la percussion directe de la clavicule est utile (en deux points bien symétriques). Les doigts percutés seront posés bien à plat, écartés l'un de l'autre, et toujours disposés symétriquement par rapport à la ligne médiane.

Il est oiseux de rechercher des subtilités exagérées de percussion ; une oreille localisera cette « ébauche de submatité » à droite, et une autre à gauche ! Pratiquement, une bonne percussion doit donner des résultats nets que deux observateurs différents doivent retrouver sans hésitation : sonorité normale, diminuée légèrement mais nettement (submatité) ou abolie (matité), augmentée légèrement (hypersonorité) ou fortement (tympanisme). Le temps n'est plus où un Piorry pouvait, comme le raconte le Pr Sergent, une fois rentré chez lui, délimiter, grâce à la percussion, le grenadier que sa femme avait caché dans un placard, y compris son bonnet à poil et la fumée de sa pipe !

Quatrième temps : auscultation. — Lorsqu'on a été éclairé par les précédents examens, on procède, et alors seulement, à l'auscultation. Mais auparavant, il faut apprendre au malade à respirer, si « lapalissien » que semble ce conseil : on lui montrera comment il faut respirer amplement et régulièrement, la bouche entr'ouverte, sans faire de bruit buccal gênant. Lorsqu'on le lui demandera (et un petit coup sec appliqué par le doigt sur la peau évitera de répéter constamment l'ordre de tousser), le sujet toussera un *tout petit* coup, à la fin de l'expiration, en « parlant » sa toux, c'est-à-dire en faisant vibrer son larynx. Un fort coup de toux, en effet, peut gêner l'auscultation par le volume du son déclanché et est toujours nuisible au malade par le « coup de poing » que le diaphragme assène chaque fois de bas en haut, dans le poumon. On priera enfin le sujet de faire suivre chaque coup de toux d'une inspiration plus forte que les autres, pour déplisser au maximum les alvéoles.

Ceci fait, on procède à l'exploration minutieuse et systématique de toute la poitrine, sans oublier les creux sus-claviculaires et axillaires, les culs-de-sac pleuraux, etc. Un procédé que nous a montré le Dr Baron, médecin du Dispensaire Léon-Bourgeois, de Paris, est commode pour dégager une région normalement masquée par l'omoplate (procédé d'ailleurs applicable également à la percussion) : on fait récliner cet os en demandant au sujet de mettre, le plus loin possible, son bras sur l'épaule opposée, en passant par devant, comme s'il voulait, lui expliquera-t-on, gratter avec la main l'autre omoplate.

Il existe des causes d'erreur, qu'il est peut-être puéril de signaler, et qu'on peut néanmoins commettre : prendre pour des râles parenchymateux des « râles de déglutition » lorsque le malade avale sa salive, ou des bruits adventices d'origine soit musculaire soit articulaire (ils disparaissent après quelques mouvements de l'épaule) ou des bruits dus tout simplement, lorsqu'on examine une région velue, au frottement des poils qui l'adornent, etc.

Il faut obligatoirement explorer *toutes* les régions thoraciques et faire tousser fréquemment le patient. Quelle importance considérable ne présentent pas les faits suivants ? Déceler dans le fond de l'aisselle, chez un vieillard délirant, un souffle pneumonique ou percevoir dans le creux sus-claviculaire d'un jeune sujet, seulement ramenés par la toux, quelques craquements, indices d'une bacillose débutante ?

II. — Ce qu'il faut dire.

Nous n'entreprendrons pas de détailler ici un exposé didactique des résultats fournis par l'auscultation, renvoyant le lecteur désireux de plus amples détails au chapitre « les signes stéthacoustiques », dans le livre consacré par le Pr Bernard à la tuberculose pulmonaire.

Nous voudrions seulement nous élever avec vigueur contre ces « diagnostics »... qui n'en sont

pas, si commodes par leur reposante imprécision : induration du poumon droit, bronchite suspecte, congestion des sommets (1), sclérose pulmonaire, présence de râles ou de souffle, sans autre précision, etc. Un protocole correct d'auscultation doit obligatoirement indiquer, *avec précision*, la *nature* et l'*étendue* des signes perçus. On formulera, par exemple : « induration du lobe supérieur du poumon droit, caractérisée par une inspiration rude avec expiration prolongée, dans le creux sus-claviculaire en avant, la fosse sus-épineuse, en arrière ; pas de bruits adventices surajoutés, ni de modifications de la toux et de la voix auscultée. Rien à signaler du côté gauche ».

On a beaucoup discuté sur l'utilité des schémas d'inscription pour les signes d'auscultation. Il est certain que leur notation est recommandable (le schéma » parle mieux à l'œil », c'est un document qu'on peut conserver et comparer rapidement aux suivants, il force à inscrire nettement les signes perçus...). Mais le praticien peut, à bon droit, s'épouvanter de leur multiplicité (en 1911, Guinard en comptait 35, tous, naturellement, meilleurs les uns que les autres !) ; récemment, l'Office public d'hygiène sociale de la Seine a tenté de « standardiser » les schémas utilisés dans ses dispensaires ; l'avenir nous dira les résultats obtenus par cet essai d'unification.

Après ce rappel de notions, parfois trop oubliées, malgré — ou peut-être, à cause — leur grande simplicité, notre conclusion sera donc que, quelle que soit la vogue croissante — et d'ailleurs justifiée — des techniques modernes d'exploration pulmonaire (radiologie, examens de laboratoire), les vieux procédés des grands cliniciens que furent nos prédécesseurs sont et resteront encore longtemps, tels le veau d'or de la fable, toujours debout !

(1) Nous rappelons que le « sommet clinique » est distinct du « sommet radiologique » qui est strictement limité au dôme pulmonaire situé au-dessus de la clavicule.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MEDECINE

Résultats des essais de prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin BCG. — M. Calmette. — Poursuivis à l'Institut Pasteur, ces essais portent actuellement en France sur plus de 5.000 enfants, en Belgique sur 117, en Indochine sur 3.332 et au Sénégal sur 218, de sorte qu'ils ont été effectués chez différentes races humaines.

Alors qu'en Europe la mortalité par tuberculose, parmi les enfants de 0 à 1 an, nés et élevés dans un foyer familial contaminé n'est jamais inférieure à 25 0/0 (à Paris, elle est de 32,6 0/0), la mortalité par tuberculose des nourrissons vaccinés par le BCG n'atteint pas 2 0/0. La vaccination permet donc de sauvegarder au moins 93 0/0 des enfants qui, sans elle, succomberaient fatalement à la tuberculose dans la première année de leur existence.

Des faits expérimentaux et des observations réunis depuis cinq ans, M. A. Calmette croit pouvoir conclure que la prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose par le BCG est sûrement inoffensive et que son efficacité paraît démontrée.

La fréquence réelle du cancer à Paris, il y a un siècle, était la même qu'aujourd'hui. — M. Ménétrier. — Bayle, il y a cent ans, trouvait, après autopsie, un chiffre de 13 à 14 0/0 de cancéreux. Aujourd'hui le chiffre varie entre 10 à 12 0/0. La mortalité de cancer de l'estomac, qui était de 4 0/0, est la même aujourd'hui.

23 février.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Un cas de mycose de la région du genou à début rotulien. Guérison par plusieurs interventions chirurgicales associées à un traitement ioduré. — M. Lecène relate cette observation de MM. Combier et Murard (du Creusot), intéressante en raison de l'âge de la malade (12 ans), — de la difficulté du diagnostic (l'affection fut d'abord prise pour une tumeur blanche ou une ostéomyélite), — de l'origine certainement osseuse de la lésion (rotule), et de la longueur du délai d'observation, qui s'étend de 1919 à 1925. Il s'agit là d'une lésion très rare.

Les contre-indications chirurgicales dans l'ulcère de l'estomac. — M. R. Grégoire insiste sur les dangers de l'intervention quand il s'agit d'un ulcus infecté, les signes d'infection étant : l'exagération des douleurs et l'hyperleucocytose (P. Duval et Moutier), l'élévation du pouls et de la température, la recrudescence des hémorragies sérieuses. Mieux vaut attendre le « refroidissement » pour opérer.

M. P. Duval appuie d'une observation personnelle l'opinion de M. Grégoire.

MM. Dujarrier et Lecène se demandent si la simple gastro-entérostomie n'est pas préférable aux résections gastriques lorsqu'il n'existe pas de callosités étendues pouvant faire craindre la dégénérescence cancéreuse.

A propos des complications pulmonaires dans la chirurgie gastrique. Autohémothérapie. — MM. A. Gosset et Tailhemer ont obtenu des résultats très encourageants par injection intra-musculaire, dans la fesse, de 20 à 30 cc. de sang pur total prélevé aseptiquement dans une veine du pli du coude chez le malade lui-même.

(*10 février*). J. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 février 1926.

Localisations familiales électives de la syphilis. — M. Ch. Flandin, à propos de la communication de M. Guillain, sur trois cas familiaux de syphilis nerveuse, rapporte un certain nombre d observations de syphilis familiale évoluant avec les mêmes localisations chez différents membres d'une même famille. Discutant la cause de ces localisations familiales électives, l'auteur repousse l'hypothèse de races différentes de tréponèmes et montre le rôle prépondérant de la fragilité familiale de certains organes ; à côté de cette qualité héréditaire, le genre de vie crée des sensibilités organiques particulières, ce qui expliquerait la similitude d'évolution de la syphilis chez le mari et chez la femme, chez deux frères exerçant le même métier, chez des individus non parents mais ayant les mêmes habitudes physiques intellectuelles.

Le mode de contamination ne serait pas sans influence sur l'évolution de la syphilis.

La fréquence des syphilis viscérales chez des sujets non traités ou peu traités tendrait à diminuer le rôle du traitement vis-à-vis des qualités dermotropes ou viscérotropes du tréponème.

M. Sicard. — Dans les manifestations familiales, la syphilis de l'autre conjoint peut se borner à une réaction de Wassermann positive. Il n'y a pas affaire de neurotropisme, mais affaire de terrain.

M. A. Marie présente d'une part un jeune paralytique général dont la mère avait été atteinte de paralysie générale, et d'autre part un Indochinois paralytique général et chauffeur d'automobile.

M. Jeanselme. — Le neurotropisme est la conséquence plus des dispositions du terrain que des espèces de germes.

Abcès de fixation. — M. L. Boidin défend, avec documents à l'appui, la cause de l'abcès de fixation qu'il considère comme une méthode d'exception, mais d'une grande efficacité.

M Netter considère que le plaidoyer de M. Comby n'a pas eu de retentissement en raison des faits observés par d'autres. A cette occasion il signale les insuccès sérothérapiques dans le traitement des méningites cérébro-spinales.

M. Martin. — La raison des insuccès sérothérapeutiques vient de ce que ces méningites cérébrospinales sont plus complexes et moins accessibles au sérum parce que les méningocoques actuels sont des types B.

Un cas d'infarctus du myocarde. Etat de mal angineux hyperalgique. — MM. B.-J. Weissenbach et Ch. Kaplan rapportent l'observation d'un homme de 62 ans, qui succomba, en une huitaine de jours, à un état de mal angineux, au cours duquel les douleurs irradiées furent particulièrement violentes, prolongées et surtout étendues. A l'autopsie on constate l'existence d'un volumineux infarctus récent du myocarde, étendu à la paroi postérieure et interne du ventricule gauche et à toute la masse du pilier antérieur de la mitrale. En s'appuyant sur cette observation et sur diverses observations éparses dans des publications antérieures, décrivent sous le nom d'état de mal angineux hyperalgique un syndrome qui traduit cliniquement la production et l'évolution de certains infarctus du myocarde.

Ce syndrome est constitué par les caractères spéciaux de la douleur angineuse et des douleurs irradiées (intensité, durée, extension des irradiations), la fièvre et des signes d'insuffisance cardiaque rapide.

Importance du dosage de l'urée sanguine dans le coma diabétique ; la mort par coma urémique. — MM. Pr Merklen, M. Wolf et P. Bicart rapportent l'histoire d'une comateuse diabétique chez qui l'insuline a fait baisser la glycémie de 5 gr. 30 à 1 gr. 20, a fait disparaître la glycosurie et a fortement diminué l'acidose. Mais, en même temps, s'installaient des phénomènes rénaux, oligurie albuminurie, cylindrurie, azotémie de 1 gr. 33. La malade succomba, avec une amélioration des symptômes diabétiques, à des accidents de néphrite aiguë oligurique et azotémique.

Diverses observations ont été publiées, qui mettent en évidence l'importance des troubles rénaux chez les diabétiques ; quelques-unes insistent sur l'élévation de l'azotémie des comas diabétiques qui meurent malgré l'insuline. Les auteurs croient que les dosages réitérés de l'azotémie, au cours du coma diabétique, ne doivent jamais être négligés ; ils sont indispensables à la fixation du pronostic. Pour guérir, en effet, le malade a non seulement à échapper aux dangers de l'acidose, mais encore à demeurer à l'abri des complications rénales. Une urée sanguine qui s'élève implique une situation grave ; une urée sanguine élevée qui s'abaisse permet de voir les choses sous un angle plus favorable. Et cela, bien entendu, sans rien enlever de leur valeur

à la glycémie, a la glycosurie et aux signes d'acidose. Et cela, non plus, sans vouloir dire que la mort du coma diabétique est en règle une mort par les reins.

Avec M. AMBARD, les auteurs ont déjà expliqué que l'insuline fait le départ, par son action curative, entre ce qui, chez un malade, revient à l'intoxication diabétique et à l'intoxication rénale. Avec lui, ils ont également prouvé que l'acidose peut être nocive pour les reins, même avec une grande rapidité. Le fait actuel, joint à d'autres, publiés çà et là, vient à l'appui de cette assertion.

Au sujet de la pigmentation addisonienne. — M. LŒPER rapporte le résultat de ses recherches sur le rôle des soufres dans la pigmentation addisonienne.

M. SÉZARY. — Les causes des mélanodermies sont multiples. La mélanodermie surrénale n'est pas d'origine sympathique et résulte des fonctions endocrines.

CORRESPONDANCE

Sur un procédé de suture.

Monsieur le Rédacteur en chef
et très honoré confrère,

Le procédé de suture du Dr Bouveret, de Mogador, qu'indique le *Journal des Praticiens* du 6 courant, est, en effet, très pratique et très simple.

Dès avant 1907 ou 1908, le médecin principal de 1re classe Billot l'employait, et, après lui, je l'ai moi-même adopté et préconisé à l'exclusion de tout autre.



Il a de plus, un important avantage que n'indique pas l'article du journal, c'est de donner à chaque point de suture une double surface d'affrontement à condition de maintenir entre les deux chefs de la boucle, au moment où elle est rabattue, un intervalle qui peut atteindre un demi-centimètre, ainsi que le montre le schéma ci-contre.

E. ANDRÉ,
médecin principal de 1re classe en retraite

BIBLIOGRAPHIE

Le Terrain hérédo-syphilitique. *Aperçu de Pathologie générale et de Clinique infantile*, par M. V. HUTINEL, *Professeur honoraire de Clinique médicale infantile, Membre de l'Académie de Médecine.* — Un volume de 456 pages avec figures. (MASSON et Cie, Editeurs.) Prix : 30 francs.

Le tréponème transmis par voie transplacentaire, après avoir pénétré dans l'organisme de l'enfant, en modifie les pièces les plus importantes, y provoque des lésions et des réactions. Le Pr HUTINEL recherche les traces que ces manifestations directes de l'infection spécifique laissent dans les différents appareils, leur persistance ou leurs réveils, les altérations et les troubles fonctionnels par lesquels elles se caractérisent dans chacun d'eux. Les troubles de nutrition ou des dystrophies qui peuvent résulter de ces altérations spécifiques précoces ou tardives sont étudiés avec soin.

Ces lésions ou ces troubles de nutrition arrivent à modifier non seulement les différents organes mais aussi les réactions humorales et à créer de véritables états diathésiques susceptibles de se transmettre par voie d'hérédité. Il y a plus qu'une hérédo-syphilis, il y a un Terrain hérédo-syphilitique. Le Pr HUTINEL avec sa riche expérience met un ordre dans ces connaissances; sans pousser l'exagération jusqu'à voir de la syphilis partout, il en montre cependant l'importance primordiale dans la genèse des dystrophies.

Pathologie médicale, par M. JOURNÉ. — 2e édition N. MALOINE, édit. — Un vol. cart. 1.520 p. — Prix : 40 francs.

2e édition de ce livre élémentaire. Au point de vue de la description des symptômes, il rendra service. Le côté thérapeutique ne saurait être applaudi sans réserves. Nous y trouvons des conseils dangereux : ainsi l'auteur continue de prôner les doses de 1/2 milligr. d'ouabaïne en injections intra-veineuses. Il maintient les doses de XL à L gouttes de digitaline, à prendre en deux fois dans les insuffisances cardiaques.

Surtout dans les livres composés comme celui-ci pour les étudiants, il ne s'agit pas dès l'origine, de leur inculquer des idées dont l'application au cours de leur pratique ultérieure, pourra leur valoir des désastres ou au moins des échecs regrettables.

Physiologie de la voix (à l'usage des chanteurs et des orateurs), par le Dr MARAGE, *Docteur en médecine et Docteur ès sciences, Chargé de cours à l'Université de Paris.* — Leçons recueillies par Mme MARAGE, *Préparateur du cours.* — Ouvrage couronné par l'Academie des Sciences (Prix Montyon). — Un volume in-8° (24 × 16) de VII-204 pages et 114 figures ; broché. — Prix : 15 fr. — GAUTHIER-VILLARS ET Cie, Imprimeurs-Editeurs, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

L'auteur a suivi la destinée d'une onde sonore depuis son point de départ jusqu'à son point d'arrivée. Beaucoup de renseignements curieux dans ce livre exposés avec simplicité par un auteur maître de son sujet.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. 1926

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

La vaccinothérapie dans le chancre mou et ses complications.

Par MM. Hudelo, Duhamel et Drouineau.

La vaccinothérapie est actuellement une méthode en plein essor, et il semble que tôt ou tard, elle doive s'appliquer à l'immense majorité des maladies microbiennes. En particulier, de nombreux auteurs, sous l'impulsion de M. Ch. Nicolle (de Tunis), cherchent depuis plusieurs années, à combattre, grâce à elle, les différentes affections dont le bacille de Ducrey est la cause. Les résultats obtenus sont tels, qu'ils nous paraissent justifier maintenant l'entrée de la vaccinothérapie dans la pratique courante, pour toutes les manifestations chancrelleuses.

Dès octobre 1924 MM. Ch. Nicolle et Durand, puis E. Conseil, H. Jamin, J. Ramamery, Poisson, Cassuto, signalent dans les Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, de nombreux succès obtenus par eux, après injection intraveineuse d'une émulsion de bacilles de Ducrey faite au moyen de cultures réalisées suivant les procédés indiqués par MM. Besançon, Griffon et Lesourd, puis par MM. Reenstierna et Ch. Nicolle.

Plus récemment MM. Dudreuilh et Broustet (*Annales de Dermatologie*, oct. 1924) consacrent une longue étude à la thérapeutique spécifique du chancre mou et de ses complications, grâce au vaccin de Nicolle.

Enfin nous avons relaté (*Soc. Méd. des Hôp.*, 11 déc. 1925) les résultats fort engageants, que nous avions obtenus dans 19 cas à la suite de l'emploi, dans le service de l'un de nous, du vaccin antistreptobacillaire commercialisé sous le nom de Dmelcos. MM. Darré, Laederich et Weill-Spire ont appuyé nos conclusions. MM. P. Vigne, A. Fournier et Acquaviva (*Ann. des Mal. Vénér.*, janv. 1926), concluent d'essais comparatifs par la protéinothérapie (lait intra-musculaire), la pyothérapie (pus de bubon chauffé) à la supériorité évidente de la vaccinothérapie.

Depuis notre communication, les résultats se sont confirmés sur une plus grande échelle, et nous croyons pouvoir tirer de nos observations maintenant assez nombreuses une conclusion utile et pratique.

La vaccination antistreptobacillaire peut trouver ses indications dans presque toutes les formes d'infections dues au bacille de Ducrey. Nous l'étudierons successivement :

1° Dans la chancrelle simple ;
2° Dans le bubon inflammatoire non encore suppuré ;
3° Dans le bubon purulent ;
4° Dans le phagédénisme ;
5° Dans le chancre d'auto-inoculation au bras.

I. Action sur le chancre mou non compliqué. — Nous ne croyons pas, en raison des réactions thermiques violentes qui accompagnent les injections de vaccin et sur lesquelles nous reviendrons plus loin, que cette méthode doive être appliquée systématiquement à tous les cas de chancre mou.

Nous la réservons, pour notre part, aux chancrelles multiples, déchiquetées, qui ont tendance à s'essaimer, ou à se compliquer de phagédénisme. Nous continuons à nous en tenir au simple traitement local (applications d'iodoforme, de nitrate d'argent à 1/20, chauffage) pour les ulcérations uniques, où un bourgeonnement rapide fait présager une facile cicatrisation. Il est certain qu'entre ces deux extrêmes, il existe une quantité de cas intermédiaires, assez difficiles à trancher, mais pour lesquels il est préférable de ne pas s'abstenir en cas de doute, car on risque, à trop attendre, de voir se produire la complication si redoutable du chancre mou que constitue le phagédénisme.

En règle générale, nous avons obtenu en sept à quinze jours, sinon une disparition totale des lésions, du moins une transformation complète de la plaie qui se nettoie et prend les caractères d'une plaie banale. Stérilisée vis-à-vis du bacille de Ducrey, comme en témoigne l'inoculation qui se montre alors négative, elle est destinée à guérir très rapidement par les antiseptiques banaux.

Il est à remarquer que dans les cas de chancre mixte, ce changement d'aspect prend une importance toute particulière. Rapidement les bords de l'ulcération se recollent, la plaie apparaît de niveau avec les plaies avoisinantes, perd tous les caractères de la chancrelle pour mettre à jour ceux du chancre syphilitique, bourgeonnant, sans bords, rouge, indolent. Il y a donc dans ces cas non seulement un intérêt thérapeutique vis-à-vis de la chancrelle, mais aussi un intérêt diagnostique considérable, quant à l'infection tréponémique associée.

II. Action sur le bubon inflammatoire, sans collection purulente. — C'est là l'indication majeure de la vaccinothérapie antichancrelleuse.

Quel que soit le volume du bubon, à part de très rares exceptions, il cède à 2 ou 3 injections, à condition que l'on puisse agir au stade de ramol-

lissement, avant que le pus ne soit collecté. La douleur s'atténue en premier lieu, puis la tuméfaction s'affaisse, tous les autres phénomènes phlegmasiques disparaissent totalement avec une rapidité qu'aucune autre thérapeutique n'a encore donnée.

III. Action sur le bubon purulent. — Ici, les résultats sont moins favorables. Dans quelques cas, on obtient une résorption purulente complète. Il est cependant préférable, à notre sens, de combiner avec la vaccinothérapie intra-veineuse, la ponction évacuatrice. De la sorte, on assiste aux modifications suivantes : la lymphangite qui souvent forme un placard autour de la collection elle-même disparaît en premier lieu ; le bubon achève de se limiter. Le pus d'abord épais devient roussâtre et plus fluide ; puis la poche se tarit, et en dix à quinze jours, tout rentre dans l'ordre.

Dans certains cas plus rebelles, nous avons pratiqué, après ponction évacuatrice, l'injection de vaccin à l'intérieur du bubon, et cette méthode nous paraît à retenir : en particulier chez un malade qui avait résisté à la vaccinothérapie intra-veineuse seule, la guérison s'est produite par les deux méthodes combinées ; et en même temps nous avons vu l'auto-inoculation, demeurée positive avant les injections *locales*, devenir négative au cours de celles-ci. Il semble donc qu'il y ait parfois intérêt soit à compléter l'action de la vaccinothérapie intra-veineuse par celle de la vaccinothérapie locale, soit à conjuguer simultanément les deux méthodes, de façon à provoquer un double processus d'immunité générale et locale.

Enfin, dans d'autres cas, la vaccinothérapie échoue ; nous parlerons plus loin de ces échecs.

IV. Action sur le phagédénisme chancrelleux. — Nous ne reproduirons pas ici les observations que nous avons relatées à la Société Médicale des Hôpitaux. L'action sur le phagédénisme superficiel, si étendu et si ancien soit-il, est pour ainsi dire immédiate : la suppuration s'arrête, la plaie bourgeonne, les progrès de la cicatrisation sont visibles de jour en jour.

Pour le phagédénisme en profondeur, il est utile, sinon indispensable de faire précéder la vaccinothérapie d'une excision préalable de tous les trajets fistuleux, moyennant quoi on retombe à peu de chose près dans le premier cas, et on assiste aux mêmes modifications favorables.

V. Action sur le chancre d'auto-inoculation. — Elle est différente suivant que l'inoculation a précédé la première injection de vaccin du temps nécessaire au plein développement de la chancrelle, ou que, au contraire, les deux interventions ont été faites le même jour.

Dans le premier cas, on voit la chancrelle expérimentale se niveler rapidement, se recouvrir d'une petite croûte noirâtre, puis disparaître en quelques jours à la façon des chancrelles génitales.

Dans le deuxième cas, l'auto-inoculation est le plus souvent négative. Parfois cependant une petite ulcération apparaît au bout de deux à quatre jours, mais se cicatrise spontanément, sans aucune application locale, pendant le même laps de temps.

Ces deux modes d'évolution nous out semblé les plus habituels (15 fois sur 20) ; il est beaucoup plus rare que la chancrelle expérimentale évolue malgré la vaccination (5 fois sur 20) et doive-être détruite (pâte carbo-sulfurique de Ricord). Ravaut (*Soc. Derm.*, 11 fév. 1926), aurait constaté une proportion plus élevée d'insuccès et de chancrelles expérimentales à tendance extensive.

Quoiqu'il en soit (et nous poursuivons nos recherches sur ce point), ces constatations sont du plus haut intérêt, car elles nous renseignent sur la virulence du germe microbien qui est variable pour chaque malade, et nous fournissent d'importantes notions pronostiques, quant à l'efficacité et à la durée du traitement,

Tels sont les résultats que nous avons obtenus dans la grande majorité des cas, comme le confirme le tableau suivant :

	Guérisons	Echecs
Chancrelles simples	9	1
Bubons inflammatoires . . .	13	1
Bubons purulents	8	5
Phagédénisme	3	0

Ces sept échecs sont les suivants :

Chancrelles simples. — Cet échec est survenu chez un indigène porteur de très anciennes chancrelles sans bubon qui sont restées virulentes après 6 injections de vaccin. Il nous a été impossible de convaincre le malade que l'amélioration devait être suspecte, et qu'il lui fallait retarder la reprise de son travail. Trois semaines plus tard, il a fait une brève réapparition avec bubon ulcéré, dont nous ignorons l'histoire ultérieure.

Bubon inflammatoire. — Dans un cas, un malade sorti guéri après 6 injections revient huit jours plus tard (15 février), avec une suppuration complète de son bubon.

Bubons purulents. — Il s'agit, dans les cinq cas, de malades porteurs de volumineux bubons, qui,

au premier abord, ont paru comme les autres vouloir se résorber totalement. Mais après que nous eûmes abandonné les injections, la collection est reparue au bout de quelques jours, et l'auto-inoculation qui passagèrement s'était montrée négative, est redevenue positive.

Il semble donc que dans certains cas, on obtienne seulement une atténuation partielle et trompeuse de la virulence microbienne, à rapprocher jusqu'à un certain point, de la somnolence transitoire du tréponème au cours des syphilis insuffisamment traitées. Aussi nous sommes-nous imposé comme une règle, dans les cas difficiles, de n'abandonner le traitement vaccinal qu'après avoir eu le contrôle de deux ou plusieurs inoculations négatives, à quelques jours d'intervalle, si favorables que soient les apparences cliniques de la lésion traitée, et en tout cas de faire appel à toutes les ressources du traitement local.

En définitive, il semble qu'actuellement on serait en mesure, grâce au traitement mixte, immunigène et antiseptique, qui nous paraît le plus rationnel, de restreindre encore le nombre de ces échecs qui pourtant atteignent à peine la proportion de 17,5 %. On ne peut naturellement accorder qu'une valeur relative à une statistique portant sur 40 cas ; c'est donc sous toutes réserves, que nous réunissons le pourcentage des guérisons qui ainsi serait de 82,5 %, mais qui en tous cas le montre nettement supérieur, à celui que donnent les méthodes thérapeutiques jusqu'alors employées.

Technique. — L'émulsion employée contient 225 millions de germes par centimètre cube. La première injection est de 225, les autres de 335, 450, 550, 675 millions. Les injections doivent être intra-veineuses, répétées à d'assez courts intervalles.

Voici la ligne de conduite qui nous a paru logique pour l'espacement des injections et la durée de leur répétition.

Il faut savoir que ces injections déterminent de violentes réactions, sur lesquelles MM. Dubreuilh et Broustet ont justement insisté dans leur mémoire. Deux à trois heures après l'injection, quelquefois plus tôt, parfois même dix à vingt minutes après, apparaissent des frissons, d'abord légers et partiels, puis intenses et généralisés. Les vomissements ne sont pas exceptionnels. Enfin et surtout, on assiste parallèlement à une ascension rapide de la température, qui atteint et souvent dépasse 40°. Le sommeil n'est cependant guère troublé. La température reste en plateau pendant trois à six heures, puis la défervescence se fait en vingt-quatre à quarante-huit heures. Il faut que le malade reste un minimum de douze heures avec une température normale pour qu'on puisse renouveler les piqûres. Ainsi les injections répétées en moyenne tous les deux à trois jours ne donnent lieu à aucun incident.

Il reste à déterminer la durée du traitement. L'auto-inoculation est ici d'un très précieux secours.

Si l'étiologie chancrelleuse ne peut être mise en doute, on commence d'emblée les injections, jusqu'à amélioration clinique nette, soit jusqu'à concurrence de 4 à 6 en général. A ce moment on pratique l'inoculation qui, négative, autorise à cesser le traitement.

Positive, elle signifie qu'il faut au contraire persévérer et renouveler les mêmes épreuves quelques jours plus tard.

Si l'étiologie chancrelleuse n'est pas manifeste, on pratique l'auto-inoculation. Après s'être assuré de sa positivité, on ne lui oppose aucun traitement local, on se contente de l'observer au cours des injections. On les suspend quand la cicatrisation spontanée est obtenue. Ainsi encore la moyenne des injections est de 4 à 6. Le chiffre de 4 injections est presque toujours un minimum, celui de 6 doit être le maximum pour une série.

Comme nous l'avons vu, il est rare qu'on doive dépasser ce chiffre. Toutefois si une 2e série est jugée nécessaire, il est indispensable de laisser au moins une semaine de repos avant de l'entreprendre.

Contre-indications. — Telles sont les règles générales qui doivent guider la vaccinothérapie antichancrelleuse. Cette méthode ne souffre de contre-indications que chez des sujets dont l'état général est trop précaire pour qu'on ose les soumettre aux importantes réactions générales que nous avons signalées. Pareil obstacle nous a arrêté une seule fois chez un tuberculeux pulmonaire en cours de pneumothorax artificiel, qui avait contracté chancrelle et bubon.

Il faut éliminer aussi les sujets dont l'équilibre colloïdoclasique est instable, l'asthmatique par exemple ; mais c'est là une contre-indication à toutes les injections intra-veineuses que nous nous contentons de rappeler pour la vaccination antichancrelleuse.

A ces deux groupes de sujets convient plus spécialement la vaccinothérapie locale seule, à laquelle nous avons déjà fait allusion plus haut, et qui semble être une application logique des principes d'immunisation *in situ*, décrits par Besredka.

Pautrier (*Ann. Soc. franç. Derm.*, 14 mai 1925)

a obtenu d'excellents résultats de pansement vaccinaux des bubons sans injection.

Faut-il ou non associer à la vaccinothérapie intra-veineuse un traitement local ?

Dans un certain nombre de cas nous l'avons écarté à titre expérimental, et les résultats se sont presque toujours montrés satisfaisants. Néanmoins, il serait illogique d'en refuser le bénéfice aux malades, d'autant qu'on ne peut demander à cette méthode, spécifique, au moins en principe, d'englober dans son action les multiples infections secondaires qui accompagnent, le plus souvent, celle dont le bacille de Ducrey est la cause. Le traitement local ne doit donc pas être négligé et voici celui que nous croyons pouvoir recommander, en raison des bons résultats que nous en avons tirés, de concert avec la vaccinothérapie intraveineuse : sur les chancrelles, à partir du stade où l'ulcération est détergée, mise à vif sous l'influence de la vaccinothérapie, il suffit de quelques applications d'une solution de nitrate d'argent à 1/20, ou de vaseline iodoformée.

Les bubons inflammatoires, non suppurés, n'ont besoin d'aucun traitement local.

Par contre, les bubons purulents doivent être *le plus souvent ponctionnés, mais non incisés*. Il est parfois utile de faire suivre la ponction évacuatrice d'une injection de vaccin à l'intérieur du bubon, de préférence dans l'intervalle des injections intra-veineuses. Le traitement chirurgical (incision, curetage, exérèse ganglionnaire) est exceptionnellement nécessaire.

Le phagédénisme nécessite l'incision au thermocautère de tous les clapiers purulents qui l'éternisent, et peut bénéficier parfois de pansements locaux, soit à l'auto-vaccin (infections secondaires), soit au vaccin de NICOLLE,

En résumé, il ressort de ces quelques réflexions que la thérapeutique du chancre mou et de ses complications réalise un progrès sensible sous l'influence de la méthode vaccinale.

Il est intéressant de rechercher par quel processus agit la vaccinothérapie. L'hypothèse d'un choc hémoclasique, déterminant une leucopénie sanguine et une leucopédèse locale, apparaît bien théorique ; elle n'est du reste pas démontrée par les faits. Nous n'avons d'ailleurs retrouvé aucun des éléments caractéristiques du choc colloïdoclasique (leucopénie, inversion de la formule, chute de la tension artérielle), bien que les examens fussent pratiqués aussitôt après la piqûre, et longtemps avant l'apparition des réactions générales. Un seul fait nous a paru constant : l'apparition d'une forte polynucléose sanguine dans les heures qui suivent l'injection, c'est-à-dire au moment de l'acmé thermique.

Il semble donc y avoir désaccord entre les réactions hématologiques et cliniques, car celles-ci sont bien du type qu'on est habitué à constater au cours du choc colloïdo-clasique, mais ce désaccord n'est qu'apparent.

Il y a en effet, dans les réactions vaccinales, deux éléments, que WIDAL, A. LEMIÈRE et ABRAMI ont bien mis en évidence pour la vaccination antityphoïdique :

« L'un, spécifique, occasionné par les poisons que laisse diffuser le protoplasma des microbes injectés ;

« L'autre, de choc albuminoïdique banal, qui résulte de la pénétration dans l'économie, des protéines hétérogènes représentées par les corps bacillaires eux-mêmes ».

De ces deux éléments, le second a tendance à provoquer les perturbations hématologiques classiques du choc protéinique, mais le premier les modifie sensiblement.

C'est donc, malgré tout, par une action de choc qu'agit la vaccinothérapie antichancrelleuse, comme d'ailleurs le confirment amplement les réactions cliniques que nous avons signalées. Ainsi s'expliquent les résultats favorables obtenus par des médications de chocs non spécifiques. (Propidon, lait, vaccin T. A. B. de NICOLAS et J. LACASSAGNE).

Les réactions observés méritent d'être prises en considération, mais ne doivent que très rarement faire reculer devant l'application de cette méthode aux différentes complications du chancre mou, qui, grâce à elle, sont beaucoup plus rapidement conjurées que par les procédés habituels.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Trois tumeurs du cou.

Le hasard réunit aujourd'hui trois malades atteints de tumeurs du cou qui représentent trois types différents de tumeurs cervicales. Dans le premier cas il s'agit d'une jeune fille, âgée de 18 ans, qui présente une tuméfaction siégeant à la partie antéro-latérale droite du cou, particulièrement au niveau de la partie inférieure.

Dans un certain nombre de cas, en prenant des observations, il y a intérêt à commencer le diagnostic, en quelque sorte par un *diagnostic ana*

tomique, c'est-à-dire par la précision du siège de la lésion même, dont on cherchera ensuite à préciser la nature.

C'est ce qu'on doit faire en présence d'une tumeur du cou. Ici, la tuméfaction est étalée de haut en bas, suivant la direction sterno-mastoïdienne. La première chose à déterminer, c'est de savoir quels sont ses rapports avec le muscle. Quand on le fait contracter violemment, en priant le malade de plier la tête en avant, et en résistant au mouvement, on voit le muscle sterno-mastoïdien absolument plat et qui recouvre la tumeur. Par conséquent, celle-ci est située au-dessous du sterno-mastoïdien. Voilà un premier point acquis tout de suite par l'examen.

Cette tumeur arrive en dedans jusqu'au voisinage de la trachée. Pour voir si elle a des connexions avec la trachée, un moyen très simple est de faire avaler une gorgée de liquide. Tout ce qui adhère au larynx remonte avec lui pendant la déglutition. Ici, le larynx remonte très bien, mais la tumeur ne bouge pas. Elle est donc indépendante du larynx et de la trachée.

Au palper, elle a une forme générale arrondie, mais cependant un peu lobulée, ce qui fait penser tout de suite à des ganglions augmentés de volume. En bas, on sent du reste un ganglion isolé, mobile.

D'après ces signes, il s'agit d'une tuméfaction ganglionnaire. Dans l'aisselle il y a des ganglions plus petits, mobiles et bien séparés les uns des autres, alors qu'on n'en trouve pas du côté opposé.

L'examen pratiqué, au point de vue en quelque sorte purement anatomique nous fait donc constater l'existence dans la moitié inférieure du cou d'une masse ganglionnaire sous le sterno-mastoïdien, avec, en bas, un ganglion isolé, puis vers l'aisselle de petits ganglions. Reste à déterminer la *nature de la lésion*. La malade n'a jamais ressenti aucune douleur, la marche a été chronique, on peut éliminer toutes les adénites infectieuses aiguës ou même subaiguës. Les ganglions, en même temps qu'ils ont grossi, se sont fusionnés les uns avec les autres, au niveau de la masse principale, tout en restant indolents dans la partie plus récemment prise, ils sont isolés, ce qui fait penser à la tuberculose ganglionnaire. Du reste, cette malade a maigri et pâli. A défaut de séjour à la campagne, il y a une chose qui réussit quand il n'y a pas de fonte caséeuse, c'est la *radiothérapie*, préférable à une ablation.

La seconde malade a une tumeur médiane, régulièrement arrondie, ne s'accompagnant d'aucune altération tégumentaire. Elle suit les mouvements du larynx et de la trachée, ce qui fait penser immédiatement à une tumeur thyroïdienne.

Au palper, la tumeur est régulièrement arrondie, indolente, tendue, un peu rénitente ; elle à tous les caractères d'un kyste.

Il s'agit bien évidemment d'un kyste du corps thyroïde.

Il faut ou ne rien faire du tout, ou enlever le kyste, faisant une énucléation intra-gandulaire, opération simple et sans gravité. Certains médecins conseilleraient les préparations iodées. Celles-ci peuvent être utiles dans certains cas de goitres ceux à une sorte d'hypertrophie du corps thyroïde, mais dans un cas comme celui-ci, où il y a un *kyste* du corps thyroïde, où les lobes du corps thyroïde, — c'est-à-dire la partie principale du corps thyroïde, — ne sont pas notablement augmentés de volume, où il n'y a pas, à proprement parler, de maladie générale du corps thyroïde, l'iode serait absolument inutile : il n'aurait d'autre effet qu'altérer l'état général, faire fondre les seins, donc nuisible.

Les rayons X agissent sur certaines formes de goitres, mais n'agissent pas sur tous les cas, notamment ils n'agissent pas sur les kystes du corps thyroïde. Ils sont donc à rejeter dans ce cas, ils ont aussi un inconvénient, c'est de déterminer quelquefois de la sclérose autour du kyste, ce qui rend ultérieurement l'ablation difficile.

Le troisième malade, âgé de 58 ans, présente aussi une tumeur du cou, mais très différente des deux cas précédents en ce sens qu'elle est douloureuse. La tumeur siège dans la partie latérale gauche du cou. Les douleurs sont survenues trois mois après le début de la tumeur. Ces douleurs ont commencé par siéger dans la région de la tumeur, puis se sont étendues à la nuque et à la partie latérale du crâne.

Il existe sur la partie latérale gauche du cou, un peu au-dessus de la partie moyenne, une tuméfaction répondant assez exactement à la situation du sterno-mastoïdien, le débordant en arrière et en avant, et ne s'accompagnant d'aucune altération de couleur de la peau. Lorsqu'on fait contracter le sterno-mastoïdien, la saillie de la tumeur disparaît en partie, mais non complètement, il existe une légère voussure au niveau du sterno-mastoïdien.

Au palper, cette tumeur présente des caractères différents de ceux des deux malades précédents. Elle a des contours généralement arrondis, mais sa surface est lobulée, enfin, fait particulier elle est d'une dureté pierreuse. On peut la remuer un peu d'avant en arrière, on ne peut la remuer verticalement. Lors de la contraction du sterno-mastoïdien, elle est immobilisée.

Notons que cette tumeur, d'une part, est d'une dureté pierreuse, et, d'autre part, a envahi le sterno-mastoïdien. Cet envahissement est indiqué par deux signes : l'un est cette sorte de voussure qui persiste quand on fait contracter le sterno-mastoïdien en résistant au mouvement. L'autre, ce fait que la tumeur, qui présente des mouvements d'avant en arrière, n'en présente plus du tout lorsqu'on met le sterno-mastoïdien en tension.

De plus, le malade dit qu'au moment où il constata la présence d'une petite tumeur, il ne souffrait pas du tout ; deux ou trois mois après il eut des douleurs, qui sont descendues de la partie antéro-latérale du cou à la partie inférieure, puis, plus récemment, des douleurs remontant vers la région mastoïdienne, en un mot le long de toutes les branches du plexus cervical superficiel qui sont probablement comprimées.

En présence de ces constatations on peut faire le diagnostic de néoplasme ganglionnaire de nature maligne. Un tel diagnostic n'est toutefois pas complet, on peut rencontrer dans les ganglions certaines tumeurs néoplasiques présentant des caractères de malignité et naissant primitivement dans les ganglions : le lymphosarcome, ce diagnostic ne doit toutefois être accepté qu'après s'être assuré qu'il n'y a aucune lesion épithéliomateuse dans le territoire des lymphatiques afférents à ces ganglions les dégénérescences malignes des ganglions du cou étant le plus souvsnt secondaires. Il faut si l'on ne trouve pas immédiatement la lésion primitive la faire chercher par des spécialistes. Ces tumeurs profondes du cou peuvent correspondre à de tous petits épitheliomas développés dans le cavum, qui n'ont quelquefois donné lieu à aucun phénomène fonctionnel, et ne se manifestent au malade que par la présence d'un gros engorgement ganglionnaire. Toute tentative d'extirpation est contre-indiquée. On soumettra le malade aux rayons X, parce qu'il est bien établi que dans les épithéliomas du larynx, les rayons X agissent manifestement, si toutefois l'examen fait par un spécialiste confirme le diagnostic.

CLINIQUE MÉDICALE

La fragilité du syndrome anatomo-clinique des myocardites et les causes de l'insuffisance cardiaque dite primitive.

Par Noël Fiessinger.

Les recherches modernes dissocient lentement mais sûrement le groupe des myocardites. Lorsqu'on avait créé ce groupe on avait établi un rapport de causalité entre la lésion histologique de la fibre cardiaque ou du tissu interstitiel du myocarde et le syndrome d'insuffisance cardiaque avec hyposystolie, asystolie ou collapsus. Il s'était peu à peu établi qu'une insuffisance cardiaque aiguë ou subaiguë survenant sans une cause mécanique évidente : insuffisance valvulaire, hypertension artérielle, endocardite aiguë, péricardite aiguë ou symphyse du myocarde ne pouvait avoir comme cause qu'une altération anatomique du myocarde. Ce chapitre des myocardites comprenait ainsi des faits variables tirés de tous les recoins de la pathologie cardiaque.

Une insuffisance cardiaque avec collapsus survenait-elle au cours d'une pyréxie ? On prononçait le mot de myocardite aiguë, de même que l'apparition d'une tachyarythmie chez le sujet âgé faisait poser le diagnostic de myocardite chronique interstitielle.

Nous avons montré (*Cours de Pathol. Interne*, Faculté de Médecine 1925) combien l'édifice classique des myocardites prêtait à la critique, il chancelle sous la force des constatations modernes. Celles-ci se rapportent aussi bien aux myocardites aiguës, qu'aux myocardites chroniques.

On peut dire que pour les unes comme pour les autres les faits observés font saisir l'absence de corrélation étroite entre le trouble de la fonction et l'atteinte dégénérative. Ils se groupent en deux séries :

1° Il existe des lésions de myocardite sans grandes manifestations cliniques ;

2° Il existe des syndromes cardiaques sans altération du myocarde.

Dans la première série, nous apporterons les constatations que nous fîmes en 1911 avec notre collaboratrice Mme L. Roudowska (*Arch. de méd. expér. et d'an. pathol.*, janv. 1911 et janvier 1912). Nous avons à cette époque fait une étude histologique de la fibre cardiaque avec des techniques d'histologie fine et en nous mettant à l'abri de toute cadavérisation par un formolage et une réfrigération précoce. La fibre cardiaque présente des dégénérescences d'homogénéisation parcellaire ou terminale qui témoignent incontestablement d'une atteinte de la fibre. Ces dégénérescences n'ont aucune traduction clinique et faute d'expression fonctionnelle nous les avions considérées comme une altération terminale, une véritable *myocardite pré-agonique*. Comme à cette époque il existe de la tachycardie, de l'hypotension artérielle et des faux-pas du cœur, c'était la seule manifestation que nous trouvions de cette myocardite.

Depuis cette époque nous avons souvent observé des dégénérescences de la fibre cardiaque sans qu'on ait constaté durant la vie de ces malades le moindre signe anormal au niveau du cœur.

La même constatation peut être faite sur le cœur des vieillards. Il est fréquent d'y trouver des plaques des sclérose plus ou moins étendues, sclérose molle ou sclérose dure, l'athérome et la sclérose coronarienne et vasculaire sont aussi souvent dépistés, et ceci chez des sujets qui n'ont pas d'histoire cardiaque.

Dans la deuxième série, les faits ont une puissance encore plus démonstrative. Il existe des syndromes d'insuffisance cardiaque sans altération du myocarde, ce qui revient à dire si l'on reste classique que l'on diagnostique une myocardite qui n'existe pas anatomiquement. Prenons une maladie aiguë, la fièvre typhoïde. Rist à l'hôpital de Compiègne, nous-même à la même époque pendant la guerre, étions frappés de voir des typhiques succomber à des syndromes de myocardite et l'autopsie, faite dans d'excellentes conditions nous mettant à l'abri de la cadavérisation, nous montrait souvent l'intégrité du myocarde A. Dumas (*Journal de Médecine de Lyon*, 1924) rapporte de même une observation dans laquelle il s'était établi à la fin du deuxième septenaire de la fièvre typhoïde une tachycardie à 140, ayant persisté une huitaine de jours, s'étant terminée par la mort et dans laquelle l'autopsie avait montré l'intégrité complète du myocarde et des surrénales. Ces faits ne sont pas rares et bien des faits constatations n'ont pas été publiés parce qu'elles étaient en contradiction avec les idées classiques.

Je ne parlerai pas de ce qu'il reste de la myocardite chronique scléreuse en tant qu'entité clinique. J'avais durant mon internat chez Huchard, en 1905, montré à mon maître des myocardes indemnes chez des sujets classés myocardite chronique ayant présenté avant leur mort cette tachy-arythmie permanente que depuis on attribue simplement à une fibrillation auriculaire, c'est-à-dire à un trouble fonctionnel plus qu'à une lésion permanente. Les remarquables résultats observés dans le traitement de certaines de ces tachy-arythmies par la quinidine prouvent en tout cas que le trouble peut être passager, ce que l'on s'explique mal avec une lésion permanente de l'importance des scléroses diffuses.

Un certain nombre de constatations modernes font encore plus sentir l'absence de corrélation entre le trouble fonctionnel et la lésion.

Les premières remontent à un très beau mémoire de Josserand et Gallavardin de Lyon en 1901. Ces deux auteurs décrivent sous le nom de *myocardite subaiguë primitive* un syndrome d'insuffisance cardiaque chez des jeunes. Cette insuffisance cardiaque survient sans cause cardiaque valvulaire, sans cause infectieuse, sans cause toxique, elle se traduit par de la tachycardie, un bruit de galop, des œdèmes et un syndrome asystolique qui fait penser par son importance à une symphyse du péricarde. A l'autopsie deux de ces malades présentent des altérations scléreuses myocardiques, mais pour le troisième « on ne trouve pour expliquer soit l'hypertrophie de l'organe, soit la scène clinique, que des lésions interstitielles presque inappréciables, des lésions parenchymateuses discrètes et dont la signification était hier encore discutée. »

En 1914, Josué et Belloir rapportent quatre observations assez comparables à la troisième observation de Josserand et Gallavardin : gros cœur hypertrophié et dilaté, hypotension artérielle, lésions myocarditigues minimes, à l'autopsie de sujet ayant présenté une insuffisance cardiaque progressive. Ces auteurs croient trouver la cause de ces asystolies dans une sclérose avec hypertrophie de la capsule surrénale et nomment ces faits, *asystolies surrénales*.

A Lyon Paviot, Bouchut et Bonafé (*Thèse Lyon*, 1923) décrivent des faits de même ordre sous le nom d'hypertrophie primitive du cœur, ou de myocardite hypertrophique pure et isolée. Pour ces auteurs, cette hypertrophie primitive serait une conséquence de l'inflammation.

Laubry a créé un mot pour ces insuffisances cardiaques primitives, sans lésion ou avec peu de lésions. Il les a nommées myocardies, et son élève Jean Walser leur consacre un remarquable travail (*Thèse Paris* 1925) que nous avons déjà résumé (*Journal des Praticiens*, 12 déc. 1925). Je ne critiquerai ni le mot, ni le type clinique. Il est incontestable que les faits cliniques de ces insuffisances cardiaques primitives, avec asystolie irréductible, bruit de galop, assourdissement des bruits, souffles de dilatation, hypotension artérielle, alternance, et à l'autopsie desquelles on ne trouve, ni symphyse, ni endocardite, ni néphrite, mais seulement un gros cœur dilaté et hypertrophié sans lésion importante du muscle, il est incontestable que ces faits ont droit de cité et ils ne s'expliquent pas par une lésion du myocarde.

La connaissance de ces faits m'a rappelé un fait semblable que j'ai suivi en 1920 dans le service de mon maître Œttinger à Cochin : Jeune homme de 16 ans, asystolie progressive à cœur énorme avec tachycardie, hypotension, cyanose, gros foie, œdème. Tous ceux qui examinèrent ce malade pendant les deux mois que dura son asystolie posèrent le diagnostic de symphyse péricar-

dique, il mourut et à l'autopsie je n'ai trouvé aucune symphyse, aucune endocardite, le cœur gauche était énorme et dilaté de même que le cœur droit. Ne trouvant aucune explication à cette asystolie, j'avais classé cette observation pour étude ultérieure. Certainement elle prend place dans ce groupe des fausses myocardites ou des insuffisances cardiaques primitives.

Mais dire « primitives » c'est affirmer formellement notre ignorance des causes et des raisons de cette maladie. J'ai lu avec beaucoup de soin ce qu'a écrit sur ce sujet WALSER dans sa thèse, mais n'ai pas trouvé de quoi satisfaire ma curiosité.

« La pathogénie de la myocardie, écrit-il, est encore très obscure. Elle relève d'un trouble fonctionnel, portant sur la tonicité et la contractilité myocardiques, à l'origine duquel nous ne pouvons que soupçonner l'intervention de plusieurs facteurs. Ceux-ci appartiennent à trois groupes, dont l'action s'exerce isolément ou simultanément : le système nerveux intra et extra-cardiaque, les glandes endocrines l'état physico-chimique du sang. »

Que le pneumo-gastrique puisse exercer sur la tonicité du myocarde une action directe antitonique, que le sympathique puisse bouleverser le dynamisme cardiaque, que la surrénale et surtout le corps thyroïde puissent tout faire : tachycardie, arythmie, hyposystolie, que les troubles circulatoires intracardiaques puissent jouer un rôle? Personne ne le conteste. Mais cette multiplicité pathogénique fait bien saisir l'imprécision de nos connaissances et la fragilité des explications fournies.

Parmi les travaux que j'ai dû lire pour éclairer cette pathogénie, je dois une mention toute particulière à un mémoire de mon collègue et ami, A. DUMAS (de Lyon) (*Lyon médical*, 24 mai 1925). DUMAS se demande si ce gros cœur primitif de PAVIOT, BOUCHUT et BONAFÉ n'est pas un cœur en réalité secondaire, et secondaire à l'hypotonie vasculaire périphérique, dont l'hypotension est la traduction permanente.

A l'appui de cette idée, l'auteur lyonnais apporte plusieurs arguments :

Des arguments cliniques. — Il insiste sur le fait connu que l'anévrisme artério-veineux est susceptible de donner lieu à une asystolie véritable à type irréductible, commandée réellement par l'existence de cet anévrisme. L'anévrisme artério-veineux « en créant un véritable court-circuit dans le réseau vasculaire sanguin, provoque un surmenage du moteur central ».

Dans les maladies infectieuses, il insiste sur le collapsus vasculaire et l'insuffisance cardiaque qui apparaissent à la suite des crises d'hypotension intense.

Des arguments thérapeutiques. — L'extirpation de l'anévrisme artério-veineux ou la compression de l'artère ou amont de l'anévrisme, ralentissent le cœur, améliorent la contraction et font disparaître les signes d'insuffisance.

DUMAS trouve encore une preuve dans l'inefficacité des toni-cardiaques habituels, digitale ou ouabaïne contrastant avec l'efficacité des médications vasculaires qui élèvent la tension : bains froids, strychnine, ergotine et surtout adrénaline.

Nous ne parlerons pas des arguments histologiques et expérimentaux, qui nous ont paru avoir une moindre valeur.

Ainsi donc, on peut admettre que l'hypotension artérielle dans certaines conditions d'asthénie vasculaire peut engendrer une insuffisance cardiaque. Le fait mérite d'être enregistré, mais n'apporte pas encore la preuve de l'insuffisance cardiaque primitive, car, somme toute, il faudrait démontrer que les malades atteints de ce syndrome présentent au début même de leurs accidents une hypotension artérielle véritablement anormale. Il faut reconnaître que cette hypotension artérielle est fréquente en clinique, fréquemment très marquée et qu'il n'est pas habituel de lui voir entraîner un surmenage du cœur.

L'hypothèse est néanmoins intéressante, et la comparaison impressionnante avec les anévrismes artério-veineux mérite qu'on s'y arrête. Le sujet reste à l'étude. Mais d'ores et déjà on peut dire que la conception de la myocardite ne satisfait plus l'esprit, le cœur de plus en plus dans sa fonction se situe dans un organisme aux influences diverses. Le cadre s'élargit, il faut reconnaître qu'il ne gagne pas en clarté.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Hydrocèle de la vaginale consécutive à l'opération du varicocèle.

J'ai observé récemment deux cas d'hydrocèle de la vaginale, consécutifs à deux opérations de varicocèle. Je crois cette complication assez rare pour la signaler.

Opération du varicocèle par le procédé classique en chirurgie militaire : incision inguinale, dissection du paquet veineux antérieur du cordon, résection entre deux ligatures de 6 à 8 centimètres de ce paquet, enfin rapprochement de deux tronçons, réalisant ainsi la suspension du testicule.

Opération aussi peu traumatisante que possible pour celui ci et ses enveloppes.

Réunion per primam, enlèvement des sutures le 6e jour Vers le dixième, apparition, dans la vaginale, d'un épanchement de moyen volume. Le premier céda aux ponctions; le second, plus rebelle, nécessita ultérieurement le retournement de la vaginale.

Dr FAURE, *médecin principal de l'armée*

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Le traitement du psoriasis.

Il n'existe pas de traitement spécifique du psoriasis. MM. Lacapère et Montlaur (*Petits précis, Dermatologie*, 1925) conseillent :

a) *Traitement externe* : 1° de *grands bains alcalins* (200 à 250 gr. de *carbonate de soude*) par bain, et des applications de *vaseline salicylique* à 1/15 (huit à dix jours).

Lorsque les placards de psoriasis sont détachés, appliquer des cérats à l'*huile de cade* allant de 1/10 à 1/3 ou bien des pommades à l'*acide chrysophanique* à 1/100 (surveiller l'érythème chrysophanique).

En plus, *grands bains cadiques* :

Huile de cade	50 gr.
Jaune d'œuf	N° 1
Extr. fluide quillaya	10 gr.
Eau q. s. p.	250 cc.

Durée une heure : un bain tous les trois jours.

Pour le psoriasis du cuir chevelu, nettoyer la tête au savon fluide et mettre pour la nuit des *pommades au goudron* à 1/10 ou au *calomel* à 1/20.

Un traitement non salissant sera composé par les *collodions cadiques en badigeonnages* quotidiens :

Collodion à l'acétone anhydre	20 gr.
Huile de cade	10 —

ou les *vernis chrysophaniques* en applications bihebdomadaire (parfois irritants) :

Acide chrysophanique	5 gr.
Traumaticine	45 —

Supprimer à la moindre rougeur.

b) *Traitement interne.* — MM. Lacapère et Montlaur préconisent les injections intra-musculaires de calomel (une par semaine) :

Calomel	0 gr. 10
Gaïacol, Camphre	0 gr. 05
Huile d'olive lavée à l'alcool et stérilisée	q. s. p. 1 cc.

Cure de 6 à 8 injections.

L'*énésol*, trois fois par semaine (2 à 5 cc.), cure de 12 à 15 injections, le 914 en injections *intraveineuses* tous les cinq jours (0 gr. 15 à 0 gr. 30) ont réussi également.

Cures hydrominérales à Uriage ou Luchon.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les dangers de la quinidine.

Il faut se rendre à l'évidence. La quinidine, si elle régularise le cœur et elle ne le régularise pas toujours, est un dépresseur du myocarde dont le maniement est délicat. Les hautes doses sont dangereuses. Déjà à la dose de 0 gr. 60, M. Laubry a observé des syncopes impressionnantes. Précédemment nous avons signalé plusieurs cas de morts. M. Langeron (de Lyon), *Pratique médic. franç.*, déc. 1924), en publie un nouvel exemple. Une malade de 60 ans entre à l'hôpital avec un pouls irrégulier à 160, et tous les signes d'une distension des cavités droites (dyspnée, œdème des jambes, albumine). Du 21 au 29 février, la malade prend en tout 10 gr. 8 de quinidine (dose quotidienne maxima de 2 gr.). Le huitième jour du traitement, le pouls redevient régulier à 85. Le soir, sans avoir présenté aucun malaise la femme tombe brusquement, et meurt en trois minutes. A l'autopsie cœur gras sans lésions valvulaires, coronaires normales, aucune trace d'embolie.

M. A. Clerc qui a beaucoup employé la quinidine se montre prudent (*Arch. Maladies du cœur*, déc. 1925, p. 46). Il fait précéder le remède d'un traitement toni-cardiaque de précaution. D'autre part, l'ensemble de la cure ne doit pas dépasser 8 à 10 grammes. Ce n'est pas que même ainsi comprise, la médication réalise des miracles. La régularisation du rythme n'est obtenue que dans la moitié des cas et sur ce chiffre, la moitié seulement a vu se prolonger la guérison. Les arythmies récentes sont plus facilement combattues que les anciennes ; l'adjonction d'une maladie valvulaire est une cause d'insuccès.

Dans les *tachycardies paroxystiques*, le remède réussit quelquefois et semble même empêcher la production d'accès ultérieurs. Toutefois les insuffisances cardiaques, les sujets qui ont présenté des embolies antérieures s'en trouvent mal.

Toutes ces constatations n'appellent pas une confiance absolue. Si les contre-indications sont exactes, les avantages semblent plus contestables. Les *tachycardies paroxystiques* cèdent souvent avec n'importe quelle médication et qu'elles ne se reproduisent pas avec la quinidine, c'est un fait intéressant. Toutefois, l'ombre d'un correctif vient atténuer la réalité de ce bienfait. La quinidine est contre-

indiquée dans les insuffisances cardiaques ; or, la tachycardie paroxystique, si elle se prolonge au delà de quelques heures, crée rapidement une insuffisance cardiaque qui amène des distensions ventriculaires étonnantes. Comment savoir alors si oui ou non, il convient de prescrire le remède ? Le cœur est-il ou non en imminence de dilatation ? On ne sait pas. Dans le doute, mieux vaut se tenir aux médications classiques, *repos absolu au lit, vessie de glace sur le cœur, régime hydro-lacté de réduction, digitaline à faible dose,* V gouttes de la solution à 1/1000, *inspirations et expirations prolongées.*

Dans les autres maladies cardiaques, où l'arythmie existe seule, pourquoi la quinidine ? Les sujets ne souffrent pas de cette arythmie. Ils ne commencent à mal respirer que lorsque les ventricules entrent en distension. Or, la quinidine, aux doses recommandées, favorise cette distension dont se plaint le malade. Le médicament ne fait qu'atténuer, voire faire disparaître l'arythmie dont l'intéressé ne se plaint pas. Il semble en ce cas que le malade soit meilleur juge que le médecin, de la médication qui lui convient. Il préférera la digitaline en faibles doses dont il n'a rien à craindre à la quinidine dont les inconvénients sont autrement sérieux. Que lui importe une arythmie si la guérison de cette arythmie dont il ne souffre pas, se traduit par la production de troubles d'insuffisance cardiaque qui le transformeront en infirme.

C. F.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR

La radiumthérapie dans les cancers opérables du col de l'utérus.

Le radium ne fut tout d'abord employé que pour le traitement des cancers inopérables. Malgré ce qu'avaient de défectueux des applications faites à une époque où l'on n'avait pas une notion bien claire des principes fondamentaux de la radiumthérapie, des guérisons inespérées furent obtenues. Peu à peu, à mesure que la curiethérapie se perfectionnait, le radium fut appliqué aux cancers opérables du col utérin ; aujourd'hui, les meilleures statistiques des Chirurgiens et des Curiethérapeutes semblent bien s'équivaloir.

Ayant le choix entre la chirurgie et la curiethérapie pour traiter un cancer du col de l'utérus, doit-on employer l'une ou l'autre, ou bien les associer afin d'augmenter les chances de succès ? Rubens-Duval (1) a mis au point de façon magistrale cette importante question.

Les méthodes thérapeutiques valent ce que valent ceux qui les appliquent. Si les circonstances sont telles que le traitement doive être confié soit à un excellent chirurgien, soit à un médiocre radiumthérapeute, il ne faut pas hésiter à choisir la chirurgie seule.

Ceci dit, quelles sont les indications respectives de ces méthodes supposées appliquées aussi bien que possible ? Rubens-Duval estime que l'étude des réactions de l'organisme doit dominer la thérapeutique anti-cancéreuse. Ces réactions, si faibles soient-elles, ont une importance capitale ; sans elles, il ne saurait y avoir de radiothérapie efficace, et la chirurgie elle-même leur est redevable de guérisons, peut-être plus nombreuses qu'on ne le pense, qui surviennent après une exérèse incomplète.

Les réactions de l'organisme sont les unes locales, les autres générales, les réactions locales n'étant nulle part aussi accentuées que là où le tissu conjonctif lâche est abondant. En ce qui concerne le cancer du col utérin, les réactions locales s'observent donc surtout dans le paramètre et dans le museau de tanche, riches en tissu conjonctif ; elles sont souvent moins accusées dans le muscle utérin, où ce tissu n'occupe que les minces interstices des faisceaux musculaires lisses. Ceci explique peut-être la persistance, après curiethérapie intra-utérine, de quelques amas de cellules cancéreuses vivantes *dans l'épaisseur des parois utérines, alors que, au delà, la stérilisation du paramètre a été parfaitement obtenue.* C'est ainsi qu'à l'examen biologique de 51 pièces opératoires provenant d'hystérectomies pratiquées après curiethérapie, Gosset et Monod ont trouvé dix-sept fois des reliquats de cellules cancéreuses *dans les parois utérines.* Avec les techniques actuelles, le point faible de la curiethérapie est donc la persistance de cellules cancéreuses dans l'utérus alors que le paramètre est stérilisé. Il ne faut d'ailleurs pas exagérer ce risque, que des progrès de technique peuvent réduire de plus en plus. Toutefois, *il justifie l'ablation chirurgicale systématique de l'utérus suspect.*

Comment se présente l'hystérectomie après curiethérapie ? Comme une opération de grande facilité si, antérieurement à la curiethérapie, le cancer était réellement opérable. La curiethérapie préopératoire cicatrise en effet les ulcérations cancéreuses et, de ce fait, supprime les infections

(1) Communication à la *Société des Chirurgiens de Paris.* — *Paris-Chirurgical,* avril-mai 1925.

microbiennes surajoutées. Or, l'un des gros dangers de l'hystérectomie pour cancer du col réside précisément dans ces infections cervicales. J.-L. Faure a, maintes fois, insiste sur ce fait. La curiethérapie n'aurait-elle pas d'autre effet que d'assainir et de désinfecter le col, qu'elle constituerait le meilleur traitement pré-opératoire.

Mais il n'y a pas seulement amélioration locale ; il y a aussi amélioration de l'état général, et si remarquable qu'on peut voir des malades absolument transformées. Si le radium peut amener de telles résurrections chez des sujets épuisés par des pertes incessantes et dont les lésions ont dépassé les limites de l'opérabilité, n'est-il pas évident qu'il peut augmenter aussi les forces et la résistance de malades encore opérables ?

Sans chercher à nier la cicatrisation des lésions locales, ni le rétablissement d'un excellent état général, certains chirurgiens accusent le radium de provoquer de telles scléroses péri-utérines que l'hystérectomie devient difficile et dangereuse (absence de plans de clivage, risques de blessure des uretères, difficultés de l'hémostase). De ces chirurgiens, les uns rejettent la curiethérapie pré-opératoire, les autres opèrent le plus tôt possible (dans les trois semaines qui suivent l'application du radium, afin de devancer la réaction de sclérose).

Opérer si peu de temps après l'application de radium, c'est se priver de la plupart des avantages de la curiethérapie. C'est à peine si les ulcérations se cicatrisent et si le col se désinfecte ; c'est à peine si l'état général des malades commence à se relever. Bien plus, l'application de radium, surtout si elle a été la cause d'une abondante résorption de déchets cellulaires, n'a pas été sans déterminer un certain choc. Les malades qui viennent de subir une puissante application de radium sont des convalescentes ayant besoin de réparer leurs forces : il leur faut pour cela un mois ou six semaines. Pratiquée pendant ce temps de réparation, où la résistance de l'organisme, qui plus tard serait augmentée, est temporairement diminuée, une intervention chirurgicale risque d'ajouter au choc radiumthérapique un choc opératoire dont la superposition n'est peut-être pas sans dangers. Des hystérectomies exécutées très facilement dans de telles conditions ont certes été suivies de guérison, mais trop souvent, aussi, de mort. Cette conduite doit être désormais déconseillée.

Que faut-il penser, d'autre part, des redoutables scléroses *attribuées* à l'emploi du radium ? Si le rayonnement du radium est capable à lui seul de provoquer la sclérose des tissus irradiés, cette sclérose devrait se produire dans tous les cas ; or, on ne la constate qu'après les irradiations pour cancers compliqués d'infiltration de la base d'un ligament large : les amas de tissu scléreux représentent la cicatrice des foyers néoplasiques dont la cytolyse a été provoquée par le rayonnement.

Il est possible que la curiethérapie pré-opératoire ne puisse pas rendre opérables des cancers qui ne l'étaient point, mais il est aujourd'hui avéré qu'elle ne saurait, en rien, diminuer l'opérabilité des cas chirurgicaux. Elle simplifie même l'intervention, en permettant de la limiter à la simple ablation de l'utérus, au lieu de pratiquer « un Wertheim ». Gosset et Monod, qui ont pratiqué de nombreuses hystérectomies après curiethérapie, déclarent que la radiumthérapie facilite l'intervention au lieu de la compliquer.

On peut donc affirmer que la curiethérapie pré-opératoire constitue la meilleure préparation à l'intervention chirurgicale ; un délai minimum de deux mois sera ménagé entre l'application de radium et l'hystérectomie. Ce traitement des cancers du col de l'utérus en deux temps successifs, le premier, curiethérapique ; le second, chirurgical, rallie des partisans de plus en plus nombreux.

Aux avantages de la curiethérapie pré-opératoire, il faut opposer les inconvénients de l'association inverse, où le radium n'est employé qu'après hystérectomie et comme complément de celle-ci. Agir de la sorte, c'est se priver des principaux avantages du radium et additionner les inconvénients de la chirurgie et de la curiethérapie. De fait, l'expérience montre que les résultats de ces deux méthodes ainsi associées sont généralement inférieurs à ceux de l'une ou de l'autre employée seule ; l'acte opératoire n'est en rien simplifié : il faut opérer aussi largement que si l'hystérectomie constituait l'unique traitement ; le col n'est pas désinfecté. C'est donc l'opération de Wertheim avec tous ses risques.

Celle-ci faite, la répartition et le dosage des appareils radifères en différents points de la plaie opératoire présentant de grandes difficultés ; trop faibles, les appareils seront incapables de détruire les cellules cancéreuses qui peuvent avoir échappé au bistouri ; trop puissants, ils risquent de provoquer de la radionécrose de la vessie ou du rectum. Il faut donc s'abstenir de pareilles irradiations.

J. L.

CLINIQUE MÉDICALE

La forme pseudo-tuberculeuse du rétrécissement mitral.

On connaît la forme pseudo-tuberculeuse du rétrécissement mitral congénital pur à la puberté. S. Bonnamour et J. Brochier (*Journal de Médecine de Lyon*, 15 décembre 1925) signalent que ces formes se retrouvent aussi dans le rétrécissement mitral acquis.

1° *Forme de bronchite diffuse avec prédominance aux bases.* — Dans quelques cas ce sont des accidents pulmonaires aigus survenant au cours d'une asystolie ou surtout d'une simple poussée d'insuffisance cardiaque, chez des femmes à passé pathologique plus ou moins chargé, ayant des bronchites répétées tous les hivers, qui font conclure, à un examen trop rapide, à une bronchite bacillaire.

Quels sont les signes que l'on observe ?

Tout d'abord la présence de râles muqueux très abondants aux sommets, chez un malade porteur d'une lésion cardiaque est déjà un fait anormal qui doit attirer l'attention, car s'ils étaient produits par des lésions tuberculo-caséeuses, celles-ci seraient considérables ; or, jamais un cardiaque ne présente de pareilles lésions.

De plus ces râles du sommet sont plus humides, plus superficiels, plus abondants, plus mélangés de râles sonores que ne sont ordinairement les craquements humides. Ils sont aussi plus nombreux vers les parties inférieures, en avant comme en arrière.

Egalement ils s'accompagnent de diminution de la sonorité, sans retentissement de la toux et de la voix, contrairement à ce que l'on constate dans la tuberculose pulmonaire.

On ne retrouve pas de bacilles de Koch dans les crachats.

2° *Forme bronchitique aiguë avec phénomènes généraux.* — Ces symptômes généraux sont relativement impressionnants : température à début progressif, montant en quelques jours à 39°, avec points de côté, état général précaire, diarrhée, etc. Chez une femme essoufflée depuis quelques années, amaigrie, racontant qu'elle a, un moment donné craché du sang, la constatation de ces phénomènes pulmonaires aigus fait penser de suite à une poussée tuberculeuse aiguë.

3° *Forme congestive d'un ou deux sommets.* — D'autres fois la localisation d'une poussée congestive à un sommet rend le diagnostic plus délicat. On comprend cependant l'importance d'un diagnostic exact en pareil cas, car la conduite à tenir diffère singulièrement suivant que l'on est en présence d'une simple complication passagère d'un rétrécissement mitral ou d'un début de tuberculose évolutive.

On peut observer de la submatité du sommet avec une légère augmentation des vibrations. La respiration est rude avec quelques râles sous-crépitants.

Le repos et la thérapeutique tonicardiaque suffisent pour faire disparaître ces symptômes en quelques jours.

4° *Forme œdémateuse avec accès asthmatiforme.* — On peut voir survenir la nuit des quintes de toux violentes avec expectoration abondante et spumeuse. Ce sont de véritables œdèmes du poumon.

Ces cas d'œdème pulmonaire avec dyspnée asthmatiforme sont relativement rares chez les mitraux, mais ils ne sont pas exceptionnels. Ribierre, dans la *Revue Médicale Française*, rapporte un cas typique de grand œdème du poumon chez un malade de 18 ans porteur d'un rétrécissement mitral. Gallavardin (*Archives des maladies du cœur*, 1921) signale quatre cas d'œdème pulmonaire complet ou incomplet survenus dans des cas analogues.

5° *Forme hémoptoïque.* — Dans les trois quarts des observations de Bonnamour et Brochier on relève l'apparition d'une ou de plusieurs *hémoptysies*, et dans tous ces cas ce fut l'hémoptysie qui fit porter le diagnostic erroné de la tuberculose pulmonaire.

Dans un premier ordre de faits, l'hémoptysie est et reste le seul symptôme ; la malade, une jeune fille le plus souvent, est amenée parce qu'elle crache ou parce qu'elle a craché du sang, et cependant, malgré un état général relativement bon, malgré une absence souvent totale des signes pulmonaires cliniques et radioscopiques d'une phtisie possible à son début, on est souvent tenté de dire qu'il y a à la base de ce crachement de sang une tuberculose pulmonaire abortive, une de ces tuberculoses restées jusque-là latentes absolument et qui, ultérieurement, peuvent ne donner aucun nouveau phénomène clinique. On porte un pronostic bénin, réservé cependant quant à l'évolution possible, d'une tuberculose ultérieure, et l'examen du cœur, incomplet ou trop rapide, a laissé passer un rétrécissement mitral typique ou plus souvent incomplet dans ses manifestations stéthoscopiques.

Il est des cas cependant où l'on se trouve d'emblée aiguillé vers l'origine exacte de cette hémoptysie. La malade, en effet, à un interrogatoire serré et complet, avoue une chorée ancienne, comme dans l'une de nos observations, ou décrit des phénomènes articulaires douloureux accompagnés d'ascension thermique marquée ; cependant, il est souvent difficile de faire préciser aux malades les caractères exacts d'une affection lointaine ; ils insistent plus volontiers sur ce qui cadre avec leurs idées, car pour eux, hémoptysie veut dire tuberculose, ils insistent surtout sur leur état actuel et leurs antécédents récents.

Ceux-ci, dans de nombreux cas, simulent à s'y méprendre, dans le domaine fonctionnel, les symptômes d'une tuberculose pulmonaire à son début : inappétence et amaigrissement, pâleur, asthénie, toux quinteuse, enfin, et surtout, hémoptysie.

Dans ces différents cas on pourrait penser à la coexistence de tuberculose pulmonaire et de rétrécissement mitral.

La constatation des signes classiques de la sténose mitrale ne doit pas faire d'emblée éliminer la tuberculose du poumon, mais plusieurs éléments ont une grande valeur. Ce sont tout d'abord les caractères des signes pulmonaires. A ces caractères particuliers il faut ajouter l'absence de signes radioscopiques et l'absence *constante* de bacilles de Koch dans l'expectoration après les diverses épreuves de l'examen direct et de l'homogénéisation pratiquée suivant une bonne technique et à *diverses reprises*.

Enfin, l'efficacité du traitement digitalique qui, chez toutes ces cardiaques, au myocarde défaillant, a fait cesser en quelques jours tous les signes pour lesquels elles avaient été hospitalisées.

PRATIQUE MÉDICALE

Le vaccin sous cloche.

Par le Dr R. Vizerie (de Souillac).

En cette période de variolophobie, où la vaccination a été pratiquée à tour de bras, j'ai souvent constaté au lieu d'inoculation du vaccin des phénomènes inflammatoires intenses, accident en général évitable si les médecins et les sages-femmes le veulent bien.

La vaccination — on n'ose pour elle, employer le terme d'intervention — ne doit pas être traitée par le mépris. Il faut la pratiquer suivant les règles de l'antisepsie et de l'asepsie. On l'oublie trop. *Frictionner* la peau avec un coton imbibé d'un antiseptique ; comme le vaccin n'aime pas les antiseptiques, l'enlever par de l'eau bouillie tiède. Se servir d'épingles du commerce à tête noire, à pointe très fine — les flamber avant l'usage — chaque vacciné a ses épingles, c'est une mesure de sécurité.

Avec semblables précautions, quelques personnes ont présenté tous les signes de l'inflammation aux points inoculés, ayant, par grattage, ou par frottement d'une chemise non stérilisée, provoqué une infection surajoutée.

Peut-on, d'une façon générale, éviter ces souffrances ? je le crois ; il suffit quelques instants après l'inoculation du vaccin, de mettre les points inoculés sous cloche, de les isoler sous une bande de leucoplaste qu'on laissera en place douze à quinze jours, sauf indication spéciale.

Est-ce à dire qu'on évitera toujours toute complication ?

Il ne faut pas oublier que la vaccine est une maladie légère, inoculée pour éviter une maladie grave. Le vaccin peut produire des accidents ; ici, comme toujours, intervient la question du terrain.

Je viens d'observer un garçon de 12 ans, parisien, envoyé à la campagne, fils d'alcoolique. Cet enfant est chétif, mais n'a jamais eu la moindre maladie. Sept jours après une vaccination positive, il a fait une éruption polymorphe-scarlatiniforme à la face, morbilliforme et purpurique sur le reste du corps, avec une cinquantaine de boutons vaccinoïdes.

L'éruption a duré une dizaine de jours, et a été suivie d'un ictère intense et généralisé, à longue durée ; ces divers symptômes ont évolué sans fièvre, sans atteinte de l'état général.

En résumé, si l'on prend pour la vaccination les précautions indiquées par les auteurs, et si l'on isole le vaccin, les accidents seront très rares, et en tout cas, dus au seul vaccin.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

Un procédé nouveau de réduction des luxations basses de l'épaule.

Par M. le Dr Faure,

Médecin principal de l'Armée.

J'ai réduit deux luxations basses de l'épaule par un procédé que je crois susceptible d'intéresser nos confrères par sa simplicité et sa facilité. L'une

de ces luxations avait résisté deux fois au Kocher.

Se placer perpendiculairement au côté lésé, face à l'épaule. De la main droite, empoigner le coude du blessé, le soulever doucement et faire appuyer la main sur l'épaule du chirurgien : continuer à soutenir le coude, sans traction, du bout des doigts de la main gauche, aller au fond de l'aisselle accrocher la tête humérale et la ramener à soi en la remontant : la tête rentre aussitôt dans la cavité glénoïde sans aucun effort, avec une facilité déconcertante.

Le malade n'est pas prévenu, ne résiste pas, ne se contracte pas, et ne souffre pas.

Ce procédé peut s'apparenter à la méthode de Mothes, traction en abduction haute, mais il en diffère cependant essentiellement parce qu'il ne nécessite ni traction, ni ni contre-extension, aucun effort, pas d'aide. Je crois qu'il mérite d'être essayé.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La syphilis est-elle en décroissance dans la classe ouvrière? — MM. Jeanselme et Burnier. — Depuis 1924, la fréquence de la syphilis augmente dans la classe ouvrière; le gain obtenu en 1921, 1922 et 1923 est perdu à nouveau. Les collègues de M. Jeanselme ont noté la même recrudescence. L'afflux des immigrants étrangers et l'emploi de méthodes thérapeutiques peu efficaces sont la cause de cette morbidité accrue. Le bismuth en effet agit mal contre les accidents primaire et secondaire et il est trop employé à cette date.

La rachianesthésie dans l'opération césarienne. — M. Brindeau. — Cette rachianesthésie favorise les contractions et la rétraction utérine. L'auteur a pratiqué 102 rachianesthésies pour opérations césariennes. Toutefois l'opération n'est pas sans danger; l'auteur a eu à déplorer deux morts, mais il n'y a pas d'hémorragie et en général les suites opératoires sont très simples.

Fonctionnement d'une maternité pour tuberculeux annexée à la clinique Baudelocque. — M. Couvelaire. — Le nombre des avortements est minime et aucun enfant n'est mort pendant la gestation, malheureusement la grossesse est très grave pour ces femmes et un chiffre de 38 0/0 a succombé dans les mois qui ont suivi l'accouchement; deux seules sont mortes qui avaient subi un pneumothorax artificiel.

Valeur de la transfusion du sang chez le nouveau-né. — M. Paul Guéniot.

Election de deux correspondants étrangers (sixième division, Pharmacie). — M. Carracito (de Madrid), est élu par 76 suffrages; M. Greenisch (de Londres), par 66 suffrages contre 5 à M. Khoury (d'Alexandrie) et 2 à M. Van Itallie (de Leyde).

2 mars.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A propos du traitement des tumeurs des os. — M. L. Tavernier (de Lyon) pense que la résection ne peut plus être considérée comme méthode de choix dans le traitement des ostéosarcomes : l'amputation à distance reste l'arme la plus puissante. Excessives dans les tumeurs bénignes, les résections sont insuffisantes dans les tumeurs malignes; leur vogue n'est venue que de la difficulté du diagnostic de la malignité. Or, M. Tavernier affirme que la radiographie permet de distinguer sans peine les tumeurs bénignes des tumeurs malignes.

Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité supérieure du tibia. Evidement; greffes ostéo-périostiques. Résultat après dix mois. — M. Lecène relate une observation de M. Lombard (d'Alger), dans laquelle les greffes ont donné un beau succès; il expose le résultat de son expérience personnelle sur les tumeurs à myéloplaxes et leur traitement.

Trois cas de luxation de l'épaule avec fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. Rouvillois rapporte ces observations de M. Clavelin (du Val-de-Grâce). Dans un cas, on put réduire par simples manœuvres externes; dans un second cas, il fallut recourir à une résection; dans le troisième, concernant une femme âgée, il n'y eut aucune intervention, et le résultat fut suffisant.

M. Lenormant pense que la résection s'impose presque toujours chez les sujets âgés, et que l'incision de choix est l'incision de Louis Bazy.

(*17 février*). J. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 février 1926.

Infections secondaires des ascites cirrhotiques. — M. Lemierre résume ses constatations sur les infections secondaires des ascites cirrhotiques. Ces infections sont rarement dues aux ponctions. Cependant dans deux cas, il a observé des infections suivant la

ponction et curables spontanément. Il existe aussi des infections agoniques sans péritonite.

M. Ménétrier a rapporté une infection à pneumocoques dans une ascite cirrhotique. Les infections par trocart sont exceptionnelles.

M. Caussade insiste sur la fréquence du bacille de Koch dans les fausses membranes des ascites.

Un cas d'hémicraniose. — M. Jules Dereux présente une malade qu'il a eu l'occasion d'étudier dans le service du Dr Nageotte, à la Salpêtrière. Ce cas répond à la description de l'hémicraniose de MM. Brissaud et Lereboullet. Il est caractérisé : 1° par une hyperostose limitée au domaine du trijumeau d'un côté ; 2° par la coexistence d'une tumeur profonde intra-crânienne ; 3° par l'origine congénitale de l'affection. L'intérêt de ce cas réside, non seulement dans sa rareté, mais encore dans l'aspect radiographique du crâne, qui montre l'existence de la tumeur profonde qu'on n'avait pas pu, dans les cas comparables d'hémicraniose congénitale déceler radiographiquement.

M. Léri insiste sur l'existence de tumeurs superficielles et profondes des méninges simulant l'hémicraniose.

M. Apert signale que l'hémicraniose n'est pas totale dans ce cas.

M. Sicard dans un cas semblable a observé une tumeur profonde et diffuse des méninges.

Héliothérapie de la péritonite tuberculeuse. — M. Armand-Delille présente une jeune fille qui a présenté une péritonite tuberculeuse particulièrement cachectique et dont elle a guéri par une cure solaire en altitude (Odeillo).

Hépato-néphrite grave suivie de paratyphoïde. — MM. Pagniez et Esculier rapportent l'histoire d'une hépato-néphrite grave avec azotémie et ictère qui fut suivie d'une paratyphoïde à para B.

M. Troisier. — L'infection des paratyphiques B est très rare dans les ictères, mais peut compliquer un ictère. Il existe des ictères dont la cause échappe.

M. Labbé. — L'exploration de la fonction azotée peut être utile pour suivre l'évolution de ces ictères infectieux.

M. Noël Fiessinger insiste sur l'existence de faits qui ne sont pas spirochétosiques malgré une grande analogie clinique.

M. Armand-Delille a observé, aux Dardanelles, une épidémie d'ictères à para B.

M. Paisseau a fait les mêmes constatations. L'ictère commun par épidémie familiale n'est pas spirochétosique.

M. Lemierre a vu récemment des spirochétoses typiques chez des hommes travaillant dans les abattoirs. Il existe à côté de ces faits des ictères nettement dus à des paratyphiques B.

M. Lortat-Jacob a observé des ictères à paratyphoïde pendant la guerre.

M. Benarda fait les mêmes constatations.

M. Chiray, dans une épidémie familiale, et de quartier, à Versailles, n'a pu déceler ni paratyphique, ni spirochétose.

M. Troisier. — Il existe des épidémies d'ictère avec ou sans fièvre dont la cause bactériologique échappait à toute analyse.

Ictère grave avec septicémie colibacillaire. — MM. Etienne May et R. Boulin ont vu un ictère grave à rechute simulant la spirochétose, dont la cause résidait dans une septicémie à colibacilles.

M. Martin. — Il y a des épidémies d'ictère familial non spirochétosique. Mais il y a encore des spirochétoses de piscine. Actuellement la spirochétose est relativement rare.

M. Coyon vient d'observer une spirochétose typique.

M. Lortat-Jacob, après Pagniez, insiste sur les alopécies post-spirochétosiques et sur celle de la grippe épidémique.

M. Hallé croit que la grippe familiale peut être compliquée d'ictère en série.

L. Laignel-Lavastine a observé une spirochétose à réaction positive dans le liquide céphalo-rachidien.

Les ferments digestifs dans les affections du pancréas. — MM. M. Chiray, J. Lebon et W. Gozlan, poursuivant leurs études sur les ferments digestifs du suc duodénal, abordent, dans le présent travail, l'étude des variations de ces ferments au cours des affections du pancréas. Ils indiquent dès l'abord que les résultats fournis par cette étude sont encore assez peu satisfaisants par ce qu'on a jusqu'ici pratiqué les dosages sur un suc quelconque recueilli par tubage au lieu de s'adresser à un suc de sécrétion provoquée, comme on peut le faire grâce à la technique qu'ils ont exposée dans une note antérieure. Ils considèrent comme probable que si l'on dosait les enzymes de 10 en 10 minutes sur le suc de sécrétion pancréatique, provoquée par l'épreuve du lait et si l'on inscrivait les résultats de ces dosages sur une courbe, celle-ci mettrait nettement en évidence toutes les insuffisances pancréatiques externes.

a) L'étude du suc duodénal dans les pancréatites aiguës a donné les résultats les plus contradictoires aux auteurs qui ont entrepris la mesure des diastases sans cette précaution.

b) Dans les cancers du pancréas l'étude biologique du suc duodénal a donné des renseignements plus importants car elle a révélé habituellement une rétention complète des éléments de la bile et des ferments pancréatiques.

BIBLIOGRAPHIE

Freud. L'homme, la Doctrine, l'Ecole, par Fr. WITTELS, *traduit de l'allemand* par Mlle L.-C. HERBERT. — Librairie Félix ALCAN. — Un volume : 2 francs.

Les éditeurs feraient bien de ne pas continuer. Vraiment il y a trop de Freud et de freudisme. En France, nous aimons le sentiment de la mesure. Les exagérations ne nous disent rien qui vaille. Or, la doctrine de Freud est le règne du *kolossal* en matière psychique. Le volume actuel nous donne une biographie de Freud. Il est né en 1856, à Fribourg, petite ville provinciale de la Moravie. Une vieille paysanne avait prédit à sa mère qu'elle avait donné au monde un grand homme. Après son baccalauréat, le jeune homme se rendit en Angleterre pour faire visite à un demi-frère qui par son âge eût pu être son père, car il était de vingt ans plus âgé.

De plus, l'auteur nous apprend qu'il s'est brouillé avec Freud pour des raisons personnelles.

Cela n'empêche qu'il lui rend justice et accepte sa règle morale de la famille : la vénération pleine d'amour des enfants pour les parents.

Ce volume renferme en plus des renseignements sur les élèves de Freud et leurs doctrines : Alfred Adler, C.-G. Jung. L'auteur lui-même nous fait part de ses découvertes. Il en a fait une dont il réclame l'honneur et dont nous lui laisserons la paternité. « Le grand succès des femmes très désirées et très aimées, écrit-il (p. 191) repose sur les instincts homosexuels des hommes. Les hommes aiment dans les hétaïres d'autres hommes dont ils savent que beaucoup ont couché entre les bras de cette femme et y coucheront après eux. » M. WITTELS conclut : « Lorsqu'un malade m'assure qu'il n'aime et ne possède que des femmes extraordinairement belles, je conclus à l'homosexualité ».

La France n'est pas seulement le pays de la mesure. Elle est encore celui du bon sens.

Quand un homme aime une femme, c'est une femme qu'il aime. M. WITTELS pense que c'est un homme. Nous lui laissons la responsabilité de son jugement.

Les Maladies de l'Ovulation, par Paul DALCHÉ, *médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu*. — VIGOT frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. In-8°, 176 pages. — Prix : 12 francs.

Les causes de ces maladies de l'ovulation se trouvent surtout dans l'hérédité ou les affections de l'enfance : tuberculose et hérédité tuberculeuse, syphilis et hérédité syphilitique, maladies aiguës, intoxications, conceptions au cours de l'ébriété, etc.

L'aménorrhée, à laquelle se rattache l'étude de l'inhibition et de la débilité glandulaire, fait poser des questions grosses d'incertitudes : faut-il traiter l'aménorrhée, quelles malades doit-on traiter et comment ? Une médication emménagogue peut rester inutile ; elle risque de devenir dangereuse.

Enfin l'auteur après avoir envisagé assez longuement les rapports des dysménorrhées dites essentielles avec les maladies de l'ovulation et exposé ce qu'il entend par dysménorrhée anaphylactique, arrive à l'ovarite menstruelle, qu'il propose d'appeler *ovarite ovigène* (comme on dit pneumonie pleurogène), ovarite par ovulation défectueuse.

Les complications en sont nombreuses, quelques-unes graves ; la chlorose ménorragique de Trousseau est une des plus intéressantes.

Dans ces divers chapitres, le traitement tient une place importante. En résumé bon livre animé d'une haute expérience personnelle.

Eléments de Philosophie médicale, par le Dr Noël HALLÉ. — Un vol., 432 pages, Paris. — Marcel RIVIÈRE — Prix : 9 francs.

Voici un excellent livre. Un souffle d'air pur y circule, qui balaie, anime, vivifie, exhausse. En écrivant ces éléments de Philosophie médicale, M. Noël HALLÉ tout d'abord étudie les fondements de notre art, ce qu'il comporte de relativisme et de probabilité et les rares certitudes dont dispose le médecin. L'enseignement médical se montre tout à fait incomplet ou plutôt il n'existe pas du tout, quant à la formation morale de l'étudiant. Qui lui apprend ses devoirs et comment la déontologie lui servirait-elle de guide ? Elle est sans efficacité parce que ni fondée ni imposée. Bâtir sur des nuées, cela n'a jamais valu des constructions bien solides. Aussi voyant toutes les bases de la morale glisser devant celui qui prétend édifier sur elles un monument durable, M. Noël HALLÉ propose la croyance chrétienne comme appui fondamental et comme support de matériaux qui ne fléchiront pas. Fruit de quarante années d'observation, ce livre respire la droiture et une véritable beauté spirituelle. Il grandit la profession médicale et la place sur une estrade de confiance et de dignité qui appelle la sympathie et le respect.

Le laboratoire dans la médecine journalière, par le Dr Philippe NAVARRE. — Un vol. in-16 de 208 pages. Cartonné. — Prix : 14 francs. — Gaston DOIN et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e). — R. C. Seine, N° 38.954. — Chèques Postaux N° 201.74.

Ce petit ouvrage comprend trois parties : la description de l'instrumentation, des méthodes et des procédés classiques, avec l'indication de « tours de main ». Il compose un guide des recherches bien ordonné et qui a su se garer des techniques difficiles.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. 1926

PSYCHIATRIE

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale
(Asile Clinique)

Variétés cliniques du délire à deux.

Par M. le Pr Henri Claude (1).

Les diverses variétés de folie à deux ne sont que des expressions de la folie collective, qui elle-même obéit à la loi commune des interréactions des diverses personnalités qui jouent leur rôle dans la vie sociale. La vie psychique individuelle n'est dans son unité passagère qu'un reflet, une condensation et, pour ainsi dire, une cristallisation de la vie psychique collective (Dupré). C'est pourquoi, si facilement, par une sorte de phénomène de répercussivité, nous voyons les courants d'opinion se faire en bloc, conformément à des affinités préétablies, d'autant plus que dans ces conditions la puissance est augmentée par le nombre et l'effort individuel diminué. Il est difficile de délimiter dans les faits d'ordre politique ou sociologique où commence l'état pathologique, où finit l'état normal ; l'histoire des « folies à plusieurs » rentre au contraire dans le cadre pathologique et s'est confondu longtemps avec les épidémies de folie religieuse ou politique avérées, de folie hystérique, de sorcelleries, les histoires de maisons hantées, etc... Toutefois dans les manifestations collectives, l'activité délirante est le plus souvent temporaire.

La première étude psychiatrique des faits de *folie contagieuse* date du rapport de Lasègue-Falret (1877) où est discutée la notion d'une *contagion délirante*, comparable aux contagions par infections, par transports de germes. Mais en même temps Baillarger et Lunier soustrayaient de cette classe les *folies imposées* en démontrant qu'il n'y a dans ces cas que transmission d'idées délirantes et non de processus délirant. La même idée a été reprise par de Clerambault et Lamache qui distinguent dans ces cas la Psychose du Délire « Seuls se transmettent d'un individu à un autre 1° les thèmes idéiques ; 2° une partie minime du fonds affectif correspondant. » Les thèmes idéiques nourrissent certes le délire avec l'adjonction d'un appoint affectif et physio-pathologique variable. La Psychose au contraire prend ses racines dans une constitution morbide, conditionne une activité fonctionnelle originellement troublée, par une disposition innée et des réactions adéquates. Toutefois il y a des cas dans lesquels sans que la psychose ait pris corps, le *terrain* est suffisamment préparé pour que, sous l'influence de manifestations délirantes psychotiques à proximité, le trouble mental se développe avec une facilité remarquable comme par une sorte de phénomène de *résonnance à l'unisson*.

Enfin, à côté de la *folie contagieuse* et de la *folie imposée*, n'existe-t-il pas une autre variété qui a été décrite par Régis dans sa thèse sur la *Folie simultanée* dans laquelle il y a développement côte à côte de deux délires favorisés par les conditions de milieu, des incidents multiples, sans qu'il y ait pénétration des deux délires ? Mais le plus souvent les deux délires, étant alimentés par les mêmes événements, les mêmes conversations, se confondent avec quelques variantes seulement.

Les Folies collectives se présentent en général en clinique sous la forme de délire à deux ou à trois.

C'est la mère et la fille, ce sont deux sœurs, c'est le mari et la femme, quelquefois deux amis toujours en somme des personnes dont les existences sont intriquées, qui participent aux mêmes joies, aux mêmes souffrances. J'ai eu un exemple très beau de délire à trois, la mère et les deux fils : l'un des fils étant un hébéphrénique délirant et la mère et un fils plus jeune ayant accepté secondairement et à un degré moindre les idées délirantes de persécution du premier, tout en le considérant jusqu'à un certain point comme un malade et l'excusant.

Il y a diverses variétés cliniques de délires : le plus souvent il s'agit de délire de persécution, fondé sur des interprétations, des idées d'influence, parfois c'est un délire mystique avec des interprétations énormes, ou bien il s'agit d'un délire hypochondriaque ou mélancolique avec idées de suicide, mais on peut voir chez un des malades un délire hypochondriaque et chez un autre un délire de persécution. Enfin dans certains cas il s'agit de psychoses de même nature évoluant parallèlement, nourries par les mêmes événements.

L'interréaction des sujets les uns sur les autres se fait en général avec un caractère de *domination*, de *priorité* si l'on peut dire, de l'un sur l'autre des sujets. Aussi distingue-t-on en général dans les éléments du délire à deux, un *élément actif* et un *élément passif*. Mais à la vérité il est parfois fort difficile de doistinguer nettement ces deux éléments et ceci nous amènera à la discussion des

(1) Leçon clinique recueillie par le Dr G. Robin, chef de clinique.

diverses variétés pathogéniques de délire collectif dont je vais rapporter quelques exemples.

***

Madame G. Marie-Louise, couturière âgée de 45 ans, a depuis au moins 1915 le sentiment d'une hostilité ambiante et d'un danger familial. Elle a subi elle-même avant d'agir activement sur l'esprit de sa mère, l'influence d'une sœur morte depuis et qui semblait dominer le groupe. Elle est restée enfermée chez elle pendant trois ans, menant une vie de recluse. Entre temps, elle avait un procès avec son propriétaire au sujet du paiement de son loyer.

En 1921, on l'expulse parce qu'elle ne payait pas les loyers arriérés. Mais une heureuse procédure la fait réintégrer son domicile. Alors elle accuse de malversations le proprétaire, un huissier, son concierge, le commissaire du quartier et le substitut du Parquet. Elle se met à interpréter les actes, les gestes, les paroles. On rit sur son passage on la fait passer pour une voleuse, une prostituée. Elle lit le Code et ce sont de menus conflits incessants et inextricables. Elle est internée après des scènes au Palais de Justice et des menaces de mort réitérées contre le propriétaire et l'huissier.

C'est en somme, sur un fond de débilité mentale, une persécutée quérulente et revendicatrice. Bien qu'elle soit dissimulée et ergoteuse, elle devient chaque jour plus conciliante, regrette ce qu'elle a fait. Mais elle reste une délirante systématisée dont l'activité délirante est cohérente, se développe logiquement, conformément à sa constitution paranoiaque.

La mère qui a participé au délire est âgée de 71 ans. Bien qu'elle ait été l'élément passif, elle a cependant renforcé par sa participation même le délire de sa fille. Elle en partage les interprétations, elle craint qu'on ne leur fasse du mal à toutes deux. Ce qui domine, c'est un sentiment de peur et de découragement qui a fait craindre le suicide à deux. Elle réduit aujourd'hui ses idées délirantes. Certes, elle avait un fonds paranoïaque qu'elle a transmis héréditairement à sa fille, mais ce sont en réalité les idées délirantes de cette dernière qui ont renforcé chez la mère les éléments constitutionnels. Nous ne saurions trop insiter sur ce phénomène très important de *résonnance délirante.*

Disons de suite qu'au point de vue pratique, ces deux femmes, une fois séparées, et transplantées dans un endroit éloigné de Paris, centre de leurs tourments, pourront être remises en liberté pourvu bien entendu que leur famille prenne l'engagement de s'occuper d'elles.

***

Voyons un deuxième groupe de malades :

Madame L. a 43 ans. En octobre 1920, à l'occasion de discussions d'intérêts, provoquées par un partage avec son frère, son cohéritier, elle s'est aperçue qu'on avait, pendant son séjour, fait sur elles des tentatives d'intimidation condamnables en lui faisant entendre « pendant deux mois des bruits insolites ». On a dû mettre aussi « quelque chose dans ses aliments » pour attenter à sa santé et à ses jours. Dès son retour, sa fille Suzanne, qui l'avait accompagnée est devenue souffrante et obligée d'interrompre ses études « du fait des persécutions » qu'à son cours primaire on lui faisait subir pour troubler son intelligence et attenter à son existence. Après une période de recherches faites en famille, de concert avec la fillette, madame L., au bout de plusieurs mois, s'est rendu compte qu'elle et sa fille étaient victimes d'une persécution amorcée, non pas tant par son frère André, que par ses relations politiques locales. Des sénateurs de son département qu'elle désigne furent vraisemblablement les intermédiaires ; mais les vrais responsables ce sont les hommes placés à la tête du gouvernement. Le gouvernement et le kronprinz l'ont fait constamment filer par la police ou par les passants qui, dans la rue ou à la terrasse des cafés lui font un « cinéma vivant » ; on a aussi circonvenu pour s'en servir, sa concierge et ses voisins, on a installé dans le mur de sa cuisine, derrière son compteur à gaz un « poste d'écoute » pour l'espionner, voler sa pensée et la faire passer pour espionne au moyen d'un « placage » ou de la « télégraphie sans fil ». Elle eut des fausses reconnaissances, des troubles de la sensibilité générale. Après cette phase de souffrance, et de recherches, le délire de Madame L., est entré, surtout depuis le printemps 1924, dans une phase de revendications très actives. Non contente d'avoir intéressé trop grandement sa fillette à ses recherches, elle serait allée un jour se constituer prisonnière au Commissariat de Police du boulevard Garibaldi pour prouver qu'elle n'était pas une espionne et provoquer une enquête. Puis, escortée de sa fille, elle serait allée le 12 mai 1924 porter plainte à la direction des postes, 93 boulevard Montparnasse contre la dame D..., sa voisine d'immeuble, en l'accusant de faire monter des personnes dans son appartement pour « la voler », empêcher les communications et lui nuire de concert avec la

concierge. Elle serait allée également au domicile de MM. Briand et Painlevé pour leur exposer ses revendications. Elle m'a remis la copie autographe datée du 6 septembre 1924 d'une lettre de revendications qu'elle aurait portée elle-même au domicile de M. Poincaré, et qui confirme, ainsi qu'une plainte récente au Procureur de la République, les éléments de son délire. Ce délire de pesécution, survenu chez une femme à hérédité chargée, dont la mère se serait suicidée à 57 ans à l'asile de Toulouse, repose sur des hallucinations auditives et peut-être olfactives s'accompagnant vraisemblablement d'onirisme, mais avant tout sur des interprétations délirantes. Il offre cette particularité d'être un délire collectif familial et à caractère rétroactif. Déjà ancien de près de cinq ans, ce délire est entré actuellement dans la phase d'extension et de généralisation avec idées de grandeur de teinte politique, mais le malade déclare que la persécution remonte avant sa naissance, qu'elle est très clairvoyante et a prévu bien des choses utiles au gouvernement, que des personnes étrangères ont intérêt à la discréditer. Mais le fait important à souligner c'est que cette activité délirante polymorphe n'est nullement systématisée. Elle est absolument incohérente et ne tend pas comme chez la précédente malade à défendre ses intérêts, son droit. Dans les multiples lettres qu'écrit cette malade il est question des sujets les plus divers, aux hommes politiques, elle mêle des allemands, elle fait intervenir Von Kluck, attribue à celui-ci une nationalité espagnole, etc, etc. Bref, c'est l'incohérence absolue avec une activité orientée dans le sens de la revendication mais d'une façon diffuse, illogique.

Dans la famille le mari est resté indemne, mais la fille âgée de 20 ans aujourd'hui collabore à cette activité délirante. On connaît son hérédité maternelle. Sa grand'mère était elle-même aliénée. Elle prétend que depuis l'âge de 13 ans on la persécute. A l'école, on avait monté une cabale contre elle. On faisait réciter des choses aux enfants qui étaient des allusions. Des jeunes filles substituaient leur personne à la sienne en disant, par exemple, qu'elles étaient petites filles de capitaine, qu'elles étaient nées dans une ferme et toutes sortes de détails qui coïncidaient avec sa vie à elle.

Dans la rue on la bousculait, on la regardait, on faisait des allusions.

Des voisins vantaient beaucoup une maîtressse de piano qui habitait la même maison, au rez-de-chaussée et sa mère avait décidé de l'envoyer chez elle. Mais c'était un métier de couverture et cette demoiselle était d'une police de prêtres qui étaient de la franc-maçonnerie et « elle lui faisait de la franc-maçonnerie ». On entendait frapper des coups chez elle, on parlait, elle lui répétait ce qui s'était dit une demi-heure avant dans sa famille, des choses banales, pour montrer qu'on les écoutait, elle est même allée jusqu'à faire bouger le plancher, sauter un homme dans le couloir. Tout cela pour l'« hébéter ».

Elle croit qu'elle est persécutée par un richissime allemand qui paie la police. En somme, le relâchement actuel des thèmes délirants, la manière dont ils sont exprimés font penser à une psychose paranoïde, chez cette jeune fille, comme chez sa mère.

Ici, la même hérédité et les mêmes causes ont frappé la mère et la fille. Il n'y a donc pas eu le phénomène de résonance dans le mécanisme du délire à deux, il s'agit d'une efflorecsence *simultanée*, par suite de la similitude des influences psychiques auxquelles sont soumises la mère et la fille.

***

Lucien R. est un employé de bureau âgé de 33 ans. Son père est mort paralytique général. Lucien R. a toujours été méfiant, soupçonneux et d'une moralité fragile. A 14 ans, on a dû l'envoyer dans une maison de correction à la suite d'actes indélicats. Il était instable, changeant souvent de métier. Il a pu acquérir toutefois une instruction élémentaire, mais a néanmoins des prétentions à une certaine culture. Une preuve de son déséquilibre psychique réside dans ce fait que devenu amoureux de la bonne d'une sœur qui a une belle situation, il l'épouse malgré les conseils de sa sœur et cependant reproche à sa femme dès le début du mariage d'avoir eu antérieurement des amants, ce qu'elle ne lui avait du reste jamais caché. Il ne cesse de soupçonner sa femme, croit que ses enfants ne sont pas de lui, commet plusieurs délits, fait un mois de prison, tombe dans la misère. Pour se consoler de la mort récente d'un enfant, il se met à boire, ce qui exagère ses réactions délirantes. Il devient violent, menace sa femme et ses enfants, manifeste des craintes anxieuses et des idées de persécution. Il a peur d'être mis à mort. Il passe en tremblant devant le boucher de son quartier. On lui fait des ennuis. Il se sent influencé. On influence aussi sa femme. On le cuisine, on lui envoie des ondes hertziennes, on l'appelle Saint-Joseph parce qu'il porte un enfant dans ses bras. Il montre une certaine diffusion délirante, par exemple quand il dit que ses démêlés avec sa femme tiennent peut-être à une désunion internationale, qu'il y a contre lui des

partisans de la destruction totale de la guerre sous-marine. Il emploie une phraséologie prétentieuse pour démontrer ses qualités de cœur et d'esprit. Il est prédestiné à être transformé dans une vie future. Et cependant dans sa conduite, il se montre hostile et réticent, menace sa femme, croit qu'elle le trompe et en même temps lui adresse des lettres affectueuses. Le cas de cet homme est d'un diagnostic difficile. Nous avons éliminé la P. G., malgré un certain degré de myosis. Les résultats de la ponction lombaire ont été négatifs. Nous pensons qu'il s'agit d'un dégénéré, d'un déséquilibré qui à l'occasion d'excès de boisson, à l'occasion de privations et de chagrins, a fait un état délirant polymorphe. Toutefois, en raison de la persistance du délire, et de la discordance dans le comportement et les propos, nous sommes tentés de faire des réserves au sujet d'une psychose paranoïde. L'intoxication aurait seulement accéléré l'évolution de cette psychose et ajouté d'une façon épisodique certaines manifestations délirantes qui n'auraient dû avoir qu'une existence éphémère.

C'est ce qui s'est passé chez la femme de Lucien R. âgée de 29 ans qui, elle, a présenté en même temps un délire hallucinatoire d'origine éthylique qui a coïncidé avec la mort d'un enfant. Ayant dû faire interner son mari dont l'attitude était menaçante, elle a passé la nuit seule, sans se coucher, dans un état confusionnel et délirant. Elle ne se retrouvait plus, croyait voir son enfant, son mari, que celui-ci était le Christ et leur enfant le petit Jésus. Ayant vaguement conscience de sa maladie, elle avait peur, dit-elle, de devenir folle ; elle alla réclamer son mari et son attitude désordonnée lui valut d'être internée dans notre service où elle arriva confuse, avec des hallucinations traduisant un automatisme mental encore actif. En quelques jours cet état délirant et confusionnel est tombé. Il n'y a pas eu dans ce cas de contagion délirante à proprement parler, mais délire simultané, développé sous l'influenne de chagrins, de la misère et des abus de boissons. Ce délire a consisté en une bouffée épisodique d'origine toxique, tandis que chez le mari les mêmes éléments sont en cause, mais le terrain est tout différent, il est à craindre que les doubles tendances paranoïaques et schizoïdes latentes ne favorisent comme je l'indiquais le développement d'une psychose paranoïde d'un pronostic très sombre.

Voilà donc des cas assez différents et qui vont comporter des pronostics et des traitements différents.

Dans le premier cas, il s'agit d'un délire systématisé de persécution et de revendication avec *phénomène de résonance* d'un sujet à l'autre. Il y a psychose chez la fille et simplement idées délirantes chez la mère dont les dispositions paranoïaques ne sont qu'ébauchées. La sortie de la mère paraît tout à fait indiquée. Elle sera ainsi soustraite à l'influence de sa fille et on peut espérer une prompte réduction des idées morbides.

Dans le deuxième cas, les deux sujets sont atteints de psychose paranoïde. Les thèmes idéiques sont identiques et également absurdes, de même que les psychoses sans systématisations qui les conditionnent. Ces manifestations sont comparables par certains côtés à celles des psychoses gémellaires de Ball. Depuis le travail de cet auteur (1884) on a rapporté des observations de psychoses, surtout de démence précoce chez des jumeaux ; l'explosion simultanée des accidents délirants, le parallélisme des conceptions et la spontanéité du délire chez les deux individus caractérisent cette psychose. Dans notre cas, nous avons affaire à des malades chroniques. Il importe de séparer les deux sujets et cette séparation atténuera peut-être l'intensité délirante sans amener de guérison.

Dans le troisième cas, les accidents aigus ont *explosé* à l'occasion de la misère du ménage et de l'alcoolisme. Mais ces causes ont amplifié chez le mari une psychose en évolution, alors que chez la femme où le terrain était différent, elles n'ont fait que provoquer une bouffée passagère. On entrevoit la différence de pronostic : Guérison et liberté prochaine pour la femme. Traitement prolongé pour le mari, d'autant plus que ses tendances paranoïaques peuvent donner lieu à des réactions dangereuses.

Telles sont quelques-unes des variétés cliniques du délire à deux. On se rend compte de la nécessité de séparer le thème délirant de la psychose sous-jacente. Devant chaque cas il importe de rechercher la part du *terrain* et de reconnaître s'i y a eu vraiment contagion, simultanéité délirante ou bien phénomène de *résonance* d'un sujet sur l'autre sous l'influence de facteurs divers (causes sociales, intoxications, etc...). Le pronostic et la conduite à tenir dépendent de cet ensemble de considérations.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Hôpital de la Pitié. — M. le Pr JEANNIN.

La grossesse extra-utérine des trois derniers mois.

Cette *grossesse extra-utérine* est très rare. Elle peut être *tubaire*, restée dans le ligament large ; plus souvent elle est péritonéale.

Nous envisagerons successivement la gestation extra-utérine au cours de ses derniers mois, la terminaison de cette gestation, et la rétention du fœtus mort après cette terminaison.

Voyons d'abord les symptômes de la grossesse extra-utérine arrivée à ses *trois derniers mois*. Tout d'abord, il y a une *anamnèse* à rechercher.

Souvent les premières semaines ont été marquées par des incidents, soit de petits *écoulements sanguins*, coïncidant surtout avec l'époque des règles, soit par des *crises douloureuses* siégeant dans le bas-ventre, du malaise, des lipothymies.

Arrivons tout de suite aux signes fonctionnels des derniers mois. A vrai dire, les *symptômes fonctionnels* de l'extra-utérine à terme, en dehors de *complications*, se réduisent à presque rien. Les femmes éprouvent simplement quelques phénomènes de compression du côté du rectum, l'impression de vouloir exonérer leur ampoule rectale, alors même qu'elle est vide. Très rarement, il y a un petit suintement muqueux de peu d'importance

A la *palpation*, on trouve dans l'abdomen une tumeur, ou plutôt une tuméfaction irrégulière et à contours peu nets. Néanmoins c'est une tumeur consistante, résistante à la main, qui n'a pas l'apparence des pseudo-tumeurs par météorisme intestinal, encore moins du kyste. Elle est rénitente, mais elle n'est pas contractile.

Dans cette supposée tumeur, on sent un *fœtus*. On le sent trop bien ; il paraît anormalement superficiel. Néanmoins ce signe est inconstant, il y a des cas où il est entouré de fausses membranes et retenu profondément.

Cette tumeur n'est pas mobilisable comme un utérus gravide qu'on peut légèrement déplacer, ce qu'il faut d'ailleurs éviter.

Enfin, cette tumeur est plus latérale que l'utérus gravide.

Quelquefois, on pourra sentir près de cette tumeur principale une autre tumeur plus petite, du volume du poing, latérale et antérieure par rapport à la première, et qui ne sera autre que l'utérus.

A l'auscultation, rien de spécial, on entend les battements du cœur du fœtus, et des souffles.

Au toucher, le col est haut, difficile à atteindre, immobilisé en avant contre le pubis, sauf des cas extrêmement rares où la grossesse siégeant en avant l'a reporté en arrière.

Le corps de cet utérus non habité est plus gros, mais cette ampliation est hors de proportion avec ce qu'elle devait être, il correspond à un utérus gravide de deux ou trois mois. En arrière, est une autre masse, qui arrive souvent en plein Douglas, en s'appliquant contre le rectum : c'est le pôle inférieur du kyste fœtal, c'est donc exactement la grossesse extra-utérine elle-même, qui a tellement distendu le Douglas qu'on sent non seulement la tête du fœtus, mais les sutures et les fontanelles, comme à travers un segment inférieur extrêmement distendu. On conçoit du reste qu'il y a de très grosses différences individuelles, suivant que le placenta s'insère en bas ou non. Si la tête repose sur le placenta, on ne sent rien parce que le placenta forme un épais matelas donnant des sensations diffuses.

Il ne faut jamais oublier de terminer l'examen par le *toucher rectal*. Autant dans les grossesses ordinaires il est d'un faible secours, autant il s'impose pour voir quels sont les rapports de cette tumeur avec la paroi postérieure de l'excavation. Ce toucher montre que c'est une tumeur prérectale. Le toucher vaginal a montré que c'était une tumeur pré-utérine.

Voilà l'histoire de la grossesse extra-utérine non compliquée, à la fin de son évolution. Pas de symptômes fonctionnels. Uniquement des symptômes locaux, très instructifs à condition de les rechercher avec un esprit prévenu.

Voyons maintenant le tableau symptomatique lors de la *terminaison* de l'*extra-utérine à terme*.

La terminaison peut se faire par *rupture tubaire* : très fréquente dans les premiers temps de la grossesse, elle est ici exceptionnelle ; SKINNER, sur 165 cas, l'a notée dans la proportion de 5 %.

Ce qu'on voit ordinairement, c'est la mort du fœtus, suivie d'un *faux travail*. Une fois le terme de la grossesse arrivé, le fœtus succombe, et après cela l'organisme essaie de réaliser le mécanisme du travail. Ce *faux travail* consiste avant tout en douleurs, douleurs des reins, de l'utérus, du bas-ventre, de l'abdomen, en ceinture. La femme a encore des écoulements sanguins, des écoulements muqueux, quelquefois elle perd des débris de muqueuse. Elle a des vomissements vers la fin de la période de dilatation. Il y a une légère réaction péritonéale, le ventre est un peu sensible, en état de défense.

Pendant ce travail, pas de modifications du col au toucher, il ne s'efface pas, il ne se dilate pas. Ce faux travail dure plusieurs heures, plusieurs jours. Mais tout a une fin. Au bout de quelque temps, ou la malade meurt, ou tout rentre dans l'ordre : l'enfant est mort.

La période de rétention de l'œuf mort est d'autant plus intéressante que c'est à cette époque que vous verrez la plupart des cas.

D'abord, il y a un ensemble de phénomènes généraux prouvant que la grossesse est finie : cessation des phénomènes sympathiques, montée laiteuse ; ensuite, régression de l'abdomen ; au palper, sensation de plus en plus imprécise, tuméfaction de plus en plus mollasse et fuyant sous le doigt. Quelquefois on sent la crépitation spéciale de la tête du fœtus macérée, qu'on appelle la *crépitation de Naegelé*.

La rétention peut devenir indéfinie. Il faut toujours citer la femme de Quimperlé qui avait son fœtus *depuis cinquante-six ans*. La deuxième complication consiste dans l'*infection du kyste*. Cette infection est toujours possible, *même tardivement*, après des semaines et des mois ; le kyste a contracté des rapports de connexion avec les organes voisins, particulièrement l'intestin, et les germes intestinaux ont passé dans le kyste.

Ou bien, par voies veineuses et lymphatiques, les microbes envahissent l'organisme ; il en résulte une *septicémie*.

Ou bien l'infection né s'est point cantonnée à l'intérieur du kyste, elle a déterminé une *péritonite* : c'est là une des terminaisons ordinaires de l'extra-utérine.

Une autre complication, plus intéressante encore, est l'*occlusion intestinale*. Cette occlusion n'est pas de nature mécanique ; il y a toujours un élément infectieux péritonéal à l'origine.

Enfin l'extra-utérine peut se terminer par l'élimination du fœtus. Il se fait des adhérences entre le kyste fœtal et le voisinage, et le fœtus finit par sortir. Par ordre de fréquence, il peut d'abord sortir par l'intestin. On a vu dans certains cas l'enfant qui par l'anus entr'ouvert mettait la tête à la lumière et demandait une application de forceps. D'autres sortent par la paroi abdominale au niveau du nombril. D'autres sont sortis par la vessie ; d'autres, — très rarement, — par le vagin ; d'autres, par l'utérus.

Cette sortie peut se faire soit en une fois, soit par morceaux, d'où infection chronique et cachexie amenant la mort de la malade.

Le *pronostic maternel* comporte d'après les faits récents 3 morts sur 5 cas. La première cause de gravité est l'erreur de diagnostic : la grossesse extra-utérine est méconnue. Le deuxième élément de gravité, c'est la difficulté opératoire.

Au début d'une grossesse extra-utérine le principal accident à craindre est l'inondation péritonéale. A la fin de la grossesse, cette complication n'existe presque jamais ; ce qu'on craint, c'est avant tout l'occlusion intestinale, puis la péritonite, l'hémorragie post-opératoire, les fistulisations.

Le *pronostic fœtal* est grave d'abord parce que souvent le fœtus est mal formé : Skinner a vu 10 enfants malformés sur 93. On voit tout : bec de lièvre, pied bot, spina bifida, déformations craniennes, phénomènes de laminage par oligo-amnios, etc.

Le deuxième élément de gravité pronostique pour le fœtus, c'est la fréquence de sa mort lors du faux travail.

Enfin, très souvent l'enfant n'est pas viable, soit à cause de sa pré-natalité, soit à cause de ses déformations :

Sur 122 enfants extraits par laparotomie :

63	ont atteint	1 mois ;
33	—	1 an ;
6	—	plusieurs années.

Le *diagnostic* est à faire à trois périodes différentes : durant la gestation, le faux travail et la rétention.

Durant la gestation, l'erreur la plus commune vient de la minceur extrême de certains utérus, surtout chez les grandes multipares : on pourrait croire à une extra-utérine, alors que c'est une utérine. Il faut se rappeler que l'extra-utérine est plus latérale, que ce kyste n'est pas mobilisable, et se baser sur l'apparition ou la non-apparition des contractions utérines.

Une deuxième cause d'erreur consiste à croire à une malformation utérine, à un *utérus didelphe* : cette erreur n'est pas très grave, parce qu'il faut ouvrir l'utérus didelphe.

Pendant le faux travail, on se basera sur l'*absence d'effacement*, malgré la longue durée du travail, sur la latéralisation du col, sur l'exploration intra-utérine faite soit avec une bougie de Hégar, soit par le toucher intra-utérin, comme le voulait Tarnier.

Lors de la rétention fœtale, le toucher montrera que l'utérus est vide.

D'autres causes d'erreurs moins fréquentes, mais classiques, consistent à croire à un *fibrome* ou à un *kyste*.

Au point de vue *traitement*, la coudnite à tenir est variable suivant que le fœtus est vivant ou mort.

Si le fœtus est vivant, on attendra pour opérer le début du neuvième mois. Jusque-là, surveillance étroite de la femme, qui ne devra pas quitter la clinique.

L'intervention peut se faire par voie haute ou par voie basse. La première est la plus usitée et la plus rationnelle.

L'opération par voie basse est exceptionnellement indiquée. Cependant elle peut avoir son rôle chez les malades en très mauvais état, quand le fœtus est très engagé, facile à extraire. Mais c'est une méthode aveugle.

Si l'enfant est mort, on attendra trois ou quatre semaines avant d'intervenir par laparotomie, parce que la circulation abdomino-placentaire va peu à peu diminuer ; on aura de moins en moins de risques d'hémorragie.

CLINIQUE MÉDICALE

Tube digestif et œil.

(Nouvelle note).

Par L. PRON.

J'ai publié autrefois (1) l'observation d'un de mes malades, qui, à deux reprises, à l'occasion d'un repas indigeste et en même temps qu'une recrudescence de ses symptômes gastriques, présenta de l'*amaurose passagère*.

Je suis revenu sur l'influence du tube digestif sur l'œil dans un article (2), où je mentionnais la *diminution de l'acuité visuelle* pendant les digestions pénibles — la *difficulté d'accommodation*, qui, chez un de mes patients, se plaignant de boulimie, de lourdeur gastrique après les repas, de régurgitations acides et de coliques avec demi-diarrhée, annonçait la venue d'une crise et lui faisait voir trouble — les *mouches volantes*, la *photophobie*, les *douleurs péri-orbitaires*, au moindre travail de lecture ou d'écriture — la *vision colorée* : cas d'une dame qui voyait rouge (au sens physique du mot) après ses repas et d'un jeune homme de 22 ans, auquel tous les objets paraissaient jaunes « quand son estomac était très souffrant » et qui « aperçoit d'énormes trous dans les murs » (1), ces troubles visuels étant concomitants de bourdonnements d'oreille — le *clignotement* (2) *des paupières*, que j'avais observé chez un enfant, toutes les fois qu'on lui administrait une purgation, celle-ci amenant une perturbation momentanée dans le tube gastro-intestinal — le *strabisme*, quelquefois consécutif à l'helminthiase, dans le jeune âge, etc.

J'ai rapporté également, à la même époque, deux cas de *migraine ophtalmique* (3), dont l'un fut considérablement amélioré, en quelques mois, par un traitement purement gastrique avec abstention complète de médicaments analgésiques.

Depuis ce moment, j'ai rencontré ou eu connaissance indirecte de quelques autres modes de retentissement des troubles de l'appareil digestif sur l'œil.

M. M., 50 ans, souffrant du tube digestif depuis une trentaine d'années par intermittences et depuis quelques mois de façon continue : gêne gastrique après les repas, récente période de brûlures interprandiales, constipation avec mucus sur les selles, gaz abondants, impression de « spasme intestinal avec inquiétude » (4). Un examen radioscopique, pratiqué à Oran, il y a six mois, a fait constater la présence de liquide résiduel à jeun, de l'hypotonie stomacale avec ptose et un spasme duodénal. L'examen clinique donne : ptose gastrique ; ptose rénale droite ; foie petit (9 cm.) ; caecum haut ; hernie inguinale droite ; souffle à la base du cœur, systolique ; pigments biliaires anormaux dans l'urine. A jeun, clapotage facilement provoqué ; douleur vive épigastrique, plus marquée que celle de la veille dans l'après-midi ; le liquide extrait par tubage est jaunâtre, riche en mucus, achlorhydrique (5), acide (A = 0 gr. 36), avec réaction d'Adler forte et réaction de Boas

(1) *Bulletin médical de l'Algérie* (30 décembre 1908). Ce malade présentait vraisemblablement une gastropathie syphilitique. J'ai parlé à nouveau de lui dans : *Deux cas de syphilis gastrique* (*Société de Thérapeutique*, 9 mai 1917). A ce sujet, A. RENAULT m'a reproché (*Ibidem*, 13 juin 1917) avec raison d'avoir été incomplet dans mon observation, mais à tort de ne pas avoir vu, dans les symptômes oculaires et autres du malade, des manifestations tabétiques. Ce sujet, en effet, malgré une vie de surmenage, a aujourd'hui une santé générale bonne, sauf de légers troubles dyspeptiques et une vue excellente.

(2) *Ibidem* (25 avril 1913).

(1) M. LEVEN. — *Estomac et cerveau* (1884, p. 27).

(2) J'ai confondu, par inadvertance, le *clignement*, forme tonique qui maintient « l'œil à demi-clos, parfois d'une façon permanente » avec le *clignotement*, qui est une forme clonique. C'est le récent rapport de CANTONNET et VINCENT (*Spasmes et tics des paupières*. Séance plénière de la Société d'Ophtalmologie, 15 novembre 1925) qui a attiré mon attention sur mon erreur.

(3) *Société de Thérapeutique* (14 mai 1913, p. 277 du *Bulletin*).

(4) Propres termes du malade.

(5) C'est là un exemple (banal pour moi) de l'erreur, que commettent avec entêtement les radiologues, qui prétendent que le liquide résiduel de jeûne, quand le pylore est perméable, est dû régulièrement à de l'hypersécrétion. Ici, il y a *catarrhe* **muqueux** avec reflux biliaire.

douteuse (1). Il y a donc ulcère avec insuffisance hépatique et fermentations intestinales.

Ce malade se plaint de *tremblotement de la paupière inférieure gauche*, depuis une quinzaine de jours, pendant la digestion. Ce tremblotement est *exclusivement monopalpébral*.

J'ai soigné, fin 1924, un prêtre étranger, vieux gastropathe, qui, entre autres malaises, avait, tous les jours vers 5 heures du soir, une impression de grande gêne, d'encombrement gastrique, qu'il terminait généralement par la provocation d'un vomissement, qui se composait de bile et de glaires brunâtres ; grand appétit, pyrosis. Il y avait grand clapotage sous l'ombilic, dans le décubitus ; pas de douleur provoquée (2). A jeun, clapotage facile à provoquer ; extraction d'un liquide aqueux, ayant une acidité de 1 gr. 83, dont 0 gr. 91 pour H ; 0 gr. 55 pour C et 0 gr. 37 pour F ; absence d'acide lactique et de réaction d'Adler ; réaction de biuret nette (3).

Un examen radioscopique a été pratiqué en février 1924 à Paris ; les seuls renseignements, que puisse me fournir le malade, sont : appendice très long, évacuation gastrique lente. J'en demande un nouveau, qui est remis, puis refusé.

Un diagnostic ferme est difficile, mais on peut affirmer qu'il y a là de vieilles lésions gastriques, avec dyshépatie, que montre l'examen sommaire des urines (anneau jaunâtre-rougeâtre avec l'acide nitrique) et retentissements intestinaux. Le diagnostic d'appendicite chronique a été porté, en 1921, à Paris.

Ce malade est atteint de choroïdite ancienne et dit avoir une vue trouble ; *ce « trouble » augmente, au moment de la crise gastrique quotidienne.*

J'ai insisté (4) sur les inconvénients d'un régime alimentaire trop strict dans les gastro-entéropathies, au point de vue de l'état général : asthénie, déminéralisation, etc. Cette carence alimentaire peut avoir, comme conséquence, au point de vue oculaire, l'*héméralopie* dont Rollet et Mouriquand viennent de publier une observation probante à la *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon.*

Un autre retentissement — plus important et qui risque de conduire à une erreur, concernant sa pathogénie — est l'*inégalité pupillaire.*

Van Lint dit qu'elle peut mettre sur la voie d'une tumeur de l'œsophage, généralement un cancer au début, ou plus simplement dépendre d'une affection dentaire.

Holler et Wecsler (1) la signalent comme localisation des processus nerveux centraux dans l'ulcère gastrique ou duodénal, par irritation du pneumogastrique.

Il faut donc se garder de porter d'emblée le diagnostic de syphilis — ou de tuberculose des sommets (signe de Cantonnet-Sergent) — chez un malade ayant de l'anisocorie.

Une seconde anomalie, également rare, est l'*hétérochromie irienne passagère.* Gurschmann (2) a observé un jeune homme, sujet à des crises gastriques, pendant lesquelles l'iris présentait une tache claire, teintée de jaune, de 2 millimètres de diamètre ; cette tache disparaissait, quelques minutes avant la fin de la crise (3).

Je terminerai, en mentionnant que Marquez, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Madrid, vient de publier un article sur la cécité, consécutive aux grandes hémorragies gastro-intestinales (4). Cette complication apparaît, le plus souvent, entre le troisième et le dixième jour qui suit l'hémorragie, et de préférence chez les sujets âgés. Tantôt, elle est complète, presque toujours bilatérale ; tantôt, incomplète, c'est-à-dire qu'il y a diminution prononcée de la vision. Marquez l'explique par chute considérable de la tension sanguine et l'ischémie des artères de la rétine.

Comme moyens prophylactiques, il préconise les inhalations de nitrite d'amyle, au moment de l'hémorragie, puis la trinitrine et les nitrites par la bouche, après l'accident. Au point de vue curatif, il n'accorde qu'une médiocre valeur aux injections hypodermiques de strychnine et à l'électricité ; par contre, il pense que les injections rétro-oculaires ou intra-ténoniennes sont susceptibles de rendre quelques services.

(1) Je rappelle que cette réaction, pour la recherche du sang occulte, est à base de gaïac, chloral, alcool.

(2) Quand l'affection gastrique est ancienne, le plexus solaire a perdu la faculté de souffrir. Il y a usure dynamique, anexcitabilité, selon l'expression de Bechterew.

(3) Réaction fréquente, en l'absence de tout résidu alimentaire (L. Pron, *Société de Biologie*, 22 janvier 1916).

(4) *Les maladies de l'intestin et leur traitement en clientèle* (1921), p. 291. Collection : *Comment guérir ?*

(1) *Archiv fur Verdauungs Krankheiten* (mai 1923, p. 211).

(2) Cité par Leprince : *Traité de réflexothérapie* (1924), p. 51.

(3) D'une façon chronique et même indélébile, l'iris présente, dans sa partie supérieure et médiane, une ou plusieurs taches, généralement de couleur noirâtre ou rougeâtre, dans les maladies chroniques de l'estomac. (Cf. *Le diagnostic des maladies par les yeux*, par Vannier (1923), p. 67). Mes observations confirment la justesse de ce signe, ainsi que d'autres. (L. Pron. *L'iridodiagnose. Concours médical*, 23 août 1925).

(4) *Archivos espanoles de enfermedades del aparato digestivo* (décembre 1925, p. 705).

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Le chlorure de calcium comme toni-cardiaque.

Le chlorure de calcium demeure très discuté comme toni-cardiaque. Les médecins anglais lui accordent des propriétés certaines et les médecins russes aucune. Par voie endo-veineuse, le remède agirait-il mieux ? SINGER injecte 1 cc. d'une solution de *chlorure de calcium à* 10 %, ce qui correspond à 0 gr. 10 de chlorure de calcium. Pour mieux obtenir les effets salutaires, il associe les injections intra-veineuses de chlorure de calcium à l'usage interne de l'infusion de digitale. Le rendement thérapeutique de la digitale serait intensifié par l'association aux sels de calcium. Dans les cas de distension des cavités droites, dans les œdèmes des néphrites et des cardio-rénaux, l'action de cette association serait remarquable.

Nous avouons n'avoir pas employé le remède en injections intra-veineuses. Par la voie buccale, aux doses de 3 grammes par jour, il ne nous a rien donné de plus que ce qui nous était assuré par la digitale. Aurait-il comme le strophantus et l'ouabaïne la propriété de réactiver la digitale ? Cette action, en tous cas, il la possède dans des proportions bien plus réduites.

Dans certaines *névroses tachycardiques*, le chlorure de calcium : 5 à 10 grammes dans 200 grammes d'eau, a montré une efficacité moins inégale. On peut ajouter en pareil cas à la médication les pilules sédatives :

Bromhyd. quinine	0 gr. 01
Sulfate spartéine	0 gr. 02
Extr. valér.	q. s.

Pour une pilule. Une avant le repas de midi et du soir.

De plus, la médication calcique (2 à 3 gr. de *lactate de calcium* par la bouche) aurait la faculté de faire disparaître les phénomènes d'intolérance digestive à l'égard de la digitale. Mais là encore, nous possédons un moyen plus simple de faire tolérer la digitale : la prescrire par la voie sous-cutanée. L'huile digitalique, les spécialités injectables nous fournissent l'arsenal nécessaire à ce changement dans la porte d'entrée.

Nous croyons, en résumé, que le chlorure de calcium trouve ses indications à titre de médicament cardiaque dans deux conditions : chez certains nerveux tachycardiques et chez les sujets où la digitale ne produit plus les effets attendus. Dans les dernières périodes des maladies du cœur, on pourra prescrire simultanément chlorure de calcium et digitale. Les malades désirent un autre médicament. Il sera fait droit à leur désir avec l'emploi du chlorure de calcium, mais sans que le médecin, grâce à cette adjonction thérapeutique, ait droit d'espérer accomplir un miracle.

C. F.

PRATIQUE MÉDICALE

Les pancréatites chroniques avec ictère.

Il est impossible de faire cliniquement, de façon certaine, le diagnostic du syndrome pancréatique avec ictère. C'est ainsi que s'exprime M. Pierre MALLET-GUY dans un travail personnel et très documenté (MASSON, édit.). A l'*origine*, sans doute, quelques signes autorisent une présomption.

Des *crises douloureuses* paraissent une à plusieurs années avant le début de l'ictère. Sans rapport avec l'ingestion alimentaire, ces douleurs siègent au creux de l'estomac et diffusent sous le rebord costal gauche, les deux épaules, la région lombaire. Cette douleur médiane à la fois épigastrique et lombaire avec sensation de transfixion s'apparente à la douleur des ulcères de la petite courbure. Certains malades avaient été traités pour une lésion gastrique. La crise dure deux à trois heures et peut s'accompagner d'une poussée fébrile avec frissons. Très irrégulières dans leur répétition, ces crises laissent souvent après elles un ensemble de *signes digestifs et généraux progressifs* : dégoût pour la graisse et les viandes, anorexie, nausées, amaigrissement. La diarrhée pancréatique est rarement notée.

L'*ictère apparaît* cinq à six mois après la première colique ; exceptionnellement il précède les douleurs. Il fait souvent des apparitions fugaces avant de s'installer d'une façon définitive.

A la *période d'état*, l'*ictère par rétention* offre tous les degrés possibles : depuis l'ictère bronzé, noir, jusqu'au subictère avec matières incomplètement colorées. Le foie est gros, la vésicule distendue et facilement perceptible. Les *douleurs spontanées* persistent et chaque crise est suivie d'une recrudescence de jaunisse ou bien elles

s'atténuent. Le point douloureux cholédocien ne peut être déterminé nettement. Souvent la zone douloureuse à l'épigastre s'accompagne d'une *contracture localisée de la paroi*.

La température est normale, coupée tous les huit ou dix jours d'un accès fébrile. L'*amaigrissement* s'accentue ; l'*asthénie* est grande ; cependant certains malades, bien qu'ictériques ont continué à travailler quelque temps.

Ajoutons les signes accessoires. La *tumeur* est exceptionnellement reconnue, la *glycosurie* est rare ; le pancréas conserve sa valeur physiologique.

L'*évolution spontanée* est progressive, mais longue, l'ictère peut durer de une à plusieurs années ; mais le danger possible de l'insuffisance hépatique est toujours là.

Au point de vue étiologique, il peut exister une *syphilis pancréatique* avec ictère. Les réactions thermiques et les frissons sont rares, il se produit de la glycosurie, la vésicule est dilatée. Dans la *cholécysto-pancréatite* avec ictère, il y a substitution des crises douloureuses pancréatiques aux coliques vésiculaires, installées depuis de longues années. L'aspect est alors celui d'une lithiase cholédocienne greffée sur la lésion vésiculaire ancienne.

Ce diagnostic de calcul cholédocien est fort délicat. Il est impossible de dire s'il s'agit ou non d'une réaction autour d'un calcul enclavé. Au syndrome cholédocien s'ajoute souvent l'existence d'une grosse vésicule, celle-ci ne pouvant compter comme un signe de certitude en faveur du cancer. Ce dernier pour être affirmé, a besoin d'autres signes : généralisation hépatique, ascite cancéreuse, hémorragies occultes.

L'amaigrissement et la sensation d'une tumeur ne sont pas davantage caractéristiques du cancer.

Quant au traitement, l'intervention chirurgicale assure la guérison dans plus de la moitié des cas. La cholécystostomie guérit dans 7/10 des cas. Dans 3/10, la maladie est rebelle ou récidive.

La cholécysto-gastrostomie a des indications plus limitées, bien qu'elle constitue une voie de dérivation souvent utile.

PÉDIATRIE PRATIQUE

Le traitement des infections cutanées chez l'enfant.

Particulièrement susceptible chez l'enfant, la peau est beaucoup plus souvent chez lui que chez l'adulte le siège d'infections variées. Les pyodermites des nourrissons conduisent très souvent à l'athrepsie et à la mort ; dans la moyenne enfance, l'impétigo peut entraîner des néphrites et des complications suppuratives profondes ; chez les adolescents de 18 à 20 ans, on sait avec quelle ténacité s'installent l'acné du visage et l'acné du dos, et combien fréquemment l'acné revêt l'aspect de petites suppurations locales. Que l'on songe, enfin, à la fréquence des infections bulleuses telles que la varicelle et le péniphigus aigu épidémique, affection dont la suppuration secondaire est d'observation courante.

En regard de ces infections se placent les réactions cutanées de cause interne (eczéma, psoriasis, urticaire, strophulus), dermatoses diathésiques qui s'opposent aux dermatoses microbiennes.

Envisageant uniquement les *infections* cutanées, P. Lereboullet (1) fait remarquer que sur la peau saine de l'enfant vivent à l'état saprophytique des microbes : streptocoques et surtout staphylocoques. Dès que la peau est souillée par une substance irritante quelconque (urines et matières fécales en particulier) de petites infections peuvent se développer qui ont pour germe habituel le staphylocoque, plus rarement le streptocoque. Le staphylocoque est par excellence le parasite de la peau ; mais il ne détermine des troubles sérieux qu'à la faveur de la déchéance de l'organisme. C'est surtout chez les enfants affaiblis par une gastro-entérite, une rougeole, une fièvre typhoïde, ou encore chez des enfants atteints de débilité congénitale ou d'hypotrophie, que s'installent volontiers les infections de la peau. Le staphylocoque se développe mieux encore lorsqu'il trouve une lésion cutanée déjà existante : c'est ainsi que l'eczéma des nourrissons deviendra facilement impétigineux, suppuratif ; que certains érythèmes favoriseront des manifestations streptococciques ; que la varicelle banale deviendra varicelle suppurée ; que la gale et la phtiriase créeront des points d'appel pour des suppurations cutanées. Quelquefois, enfin, lorsqu'un enfant a été baigné souvent — pour une fièvre typhoïde, par exemple — dans de l'eau souillée, on voit se produire des suppurations cutanées secondaires superposables à celles que Chauffard a signalées à propos de la fièvre typhoïde des adultes.

Existe-t-il chez l'enfant des infections cutanées venant du dedans, c'est-à-dire des septicémies à localisations cutanées ? Budin avait jadis soulevé cette hypothèse ; il semble bien que le plus souvent la septicémie est consécutive à l'infection cutanée. Encore cette septicémie est-elle excep-

(1) *La Pédiatrie pratique*, 5 novembre 1925.

tionnelle : on en peut donner pour preuve l'absence de foyers métastatiques profonds, à l'autopsie des enfants atteints de pyodermites.

Toutefois, les suppurations cutanées peuvent avoir des répercussions lointaines (ostéomyélite, « furoncle de l'os » ; endocardites aiguës malignes ; néphrite chronique). Il n'est donc pas inutile de soigner les infections cutanées pour empêcher ces complications lointaines ; mais le praticien ne perdra jamais de vue l'importance du « terrain cutané ». Ne fait pas qui veut des pyodermites : le traitement général est indiqué en même temps que la thérapeutique locale.

Il résulte de là que *la première règle thérapeutique est la propreté* ; une hygiène cutanée rigoureuse est indispensable. Depuis longtemps déjà, Weill (de Lyon) a insisté sur le traitement prophylactique des pyodermites des nourrissons : emploi de langes et de linges propres non irritants ; avantage des linges stérilisés ; nécessité du lavage préalable des mains chez les personnes chargées de la toilette de l'enfant ; danger des pansements occlusifs chez le nourrisson ou le jeune enfant (la culotte de toile caoutchoutée, que tant de mamans emploient, facilite la macération de l'épiderme et entretient les eczémas fessiers).

Il ne faut pas oublier non plus l'importance du régime alimentaire.

Les pyodermites, à leur phase initiale, peuvent céder au traitement général, aux soins de propreté, et aux applications de couleurs d'aniline. Le bleu de méthylène à 1/20 suffit généralement à arrêter ces petites suppurations. On peut employer les lavages à l'eau d'Alibour étendue. Ribadeau-Dumas et Philippe ont recommandé le formol selon cette formule :

Formol	0 gr. 50
Essence de géranium, — lavande, — bergamote	âà XV gouttes
Vaseline	25 gr.

Les abcès constitués doivent être incisés, ou plutôt piqués avec une épingle stérilisée ou flambée; on lave ensuite à l'eau d'Alibour à 1/5 ou 1/3, puis à l'alcool iodé, et on touche au bleu de méthylène à 5 %.

La vaccination, dont Ribadeau-Dumas a montré l'utilité il y a dix ans déjà, présente de nombreuses indications : on utilisera soit un auto-vaccin, soit le Propidon, ce dernier étant injecté à doses très modérées et progressives. Le sérum artificiel et les rayons ultra-violets représentent, chacun de leur côté, une arme efficace pour stimuler l'état général.

L'impétigo, caractérisé à son début par des bulles superficielles et éphémères, forme, lorsqu'il est confluent, un amas croûteux ressemblant au miel, et constitue les « gourmes » vulgaires. L'eczéma impétigineux est auto-inoculable, et transmissible à d'autres enfants.

Les sujets atteints d'impétigo doivent donc être isolés, de façon relative tout au moins. Les « croûtes» seront détachées à l'aide d'un pansement humide, de pulvérisations d'eau bouillie pure ou additionnée d'eau oxygénée, de cataplasmes. Sur la surface suintante débarrassée de ses croûtes, on appliquera ensuite de l'eau d'Alibour à 1/3 ou une solution de bleu de méthylène. Comby recommande la pommade suivante :

Vaseline	50 grammes
Acide borique	4 —
Baume du Pérou	1 —

Bory a préconisé le xylol, et Tixier emploie la formule suivante :

Xylol	10 gr.
Iode métalloïdique	0 gr. 50
Vaseline	100 gr.

Le plus souvent on se contente de la pâte suivante :

Talc, Oxyde de zinc, Glycérine, Eau	âà 10 gr.

ou d'une poudre :

Talc, Oxyde de zinc, Sous-nitrate de bismuth, Lycopode	âà 10 gr.
Acide salicylique	1 gr.

(Comby.)

L'ecthyma, lésion non plus simplement épidermique, comme l'impétigo, mais franchement dermique, se voit surtout chez les bébés cachectiques, chez les enfants fatigués. Le traitement doit être plus énergique que celui de l'impétigo : on emploiera l'eau d'Alibour plus concentrée, voire même quelques attouchements au nitrate d'argent en solution à 1/15. Le poudrage à l'aristol constitue un excellent pansement.

Chez les sujets très débilités, il survient parfois de véritables gangrènes disséminées de la peau. Ces processus gangréneux pourront être enrayés par le novarsénobenzol et le sulfarsénol soit en applications glycérinées locales, soit, dans les cas graves, en injections intra-veineuses.

Le pemphigus aigu épidémique — (il n'est pas question ici du pemphigus hérédo-syphilitique, justiciable avant tout du traitement spécifique) — relève de préférence des attouchements au bleu de méthylène, suivis d'application de poudres.

Même remarque pour la varicelle suppurée, dont le diagnostic avec la variole peut être difficile.

L'ÉRYSIPÈLE est souvent mortel chez le nourrisson. BOIDIN a obtenu, par le bouillon de Delbet, des guérisons encourageantes.

Les acnés juvéniles représentent une lésion provoquée avant tout par des troubles alimentaires et un état particulier du système nerveux. Il faut donc tout d'abord traiter le tube digestif. Localement, on emploiera les lotions au soufre ou à l'alcool camphré, sans négliger ce que l'on a appelé la gymnastique de la peau (friction au gant de crin et à l'alcool).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La transfusion du sang en pratique.

La transfusion du sang devient une intervention de pratique courante. Il faut en connaître les indications et la technique.

Indications. — Celles-ci doivent être étudiées suivant la quantité de sang à injecter :

1° LES GRANDES TRANSFUSIONS, de 300 à 500 cc. sont indiquées dans l'*anémie aiguë post-hémorragique* et même pour PAUCHET, dans le *shock pur sans hémorragie*. De même on pratique des transfusions pré- et post-opératoires avant des interventions mutilantes ou chez des opérés très anémiés.

2° LES MOYENNES ET PETITES TRANSFUSIONS, à doses fractionnées de 100 à 200 cc. sont indiquées dans les *maladies du sang et chez les hémophiles*, à titre préventif avant une intervention, ou curatif, à doses fractionnées et prolongées.

Dans les *états hémogéniques* de la femme, où existent souvent des insuffisances glandulaires diverses (M. EMILE-WEIL) avec une médication endocrine.

Dans le *mélæna des nouveau-nés* (20 cc. de sang injecté dans les veines).

Dans les *anémies essentielles*, les résultats sont variables. Dans quelques cas d'anémie avec splénomégalie, on a obtenu des effets heureux en combinant la transfusion et la splénectomie.

La transfusion a été employée au cours de diverses *maladies infectieuses* et *intoxications* ; dans les infections, on a employé soit le sang pur, soit le sang de donneurs immunisés (sang de convalescents ou de vaccinés).

En résumé, les deux indications capitales de la transfusion sont :

D'une part, *les anémies aiguës post-hémorragiques* ;

D'autre part, *les maladies du sang*.

Comme **contre-indications** nous signalerons du *côté du donneur* :

Les infections transmissibles, en particulier la syphilis à la période secondaire.

Du côté du transfusé :

La myocardite pouvant amener une dilatation aigue du cœur.

Les accidents, immédiats ou tardifs, sont dus à une incompatibilité entre les sangs. Il faut interrompre la transfusion lorsque surviennent des signes prémonitoires du choc : oppression précordiale, cyanose, douleurs lombaires.

Les accidents tardifs sont surtout d'ordre rénal ; simple albuminurie passagère, hémoglobinurie et même anurie.

Au point de vue pratique, la première précaution est de déterminer *la comptabilité des deux sangs* ; ceci doit être recherché même entre parents et enfants, même entre une mère et son nouveau-né.

On distingue quatre groupes de sang. Pour les classer il suffit de posséder deux sérums standards des groupes II et III. (*Procédé de Beth-Vincent.*)

Si le sang est agglutiné par les sérums II et III, le sérum éprouvé ne possède pas d'agglutinine. C'est le groupe des *receveurs universels*.

Si le sang n'est agglutiné ni par le sérum II, ni par le sérum III. On a le groupe des *donneurs universels*.

Dans deux groupes intermédiaires il n'y a qu'un sérum II ou III qui agglutine. Ce sont les groupes intermédiaires à adapter aux circonstances.

Sans sérum standard, on met au contact le sérum du receveur avec le sang du donneur, et le sérum du donneur avec le sang du receveur. Il ne doit pas se produire ni agglutination, ni hémolyse.

Pour la pratique de la transfusion certaines constatations de R. BENDA et LE CLERC sont des plus utiles. (*Presse Médicale*, 16 août 1924.)

On n'a plus recours à la *transfusion d'artère à*

veine. Un progrès a été réalisé par l'emploi de récipients paraffinés, et surtout, récemment, par la *seringue à piston auto-vaselineur de Bécart.* Mais toutes ces techniques nécessitent des appareils délicats et d'un entretien difficile : quelle qu'en soit l'ingéniosité, elles s'effacent devant la simplicité de la transfusion de sang modifié.

Le *citrate de soude a fait de la transfusion une opération vraiment pratique.* Le sang citraté a les mêmes propriétés que le sang normal, aussi bien au point de vue de sa teneur en éléments figurés et vivants qu'au point de vue de son pouvoir oxygénant ; il n'est pas toxique ; enfin, au lieu de diminuer la coagulation comme on l'a prétendu, le citrate de soude possède par lui-même une action hémostatique aux doses ci-dessus indiquées.

Si l'on n'a pas de citrate sous la main, on peut employer (Flandin et Tzanck) le sulfarsénol qui est anticoagulant à la dose de 1 milligramme par centimètre cube ; les solutions glucosées (Dupuy de Frenelle) sont également anticoagulantes.

La *technique* actuellement la plus simple se réduit à trois temps :

1° Prise de sang du donneur par ponction veineuse, au moyen d'une grosse aiguille ;

2° Le sang tombe dans un récipient quelconque contenant du citrate de soude (solution à 10 p. 100) et y est mélangé ;

3° Injection intra-veineuse du sang citraté avec une grosse seringue (seringue de 20 cc. à la rigueur), et une aiguille ordinaire. La seringue de E. Weil et Isch-Wall est commode, grâce à son embout latéral et à sa contenance de 100 cc.

Benda et Le Clerc proposent l'emploi d'un ballon à tubulure inférieure. On peut ainsi faire la transfusion directement en recueillant le sang du donneur à l'aide de la seringue de 100 centimètres contenant environ 10 cc. de citrate à 10 p. 100 et en injectant directement le contenu de cette seringue dans les veines du receveur.

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE

L'anesthésie du laryngé supérieur dans la tuberculose laryngée.

Braun, en 1905, proposait la cocaïnisation du nerf laryngé supérieur comme moyen de soulager les douleurs à ce point atroces, des tuberculeux laryngés, qu'elles leur interdisent toute alimentation.

Ce merveilleux traitement est resté presque exclusivement du domaine du spécialiste, alors qu'il devrait être presque exclusivement du ressort du médecin général. Car bien des tuberculeux du larynx ne vont pas consulter un laryngologiste, qui sont suivis et traités, pour leurs poumons, par un médecin.

Et ce dernier, le plus souvent, n'a pas la pratique d'un traitement qui a fait ses preuves et qui est appelé à soulager presque toujours, à améliorer souvent et à guérir parfois les tuberculoses laryngées.

Voici la technique préconisée par René Cells (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 sept. 1925):

Injectez avec une seringue dont vous enfoncez profondément l'aiguille de 1 cm. 5 *obliquement en haut et en arrière, en dedans et au-dessous de l'extrémité libre d'une des grandes cornes* — préalablement repérées et immobilisée entre le pouce et l'index gauches — 1 centimètre cube de la solution analgésiante.

Votre malade portera immédiatement la main vers l'oreille correspondante : là est le témoin que le nerf a bien été atteint.

Répétez alors, qu'il y ait ou non unilatéralité des lésions ou de la douleur, l'opération du côte opposé. Bien entendu, les règles aseptiques usuelles auront été observées.

La glycérine iodée a presque toujours réussi là où l'alcool n'avait pas donné de soulagement.

L'antipyrine remplit un double but : elle contribue à calmer la douleur par son pouvoir analgésiant, et à combattre l'inflammation de la muqueuse laryngée par son action antipyrétique.

L'influence de la quinine, outre qu'elle est analgésiante, prolonge de beaucoup la durée du résultat obtenu par l'injection au niveau du laryngé supérieur.

Cette technique a pour elle sa simplicité. La simple solution de cocaïne ou stovaïne, que l'on trouve partout, est, elle aussi, très efficace.

Les résultats que nous avions constatés en 1913 dans la clinique du Pr Robin sont aussi enregistrés par René Cells.

Les résultats sont vraiment intéressants : sur la douleur d'abord, qui cède le plus souvent et très rapidement à la première ou seconde injection ; et c'est un émerveillement toujours nouveau de voir un malade faire un abondant et facile repas, qui, une demi-heure auparavant, ne pouvait même pas avaler sa salive... Quant à la durée de cette analgésie, elle varie. Nous l'avons vu souvent très passagère mais René Cells signale qu'elle peut atteindre de sept jours à neuf mois, avec une moyenne de deux mois.

Ces résultats se manifestent aussi sur l'état général par l'alimentation redevenue normale et le moral bien meilleur, qui redonnent au malade cette « résistance » qu'il n'avait plus.

Ils se manifestent, enfin, sur l'état local, et l'on assiste parfois à une véritable transformation, sinon à une guérison. Il est très fréquent de voir régresser les lésions laryngées, et, malheureusement, mourir par son poumon un malade dont le larynx était en voie de guérison.

Mais cette thérapeutique reste surtout une thérapeutique de la douleur et reste malgré tout une simple thérapeutique palliative.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MÉDECINE

La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine en milieu épidémique. — M. Zœller. — Trois mille injections ont été faites ; aucun incident. L'efficacité de la vaccination se traduit, chez les mono-vaccinés, par la diminution des cas chez les vaccinés et par une atténuation de la gravité. L'établissement d'une période d'immunité relative précède la période d'immunité complète. Des angines diphtériques bénignes s'observent parfois pendant la période d'immunité relative. Parmi les sujets qui ont reçu trois injections, aucun cas de diphtérie n'a été constaté.

Epidémiologie des teignes du cheval. — M. Brocq-Rousseu. — Les teignes du cheval ne sont pasdues à un champignon du genre *Tricophyton*. Dans la majorité des cas un champignon voisin est en jeu : e *Microsporum equinum*. Comme chez l'homme, la maladie atteint surtout les jeunes sujets.

Les résultats pratiques de la traite mécanique des vaches laitières. — M. Henri de Rothschild. — La traite mécanique amène un rendement de lait plus abondant et la quantité de germes qu'il contient est infiniment réduite.

Poisson réfrigéré ; poisson congelé. — MM. Loir et Legangneur.

La nécessité d'un contrôle technique des laboratoires d'analyses biologiques. — M. Remlinger.

Rapports sur les Services de l'Hygiène de l'Enfance. — M. Renault.

9 mars 1926.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A propos des mycoses et de leur fréquence en chirurgie. — M. P. Moure reste persuadé que les mycoses sont moins rares que ne le pense M. Sorrel ; mais il faut se donner la peine de les rechercher patiemment, et systématiquement Seules les cultures sur milieux spéciaux permettent de déceler les champignons pathogènes. Sur 100 cas de suppurations diverses, d'allure un peu anormale, il a personnellement trouvé cinq fois une mycose.

M. Sorrel considère comme exceptionnelle la proportion de 5 0/0.

M. Mocquot est du même avis.

Les contre-indications chirurgicales dans les affections abdominales aiguës. Valeur de la polynucléose dans l'appendicite. — M. de Martel estime, après une expérience de 15 ans, que le meilleur critérium pour savoir si une appendicite est suffisamment refroidie, et peut être opérée sans danger — réside dans l'examen du sang. Pas d'intervention tant qu'il y a hyperleucocytose et surtout polynucléose.

A propos des fractures du col anatomique avec déplacement extra-capsulaire de la tête humérale. — M. Mauclaire communique l'observation et présente les radiographies d'une lésion de ce genre chez un homme de 75 ans. Enchevillement de la tête humérale. Bon résultat fonctionnel.

A propos du vissage de l'olécrâne dans les fractures de cet os. — M. Dujarrier n'accepte pas les critiques adressées par M. Thiéry au vissage.

MM. Thiéry et Fredet continuent de préférer le cerclage au vissage.

M. Lenormant ne pense pas que l'intervention chirurgicale simpose dans toutes les fractures de l'olécrâne.

Perforation intestinale par ascaris. — M. Chifoliau, relatant une observation de M. Anagnostopoulos (de Patras) fait des réserves sur la relation de cause à effet entre la perforation et le ver.

M. Okinczyc croit que le ver peut perforer une paroi intestinale altérée.

Plaies pénétrantes de l'abdomen par balles de revolver du calibre de 8 millimètres. Quatre plaies pénétrantes du grêle ; une plaie pénétrante de la face antérieure de l'estomac. Opération. Guérison. — M. Estor communique cette observation personnelle.

Sternotomie médiane comme traitement palliatif décompressif des tumeurs du médiastin. — M. Gau-

DIER (de Lille) communique l'observation d'une malade opérée par lui avec succès, et décrit la technique employée.

Traitement des ostéoporoses traumatiques par la sympathectomie péri-artérielle. — M. LERICHE communique sur ce sujet un travail accompagné d'observations personnelles.

(*24 février*). J. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

5 mars 1926.

Ictère spirochétosique à recrudescence fébrile ; bacillémie et bacillurie concomitantes à bacille paratyphique. — MM. F. WIDAL et R.-J. WEISSENBACH. — Un garçon de 15 ans, présente un ictère infectieux, à rechute et recrudescence fébrile, avec syndrome de rétention biliaire complète, syndrome hémorragique fruste, sans participation rénale importante, sans réaction méningée, et terminé en quatre semaines par la guérison. Le sang du malade possédait un pouvoir agglutinant très élevé pour le *spirochæta icterohemorragiæ*, ce qui démontre la nature spirochétienne de cet ictère. Mais on isola du sang et des urines du malade un bacille du groupe paratyphique, fortement agglutiné par le sérum du malade.

La présence, même constatée à plusieurs reprises dans le sang, les urines, etc., d'un bacille du groupe paratyphique et l'apparition des propriétés antigènes spécifiques des humeurs vis-à-vis de ce germe, au cours de l'évolution d'un ictère infectieux primitif, ne suffisent pas à démontrer la nature paratyphique de cet ictère. Le bacille paratyphique isolé peut, en effet, ne jouer que le rôle d'un germe d'association ou d'un virus de sortie.

— M. NETTER a observé, parmi les enfants de deux familles, 8 cas d'accidents infectieux à rechute, accompagnés d'ictère chez certains, dans lesquels on put mettre en évidence une séro-agglutination pour le paratyphique A.

Polyarthrite chronique déformante tuberculeuse avec présence de bacilles tuberculeux. — MM. CARNOT et TERRIS présentent une malade atteinte de déformations articulaires multiples prédominantes surtout dans les articulations des doigts, du coude et du genou. On constate une hydarthrose qui a nécessité une arthrotomie et qui a permis de constater des nodules inflammatoires avec cellules géantes ; l'inoculation au cobaye a été positive.

— M. DUFOUR critique l'appellation de rhumatisme chronique déformant ; il s'agit d'une synovite tuberculeuse des articulations.

Abcès gangreneux du poumon. — MM. A. COYON et V. OUMANSKY relatent l'histoire de 2 malades, atteints de suppuration pulmonaire, qui ont présenté à plusieurs reprises, pendant la durée de leur maladie, de la fétidité de l'haleine et des crachats. Le diagnostic reste indécis entre abcès pulmonaire compliqué de gangrène et gangrène pulmonaire à forme prolongée. Il ne semble pas y avoir d'élément permettant d'établir d'une façon certaine ce diagnostic.

Un cas de macrogénitosomie chez une fillette. — MM. A. LÉRI et M. LECONTE présentent une fillette de 9 ans, dont la taille, le tour de poitrine, les seins, le système pileux sont ceux d'une fille de 16 à 17 ans ; il en est de même de son degré d'ossification, d'après les radiographies.

On peut dire qu'il s'agit d'un exemple de macrogénitosomie.

Il n'y a aucun symptôme de tumeur cérébrale, bien qu'il s'agisse vraisemblablement d'une tumeur de la région épiphysaire.

— M. APERT fait remarquer que, si la macrogénitosomie chez les garçons relève d'une tumeur de l'épiphyse, chez les filles, où elle est exceptionnelle, elle est en rapport d'ordinaire avec un adénome de la corticale surrénale.

Communication interauriculaire avec anévrisme de la pointe du cœur. — MM. AKIL MOUKHTAR et SÉDAD.

Atrophie musculaire syphilitique des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire chez un sujet porteur d'une fracture ancienne de la colonne cervicale. — MM. P. LÉCHELLE et Jean WEILL présentent un malade atteint d'amyotrophie des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire d'origine syphilitique, ainsi que le prouvent l'examen du liquide céphalo-rachidien et l'efficacité du traitement.

Méningite tuberculeuse aiguë bactériologiquement confirmée ; guérison rapide se maintenant après trente-deux mois. — MM. VEDEL, G. GIRAUD et PUECH (de Montpellier). — En cinq jours évolua vers la guérison complète une réaction méningée aiguë, au cours de laquelle la présence de nombreux bacilles de Koch, tuberculisant rapidement le cobaye, a été constatée dans le liquide céphalo-rachidien. L'affection avait été précédée, pendant un mois, de vagues malaises.

Complexes ventriculaires électriques et insuffisance cardiaque. — MM. Ch. LAUBRY, J. WALSER et L. DEGLAUDE apportent une contribution particulièrement intéressante aux études entreprises depuis plusieurs années sur les déformations de l'électrocardiogramme au cours de l'insuffisance cardiaque.

BIBLIOGRAPHIE

La Tuberculose pulmonaire. *Etude de Phtisiologie clinique et sociale.* Deuxième édition, par M. Léon BERNARD, *Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.* — Deuxième édition entièrement refondue. — Un volume de 400 p. avec 16 figures. (MASSON et Cie, Editeurs). Prix : 28 fr.

Dans cette nouvelle édition très dissemblable de la précédente, l'auteur a tenu compte des derniers progrès réalisés dans la lutte anti-tuberculeuse. Sans parler des nouveaux chapitres, des additions, des remaniements, bien des retouches ont modifié les conceptions ou les notions qui s'en dégagent.

Dans le chapitre intéressant des *facteurs sociaux*, M. Léon BERNARD nous apprend que certaines professions qui paraîtraient devoir favoriser la tuberculose, n'y prédisposent nullement. Tout d'abord le métier de chauffeur d'automobile est bien toléré par les tuberculeux. La tuberculose est rare chez les mineurs. Signalée comme fréquente chez les porcelainiers et les tailleurs de pierre, la tuberculose n'aurait-elle pas été accusée à tort ? De simples pneumokonioses ne seraient-elles pas en jeu ? Signalons également le chapitre sur les *Eléments du Pronostic*, enrichi comme tous les auteurs par l'expérience personnelle de l'auteur.

Traitement de l'Epithélioma du maxillaire supérieur par l'Association Chirurgie-Curiethérapie, par M. le Dr G. VERGER, *ancien Interne des hôpitaux de Paris.* — Un vol. in-8° de 204 pages avec figures dans le texte. — Gaston DOIN et Cie, Editeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e). Prix : 22 francs.

L'examen des cas traites depuis 1919 à l'Institut du Radium de l'Université de Paris, apprend que l'emploi des seuls rayons ne donne des résultats satisfaisants que dans des cas exceptionnels.

L'étude consciencieuse des accidents et des insuccès dus à ces méthodes, les recherches précises du Pr REGAUD mettant en évidence les causes de ces résultats peu favorables, font ressortir nettement la nécessité d'un acte préparant le champ à l'action du Radium.

Ce travail décrit minutieusement la technique de l'Association Chirurgie-Curiethérapie, telle qu'elle est pratiquée par les Drs HAUTANT et MONOD à l'Institut du Radium. Il montre les résultats relativement satisfaisants obtenus par cette méthode dans des cas datant de un an et demi à cinq ans.

De nombreuses figures illustrent le texte, notamment des planches histologiques dues à l'obligeance du Dr LACASSAGNE de l'Institut du Radium.

Immunisation locale. *Pansements spécifiques,* par M. A. BESREDKA, *Professeur à l'Institut Pasteur.* — Un volume de 252 pages. (MASSON et Cie, Editeurs). Prix : 20 francs.

L'idée de l'Immunisation locale telle que nous la concevons, c'est-à-dire sans participation d'anticorps est toute nouvelle. Des applications, ressortissant à la vaccination et à la vaccinothérapie en découlent et sont consacrées par la pratique journalière.

Le Pr BESREDKA ne réunit pas ici tous les faits relevant de l'immunité locale, mais il choisit pour faire ressortir l'idée directrice, quelques infections-types qui intéressent la peau et l'intestin : charbon, staphylococcies et streptococcies, états typhoïdes.

La vérité est celle-ci. Certains groupes de cellules sont susceptibles de s'infecter et de s'immuniser pour leur propre compte sans que l'organisme tout entier y soit intéressé ; la peau, la paroi intestinale sont aptes à remplir un rôle des plus actifs aussi bien dans l'infection que dans la défense. On arrive ainsi à la conception que tout virus a sa cellule, toute cellule, son immunité.

L'immunité la plus solide étant celle que confère l'infection naturelle, il était tout indiqué, lors de la vaccination artificielle, d'emprunter les voies que suivent les virus, lors de leur pénétration dans l'économie : la voie cutanée et la voie buccale préconisées dans ce livre.

Cet ouvrage, de haute originalité, ouvre à la vaccinothérapie des voies tout aussi sûres, bien que d'une complication moindre.

Sensibilisation et désensibilisation en dermatologie (Thérapeutique interne), par M. N. DRACOULIDES. — Préface de M. Paul RAVAUT, *médecin en chef de l'Hôpital Saint-Louis.* — Marcel VIGNE, éditeur. — Un volume 183 pages.

Derrière les manifestations cutanées les plus simples, il existe un trouble humoral qui commande l'évolution de la dermatose.

La syphilis est souvent en cause, mais d'autres injections produisent des effets analogues. Les méthodes de désensibilisation ont pour but de faire revenir à l'état normal les humeurs du sujet malade sensibilisé. Le nombre des substances employées à cette fin est considérable : remèdes chimiques, protéinothérapie, auto-hémothérapie, etc. L'ouvrage de M. DRACOULIDES, constitue un exposé complet de la question.

Les Maladies des Intestins. *Séméiologie et thérapeutique générale,* avec un formulaire des principaux médicaments et des principales prescriptions, par MM. J. CASTAIGNE, Fr. MOUTIER, R. GOIFFON et P. AUBOURG. — A. POINAT, éditeur, 21, rue Cassette, Paris (6e). — Un vol. 308 pages : 15 francs.

Livre pratique, utile, fait de clarté et de précision. Ses auteurs sont au premier plan de leur spécialité. Ils ont apporté à l'œuvre commune le meilleur de leur science et de leur expérience, dans une parfaite unité de vues et une complète communauté d'idées.

Le volume fait partie de la collection « Le livre du Médecin », si bien éditée par M. POINAT.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257, RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE UROLOGIQUE

Hôpital Necker. — Service de M. le Pr Legueu.

Le rein dans le diabète.

Par M. Chabanier.

Le diabète consiste dans une maladie de la nutrition qui porte plus spécialement sur les phénomènes nutritifs concernant les éléments hydrocarbonés. Le diabète est essentiellement caractérisé par une diminution de la propriété qu'a l'organisme normal d'utiliser les hydrates de carbone.

Ce trouble d'utilisation des hydrates de carbone a pour premier effet l'*hyperglycémie* ou augmentation du glucose dans le sang. Une deuxième conséquence est la *glycosurie*.

Jusqu'ici, le rôle du rein dans ce circulus avait été négligé par les auteurs, passé sous silence, incompris, ou interprété d'une façon sommaire consistant simplement à admettre qu'un sujet néphritique peut uriner moins de glucose qu'un sujet normal. Pratiquement, ce rôle possible du rein n'est nullement considéré, puisqu'on a coutume de mesurer un diabète par la seule glycosurie. On admet que le rein, dans l'espèce, n'a pas de rôle actif, n'a qu'un rôle passif. C'est du moins l'opinion exprimée par la plupart des auteurs, jusqu'à ces derniers temps. Ce n'est pas du tout exact. Au contraire, le rein a un rôle considérable dans le diabète, un rôle même pathogénique.

La preuve, la voici. Supposons deux diabétiques, soumis à la même ration hydrocarbonée, c'est-à-dire recevant la même quantité de glucose en puissance, 100 grammes. Attendons qu'ils soient, comme on dit, en équilibre, c'est-à-dire que leur élimination urinaire soit devenue constante, et prenons la *glycémie* le matin à jeun chez ces deux sujets. Il se peut qu'ils présentent la même glycémie, par exemple 2 grammes. En même temps, on trouve des *glycosuries* absolument différentes : 200 grammes par vingt-quatre heures chez le premier, 20 grammes chez le second. N'est-ce pas une preuve que le rein a un rôle complètement différent chez les deux sujets ?

Le *seuil* du glycose représente le taux de la glycémie au-dessus duquel il y a passage du sucre dans l'urine. Cette barrière, qui a été découverte par Claude Bernard, n'est pas fixe comme celui-ci le croyait, elle est, au contraire, très mobile. Ceci, du reste, est vrai pour tous les seuils (chlore, etc., etc.).

Ce sont des valeurs essentiellement mobiles, non seulement d'un individu à l'autre, mais chez un même individu.

La caractéristique du seuil du glucose, c'est que sa mobilité est en fonction du taux de la *glycémie*. Lorsque la glycémie s'élève, le seuil s'élève également, mais ajoutons de suite qu'*il n'y a pas parallélisme entre les deux phénomènes*. Les différences observées tiennent à l'intensité de l'élément *diabète rénal*. Chez notre premier sujet, il existe un élément diabète rénal plus accentué que chez le second. C'est une différence intrinsèquement de même nature que celle existant entre les sujets qui présentent ce qu'on appelle un *diabète rénal pur* et les sujets strictement normaux.

Par *diabète rénal pur*, on entend un syndrome cliniquement caractérisé par ce fait que les sujets éliminent du sucre et cependant n'ont pas de glycémie : ils n'ont de diabétique que le nom, puisqu'ils n'ont pas de trouble de l'utilisation du glucose.

C'est pourquoi on peut adopter cette expression : élément diabète rénal, surajouté au diabète vrai. Notre premier sujet a un élément diabète rénal plus accentué que le deuxième.

Vous voyez tout de suite que l'intervention d'un facteur rénal dans l'enchaînement des phénomènes constituant le diabète change nos idées sur l'importance de la mensuration d'une glycosurie. Vous savez tous qu'on a l'habitude, pour savoir si un sujet est diabétique ou non, de regarder la quantité de sucre qu'il élimine par l'urine ; suivant qu'il y a plus ou moins de sucre, on dit : c'est un *petit diabétique*, c'est un *grand diabétique*.

Or, ce peut être aussi bien vrai que faux, en ce sens qu'on peut être un diabétique accentué, c'est-à-dire avoir un trouble intense de l'utilisation du glucose, et avoir très peu de sucre dans l'urine. Nous avons vu, il y a quelque temps, une malade qui avait 3 grammes de sucre dans le sang, et n'avait pas de sucre dans l'urine. L'*absence de glycosurie* ne permet pas de dire absence de diabète. Il faut compléter l'examen par la recherche de la *glycémie*.

Bien plus, il semble même que l'élément diabète rénal va élucider une question jusqu'ici pendante : la pathogénie des formes cliniques du diabète. On sait qu'il y a, essentiellement, deux formes cliniques du diabète : l'une est ce qu'on appelle le *diabète gras, diabète bénin, diabète sans dénutrition* ; l'autre, le *diabète maigre, diabète grave* des Allemands, *diabète avec dénutrition* de Marcel Labbé.

La première forme s'accompagne d'une *glycosurie* généralement *modérée* ; de plus, cette glycosurie est aisément *réductible* ; ces sujets n'ont *pas d'acétonurie* ; enfin, fait très important, il n'y a pas de dénutrition. Ces sujets n'ont pas tendance à l'amaigrissement ; d'autre part, ils n'ont pas tendance à l'asthénie, ils n'ont pas de diminution de leur énergie ; ce sont des sujets chez lesquels le diabète évolue en général très lentement.

C'est pour toutes ces raisons qu'on l'appelle *diabète bénin*.

La *forme maigre* s'oppose, symptôme à symptôme, à la forme précédente. Ici, généralement, c'est une glycosurie intense, difficilement réductible, accompagnée d'*acétonurie*. Il y a une *dénutrition* évidente, de l'asthénie, de la fatigue, de la difficulté à accomplir un travail physique. Enfin, l'*évolution* est généralement rapide.

Quelle est la raison pour laquelle un diabétique fait un diabète gras ou un diabète maigre ? Le second, disent les auteurs est un *diabète pancréatique*. Mais il semble que tous ont un déficit pancréatique. D'autres auteurs, avec Marcel LABBÉ, disent :

« Si certains sujets présentent un *diabète maigre*, c'est parce qu'ils ont un *trouble glyco-régulateur* plus accentué que ceux présentant un diabète gras ».

Tous les auteurs qui emploient cette expression : trouble glyco-régulateur ou trouble du métabolisme des hydrates de carbone, admettent implicitement que le trouble basal du diabète, ce trouble que nous avons laissé indéfini, que nous n'avons pas voulu préciser, est plus accentué chez les seconds que chez les premiers. Ce serait une simple différence d'intensité du même trouble. Est-ce exact ? Nous ne le pensons pas, En effet, il n'y a aucune relation entre l'intensité du trouble basal, c'est-à-dire initial, du métabolisme portant sur les hydrates de carbone, et l'aspect de la maladie, la détermination symptomatique et évolutive du syndrome clinique correspondant. Par exemple, on peut voir des sujets ayant un diabète gras présenter un trouble du métabolisme des hydrates de carbone beaucoup plus marqué qu'un diabétique maigre. Les uns et les autres peuvent présenter un trouble basal identique.

L'origine de cette différenciation symptomatique, nous la trouvons du côté rénal. Les sujets qui ont un diabète gras ont un élément diabète rénal modéré ou faible. Au contraire, les sujets qui ont un diabète maigre présentent tous un élément rénal accentué.

Cette constatation nous conduit à cette hypothèse : l'aspect clinique du syndrome diabétique est dû, non pas à l'intensité du trouble du métabolisme initial, mais à l'intensité de l'élément diabète rénal.

Prenons deux diabétiques ayant le même trouble basal, c'est-à-dire la même diminution de la capacité d'utiliser les hydrates de carbone. Soumettons-les à un régime identique, comprenant un apport de 2.400 calories, dont la moitié, 1.200 est apportée par les hydrates de carbone (300 grammes environ) : pratiquement, c'est la ration moyenne. On peut admettre que les deux sujets présentent la même glycémie, par exemple 2 grammes. Eh bien, nous avons admis que le premier sujet présente un élément diabète rénal modéré ou faible, c'est-à-dire que l'écart entre le *seuil* et la *glycémie* est faible ; la *glycosurie* est modérée, 40 grammes, représentant 160 calories, moins du dixième de la quantité totale que le sujet absorbe dans la journée, d'où absence d'asthénie et d'amaigrissement.

La *glycosurie* est *facilement réductible*, parce qu'un des caractères de l'élément diabète rénal modéré est de pouvoir abaisser le seuil facilement, dès qu'on modifie la glycémie.

Au contraire, le second sujet, chez lequel nous supposons un élément diabète rénal accentué, au lieu de 40 grammes, éliminera 240 grammes de sucre, ce qui représente 960 calories, par conséquent 50 % de déficit au point de vue énergétique par rapport à ce qui entre dans l'organisme. D'où l'*asthénie* ; d'où également la nécessité pour le sujet de puiser dans ses réserves, d'où *amaigrissement* ; de plus les graisses et protéines sont des *aliments cétogènes*, d'où *acétonémie*. La glycosurie difficilement réductible résulte de même de cet élément diabète rénal accentué, parce que les variations du seuil ne sont point parallèles à celles de la glycémie. L'*évolution* est *rapide*, parce que le trouble rénal tend à augmenter de plus en plus, et entraîne une dénutrition de plus en plus marquée, un amaigrissement, une asthénie de plus en plus considérables ; la quantité croissante des corps acétoniques aboutit au coma diabétique et à la mort rapide.

Ainsi, en faisant intervenir la seule question d'une différence de comportement rénal chez deux sujets ayant un trouble initial du métabolisme des hydrates de carbone identique, on peut interpréter les déterminations symptomatiques et évolutives d'un diabète.

CLINIQUE MÉDICALE

Sédimentation globulaire et formule leucocytaire.

LEUR RÔLE DANS LE PRONOSTIC DE LA TUBERCULOSE

par MM.

le médecin-major LIÉGEOIS, et G. ALBOT,

Interne des Hôpitaux de Paris.

Parmi les réactions hématologiques, il en est deux auxquelles on a demandé, en ce qui concerne la tuberculose, des indications pronostiques : la mesure de la sédimentation des globules rouges du sang citraté et la formule leucocytaire. La sédimentation des Erythrocytes est d'apparition récente ; la formule sanguine est depuis longtemps entrée dans la pratique.

I

La Sédimentation.

Dans le domaine de la sédimentation les précurseurs furent : WEIL et CLAUDE (1908), BERNAKI, MARCANO et surtout CESARI (1913) et FAHRÉUS (1918).

Plus près de nous la réaction a été étudiée par de nombreux médecins notamment LINZENMEIER, GILBERT et TSANK, GARDÈRE et LAINE, ROGER et BINET, etc.

Tous ces travaux n'ont pas réussi à élucider parfaitement les causes immédiates qui commandent la vitesse de sédimentation globulaire (nombre des globules rouges, différence de potentiel électrique, viscosite ou poids spécifique du plasma, teneur en CO^2 hémotonie). Toutefois, malgré l'obscurité qui règne encore sur sa pathogénie exacte, la recherche de l'accélération de la S. G. n'en est pas moins intéressante au point de vue clinique.

Dans l'ensemble, la fréquence d'accélération de la S. G. dans diverses maladies lui ôte toute valeur diagnostique : son seul intérêt est pronostique. Enfin, parmi les diverses infections, c'est surtout dans la tuberculose pulmonaire que les différences de vitesse de sédimentation offrent dans la détermination délicate du pronostic, des indications utiles.

TECHNIQUE. — Au point de vue technique, il existe deux méthodes qui ont chacune leurs partisans :

1° *La méthode de Gardère et Laine* mesure en millimètres la sédimentation des globules au bout d'une heure et au bout de vingt-quatre heures. On donne comme chiffres normaux de sédimentation horaire : 7 m/m et de sédimentation totale : 20 à 30 m/m.

2° *La méthode de Linzenmeier* mesure en minutes le temps nécessaire pour obtenir une sédimentation donnée, les chiffres normaux étant de 300 min. et plus.

Nous n'avons pas cru intéressant de reproduire les détails de ces techniques, non plus que les diverses causes d'erreurs techniques, physiologiques pathologiques que l'on doit éviter. Ces différents points ont été en effet développés d'une façon très complète dans des publications récentes notamment par MM. CORDIER et CHAIX, DELHAYE, GARDÈRE et LAINE, MEIGNANT, etc.

ROLE PRONOSTIQUE. — En tenant compte des différents facteurs énoncés ci-dessus et susceptibles de faire varier la S. G. les différents auteurs l'ont étudiée chez les tuberculeux. Elle a eu ses partisans et ses détracteurs.

Certains accordent au phénomène une valeur indiscutable. Ils insistent sur la *sensibilité extrême* de la S. G. qui reflèterait l'état du milieu intérieur mieux que toute manifestation clinique (DELHAYE). Elle serait fidèlement influencée par :

1° Les formes anatomo-cliniques ;
2° Les complications ;
3° Le traitement.

A. *Variations de la S. G. suivant les formes anatomo-cliniques.*

L'évolutivité d'une lésion influerait nettement sur la S. G.

a) *Formes non évolutives.* — Jamais une tuberculose torpide ou fixée ne donnerait de sédimentation s'éloignant de la normale.

b) *Formes évolutives.* — Au contraire toute tuberculose en évolution donnerait une accélération anormale de la S. G. Parmi ces tuberculoses évolutives on a cherché à établir des rapports entre les différentes vitesses de la S. G. et l'échelle de gravité des formes cliniques.

Les formes de *début* même actives auraient une S. G. presque normale alors que les formes exsudatives avec lésion et pronostic clinique grave donneraient des vitesses très élevées avec les deux méthodes (p. de Linzenmeier : 30' et 20', p. de Gardère et Lainé : S. H. : 39 et 60 m/m. S. T. : 67 à 77 m/m).

Au contraire des formes extrêmes, dans les formes de *gravité moyenne* on obtiendrait des résultats intermédiaires d'interprétation plus difficile, la vitesse de S. G. variant dans de grandes proportions (p. de Linzenmeier : 50' à 200', p. de Gardère et Lainé : discordance entre S. H. et S. T.). Ces auteurs en concluent que d'autres facteurs interviennent notamment la *présence de B. K. dans l'expectoration* et la *tendance extensive des lésions anatomiques* qui serait plus particulièrement extériorisée par la sédimentation totale, la sédimentation horaire traduisant l'évolutivité de l'affection.

B. *Variations déterminées par les complications.*

La pleurésie séreuse, tuberculose, atténuée, ne s'accompagnerait pas de modifications de la S. G.

Au contraire l'hémoptysie, la laryngite tuberculeuse, le pyopneumothorax, toute maladie intercurrente provoqueraient une accélération, ne regressant que très lentement après l'amélioration clinique.

C. *Variations commandées par les diverses thérapeutiques.*

La cure de *tuberculine* et surtout le *pneumothorax artificiel* donneraient, dans les cas favorables un ralentissement progressif de la S. G. bien avant que les signes cliniques ne s'améliorent (p. de Linzenmeier : améliorations de 40' à 90', p. de Gardère : S. H. très favorables : 15 à 30 m/m alors que la S. T. reste plus en rapport avec la grande étendue des lésions).

Au contraire toute complication du traitement (pleurésie, tuberculose du poumon opposé) provoquerait de nouveau une prompte accélération.

Pour ces derniers auteurs, des recherches répétées, périodiques de la S. G. au cours de la maladie, donneraient donc des renseignements, non pas décisifs, mais utiles sur son évolution ultérieure. Le pronostic dépendrait d'ailleurs toujours de la confrontation rigoureuse de tous les éléments d'appréciation parmi lesquels, *la courbe de sédimentation* serait à rapprocher de celle de la température et du pouls. Mais aussi, en présence d'une disparition des signes cliniques morbides, tout malade ne devrait être déclaré guéri que si la sédimentation est redevenue normale, ce qui éviterait de confondre une amélioration passagère, suivie de rechute, avec la stabilisation véritable de la lésion (Delhaye).

D'autres auteurs au contraire restreignent considérablement la valeur pratique de la S. G. (Moral, Tegtmeyer, Weicksel). Ils invoquent :

a) Les multiples causes d'erreurs qui commendent une grande prudence dans l'interprétation des résultats (seules les grosses variations devraient être retenues).

b) Des phénomènes paradoxaux : enregistrement tardif de certaines améliorations, renseignements faux sur la gravité de certaines complications ou lésions initiales.

Parmi ces auteurs beaucoup préfèrent à la S. G. l'étude de la formule leucocytaire.

II

La formule leucocytaire.

Le rôle de la F. L. dans l'appréciation du pronostic de la tuberculose pulmonaire a été surtout étudié depuis 1908 par Richard, Besançon, de Jong et de Serbonnes, Arneth, bientôt suivis par de nombreux auteurs.

A l'état physiologique, le nombre des globules blancs oscille autour de ces chiffres moyens que nous empruntons au Pr Rieux :

Nombre total : 6.000 à 8.000 dont :	
Polynucléaires neutrophiles	65 %
Lymphocytes	27,5 %
Mononucléaires grands et moyens	5 %
Polynucléaires éosinophiles	2 %
Polynucléaires basophiles.	0,5 %

En pratique, pour éviter les causes d'erreurs, nous avons toujours compté un nombre assez élevé d'éléments (500) et pratiqué les examens à jeun. Cependant, le nombre normal des G. B. comportant d'assez sensibles variations, on ne doit tenir compte que des différences vraiment nettes.

Rôle pronostique. — L'étude des variations de cette formule, au cours de la tuberculose pulmonaire, a montré constamment une hyperleucocytose (Richard) et des variations dans les proportions des G. B. entre eux. Besançon et ses collaborateurs ont schématisé les résultats obtenus dans des types de formules leucocytaires classiques actuellement. Elles sont basées avant tout sur le rapport :

$$\frac{\text{Mononucléaires gr., moy. et lympho.}}{\text{Polynucléaires neutrophiles}} = \text{Norm.}\ \frac{32,5}{65,5}$$

Pour eux, toute poussée évolutive détermine au début de l'hyperleucocytose avec *hyperpolynucléose neutrophile*. Mais, au cours de la poussée,

la formule change et l'on peut avoir schématiquement :

1° *Une formule de résistance* indice d'une tuberculose bénigne avec leucocytose légère et *hypermononucléose*, polynucléose neutrophile normale (avec noyaux multilobés : type 2 et 3 d'Arneth). L'éosinophilie augmente vers la fin de la poussée : elle est considérée comme un caractère fondamental de la formule leucocytaire des tuberculeux évoluant favorablement.

2° *Une formule de déchéance* signe de tuberculose grave, avec :

Hyperleucocytose forte allant de 10.000 à 20.000 ;
Diminution des monoculéaires ;
Hyperpolynucléose neutrophile avec noyaux peu divisés (type 1 et 2 d'Arneth) ;
Disparition des éosinophiles.

Enfin dans ces dernières années quelques auteurs ont envisagé le rapport :

$$\frac{\text{lymphocytes}}{\text{polynucléaires neutrophiles}} = \frac{27,5}{65,5}$$

Ces auteurs ont simplement substitué la lymphocytose à la mononucléose dans les formules précédentes (Ximénés, Asua, Weiksel).

III

Résultats comparés des deux épreuves.

Devant certains résultats surprenants donnés par la S. G., il était tentant de les vérifier par la F. L. Weiksel dans la *Deutsche Medizine Wochenschrift* (1924) a comparé les résultats donnés par les deux examens. Il conclut son article en faveur de la F. L. qui, plus précoce dans ses variations donnerait des notions plus précises sur l'évolution ultérieure de la maladie. Dans cette formule leucocytaire, il attache une importance particulière à la lymphocytose (il parle de lymphocytose *normale* dans les formes bénignes, de *lymphopénie* dans les formes graves). Enfin dans les formes du début, il avoue que ni la F. L. ni la S. G. ne peuvent donner des indications fermes. Il insiste dans ces formes sur l'intérêt toujours prédominant de l'impression clinique.

Au Centre de Triage de la tuberculose de Coblence nous avons cru intéressant de vérifier les conclusions de M. Weiksel. Nous avons, à cet effet, réuni un certain nombre d'observations (72) avec le concours du Médecin auxiliaire Foulon, Interne des Hôpitaux de Paris, affecté au Centre à cette époque. Nous nous sommes adressés à deux méthodes, celle de Gardère et celle de Linzenmeyer ; celle-ci a été le plus souvent complétée par la formule leucocytaire. Toutes ces épreuves ont été accompagnées d'examens radiologiques et de bacilloscopies répétées ; quelques-unes ont aussi subi le contrôle de la réaction de déviation (m. de Calmette et Massol ou de Besredka).

I

Procédé de Gardère.

Nous avons examiné au moyen de cette technique 43 malades présentant des manifestations initiales de tuberculose. Ces 43 malades se répartissaient ainsi à leur arrivée au Centre :

1° 17 tuberculoses évolutives dont 12 à bacilloscopie positive ;

2° 15 tuberculoses subévolutives dont 8 formes latentes ;

3° 7 tuberculoses non évolutives ;

4° 5 pseudo-tuberculoses.

Nous avons classé les résultats d'après les chiffres de sédimentation horaire, les chiffres de sédimentation totale n'ayant retenu notre attention qu'en cas de différentielle anormale.

1° *Sédimentation horaire.*

Chez ces 43 malades nous avons obtenu :
14 S. H. très accélérées de 50 m/m et au-dessus ;
7 S. H. accélérées de 40 à 50 m/m ;
5 S. H. moyennement accélérées de 30 à 40 m/m ;
8 S. H. légèrement accélérées de 20 à 30 m/m ;
9 S. H. normales de 4 à 20 m/m.

a) *Les 12 tuberculoses évolutives à B. K. positif* ont toutes donné des S. des E. atteignant un chiffre élevé (de 36-57 à 55-58).

b) *Les 5 tuberculoses évolutives à B. K. négatif*, mais à signes cliniques nets d'évolutivité ont présenté :
4 réactions accélérées ou très accélérées qui concernaient des sérites tuberculeuses graves ;
1 réaction légèrement accélérée qui semblait d'abord paradoxale (21-50) ; l'examen de la F. L. qui donnait une forte monocytose et la marche ultérieure de la maladie ont montré une évolutivité atténuée.

c) *Les 6 tuberculoses subévolutives* à signes cliniques nets ont donné :
4 réactions accélérées moyennement ou légèrement ;
2 réactions très accélérées, dont l'une (58-58) ne s'explique pas. L'autre (62-64) concerne un malade dont nous avons vu au Centre s'aggraver assez rapidement l'état local et général.

d) *Les 8 tuberculoses latentes* ont donné des résultats d'autant plus intéressants que les autres examens étaient muets sur le pronostic. Ce sont :
2 réactions très accélérées ;
1 — accélérée ;
2 — moyennement accélérées ;
1 — légèrement accélérée ;
2 — normales.

Les sédimentations rapides appartiennent à des malades à radiologie subnormale mais *très imprégnés* avec fébricule persistante. Les sédimentations légèrement accélérées ou normales concernent des malades améliorés par un court séjour au centre. On note seulement un résultat paradoxalement normal chez un malade qui a dû être évacué sur Paris en raison de son état d'imprégnation prononcé.

e) *Les 7 tuberculoses non évolutives* ont donné 6 réactions normales et 1 seule réaction légèrement accélérée (29-51). Cette dernière est celle d'un malade atteint de tuberculose fibreuse à la veille d'une rechute (Besredka : 2 doses d'alexine déviées). Nous avons pu nous en rendre compte par l'évolution ultérieure.

f) *Les 5 pseudo-tuberculoses* ont donné 4 réactions normales ou légèrement accélérées et 1 réaction très accélérée chez un malade atteint de pneumopathie aiguë. On sait que cette réaction peut se voir dans des affections pulmonaires variées manifestement non tuberculeuses et qu'elle n'a aucune spécificité vis-à-vis de la tuberculose.

2° *Sédimentation totale.*

Les sédimentations totales sont à peu près parallèles aux sédimentations horaires, cependant nous avons noté 12 S. H. présentant une S. T. correspondante *anormalement forte*.

Pour toutes ces fortes différentielles la raison nous a échappé sauf pour les 4 plus élevées qui ont pu être expliquées par des lésions très étendues : tuberculose fibro-caséeuse, étendue et bilatérale (37-53), sclérose pulmonaire de tout un poumon (32-75), pachypleurite de tout le champ gauche secondaire à une pleurésie ancienne avec voile de tout le sommet droit (15-81), voile étendu de la base gauche avec sclérose et nodules sclérocalciques dans les deux poumons (11-52).

La sédimentation totale doit donc être interprétée prudemment, il semble qu'il y ait intérêt à ne retenir que les grosses différentielles, les autres étant d'interprétation trop difficile.

En résumé, nos observations nous amènent à des conclusions analogues à celles de GARDÈRE et LAINÉ : la S. G. épreuve clinique courante chez les tuberculeux est susceptible de renseigner sur le caractère évolutif des lésions. Par contre son intérêt ne nous a pas paru limité aux formes avancées comme semblent l'indiquer ces auteurs. Les accélérations dans les formes latentes n'ont pas été exceptionnelles ; c'est une notion à retenir qui paraît avoir une réelle valeur. Toutefois il convient de ne pas accorder à cette réaction plus de précision qu'elle n'en peut donner, surtout dans les formes de début où elle doit toujours être comparée aux autres procédés d'examen avant d'en tirer des conclusions fermes. C'est ce que nous nous sommes efforcés de faire en étudiant simultanément le procédé de LINZENMEIER et la formule leucocytaire.

II

Procédé de Linzenmeier et formule leucocytaire.

Nous avons examiné 29 malades au moyen du procédé de Linzenmeier :

1° 15 tuberculoses évolutives dont 11 à bacilloscopie positive ;

2° 9 tuberculoses subévolutives dont 2 latentes ;

3° 2 tuberculoses non évolutives ;

4° 3 pseudo-tuberculoses.

Nous indiquerons rapidement les résultats généraux de ces mesures, et nous insisterons particulièrement sur es 19 observations dans lesquelles nous avons pu confronter la S. G. et la F. L.

I. — *Renseignements généraux donnés par la méthode de Linzenmeier.*

Nous avons obtenu :

16 réactions très accélérées de 0' à 50' ;
1 — accélérée de 50' à 100' ;
6 — moyennement accélérées de 100' à 200' ;
3 — légèrement accélérées de 200' à 300' ;
3 — normales de 300' et au-dessus.

Les résultats sont à peu près les mêmes que ceux donnés par la méthode précédente. Cependant on doit retenir quelques résultats inexacts : 3 S. G. normales chez des tuberculeux évolutifs avec B. K. positif et une sédimentation légèrement accélérée chez un tuberculeux évolutif avec état général assez bon mais lésions considérablement étendues. Il semble donc d'après l'ensemble de ces cas que les résultats soient moins nets qu'avec le procédé de GARDÈRE.

II. — *Renseignements généraux donnés par la formule leucocytaire.*

Nos quelques observations (19) ont donné des résultats conformes aux notions classiques de l'hyperleucocytose, de la polynucléose neutrophile, signes de déchéance ; de l'éosinophilie, signe de résistance. Toutefois en ce qui concerne la mononucléose totale et la lymphocytose au sujet desquelles il existe des divergences, il ressort de nos observations que l'une et l'autre prises isolément fournissent des renseignements incomplets. En ne considérant que la mononucléose totale seule, on serait tenté d'être trop optimiste ; par contre, en ne tenant compte que du chiffre des lymphocytes, on tombe dans l'excès inverse.

Pour éviter cet écueil, nous avons toujours considéré dans les numérations des mononucléaires les *variations proportionnelles* des lymphocytes et des monocytes (grands et moyens) dont le rapport normal est de $\frac{25,5}{5}$.

Les modifications de ce rapport constituent une donnée nouvelle susceptible d'éclairer le pronostic. Très schématiquement on peut établir les formules suivantes :

1° *Une formule normale* répondant aux cas nettement bénins dans laquelle la notion précédente peut être figurée ainsi :

Mononucléose totale normale 32,5 % se décomposant en :

Lymphocytes : 27,5 %.
Monocytes : 5 %.

2° *Une formule de déchéance complète* s'observant dans les cas très graves dans laquelle :

Mononucléose totale fortement abaissée (p. ex. 11,6 %) se décomposant en :

Lymphos fortement diminués (p. ex. 6,6 %).

Monocytes (G. et M.) normaux (5 %).

3° *Des formules intermédiaires* dans les cas de gravité moyenne à caractère plus ou moins évolutif dans lesquelles :

Les lymphocytes étant diminués (p. ex. 6 %) ;

Les monocytes (G. et M.) augmentés plus ou moins (p. ex. 26 ou 19 %) ;

La mononucléose totale est de ce fait : ou normale (32 %) ou peu diminuée (p. ex. 25 %).

La comparaison de ces deux chiffres (lymphocytes et monocytes) nous a permis le plus souvent d'établir un pronostic :

Il nous a paru prudent de *réserver* ce pronostic dans les formules à mononucléose normale mais avec lymphopénie, même quand elle coïncidait avec une polynucléose peu accentuée et une éosinophilie (*formule de résistance*).

Nous l'avons considéré comme *très médiocre* quand une chute légère de la mononucléose totale accompagnait la lymphopénie, surtout quand il y avait en outre une hyperpolynucléose et une chute du nombre des éos (*formule de déchéance atténuée*).

III. — *Renseignements donnés par l'étude simultanée de la S. G. et de la F. L.*

En dernier lieu nous avons vérifié les résultats respectifs de ces deux recherches dans 19 formes anatomo-cliniques et évolutives variées :

Chez 16 malades la S. G. a été confirmée par la F. L.

Chez 3 autres les résultats ont été différents.

a) *Sédimentations confirmées par la F. L.* — Parmi ces S. G. :

1° 10 *S. G. très accélérées* ont toutes donné des formules de déchéance caractérisées le plus souvent par une hyperpolynucléose (70 à 84 %) et une diminution des éosinophiles.

a) Parmi ces 10 malades 6 ont présenté une diminution nette de la mononucléose totale ; dans la chute de cette mononucléose seuls étaient intéressés les lymphocytes, les G. et M. monos restant normaux (*f. de déchéance complète*). Il s'agissait d'une dilatation des bronches et de 5 tuberculeux dont 2 crachaient des bacilles. Il y a donc eu chez eux concordance entre la sédimentation et la formule leucocytaire. A titre d'exemple citons le cas d'une pleurite active d'une base : la formule leucocytaire donnait :

G. B. 22.000.

Hyperpolynucléose neutrophile	77,8 %
Lymphopénie	9 %
Monocytose normale	10,6 %
Eos	3,6 %

L'atteinte de l'état général, la concordance entre F. L., la S. G. (30') et la réaction de déviation de Besredka (3 doses déviées) ont montré l'évolutivité de l'affection.

b) Les 4 autres malades à sédimentation très accélérée ont présenté une forte lymphopénie. Au contraire la mononucléose totale était normale ou diminuée légèrement. Ces formules correspondaient donc au type de *déchéance atténuée*. Les proportions de G. B. étaient les suivantes :

La 1re	La 2e
G. B. 6.500.	G. B. 28.500.
Polyneutro 70 %.	Polyneutro 70,8 %.
Mononucléaires 28 % dont:	Mononucléaires 28 % dont:
lymphocytes 12 % ;	lymphocytes 16,4 % ;
monocytes 16 %.	monocytes 11,4 %.
Eos 1,5 %.	Eos 1,4 %.
Cell. turk 0,5 %.	

La 3e	La 4e
G. B. 25.000.	G. B. 10.500.
Polyneutro 73,6 %.	Polyneutro 72 %.
Mononucléaires 26% dont :	Mononucléaires 26% dont :
lymphocytes 6,8 % ;	lymphocytes 16,4 % ;
G. M. mono 19,2 %.	G. M. mono. 18,8 %.
Polybasoph. 0,4 %.	Eos 1,8 %.
Eos 0.	

Dans ces observations la mononucléose totale semble n'avoir pas exprimé exactement la marche de la maladie, mais la S. G., la lymphopénie considérable pouvaient faire prévoir la gravité de ces formes cliniques évolutives à B. K. pos. dont une s'est terminée d'ailleurs par la mort.

2° 4 *S. G. moyennement accélérées* et 2 *S. G. légèrement accélérées* ont toutes donné des *formules de résistance* du type suivant :

G. B. normal.

Polynucléose neutrophile normale (60).

Eosinophilie marquée (2 à 4).

Mononucléose totale absolument normale, mais avec lymphopénie plus ou moins considérable imposant des réserves au point de vue du pronostic.

Ci-après les formules détaillées :

La 1re	La 2e
S. G. 125' (Linz.) 47-53 m/m (Gard.).	S. G. 130'.
G. B. 5.500.	G. B. 9.950.
Polyneutro 60,5 %.	Neutro. 64 %.
Mononucl. 37,5 % dont :	Mononucl. 32 % dont :
lymphocytes 18 % ;	lymphocytes 6,6 % ;
monocytes 19,5 %.	monocytes 25,4 %.
Eos 4,2 %.	Eos 4 %.

La 3e	La 4e
S. G. 139'.	S. G. 142'.
G. B. 9.000.	G. B. 12.000.
Neutro. 65,5 %.	Neutro. 68,6 %.
Mononucl. 31,4 % dont :	Monomucl. 29,2 % dont :
lymphocytes 14,4 % ;	lymphocytes 11,6 % ;
monocytes 17 %.	monocytes 11,6 %.
Eos 3 %.	Eos 2,2 %.

La 5e	La 6e
S. G. 239'.	S. G. 256'.
G. B. 12.000.	G. B. 7.500.
Neutro. 66,4 %.	Neutro. 67 %.
Mononucl. 30,8 % dont :	Mononucl. 31 % dont :
lymphocytes 16 % ;	lymphocytes 12 % ;
monocytes 14,8 %.	monocytes 19,6 %.
Eos 2,2 %.	Eos 1,5 %.

La sédimentation et la formule leucocytaire ont traduit toutes deux, dans ces cas, la tendance peu évolutive et l'inactivité des lésions.

B. *Sédimentations non confirmées par la F. L.*

3 S.G. ont donné des indications différentes de celle fournies par la F. L. :

1° 1 S. G. *très accélérée* (13' au Linzenmeier, 47 55 m/m au Gardère) présentait sans raison une F. L *presque normale* :

G. B. 8.250.
Neutrophilie 69,5 %.
Mononucléose normale 29,5 % dont :
lymphocytes 25,5 % ;
G. M. mono. 14 %.
Seule une diminution des Eos 0,5 %.

Il s'agissait d'une cortico-pleurite tuberculeuse avec mauvais état général. L'évolution a donné raison à la S. G. : nous avons assisté à l'extension des signes physiques et à l'aggravation de l'état général.

2° 1 réaction *moyennement accélérée* (120') a présenté aussi une F. L. *normale* inattendue :

G. B. 14.500.
Neutrophilie 65,2 %.
Mononucléose normale 32,4 % dont :
lymphocytes 25,6 % ;
G. M. mono. 6,8 %.
Eos 2 %.

Il s'agissait d'un malade atteint de tuberculose bilatérale à tendance d'ailleurs peu évolutive comme l'indiquait la sédimentation et l'absence de B. K. dans les crachats.

3° 1 Sédimentation *normale* a été contredite par la F. L. chez un malade qui a posé un problème diagnostique très embarrassant. Examiné à la suite d'une grippe il présentait un voile du sommet droit et une pleurite de la base droite ; il eut quelques crachats sanglants de nature mal définie. La réaction de Besredka était négative : mais la F. L., à l'inverse de la S. G., donnait une formule de déchéance :

G. B. 15.000.
Grosse neutrophilie 82,5 %.
Mononucléose totale, diminuée 16,2 % dont :
grosse lymphopénie 7,2 % ;
G. M. monocy. normaux 9 %.
Eos. 1 %.

Nous basant sur cette dernière formule nous avons évacué ce malade, bien qu'il ait paru difficile de dire s'il s'agissait d'une séquelle d'affection pulmonaire aiguë ou d'une tuberculose peu évolutive. Nous n'avons pas, par conséquent, pu observer son évolution ultérieure ; mais avant son départ du centre ses crachats ont été inoculés au cobaye qui est mort tuberculeux deux mois après (le B. K. a été retrouvé dans un ganglion et dans le liquide d'ascite). La F. L. était donc expliquée.

CONCLUSION

Là se termine notre travail. La supériorité accordée, notamment par Weicksel, à la formule leucocytaire sur la réaction de sédimentation ne paraît pas s'imposer indiscutablement.

La formule leucocytaire comporte des causes d'erreurs au moins aussi grandes que la sédimentation globulaire. Cette formule présente, en effet, des variations d'ordre physiologique assez sensibles et nécessite de grandes précautions si l'on veut que les chiffres obtenus soient dignes de retenir l'attention. Nous avons nous-mêmes observé des différences légères entre deux examens successifs bien que nos numérations aient toujours porté sur 500 éléments et bien qu'elles aient été faites à jeun. Enfin, nous avons relaté des résultats paradoxaux, infirmes par l'évolution clinique et les autres moyens d'examen.

Toutefois, on aurait tort de négliger les renseignements que peuvent fournir ces deux recherches. Elles apportent souvent des indications intéressantes. Elles contribuent à confirmer un pronostic délicat quand elles se complètent mutuellement et surtout quand elles sont conformes aux données obtenues par les autres moyens d'investigation. Dans les cas douteux elles devront toujours être soumises à une critique avisée, les renseignements cliniques prévalant en dernier ressort.

Bibliographie.

Arneth. — *Zeitschr. f. tub.* 1905-VII, p. 308 et 450. — Folia hœmat. Bd. V 1908, p. 210. — *Zeitschr. f. clin. med.* Bd. V 1908, p. 2.

Besançon, de Jong et de Serbonnes. — Congrès de Lille 1909 et *Arch. de Méd. Exp. et d'Anat. pathol.* 1910, p. 32.

Delhaye. — La R. de Sed. des G. R. dans la tub. pulm. sa valeur diag. et pron. : *Rev. de la Tub.* n° 6, 1923.

Gardere et Lainé. — Recherches sur la Sed. des G. du Sang dans la Tub. Infant. *Paris-Méd.* 3-1-25, n° 1.

Meignant. — *Rev. de la Tub.* n° 3, juin 1925.

Pagnez. — *Presse Méd.* 21-5-21.

Popper. — *Rev. de la Tub.*, août 1925.

Rieux. — *Traité d'Hématologie clinique*, p. 302.

Salomon et Waltis. — *Presse Méd.* n° 39, 16-5-25.

Weicksel. — (Priv. Doc. Leipzig) (*Deut. Mediz. Woch.* octobre 1924.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La colique hépatique.

Repos absolu au lit, régime hydrique, ou un peu de bouillon de légumes. Sur la vésicule, compresses chaudes fréquemment renouvelées. S'il y a un mouvement fébrile, la glace est préférable en applications locales.

Une piqûre de 5 *milligr. de morphine* à renouveler au bout de une ou deux heures si la douleur est vive. En cas de dépression associer le *camphre* à la morphine :

Camphre	1 gr.
Morphine	0 gr. 10
Acide oléique pur	q. s. p. 10 cc.
Huile d'olive pure	q. s. p. 10 cc.

Laver à l'alcool. Injecter 1/2 cc.

(Mathieu DE FOSSEY.)

Faute de morphine, prendre six capsules d'*Ether amylvalérianique* par jour, deux le matin, deux à midi, deux le soir, ou lors des paroxysmes douloureux, une pilule :

Camphre pulv.	0 gr. 04
Opium	0 gr. 05
Ext. alc. de jusquiame	0 gr. 03

Pour une pilule. (Mathieu DE FOSSEY.)

En cas d'intolérance gastrique, un petit lavement à la poire avec :

Analgésine	1 gr.
Laud. de Sydenh.	XXV gttes
Eau distillée	50 gr.

On peut encore employer les suppositoires :

Extr. bellad. }	
Extr. d'opium }	ââ 0 gr. 03
Beurre de cacao	3 gr.

Combattre la constipation avec un lavement huileux : 50 gr. tous les jours après terminaison de la crise. Si les crises sont subintrantes, tous les deux jours.

***

Nota. — Nous avons publié (*Journal des Praticiens*, no 51, 19 decembre 1925) une formule de la *pommade d'Alibour*. Celle-ci est différente de la formule de l'hôpital St-Louis.

Plusieurs pharmaciens nous demandent laquelle il faut préparer. Le médecin prescrit simplement : pommade d'Alibour. Est-ce la pommade de St-Louis ou celle dont nous avons donné la formule? La première figurant dans le *Formulaire des Pharmaciens français*, assurément c'est celle-ci, l'autre n'étant signalée qu'à titre de variété moins répandue.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

La toux ne doit jamais être émétisante.

Par MM. les Drs Ch. COUBARD et P. GALLOT.

Sanatorium du Bois-Grolleau près Cholet.

Fréquents sont les tuberculeux qui se plaignent de ne pouvoir s'alimenter parce qu'ils vomissent. A peine ont-ils terminé leur repas qu'une quinte survient qui provoque rapidement, sans nausées, le rejet des aliments. Leur toux est émétisante.

Les conséquences de cet incident, qui se renouvelle souvent plusieurs fois par jour, sont des plus fâcheuses. L'alimentation rationnelle, qui est un des éléments du trépied thérapeutique de base chez les tuberculeux, se trouve être gravement compromise ; et la dénutrition, prologue de la cachexie, ne tarde pas à apparaître.

En outre, ces vomissements par leur fréquence, leur désespérante ténacité finissent par agir sur le moral du malade qui se désole et s'énerve ; et ceci est encore un facteur des plus défavorables au point de vue de l'évolution et du pronostic. Il importe donc d'agir d'une façon très énergique sur la toux émétisante et de faire en sorte qu'elle soit rapidement enrayée.

Comment se produit-elle ?

Elle serait déterminée par un réflexe que provoque le passage du bol alimentaire dans l'œsophage au niveau des terminaisons nerveuses du vague.

Quant au vomissement consécutif, phénomène purement mécanique, il est dû à l'aspiration thoracique qui survient au moment des inspirations forcées d'une quinte de toux.

Chez les tuberculeux, un autre élément entre en jeu. Ces malades sont des amaigris, souvent des émaciés ; et la tunique musculeuse de leur estomac est toujours plus ou moins atone. Chez beaucoup

d'entre eux, les femmes, plus particulièrement sous l'influence d'une alimentation parfois mal comprise, s'établit une ptose considérable, et l'estomac, devenu une poche allongée et flasque, qui ne réagit plus et ne se contracte que faiblement, se laisse vider avec la plus grande facilité de son contenu.

Comment remédier à cet état de choses ?

1° *En agissant sur la toux*, c'est-à-dire en cherchant à calmer le réflexe tussigène par une médication utile et bien comprise, jamais brutale. La belladone, antispasmodique par excellence, associée à petites doses aux sels de l'opium (codéine, dionine), est encore le médicament qui semble donner ici les résultats les plus constants.

2° *En agissant sur l'estomac.*

a) Par une *thérapeutique appropriée* : eupeptiques (gentiane, noix vomique, sauge) donnés par gouttes un peu avant les repas ; puis encore, à la fin des repas, une cuillerée à soupe de la solution suivante préconisée par Pron :

Bromure de sodium desséché	
Phosphate de soude sec	âà 2 gr. 50
Sulfate de soude	
Eau distillée	250 gr.

b) On agira aussi sur l'estomac en l'*immobilisant* le mieux possible. Dans ce but sera prescrit le repos en position horizontale un peu avant et surtout après les repas, pendant la plus grande partie du travail digestif.

De plus, lorsque l'indication se pose, et elle se pose très souvent, on utilisera la sangle abdominale. Cette sangle sera d'un modèle aussi simple que possible, pas trop haute (ne pas dépasser en général l'ombilic), sans pelote d'air qui ne sert le plus souvent qu'à blesser et à fatiguer le malade ; la sangle devra être aussi convenablement placée, directement sur la peau et toujours très bas, maintenue en position par des sous-cuisses.

c) Il importera enfin de surveiller de très près *le régime alimentaire.*

La base en sera avant tout la suppression des boissons au cours des repas. La quantité d'eau nécessaire à l'organisme sera fournie par un verre d'eau de Vichy légèrement tiède pris, à titre eupeptique, une heure avant les repas et par une petite tasse à café d'une infusion chaude légèrement amère, telle que camomille et anis, centaurée et menthe, prise une heure et demie après chacun des deux principaux repas.

Bien entendu, on évitera, dans le régime, tous les aliments d'une digestion difficile et lente : crudités, fritures, charcuteries, conserves. Le malade mangera très lentement, mastiquera à fond, et évitera des repas trop copieux.

Les menus peuvent être composés d'après les bases suivantes :

Une petite assiette d'un potage maigre très épais,

Un œuf frais ou un poisson simplement préparé (court-bouillon, maître d'hôtel),

Une viande grillée accompagnée de pâtes ou légumes cuits à l'eau et assaisonnés au beurre frais au moment de servir,

Un fromage frais ou préparé à chaud (gervais, petit suisse, gruyère).

Des fruits crus ou cuits.

Au premier déjeuner et au goûter on donnera au malade :

Un potage maigre très épais,

Des confitures ou du fromage frais,

Quelques gâteaux secs (sans œufs ni amandes).

En réglant ainsi dans ses détails la diététique des malades, en soignant leur estomac et en disciplinant leur toux, on parviendra à leur éviter cet incident fâcheux et démoralisant qu'est la toux émétisante.

PHYSIOTHÉRAPIE

Les accidents provoqués par la manipulation des substances radioactives.

Ces accidents sont de deux sortes : les premiers proviennent de l'action locale du rayonnement sur les tissus, les seconds sont d'ordre général et dépendent de l'action du rayonnement sur le sang et les *organes hématopoiétiques.*

a) *Accidents locaux.* — Nous nous servirons pour guide dans la description du livre excellent que Mme Simone Laborde vient d'écrire (*La Curiethérapie des cancers*, Masson édit.) et nous ajouterons quelques données tirées de notre expérience clinique personnelle.

Les *radiodermites*, fréquentes chez les médecins qui utilisent les rayons X sont plus rares chez ceux qui manient le radium. Ces lésions siègent de préférence au dos des mains, plus rarement au visage. Elles dégénèrent parfois en épithéliomas. Les médecins qui manient le radium sont moins souvent touchés ; leurs mains ne restent exposées au rayonnement que pendant de courts intervalles de temps et les appareils de radium sont munis de filtres d'or et de platine qui ne laissent passer

qu'un faible rayonnement. Pour saisir les tubes et les aiguilles de radium, il est indispensable de se servir de pinces à longues manches. Jamais, de plus, un appareil radioactif ne sera transporté dans les poches des vêtements.

b) *Accidents généraux.* — Le sang et les organes hématopoiétiques sont extrêmement sensibles à l'action des rayons X et aux rayons du radium. Il se produit de l'anémie avec diminution des globules blancs, surtout des polynucléaires, et une augmentation du nombre des plaquettes sanguines ; les follicules lymphatiques de la rate sont détruits et la moelle osseuse est le siège de nombreuses hémorrhagies et d'îlots de dégénérescence. Au point de vue clinique, les malades se plaignent d'un accablement extrême, ils ont des palpitations, un léger mouvement fébrile, des troubles digestifs, une inappétence absolue. La mort survient en quelques mois. Les antécédents de séances de radiothérapique doivent faire porter un pronostic très réservé sur des troubles de cet ordre.

Dans les formes légères, il n'existe qu'une leucopénie modérée avec abaissement de la pression sanguine. Survienne une maladie infectieuse, celle-ci affecte immédiatement une allure redoutable. Un de nos plus distingués radiologistes est mort, en 1922, le quatrième jour d'une grippe qui semblait bénigne.

Des *anémies pernicieuses*, de *leucémies lymphatiques* ou *myéloïdes* ont également été observées. Le pauvre Dominici, qui était venu demander notre avis en 1919, a succombé à une anémie pernicieuse rapide.

On sait que deux chimistes qui travaillaient à l'extraction du thorium X ont succombé l'un à une anémie pernicieuse aplastique, l'autre à une leucémie myéloïde (E. Weil et Lacassagne).

S'il est assez facile, moyennant des ampoules soigneusement protégées et à condition de ne point pénétrer dans les salles de radiothérapie pendant le fonctionnement des appareils, s'il est assez facile de se protéger contre le rayonnement X, la protection contre le rayonnement du radium est plus difficile à réaliser. En tous cas la provision du radium sera conservée dans un coffre doublé de plomb et placé dans un local éloigné des milieux habités. Le personnel qui transporte les appareils devra être renouvelé au bout de plusieurs mois. L'examen du sang sera pratiqué tous les trois mois environ chez les médecins et leur personnel. Toute modification de la formule sanguine devra commander l'arrêt immédiat du travail.

C. F.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement des aortites syphilitiques.

Rien ne peut être plus délicat et plus difficile que d'instituer un traitement d'aortite syphilitique. Notre collègue et ami, le professeur agrégé Henri Bonnin (*Gaz. hebdom. des Sc. médicales de Bordeaux*, 3 janvier 1926) reprend cette étude thérapeutique à la lumière d'une expérience déjà longue. Il divise les aortites syphilitiques en aortites chroniques simples, aortites chroniques compliquées et en aortites syphilitiques précoces.

Dans les aortites syphilitiques chroniques simples, il est partisan d'un traitement rapide et énergique. C'est aussi notre opinion. Rien n'est dangereux à notre avis que de s'attarder dès le début dans un traitement timide. La technique de Bonnin est cependant prudente, « on pourra essayer d'abord la médication arsenicale sous-cutanée, en faisant par exemple, par semaine 0.15 + 0.15 + 0.30 cent. de 914, de sulfarsénol, etc. (ou d'abord plus espacées) pendant six semaines à deux mois, soit 4 à 5 gr. de 914. Il ne paraît pas y avoir intérêt, même si le malade supporte bien le traitement, à passer aux injections intra-veineuses ; si l'on y recourt, on fera des séries de 8 à 10 injections hebdomadaires en redoutant de dépasser 0.45-0.60 comme dose maxima ». On peut faire tolérer les arsenicaux chez les aortiques en les mettant au repos absolu pendant les quatre premières semaines du traitement. Nous avons pu de la sorte commencer le traitement par des injections intra-veineuses de novarsénobenzol à doses progressives sans nous arrêter à la thérapeutique sous-cutanée dans plusieurs cas d'aortite syphilitique et dans deux d'entre elles les résultats ont dépassé largement ce qu'on pouvait en attendre et ce qu'avait donné des traitements timides antérieurement prescrits.

Si cette médication est mal tolérée (apparition ou augmentation de la gêne ou de la douleur rétro-sternale, dyspnée, palpitations, troubles vaso-moteurs, congestion de la face), on l'abandonnera : « on essaiera la médication bismuthique, habituellement mal tolérée quand les arsénobenzènes l'ont été ; il restera le mercure par voie intra-musculaire, puis par voie digestive, enfin l'iodure, si l'intolérance se manifeste à tous les modes de traitement.

« Pour ces différents essais, on mettra un certain temps — de repos — entre une tentative infructueuse et la suivante. Il arrivera que l'emploi de médications de plus en plus actives pourra

être repris, à la suite des périodes de traitement réalisées avec une médication d'agressivité moindre.

« On fera suivre la première série d'arsenic d'une série de bismuth bi-hebdomadaire au taux de 12 à 15 injections intra-musculaires ».

Cette technique doit être reprise bientôt. H. Bonnin, à juste titre, insiste sur le fait que les interruptions de traitement ne doivent pas dépasser trois semaines. Laubry et Marcel Pinard ont insisté sur la nécessité de serrer les traitements.

On peut donner de l'iodure dans les intervalles de traitement.

Quand les aortites syphilitiques sont « compliquées », c'est-à-dire associées à une insuffisance rénale (néphro-aortite syphilitique) ou parvenue au stade d'insuffisance cardiaque, il s'impose comme le signale Bonnin, d'être extrêmement prudent dans le choix et la conduite du traitement Vaquez, Laubry et Donzelot conseillent de s'abstenir des préparations arsenicales et de n'utiliser que le mercure et l'iode. Cette restriction peut s'étendre en pratique au mercure, même administré par ingestion Désormais, il faut soigner le malade sans tenir compte de l'étiologie : c'est un cardiaque. Si une amelioration notable se produit, on tentera un traitement des plus prudents : mercure par voie digestive, puis, si l'on peut, sels solubles par voie intra-musculaire, d'abord à toutes petites doses, puis plus hardies ; on sera maintes fois inquiété, arrêté et très souvent dans l'impossibilité même de persévérer.

Les aortites précoces qui se témoignent dans les trois ou quatre premières années de la syphilis, evoluent le plus souvent avec une rapidité égale à leur précocité, et on peut dire que la syphilis aortique précoce se présente comme une syphilis à évolution maligne.

Bonnin montre que les aortites précoces peuvent se comporter comme des aortites compliquées ; cette intolérance n'est toutefois ni constante ni définitive quand elle existe. Quelques sujets tolèrent d'abord des traitements même assez intenses. D'autres peuvent être amenés peu à peu à supporter un traitement ; cette adaptation est souvent consécutive à une suite prolongée de tâtonnements portant sur les produits à employer, leurs doses et leurs intervalles d'application.

Quelques-uns de ces malades présentent non seulement de la difficulté, mais encore une intolérance absolue à l'instauration du traitement spécifique. Toute tentative détermine la recrudescence ou l'apparition de douleurs rétro-sternales, de dyspnée, d'angoisse, d'états lipothymiques ou d'insuffisance cardiaque quand le malade est aux confins de celle-ci.

L'intolérance des aortites précoces est du genre de celles des aortites chroniques compliquées, sans doute parce que leur évolution rapide les amène très vite à une période d'instabilité cardiaque.

Y a-t-il enfin des traitements inopérant ? Chez quelques-uns des malades amendés fonctionnellement, non seulement les lésions organiques subsistent mais encore elles s'accroissent ou se transforment : Gallavardin (*Journ. méd. fr.*, 1921) relate deux cas où une insuffisance aortique apparut chez des aortiques syphilitiques en cours de traitement mercuriel : cas malheureux ? Insuffisance de traitement ? Rétraction cicatricielle des commissures valvulaires ? Il est difficile de décider.

Le fait doit être connu. Finalement il faut instituer le traitement, avec prudence d'abord, mais savoir que pas un traitement ne nécessite autant de précautions et autant d'attention.

MÉDECINE PRATIQUE

La forme œsophagienne du cancer de l'estomac.

Les manifestations œsophagiennes du cancer de l'estomac sont admises aujourd'hui par tous les auteurs. Dès 1885, Péter signalait le spasme œsophagien des gastrites chroniques, et vers la même époque Potain observait la fréquence particulière de cette symptomatologie œsophagienne dans le cancer de l'estomac.

Sous l'inspiration de son maître Parmentier, H. Jupin (1) s'applique à individualiser la « forme œsophagienne du cancer de l'estomac », déjà décrite en 1919 dans une thèse de Lyon. Dans cette thèse, Michel définissait ainsi la forme œsophagienne du cancer gastrique : « symptômes cliniques de sténose œsophagienne conduisant, de par les signes locaux et généraux, au diagnostic de cancer de l'œsophage chez des malades qui, à l'examen radiologique à l'autopsie, ou à l'intervention chirurgicale, sont trouvés porteurs uniquement d'un cancer de l'estomac ».

Ces signes de sténose œsophagienne relèvent soit d'une action purement réflexe, soit d'une action mécanique. Dans la variété réflexe, c'est une crise d'œsophagisme qui apparaît la première, caractérisée par une dysphagie le plus souvent intermittente et progressive, accompagnée d'une sensation

(1) *Thèse de Paris*, 1925.

d'arrêt rétro-sternal. Au spasme succèdent les vomissements dits œsophagiens, c'est-à-dire des vomissements alimentaires impérieux, se produisant sans effort et survenant presque toujours au cours du repas ou très peu de temps après (de 5 à 15 minutes).

La plupart des malades sont anorexiques, mais quelques sujets accusent une faim relative en raison de la quantité absolument insuffisante d'aliments qui parviennent à demeurer dans l'estomac. On note aussi des régurgitations salivaires dues au réflexe œsophago-salivaire. Les malades accusent rarement des douleurs vives ; d'ordinaire, ils accusent simplement des pesanteurs après les repas, et des digestions traînant en longueur.

Dans la variété mécanique, ce sont les troubles gastriques qui ouvrent le plus souvent la scène, les phénomènes œsophagiens n'apparaissant qu'ensuite et pouvant alors atteindre une intensité considérable soit du fait de l'extension du néoplasme vers la partie inférieure du cardia, soit du fait d'une infiltration généralisée des parois gastriques réduisant dans de grandes proportions la capacité de l'estomac.

Moins importants que les signes fonctionnels, les signes physiques font souvent défaut ; en d'autres circonstances, ils sont tellement expressifs qu'ils commandent plutôt le pronostic que le diagnostic. Les signes généraux sont ceux des néoplasies.

C'est sur l'examen radiologique que se fonde surtout le diagnostic. La forme œsophagienne du cancer de l'estomac se traduit sous l'écran, dans la variété réflexe, par un arrêt de la bouillie opaque au niveau du cardia, et par la présence d'une « lacune » située en un point variable du contour des parois gastriques. Dans la variété mécanique, on peut noter aussi une sténose du cardia, mais celle-ci n'est pas de rigueur, et le plus souvent on voit un estomac de capacité extrêmement réduite, soit qu'il y ait « estomac rétracté par squirrhe ou linite » (Béclère) soit que d'énormes bourgeons cancéreux obstruent la cavité gastrique.

Un seul diagnostic différentiel est à faire : le diagnostic avec le cancer de l'œsophage. Ici, encore la radioscopie est utile ; mais l'œsophagoscopie donne également des indications précieuses.

J. L.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'entamœbie-coli peut-elle être pathogène pour l'homme. — M. Brumpt. — Ce germe peut devenir pathogène pour l'homme et il est très différent de l'amibe dysentérique.

L'épidémiologie d'une fièvre récurrente à Piques en Espagne. — M. Sadi de Buen (de Madrid). Lecture par M. Brumpt. —La maladie s'observe en été et chez les ouvriers des champs. Les poux ne la transmettent pas, mais c'est la tique qui la propage, laquelle est très répandue dans les porcheries. Expérimentalement la maladie peut être transmise aux rats.

La génatropine en pathologie digestive. — MM. Surmont et Polonowski.

Les névromes sympathiques de l'ovaire dans l'ovarite scléro-kystique. — M. G. Roux (de Montpellier). Lecture par M. J.-L. Faure. —Dans les ovaires scléro-kystiques à symptomatologie douloureuse, des modifications du système sympathique se traduisent par la présence de petits névromes qui se groupent par amas de quatre à cinq au-dessous de la gaine du nerf.

Election d'un membre dans la section des membres libres. — *1er tour* : M. Georgs Dumas obtient 45 voix, contre 24 à M. de Rothschild, 15 à M. Valude, 4 à M. Laurens, 3 à M. Cabanès, 1 à M. Küss, 2 à M. Trillat, 1 à M. Kling.

2e tour : M. Georges Dumas est élu par 69 voix, contre 20 à M. de Rothschild, 4 à M. Valude, 1 à M. Laurens, 1 à M. Trillat.

16 mars 1926.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A propos des luxations rétro-lunaires du carpe. — M. Cadenat communique cinq observations personnelles de luxation subtotale rétro-lunaire ; il insiste sur les difficultés de la réduction quand le semi-lunaire est énucléé, et sur l'apparition fréquente, huit jours après la réduction, d'œdème, de vaso dilatation, et d'irradiations douloureuses dans les doigts internes.

A propos du radiodiagnostic de la nature des tumeurs osseuses. — M. Mauclaire conclut de son

expérience personnelle, portant sur 14 cas, que la radiographie est un précieux adjuvant dans les cas typiques, mais que le plus souvent la biopsie seule arrive à préciser la véritable nature de la lésion.

Deux cas de ligature de l'artère carotide primitive. — MM. Phocas et Carajannopoulos (d'Athènes) communiquent deux cas de ligature de l'artère carotide primitive chez des blessés de guerre qui n'ont présenté aucune complications fâcheuse, immédiate ou tardive.

Relation entre l'état infectieux des parois gastriques et certains troubles consécutifs à la gastro-entérostomie (circulus vitiosus aigu, chronique, tardif; ulcère dit peptique gastro-jéjunal). — MM. Pierre Duval, J.-Ch. Roux, Gatellier et Moutier exposent le résultat de leurs recherches sur la septicité de la paroi gastrique et sur son rôle dans le développement des complications post-opératoires. L'ulcère peptique gastro-jéjunal paraît être une ulcération septique banale.

A propos de la vaccination préventive des complications pulmonaires dans les opérations gastriques. — M. Lambret (de Lille) communique une statistique personnelle de 300 cas consécutifs de chirurgie gastrique sans un seul accident pulmonaire mortel. Il expose sa technique de la vaccination préventive et fait remarquer qu'elle diffère beaucoup de la technique employée par M. Gosset, ce qui expliquerait les insuccès signalés par M. Gosset.

Suppression des douleurs post-opératoires par la genosco-polamine. — M. Lambret a utilisé dans cent opérations cet alcaloïde nouveau, qui lui donne toute satisfaction.

(*3 mars*). J. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 mars 1926.

La réaction de Dick. Sa valeur au point de vue de l'immunité vis-à-vis de la scarlatine. — MM. Robert Debré, Maurice Lamy, Henri Bonnet avec la collaboration de Mmes Vulpesco et Popp apportent les résultats de leurs recherches concernant la réaction de Dick. Cette première étude comprend un examen critique des assertions des auteurs américains, basée sur une étude suffisamment longue et étendue.

Ils rappellent la qualité essentielle que doit posséder une toxine streptococcique pour être valable : elle doit être assez active pour agir en dilution très forte de façon à ce qu'on ne soit pas gêné, dans la lecture des résultats, par les fausses réactions (réactions protéiniques). Tous les streptocoques ne sont pas également toxigènes, même les streptocoques hémolytiques isolés de la gorge des scarlatineux; il faut étudier un grand nombre pour trouver quelques échantillons capables de donner une bonne toxine. Ces streptoques, qu'ils dénomment « érythrogènes » peuvent se rencontrer en dehors de la scarlatine ou de ses complications. Pour obtenir une toxine active il paraît indispensable de suivre en tous points la technique indiquée par G.-H. et G.-F. Dick, pour la préparation des milieux, le mode de culture, la filtration, etc.... Tous les germes qui se sont montrés « érythrogènes », quelle que soit leur origine, ont fourni des toxines donnant des résultats absolument identiques pour la réaction de Dick. Bien que la réaction apparaisse le plus souvent de façon très précoce (6e heure) la lecture a toujours été faite à la 24e heure.

Chez les sujets normaux, indemnes de scarlatine dans leur passé, le pourcentage des réactions positives s'est montré inférieur à celui énoncé par G-H. et G.-F. Dick et leurs collaborateurs, et sensiblement égal à celui indiqué par les auteurs anglais. Assez élevé dans le tout jeune âge (440/0), il diminue au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'âge adulte (11 0/0). Chez les anciens scarlatineux la réaction est généralement négative, mais elle peut exceptionnellement se montrer positive, témoignant d'une perte d'immunité. Au cours de la scarlatine, contrairement à ce que dit Zingher, la réaction s'est souvent montrée négative dès le premier jour de l'éruption. Par contre, de même que les auteurs américains, ils ont à peu près toujours vu la réaction négative chez les sujets convalescents de scarlatine. Un sujet qui, au début de la scarlatine, a une intradermo-réaction positive, voit toujours sa réaction devenir négative au cours de la convalescence; ce « virage » de la réaction est constant.

Les auteurs ont pratiqué un grand nombre de réactions de Dick dans les agglomérations d'enfants, et ont pu voir pénétrer la scarlatine chez les sujets ainsi éprouvés au préalable. N'ont eu la scarlatine que des sujets ayant une réaction de Dick positive; aucun enfant ayant une réaction de Dick négative n'a été atteint par la maladie.

Le sérum des sujets dont la réaction de Dick est négative neutralise *in vitro* la toxine streptococcique de Dick. Le mélange ainsi obtenu se montre inactif en intradermo-réaction chez les sujets sensibles. Par contre le sérum des sujets dont la réaction de Dick est positive ne neutralise pas la toxine, il « n'éteint » pas la réaction.

Enfin les auteurs ont relevé un parallélisme rigoureux entre la réaction de Dick et le phénomène de

Schultz-Charlton ; le sérum des sujets qui ont une réaction de Dick négative éteint localement l'exanthème scarlatineux, celui des sujets dont la réaction de Dick est positive ne l'éteint jamais.

Les auteurs concluent de leurs recherches :

La réaction de Dick ne paraît être d'aucune valeur pour le diagnostic de la scarlatine ou des exanthèmes scarlatiniformes puisqu'elle peut se montrer négative dès l'éruption scarlatineuse, où même la veille de l'apparition de l'éruption. Pour aider à ce diagnostic la réaction de Schultz-Charlton est au contraire très utile, et la réaction de Dick sert à bien choisir les sérums destinés à cette réaction.

Par contre la réaction de Dick semble en relation étroite avec la présence ou l'absence d'immunité vis-à-vis de la scarlatine. Une réaction positive peut faire préjuger de la réceptivité au virus scarlatineux, tandis qu'une réaction négative semble impliquer l'immunité.

Il y a, de plus, un parallélisme rigoureux entre les réactions cutanées et les réactions humorales : seuls les sujets dont la réaction de Dick est négative possèdent un sérum donnant l'extinction de l'exanthème scarlatineux. Ce sont ces sujets qui doivent servir de donneurs pour la séro-prophylaxie et la sérothérapie de la scarlatine.

M. Zœller a employé la méthode de Dick et fixe les détails de la technique sur la préparation des toxines.

La réaction de Dick au cours de la rougeole. — M. Jean Paraf a étudié la réaction de Dick au cours de la rougeole en répétant plusieurs fois la réaction à près de 800 rougeoleux.

Tandis que la rougeole simple n'exerce aucune influence sur la réaction de Dick par contre, dans quelques cas de rougeole compliquée (broncho-pneumonie, mastoïdites avec présence de streptocoques), l'auteur a pu observer au cours de la convalescence la négativation d'une réaction antérieurement positive.

La rougeole compliquée d'infection streptococcique peut donc, comme la scarlatine, provoquer la négativation de l'épreuve de Dick.

Communications inter-auriculaires multiples (persistance du trou de Botal ; état « grillagé » de la cloison intra-auriculaire) s'étant traduites cliniquement par un souffle systolique. — MM. Maurice Villaret, J. Chauveau et M. Bariéty rapportent l'observation d'une femme de 28 ans décédée d'une méningite tuberculeuse, greffée sur une cirrhose alcoolique.

Durant toute sa vie cette malade avait présenté, au niveau du troisième espace intercostal gauche, un frémissement et un souffle systolique se propageant vers la clavicule gauche. L'examen radiologique montrait une augmentation de volume de l'oreillette gauche, sans modification appréciable de l'arc moyen. Il n'existait aucune cyanose.

A l'autopsie on trouva des orifices absolument normaux, mais des communications inter-auriculaires multiples : persistance du trou de Botal, état « grillagé » de la partie antéro-inférieure de la cloison inter-auriculaire.

Des modifications du liquide céphalo-rachidien au cours des réactions sériques. — MM. V. de Lavergne et E. Abel rapportent qu'au cours des réactions sériques, le liquide céphalo-rachidien présente, dans la règle, des altérations discrètes mais nettes. Il y a de l'hyperglycorrachie, de la lymphocytose, sans hyperalbuminose. Cette réaction est de peu de durée, parallèle à la durée et à l'intensité des accidents cliniques. Ils estiment que cette réaction méningée est fonction du déséquilibre sympathique, que provoque le choc anaphylactique. Ils pensent que cette réaction méningée peut être à l'origine des cas de paralysies postsérothérapiques. La ponction lombaire a, dans certains cas, apporté un soulagement notable aux sujets atteints d'accidents sériques.

Guérison clinique et anatomique d'une gangrène pulmonaire grave. — MM. A. Lemierre, P.-N. Deschamps et A. Duruy. — Une gangrène pulmonaire s'améliora après formation d'un épanchement séro-fibrineux aseptique. Le malade succomba plus tard à une insuffisance hépato-rénale. L'autopsie démontra la guérison du foyer de gangrène traité aussi par la collapsothérapie. Le foyer en était réduit à une cicatrice.

Un cas de dilatation des bronches très amélioré par la phrénicectomie. — MM. Guy Laroche et Bernard-Fontaine ont traité avec succès une dilatation des bronches de la base droite par la phrénicectomie. Le poids augmenta de 2 kilos en 5 mois.

Tumeur cérébrale consécutive à un cancer primitif du poumon chez un syphilitique. — MM. Brouardel, Renard et Lotte.

Pleurésie purulente à longue évolution. — M. Aubertin résume l'histoire d'une pleurésie purulente à streptocoques dont il a été étudié pendant plusieurs mois l'étape non purulente.

Diabète insipide traité par les injections d'extrait hypophysaire. — M. Marcel Labbé résume une observation de diabète insipide traité avec succès par les injections sous-cutanées d'extrait hypophysaire.

M. Rathery a observé chez un sujet traité par l'ex-

trait hypophysaire un profond dégoût pour l'eau immédiatement après l'injection.

M. Marcel Labbé, chez un diabétique amélioré par le traitement spécifique a observé cette impossibilité d'absorption de l'eau.

M. Rist. — Dans les injections intraveineuses d'extrait de lobe postérieur n'a jamais observé d'accidents toxiques.

M. Bénard, dans un cas de diabète insipide, traité par l'extrait hypophysaire, a observé aussi la diminution de la soif après les injections.

M. Rathery. — L'action de l'extrait hypophysaire est encore inconnu dans son déterminisme.

BIBLIOGRAPHIE

L'orthopédie indispensable aux Praticiens, par F. Calot avec 1.360 figures originales, 9e édition, revue et considérablement augmentée. — N. Maloine, édit. — Un vol. cart. 970 pages. — Prix : 60 francs.

Les travaux que M. Calot a publiés depuis plusieurs années tendent à renverser la conception qui avait cours sur nombre de maladies de la hanche. Le *morbus coxae senilis*, l'*arthrite sèche déformante*, l'*ostéo-chondrite du coxa plana* ne sont que des subluxations congénitales méconnues. Celles-ci peuvent fort bien ne se manifester cliniquement qu'à un âge avancé. De même les *coxalgies*. Près de la moitié des cas, selon M. Calot, ne sont pas des coxalgies, mais des arthralgies des hanches généralement subluxées, de même les *tuberculoses du col*, certaines *fractures* du col qui ne sont relevées qu'après un traumatisme, sont en réalité des subluxations congénitales. Tous ces renseignements se trouvent exposés dans cette 9e édition d'un volume classique et traduit dans plusieurs langues (allemand, anglais, italien, espagnol). C'est dire que la notoriété d'un livre ne tient pas seulement à la richesse de titres dont dispose son auteur. On peut avoir beaucoup de titres et écrire d'excellents ouvrages. Mais des praticiens comme M. Calot, spécialisés dans une branche de la chirurgie, en publient d'aussi remarquables.

Ne se piquant pas d'érudition, ils nous livrent les résultats de l'expérience. Et c'est cette substance fructueuse, débarrassée des déchets encombrants et des scories fumeuses, que M. Calot offre à ses lecteurs enchantés de pénétrer tout de suite au cœur des constatations utiles et de savoir ce qu'il faut faire et pourquoi.

Aujourd'hui qu'il semble que les interventions chirurgicales retrouvent du crédit dans les tuberculoses osseuses, il est bon de connaître comment sont évités les traumatismes du bistouri et ce qu'un praticien bien informé est en droit d'attendre de simples et innocents procédés orthopédiques. Pour lui fournir cette documentation essentielle, aucun ouvrage ne vaut celui de M. Calot dont le texte précis s'illustre de nombre de figures supérieures (1.360 fig.) au chiffre de pages (960) qui composent le texte de ce très beau volume.

L'Exploration fonctionnelle du Foie et l'Insuffisance hépatique, par les Drs Noël Fiessinger et Henry Walter. — Un volume de 388 pages, avec 5 figures (Masson et Cie, éditeurs). — Prix : 30 francs.

Dans ces dernières années, l'exploration fonctionnelle du foie a attiré tout particulièrement l'attention des cliniciens et des chercheurs. De nombreuses techniques ont été proposées et si certaines sont sans valeur ou n'ont apporté que de médiocres renseignements, d'autres peuvent prendre place dans un examen fonctionnel. Les auteurs qui depuis plusieurs années, se sont attachés à cette étude font une mise au point complète et précise de l'exploration fonctionnelle du foie. Après avoir fait la critique des méthodes, ils montrent que, dans l'insuffisance hépatique légère ou moyenne, il y a souvent asynergie fonctionnelle, ce qui nécessite l'exploration plurifonctionnelle et que le phénomène de l'intermittence dont on doit la connaissance au Professeur Chauffard nécessite de la même façon la répétition des épreuves.

Dans un chapitre clinique, les auteurs font une étude complète des différentes formes de l'insuffisance hépatique, de leur diagnostic, de leur pronostic et de leur traitement.

De ce livre documenté découle une idée dominante la fragilité des méthodes expérimentales d'exploration si on la compare à la fermeté des syndromes cliniques. « L'étude fonctionnelle du foie pathologique reste le triomphe de la clinique, mais d'une clinique bien comprise, bien observée et dégagée de cette hâte superficielle qui, pour voir vite, examine mal. »

***

Le Fait de Lourdes devant la critique médicale, par le Dr R. Molinéry, *Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse, Médaille d'Or de l'Académie de Médecine*. — Librairie Teillon, 83, rue des Saints-Pères. — Prix : 4 fr. 50.

Voici un nouveau travail sur les guérisons de Lourdes. Il y a peu de temps le Dr Bitterlin (de Joinville-le-Pont) avait écrit un mémoire sur ce sujet. Les guérisons sont indéniables, affirmait-il.

Dans ce travail très étudié, M. R. Molinéry, cite plusieurs guérisons troublantes : un cancer épithélial de la joue récidivé, un mal de Pott diagnostiqué tel dans un service de l'hôpital Saint-Louis à Paris, une encéphalite, une tuberculose pulmonaire.

M. Molinéry conclut sagement : « Si ces faits vont à l'encontre de ce que nous savons en matière de science, c'est une raison pour les étudier avec plus d'attention et à l'aide de tous les moyens d'investigation dont nous disposons ». Il ne s'agit pas de savoir si la guérison d'un malade s'accorde avec les prévisions de la clinique; la question appelle de nouvelles recherches conduites avec la méthode et la rigueur indispensables.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257, RUE SAINT-HONORÉ. 1926

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Difficultés d'application du forceps.

Par M. le Dr L. DEMELIN,
Accoucheur en chef honoraire de la Maternité.

En médecine opératoire clinique, difficulté équivaut souvent à gravité.

Dans cette étude, forcément écourtée, j'examinerai successivement les difficultés qui proviennent 1° *de l'accoucheur* même ; 2° *de l'instrument* ; 3° *de la parturiente* et 4° enfin *du fœtus*.

I. — L'accoucheur se repentira toujours d'avoir négligé ou dédaigné les *conditions mécaniques*, reconnues nécessaires pour que le forceps puisse être appliqué.

Ainsi, oublier de percer la poche des eaux avant d'introduire les cuillers, c'est aller au-devant d'un échec : ou on ne pourra pas articuler, ou on ramènera la pince à vide, ou si par malheur elle tient bon, on va déterminer une hémorrhagie précoce et inquiétante pour l'enfant et pour la mère, par tiraillement sur les membranes, et décollement prématuré des cotylédons.

Transgresser cette autre règle qui interdit d'agir avant que l'orifice utérin ne soit *entièrement dilaté*, ou *très facilement* dilatable, est une faute qu'on a voulu ériger en méthode. Erreur funeste que l'expérience condamne. En vain, Paul DUBOIS a-t-il construit un forceps à cuiller assez étroite pour passer dans l'ouverture d'un diaphragme cervical trop petit eu égard à la partie fœtale. Tous les *temps* de l'application se hérissent alors de difficultés, principalement celui de l'extraction. On est surpris de l'effort qu'il faut développer contre un col qui résiste, et qui ne cède qu'en se déchirant (lésion capable de s'étendre plus ou moins loin au-dessus de l'orifice interne). Ne comptez pas sur l'extensibilité élastique des tissus, sauf chez les multipares à col *très mou, et ayant déjà acquis, par les seules contractions utérines, le diamètre d'une paume de main*.

Troisième condition qu'il convient de respecter, quoique *a priori* elle ressemble à une vérité de La Palice : la tête fœtale doit être plus petite que le bassin, le contenu, que le contenant. Naguère, parmi les difficultés du forceps, on aurait mis au premier rang l'application au détroit supérieur rétréci. On fait appel aujourd'hui à d'autres ressources, encore qu'il y ait quelques exceptions, sur lesquelles je juge inopportun d'insister.

Bien souvent, c'est le diagnostic qui est en cause : erreur relative à la présentation (ex. : siège décomplété, mode des fesses engagé, pris à tort pour un sommet) ; erreur de position (ex. : une droite du sommet prise pour une gauche, ou inversement, la technique variant, comme on sait, dans les deux cas) ; erreur fréquente sur les *variétés* de position (ex. : une oblique postérieure ou une transverse du sommet prise pour une antérieure oblique ou directe (la tête est alors saisie d'une manière irrégulière, atypique, d'une région mastoïdienne, d'un côté à la bosse frontale du côté opposé, etc. ; elle paraît alors plus grosse qu'à l'ordinaire, en raison de l'écartement des deux cuillers) ; erreur sur le degré d'engagement (ex. : bosse séro-sanguine descendant jusqu'au plancher pelvien, quand la boîte cranienne se trouve encore au détroit supérieur) ; erreur sur le degré de flexion plus ou moins imparfaite de la tête en présentation du sommet, d'extension pour une présentation de la face. Méconnaissance d'une inclinaison latérale excessive, de la tête sur une épaule. Méconnaissance de ce que j'ai appelé « les contacts » (1), c'est-à-dire les régions où la tête fœtale appuie plus ou moins fortement sur les parois pelviennes, et comme corollaire, celles où elle reste plus ou moins distante de ces parois. Erreur encore qui néglige les contre-indications classiques, le forceps se destinant aux présentations longitudinales (tête ou siège en mode des fesses), *engagées*, tandis que la version répond aux présentations transversales (épaule), ou longitudinales *non engagées, élevées et mobiles* au détroit supérieur. Omission de certains détails de technique, comme par exemple : d'introduire les cuillers sans le secours d'une *main-guide* ; n'est-ce pas risquer de pincer le col entre le fer et la tête ? Assurément, les accoucheurs expérimentés qui se permettent cette dérogation, invoquent l'avantage de respecter l'attitude que la tête a prise spontanément, sans la déplacer, ni la refouler, ni l'incliner malencontreusement, etc. Mais une main-guide suffisamment souple peut donner tous ces avantages, sans inconvénients, c'est-à-dire protéger efficacement le col, indiquer exactement la situation de l'oreille sur laquelle la première cuiller sera posée, pour préparer une « prise » régulière, sans pour cela perdre les bénéfices d'un mécanisme physiologique, autrement dit de l'attitude favorable, de flexion, d'inclinaison, de rotation, d'engagement, qui facilitent la besogne du forceps. Il y a encore cet argument

(1) V. *Manuel de l'Accoucheur*, de DEMELIN et DEVRAIGNE, Paris, Doin 1924, p. 1.397, DEMELIN, *Phare Médical*, mars 1913, et *Progrès Médical*, leçons sur le forceps 1924.

contre l'emploi d'une main-guide — argument dont j'apprécie la valeur, — à savoir que, si l'on a attendu suffisamment, l'orifice du col est tellement bien dilaté qu'il n'y a plus de lèvres, plus de saillies séparant le vagin et le museau de tanche, et par conséquent, plus de risque de comprimer les parties maternelles sur la présentation. Sans doute, une main habile au service d'une grande expérience clinique est capable de glisser à la bonne place la cuiller, maniée délicatement, comme un cathéter, sans la laisser s'égarer dans une fausse route, bientôt transformée en déchirure ; néanmoins, pour le praticien qui a besoin de toutes les garanties, de toutes les certitudes du diagnostic et du manuel opératoire, je persiste à recommander l'usage de la main-guide, à condition de ne pas déplacer la tête, si son attitude apparaît physiologique, favorable, normale, eu égard au moment du travail où l'on intervient.

Autre erreur, celle-ci par impatience, par hâte ou précipitation, lorsque la manœuvre n'attend pas l'indication positive, et qu'elle n'en reconnaît qu'une seule, le désir qu'éprouve l'accoucheur de se délivrer, lui, le plus vite possible d'une faction trop prolongée. En bonne conscience, je n'admets guère qu'une seule indication relative, une seule intervention « de complaisance », c'est lorsque la tête est à la vulve, appuyant bien sur le périnée, en position directe, occipito-pubienne, et *très correctement fléchie* (détail indispensable et trop souvent négligé) ; à condition toutefois que l'accoucheur se sente assez maître de lui, pour consacrer une demi-heure s'il le faut, ou davantage, à un dégagement artificiel, et qui aura pour but de supprimer deux heures, peut-être plus, d'efforts et de douleurs complémentaires. A part cette circonstance spéciale, l'accoucheur répudiera toute opération hâtive, sans indication formelle, sur une tête dans l'excavation, en variété de position oblique ou transverse.

Voici encore une erreur, de technique cette fois, dans la mise en place des cuillers : l'accoucheur sait, grâce à un diagnostic exact, qu'il a affaire à une position *transverse*, et l'articulation achevée, les cuillers sont disposées comme sur une position *oblique* : alors l'une des cuillers repose sur une région mastoïdienne, et l'autre sur la bosse frontale du côté opposé : pronostic pour l'enfant, paralysie faciale, peut-être hémorragie méningée si les efforts de traction atteignent un certain degré de vigueur, et pour la mère, déchirure du vagin et du périnée. Pour éviter ce rapport atypique des cuillers à la tête, le moyen le plus sûr (il y en a d'autres encore), c'est d'aller à la recherche, avec la main-guide, d'une oreille, la postérieure d'habitude, et d'y porter la jumelle qui convient : la première cuiller étant correctement placée, l'autre lui sera nécessairement symétrique après l'articulation.

Erreur aussi dans l'emploi de la force qui tire : par défaut ? cela n'a d'autre conséquence que de ne point avancer les choses ; par excès (pour aller vite, ou par crainte de voir l'enfant mourir d'asphyxie) — n'oublions pas que le fœtus résiste bien à l'asphyxie, mais fort mal au traumatisme — jamais de brusquerie dans le maniement du forceps : toujours de la souplesse dans les poignets et de la retenue dans les muscles !

Erreur souvent dans *la direction* des tractions : par exemple, on empoigne malencontreusement les manches des cuillers, au lieu d'agir exclusivement sur l'appareil tracteur.

Me voici conduit par cette transition aux difficultés qui tiennent à *l'instrument*.

II. — On a trop souvent répété que tous les « forceps, rétroceps et autres bétoceps » — disait Pajot — se valent : que « le meilleur est celui dont on a l'habitude ». Tous les bistouris se valent-ils ? Il y a ceux qui coupent, et les autres. Parmi les forceps, il y a ceux qui « prennent » et « tirent » bien, et il y a les autres.

Le meilleur est-il vraiment celui « dont on a l'habitude » ? Expliquons-nous ? Certes, un accoucheur rompu au maniement du Tarnier, qui s'en sert avec maîtrise, fera preuve d'abnégation pendant l'inévitable période d'apprentissage où, faute d'accoutumance à un instrument nouveau, il laissera voir à ses élèves, ses hésitations, ses lenteurs, ses tâtonnements ; et s'il est d'avance persuadé que « tous les forceps se valent », il n'en changera pas. J'ai connu cet état d'âme : j'avais appliqué le Tarnier des centaines de fois sur le mannequin et sur le vivant, quand j'ai pris le parti d'essayer le modèle que m'imposait la théorie mécanique, et je suis convaincu, certain, que tous les forceps sont loin de se valoir (1).

III. — Difficultés qui viennent de la *parturiente*. — Confrères qui avez pris des courbatures dans vos nuits d'accouchement, rappelez-vous qu'un *lit trop bas*, — maigre matelas sans sommier des miséreuses, ou meuble à la mode des plus riches mondaines, — un quelconque lit trop bas suffit pour rendre une application de forceps très difficile, voire impossible !

Pensez aussi à la vessie trop pleine, à l'intestin des constipées, n'oubliez pas de vider ces réser-

(1) Demelin et Devraigne, *Manuel de l'Accoucheur* (article forceps), Doin, Paris 1924.

voirs avant de prendre votre forceps. C'est très important !

Et puis, il y a les femmes indociles, sans cesse remuant, se dérobant, luttant. Anesthésiez donc vos patientes ! Vous aurez ainsi le loisir d'opérer lentement, doucement, sûrement, au grand profit de l'enfant et de la mère.

La meilleure attitude de la femme, c'est, pour l'introduction des cuillers et l'articulation, la classique « position obstétricale ». Au moment de l'extraction, on a souvent avantage à préférer l'attitude de la taille périnéale, ou bien celle de DEVRAIGNE (c'est-à-dire comparable au siège décomplété, mode des fesses, mais avec les pieds écartés l'un de l'autre).

Les primipares donnent plus de tintoin que les autres, surtout après 30 à 35 ans.

Qu'il s'agisse de primipares ou de multipares, *la rétraction* de la paroi utérine sur le corps du fœtus, compliquera sévèrement votre intervention. On accusait autrefois « l'inertie » utérine. Certes, j'ai observé l'inertie vraie (atonie ou hypotonie) ; mais bien fréquente est la rigidité locale, ou étendue, la rétraction de la paroi (hypertonie), compliquée plus rarement qu'on ne le dit de la « contracture ». En tout cas, l'utérus moulé sur le fœtus, constamment tendu et non point inerte, le bride ou l'étreint au point d'exiger un déploiement de forces qui n'est pas sans danger.

Que penser des ocytociques ? Nul n'oserait à présent parler d'ergot de seigle. En revanche, beaucoup vantent les extraits hypophysaires : je crois qu'ils ont — comme l'ergot — leurs indications, à préciser, à limiter. On a tendance actuellement à généraliser leur emploi, soit pour hâter le dénouement, soit pour essayer de supprimer le forceps, encore que certains partisans de la drogue recommandent de tenir tout prêt le fidèle instrument au moment où elle est administrée. On recommence avec l'hypophyse, ce qu'on a fait jadis avec l'ergot : on en veut mettre partout, et on suscite dans certains cas malencontreux de la contracture proprement dite ; ce qui sera loin de faciliter l'application du forceps : car la rétraction de l'utérus sur le fœtus, surtout si elle se complique d'œdème dur, d'apoplexie interstitielle ou de contracture vraie, représente la difficulté la plus sérieuse qu'on puisse rencontrer au cours d'une application de forceps. Il appartient à l'accoucheur de rechercher et d'écarter les causes de ces rigidités (présentation de l'épaule et du front, procidences des membres, obliquité prononcée du corps utérin, distension locale de sa paroi, etc., et, d'autre part, excitations fâcheuses de l'organe par des touchers répétés ou septiques, par l'usage inconsidéré des moyens dilatateurs, tels que l'écarteur, les ballons de gros volume, les manœuvres de divulsion digitale) ; *les opérations de seconde main*, sont plus que les autres incertaines et laborieuses.

IV. — En pratique, beaucoup de difficultés viennent du *fœtus*. Occupons-nous d'abord des membres procidents, du cordon prolabé, des cotylédons décollés qui flanquent la tête en présentation. Si le forceps est indiqué, il devra saisir l'ovoïde céphalique, en ménageant, en laissant hors des mors tout ce qui lui est étranger. Ici, vraiment, la main-guide joue un rôle capital. D'ailleurs, on distinguera l'hypertonie de l'hypotonie : la première seule appelle le forceps, si l'enfant est en présentation longitudinale. Encore, s'il y a quelque membre procident, la meilleure pratique consiste à le refouler profondément dans l'utérus, à l'aide de manœuvres manuelles, en veillant à ce que le cordon ne prolabe pas ensuite. En cas d'insertion vicieuse du placenta, avec présentation elevée, la version offrira moins de difficultés et plus de sécurité que le forceps ; car il y a le plus souvent hypotonie dans cette circonstance, sauf exception et complication (présentation de l'épaule concomitante, par exemple). La procidence du cordon s'accompagne tantôt d'hypotonie et tantôt d'hypertonie : l'hypertonie avec tête engagée indique le forceps qui évitera alors de pincer l'anse descendue.

Les particularités du mécanisme, sont les causes fœtales les plus fréquentes, qui donnent des difficultés dans l'application du forceps.

Je cite seulement les asynclitismes vicieux (inclinaisons anormales de la tête sur une épaule). La main-guide introduite prudemment et suffisamment loin peut corriger l'attitude irrégulière avant l'introduction de la première cuiller.

Avec un forceps croisé, les positions gauche-postérieure et droite-antérieure obligent à décroiser les branches déjà placées, afin de pouvoir les articuler ensemble : préoccupation supprimée si l'on emploie l'instrument dont les cuillers s'articulent aux bouts d'une traverse.

Sur une variété postérieure, on a sûrement plus de peine à opérer favorablement, que sur une antérieure oblique ou directe, surtout si la tête se trouve encore assez haut, à la partie supérieure de l'excavation (ce qui est fréquent), et si la présentation du sommet est *mal fléchie* (fontanelle *antérieure* touchée au centre du bassin), ou la présentation de la face *mal défléchie* (région frontale de la fontanelle antérieure accessible plus ou moins près du centre du bassin). C'est là une raison puissante pour attendre le plus possible avant

d'intervenir (lorsque, bien entendu, l'urgence ne commande pas l'action immédiate), l'expectation pendant une heure, pendant deux heures, si c'est possible mettra à profit la force utérine qui complétera l'engagement, et offrira la tête plus favorablement au forceps.

Supposons une *occipito-oblique postérieure droite ou gauche*, correctement prise par les cuillers : exécuterons-nous une grande rotation en occipito-pubienne, ou une petite rotation en occipito-sacrée ? Les avis sont partagés. Voici le mien, très net. Essayons toujours la *grande rotation* en pubienne, quitte à faire une seconde application dès que l'occiput aura été amené sous la symphyse (seconde application qui n'est pas toujours indispensable). Les risques de déchirer le vagin et le périnée sont très atténués par une bonne technique et une souplesse calculée des mouvements. L'important, pour réussir, c'est que la tête soit *bien fléchie*, avant de commencer la rotation artificielle. Une autre condition, c'est d'employer le moins de force possible, et de procéder par petites étapes de rotation. Sans doute, la petite rotation en occipito-sacrée semble devoir être obtenue plus vite ; mais l'extraction sera souvent beaucoup plus laborieuse s'il s'agit d'une tête bien ossifiée et d'une primipare ; sans compter cette autre raison :

Le forceps appliqué sur une occipito-postérieure directe, tend à *défléchir* l'extrémité céphalique au moment des tractions, surtout s'il est croisé, parce qu'alors les mors s'appuient par leurs becs sur les régions antérieures de la tête. D'ailleurs, dans cette prise, le grand axe des cuillers se dirige en sens contraire (ou perpendiculaire) au grand diamètre de la tête (diamètre occipito-sucotonnier ou occipito-nasal), ce qui est d'une adaptation défectueuse. Les glissements (ou *dérapements*, comme on dit), sont à craindre dans ces conditions mais plus encore, la *déflexion* du sommet, conduisant à *l'enclavement* des anciens accoucheurs. Je ne conseille guère le dégagement en occipito-sacrée que chez les multipares, ou avec une tête petite (de deuxième jumeau, par exemple).

Dans la grande rotation, la torsion du cou n'est-elle pas à craindre ? Il y a longtemps que les expériences de Tarnier d'une part, et les faits cliniques d'autre part, ont répondu négativement. Le vrai danger de la grande rotation, c'est l'excès de force employée pour l'exécuter avec ses conséquences les plus communes (pour la mère, les déchirures vagino-périnéales, pour l'enfant, l'hémorrhagie méningée) ; conséquences qui résultent moins de la rotation artificielle même que de *l'insuffisante flexion*. Prenez la précaution d'achever, de parfaire *d'abord* la flexion, et tout ira mieux. Ici encore, le choix du forceps est très important : l'instrument croisé (du type Levret), ou le strictement parallèle (type Poullet), cèdent assurément le pas au convergent.

Si l'examen préliminaire a été bien mené, il aura montré non seulement la variété postérieure, non seulement la flexion insuffisante, mais encore les zones de *contact* entre la tête et le bassin, contacts qui peuvent être dans une certaine mesure utilisés pour aider à la rotation, mais qui ne devront pas être transformés en causes d'attrition pour les parties molles de la mère.

Après avoir exécuté la rotation d'une occipito-postérieure en antérieure oblique ou directe, on a parfois avantage à ôter l'instrument, pour le réappliquer de manière que les jumelles à bord libre concave, soient dirigées vers la symphyse pubienne. Il arrive qu'après avoir désarticulé les cuillers, on s'aperçoive que la tête libérée, reprend sa première attitude en oblique postérieure, comme si elle obéissait à un ressort, à une détorsion du cou. Cela veut dire que, dans ce cas, les épaules n'ont pas suivi la tête dans son mouvement de rotation, parce qu'elles sont restées fixées, incarcérées dans l'utérus rétracté sur le tronc fœtal : mauvaise condition, inconstante heureusement, et qui nécessitera de nouveaux essais de rotation en pubienne, ou si c'est trop difficile ou trop dur, en sacrée, puisque la rotation en occipito-pubienne apparaît laborieuse. On combat d'ailleurs la rétraction utérine, soit en poussant davantage l'anesthésie chloroformique, soit en injectant sous la peau, ou bien 100 à 250 grammes de sérum artificiel, ou bien une faible dose de sulfate d'atropine.

Il est une variété de position que tous les techniciens considèrent comme plus difficultueuse que les autres : c'est la variété *transverse* : je ne parle pour le moment, que du sommet, dans une excavation bien conformée. Il s'agit alors d'une variété primitivement oblique postérieure, qui a esquissé spontanément sa rotation pour s'arrêter en chemin, au moment où la suture sagittale occupe un diamètre transverse du petit bassin. Pourquoi cet arrêt ? Presque toujours, parce que la tête, descendue dans la partie large de l'excavation s'y est défléchie, se mettant « au point mort » : c'est-à-dire que son contact avec l'arc antérieur est tel que la résistance de ce buttoir, se manifeste *avec une force égale* sur la région postérieure et sur la région antérieure par rapport à un plan vertical transverse passant par le pivot de l'axis ; la bosse frontale se trouve alors descendue sur un même niveau (ou presque) que la bosse pariétale, et

toutes deux sont à égale distance du pivot axoïdien Or, chacun sait que l'introduction et la mise en place des branches sur une position transverse du sommet est pénible : l'une des cuillers doit se mettre juste devant le plan médium du sacrum, et l'autre, juste derrière la symphyse pubienne. Le promontoire gêne l'introduction de la cuiller postérieure, tandis que sa congénère monte profondément au-dessus de l'arc pubien : la tête sera prise d'une oreille à l'autre peut-être, mais tout de même asymétriquement par rapport à son plan transverse ou frontal, parce que la cuiller postérieure recouvrira la région de la boîte cranienne, dirigée vers le sacrum, tandis que l'antérieure remontera jusqu'au cou de l'enfant, même jusqu'à son attache à la partie supéro-latérale du tronc. De là, au moment d'articuler (les branches d'un croisé), une gêne réelle que les habitués du forceps convergent ne connaissent plus. Avant de me résoudre à cette prise sacro-pubienne, atypique quoique bi-auriculaire, j'essaie de faire tourner la tête en oblique antérieure ou même en pubienne, soit à l'aide de la main-guide profondément introduite dans la coquille sacrée, soit au moyen d'un levier ou d'une branche de forceps poursuivant le même but : si la tête est assez engagée pour que la bosse frontale puisse entrer en contact avec l'arc antérieur du bassin, les poussées exécutées d'arrière en avant peuvent faire tourner *l'occiput en avant*, parce que l'arc antérieur résiste à la pression de la bosse frontale correspondante, et la refoule vers l'arrière. Un autre moyen d'opérer consiste à laisser telle quelle la position transverse, mais à appliquer de propos délibéré, le forceps comme si elle était en *oblique antérieure* : la prise alors sera atypique (mastoïdo-frontale, gare à la paralysie faciale !) Quand l'occiput arrive derrière la symphyse, le forceps est obliquement placé dans la vulve, ses bords concaves étant dirigés *vers la droite* de la femme, si l'on avait eu affaire à une occipito-iliaque gauche transverse, prise comme une oblique antérieure : (afin de comprendre facilement cette description, prenez en main votre forceps ; appliquez-le dans un bassin imaginaire sur une grosse pelote de laine, rendue ovoïde, afin de ressembler un peu mieux à la tête du fœtus). L'occipito-pubienne obtenue, mieux vaut désarticuler et replacer les cuillers en attitude correcte, afin d'éviter la paralysie faciale et la déchirure du périnée, (à moins que la descente ne soit assez avancée pour que l'expression abdominale aidée de l'expression périnéale, ne permette de dégager la tête *complètement tournée en occipito-pubienne*. S'il s'agit d'une présentation de la face, le forceps risque de produire une *flexion* malencontreuse. J'ai indiqué le moyen d'y remédier, qui est d'introduire un index dans la bouche de l'enfant, de manière à faire pression sur la voûte palatine (en d'autres termes, de maintenir la déflexion complète), pendant que l'autre main, ou pendant qu'un aide tire sur l'appareil tracteur. En cas de présentation de la face, il faudra — on le sait bien — exécuter la rotation artificielle *avant* que la descente ne soit menée à fond ; tandis qu'avec une présentation du sommet, on a intérêt (en général, mais pas toujours), à tenter la rotation seulement alors que *la flexion* rendue parfaite aura permis un engagement complet, jusqu'au contact de la tête avec le plancher pelvien.

A la vulve, même avec une position directe, *occipito-pubienne*, on peut avoir de la peine à dégager au forceps, *si la flexion du sommet est restée imparfaite*, ou si la déflexion terminale (normale), de dégagement, a commencé trop tôt. On est prévenu de cette anomalie par le toucher : l'index arrive à peine à sentir la *fontanelle postérieure* parce qu'elle se trouve *derrière* la symphyse, au lieu d'être nettement *au-dessous*, dans l'ouverture vulvaire déjà béante. Ici encore, pour vaincre sans violence la difficulté, il faudra, *avant de tirer*, commencer par *bien fléchir la tête*, en agissant sur les manches du forceps mis en place.

En résumé, si nous mettons à part les erreurs et omissions du diagnostic et les conditions qui appartiennent en propre à la forme du forceps, les principales difficultés de son application tiennent : du côté de la mère, à la rétraction de la paroi utérine, et du côté du fœtus aux variétés transverses et surtout *mal fléchies* (*sommet*) ou *mal défléchies* (*face*).

PRATIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Entorse du ligament latéral interne du genou.

La malade que je vous présente vient pour une tuméfaction du genou consécutive à un faux pas. L'épanchement, manifestement liquide et intra-articulaire, s'est produit dans les heures qui ont suivi l'accident ; il s'agit d'une *hémarthrose* ; les épanchements séreux, *hydarthroses*, dépendant d'une réaction inflammatoire de la synoviale, sont plus lents a se produire. Nous pouvons ajouter que cette hémarthrose est liée à une *entorse* ou à une *fracture du genou*, mais n'est pas liée à une con-

tusion, puisque l'affection résulte d'un mouvement forcé et non d'un choc. La fracture, nous l'éliminons parce que la malade dit qu'elle a pu faire quelques pas après l'accident.

En prononçant le mot entorse on n'a pas fait un diagnostic complet; il existe en effet plusieurs variétés d'entorses du genou. L'entorse peut se produire à la suite d'un mouvement de flexion moyenne du genou avec abduction; il y a alors variété : entorse du ligament latéral interne. variété bien étudiée par GANGOLPHE, de Lyon. Au contraire, les malades qui font un mouvement de rotation forcée, soit de la jambe sur la cuisse, soit de la cuisse sur la jambe, le pied étant fixé, ont des entorses des ligaments croisés.

Chez notre malade, le point douloureux siège au niveau de l'insertion supérieure du ligament latéral interne. Il est facile de l'établir, même quand le gonflement empêche de préciser directement la situation de l'interligne. Il suffit de tracer une ligne transversale passant par le sommet de la rotule, elle correspond à l'interligne articulaire, sur la jambe en extension. Eh bien, on constate que le point douloureux se trouve au-dessus de cette ligne, il est donc sur le fémur. C'est ce qui arrive ordinairement dans l'entorse du ligament latéral interne du genou; ce n'est pas l'insertion inférieure qui s'arrache, c'est la supérieure.

On ne provoque aucune douleur en portant le genou en dedans ; au contraire, en portant le genou en dehors, de façon à tirer sur le ligament interne, on détermine une douleur en dedans.

Nous arrivons dès lors à conclure à une lésion du ligament latéral interne.

Il faut encore préciser davantage. On peut avoir soit une rupture partielle du ligament latéral interne, soit une déchirure ou une désinsertion étendue de ce ligament. C'est important à préciser, parce que, suivant le degré de déchirure du ligament latéral interne, on doit faire un *traitement* différent, et que le *pronostic* est aussi différent.

Quand on a une rupture parcellaire du ligament latéral interne du genou, il n'y a pas grand'chose à faire. S'il y a un gros épanchement on le vide, puis on fait immédiatement du massage et de la mobilisation. Si, au contraire, on a une désinsertion ou une rupture presque totale de ce ligament, se traduisant par des *mouvements de latéralité*, qu'il faut chercher, il faut attendre pour mobiliser le genou ; sinon, vous aurez dans la suite un ligament trop long, de la laxité articulaire, le malade refera des entorses nouvelles et deviendra un infirme.

THÉRAPEUTIQUE UROLOGIQUE

Les indications actuelles de la lithotritie

Par M. le Dr F. CATHELIN,

Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie, ancien chef de clinique de la Faculté.

Jean HAMON, médecin et solitaire de Port-Royal, a prononcé cette parole prophétique que « la médecine ne s'appuie pas moins sur l'expérience que sur la science », ce qui explique évidemment que de petits médecins de campagne, comme Bretonneau, soient devenus grands par l'expérience.

Si j'ai cité ces paroles au début de cet article, c'est qu'elles s'appliquent merveilleusement à la lithotritie, surtout à une époque où vouloir la supprimer, comme le rêvent certains, correspondrait pour les malades à un désastre chirurgical.

L'expérience en effet a décidé depuis plus d'un siècle sur cette admirable méthode qui a rendu d'incalculables services, dont on a loué partout et toujours les bienfaits et qu'il serait bien extraordinaire de trouver aujourd'hui en défaut alors que la calculose vésicale, elle, n'a pas changé.

On aurait pu croire à l'aurore des prostatectomies que la lithotritie fût déchue de son ancienne splendeur, puisque les calculs sont fréquents chez les prostatiques, mais en réalité il ne s'agit que d'une *amputation très restreinte de son domaine*, reprenant même sa revanche en cas de récidives.

***

Voyons donc rapidement quelles sont aujourd'hui les indications formelles de la lithotritie.

A. D'abord *chez la femme*, on ne peut penser à lui substituer une autre technique. Bien qu'elle soit ici un peu plus délicate que chez l'homme elle reste l'opération de choix, laissant très loin derrière elle les tailles sus-pubienne ou vaginale qui peuvent s'accompagner d'un cortège d'ennuis même quand on a opéré le plus correctement possible.

B. Chez l'homme, ses indications sont bien plus variées :

1° Chez les *malades jeunes* à qui l'on ne peut décemment proposer une prostatectomie, même s'ils présentent quelques incidents mictionnels elle reste supérieure à toute autre technique parce qu'elle est rapide et sûre.

2° Chez le *vieillard sans prostate*, elle reste encore souveraine puisqu'elle le laisse au lit pendant un minimum de temps ce qui n'est pas indifférent à cet âge de la vie et qu'une pierre grosse comme une noix ne demande pas trois minutes pour être broyée.

3° Chez le *vieillard avec prostate cancéreuse*, à qui nous ne pouvons rendre un grand service dans l'état actuel de nos connaissances, il est encore très important de pouvoir le débarrasser vite avec un traumatisme minimum. Je sais bien que ces malades ne sont pas très rétentionnistes, qu'ils sont peu infectés en général et qu'ils ont moins d'occasions de faire des pierres, mais on peut chez eux rencontrer des pierres, uriques et il est agréable de pouvoir les en débarrasser sans incident avec une bonne lithotritie.

4° Chez les *calculeux urique ou phosphatique récidivants*, il ne peut y avoir l'ombre d'une hésitation. Que la pierre se forme dans le rein et tombe dans la vessie ou qu'elle se développe primitivement dans le réservoir, son caractère *récidivant* s'oppose formellement à la taille. M. Guyon appelait ces malades les « *abonnés de la lithotritie* ». Je sais bien que cette classe s'est singulièrement rétrécie depuis que les malades reçoivent de nous des conseils utiles qu'ils suivent et qu'ils sont mieux soignés, il n'en reste pas moins qu'il y en a encore qui déjouent nos meilleurs pronostics et que pour eux, la lithotritie reste la seule planche de salut.

On ne peut, sans ennuis tout au moins, ouvrir périodiquement la vessie d'un malade qui au contraire acceptera la lithotritie sans crainte parce qu'il la sait, par expérience, simple, rapide et sûre.

5° Chez le *récidiviste après prostatectomie*, tout le monde doit être d'accord, il nous semble.

On avait cru autrefois que l'ablation de l'adénome prostatique allait empêcher tous nos vieux calculeux de récidiver. Avec le temps, il fallut déchanter et tout dernièrement encore, un de nos élèves, le Dr Polychroniadès (d'Athènes) soutenait brillamment sa thèse en juillet dernier à notre Faculté de Paris sur les récidives de pierres après prostatectomie haute ou basse. Il a pu, dans la littérature médicale, en relever un nombre important de cas.

La question est donc jugée.

6° Chez les *prostatiques congestifs*, la lithotritie reste encore la meilleure méthode puisqu'on ne prostatectomise pas ces malades et que la taille ne leur convient nullement.

7° Chez les *malades tarés*, avec des troubles cardio-pulmonaires ou rénaux, l'hésitation ne peut être permise. Ce sont des déficients à qui il faut toujours éviter une opération sanglante, si minime fût-elle et chez eux la lithotritie ne perdra jamais ses droits.

Cette seule classe de malades suffirait à elle seule, à la légitimer mais nous venons de voir que son domaine était infiniment plus vaste. On peut dire que de ce côté, et en dehors des quelques restrictions mécaniques dont nous parlerons plus loin, la lithotritie ne reconnaît pas de contre-indications. C'est le plus bel éloge qu'on puisse faire d'une méthode en médecine.

8° Enfin, chez les malades qui, à aucun prix, ne *veulent recourir à une opération sanglante*.

A l'époque où nous sommes, avec la diffusion bonne ou mauvaise des connaissances médicales dans le bon public, nous devons compter avec les goûts et les craintes de nos patients. Ils ne sont et ne demeurent pas toujours justifiés, mais il suffit de savoir qu'ils existent. Or, beaucoup de malades, surtout les vieux, redoutent le couteau, de même que d'autres redoutent, sans savoir pourquoi, les bienfaits du sommeil anesthésique.

Il y a là une question d'espèces qu'en définitive nous devons être les derniers à trancher, mais il faut tenir compte cependant de susceptibilités légitimes.

L'âme d'un malade est un clavier infiniment complexe et tous les artistes ne savent pas toujours en tirer les meilleurs effets.

***

Il reste cependant encore des cas où la taille sus-pubienne reste légitime et personne n'y contredit.

Ainsi, les *calculs énormes* échappent à l'emprise du meilleur instrument et les calculs *trop durs* ne résisteraient pas sans danger aux meilleurs aciers. Mais en réalité ces cas sont très rares puisque sur 100 pierres de vessie, je ne les rencontre pas plus de deux fois.

Il y a d'ailleurs là une question de tempérament chirurgical, d'éducation première et d'habitude, Jean Hamon disait : d'expérience. Prenons, pour concrétiser notre pensée deux statistiques importantes :

Marion sur 167 cas de pierres de vessie fait 59 lithotrities et 106 cystostomies ;

Cathelin sur 257 cas de pierres de vessie fait 223 lithotrities et 34 cystostomies.

Je laisse de côté également les impossibilités dues à l'état du canal ou de la vessie car nous

sommes armés pour en modifier l'état et pour régulariser les choses, ce traitement d'attente étant d'ailleurs des plus salutaires au malade après l'opération.

En réalité, le cas qui échappe aujourd'hui au domaine ancien de la lithotritie est le cas de *pierres unique ou multiple chez le prostatique adénomateux à opérer*. Nous faisons allusion au prostatique rétentionniste complet, infecté ou non ; au prostatique rétentionniste incomplet, résiduel, infecté ou non ; enfin au prostatique à grosse glande adénomateuse. Chez ceux-là il n'y a aucun doute, je fais aussi la prostatectomie qui, du même, coup débarrasse le malade de sa prostate et de sa pierre.

***

Mais avant de conclure, nous nous croyons obligé de dire que pour rendre la lithotritie bénigne, il faut un *bon* instrument et une *bonne* technique. Un bon instrument ? c'est le lithotriteur que m'a construit Drapier à manche et poignée polygonaux, aux mors de Reliquet avec mécanisme de l'écron brisé de Charrière, « ce mécanicien de génie » comme l'appelait récemment J.-L. Faure. Une bonne technique ? c'est celle qui pense d'abord aux soins pré et post-opératoires, au mode d'anesthésie, aux analyses d'urine, au broiement rapide, à l'aspiration douce et au drainage judicieux, tous ces détails étant décrits minutieusement dans la 7e Série des Travaux annuels de l'Hôpital d'Urologie (1) où je les ai rédigés en 57 pages avec de nombreuses figures.

Mais je le répète, ce qui domine, c'est l'expérience, c'est pour les élèves la nécessité de se familiariser avec les différents temps du broiement sur le *fantôme vésical* que j'ai fait construire par Eynard et enfin l'éducation du sang-froid.

Ce qui donne le sang-froid, c'est la certitude de réussir, et cette certitude naît de la confiance intime qu'a le chirurgien de son habileté manuelle, de la puissance d'action de ses mains et de ses instruments.

Il sait qu'ils ne le tromperont pas et quoi qu'il arrive il s'en tirera; si un incident quelconque surgit en cours de route.

***

Je ne conclurai donc pas avec Leriche, le grand chirurgien strasbourgeois, qui défend là-bas avec un talent sans égal dans nos marches de l'Est la puissance des méthodes chirurgicales françaises quand, dans son discours d'ouverture de prise de chaire, le 13 mars 1925, il s'exprimait ainsi : « Je pense donc que notre art ne doit pas être démocratisé. Dans l'intérêt de tous, ceux qui ont la charge des intérêts généraux, en tous pays, doivent comprendre aujourd'hui qu'il est nécessaire de l'aristocratiser au maximum ».

Non, Messieurs, la lithotritie a tout à gagner à une diffusion aussi grande que possible; avec ce qu'elle a acquis par ailleurs, on peut dire qu'elle n'a pas perdu un pouce de terrain depuis Civiale et Guyon et si elle rencontre encore, par intermittences, des détracteurs, ce sont bien les mêmes qu'il y a cent ans, c'est-à-dire des gens qui ne savent pas la faire et ne veulent pas l'apprendre, mais répétons à satiété, pour les cervelles trop dures que c'est une faute de proposer une taille pour un calcul lithotriciable.

Notre conclusion s'impose donc et je n'y insisterai pas; de même que Guyon a jugé bon de ne plus publier de statistiques après son 300e cas tellement, la partie semblait gagnée ; il est des causes qu'aucune révision ne peut atteindre, de même qu'il serait chimérique à un mathématicien de reprendre aujourd'hui sur d'autres bases la théorie de la rotation de la terre. Mais je ne veux cependant pas conclure sans offrir aux méditations de nos antagonistes cette phrase si suggestive et si vraie du grand historien, Gugliemo Ferrero :

« On dit que le nouveau régime russe a adopté le futurisme comme art officiel de l'ère nouvelle.

« Il serait à souhaiter que son zèle pour l'art de l'avenir arrivât jusqu'à la proscription totale de l'art du passé. Le jour où le peuple russe devrait choisir entre l'art du passé et toutes les nouvelles tentatives qui veulent le remplacer, il comprendrait facilement ce qu'a été cet art et les formes de beauté qu'il est parvenu après un long travail, à réaliser. Sa valeur lui apparaîtrait ainsi tout entière, au moment de le perdre. »

(1) Chez Baillière 1926.

FORMULES

Contre l'aménorrhée des jeunes filles.

Extr. ovarien (le matin)	0 gr. 10
Extr. thyroïdien (à midi)	0 gr. 025
Extr. total d'hypophyse (le soir)	0 gr. 10

A donner tout le long du mois.

Pendant les huit ou dix jours qui précèdent les règles, donner :

Ergot de seigle	0 gr. 10
Extr. Gossypium herbaceum	0 gr. 05

Pour 1 pilule : deux par jour.

L'*apiol*, la *rue*, la *sabine*, l'*armoise*, l'*absinthe* réussissent également. (Dalché.)

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Rhinites des nourrissons.

Par M. le Dr E. FELDSTEIN,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Assistant de Consultation O. R. L.
à l'hôpital Saint-Antoine.

On néglige souvent le « *nez qui coule* » du nourrisson ou bien l'on se contente de prescrire quelques instillations d'huile goménolée, remède classique et omnibus. Il mérite pourtant un meilleur sort et avant tout il justifie un examen.

La *rhinoscopie antérieure* est toujours possible chez le nourrisson, bien maintenu, à l'aide d'un petit spéculum d'*oreille* qui permet de voir l'encombrement de la fosse nasale ; en cas de besoin, l'on peut, après aspiration des sécrétions, faire un badigeonnage du cornet inférieur avec un porte-coton imbibé d'adrénaline (solution au 1.000e) : cela permet, quand on a attendu quelques minutes, de faire une *rhinoscopie antérieure « approfondie »* qui donne du jour jusqu'au cavum, dont le rôle pathologique est capital à cet âge. *L'examen de la gorge et celui de l'oreille* doivent être également pratiqués : le tympan du nourrisson est un « miroir » du rhino-pharynx et participe à toutes les infections rétro-nasales en raison de la large perméabilité de la trompe d'Eustache.

On peut rencontrer une des formes suivantes :

I. — **Rhinite catarrhale aiguë.** — C'est le coryza aigu, fréquent et banal, souvent provoqué par une cause minime (changement de température, humidité, tête nue, langes mouillés, etc.).

Il apparaît n'importe quand, mais il est surtout fréquent dans le premier mois de la vie. Il est annoncé par quelques éternuements et la goutte au nez.

Dans sa FORME LÉGÈRE, le coryza aigu se traduit par un écoulement séro-purulent et une respiration sifflante et ronflante. Tout rentre dans l'ordre en cinq ou six jours.

Dans sa FORME GRAVE, les symptômes locaux sont accusés : écoulement muco-purulent abondant, traînées muco-purulentes sur la paroi postérieure du pharynx, obstruction nasale accusée, gênant et troublant les tétées. Les symptômes généraux apparaissent : fièvre, agitation, insomnie. Les complications sont fréquentes, soit locales (*adénoïdite aiguë, otite moyenne aiguë*, congestive ou purulente), soit à distance (spasme de la glotte, laryngite striduleuse, *infection broncho-pulmonaire*, troubles digestifs.) Le rhume banal a perdu, dans ces conditions son caractère banal et comporte un pronostic souvent sévère.

En présence d'un coryza aigu, il faut :

1° *Moucher l'enfant* : on le fait soit avec le mouche-bébé d'ESCAT soit, plus simplement, par aspiration, avec un petit tube de caoutchouc, par lequel on attire les sécrétions ;

2° *Rétablir la perméabilité nasale*, surtout avant les tétées, en instillant :

Adrénaline au 1.000e	V gttes
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 05
Eau distillée	10 cc.

(II gouttes par narine.)

3° *Désinfecter le nez.*

Après avoir renversé la tête du bébé, on instille :
soit des solutions de sels d'argent :
Argyrol ou *Protargol* au 100e ;
soit des huiles antiseptiques :
Huile eucalyptolée au 50e ;
Huile résorcinée au 20e ;
ou la formule suivante :

Myrtol	0 gr. 30
Chlorétone	0 gr. 60
Camphre	0 gr. 20
Huile d'olives stérilisée	30 gr.

V à X gouttes par narine, cinq fois par jour, avec un compte-gouttes, ou mieux à l'aide d'une petite cuiller ou de la seringue spéciale de MARFAN.

Dans certains cas, on peut remplacer utilement les antiseptiques par des instillations :

soit de *sérum antipneumococcique* (à conserver au frais).

V à X gouttes par narine, trois à cinq fois par jour ;

soit de *bouillons-vaccins* polyvalents, préparés dans le commerce, aux mêmes doses.

Quel que soit le remède employé, il faut protéger, en permanence l'entrée de la narine et la lèvre supérieure d'une couche de pommade (vaseline neutre stérilisée, pommade à l'oxyde de zinc, etc.)

Il faut toujours surveiller l'oreille et se méfier des *otites latentes* : le tympan, dans certains cas, est « discret » et l'on peut méconnaître par négligence une complication grave ou mortelle.

Chaque complication à distance demande un traitement spécial.

II. — **Rhinite pseudo-membraneuse.** — Elle est caractérisée par une obstruction nasale considérable, un écoulement sanieux et le rejet de débris membraneux ; la narine est excoriée et irritée. On doit surveiller le pharynx, pratiquer au plus tôt un examen bactériologique et, s'il y a lieu, faire la *sérothérapie antidiphtérique à doses suffisantes et répétées.*

Localement, on instillera dans chaque narine, deux fois par jour, V gouttes de :

Violet de méthyle	1 gr.
Eau distillée	20 cc.

Certaines rhinites fibrineuses sont dues au streptocoque, au pneumocoque, et surtout au straphylocoque.

On les combattra en instillant :

Bleu de méthylène.	ââ 1 gr.
Citrate de soude.	
Eau distillée	20 cc.

(V à X gouttes par narine quatre fois par jour.)

On peut également employer, au lieu d'un antiseptique, des instillations répétées d'un *bouillon-vaccin* mono ou polyvalent.

III. — **Rhinite gonococcique.** — Elle apparaît le lendemain ou le surlendemain de la naissance ; elle accompagne souvent la conjonctivite gonococcique. Le nez est obstrué, l'écoulement abondant, épais, jaune verdâtre, sanguinolent. Cette rhinite gonococcique a une tendance à traîner, à devenir « la goutte militaire du nez » et se complique fréquemment.

Le *traitement prophylactique* consiste à faire, dès la naissance, dans le nez comme dans l'œil, une instillation de *nitrate d'argent* (solution à 1 p. 150).

Le *traitement curatif* utilise le même médicament en instillations bi-quotidiennes et, dans les formes sérieuses, on doit adjoindre la vaccination antigonococcique (stock-vaccin ou mieux auto-vaccin).

IV. — **Rhinite syphilitique.** — Elle est surtout fréquente entre le deuxième et le sixième mois ; elle apparaît d'ordinaire vers la quatrième ou la cinquième semaine. Le nez est bouché ; les sécrétions, d'abord séreuses, deviennent sanieuses, séro-purulentes ; leur odeur est souvent fétide ; elles forment des croûtes à l'entrée des narines et elles provoquent des fissures saignantes de l'angle du nez et de la lèvre supérieure. La muqueuse nasale est rouge, tuméfiée, parfois exulcérée.

Le coryza syphilitique s'accompagne fréquemment de végétations adénoïdes et se complique parfois d'une volumineuse adénopathie cervicale.

Au début, le diagnostic est très délicat ; il faut donc :

1° Songer à la syphilis, en présence d'un *coryza rebelle* aux traitements habituels et persistants ;

2° La suspecter en recherchant les *symptômes classiques de l'hérédo-syphilis* (pemphigus palmaire et plantaire, grosse rate, gros foie) ou les signes plus discrets de l'hérédo-syphilis latente ;

3° La vérifier par l'interrogatoire des parents (fausses-couches antérieures, etc.) et surtout par les *réactions humorales.* Même si ces dernières sont négatives, on est en droit de faire un *traitement d'épreuve.*

Le TRAITEMENT LOCAL de la rhinite syphilitique consiste :

a) A *désobstruer le nez* par les moyens que nous avons vus et au besoin par l'ablation des végétations adénoïdes au moyen de la pince de Lubet-Barbon ;

b) A *détacher les croûtes* des narines avec de la vaseline ;

c) A introduire dans les fosses nasales de la *pommade au calomel* ou au *précipité jaune* (au 20e), trois fois par jour.

Le TRAITEMENT GÉNÉRAL est bien plus important. Il ne suffit pas du reste de guérir la rhinite syphilitique, simple accident de la syphilis héréditaire, mais la maladie elle-même ; d'où un traitement d'attaque, suivi d'un long traitement d'entretien. Le *bismuth* ne semble pas avoir d'avantages sur l'arsenic, merveilleux médicament d'attaque, qui sera employé sous la forme suivante :

Sulfarsénol. — Injections sous-cutanées bi-hebdomadaires (région sous-trochantérienne), par séries de douze, séparées par un mois de repos. Doses progressives : de 1/4 de centigramme à 1 centigr. 1/2 par kilogr.

Un autre dérivé arsenical, le *Stovarsol* présente l'avantage de pouvoir être administré par la bouche ; on le dissout dans un peu d'eau et on le donne avant les têtées, matin et soin, à raison de 4 *centigrammes par jour et par kilo* (séries de 12 jours).

Malgré tous les antisyphilitiques nouveaux, on doit laisser, avec MARFAN, la première place au *mercure*, surtout pour le traitement d'entretien. Il sera employé sous une des formes suivantes :

a) *Liqueur de Van Swieten* :
VII gouttes par kilogr. et par jour, en trois fois, dans du lait, par séries de vingt jours ;

b) *Lactate de mercure à 1 p. 1.000*, mieux toléré :
X gouttes par kilogr. et par jour, en trois fois dans du lait par séries de vingt jours ;

c) *Onguent napolitain*, ainsi prescrit :
Onguent napolitain ; 15 grammes, à diviser en quinze cartouches.

Une cartouche en friction de trois minutes, tous les jours ou tous les deux jours, par séries de quinze frictions, à faire sur le dos ou sur les côtés du thorax en changeant de siège tous les jours.

Dans les cas où, pour une raison d'ordre familial, on doit masquer la nature de l'affection (en particulier, dans les cas où l'on fait un traitement d'épreuve), la pommade suivante, proposée par BLECHMANN sous le nom de « *pommade camouflée* », convient parfaitement :

Collargol	0 gr. 05
Onguent napolitain	âà 10 gr.
Axonge benzoïnée	

A diviser en vingt cartouches.

PRATIQUE ODONTOLOGIQUE

La teinture de benjoin dans les pansements de stomatologie.

Par M. le Dr Maurice ROY,
Stomatologiste des Hôpitaux,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Dans les opérations de stomatologie, ablation de séquestres, de kystes, dans les sinusites, etc. on est obligé fréquemment de pratiquer des tamponnements de cavités en communication avec la bouche. Or, que ce tamponnement soit fait avec de la gaze aseptique simple ou que celle-ci soit imprégnée d'un antiseptique quelconque, — l'iodoforme et le salol sont les plus couramment employés à cet effet — le pansement s'imbibe rapidement de sang et de salive qui, avec les micro-organismes qui pullulent dans la bouche, forment un milieu absolument septique, si bien que lorsqu'au bout de quelques heures on enlève une mèche de gaze, fût-elle iodoformée ou salolée, elle exhale une odeur épouvantablement fétide.

Pratiquant fréquemment des opérations de stomatologie et très gêné par ces inconvénients, j'ai eu l'idée pour les faire disparaître, d'utiliser pour mes pansements la teinture de benjoin. J'avais remarqué en effet que, dans les pansements des cavités dentaires avec du coton, si employés autrefois, l'odeur fétide de ces cotons était beaucoup moins marquée quand ils avaient été imbibés de teinture de benjoin. Je trempe donc la gaze que j'emploie pour tamponner les cavités kystiques ou autres dans de la teinture de benjoin et, après l'avoir bien exprimée, je tamponne comme à l'ordinaire. Dans ces conditions, une mèche retirée au bout de vingt-quatre heures n'exhale aucune odeur septique et il m'est arrivé même de laisser des mèches quarante-huit heures en place (ce qui est pour moi exceptionnel) sans que celles-ci présentassent des phénomènes de putréfaction marqués. Ce résultat n'est pas dû aux propriétés très faiblement antiseptiques de la teinture de benjoin, mais au fait que celle-ci, coagulée dans les mailles de la gaze au contact des liquides organiques, rend cette gaze imperméable et fixe les micro-organismes.

La seule précaution à prendre, c'est de ne pas employer trop de teinture de benjoin, sans cela le tamponnement est un peu douloureux par suite de l'alcool qui arrive au contact des surfaces cruentées, pour cela il suffit d'exprimer fortement la gaze avant le tamponnement.

Les tissus se trouvent très bien de ces pansements au benjoin qui améliorent beaucoup la situation des malades, toujours très incommodés par l'odeur fétide de tous les autres modes de pansement. La teinture de benjoin a en outre un autre avantage, elle est un peu hémostatique (le benjoin entre dans la composition de l'eau de Pagliari) et cela n'est pas une gêne, bien au contraire, dans les opérations de stomatologie, qui laissent toujours des plaies saignant assez abondamment.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement digitalique postasystolique.

C'est une erreur et contre laquelle nous nous élevons depuis plus de vingt ans que d'abandonner le traitement digitalique après qu'un cœur distendu a reconquis ses apparences normales. Il faut continuer et toujours. Mais non dans des conditions absolument similaires. L'âge et la

nature de l'affection cardiaque apportent des tempéraments à la rigueur d'une médication inflexible.

On peut poser cette double règle : 1° Un *âge avancé ne tolère que des intervalles très courts* dans la suspension *digitalique* ; 2° Les *maladies de l'aorte* et le *cœur rénal* avec hypertension artérielle ressemblent aux cœurs âgés. Les suspensions digitaliques y seront très courtes. Le myocarde dans ces différentes malades, quand il s'est laissé distendre, reste profondément altéré. Il ne ressemble en rien aux myocardes des mitraux jeunes. Ces derniers supportent des suspensions digitaliques qui atteignent de quatre à huit jours. Les premiers ne l'acceptent que pour une durée bien moindre. Au bout de quarante-huit heures de suspension, le cardio-tonique doit être repris. Et comme cardio-tonique, il n'y en a qu'un : la *digitale*. On a voulu lui opposer le *strophantus* et l'*ouabaïne*. C'est une erreur. Le *strophantus* et l'*ouabaïne* sont de bons médicaments. Mais ce sont des cardio-toniques inférieurs. Qu'il s'agisse du cœur droit ou du cœur gauche, la digitale les domine par la sûreté de son action. Action aussi bien immédiate que lointaine. Depuis longtemps la principale vertu du strophantus et de l'ouabaïne nous semble consister dans la réactivation qu'ils assurent à la digitale. Aussi seront-ils recommandés de préférence dans les jours de repos digitalique. La prescription séparée des deux remèdes nous a semblé préférable à leur association dans un même produit. Ce n'est que dans les conditions exceptionnelles où la digitale n'agit point qu'on est autorisé à prescrire pendant des semaines les composés strophantiques.

La technique est la suivante. Grâce à l'association du repos *au lit*, du régime *hydro-lacté de réduction*, de la *théobromine* et de la *digitaline*, le cœur est revenu sur lui-même. Il continuera d'avoir un besoin quotidien de la digitaline comme le myxœdémateux ne saurait se passer de thyroïde.

A un sujet âgé, atteint d'une *maladie mitrale* ou d'une *arythmie complète*, on continuera de prescrire : V gouttes de *Digitaline* (sol. à 1/1.000) huit *jours* avec suspension de quarante-huit heures. Si cela va bien, ces huit jours de prises *digitaliques* pourront au bout de trois mois être réduits à six jours, plus tard à quatre jours, mais jamais moins. L'intervalle digitalique continuera d'être de quarante-huit heures, période largement suffisante pour obtenir l'élimination des V gouttes quotidiennes.

Dans les *maladies de l'aorte* ou les *cœurs rénaux* avec hypertension, même règle. Si l'hypertrophie du cœur s'est montrée après la cinquantaine, ces fibres hypertrophiées sont de très mauvaise étoffe. Elles se laissent distendre à tout bout de champ. L'intervalle digitalique ne dépassera pas quarante-huit heures comme précédemment ; mais en plus, pendant l'absorption du remède, la dose quotidienne de V gouttes ne sera pas toujours suffisante. Prise le matin, elle sera doublée d'une autre dose de V gouttes absorbée l'après-midi. L'essentiel est de ne pas donner cette dose de X gouttes en une fois. L'excitation sur un myocarde dégénéré est trop forte. Il faut la répartir en deux doses de V gouttes ingérées à quelques heures d'intervalle. La digitale est, en effet, un coup de fouet sur le myocarde et ces myocardes malades sont de vieilles rosses. Un coup de fouet trop vigoureux les abat très vite ; de légers coups de mèche les font trotter pendant des années. Ajoutons qu'il arrive aussi que des cœurs *âgés* et des *mitraux* aient besoin parfois de cette dose bi-quotidienne de digitaline.

La dose de V gouttes de digitaline sera prolongée matin et soir de quatre à cinq jours, soit XL à L gouttes. Les cinq matins suivants, seulement V gouttes le matin. Suspendre quarante-huit heures Reprendre de même. Ainsi de suite. Pendant de longs mois, les malades se porteront bien et ne retomberont pas. Quand on songe qu'à une époque, la digitaline était considérée comme dangereuse dans les *insuffisances aortiques* avec cœur fléchissant, on ne peut s'empêcher de plaindre les malades d'autrefois.

Chez les *mitraux jeunes*, la digitaline étant prise à raison de V gouttes le matin huit jours de suite pourra être suivie d'un repos de quatre à cinq jours. Plus tard le remède sera pris quatre jours de suite dans la semaine, repos de trois jours et recommencer. Mais ne jamais suspendre tout à fait. Nous avons vu des mitraux qui se croyaient complètement guéris. Ils oubliaient leur digitaline. Cela durait ainsi de trois à six mois.

Puis un jour, le myocarde fléchissait à nouveau et c'était cette fois, l'asystolie définitive. Pour se garer de pareille catastrophe, il faut prévenir les malades. Ils continueront le remède toute la vie.

Et celle-ci se prolongera de longues années. A Paris, plusieurs mitraux asystoliques que nous avons soignés en 1904 et 1905, continuent au bout de plus de vingt ans, à bien se porter et à vaquer à leurs occupations.

Ch. FIESSINGER.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

Les graisses dans l'alimentation des hépatiques.

Par Noël FIESSINGER et Henry WALTER.

Il est classique de supprimer les graisses du régime des hépatiques. On est même allé si loin dans cette voie que le lait n'est parfois recommandé qu'à condition d'être privé de ses graisses, c'est-à-dire écrémé.

L'expérience prouve pourtant que des écarts à cette règle absolue, non seulement ne sont pas sanctionnés par des désastres, mais souvent au contraire présentent de sérieux avantages. Aussi cette question nous paraît-elle mériter d'être reprise à la lumière des constatations modernes, de la *pathologie* d'une part, de la *physiologie* de l'autre.

La ***Clinique***, en excluant les graisses du régime des hépatiques, s'est basée sur deux arguments : leur indigestibilité, et la facilité avec laquelle elles provoquent des accidents douloureux.

Certes, l'indigestibilité des graisses chez les hépatiques est indéniable, elle résulte du fait de leur déficit biliaire, à la fois quantitatif et qualitatif, chose connue depuis longtemps, et que le tubage duodénal a d'ailleurs permis de vérifier. Cette indigestibilité se trouve réalisée à son maximum dans l'ictère par obstruction. La bile n'arrive plus à l'intestin, et le taux des graisses non absorbées atteint environ 80 °/₀. Remarquons toutefois que ces faits ne se passent qu'en cas d'obstruction biliaire complète, chose très rare puisque dans l'ictère infectieux même intense, le tubage duodénal permet toujours de constater le passage d'une certaine quantité de bile.

Les accidents douloureux après ingestion de graisse eux aussi sont bien connus : pesanteur stomacale, impression de barre épigastrique, sensation de brûlure, parfois même syndrome douloureux tardif, sont classiques chez l'hépatique après ingestion d'aliments particulièrement lourds parce que gras, fritures, charcuteries, viandes grasses, cuisine à la graisse, etc. Par contre, l'ingestion de lait complet, c'est-à-dire non séparé de sa crème, de beurre frais, ne produit que rarement ces accidents,

Mais avant d'entrer plus avant dans le problème, une première question se pose : les graisses sont-elles donc nécessaires à l'hépatique ? Sur ce point nous serons formels.

D'une manière générale on peut dire que les graisses doivent faire partie de toute alimentation. D'une part elles contiennent une vitamine, vitamine soluble dont la privation réalise certaines maladies de carence. Sans parler de l'expérimentation chez l'animal (xérophtalmie du lapin), on peut se rapporter à des constatations sur l'homme, faites sur une grande échelle pendant la guerre. Les populations des puissances centrales furent alors presque complètement privées de graisses et c'est à ce jeûne que S. TORUP attribuait l'état maladif qu'il dénommait « Fetthunger ».

D'autre part elles sont utiles plus spécialement à l'hépatique : par leur charge importante en carbone (76 % de leur poids alors que les protéines n'en contiennent que 52, et les hydrates de carbone 40) elles apportent à poids égal une quantité plus considérable des calories dont l'organisme a besoin, d'où la difficulté de les remplacer dans l'alimentation. Or pour ce fait, chez l'hépatique on ne pourra compter sur les protéines : il faut au contraire les diminuer pour éviter les putréfactions rendues possibles par suite du déficit biliaire. La suppression des graisses chez l'hépatique aboutit donc au régime déficitaire.

Un régime contenant des graisses n'est pas seulement utile à l'hépatique ; il lui est indispensable. Chez lui, par définition le foie est lésé, et le premier point de la thérapeutique est d'aider à la réparation cellulaire. Or l'expérience prouve que celle-ci nécessite un régime mixte. WHIPPLE et HOOPER ont en effet montré expérimentalement que si on réalise par des moyens divers des lésions hépatiques le régime qui donne la réparation cellulaire la plus rapide est justement le régime mixte, c'est-à-dire comprenant des graisses, suivi de loin par le régime hydro-carboné.

Là d'ailleurs ne se borne pas le rôle des graisses ; elles ont encore une autre fonction importante : ce sont elles qui assurent avec le plus d'énergie le drainage des voies biliaires. Les graisses sont les plus puissants cholagogues connus ; la clinique en fournit de nombreux exemples dans l'emploi des huiles, huile d'olive, huile de Haarlem comme cholagogues ; la physiologie établit le fait d'une façon définitive : on peut en effet réaliser l'expérience suivante : on rend par un des procédés courants actuels la vésicule visible aux rayons X (cholécystographie). Une épreuve de MELTZER-LYON fait diminuer l'ombre vésiculaire ; un repas mixte quelconque la fait diminuer plus encore ; mais si au lieu d'un repas mixte on fait prendre un repas exclusivement gras, l'ombre vésiculaire diminue et même disparaît d'une façon considérablement plus intense et plus rapide, alors qu'un repas hydro-carboné ou protéique exclusif reste sans effet. Les auteurs américains ont

d'ailleurs mis à profit cette constatation dans la pratique de la cholécystographie : ils ont l'habitude pour se rendre compte de l'intégrité physiologique du cholécyste, d'étudier sous l'écran son mode d'évacuation, et pour cela, à la fin de l'épreuve, ils font prendre un repas dit de BOYDEN et composé d'un mélange de jaune d'œuf et de crème.

Les aliments gras nous paraissent donc indispensables à l'hépatique ; mais seront-ils tolérés ? La PHYSIOLOGIE nous répondra en nous montrant le mode d'absorption des graisses. On sait que chimiquement les graisses sont des triglycérides (éthers de la glycérine), et que trois de ceux-ci, trioléine, tripalmitine et tristéarine, par leur mélange en proportions variables forment tous les corps gras alimentaires. Sous des influences diverses, action d'un alcali, de l'air à la longue (rancissement), ces graisses se dédoublent en acides gras et glycérine ; c'est la saponification.

Non attaquées par le suc gastrique, ces graisses quittent l'estomac plus ou moins fondues, mais déjà intimement divisées et mélangées au chyme. Remarquons qu'elles ne sont jamais à l'état de graisses pures, c'est-à-dire de triglycérides, mais toujours plus ou moins mélangées d'acides gras ne serait-ce que de ceux qui se sont formés pendant la préparation culinaire. Arrivés dans le duodénum, ils y entrent en contact avec le mélange de bile et de suc pancréatique ; c'est un liquide alcalin qui réalise le milieu optimum pour l'émulsion. Cette division va multiplier les surfaces d'attaque pour la lipase du suc pancréatique ; celle-ci opère la saponification ; les acides gras qui en résultent et qui en représentent les 9/10 (la glycérine, 1/10 seulement), se dissolvent aussitôt dans la solution de sels biliaires que représente la bile, et sont immédiatement absorbés par la muqueuse.

C'est donc le mélange bile-suc pancréatique qui a réalisé cette absorption ; mais il est assez difficile de définir la part qui revient à chacun d'eux. Nous avons vu que le mucus et l'alcalinité de la bile aidaient à l'émulsion, que les sels biliaires dissolvant savons et acides gras aidaient à leur absorption ; mais en outre on admet que par sa présence, la bile renforce l'action du suc pancréatique; La bile est donc nécessaire à l'absorption des graisses.

Une remarque pourtant s'impose ici : c'est, dans le cas de déficit biliaire complet, la variation du taux de graisses non digérées suivant la nature de celles-ci : si on présente en effet à un chien porteur d'une fistule biliaire, des graisses en nature, il les refuse, et si on les lui fait absorber, 80 % sont retrouvées dans les selles ; mais si au contraire, on lui présente des graisses émulsionnées, du lait par exemple, non seulement il ne les refuse pas, mais il les recherche, et ces graisses sont absorbées presqu'en totalité.

De telle sorte qu'en matière de digestion des graisses nous arrivons à cette conclusion qu'il faut tenir grand compte de la *nature* des graisses absorbées.

Que faut-il entendre par *nature* des graisses ? S'agit-il de leur nature chimique ? Nous ne le pensons pas, bien au contraire. Si l'on s'en tient à la chimie pure, on arrive à des conclusions opposées aux constatations cliniques.

Prenons un exemple : nous avons déjà vu et nous reverrons plus loin l'importance du degré d'émulsionnabilité (si l'on peut dire), des graisses ! Or la chimie prouve qu'une graisse s'émulsionne plus vite si elle est rance ! En effet le rancissement n'est qu'un dédoublement avec production d'acides gras ; ceux-ci au contact d'un suc pancréatique *in vitro*, forment aussitôt des savons qui divisent la masse et l'émulsionnent plus rapidement qu'une graisse absolument pure.

Autre exemple : *in vitro*, la digestibilité d'une graisse est fonction de son pourcentage en oléine, Or il est bien établi par la clinique que les aliments préparés par friture à l'huile sont considérablement plus indigestes que ceux arrosés seulement de beurre frais (dont la teneur en oléine est singulièrement plus réduite que celle de l'huile !)

Ce n'est donc pas la composition chimique qu'il faut faire intervenir, c'est autre chose ; c'est sinon leur état physique, du moins certaines de leurs propriétés physiques : prenons encore d'autres exemples. Le beurre une fois cuit est toujours du beurre (à la formation de quelques acides gras près, qui théoriquement, nous l'avons vu, devraient aider à sa digestion) ; or le beurre frais se digère facilement, bien différent en cela du beurre cuit fort indigeste. L'huile d'olive fraîche est en général bien supportée ; l'huile de friture ne l'est jamais.

La constitution chimique n'intervient donc en rien ; ce n'est pas d'ailleurs la constitution physique dans le sens d'état solide ou liquide ; c'est autre chose, peut-être la conclusion de la molécule, sa facilité de dissociation et la possibilité de mise en contact de ses surfaces avec les agents digestifs. Les épithéliums digestifs ont des réactions de contact, dont les nuances sont encore difficiles à comprendre.

La digestibilité de la graisse qui, nous venons de le voir, peut être modifiée par des changements survenus dans quelques-uns de ces caractères peut l'être encore d'autre manière, par exemple par

l'addition de sucre. Nous avons déjà signalé ce phénomène ici même (la nutrition et le régime des hépatiques) : alors que l'œuf est généralement interdit à l'hépatique, il est admirablement toléré en crème sucrée. Les travaux de LOEPER et MARCHAL sur la leucopédèse gastrique permettent de saisir le mécanisme du phénomène. Le sucre en effet est un puissant leucopédiétique. Il suffit de l'ingestion de 25 grammes de sucre dans 125 grammes d'eau pour voir se produire dans l'heure un afflux de 3.000 globules blancs par mm3.

Ces leucocytes se dissolvent et mettent en liberté les produits fermentaires qu'ils contiennent, apportant ainsi une force extrêmement importante qui va entrer en action, aidant considérablement à la digestion des produits ingérés.

Mais si dans ce cas nous possédons l'explication du phénomène, nous avons vu plus haut que dans la plupart des cas il n'en est rien. Rien *à priori* ne peut faire dire si une graisse est ou non de digestion facile. C'est l'expérience seule, un empirisme de cuisine, qui permet de le dire ; c'est lui seul qui autorise la distinction entre les graisses qu'il faut permettre et celles qu'il faut interdire.

Celles qu'il faut interdire, ce sont les graisses cuites végétales ou animales, et parmi celles-ci surtout celles de mouton, porc, oie et canard. Certaines graisses végétales (beurres de coco) sont parfois bien tolérées : ajoutons d'ailleurs qu'il faut tenir compte des tolérances individuelles.

Mais en général *seront bien supportées* :

Les graisses du lait ; il faudra donc, dans l'immense majorité des cas, ne pas prescrire le lait écrémé ;

La crème et ses succédanés frais, les fromages à la crème, type petit suisse ; on aura d'ailleurs toujours avantage à les faire additionner de sucre ;

Le beurre frais, et sans aucune addition de margarine (s'en méfier en ville) est toujours bien toléré ; le beurre blanc (beurre fondu versé sur les aliments au moment de servir) l'est aussi, s'il n'a pas été surchauffé ;

Les huiles fraîches en petite quantité pourront être aussi prescrites, quoique parfois déjà plus lourdes que le beurre ;

Enfin les lécithines (jaune d'œuf) sont toujours supportés en petites quantités s'ils sont accompagnés de sucre !

Telles sont les graisses qui peuvent entrer dans la composition du régime de l'hépatique. Nous disons qui peuvent. En effet, il faut maintenant envisager les différents cas cliniques. En réalité ils se réduisent à deux : il y a déficit biliaire complet ; il y a déficit biliaire incomplet ; pour parler d'une façon plus clinique, les selles sont ou ne sont pas colorées.

Si les selles sont décolorées, il faut établir une nuance entre deux faits : obstructions cholédociennes d'origine calculeuse avec poussées fébriles et douloureuses, obstructions calculeuses ou néoplasiques sans douleur et sans fièvre. Pour les premières il faut être prudent, les graisses en excitant la contractilité vésiculaire peuvent exagérer le syndrome douloureux et par là accuser les signes infectieux. On ne doit les employer qu'après tâtonnement. Le lait ordinaire peut être indigeste, les graisses sous quelque forme qu'elles soient peuvent être intolérées. Souvent même l'huile d'olive donnée en l'occurrence n'est pas toujours possible. Mais cette intolérance n'est pas continue, il faut chercher à se dégager de cette sévérité avec les crèmes fraîches sucrées et le lait ordinaire pris par petites quantités toutes les deux heures.

Dans les obstructions non douloureuses et non fébriles, dans l'ictère catarrhal, à sa période apyrétique on peut permettre plus facilement la crème du lait, le beurre frais et les huiles fraîches. Certainement ces graisses ne seront absorbées qu'en infime partie, mais cette partie a cependant son utilité.

Si au contraire *il n'y a que déficit partiel et qualitatif biliaire, c'est-à-dire insuffisance hépatique*, la prescription des graisses sera considérablement élargie, proportionnée à l'état fonctionnel. On peut procéder progressivement : lait, crème, beurre, huile, crèmes cuites, avec un jaune d'œuf. Les hépatiques supportent facilement et sans inconvénient cette absorption de graisses. Nous comprenons dans ce groupe non seulement les cirrhotiques et les hépatites subaiguës, mais les lithiasiques douloureux à coliques espacées. Pour ces derniers, il faut procéder par reprise successive, ce n'est pas toujours facile dans certaines cholécystites chroniques. On doit cependant tenter de sortir des régimes de dénutrition. Une lithiasique qui maigrit progressivement par son régime, qui ne peut reprendre un régime suffisant sans douleur est forcément conduite à l'intervention. Dans ce cas, il vaut mieux ne pas trop attendre et ne pas tenter plusieurs fois la reprise alimentaire.

Par l'application minutieuse et raisonnée d'un régime ainsi orienté le thérapeute rendra à son malade un triple service : il combattra l'un des plus importants symptômes de l'insuffisance hépatique, l'amaigrissement ; il stimulera la fonction hépatique déficiente ; il hâtera la réparation fonctionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

L'Enfer de l'Histoire, par le Dr Cabanès. — Orné de 34 illustrations. — Albin Michel, éditeur. — Prix : 12 francs.

L'*Enfer de l'Histoire* accueille les réprouvés des deux sexes. Ils y expient leurs péchés et cette expiation est fort rude. Elle s'étend souvent à des péchés qu'ils n'ont pas commis. Sans doute Lucrèce Borgia n'était pas une sainte ni la Dubarry non plus ; mais elles sont loin d'avoir commis les abominations qui leur étaient imputées. Au moment du mariage de Marie Leczinska, le bruit courut qu'elle était atteinte de haut mal. C'était calomnie pure. D'autre part et du côté des hommes, que n'a-t-on dit du Régent et de Louis XV ? L'histoire a amplifié leurs faiblesses et réduit leurs qualités et ainsi à peu près de tous les hommes dont s'occupe la postérité. M. Cabanès croise Danton, Fouquier-Tinville, Cagliostro, le cardinal Dubois. Il n'écrit pas une biographie complète. Simplement il s'arrête aux reproches qui leur sont faits et aux tares dont ne cesse de les accuser la légende. Pour Fouquier-Tinville l'opinion a raison. C'était un piteux personnage, mais les autres, que de talents et de beautés de geste leur sont déniés ! Chercher à ramener ainsi des figures déformées et dégradées sous la lumière de leurs traits véritables est faire preuve d'une inspiration généreuse et digne d'applaudissement. M. Cabanès n'appartient pas à la famille des Salisseurs. Ces derniers, dans leurs recherches du passé, lèvent la patte à la façon des chiens. Et, quand ils ont souillé la figure délicate et tendre d'une femme, ils se redressent fiers de leur exploit et une volupté de triomphe pétille dans leur regard. Nous féliciterons M. Cabanès de n'avoir rien de commun avec ces gens. Il fouille, confronte, et de la comparaison des documents, tire la substance de vérité qu'ils renferment, sans aller au delà. Ajouterons-nous que les quelque trente volumes qu'il a publiés se réclament tous d'un procédé de composition semblable ? Le public médical le sait et nous n'insisterons pas. Quand même, avoir au cours de son existence ramassé un si grand nombre d'informations curieuses, délaissées par la grande Histoire et tendant souvent à éclairer les mobiles profonds des pensées et des actes propres à ceux qui ont tenu une haute place dans la vie, ce n'est point là une œuvre de petite envergure. Nous attendons avec confiance la récompense offerte par ses pairs et qui couronnera un pareil labeur.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La médication phosphorée.

Les états de carence phosphorée sont extrêmement nombreux dans la pratique médicale journalière : les déprimés, les surmenés intellectuels, en constituent une première catégorie. Bien évidemment viennent s'y ajouter les états de convalescence, les troubles de la nutrition, la décalcification, les anémies, le rachitisme, l'ostéomalacie.

Ces affections relèvent toutes de la médication phosphorée ; ce point est bien acquis, solidement établi. Mais l'administration du phosphore est un problème, et les anciennes préparations courantes à base de phosphore blanc : l'huile phosphorée, dont le Codex donne une formule ; le phosphure de zinc, l'acide phosphorique, sont pratiquement inemployés ; tous, nous connaissons les déplorables manifestations de l'intoxication phosphorée, même aux doses thérapeutiques : vomissements, coliques, diarrhées, hémorragies, etc... ; extrêmement toxiques, ces préparations ne font jamais l'objet d'une prescription suivie. Nous laissons délibérément de côté l'ensemble de la médication phosphatée : phosphates alcalino-terreux, glycérophosphates, qui n'accomplissent dans l'organisme qu'un cycle éphémère absolument inefficace.

MM. Carron, Bourcet et Chevalier, dans une communication à la Société de Thérapeutique (11 novembre 1925), ont mis en lumière les qualités d'une préparation organique de phosphore, obtenue par action en présence de l'oxygène de l'air du phosphore blanc sur l'essence de térébenthine. Ils ont ainsi l'acide terpénolhypophosphoreux dont le sel de sodium est le *Fosfoxyl*. Ils en présentent une étude pharmacodynamique très complète à la faveur de laquelle s'éclaire singulièrement la thérapeutique du phosphore. Cette suspension colloïdale de phosphore en combinaison organique n'est pas toxique, ne touche absolument pas le rein ni le foie ; même aux très hautes doses elle est extrêmement maniable. Voici donc une arme thérapeutique permettant d'administrer le phosphore à dose efficace et sous une forme entièrement assimilable sans aucune manifestation toxique.

Le *Fosfoxyl* est présenté en sirop et en liqueur (celle-ci spéciale pour diabétiques) ; et aussi en pilules. 10 cm3 des formes liquides ou huit pilules équivalent à 1 centigramme de phosphore et c'est la dose moyenne par 24 heures, qui peut très aisément être doublée et au delà. Remarquons la tolérance parfaite des enfants, chez lesquels cette médication peut être suivie.

Cette préparation nous donne une telle sécurité de prescription et son action pharmacodynamique, longuement étudiée et confirmée dans les hôpitaux, est si scientifiquement certaine que le *Fosfoxyl* est bien actuellement la médication spécifique de toutes les carences phosphorées.

Dr M.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.
R. C. PARIS. N° 49.703.

IMPRIMERIE ANDRÉ TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ, PARIS. — 1926

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La Péricardite tuberculeuse avec épanchement et son traitement.

Par M. le Dr J. Rieux

Professeur au Val-de-Grâce.

La péricardite tuberculeuse avec épanchement s'observe assez fréquemment autour de la vingtième année, époque de prédilection des réactivations tuberculeuses. D'un diagnostic assez facile, à cause surtout de la précocité des frottements péricardiques et de la confirmation donnée par la radioscopie, elle comporte un pronostic toujours très réservé et elle demande un traitement, sur lequel on discute encore. L'observation suivante, simple et probante, nous est une occasion nouvelle d'exprimer notre opinion personnelle sur cette intéressante question.

Le P... Lucien, 22 ans, soldat au Régiment de Sapeurs-Pompiers de Paris.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires ou personnels. Appelé aux Sapeurs-Pompiers, a fait dix-sept mois de service sans maladie. Vers le 10 octobre 1925, refroidissement après avoir eu très chaud au cours du service ; point de côté gauche. Entre à l'infirmerie de son Corps le 16 octobre 1925, puis au Val-de-Grâce le 23 octobre. Le diagnostic d'entrée est déjà celui de pleurésie séreuse gauche et de péricardite avec épanchement.

A l'entrée le malade présente une fièvre légère : 38°2. Son état général est particulièrement robuste.

On note, à l'appareil pulmonaire, en avant, du skodisme léger sous la clavicule gauche, sans exagération des vibrations vocales, et une respiration à peu près normale. En arrière, à la base gauche, signes complets d'épanchement pleural de moyenne quantité : souffle pleural, inspiratoire et expiratoire, égophonie, matité, abolition des vibrations vocales.

Au cœur, rythme régulier, peu accéléré (86) ; frottements péricardiques très caractéristiques, perçus sur toute l'aire précordiale, en particulier le long du sternum. Pouls assez mou, présentant une faiblesse plus grande — sans cependant disparaître — au moment de l'inspiration forcée. Pas de douleur précordiale. Pas de dyspnée. Pas de dysphagie. Pression artérielle basse et indice oscillométrique abaissé.

Pas de troubles digestifs, urinaires, ou nerveux. Pas de douleurs rhumatismales.

A la radioscopie, ombre pleurale occupant le tiers inférieur du champ pulmonaire gauche et noyant les contours de la pointe du cœur. L'ombre cardiaque est augmentée, sans cependant présenter l'image caractéristique des très gros épanchements.

Le diagnostic se confirme de pleurésie séro-fibrineuse gauche avec péricardite, toutes deux de nature tuberculeuse, car rien en dehors de la tuberculose ne les expliquerait.

26 *Octobre.* — Aucun changement appréciable depuis l'entrée ; fièvre autour de 38° ; persistance des signes péricardiques et pleuraux gauches. Le 26 octobre au matin surviennent quelques vomissements avec quelques symptômes de défaillance cardiaque : pâleur des traits, état lypothymique, pouls filant. Dans la crainte d'une aggravation rapide, la péricardotomie est décidée pour ainsi dire d'urgence. Elle est pratiquée par le Médecin Principal Professeur Plisson à 16 heures.

Opération : Anesthésie locale à la cocaïne à 1/200, à laquelle il fut nécessaire d'ajouter une anesthésie générale à l'éther. Incision des plans cutanéo-musculaires selon une incision curviligne à concavité gauche, découvrant largement la partie inférieure du bord gauche du sternum, et le massif cartilagineux correspondant aux 6e, 7e et 8e côtes gauches. Résection sous-périchondrale de ces cartilages, donnant une ouverture circulaire de 5 à 6 centimètres de diamètre. Réclinaison en dehors du muscle triangulaire du sternum, du paquet vasculaire de la mammaire interne et de la plèvre gauche. Ouverture du péricarde sur 2 centimètres. Il s'écoule alors très peu de liquide ; mais l'index, introduit sous le cœur, fait sortir un flot de liquide séreux, un peu louche et hématique, où nagent des fausses membranes ; la quantité de liquide extraite est évaluée à environ 200 à 250 cc. Le péricarde est laissé ouvert. On laisse retomber le cul-de-sac pleural récliné. Suture très exacte du lambeau musculo-cutané, en un seul plan, sans drainage.

27 *Octobre.* — Suites opératoires très favorables. Le pouls a repris de la tension et est régulier à 84.

28 *Octobre.* — Renouvellement du pansement. Aucun suintement. Plaie cutanée parfaite. Bruits du cœur un peu sourds, *sans frottements péricardiques*. Rythme régulier.

1er *Novembre.* — Amélioration notable du pouls, régulier, plein, à 80. Température normale. Renouvellement du pansement. Réunion par première intention. Bruits du cœur encore sourds avec un dédoublement inconstant du 2e bruit à la base. Pas de frottements péricardiques, pas d'augmentation appréciable de la matité cardiaque.

4 *Novembre.* — Enlèvement des fils cutanés. Pas de fièvre. Pouls régulier à 72. Au cœur, bruits normaux de timbre et d'intensité et dédoublement du 2e bruit à la base. L'épanchement pleural est encore assez considérable (Traube mat, submatité sous la clavicule gauche, matité en arrière sur les 2/3 de la hauteur avec abolition des vibrations vocales et souffle pleurétique). Dyspnée légère.

10 *Novembre.* — Amélioration persistante. Diminution de l'épanchement pleural gauche. Une ponction exploratrice ramène un peu de liquide séreux, donnant, comme formule cytologique, une mononucléose presque absolue. Bruits du cœur à peu près normaux.

16 *Novembre.* — Epanchement pleural presque tari. Le malade se lève.

22 *Novembre.* — A l'écran radioscopique, disparition

de l'épanchement pleural gauche. Les battements cardiaques sont amples. L'ombre cardiaque paraît un peu agrandie. Les mensurations de l'orthodiagramme donnent : G'G' = 11 cm. — flèche: 2,7 — D'G' = 12,5 DG = 11. Diamètre transverse = 13,8. Rien d'anormal à l'aorte.

La guérison peut être considérée comme obtenue.

***

Cette observation ainsi résumée est simple, simple dans sa symptomatologie et simple dans sa thérapeutique, parce que diagnostic et intervention ont été également précoces.

Pour que le diagnostic soit précoce, il ne faut pas s'attarder à recueillir tous les signes que les traités classiques décrivent de la péricardite avec épanchement, en particulier : le « signe de l'oreiller », celui de l' « attitude de la prière mahométane », l'élévation de la pointe du cœur, le signe de Rotch ou matité dans l'angle du cinquième espace intercostal droit, le « basic angle test » de Ewart ou transformation de l'angle droit que fait le cœur avec le diaphragme en un angle obtu, l' « encoche de Sibson » que Sibson n'a jamais décrite (Blechmann), le signe de Kussmaul, enfin les signes de compression médiastinale. Tous ces signes répondent à un gros épanchement péricardique et peuvent être tenus pour tardifs.

Nous pensons aujourd'hui comme en 1913 (1) que le diagnostic de l'épanchement péricardique peut se faire sur la base des symptômes cardinaux suivants :

La dyspnée, la tachycardie avec hypotension ;

Les *frottements péricardiques*, précurseurs en quelque sorte de l'épanchement ;

L'*extension progressive, excentrique et symétrique de la zone de matité précordiale absolue* ;

L'*aspect globuleux, hypertrophié et avec battements peu perceptibles de l'ombre cardiaque sur l'écran radioscopique.*

Et tous ces faits s'expliquent, quand on comprend la pathogénie même de l'épanchement péricardique. On pense souvent que, la densité du cœur étant plus grande que celle du liquide péricardique, l'organe plonge vers la partie profonde et, dans le décubitus dorsal, tend à s'éloigner du sternum. Il n'en est rien. Fortement attaché par sa base à l'arbre trachéo-bronchique et à la paroi sternale, le cœur ne peut s'en détacher ; seule la pointe tend à gagner la partie profonde. Mais cette tendance est souvent annulée par l'existence d'adhérences fibrineuses, qui maintiennent la surface antérieure du cœur en contact avec la paroi sterno-costale. Le péricarde distendu contient ainsi, d'une part, le cœur maintenu sous le sternum et, d'autre part, le liquide épanché, qui occupe les parties postéro-inférieures et latérales.

(1) J. Rieux. *Paris méd.*, 26 juillet 1913, n° 34, p. 185.

***

Si le diagnostic précoce de la péricardite avec épanchement peut être tenu pour assez facile, en est-il de même du diagnostic de la *nature* de cette péricardite ? Le fait est important. On a critiqué souvent que le diagnostic de tuberculose du péricarde et par conséquent, d'épanchement tuberculeux ait été porté sans preuve assez démonstrative. Nous ne pensons pas que cette objection mérite d'être prise en grande considération.

Etiologiquement, en effet, les péricardites avec épanchement relèvent d'un nombre relativement restreint de causes infectieuses. Dans le jeune âge, on observe surtout la péricardite purulente presque toujours consécutive à une broncho-pneumonie ou à une pleurésie purulente, souvent pneumococcique ; il est inutile d'en souligner l'extrême gravité. Dans l'adolescence et chez l'adulte jeune, à l'âge du service militaire par conséquent, deux étiologies interviennent presque exclusivement. Peut-on les confondre ? La participation pour ainsi dire constante de l'arthrite rhumatismale, d'une part, et de l'endocardite de l'autre, l'action des salicylates enfin sont des éléments sérieux en faveur du rhumatisme articulaire aigu. Leur absence, l'insidiosité du début de la maladie, la co-existence fréquente d'une pleurésie séro-fibrineuse gauche avec formule cytologique lymphocytaire, ajoutons une réaction de fixation positive avec un antigène tuberculeux permettent d'affirmer l'infection tuberculeuse. A un âge plus avancé, vers la cinquantaine, apparaît une autre forme de péricardite avec épanchement : la péricardite brightique ; mais elle est rare et les signes de brightisme avancé qui l'accompagnent ne laissent guère errer le diagnostic.

***

Un diagnostic exact et précoce est la condition fondamentale d'une thérapeutique précoce. Que dire d'elle ?

La première question qu'on puisse se poser dans la thérapeutique de la péricardite tuberculeuse est celle-ci : la péricardite peut-elle guérir spontanément ? Evidemment oui.

La thèse récente de G. Corneau relate une observation fournie par M. le Pr E. Sergent, d'un homme de 37 ans qui guérit spontanément en six semaines, d'une péricardite tuberculeuse, dont

l'épanchement fut confirmé et par la clinique et par la radioscopie. Le même auteur cite aussi le cas d'un malade ainsi soigné dans le service de M. le Pr WIDAL et PISSAVY. Nous avons personnellement suivi le cas d'un médecin, qui, atteint de péricardite tuberculeuse avec pleurésie, puis péritonite à forme ascitique, a guéri sans intervention et après une médication chlorurée calcique et héliothérapique.

Il serait, cependant, bien imprudent de fonder sur cette abstention systématique un trop grand espoir. Les péricardites tuberculeuses avec épanchement qui guérissent ainsi, spontanément, sont des péricardites bénignes. Mais peut-on cliniquement connaître de la bénignité ou de la malignité d'une telle localisation de la tuberculose ? A priori, tout porte à réserver le pronostic : la localisation de l'infection tuberculeuse au péricarde, les complications cardiaques qui peuvent survenir au cours de son évolution, la tendance logiquement progressive de l'épanchement, entretenu pour ainsi dire par les contractions du myocarde et par la riche vascularisation néo-capillaire de la séreuse enflammée ; les coupes microscopiques de péricardite tuberculeuse ne sont que trop affirmatives à ce sujet.

L'intervention est donc formellement indiquée et, comme dans tout acte médico-chirurgical, il y a tout avantage à ce qu'elle soit aussi précoce que possible. L'épanchement intra-péricardique doit être évacué et évacué le plus tôt possible. La guérison n'en saurait être que plus rapide et plus parfaite.

Quelle sera cette intervention ?

Rappelons sans plus de détail que les ponctions simplement évacuatrices répétées *sans* drainage du péricarde aussi bien que les ponctions *avec* drainage sont aujourd'hui vraiment condamnées.

Les premières doivent être presque toujours multiples. AMAUDRUT (de Laval) a cependant observé un cas de péricardite tuberculeuse avec épanchement séro-hématique survenu chez un enfant de 13 ans et guéri après une seule ponction évacuatrice. Le fait reste exceptionnel. Les ponctions doivent être répétées parce que l'épanchement, entretenu comme nous l'avons dit plus haut, a une tendance naturelle à se reproduire.

Les ponctions évacuatrices suivies de drainage, mettant la cavité péricardique en communication constante avec le milieu extérieur, transforment fatalement, on peut le dire, une péricardite tuberculeuse en une péricardite suppurée ; c'est transformer un mal par un mal pire. Le résultat est le même quel que soit le mode de drainage. Nous en avons observé jadis quelques cas à Lyon, par drainage sous-xyphoïdien selon la méthode de Larrey. TAVERNIER et SERRE n'ont pas mieux obtenu par le drainage filiforme avec crins, drainage, qui n'a empêché ni la reproduction de l'épanchement ni sa suppuration ultérieure.

Signalons ici l'observation de MM. N. FIESSINGER et A, LEMAIRE (*Soc. Méd. des hôp.*, 17 juillet 1925) d'une péricardite purulente tuberculeuse, ayant nécessité trois ponctions (100 cc., 150 cc, et 20 cc), les deux dernières suivies d'une injection intrapéricardique de 5 cc. de liopodol, et ayant paru enrayée dans son évolution,

En réalité, comme le font remarquer C. LIAN et G. CORNEAU (1), deux méthodes de traitement dominent actuellement, dont on peut discuter pour prononcer son choix :

1° La *ponction évacuatrice, suivie d'injection de gaz* ;

2° La *péricardotomie sans drainage, opération de Jacob.*

***

A) *Ponction évacuatrice suivie d'injection de gaz.* — Cette technique vient d'être résumée par C. LIAN et G. CORNEAU dans leur mémoire récent. Nous la leur empruntons :

« Cette méthode découle des travaux de POTAIN puis de MM. les Prs ACHARD et VAQUEZ, concernant le traitement des pleurésies séro-fibrineuses. Elle fut appliquée pour la première fois en 1910, à Groningue, par WENCKEBACH et GESELSCHAP au traitement de la péricardite tuberculeuse avec épanchement. GESELSCHAP guérit son malade qui ne parut pas présenter de symphyse. L'année suivante, ALEXANDER tente, sans grand succès d'ailleurs, des essais expérimentaux sur des chiens.

» Cette méthode est reprise en France en 1916 par MM. P.-E. WEIL et LOISELEUR qui l'appliquent avec succès à un enfant de 15 ans atteint d'épanchement péricardique volumineux. Leur exemple fut suivi par MM. Alfred MARTINET, TROISIER et JACQUELIN, Mariano CASTEX. M. MARTINET dit que le pneumo-péricarde eut une action satisfaisante.

» M. Mariano CASTEX réussit à guérir sa malade de ses phénomènes péricardiques, mais une tuberculose pulmonaire et péritonéale se développa et fut cause de la mort de la malade.

» MM. TROISIER, JACQUELIN et GAYET obtinrent par une seule injection d'azote l'asséchement du péricarde. Leur malade mourut ensuite d'une sep-

(1) C. LIAN et G. CORNEAU. *Paris médical*, 4 juillet 9125, n° 27, p. 27, et G. CORNEAU. *Thèse de Paris*, juillet 1925.

ticémie suraiguë d'origine génitale ; à l'autopsie, le péricarde ne contient pas de liquide.

» Nous avons traité en 1922 par ponctions évacuatrices suivies d'injection d'air un malade âgé de 33 ans, atteint d'un épanchement séro-hématique péricardique volumineux. Les ponctions évacuatrices furent rarement inférieures à 500 cc. L'examen cytologique démontra la nature tuberculeuse de l'épanchement (prédominance de lymphocytes). L'inoculation au cobaye fut positive. Nous avons pratiqué chez notre malade dix ponctions dont huit suivies d'injections d'air. Après chaque injection d'air le liquide se reproduisait plus lentement. Et après six mois de séjour à l'hôpital, nous eûmes la satisfaction de voir notre malade nous quitter guéri de sa lésion péricardique. Au point de vue cardiaque, le résultat désiré était atteint ; une radiographie montra une ombre cardio-aortique normale. On ne constatait aucun signe de symphyse, mais le pronostic restait malheureusement sombre au point de vue général ; la radioscopie montrait une infiltration diffuse tuberculeuse des deux poumons. Et, nous avons appris que notre malade avait succombé vers la fin de 1924 aux progrès de sa tuberculose pulmonaire, sans avoir présenté de nouvelles manifestations péricardiques.

» Le pneumo-péricarde est facile à réaliser ; cette petite intervention médicale se fait en trois temps :

» 1er temps : ponction exploratrice avec une aiguille à ponction lombaire. La technique la plus recommandable nous semble être celle de M. le Pr Marfan (ponction par la voie épigastrique) ;

» 2e temps : évacuation de l'épanchement. L'aiguille à ponction exploratrice restant en place, on évacue aisément l'épanchement par le procédé du siphon ;

» 3e temps : injection de gaz.

» Certains médecins ont employé de l'oxygène : ce gaz a l'inconvénient d'avoir une résorption rapide. L'azote est le gaz qui se résorbe le moins vite. Souvent on se contente d'injecter de l'air dont la résorption est assez lente.

» Deux procédés peuvent être employés pour l'injection de gaz intrapéricardique ; l'un, précis, scientifique, permettant de mesurer la pression sous laquelle on injecte le gaz (appareils de Kuss, de Sousset, etc.), mais nécessitant un outillage spécial et un entraînement particulier.

» L'autre, plus simple, consistant uniquement à adapter la pompe de l'appareil de Potain ou une grosse seringue à l'extrémité du tuyau de caoutchouc qui a servi à l'évacuation de l'épanchement ; on injecte ainsi de l'air dans le sac péricardique, en général, en quantité égale à la moitié du liquide évacué.

» Certains pensent qu'il est utile de réchauffer préalablement le gaz avant sa pénétration dans le sac péricardique ; il nous semble que c'est là une précaution superflue. On pourrait chercher à renforcer l'action thérapeutique en injectant de l'air chargé de vapeurs antiseptiques (goménol) par analogie au traitement appliqué aux pleurésies purulentes tuberculeuses par M. le Pr Sergent.

» L'injection d'air terminée, on retire l'aiguille à ponction lombaire. La plaie péricardique se referme d'elle-même rapidement ; nous n'avons jamais constaté d'emphysème sous-cutané.

» Par cette méthode, on arrive facilement à assécher le péricarde. Il en est ainsi dans six observations sur sept. Malheureusement la tuberculose continue à évoluer le plus souvent dans les autres viscères et les malades succombent aux progrès de la bacillose (1) ».

B) *Péricardotomie sans drainage.* — Cette méthode de traitement de la péricardite tuberculeuse mérite le nom d'opération de Jacob qui l'a imaginée et appliquée plusieurs fois dans son service de Professeur au Val-de-Grâce. Nous lui avons personnellement fourni le cas de sa deuxième intervention (Obs. XII de la thèse de G. Corneau).

La technique en est vraiment simple. Incision de Delorme et Mignon à un centimètre environ du bord gauche du sternum. Dissection de deux volets cutanés. Résection du cartilage des 4e et 5e côtes ou des 5e et 6e côtes gauches. Ecartement en dehors du paquet sous-costal comprenant la mammaire interne gauche et le bord de la plèvre gauche. On découvre ainsi les fibres nacrées du péricarde pariétal. Incision de ce feuillet péricardique sur 1 ou 2 centimètres, en hauteur. Issue du liquide intra-péricardique, parfois sous pression ; on la facilite en passant le doigt sous le bord inférieur du cœur et en permettant ainsi la sortie du liquide rétropéricardique toujours plus abondant. Le liquide est spontanément remplacé par de l'air. Les néomembranes fibrineuses qui couvrent le myocarde apparaissent facilement par la boutonnière pratiquée. On laisse cette boutonnière béante, mais on ferme, avec soin, par des points de suture rapprochés, les plans cutanés.

M. le Pr Plisson préfère à l'incision de Delorme et Mignon une incision courbe à convexité droite et la dissection d'un lambeau cutané sous le milieu duquel se trouvera placé, une fois l'opération terminée, la boutonnière péricardique ; en suppri-

(1) Lian et G. Corneau, *loc. cit.*

mant par cette méthode la superposition exacte des incisions cutanées, osseuses et péricardiques, il pense diminuer les possibilités d'infection secondaire de la cavité péricardique. Nous partageons entièrement cette manière de penser.

L'opération de Jacob,- même sous anesthésie générale, est généralement bien supportée. Les battements cardiaques, exprimés par le pouls, montrent une amélioration dès l'ouverture du péricarde et dès l'écoulement du liquide séreux ou séro-hématique qu'il contient. La dyspnée est également moins grande.

Dans les jours qui suivent l'intervention, le liquide péricardique fuse dans les plans sous-cutanés, refoulé, en quelque sorte, à travers la boutonnière péricardique, par les contractions cardiaques. Ce passage se fait au fur et à mesure de la production de l'épanchement. Même avec des points de suture, cutanés assez rapprochés, le liquide péricardique peut, au début, passer dans leur intervalle et imbiber le pansement ; ce fut le cas de notre malade de 1913 ; nous avons même observé sur lui, après la réunion par première intention de la plaie cutanée, la production d'un œdème localisé quand il se couchait en décubitus latéral gauche.

Mais ce passage à travers les lèvres de la plaie cutanée n'est nullement nécessaire et, chez notre malade actuel, il ne s'est pas produit.

La résorption spontanée du liquide intra-péricardique se fait ainsi progressivement et il est loisible de l'observer sur l'écran radioscopique. Ajoutons que parallèlement, dans les deux cas que nous avons suivis, la résorption de l'épanchement pleural se fait, mais parfois avec un certain retard sur celle de l'épanchement péricardique.

***

Reste la dernière question : A quelle intervention donner la préférence : *Au pneumo-péricarde ou à l'opération de Jacob ?* Dans leur récent mémoire C. Lian et G. Corneau, penchent pour le pneumo-péricarde. « Nous avons tendance, disent-ils, à préférer le traitement médical ; quelques observations conduisent d'ailleurs à penser qu'il peut être inutile de faire d'emblée une péricardotomie. »

La question mérite discussion.

Nous ne pensons pas qu'on puisse tirer une opinion critique des résultats obtenus par l'une ou l'autre conduite thérapeutique. D'une part, les cas publiés ne sont pas encore très nombreux ; ils se chiffrent par unités. D'autre part, le résultat dépend, en grande partie tout au moins, de la date de la thérapeutique suivie (pneumo-péricarde ou péricardotomie) par rapport au début de la péricardite elle-même.

Nous croyons trouver de meilleurs arguments de discussion dans la conduite thérapeutique elle-même : pneumo-péricarde ou péricardotomie. Dans cet ordre, la lecture des observations de pneumo-péricarde contenues dans la thèse de G. Corneau, nous paraissent des plus instructives. De cette lecture se dégagent, en effet, les enseignements suivants :

Le pneumo-péricarde apparaît nettement supérieur à la simple ponction évacuatrice du liquide intra-péricardique ; la guérison de la péricardite survient plus rapidement et plus sûrement. L'observation princeps de G. Corneau en est un bon témoignage : cinq ponctions évacuatrices simples ont été pratiquées (420 à 750 cc.) du 22 septembre au 2 décembre ; trois ponctions suivies d'injection d'air ont asséché le péricarde du 2 décembre à la fin de février. En revanche, l'observation XVII (de MM. P.-Em. Weil et Loiseleur, 1916) où l'insufflation d'air a été entreprise dès la seconde ponction, six interventions s'échelonnent du 11 juillet à la fin de septembre pour obtenir un succès imparfait. La nécessité de ces pneumo-péricardes répétés est un facteur de la longue durée du traitement.

Malgré sa supériorité sur la ponction simple, le pneumo-péricarde participe des mêmes inconvénients que la ponction elle-même, c'est-à-dire de l'inégalité, de l'inefficacité et du danger des ponctions du péricarde. On peut extraire du péricarde 800 cc., 1.000 cc., 1.850 cc. (Obs. princeps de G. Corneau) ; mais ce peut être aussi 250 cc., 100 cc., 40 cc., 10 cc. même (Obs. XIX) et cependant, dans ce dernier cas, « la radiographie montrait une ombre cardiaque énorme et on pense à un cloisonnement de l'épanchement qui empêche son évacuation ». Enfin, le danger persiste d'une ponction du ventricule ; le fait est signalé dans l'obs. XVII (de P.-E. Weil et Loiseleur) : « On pratique une première ponction dans l'aisselle gauche, dans le 6e espace intercostal, à la partie médiane de l'aisselle. On retire du sang pur, l'aiguille ayant ponctionné le ventricule. Une deuxième ponction faite plus en arrière, dans le même espace intercostal, retire 300 cc. de liquide séro-sanguinolent. »

Nul ne s'étonnera donc — après cette argumentation — que nous défendions personnellement la péricardotomie sans drainage de M. Jacob. Un sentiment de fidélité à la vieille et illustre Maison de Larrey suffirait sans doute à nous y conduire. Mais les raisons médico-chirurgicales nous paraissent passer ce sentiment, si louable soit-il.

L'opération de Jacob, modifiée dans son premier temps par le Pr Plisson, est une intervention simple, admirablement conduite, et, ce qui n'est pas toujours le cas en chirurgie, absolument conforme aux données de la médecine opératoire. Elle n'est ni longue, ni choquante. Elle permet, en rompant, si c'est nécessaire, des adhérences fibrineuses, l'évacuation aussi complète que possible de l'épanchement produit — ce que ne permet pas aussi bien la ponction évacuatrice. C'est une opération ouverte, que les yeux suivent et qui comporte un examen visuel de la cavité péricardique. Elle fait, elle aussi, un pneumo-péricarde. La boutonnière péricardique laissée béante joue le rôle de vraie soupape de sûreté et permet au liquide de drainer dans les tissus sous-cutanés au fur et à mesure de sa production ; la compression cardiaque, le grand danger de la péricardite avec épanchement, cesse aussitôt et définitivement. Enfin, la fermeture exacte des plans cutanés, s'ils laissent parfois fuser, au début, du liquide péricardique, s'opposent — ou tout au moins prétendent s'opposer — à l'infection secondaire de la cavité péricardique.

Nous ajoutons que cette intervention ne peut que gagner en résultat à être pratiquée le plus tôt possible, dès que le diagnostic est certain, avant que l'épanchement sous pression, en distendant le péricarde pariétal, ne comprime *ipso facto* le myocarde, gêne son fonctionnement et prépare les accidents de collapsus et de syncope.

Au lieu de ponctions multiples, nécessairement douloureuses, et plus ou moins aveugles, une seule intervention définitive, sous anesthésie, facile et précise. Et la thérapeutique ainsi conduite de la péricardite tuberculeuse avec épanchement nous apparaît comme un type de ces actes médico-chirurgicaux qu'on ne saurait trop rechercher, dans la pratique de la médecine, pour le plus grand bénéfice du malade.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr Hartmann.

Fibro-adénome du sein.

Une femme, âgée de 47 ans, présente à la partie tout interne du sein droit une petite tumeur qui, contrairement aux tumeurs cancéreuses, est nettement limitée. Elle est comparable, par son volume et sa forme, à une bille ; elle est arrondie, très mobile, d'une consistance un peu élastique que l'on apprécie en fixant la tumeur, puis en la palpant.

Il existe donc là deux caractères qui différencient cette tumeur des cancers du sein : la consistance, qui n'est pas dure, et la circonscription. De plus, on ne trouve pas de ganglions dans l'aisselle, et c'est encore un caractère qui écarte l'idée d'un cancer.

Par conséquent, bien que cette malade ait une tumeur indolente, bien qu'elle ait l'âge auquel on observe le plus souvent des cancers, la tumeur actuelle qu'elle présente, par ce fait qu'elle est bien circonscrite, bien mobile, qu'elle a une certaine élasticité, qu'elle ne s'accompagne pas d'adénopathie axillaire, doit écarter l'idée d'un cancer.

Les autres tumeurs du sein sont, le plus souvent, des tumeurs kystiques, quelquefois des adénomes. A laquelle de ces deux variétés appartient la tumeur actuelle ?

Ce n'est pas un kyste simple, parce que dans les kystes la tumeur n'est pas aussi exactement circonscrite ; de plus, ils donnent quelquefois la sensation d'une poche extrêmement tendue et sont un peu douloureux, spontanément et à la pression.

Il faut donc porter ici le diagnostic de *fibro-adénome du sein.*

Comme toujours, en pareils cas, il faut explorer les deux seins. Du reste la malade elle-même indique qu'elle a une autre tumeur dans le sein opposé. Il n'est pas rare, en effet, de voir des fibro-adénomes multiples, quelquefois dans le même sein.

Cette tumeur est de nature bénigne. On pourrait donc dans une certaine mesure s'abstenir d'opérer. Mais il y a intérêt à en débarrasser dès maintenant la malade, parce qu'on voit souvent des fibro-adénomes du sein persister un certain temps, puis à un moment donné modifier leur évolution et passer à l'état de tumeur maligne. Ce n'est pas exceptionnel.

Du reste, il s'agit d'une ablation limitée, beaucoup moins étendue que pour les cancers du sein. Le sein sera conservé en grande partie. La cicatrice doit être réduite au minimum, pour répondre aux conditions esthétiques. On ne peut éviter qu'elle ne devienne chéloïdienne, car cette évolution dépend des malades. Mais on peut et on doit éviter une cicatrice difforme, c'est-à-dire apparente. On peut la rendre invisible en faisant une incision, non pas au niveau même de la tumeur, mais une incision ogivale passant dans le sillon

sous-mammaire. On soulève le sein, on enlève la tumeur, on remet le sein en place et on suture la plaie. Si la cicatrice devient chéloïdienne, elle est en dessous et on ne la voit pas.

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Confusion mentale et Psychose de Korsakoff.

Par M. le Dr R. Benon,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes.

Il semble bien, à lire certains articles, que les cliniciens soient toujours divisés au sujet de la confusion mentale et de la psychose de Korsakoff. Cela tient-il à une question de doctrine (les doctrines avant de s'effondrer résistent longtemps à l'assaut ou à l'émiettement des critiques) ? Cela tient-il à la complexité réelle de certains cas d'association peut-être assez communs ? En effet, la psychose de Korsakoff, d'une part, est maintes fois accidentée, d'épisodes confusionnels, avec ou sans hallucinations et délire ; d'autre part, la confusion mentale donne lieu à des fausses reconnaissances de personnes, elle s'accompagne d'amnésie, etc. Il faut bien admettre, au reste, que le diagnostic différentiel de la confusion mentale et de la psychose de Korsakoff n'est pas toujours aussi aisé que celui du délire et de la démence, du moins, là encore, il est vrai, dans les cas simples.

Diagnostic. — Voici, rassemblés, les éléments essentiels et démonstratifs du diagnostic différentiel de la confusion mentale et de la psychose de Korsakoff. Après l'avoir exposé, nous le présenterons sous forme de tableau synoptique succinct et pratique.

L'aspect général du malade, dans la confusion mentale et dans le syndrome de Korsakoff, n'est pas le même : chez le confus, le visage est hébété, les yeux égarés ; on a l'impression d'un homme qui vit dans un monde à part, qui, quoique éveillé, apparaît comme totalement absent. Le Korsakoff est présent ; son visage est animé, expressif, maintes fois souriant.

Les troubles de la perception et de la reconnaissance, chez le confus, sont profonds dès qu'ils se produisent, mais ils peuvent alterner avec des intervalles de lucidité relative ; ils portent sur les lieux, le temps, les personnes et les choses ; la désorientation est totale. Chez le Korsakoff, il y a moins troubles de la perception et de la reconnaissance que troubles de la mémoire ; le patient ignore le lieu, le temps, mais il essaie de les reconnaître ; il ne fait jamais erreur sur les objets ; il s'alimente seul.

L'attention du confus est nulle ; c'est une aprosexie complète ou presque ; dans les formes atténuées une interpellation vive, une voix chère, peuvent provoquer un moment de lucidité, mais très vite le patient retombe dans son état psychomorbide. Le Korsakoff est attentif à ce qu'on lui dit ; il observe, il parle volontiers, il fait des réflexions justes, drôles, variées.

L'amnésie du confus est une amnésie rétro-antérograde, diffuse, généralisée, profonde, qu'il est presque impossible d'analyser exactement ; c'est surtout une amnésie de fixation et d'évocation. Le Korsakoff, qui se prête aisément à l'examen, présente une amnésie rétro-antérograde localisée, mais complète ; l'amnésie de fixation, ou amnésie actuelle, est totale et d'observation précise.

La fabulation (ou confabulation) fait naturellement défaut chez le confus, très inattentif, amnésique, désorienté ; lorsque le confus s'améliore, à la fin de son accès, on peut observer chez lui une tendance à fabuler, à cause de son amnésie totale (touchant son état aigu), mais celle-ci ne dure que quelques heures, quelques jours. Le Korsakoff fabule activement pendant des semaines ou des mois et de façon souvent très curieuse : il donne comme récents des faits anciens, vrais ou arrangés, ou fantaisistes, qui sont maintes fois intéressants.

Les fausses reconnaissances (ou paragnosies), chez le confus, sont multiples, mobiles, incohérentes (on l'a vu aux troubles de la perception). Chez le Korsakoff, elles ne portent que sur les personnes, et seulement sur certaines personnes ; il est, en effet, tout à fait exceptionnel que le Korsakoff confonde les personnes qui vivent de sa vie intime, avec des personnes qui lui sont tout à fait étrangères.

Les facultés de jugement, de raisonnement, chez le confus, sont abolies, ou presque ; on peut observer quelques moments de lucidité, mais si la confusion mentale dure, ceux-ci manquent totalement. Le Korsakoff est capable de porter des jugements sains sur les faits et les choses, et d'en tirer des raisonnements logiques.

Chez le confus, l'émotivité est très diminuée ; il n'éprouve ni chagrin, ni anxiété, ni joie, à moins qu'il ne soit halluciné, et alors c'est l'anxiété surtout qui se développe ; le confus est habituellement agité, énervé, soit qu'il souffre, soit que ses

erreurs de perception le poussent à se déplacer inconsidérément. Le Korsakoff est habituellement euphorique, mais suivant les nouvelles qu'on lui apporte, il pleure, il est anxieux ; ces réactions émotionnelles durent peu, à cause de l'amnésie de fixation qui lui fait oublier rapidement ses plus grands malheurs, vrais ou inventés.

L'activité générale du confus est absurde, désordonnée, grandement incohérente : celle du Korsakoff (paraplégique ou non) donne maintes fois, à des médecins non informés, l'illusion de l'état normal.

Les accidents hallucinatoires et délirants du confus se compliquent très souvent de raptus pantophobiques : aussi la surveillance de ces malades doit-elle être continue, diurne et nocturne. Chez le Korsakoff, les phénomènes hallucinatoires et délirants, sont, en général, plus atténués et plus épisodiques.

On le voit par cette étude psycho-clinique, les éléments du diagnostic différentiel de la confusion mentale et du syndrome de Korsakoff sont aussi nombreux que variés. C'est entretenir l'obscurité dans la pathologie mentale que de vouloir réunir dans un même chapitre deux affections ou syndromes dont les caractères essentiels, dans les cas purs, sont aussi dissemblables.

Tableau synoptique. — Voici, résumé, sous forme de tableau synoptique le diagnostic différentiel entre la confusion mentale et la psychose de Korsakoff.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

CONFUSION MENTALE	PSYCHOSE DE KORSAKOFF
1. Aspect égaré, hébété ;	1. Visage animé ;
2. Troubles de la perception ; troubles de la reconnaissance des objets et des personnes, avec désorientation complète et durable dans le temps et dans l'espace ;	2. Troubles de la perception peu marqués ; pas de troubles de la reconnaissance des objets ni des lieux ; troubles particuliers de la reconnaissance des personnes ; désorientation partielle ;
3. Diminution considérable de l'attention. Aprosexie totale ;	3. Pas ou peu de diminution de l'attention ;
4. Amnésie antéro-rétrograde diffuse, amnésie de fixation, difficiles à étudier ;	4. Amnésie antéro-rétrograde localisée, mais complète. Amnésie de fixation surtout ;
5. Pas de fabulation ;	5. Fabulation ;
6. Fausses reconnaissances généralisées et mobiles ;	6. Fausses reconnaissances portant seulement sur certaines personnes ;
7. Jugement, raisonnement presque abolis ;	7. Jugement et raisonnement bien conservés ;
8. Emotivité très altérée ;	8. Euphorie habituelle ;
9. Activité absurde, désordonnée, incohérente ;	9. Activité générale donnant maintes fois l'illusion de l'état normal ;
10. Accidents hallucinatoires et délirants, avec raptus pantophobiques.	10. Accidents hallucinatoires et délirants légers, épisodiques surtout.

Nous avons mis à part dans ce tableau les fausses reconnaissances qui auraient pu rentrer dans les troubles de la perception et de la reconnaissance (2); elles ont une importance si spéciale, dans la psychose de Korsakoff, que nous avons cru devoir les isoler ; elles constituent, avec la fabulation et l'amnésie, une triade psycho-symptomatique que l'on doit considérer comme pathognomonique du syndrome de Korsakoff.

***

Si l'on considère l'ensemble de ces deux syndromes (confusion mentale et psychose de Korsakoff), on constate que la confusion mentale est avant tout une « maladie » de la perceptivité et de la reconnaissance, avec troubles profonds de l'attention et du jugement, tandis que la psychose de Korsakoff est une « affection » de la mémoire, c'est-à-dire essentiellement une amnésie de fixation avec paragnosie, fabulation et, généralement, euphorie. Deux syndromes aussi différents ne sauraient ressortir au même chapitre de la pathologie mentale, qu'il s'agisse de clinique, d'anatomie pathologique ou de thérapeutique, — bien que l'étiologie puisse être commune.

FORMULES

Gingivo-stomatites fongo-phlegmoneuses.

Applications locales avec :

Résorcine	1 gr.
Novarsénobenzol	
Bleu de méthylène	0 gr. 50
Glycérine	10 gr.
Eau distillée	

(NIDERGANG.)

Lithiase rénale.

Térébenthine cuite	âà 0 gr. 05
Benzoate de soude	
Goudron de Norvège	

Pour une pilule, deux avant le repas de midi et du soir.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

I. Les arthropathies tabétiques.

Il n'y a pas de traitement opératoire des arthropathies tabétiques. Ces jointures boursouflées, bourrées d'ostéophytes ne se trouvent pas bien d'une intervention au bistouri. Le repos, l'immobilisation, l'emploi d'appareils orthopédiques finiront par permettre le jeu à peu près normal de l'articulation. Quand une jointure est trop distendue, une ponction évacuatrice empêchera la tension et le relâchement ligamentaire.

A l'intérieur, traitement causal : *mercuriel* ou *bismuthé*. Barrié conseille les applications mercurielles locales. Il entoure les jointures de pansements humides avec la liqueur de Van Swieten. On peut continuer ces compresses par séries de dix jours suspendues par des dix jours de repos.

Comme le dit M. Ramond (*Conférence clin. médic.*, 4e série), il ne convient pas de se leurrer d'illusions. La médication anti-syphilitique peut exercer une influence heureuse sur l'évolution du tabes. Elle est sans action sur les arthropathies tabétiques en raison des délabrements complets des tissus articulaires ou péri-articulaires.

II. Œdème aigu du poumon.

D'ordinaire, il s'agit d'une insuffisance aiguë du ventricule gauche. Intervention d'urgence : *émission sanguine* (ventouses scarifiées ou saignée 300 à 500 gr. piqûres d'huile éthéro-camphrée, 1 cc.). Piqûres avec 3 *milligr. de morphine*. La piqûre de morphine de un centigr., si le myocarde est défaillant, peut entraîner la mort subite, tout comme dans l'angine de poitrine.

Régime hydrique (1 litre d'eau dans les vingt-quatre heures). Repos au lit. Régime *hydrolacté* (500 gr.) lait et 500 gr. d'eau les quatre jours suivants ; V gouttes de digitaline matin et soir pendant cinq jours ; V gouttes seulement les cinq matins. Suspendre quarante-huit heures. Reprendre de même. Dans les quarante-huit heures d'intervalle, deux injections intra-musculaire d'*ouabaïne* (1/4 milligr.), deux jours de suite.

Théobromine (2 cachets de 50 centigr. en cas d'hypertension). La crise passée, la digitaline sera continuée à titre préventif, à raison de V gouttes six à huit matins de suite avec suspension de quarante-huit heures au bout de ce temps.

Pour éviter l'œdème aigu *a vacuo*, on fera la ponction exploratrice lentement, à l'aide d'une aiguille très fine.

C. F.

THÉRAPEUTIQUE QUOTIDIENNE

I

La préparation à l'action médicamenteuse.

La préparation à l'action médicamenteuse n'est plus que d'ordre physique. De ce fait, son impuissance se révèle dans maintes rencontres. D'autres fois, il en va autrement. Les malades sont mis au lit, condamnés à la diète et ces precautions sont connues pour leur action efficace. Chez les cardiaques, à cœur dilaté, la digitale ne réussit que moyennant le repos au lit et le régime lacto-hydrique, de réduction préalablement imposés. L'observation de ces conditions, d'ordre mécanique, prépare le succès thérapeutique. Et chez nombre de malades, auprès de tous ceux où des troubles de circulation ou des lésions de nature externe dessinent le tableau morbide, le respect de ces conditions suffit à appeler la victoire.

En général, cette préparation toute matérielle n'est pas suffisante ; aussitôt que le grand sympathique ou le système nerveux sont troublés, il faut lui adjoindre une préparation spirituelle. L'âme du sujet doit être consentante et n'élever aucune objection. Nous avons parlé de la pratique du moyen âge. Dans une affection grave, un malade ne goûtait pas à un remède sans s'être placé dans un état mental reposé et chargé d'espoir : pour se procurer cette sérénité souveraine, il accomplissait un devoir religieux émouvant. Il se confessait et communiait à l'avance.

Ce repos de l'âme suppose l'unité mentale. Le sujet n'est pas bousculé par des conflits de sensibilité. Une seule idée le soutient : celle de la guérison. Et que cette idée soit unique, qu'elle échappe à des éclipses où elle serait obscurcie par des idées de dépression et de tristesse, c'est à ce but que doit tendre l'autorité du médecin. Rien qui fatigue et qui accable comme l'angoisse et l'incertitude.

L'angoisse est plus terrible que la réalité, l'incertitude trouble et bouleverse plus que le fait accompli. Il appartient au médecin de tarir ces sources d'abattement et de misère. L'émotivité du malade doit être balayée de toutes les scories qui recouvrent la qualité de son âme ; la présence de ces déchets est parfaitement malfaisante. C'est, en effet, une erreur de croire que le caractère d'un état mental demeure sans influence sur le rythme de la nutrition. Dites qu'il le domine et vous serez dans la vérité. Toute la vie des sécrétions internes est commandée au moins en partie par la nature des ondes émotives qui lui parviennent du cerveau. Or, ce sont ces sécrétions internes qui organisent les activités fonctionnelles et dressent, devant l'organisme menacé, les réactions défensives qui sauveront la partie.

Un esprit dont les tendances multiples se rassemblent sous la volonté de la guérison aboutira plus aisément qu'un autre dont la sensibilité se laisse déchirer par des préoccupations déprimantes et mille craintes. C'est donc cette certitude dans une fin favorable que doit apporter avec lui le médecin. Il ne s'agit plus que de la faire entrer dans la conviction du client.

La chose n'est pas aisée. Les paroles du médecin ne pénètrent qu'enveloppées d'une certaine atmosphère, et la constitution de cette atmosphère est faite d'éléments ténus et d'association délicate. Avant tout, la sympathie en compose la substance essentielle. Un médecin qui n'est pas sympathique n'appelle pas la confiance et si la confiance est absente, les réactions émotives ne jouent pas. Or la sympathie qui émane d'un sujet est, elle-même, liée à une qualité d'où elle dérive et cette qualité, c'est le naturel. Pas d'affectation, pas de pose ; l'attitude simple, la mimique ouverte, la franchise dans l'accent, la bonté dans l'intonation. Nos confrères de campagne ajoutent à ce bagage une certaine rondeur, une bonhomie souriante, une familiarité amicale ; dans le milieu rural, ce sont là adjuvants d'ordre précieux. Ils remplissent d'autant mieux leurs fonctions d'animateurs sympathiques qu'ils n'ont point été affaiblis dans l'esprit du malade, par le bruit de commentaires malveillants ; répandus sur la conduite du médecin, ceux-ci tendaient d'avance à restreindre la portée de son crédit. Il importe que la vie privée du guérisseur ne donne point prise. S'il a du succès, sans doute, les mauvaises langues ne manqueront pas de le larder de leurs médisances. Les méchants propos ne portent pas si la bonne tenue et l'honnêteté scrupuleuse de l'intéressé s'inscrivent contre les calomnies dont il est l'objet.

Et puis il y a autre chose et c'est là un côté curieux de la psychologie du malade. Il prête l'oreille au mal qui est dit d'un nouveau venu. Si, au contraire, le médecin est connu et jouit d'une certaine notoriété, cette dernière agit à la façon d'un extincteur. Elle étouffe la fumée des ragots ou empêche au moins que celle-ci produise des effets nuisibles.

L'autorité du guérisseur, sous peine de perdre de son ascendant, ne doit pas se diminuer au dehors par le consentement à des distractions répétées et frivoles. C'est une affaire de tact. La présence à un théâtre, à un concert représente un plaisir qui figure à la façon d'une détente. Les nuits passées dans des tripots ne sont plus un allègement à la tâche quotidienne. Elles ajoutent la fatigue du soir à la fatigue du jour, et cela au prix d'une diminution qui réduit la valeur spirituelle de l'intéressé. Songez qu'un malade qui accueille le médecin se dit tout cela à son arrivée! Il s'intéresse à son guérisseur, à ce que ce dernier fait chez lui, à ce qu'il dit en ville. Une première impression est née dans son esprit à ce récit des gestes et des propos attribués à celui qu'il mande pour le remettre d'aplomb. Il convient que cette ébauche grossière se poursuive, s'achève sous des traits favorables. Alors seulement, les paroles du médecin posséderont les vertus qui font naître l'espoir.

Et pour que l'espoir fleurisse, le rayonnement de la pensée se fixera sur lui seul et non sur des préoccupations d'un autre ordre. Les couleurs vives de l'espoir se détachent mieux sur des fonds sombres où ne se brouillent nulles traces de mouvements contraires de l'âme. Au médecin de brosser ces profondeurs de la conscience, de telle sorte que les teintes qui les éteignent fassent resplendir d'autant les clartés des premiers plans. La technique consiste donc à effacer toutes les lueurs gênantes, les anxiétés, les obsessions qui tourmentent, les pensées inconscientes qui piquent à la façon d'une épine sourde. Le balayage de tous ces monstres, pour s'opérer comme il est indispensable, exige que les uns après les autres, ils profilent leur image sur le champ de la conscience, alors, les apercevant dans la netteté de leurs couleurs, le malade extériorise le portrait qu'il s'en fait dans les confidences qu'il vous livre. Le refoulement du Freudisme ne fait qu'exprimer cette notion connue depuis longtemps ; qu'une confession complète nettoie l'âme des malpropretés dont les senteurs indisposent la santé de l'âme. Par un interrogatoire adroit, des coups de sonde prudents qui ramènent au jour les pensées obscures du sujet, par une sorte de discrétion avisée qui engage à l'aveu, le médecin délivre son malade de bien des troubles secrets. Le plus sou-

vent et sauf en cas de névroses constituées, il n'aura même pas besoin d'aller si avant. Le sujet se confiera à lui tout de suite et sans réticences. « Puisque vous savez tout, j'aime autant tout vous dire. » Cette sincérité dans l'abandon de soi à la volonté du médecin constitue un facteur excellent pour allumer dans tout son éclat, la foi dans la guérison.

Seulement, on le voit, l'instruction technique du guérisseur le sert assez peu dans cette rencontre initiale. Pour ne pas heurter, bien des qualités d'intuition et de finesse sont nécessaires. Elles ne s'acquièrent pas sur les bancs de l'école. C'est la sensibilité innée du médecin qui lui permet de comprendre et de trouver les paroles qui rassurent. Et c'est la sympathie qu'il attire sur sa personne qui obtient du malade les confidences qui soulagent. En se libérant de leur charge, le patient se met dans l'état mental le plus propre à recevoir les suggestions salutaires. Une seule pensée l'anime, celle de sa sauvegarde. Et le médecin profitera de cette unité de sentiment pour faire entrer dans la place qui ouvre ses portes toutes grandes, avec ses provisions d'arguments consolateurs son bagage de prescriptions organiques et de remèdes curatifs.

(*A suivre,*) C. F.

PATHOLOGIE EXOTIQUE

Le béribéri en Syrie.

Le béribéri est une affection rare dans nos contrées. On vient d'en signaler une véritable épidémie en Syrie. Trabaud (*Archives de Médecine et Pharmacie militaires*, septembre 1925) en relate des étapes et en fait une étude très précise.

Les faits se rapportent à des Annamites et à des Sénégalais. Les Annamites présentèrent des formes sèches :

Paraplégie flasque des membres inférieurs, avec troubles moteurs portant particulièrement sur le segment distal des membres avec abolition des réflexes rotuliens, troubles de la coordination, troubles inconstants de la sensibilité, absence d'œdème et de troubles trophiques cutanés, douleurs spontanées dans les différents territoires musculaires, réactions électriques anormales avec intégrité des sphincters, ces troubles s'étant développés sans température et sans altérer l'état général.

L'éclosion de cette maladie, chez des Annamites éloignés depuis plusieurs mois de leur pays, ne pouvait que mettre en relief une prédisposition certaine de terrain ou de race. L'alimentation comportant en majeure partie du riz blanc (550 gr. par jour), particulièrement mise en cause par Le Dantec et Deschamps, avait dû jouer un rôle. Cependant, la ration comprenait d'autres aliments que du riz et, en particulier, du pain, de la viande et même quelques légumes verts, sous la forme de choux consommés crus et simplement salés quelques jours à l'avance. Mais ces divers aliments étaient arrosés copieusement d'une sorte de sauce de poisson très fermentée, le « nuoc mam », dont les Indochinois sont très friands, qui est importée en Syrie exprès pour eux et dont la valeur alimentaire et l'innocuité peuvent être très contestables, d'autant que ce poisson fermenté serait, pour bien des médecins, un facteur également important dans la production du béribéri. Enfin, le riz consommé, provenant d'Extrême-Orient et faisant partie de vieux stocks de guerre, ne paraissait pas non plus d'une qualité supérieure.

Beaucoup plus intéressante est l'épidémie de béribéri des Sénégalais. Ce béribéri affectant le type du béribéri hydropique.

Tandis que les deux derniers Annamites atteints de béribéri à forme sèche attendaient, à l'hôpital Saint-Jean de Beyrouth, leur évacuation sur la France, des Sénégalais nombreux entraient à leur tour par groupes de quatre ou cinq, offrant tous les mêmes signes cliniques.

C'étaient de beaux hommes particulièrement robustes, atteints de gonflement généralisé aux membres inférieurs, gonflement mou, dépressible, donnant un godet à la pression du doigt, augmentant considérablement la circonférence des jambes et des cuisses, et qui s'était développé en quelques jours, se compliquant d'ascite décelée par la sensation de flot, et des aires variables de matité dans les flancs. Or, une ascite libre, avec œdème généralisé apparaissant chez des individus de l'âge du soldat, fait habituellement penser immédiatement aux affections cardiaques mal compensées, ou à une maladie rénale. Cependant, l'examen des malades, à part une tachycardie légère, ne montrait aucun signe de lésion cardiaque avérée. Les bruits du cœur étaient bien frappés, sans arythmie, sans souffles orificiels. Restait donc l'hypothèse de la néphrite aiguë. Mais les urines étaient abondantes, leur couleur n'était ni rougeâtre, ni hématurique, et l'examen microscopique du sédiment ne montrait ni globules rouges, ni leucocytes, ni cylindres granuleux, tandis que le dosage de l'albumine n'en révélait que des traces le plus souvent légères. Bref, l'anasarque, qui s'était installée dans un petit nombre de jours, comme dans la néphrite aiguë, ne pouvait provenir

de cette dernière. Cependant œdème et ascite se dissipaient en moins d'une semaine, par le régime déchloruré, avec cette crise urinaire chlorurée sur laquelle Noël Fiessinger et Lepinger (*Revue de Pathologie comparée*, juillet 1917) ont insisté.

Il s'agissait de béribéri hydropique et Trabaud en découvre la cause dans l'alimentation de ces Sénégalais.

On sait que le béribéri vient le plus souvent d'une alimentation exclusive par le riz ou par d'autres graines, telles que l'orge, le blé, les lentilles, dépourvues de leurs enveloppes, provoquait chez les pigeons des phénomènes pathologiques graves, tels que l'amaigrissement, la diarrhée, la paralysie des pattes et des ailes, les convulsions, l'ataxie, des phénomènes cérébelleux, le coma et la mort.

En cours d'expérience, il suffit de substituer à temps aux graines décortiquées des graines complètes pourvues de leurs enveloppes, pour voir les animaux se rétablir rapidement. On peut donc rendre béribériques à volonté des pigeons, en les nourrissant exclusivement avec du riz glacé, et si l'on restitue à la ration l'enveloppe extérieure du riz, le péricarpe ou son extrait aqueux, leur état s'améliore aussitôt. La dessiccation suffit, dans certains cas, pour transformer des aliments sains en substances dont l'usage exclusif provoque, à assez bref délai chez les oiseaux, une polynévrite analogue à celle du béribéri humain. Le principe actif contenu dans le péricarpe du riz est soluble dans l'eau et dans l'alcool ; c'est une substance de la classe des pyrimidines, et il faut 390 kilogrammes d'enveloppes de graines pour en extraire 2 grammes. Cette substance chimique précieuse agit du moins sous un volume infinitésimal, d'une façon surprenante sur les pigeons soumis à l'alimentation exclusive du riz glacé. L'animal, immobile et comateux, se réveille et se lève aussitôt pour récupérer facilement sa vivacité première. Cette micrine ou vitamine du riz existe avec les mêmes propriétés dans la levure de bière, le lait, l'avoine, les diverses céréales, les pois, les haricots, les légumes verts, le cerveau, le jaune d'œuf, la viande et nombre d'autres produits alimentaires, notions bonnes à retenir pour la limitation éventuelle du béribéri.

Cette cause se retrouve dans l'alimentation des Sénégalais de Syrie.

Ce renfort avait été recruté le 12 janvier et était parti du dépôt de Kayes, le 13 mars, pour arriver le 16 à Rufisque, après sept jours de marche et six jours de trajet en chemin de fer. Durant le voyage, la nourriture a été déficitaire. Du 16 au 18 juin, ces tirailleurs reçoivent une instruction intensive, ont une alimentation moins variée que dans leur pays d'origine, et le riz est déjà le fond de leur régime ordinaire. Cependant, à ce moment, l'état sanitaire est encore satisfaisant ; c'est que le marché indigène de Rufisque, très bien pourvu, a pu procurer à bon compte toute sorte de victuailles. Le 7 juin a lieu le départ pour Dakar par voie ferrée, et le 20 a lieu l'embarquement pour Marseille. Le 3 juillet, le détachement quitte Marseille pour Beyrouth, où il arrive, six jours après, le riz ayant pendant tout le voyage constitué la base de l'alimentation. Au dépôt d'infanterie coloniale, les Sénégalais sont soumis immédiatement à de longues heures de travail en plein soleil, effectuant des travaux de terrassements pour l'installation d'une ligne téléphonique, et, pendant ce temps, le riz est consommé encore quotidiennement à raison de 400 grammes. Aussi, le 5 août, moins d'un mois après l'arrivée en Syrie, apparaissait le premier cas de béribéri, suivi d'autres cas plus nombreux, dont le total actuellement avoisine la vingtaine, ce qui porte à près de 50 % la proportion des malades dans l'effectif du renfort soumis, pendant plusieurs jours, au surmenage et à une alimentation par trop exclusive.

L'action néfaste du riz blanc chez des hommes n'en consommant point habituellement éclate ainsi d'une façon indiscutable.

Le traitement donna des résultats rapides et démonstratifs. On les mit à un régime comprenant de la viande, des œufs, des légumes et des fruits ; il constituait donc une alimentation particulièrement riche en vitamines. L'adjonction de raisins, d'œufs, de citrons supplémentaires au petit régime préparé spécialement sans sel, devait amener plus rapidement encore une disparition complète de tous les troubles.

La prophylaxie du béribéri doit consister à surveiller avec la plus grande attention l'alimentation des indigènes. La suppression du riz dans la marine japonaise, minée autrefois par le béribéri, a rayé la maladie de la pathologie navale nipponne. La diminution de la quantité de riz dans l'ordinaire de la section coloniale à Beyrouth a préservé les Malgaches de la maladie. Chez les Sénégalais, quelques modifications dans la préparation des aliments, comme la cuisson du riz dans le jus d'un ragoût de viande de bœuf ou de mouton, additionné de légumes verts, a arrêté net l'épidémie. La suppression complète du riz n'est donc pas indispensable.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MÉDECINE

Le résultat des traitements prolongés par l'insuline. — M. Labbé. — Sur 24 malades traités par l'insuline, 12 sont morts et 12 restent vivants. 5 sont morts de coma, 4 de tuberculose pulmonaire, 3 à la suite de suppurations. Ceux qui ont succombé au coma ont fait des rechutes après amélioration. De même tous les autres avaient été améliorés sur l'heure. Traités par l'insuline les diabétiques restent fragiles et doivent rester surveillés de très près. Aucun d'eux n'a parfaitement guéri. Parfois même une aggravation se produit, mais elle est plus lente que chez les sujets non traités par l'insuline.

Rôle résumé du virus tuberculeux filtrant dans la pathogénie de certaines hypotrophies et atrophies des nourrissons nés de mères tuberculeuses. — MM. F. Arloing et A. Dufourt. — Les formes filtrantes du virus tuberculeux passant dans le corps du fœtus déterminent la production de certaines hypotrophies et atrophies infantiles. Chez un nourrisson, mort au bout d'un mois, des bacilles tuberculeux étaient trouvés dans les ganglions mésentériques.

M. Léon Bernard. — Il faudrait plus d'une observation pour chercher à établir à nouveau l'hérédité de la tuberculose. La recherche des bacilles par inoculation et la pratique de la cutiréaction sont toujours négatives.

M. Marfan appuie les réserves de M. Léon Bernard. M. Bar, tout en estimant que la chose est rare montre que le nouveau-né peut naître tuberculeux.

A propos du céphalématome. — M. Potocki. — En général le céphalématome se résorbe spontanément; néanmoins quand il est très volumineux, l'indication d'une intervention a parfois lieu de se poser. Une ponction, faite d'une façon aseptique, n'expose pas à l'infection; d'autre part les hémorragies ne se produisent pas forcément. Une compression par bandelettes de caoutchouc met à l'abri d'un nouvel épanchement. M. Potocki cite quelques faits démonstratifs.

Installation d'actinothérapie dans une crèche d'hôpital. — MM. J. Renault et Biamani.

Election d'un membre titulaire dans la 2e section (chirurgie et accouchement). — M. Couvelaire est nommé par 46 voix contre 8 à M. Demelin, 7 à M. Brindeau, 2 à M. Potocki, 1 à M. Guéniot.

22 mars 1926.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Luxation externe totale de l'articulation de Lisfranc. Résultat fonctionnel satisfaisant malgré l'absence de réduction. — M. Lenormant rapporte cette observation de M. Plisson (du Val-de-Grâce), concernant un soldat qui, après une chute de 5 mètres, présenta le type le plus fréquent des luxations tarso-métatarsiennes, c'est-à-dire la variété dorso-latérale externe totale. Deux tentatives de réduction ayant déjà échoué, M. Plisson s'abstient de toute intervention sanglante et se contente de conseiller le port d'une chaussure spéciale évitant les frottements sur la saillie du premier cunéiforme. Très bonne adaptation fonctionnelle; le blessé marche convenablement malgré la déformation visible.

Dystocie par kyste dermoïde pelvien. Opération césarienne et ablation du kyste. Guérison. — M. Lenormant relate cette observation de M. Marmasse (d'Orléans). Il s'agissait selon toute vraisemblance d'une tumeur congénitale de la base du ligament large.

Torsion intra-abdominale de la trompe saine. — M. Auvray analyse cette intéressante observation de MM. Rocher et Jeanneney (de Bordeaux) concernant une fillette de 13 ans 1/2, récemment réglée pour la première fois, et qui présentait des crises abdominales à répétition ayant fait songer à une appendicite. Toutefois, le toucher rectal permet de percevoir, à droite, une masse du volume d'une petite mandarine, dure et douloureuse. L'intervention montre qu'il s'agissait d'un hématosalpinx avec torsion de la trompe.

Hystérectomie fundique avec conservation partielle de l'ovaire. — M. Lecène rapporte cette observation de M. P. Papin (de Bordeaux) et précise les indications de l'hystérectomie fundique.

Occlusion duodéno-pylorique aiguë avec dilatation gastrique monstrueuse. — M. Jean (de Toulon) communique cette observation personnelle; la mort survint très vite après l'opération, qui consiste en ponction de l'estomac suivie de gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay.

A propos de l'ostéosynthèse. — M. Thiéry déclare que les observations présentées par M. Lambotte n'ont pas modifié son opinion : celle-ci reste plutôt défavorable à l'intervention sanglante.

Un cas d'arthroplastie du poignet. — M. Lenormant communique cette observation personnelle, expose la technique qu'il a suivie et indique comment, à son sens, cette technique pourrait être améliorée.

(*10 mars*). J. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 mars 1926.

Le syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens. — MM. Georges Guillain, Th. Alajouanine et Raymond Garcin rapportent des paralysies des douze nerfs craniens du côté gauche, paralysies ne s'étant accompagnées d'aucun symptôme moteur ou sensitif des membres. La radiographie de face, de profil et en position de Stenvers montra de grosses lésions basilaires unilatérales avec disparition de la selle turcique et des 2/3 antérieurs du rocher. L'autopsie permit de reconnaître un sarcome myxoïde diffus de l'hémibase cranienne gauche.

Les auteurs insistent sur l'intérêt sémiologique des différentes variétés des syndromes cliniques réalisés par les paralysies multiples unilatérales des nerfs craniens. Ces syndromes peuvent être schematisés ainsi :

1° Syndrome de la paroi externe du sinus caverneux (Foix) caractérisé par une ophtalmoplégie unilatérale progressive avec douleur de l'ophtalmique ;

2° Syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal, caractérisé par une névralgie unilatérale du trijumeau avec ophtalmoplégie totale et amaurose ;

3° Syndrome de la face interne du rocher, se traduisant par l'atteinte du facial, du nerf cochléaire et du nerf vestibulaire, syndrome de début de nombre de cas de tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux ;

4° Syndrome du trou déchiré postérieur avec atteinte du IX, X, XI, syndrome du carrefour condylo-déchiré postérieur avec atteinte surajoutée de l'hypoglosse;

5° Syndrome global tel que celui présenté dans cette communication et qui dans quelques cas analogues paraît être spécialement conditionné par des tumeurs osseuses unilatérales extensives. Ce syndrome global réalise la synthèse de tous les syndromes partiels précédemment décrits.

Réaction de Dick. — M. Lesné et Mlle Dreyfus-Sée avec la collaboration de Mlles Le Bouedec et Legrand ont recherché la réaction de Dick chez 76 enfants. Ils ont employé trois toxines différentes.

Deux de ces toxines leur ont fourni des réactions souvent en discordance avec l'expérience clinique (Dick + chez des enfants convalescents de scarlatine). Par contre, la troisième toxine, préparée par M. Zœller paraît donner des résultats satisfaisants dans l'ensemble avec pourtant quelques réserves (quelques réactions négatives dès le début de la scarlatine ou positives après le trentième jour.

Ils insistent sur la difficulté de préparation et de dilution de la toxine ; la quasi impossibilité d'obtenir des produits de valeur fixe et égale.

A l'heure actuelle la réaction de Dick, intéressante au point de vue biologique, n'est pas encore susceptible d'applications pratiques et ne permet pas de conclusions étiologiques.

La rose bengale dans l'exploration fonctionnelle du foie. — MM. Noël Fiessinger et Henry Walter, après avoir fixé une nouvelle technique d'exploration du foie au rose bengale, technique dont le caractère pratique facilite la vulgarisation, montrent que le taux rétentionnel de ce colorant permet d'évaluer le rendement fonctionnel de l'organe. Ils classent les faits observés suivant les taux rétentionnels. Les taux bas correspondent au fonctionnement normal, les taux élevés aux maladies intéressant la constitution anatomique, et la fonction de l'organe. Si on suit l'évolution des taux rétentionnels de rose au cours des cirrhoses, on voit qu'ils varient notablement en rapport avec les signes d'aggravation ou d'amélioration que l'on constate. Les auteurs ont dans quelques cas étudié en parallèle le mode de fonctionnement pigmentaire, glycogénique ou protéique, ce dernier jugé par le coefficient ammoniacal corrigé, qu'ils ont décrit avec Ch.-O. Guillaumin. Dans certaines cirrhoses il y a synergie fonctionnelle, dans d'autres la synergie est sinon complète, du moins remarquable. La méthode du rose bengale constitue un très important progrès ; ce n'est pas encore la perfection car, à des taux égaux, certaines affections présentent des pronostics et des évolutions dissemblables. Mais des observations rapportées montrent qu'on peut en tirer certains enseignements diagnostiques ou même pronostiques souvent précieux, surtout si on pratique cette exploration à intervalles réguliers chez les mêmes sujets.

Septicémie veineuse et phlébite thoraco-cervicale au cours d'un cancer de l'ovaire. — MM. Merklen, Foncin et Adnot rapportent l'observation d'une femme qui vint à l'hôpital pour un double hydrothorax avec ascite. Etat fébrile continu. Peu à peu s'installèrent des signes de stase dans le système cave supérieur.

Le diagnostic fut hésitant jusqu'au jour où l'on perçut le long des deux jugulaires des gonflements douloureux qui répondaient à des thromboses et permirent de rapporter la gêne de la circulation en retour à une oblitération veineuse. La température, jointe à l'absence de toute cause de compression des vaisseaux, fit porter le diagnostic de septicémie veineuse, et la prédominance des accidents pleuraux conduisit à parler de forme séreuse de la maladie. La malade mourut d'une embolie pulmonaire.

L'autopsie confirma le diagnostic, mais montra de plus un cancer de l'ovaire droit qui avait évolué de façon tout à fait latente. Il s'agissait en définitive d'une infection veineuse chez une néoplasique, comme il est

fréquent, mais remarquable ici par la localisation insolite de la phlébite qu'expliquait le processus septicémique.

Rhumatisme chronique tuberculeux. Inoculation positive du liquide d'hydarthrose. — MM. P. Harvier, J. Rachet et A. Lemaire. — Un homme de 40 ans fait une première crise rhumatismale à dix-sept ans, une seconde à trente-six ans, toutes deux passagères. A trente-sept ans troisième crise, évoluant depuis trois ans. On constate des lésions de rhumatisme chronique des épaules, des poignets (avec participation des gaines synoviales) des genoux, des tibio-tarsiennes. Les radiographies mettent en évidence d'indiscutables lésions ostéo-articulaires, en particulier au niveau des poignets et des genoux. L'évolution se fait par poussées subintrantes, légèrement fébriles. Au cours d'une de ces poussées, localisée à l'un des genoux, la ponction a ramené un liquide citrin, à formule polynucléaire, dont l'inoculation a tuberculisé le cobaye.

Dystrophies et dyschromies du système pileux dans le goitre exophtalmique et hyperthyroïdisme expérimental. — MM. P. Sainton et J. Peynet. — Les troubles du système pileux chez les Basedowiens consistent en :

1° Chute du système pileux au pubis et aux aisselles ;

2° Alopécie en plaques d'aspect péladique ;

3° Canitie habituellement par plaques ;

4° Décoloration en aires du système pileux dans différentes régions du corps coexistant ou non avec le vitiligo.

Les auteurs rapprochent les faits cliniques de certains faits expérimentaux observés chez les gallinacées et montrent une poule adulte chez laquelle un hyperthyroïdisme intensif a amené la chute des plumes et leur blanchiment, celui-ci commençant par l'extrémité de la penne.

Cyanose paroxystique par atrésie tricuspidienne. — M. J. Cathala et Mlle Tisserand. — Un enfant de 4 mois succombe en dix heures à une crise de cyanose paroxystique, avec l'aspect du syndrome toxique et asphyxique de la grippe maligne. L'examen anatomique met en évidence une malformation congénitale caractérisée par : 1° l'atrésie de la valvule tricuspide ; 2° une dilatation monstrueuse de l'oreillette droite ; 3° une communication interauriculaire ; 4° un développement rudimentaire du ventricule droit sans communication interventriculaire. Le brusque déséquilibre circulatoire semble le résultat d'un spasme au niveau de l'anneau auriculo-ventriculaire atrésié.

Syndrome de Raynaud. Pressions veineuses et capillaires. Action de l'histamine et de l'acétylcholine. — MM. Maurice Villaret et L. Justin-Besançon présentent une malade atteinte d'un syndrome de Raynaud et qu'ils ont suivie depuis plus d'un an. La maladie évolue depuis quinze ans par crises paroxystiques et s'accompagne depuis deux ans de troubles trophiques rigoureusement symétriques. L'étiologie de ce syndrome est discutable = W. négatif, glycémie à 1 gr. 48, rôle nul du traitement spécifique (bismuthique et arsenical).

Les recherches des auteurs ont porté sur le traitement du syndrome.

L'injection de B-amidazol-éthylamine (qui dilate les capillaires) exaspère immédiatement les troubles circulatoires périphériques et les douleurs, même en injectant un mélange d'adrénaline et d'histamine.

L'acétycholine, corps utilisé jusqu'ici uniquement par les physiologistes, dilatateur des artères et constricteur des capillaires, fait cesser net les douleurs et l'asphyxie locale, après une injection de 1 à 5 milligrammes. La pression artérielle tombe brusquement chez la malade sans modification parallèle de la pression veineuse. L'effet dure plusieurs heures.

Dans un but thérapeutique, l'acétylcholine est donc indiquée dans les crises paroxystiques. Ce corps mérite de plus d'être utilisé, ainsi que l'histamime, comme test pour le diagnostic du syndrome de Raynaud.

Sur le mode de guérison d'une septicémie à staphylocoque. — MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon et René Fauvert présentent un malade guéri depuis quatre mois d'une septicémie à staphylocoque. Ce malade, tuberculeux pulmonaire et porteur d'une filariose, a présenté une septicémie à staphylocoques avec localisations articulaires et musculaires multiples n'évoluant jamais vers la suppuration et ayant duré cinq mois pendant lesquels la température a oscillé entre 38 et 40. L'échec des différents traitements tentés et prolongés pendant un temps suffisant a été complet : l'auto-hémothérapie, les sels d'étain, l'électrargol, le cyanure de mercure, la trypaflavine, les autovaccins, les différents stocks vaccins, l'hydroxyde de bismuth, n'ont donné absolument aucun résultat. Cinq mois après le début des accidents, un abcès de fixation se constitue spontanément à la face interne de la cuisse. En quatre jours cet abcès se collecte et est incisé. Aussitôt la température retombe à 37 ; l'état général du malade s'améliore très rapidement.

L'auto-intoxication phénolique et sa diurèse compensatrice. — MM. L.-M. Binet, A. Mathieu de Fossey et R. Goiffon.

CORRESPONDANCE

La vaccination antityphoïdique voie buccale ou sous-cutanée ?

Dans mon village où la fièvre typhoïde est très fréquente, j'ai pu recueillir quelques observations intéressantes sur les deux modes de vaccination.

Je mets en parallèle l'exemple de deux familles :

1° Famille de dix personnes, dont deux âgées, venant de pays exempt de fièvre typhoïde.

Trois semaines après l'arrivée, les trois plus jeunes filles (sur cinq) sont atteintes de fièvre typhoïde.

Elles sont soignées par leur mère et leurs deux sœurs ; milieu pauvre ; promiscuité ; manque de possibilités de prophylaxie. Je fais vacciner les trois fils (de 20 à 30 ans) par voie buccale (vaccin bilié).

Je vaccine les deux filles qui soignent les malades par voie sous-cutanée (vaccin iodé, 3 injections). Une semaine après la troisième injection l'une des vaccinées présente les premiers symptômes de fièvre typhoïde : fatigue, céphalée, anorexie, langue suburrale, température 38°. Ces malaises durent trois jours, et tout rentre dans l'ordre.

Depuis trois ans pas de nouveau cas.

2° Famille de six personnes : père, mère, quatre enfants jeunes.

En janvier 1925, l'aîné (8 ans) est atteint de fièvre typhoïde. Toute la famille, sauf le plus jeune en nourrice, absorbe du vaccin bilié.

Quatre mois après, la mère a une typhoïde légère (sérodiagnostic positif au 1/250e).

En août, la fillette revenue de nourrice (2 ans) a la fièvre typhoïde.

Puis une autre fille de quatre ans, et le père contractent la maladie. Formes graves ; le père meurt d'hémorragie intestinale.

Le seul enfant indemne de la famille (6 ans) est alors vacciné par voie sous-cutanée.

Il n'a rien eu depuis six mois.

Il est juste de dire que c'était un milieu surinfecté avec absence totale de précautions.

Je crois néanmoins que la vaccination buccale ne donne qu'une fausse sécurité.

Dr F. Conil (de Roquevaire).

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique chirurgicale, par P. Lecène, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, et R. Leriche, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg. Ouvrage complet en 3 volumes. *Vient de paraître : Tome III :* **Abdomen et organes génito-urinaires**, par P. Lecène. (Un vol. in-8° de 646 pages.) Broché, 50 francs ; relié toile, 60 francs. Masson et Cie, Edit.).

Ouvrage d'un type entièrement nouveau, la « Thérapeutique Chirurgicale » de Lecène et Leriche élimine délibérément la technique proprement dite, qui encombrait les anciens traités, et met au premier plan la *discussion des indications thérapeutiques*. Le volume actuellement paru, écrit tout entier de la main de Lecène, porte à chaque page la forte empreinte de l'auteur. Exposées avec une méthode et une logique irréprochables, les questions les plus complexes trouvent leur solution judicieuse, la solution du bon sens, trop souvent oubliée de nos jours. Tous les praticiens doivent posséder dans leur bibliothèque le livre de Lecène. J. L.

Tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires, par MM. E. Sorrel, *Chirurgien des Hôpitaux de Paris, Chirurgien en chef de l'Hôpital Maritime de Berck* et André Delahaye, *Chirurgien assistant de l'Hôpital Maritime de Berck*. Soixante-seize fig. Norbert Maloine, édit. (*Les Petits Précis* de M. A. Cantonnet.)

Dans les adénites non suppurées, les auteurs conseillent l'extirpation comme le procédé de choix. Si le ganglion est suppuré, les auteurs conseillent la ponction aseptique sans injection consécutive. Les ganglions suppurées, les grosses masses ganglionnaires doivent être enlevées. Dans ces préceptes apparaît le retour à des interventions chirurgicales contre lesquelles s'était avec tant de force élevé M. Calot.

La Chirurgie infantile, par M. André Martin, *Chirurgien des hôpitaux de Paris*, 24 fig. « *Les Petits Précis* » de M. A. Cantonnet. Norbert Maloine, édit.

Les formes morbides les plus fréquemment observées et les indications opératoires sont exposées par M. André Martin. Comme les autres auteurs des *Petits Précis*, il a observé les conditions de développement technique qui lui étaient offertes et ne s'est pas engagé dans des considérations qui s'écartaient de l'esprit de la publication. Petit livre bien conçu et directement utile.

Oto-rhino-laryngogie, par M. Baldenweck, *oto-rhino-laryngoliste des hôpitaux*. « *Les Petits Précis* » de M. A. Cantonnet. Norbert Maloine, édit., 78 fig., 1 vol. 185 pages.

Beaucoup de figures dans ce petit livre où M. Baldenweck a ramassé sa compétence dans des pages pratiques et présentées dans une forme concise et claire.

La Chimie du bismuth, par M. Pierre Lemay, *Docteur de l'Université*. — Un volume in-18. Prix : 8 francs. Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Editeur.

La chimie du bismuth est en général négligée. C'est pour obvier à cette lacune que M. Pierre Lemay a écrit ce livre riche en détails techniques.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Firsinger
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades. M. P. Lereboullet.

Les syndromes spermo-paralytiques de l'enfance.

Les encéphalopathies infantiles

Dans une dernière leçon, je vous ai parlé de la forme typique de la maladie de Little, liée à une lésion discrète de l'encéphale, et constituant un syndrome uniquement moteur, avec une démarche spéciale, ne s'accompagnant pas de manifestations intellectuelles ni de crises convulsives, n'atteignant que peu les membres supérieurs, et ayant tendance à s'améliorer à la longue. Je vous ai présenté deux malades porteurs de ce type de la maladie de Little à tendance curable et localisée aux membres inférieurs.

Il y a des cas plus accentués, avec manifestations cérébrales, convulsions, altérations psychiques troubles au niveau des membres supérieurs, mais entre les cas les plus simples et les plus complexes on rencontre tous les intermédiaires, si bien qu'il est impossible d'établir une distinction tranchée entre ces faits et la maladie de Little proprement dite.

La théorie uniciste qui décrit un syndrome de Little, commun à tous les faits, doit être actuellement admise, mais il faut reconnaître l'existence, chez certains malades, du type spécial, mieux défini, décrit par Brissaud sous le nom de maladie de Little.

Voici un fait de transition entre ces derniers cas et les encéphalopathies vraies.

Cette enfant est née à terme ; l'accouchement a été normal, sans forceps. Elle n'a jamais eu de maladie sauf une entérite grave à l'âge de 3 mois. La mère est bien portante, n'a jamais eu de fausse-couche et ne présente aucun signe de spécificité.

L'enfant n'a jamais marché. Elle présente actuellement, d'une part, des manifestations du côté des membres inférieurs et des membres supérieurs, et, d'autre part, des manifestations cérébrales. L'enfant, soutenue par une aide, a une démarche typique de digitigrade et de gallinacé, avec les genoux qui se cognent, les jambes qui s'écartent, les pieds reposant sur leurs pointes, le corps se dandinant à droite et à gauche ; le mot de syndrome de Little s'impose pour définir cette démarche.

Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont vifs, le signe de Babinski est positif. La lésion du faisceau pyramidal n'est pas douteuse. Il y a de la rigidité, de la spasmodicité, toutefois sans trépidation spinale.

Mais il y a chez cette malade nombre de symptômes qui la séparent des sujets atteints de maladie de Little pure.

Au membre supérieur droit, on note un symptôme spécial : ce sont des mouvements lents, un peu désordonnés, dits en tentacules de poulpe, qui sont caractéristiques de l'*athétose*. Il y a, en outre, une *hypotonie musculaire* extrêmement accentuée du membre supérieur droit, rappelant l'hypotonie de l'hémiplégie spasmodique infantile.

Les réflexes du membre supérieur sont exagérés du côté droit, à peu près normaux du côté gauche.

Eh bien, ceci semble démontrer qu'il y a chez cette enfant une hémiplégie bilatérale. Le Pr Hutinel et M. Babonneix ont insisté sur la difficulté de différencier le syndrome de Little avec paraplégie par moindre développement ou lésion du faisceau pyramidal, et l'hémiplégie bilatérale par double lésion cérébrale.

Ici, il faut porter le diagnostic d'*hémiplégie bilatérale*, avec prédominance des phénomènes hémiplégiques sur le côté droit.

Par conséquent, l'examen des membres inférieurs nous fait dire : syndrome de Little. L'examen des membres supérieurs nous fait conclure : hémiplégie bilatérale avec athétose du côté droit. Nous arrivons au diagnostic complet d'hémiplégie spasmodique infantile prédominant sur le côté droit, associée à une hémiplégie moins accentuée du côté gauche, les symptômes portant surtout sur les membres inférieurs.

Ce diagnostic comporte un examen complémentaire du côté de la face et du cerveau.

Au niveau de la face, nous constatons du strabisme et un certain degré d'instabilité oculaire et de nystagmus vertical.

Du point de vue cérébral, cette enfant présente manifestement un certain degré d'arriération et de débilité mentales. Elle n'a pas de phénomènes convulsifs.

Il y a donc ici encéphalopathie infantile aux lésions vraisemblablement diffuses intéressant le cortex et la voie pyramidale des deux côtés. Les recherches de M. et Mme Vogt et de M. Lhermitte ont établi que les mouvements athétosiques sont sous la dépendance de lésions des corps striés. Il faut donc admettre ici une atteinte du striatum au moins d'un côté, qui témoigne de la diffusion des lésions.

Comme étiologie, on peut retenir peut-être une infection sous forme d'entérite du premier âge, mais avant tout une cause anténatale, qui est vraisemblablement l'hérédospécificité, malgré l'absence de signes chez la mère.

Voilà, par conséquent, un cas de syndrome de Little intéressant pour lequel nous avons pu faire un diagnostic relativement complet, en le différenciant des faits que j'ai montrés dans la précédente leçon. Dans ceux-ci, la maladie semblait destinée à s'améliorer.

Au contraire, dans les cas semblables à ceux que je viens de montrer, on peut certainement, par le même traitement orthopédique et chirurgical, modifier le pied-bot et par suite la démarche, mais là s'arrête l'effort thérapeutique. Nous ne pouvons rien faire pour améliorer l'état cérébral.

La division faite par Brissaud reste donc vraie, au point de vue pronostic : il y a des cas curables, et des cas incurables ou du moins très difficilement améliorables.

***

Voici une autre malade, atteinte d'une forme d'encéphalopathie infantile qui peut servir de transition entre les faits d'encéphalopathie vraie, au sens neurologique du mot, et d'autres faits moins purs.

Germaine..., âgée de 32 mois, pèse 8 kilos. On l'amène à ma consultation parce qu'elle est arrêtée dans son développement. Elle n'a augmenté que de 150 grammes depuis l'âge d'un an.

La mère est inquiète du fait que son enfant ne cherche pas à ébaucher ses premiers pas. Son intelligence ne s'éveille pas. Cependant l'enfant est née à terme, pesant 3 kil. 500. Il n'y a aucune spécificité héréditaire connue.

Lorsque nous avons examiné l'enfant, nous avons été frappé de l'excès de volume de la tête. Les modifications de volume du crâne sont souvent un symptôme significatif de l'hérédospécificité. On peut observer ou la tête trop grosse, par hydrocéphalie, ou la tête trop petite, la microcéphalie par synostose prématurée des os craniens, celle-ci ayant plutôt un plus fâcheux pronostic.

Cette enfant a donc la tête volumineuse. De plus, le visage est sans expression, les yeux, le facies, ont l'aspect mongolien. Le thorax présente une ébauche de déformation en entonnoir. On constate d'autres déformations indiquant que l'enfant avait probablement présenté du rachitisme léger : l'abdomen est un peu volumineux ; le foie et la rate sont augmentés de volume. Les membres inférieurs sont grêles, on note une très grande laxité des ligaments du genou et de l'articulation tibio-tarsienne, due à l'hypotonie musculaire.

Nous ne constatons pas ici un syndrome d'encéphalopathie typique comme dans le cas précédent, nous ne trouvons pas en effet des modifications périphériques commandant un diagnostic anatomique de sclérose du faisceau pyramidal. Il n'y a pas actuellement d'exagération des réflexes. Le Babinski est en flexion.

La démarche très imparfaite n'est pas du tout comparable au Little pur et on ne peut parler ici de syndrome de Little.

Nous notons seulement un certain degré d'hypotonie des membres inférieurs, qui peut plaider en faveur d'une lésion organique mais qui est tout différent de l'état spasmodique des enfants atteints de Little pur. L'enfant se sert bien des membres supérieurs. Elle parle très peu, son intelligence paraît peu développée.

On peut, malgré ces différences, porter ici un diagnostic assez voisin du cas précédent, parce que cette enfant a manifestement de l'arriération intellectuelle ; elle ne parle pas, à 32 mois. Elle a un retard de la marche, car elle ne peut même pas se tenir debout. Ce retard, associé au retard de la parole et de la compréhension psychique, permet de conclure à une encéphalopathie infantile, liée à une hydrocéphalie du premier âge, sans symptômes moteurs secondaires. L'étrotopie hérédosyphilitique est au moins vraisemblable. Aussi avons-nous traité cette enfant par le sulfarsénol associé à une cure iodo-hydrargyrique par voie buccale. Sous l'influence de ce traitement, l'enfant s'est notablement améliorée sous le double point de vue physique et intellectuel, elle a pris l'aspect de la santé, elle comprend mieux, elle a une certaine tendance à marcher. On ne peut toutefois espérer une guérison.

Il est d'autres cas encore où l'encéphalopathie se traduit non seulement par des troubles intellectuels mais par des manifestations comitiales plus ou moins fréquentes. J'aurai l'occasion de vous en montrer.

***

Je voudrais en terminant vous présenter un cas complexe, où peut être discuté et rejeté le diagnostic d'encéphalopathie.

Cette enfant, actuellement dans le service du professeur Nobécourt, est née à terme à la suite d'un accouchement normal. Elle a été allaitée par une nourrice et a eu quelques troubles digestifs dans les premiers mois. Elle a eu ses premières

dents à 17 mois. Elle n'a jamais marché. Ses père et mère sont bien portants, mais la mère a fait une fausse couche à 3 mois. Cette enfant a toujours été chétive, c'est une hypotrophique. Elle a encore des troubles digestifs : anorexie, diarrhée fétide.

Son aspect général est chétif, vieillot, mais surtout elle présente des déformations osseuses du crâne et des membres, qui, au premier examen, la rapprochent de certains enfants atteints d'encéphalopathie avec arriération cérébrale et troubles de la marche.

Au crâne, on note un front surplombant, des bosses frontales énormes ; il y a également des bosses pariétales et les fontanelles sont entourées d'hyperostoses. Il y a un certain degré de craniotabes occipital. Les dents sont normales.

Le maxillaire supérieur est en prognathisme. La voûte palatine est ogivale.

On note un léger chapelet costal, un épaississement diaphysaire des os de l'avant-bras, et une ostéopathie hypertrophiante des doigts, sans que l'enfant ait jamais eu de manifestations pulmonaires.

Les os de la jambe présentant des déformations et des épaississements multiples, au point qu'on distingue mal leurs contours respectifs. Ils mériteraient à eux seuls une analyse détaillée.

Les jambes sont en partie rétractées et la marche est impossible.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang.

C'est là un cas complexe, rare, de déformations osseuses multiples qui est intéressant au point de vue du diagnostic différentiel des encéphalopathies infantiles. En effet, il ne s'agit pas à proprement parler d'encéphalopathie. C'est un cas dans lequel il y a des manifestations diverses du côté des membres, mais elles sont d'origine osseuse, non d'origine nerveuse.

C'est une enfant chez laquelle on trouve des lésions craniennes multiples, avec fontanelle non soudées, bosselures des os du crâne, dont le volume est notable, sans toutefois hydrocéphalie marquée. Les os de l'avant-bras sont hyperostosés. Sur les jambes les hyperostoses sont plus accentuées encore.

On peut parler de rachitisme cranien, et de rachitisme des os des membres, mais d'un type spécial de rachitisme dont la cause doit être recherchée avant tout, malgré le Bordet-Wassermann négatif, dans la syphilis héréditaire. C'est une forme particulière de syphilis osseuse.

Sans doute, ici le cerveau n'est pas normal, mais ce n'est pas lui qui commande les troubles notés du côté des membres et, malgré ces apparences au premier examen, il faut rejeter le diagnostic d'encéphalopathie infantile pour se rattacher à celui d'hypotrophie infantile avec malformations du crâne et des membres vraisemblablement hérédosyphilitiques. Le domaine des encéphalopathies infantiles est malheureusement assez vaste pour qu'on n'y fasse pas entrer les faits de cet ordre encore que le cerveau ne soit peut-être pas intact et ait pu jouer un certain rôle dans la production des dystrophies osseuses.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Hôpital Necker. — M. le Pr Legueu.

Indications fournies par la constante uréo-sécrétoire pour la prostatectomie et la néphrectomie.

La constante n'est ni erronée, ni inutile ; les déceptions incontestables auxquelles elle a donné lieu sont dues à une application excessive, c'est-à-dire qu'on lui a demandé des notions, des renseignements, des affirmations qu'elle ne peut fournir.

D'une façon générale, il n'y a pas un chiffre de constante et d'azotémie, si favorable soit-il, qui permette d'opérer avec sécurité. De même, il n'y a pas un chiffre, si élevé soit-il, de constante et d'azotémie, qui empêche d'opérer, peut-être même avec succès. Cependant il n'est pas indifférent d'avoir une constante élevée, mais à cet égard il convient de diviser les malades en deux catégories, deux types : le prostatique et le rénal.

Prenons le prostatique. Il s'agit de déterminer l'opportunité de l'opération. Considérons deux types de constante, l'une nettement favorable, aux environs de 0.080, pour un prostatique de 65 ans, avec une azotémie de 0.40. Ces chiffres sont certainement très favorables, et pourtant ils ne modifient en rien l'aléa opératoire, contrairement à ce que certains ont cru : ce sont là des illusions qu'il faut définitivement perdre.

Ces chiffres favorables, ayant permis l'opération, n'empêchent pas les individus de succomber par les reins et par azotémie. Ils n'autorisent pas à affirmer que ce danger n'existe pas. Du reste, on pourrait en dire autant des indications fournies par la sulfone ou par le bleu. Ces indications ne donnent qu'une sécurité relative. La constante favorable comporte une incertitude en ce qui concerne le fonctionnement du rein lui-même. Ce

n'est pas encore une difficulté. La difficulté commence lorsqu'on est en présence de chiffres très élevés ; par exemple, pour un malade de 65 ans, avec une azotémie de 0.85, une constante de 0.170. C'est une constante nettement défavorable. Or, les faits montrent qu'avec des chiffres également élevés les uns sont morts et les autres ont guéri. Voici des cas de guérisons et de morts avec :

GUÉRISONS		MORTS	
Azotémie	Constante	Azotémie	Constante
0.80	0.152	0.47	0.180
0.69	0.194	1.11	0.160
0.47	0.203	0.44	0.170
0.87	0.329	0.42	0.124
0.52	0.193	0.87	0.106
etc.		etc.	

Malgré ces résultats, la constante n'est pas insignifiante. Les dangers de mort sont proportionnels à son élévation et dépendent encore d'autres facteurs. On ne peut pas réduire les phénomènes de la biologie à un chiffre. Le sujet présentant cette mauvaise constante est-il vieux ou assez jeune, a-t-il une très grosse prostate, un pouls intermittent, etc. ? Le traumatisme de l'opération, du reste, peut être largement diminué en adoptant la méthode en deux temps. On commence par une cystostomie, qui améliore la situation. Mais il faut se méfier. Il arrive que le fonctionnement défectueux des reins est tellement amélioré qu'on croit pouvoir opérer immédiatement. Ce serait une faute. Il faut obtenir la consolidation de cette amélioration apportée aux reins. Si en dix jours l'azotémie est tombée de 0.85 à 0.27, par exemple, résultat que donne souvent la cystostomie, il ne faut pas opérer tout de suite. C'est une réduction fragile. Il faut attendre que l'amélioration ait duré et se soit maintenue pendant longtemps. C'est dans ces circonstances qu'on peut recourir quelquefois à cette nouvelle épreuve, l'étude de la fragilité rénale par le choc provoqué. Quand on se trouve à la veille de faire la prostatectomie et qu'on hésite, parce que les conditions sont mauvaises, on peut essayer de faire un choc de l'organisme moins grave qu'une opération, par une injection de sérum glucosé à 300 pour mille dans le sang. Cette injection donne un peu de fièvre, une sorte de maladie temporaire. S'il n'y a pas de modification appréciable de l'azotémie, on doit conclure à une certaine stabilité. S'il y a une élévation très sensible de l'azotémie, on doit craindre les effets du choc opératoire et parfois renoncer à l'opération. Sans doute, cette épreuve ne peut pas trancher le pronostic opératoire, mais elle fournit des renseignements utiles sur le fonctionnement rénal.

En général, pour les prostatiques, la gravité de la prostatectomie est en proportion directe de l'élévation de l'azotémie et de la constante. Mais on ne peut pas refuser systématiquement l'opération ; elle peut réussir dans des conditions considérées comme défavorables.

En présence d'un individu qui va subir une néphrectomie, c'est une question un peu différente, parce que le fonctionnement rénal va être directement intéressé.

Prenons les cas où la constante est favorable, au-dessous de 0.100. Le cathétérisme urétéral peut corriger les incertitudes de la constante en ce qui concerne la valeur du côté sain. Quand on n'a pas ce cathétérisme, on peut hésiter, car la constante peut être bonne avec des lésions bilatérales, mais en présence d'un rein très malade, on peut, à la lumière d'une constante, réformer des erreurs de diagnostic et par suite donner la guérison.

Un malade avait une cystite tuberculeuse, avec contaminations périphériques, fistules tuberculeuses au périnée, au rectum, etc., depuis huit à douze ans. On ne s'était pas préoccupé des reins. Or, la radiographie montra une atrophie du rein droit ; la constante était favorable. Il avait une cystite tuberculeuse, donc une tuberculose rénale. Etant donné la constante, elle était unilatérale. L'ablation du rein droit tuberculeux amena la guérison. Ce malade mourut cinq ou six ans après. D'autres malades avaient subi des interventions diverses, on les croyait perdus. La constante permit de conclure à une tuberculose unilatérale, et la néphrectomie les sauva.

On peut avoir des résultats contradictoires avec des chiffres égaux :

GUÉRISONS		MORTS	
Azotémie	Constante	Azotémie	Constante
0.54	0.214	0.75	0.175
0.40	0.196	0.93	0.155
0.71	0.200	0.68	0.170

Que conclure ? Les idées courantes sur la constante ne sont peut-être pas très justes. Si on a un chiffre de constante énorme, dit-on, il faut s'abstenir, l'opération ne réussira pas. Or on voit qu'avec des chiffres très élevés de constante on

peut obtenir des guérisons. Il n'en reste pas moins vrai que la gravité de la néphrectomie est en raison directe de l'élévation de la constante, parce qu'elle modifie la constante, tandis que la prostatectomie ne touche pas directement aux reins.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Pr HARTMANN.

Abcès froid de la paroi thoracique.

Cette malade, âgée de 32 ans, a ressenti depuis un an environ quelques douleurs mal localisées, et a présenté une grosseur au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. On voit au-dessous de l'angle de l'omoplate, et un peu en dedans, une tuméfaction allongée dans le sens vertical, un peu plus large à sa partie inférieure qu'à sa partie supérieure, et occupant une hauteur de quatre bons travers de doigts. Au niveau de cette tuméfaction, la peau ne présente aucune altération.

A la palpation on a une sensation de fluctuation manifeste. Par conséquent, il s'agit bien évidemment d'une collection liquide, probablement d'un abcès. Etant donné l'absence de tout phénomène inflammatoire, on doit dire : abcès froid.

Quand on se trouve en présence d'une collection siégeant au niveau de la paroi thoracique (ou au voisinage de la paroi abdominale), il y a une chose qu'on doit toujours rechercher : cette tumeur est-elle ou n'est-elle pas réductible ? Chez cette malade, quand on maintient une pression soutenue sur la collection, on la sent qui disparaît complètement. Toute saillie fait maintenant défaut.

Cette tuméfaction est donc complètement réductible. Ceci est important. On peut en conclure qu'il existe une autre poche d'abcès à l'intérieur du thorax, et qu'on a fait repasser le liquide de la poche extérieure dans la poche intérieure.

Cette constatation permet de dire que cette malade a un abcès froid en bissac, avec une poche intra-thoracique et une poche extra-thoracique.

En outre, il faut regarder si cette tuméfaction augmente de volume quand on fait augmenter la pression à l'intérieur du thorax. Quand la malade tousse, la tuméfaction augmente manifestement. C'est ici d'une netteté qu'on voit rarement.

Il reste à déterminer le point de départ de la collection. Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un abcès froid de la paroi thoracique, on doit penser à la possibilité d'une lésion costale, car c'est la cause la plus fréquente. Pour cela, il ne faut pas compter sur une radiographie (la radiographie des côtes ne montre pas grand'chose) mais on doit rechercher s'il existe un point douloureux à la pression sur une côte. Chez cette malade, cette recherche a été faite ; on ne lui trouve pas de point douloureux costal. Les abcès froids de la paroi thoracique ont aussi pour point de départ une lésion tuberculeuse de la plèvre. Ce qui est intéressant, c'est qu'on voit quelquefois des malades qui font un épanchement séreux dans la plèvre et un abcès en dehors : l'épanchement est séreux, alors que la collection extérieure est suppurée.

CLINIQUE MÉDICALE

Comparaison entre une forme de pérityphlite et l'appendicite suppurée rétrocæcale.

Par M. le Dr CONZETTE.

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

La pérityphlite chassée pendant longtemps par l'appendicite a retrouvé droit de cité. De nombreux auteurs ont démontré son existence pièces en mains. BÉRARD et VIGNARD, dans leur magistral traité de l'appendicite, pensent qu'elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, que souvent elle reste à un stade que le traitement médical suffit à combattre.

La typhlite simple, si bien décrite par le Pr DAMASCHINO, est d'un diagnostic assez aisé. Il n'en est pas de même de la pérityphlite dont les réactions inflammatoires se fondent si bien avec celles de l'appendicite qu'il est rare qu'on les reconnaisse.

Comme l'appendicite, elle peut s'étaler en plastron dans la fosse iliaque, ou bien, remontant derrière le cæcum, elle forme une tuméfaction ascendante analogue à celle de l'appendicite suppurée rétro-cæcale. Dans ce cas appendice et cæcum peuvent être pris simultanément et l'appendicectomie s'impose. Si le cæcum seul est atteint le traitement médical doit intervenir, d'où l'utilité de distinguer ces deux affections.

Nous rapportons deux observations qui, sans prétendre trancher la difficulté, pourront peut-être contribuer à l'éclaircir.

Observation I. — Mme S... est âgée de 36 ans. Il y a douze ans elle a eu une fièvre typhoïde. A part cette maladie sa santé a toujours été bonne.

Constipation habituelle. Elle va à la selle presque tous les jours, mais insuffisamment, et très souvent sous forme de billes.

Le 20 décembre 1920 elle éprouva quelques malaises abdominaux dans l'après-midi, sans localisation. Le soir elle mangea peu. A 21 heures elle ressentit subitement dans l'hypochondre droit une douleur violente ; s'irradiant en dehors, à maximum bien localisé au-dessous des dernières fausses côtes. Elle s'accompagna de nausées et de plusieurs vomissements bilieux.

Le 22 au matin, la douleur persiste, intense. Au palper elle est particulièrement vive au-dessous des fausses côtes droites. Elle s'irradie en dehors et en arrière dans la région rénale.

La pression sur la vésicule biliaire est indolore, et peu douloureuse sur l'appendice.

Léger subictère de la peau et des conjonctives.

Urines rouges, translucides, nettement bilieuses.

Application de glace sur le côté droit du ventre et diète complète.

Temp. matin 38°, S. 38°5.

A 17 heures la douleur présente les mêmes caractères que la veille avec maximum sous les fausses côtes. L'appendice est plus douloureux que le jour précédent mais la douleur est moins vive que sous le rebord des fausses côtes.

Empâtement profond siégeant à égale distance de l'appendice et des fausses côtes.

24-25. Même état. T. m. 37°9. S. 37°9.

26. L'état général reste bon. La douleur a diminué, l'empâtement s'est étendu. La pression au centre, entre l'appendice et les fausses côtes, provoque une douleur assez vive.

Pas de selles depuis le début. La malade rend quelques gaz.

Pas d'albumine, pas de pigments biliaires. Bilirubine assez abondante.

La température reste stationnaire.

27. La température s'élève : 38°6 le matin, 38°9 le soir.

L'empâtement remonte vers le foie.

28. La température est de 38°9 le matin.

Il n'existe pas de douleur spontanée, mais au palper une douleur assez vive au centre de l'empâtement qui s'étend de l'appendice jusqu'au-dessous des dernières fausses côtes, en dehors jusqu'à la limite du flanc droit et en dedans jusqu'à la ligne médiane. Profondément elle s'enfonce vers le rein. Elle ne suit pas les mouvements du diaphragme et elle ne présente pas de ballottement par le palper bimanuel.

Elle fait une légère voussure à la surface du ventre et présente une zone de matité dans la partie moyenne du flanc droit.

On donne le soir un 1/3 de lavement qui provoque une vraie débâcle.

T. m. 38°9. — S. 39°.

23. L'empâtement a diminué de moitié, mais au palper il persiste à la partie supérieure et externe de la fosse iliaque.

T. m. 38°. — S. 39°.

30. Excellent état général. L'empâtement à sa partie inférieure a presque complètement disparu.

Au palper on perçoit le cæcum et la partie inférieure du côlon ascendant, légèrement mobile, en forme de boudin.

T. m. 37°4. — S. 38°3.

31. Nouveau lavement qui provoque une selle encore abondante.

La partie inférieure de l'empâtement fond de plus en plus. Il persiste à la partie supérieure et externe du flanc droit qui reste sensible au palper.

1er janvier 1921. L'amélioration se poursuit.

T. m. 37°4. — S. 37°7.

5. Empâtement et sensibilité ont disparu. On commence les potages et le lendemain la purée de pommes de terre.

La guérison s'affirme les jours suivants.

Depuis cet accident Madame S.... n'a éprouvé aucun trouble abdominal.

Observation II. — Mme Schu..... est âgée de 64 ans. Elle a eu cinq enfants. Couches et suites de couches normales.

Elle n'a jamais eu de maladie grave. Depuis longtemps elle a de la dyspepsie et une constipation opiniâtre. Elle ne peut évacuer qu'à l'aide de laxatifs.

Il y a une quinzaine de jours elle ressentit dans le ventre des douleurs semblables à des brûlures puis ces douleurs disparurent au bout de trois jours.

Le 17 janvier 1921, elle éprouve une vive douleur dans le côté droit à l'occasion d'une quinte de toux. La douleur s'irradie en dehors jusqu'à la région lombaire. Le soir il existe une douleur nette à la pression dans l'hypochondre droit, entre le point de Mac-Burney et les fausses côtes. Ni nausées, ni vomissements.

La douleur vive à la pression provoque de la défense musculaire qui empêche le palper profond.

Applications de glace. Dière hydrique.

24. La douleur est la même.

Au palper on constate une masse très nette sous la paroi abdominale, dans le flanc droit. Elle commence au-dessus d'une ligne réunissant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure et elle remonte jusqu'au-dessous du foie dont elle est séparée toutefois par une zone de sonorité. Elle ne suit pas les mouvements respiratoires. Pas de ballottement au palper bimanuel.

Sonorité au-devant de l'empâtement.

T. m. 38°5. — S, 39°.

Etat général satisfaisant.

Traitement : 1/2 lavement.

25. Selle abondante après le lavement. L'extrémité inférieure de l'empâtement a disparu. On ne perçoit plus que la partie supérieure logée au-dessous du foie.

La palpation reste douloureuse.

T. m. 37°7. — S. 38°. — Pouls 72.

Nouveau lavement.

26. La douleur spontanée a disparu mais à la pression elle persiste jusqu'à la zone appendiculaire.

La tuméfaction a encore diminué. Elle se laisse mieux délimiter et elle a la forme d'un gros boudin allongé de bas en haut.

Lavement.

27. Le lavement a produit une réaction douloureuse du côté de l'S iliaque, avec quelques nausées.

Le côté droit est resté silencieux.

Diminution encore accentuée du cylindre qui devient nettement mobile.

T. m. 37°4. — S. 37°3.

Huile de ricin : une cuillerée à café de 1/2 heure en 1/2 heure jusqu'à effet laxatif.

28. La purgation a produit sept selles liquides et glaireuses. L'empâtement n'existe plus qu'en haut, sous le foie et a une forme conique à sommet inférieur. La région sous-hépatique est encore sensible à la pression.

T. 37°4. — Pouls 64.

On commence l'alimentation avec de la purée, des pâtes, fruits-compotes.

4 février. Etat général excellent. La malade continue de s'alimenter de plus en plus.

Le boudin persiste avec sa forme conique à base sous-hépatique, il s'amincit en point d'exclamation jusqu'à la ligne ombilicale horizontale.

Examinons quatre symptômes prédominants dans ces observations :

1° *Le siège de la douleur.* — Dans la seconde observation la douleur est localisée dans la partie supérieure du flanc droit entre le point de Mac Burney et les fausses côtes.

Dans la première c'est immédiatement au-dessous des fausses côtes qu'elle est apparue d'emblée. Elle s'irradie en dehors et vers la région lombaire.

Il n'y a pas de sensibilité vésiculaire et pas de ballottement rénal.

L'appendice n'est pas vraiment douloureux.

2° *La rapidité d'apparition de l'empâtement.* — Chez nos deux malades il est apparu le lendemain du début. Chez la première la douleur a éclaté subitement, comme celle de l'appendicite. Chez la seconde quelques malaises intestinaux s'étaient manifestés une quinzaine de jours auparavant ; ce n'était qu'une alerte car tout était rentré dans l'ordre rapidement. Ce n'est qu'une douzaine de jours après que la douleur reparaît soudain et le lendemain on constate l'empâtement.

3° *Le siège de l'empâtement.* — Dans les deux observations il est situé au-dessus de la région appendiculaire, au-dessus de la ligne réunissant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Il s'étend rapidement vers le haut, jusqu'au-dessous du foie.

4° *Marche du processus régressif.* — Il a commencé par le bas dans les deux cas. La partie inférieure s'est résorbée rapidement. Sous le foie l'empâtement a duré plus longtemps. Mais avant qu'il ait disparu complètement, il a été facile, grâce à l'épaississement inflammatoire de leurs parois, de délimiter nettement le cæcum et le côlon ascendant redevenus mobiles et ayant la forme d'un point d'exclamation.

C'est avec l'appendicite suppurée rétro-cæcale que les formes de périty phlite ascendante peuvent être confondues.

Nous savons que l'appendicite rétro-cæcale n'est pas une rareté. D'après LAFFARGUE sa fréquence serait de 29 % Chez l'enfant ; d'après VALLÉE 40 %. Chez l'adulte LAFFORGUE a constaté un pourcentage de 9 %, TUFFIER et JEAUNE 16 % (1).

La périty phlite à type ascendant paraît moins fréquente. Depuis janvier 1921 nous avons vu un certain nombre d'appendicites et seulement deux ces de périty phlite ascendante.

Dans l'appendicite la douleur siège au point de Mac Burney, ou un peu au-dessus ou un peu en dehors ou en dedans, car l'appendice n'est pas épinglé d'une façon immuable au même point de la fosse iliaque, la douleur peut même siéger très bas quand il est descendu dans le petit bassin. Mais lorsqu'elle se trouve notablement au-dessus de la ligne ombilico-iliaque et surtout dans la région sous-hépatique, il ne faut admettre l'appendicite que sous bénéfice d'inventaire.

Nous avons vu la rapidité avec laquelle s'est produit l'empâtement chez nos deux malades. Dans l'appendicite rétro-cæcale ce n'est qu'au bout de plusieurs jours, trois au minimum, que l'empâtement se révèle. Encore est-il assez difficile au début de parvenir à le sentir, à cause de sa situation profonde, du ballonnement adbominal et de la douleur. Ces causes physiologiques à elles seules expliqueraient ce retard. Mais il est une cause anatomique qui renforce leur action.

ANCEL et CAVAILLON ont montré que le feuillet pariétal du péritoine tapisse la face postérieure de l'appendice, du cæcum et du côlon ascendant. L'appendice est accolé à la face postérieure de ces parties de l'intestin et maintenu contre elles comme par une gaine. Au bout de l'appendice se trouve un étroit couloir qui remonte le long de la face pos-

(1) BÉRARD et VIGNARD, l'*Appendicite*.

térieure du côlon ascendant. On conçoit que l'inflammation enfermée dans cette gaine qu'elle a épaissi et qui n'est en contact ni avec l'épiploon, ni avec l'intestin grêle, ne puisse former rapidement une masse perceptible. Le cæcum et le côlon ascendant, dira-t-on, sont aussi enveloppés par le péritoine, puisque le feuillet pariétal se réfléchit sur eux comme sur l'appendice, leur inflammation doit éprouver la même difficulté à se propager. Mais la surface de ces deux parties de l'intestin est autrement vaste que celle de l'appendice, et lorsque l'inflammation a traversé les tuniques de l'intestin et débordé sur le péritoine qui le recouvre, l'exsudat ne tarde pas à agglutiner les parties environnantes, intestin et épiploon, et à former un agglomérat plus ou moins considérable.

Le siège de l'empâtement a présenté aussi certaines particularités assez importantes. Très rapidement il a gagné la région sous-hépatique, il est monté au plafond. C'est là qu'il a élu domicile, qu'il s'est développé, il y est resté accroché et ce n'est que pas mal de temps après la résorption de l'empâtement initial de la fosse iliaque, qu'il s'est décidé à diminuer et à disparaître complètement.

Si l'appendice rétro-cæcal est long, il peut aussi produire une inflammation haut située. Comme elle est emprisonnée dans un couloir étroitet qu'elle gagne de proche en proche elle se propage plus lentement comme nous l'avons dit précédemment et ce n'est que tardivement qu'elle est capable de produire une masse perceptible à la palpation. Ce symptôme n'est pas caractéristique assurément, mais ajouté aux deux autres, il acquiert de la valeur.

Il n'y a pas eu ablation de l'appendice, par conséquent il est impossible d'affirmer qu'il n'était pas en cause. C'est une objection de valeur. Si les symptômes sur lesquels nous avons attiré l'attention ne suffisent pas à entraîner la conviction nous ajouterons qu'à la période de déclin le cæcum et le côlon ascendant se sont dessinés très nettement sous la forme de boudin dans les deux cas, ce qui ne s'observe pas d'ordinaire dans l'appendicite.

Nous invoquerons en outre les résultats thérapeutiques. Chez l'une et l'autre malade le lavement a produit une débâcle et la tuméfaction a diminué rapidement ; chez l'une d'elles l'huile de ricin prudemment administrée par cuillerées à café de 1/2 heure en 1/2 heure a achevé la liquidation.

Y a-t-il une conclusion pratique à tirer de ces quelques réflexions ? Nous ne nous le permettrons pas. Tout au plus sera-t-on autorisé à donner un lavement ordinaire quand on constatera une douleur siégeant au-dessus du Mac Burney accompagnée d'un empâtement haut situé (après avoir liminé la cholécystite et les diverses inflammations du carrefour sous-hépatique).

Comme une hirondelle ne fait pas le printemps, deux observations ne fixent pas la constance ni la valeur d'un symptôme. En attirant l'attention sur ce sujet, et c'est là notre seul but, nous espérons qu'un nombre suffisant de faits confirmera ou infirmera la valeur des symptômes décrits.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement du goitre exophtalmique.

Le goitre exophtalmique se trouve bien de toutes les médications recommandées avec confiance.

Après avoir signalé les résultats inconstants de l'hématothyroïdine et plus efficaces de la radiothérapie, P. Baufle (*Revue Médicale de la Franche-Comté* 15 *janvier* 1926, recommande l'emploi de la formule suivante dans laquelle il associe gardénal et quinine :

Salicylate d'ésérine.	deux dixièmes de milligrammes.
Gardénal.	
Extrait de jus-quiame.	ââ 0 gr. 02 (deux centigr.).
Valérianate de quinine	0 gr. 08

Pour 1 pilule ; en moyenne 5 pilules dans les vingt-quatre heures.

Cette formule n'est pas intangible et peut être modifiée au gré du médecin. C'est ainsi qu'on peut élever la dose d'ésérine si les phénomènes de sympathicotomie prédominent (tachycardie intense, éréthisme cardiaque, crises sudorales) ; ou la dose de gardénal chez les insomniques et les anxieux. On peut ajouter de l'extrait de digitale s'il existe des signes de défaillance cardiaque.

Les résultats de cette médication ont paru très favorables ; rapidement l'angoisse, la nervosité, le tremblement s'atténuent ou disparaissent. La tachycardie cède plus lentement ; le goitre et l'exophtalmie sont peu modifiés, au moins au début. Mais après deux semaines de traitement, les phénomènes subjectifs si pénibles de la maladie de Basedow ont presque disparu.

Cette médication, aux doses prescrites, n'a jamais déterminé de phénomènes d'intolérance ; pour cette raison, elle peut et doit être continuée longtemps (plusieurs mois, avec des interruptions de cinq à six jours). Il n'est d'ailleurs pas nécessaire d'insister sur ce point, car presque toutes les malades, satisfaites de l'amélioration obtenue, ont continué ou renouvelé d'elles-mêmes les pilules jusqu'à disparition des troubles.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La psychose maniaque dépressive.

La psychose maniaque dépressive est caractérisée par des accès soit d'excitation maniaque, soit de dépression mélancolique. Contre les deux stades M. H. CODET conseille (*Psychiatrie*, 1926, G. Doin) :

1° *Accès maniaque.* — Bains tièdes à 38° d'une ou plusieurs heures. Un bain de deux heures matin et soir calme en général bien. En plus, alitement, isolement, silence, régime lacté puis lacto-végétarien ; pas de vin, de thé, de café. Donner la potion :

Chloral hydraté	20 gr.
Bromure potassium	
Eau distillée	300 cc.

Une cuillerée à soupe trois fois par jour.

Chaque cuillerée contient 1 gramme de principe actif, soit 3 grammes de chaque par jour.

On ordonne encore le *véronal* ou le *gardénal*. Ce dernier est prescrit par M. CLAUDE aux doses de 0 gr. 02 ou 0 gr. 03 quatre à cinq fois par jour.

L'association *morphine* (5 milligr.), *scopolamine* (1/10 milligr.) est employée en injections hypodermiques. De même le *somnifène*. CODET conseille l'injection intra-veineuse (1 cc. par 10 kgr. de poids) Cette injection intra-veineuse est bien malaisée chez un sujet qui se débat.

2° *Accès mélancolique.* — Alitement dans le silence, espacement ou suppression des visites familiales. Régime lacto-végétarien ; très peu de viande. Laxatif quotidien : tous les matins une cuillerée à café de *sulfate de soude* ou de sel de *Seignette* dans un verre d'eau.

Gardénal par prises répétées de 2 centigr. (20 à 30 centigr. par jour). *Laudanum* à doses croissantes et décroissantes (XV à L gouttes). Le laudanum offre l'inconvénient de produire aisément des troubles digestifs. Le manque d'appétit survient avec la constipation. En cas d'insomnie, la potion de *chloral* et *bromure* pour le soir. Le traitement moral consiste à écouter avec patience et à rassurer avec douceur.

Entre les accès, il semble que l'usage du *gardénal* (10 centigr.), et aux premières manifestations du mal (30 centigr. par jour) ait pouvoir de prévenir parfois la crise (CODET).

CLINIQUE MÉDICALE

La cholécystographie.

La cholécystographie est un procédé qui permet de rendre la vésicule biliaire visible aux rayons X.

Cette méthode repose sur deux faits physiologiques : d'une part le pouvoir que possède le foie d'éliminer de façon élective certaines substances qui passent ainsi par les voies biliaires et s'accumulent dans la vésicule ; d'autre part le pouvoir de concentration du cholécyste. On conçoit ainsi que si un produit opaque aux rayons X et injecté dans la circulation est éliminé par les voies biliaires, il s'accumulera dans l'intervalle des repas dans la vésicule, s'y concentrera, la rendra opaque, et en permettra la « visualisation ».

C'est à GRAHAM et COLE que nous sommes redevables de cet important moyen de diagnostic. Au début ces auteurs utilisaient la tétrabromphénolphtaléine. On lui préfère actuellement la tétraiodophénolphtaléine ; si la toxicité de ce produit est égale, du moins sa forte teneur en iode et son poids atomique élevé lui donnent une opacité deux fois plus forte, qui permet ainsi l'utilisation de doses deux fois plus faibles qu'avec la tétrabrome.

L'administration du produit peut se faire de deux manières. *Par voie buccale* : on utilisera des pilules de phénolphtaléine tétraiodée dosées à 0 gr. 30 (1), enveloppées de kératine pour empêcher le contact du produit avec la muqueuse gastrique. Le malade prendra 15 à 18 pilules le soir au cours de son repas. Après le repas et jusqu'au moment du coucher, il est recommandé de boire assez abondamment. Le malade devra, jusqu'à la fin de l'examen ne consommer que des liquides à l'exclusion de bouillon et de lait.

Par voie intra-veineuse : on injectera 0 gr. 04 par kilogramme de poids. Le produit sera dissous extemporanément simplement dans l'eau comme le conseillent GOSSET et LOEWY (environ 50 cc.), stérilisé par ébullition (15 minutes au bain-marie), et injecté très lentement (5 minutes), en évitant tout contact avec le tissu cellulaire sous-cutané. Le malade devra être à jeun depuis au moins six

(1) Actuellement on peut se procurer ces produits en France avec facilité.

heures. On fera par exemple l'injection le matin de bonne heure, ou mieux la veille à la fin de l'après-midi, le malade restant alors à jeun, comme nous avons dit plus haut.

Les incidents qui suivent dans un quart des cas l'administration intra-veineuse, sont en général minimes, céphalées, nausées, malaises. La sensation de faiblesse avec baisse de la tension artérielle est exceptionnelle, et ne survient que si l'injection a été trop rapide (dans ce cas employer l'adrénaline). Par voie buccale, on ne note le plus souvent qu'une selle liquide le lendemain, plus rarement des nausées ou de la diarrhée.

Nous n'insisterons pas sur la technique radiographique en particulier qui est œuvre de spécialiste, et nous nous contenterons de donner l'*horaire de prise des clichés*.

La vésicule devient visible quatre à cinq heures après l'injection du produit, un peu plus tard après ingestion, atteint son maximum de visibilité entre douze et vingt-quatre heures, et reste visible jusqu'à son évacuation que produit le premier repas. De telle sorte que si l'on a introduit la tétraiode la veille, la radio sera faite le lendemain matin.

Sitôt qu'un bon cliché est obtenu, on fait prendre au malade un repas riche en graisses (par exemple le repas de Boyden, composé d'un mélange de crème et de jaune d'œuf), de façon à vider la vésicule, et une heure après on prend un nouveau cliché. L'épreuve est alors terminée et le malade peut s'alimenter.

Résultats. — Normalement sur les négatifs la vésicule apparaît comme une plage claire homogène, ovale ou piriforme. Une heure après le repas de graisse, l'image a considérablement diminué en surface, mais sa forme est restée la même. En deux à trois heures elle peut même disparaître complètement. Le repas de Boyden témoigne ainsi de la bonne élasticité des parois et du parfait fonctionnement de la vésicule.

Si l'image n'apparaît pas, c'est que la vésicule ne remplit plus son rôle de réservoir se remplissant dans l'intervalle des digestions : soit qu'elle soit bourrée de calculs au point de ne plus laisser de place suffisante au liquide pour l'opacifier, soit que le cholécyste soit atteint lui-même, cholécystite ancienne avec vésicule atrophique, à parois rétractées, à parois épaissies et cavité virtuelle, soit que le cystique soit bouché (par calcul le plus souvent).

Si l'image au lieu d'être homogène est semée de taches (« negative areas »), celles-ci correspondent à des calculs.

Si elle est irrégulière, déformée, il y a probablement des adhérences ; ces déformations apparaissent d'ailleurs parfois mieux quand la vésicule est vide, c'est-à-dire après le repas de Boyden.

Si après ce repas l'image n'a pas considérablement diminué de volume, c'est peut-être que le cystique est en partie oblitéré, ou mieux que la paroi a perdu son élasticité (atonie vésiculaire de Chiray).

Les vésicules peu nettes peuvent être interprétées comme des vésicules malades, à pouvoir de concentration réduit, mais l'interprétation de ces faits est délicate, et on se gardera d'être trop affirmatif, surtout si l'absorption s'est faite par voie buccale.

On aura parfois intérêt, comme l'ont conseillé Gosset et Loewy, à combiner la duodénographie à la cholécystographie en faisant des clichés pendant le passage duodénal d'un repas baryté ingéré sitôt après qu'on aura constaté une opacité satisfaisante de la vésicule.

Une épreuve négative c'est-à-dire l'absence de vésicule visible après la prise du produit, ne devra être interprétée comme telle qu'après injection intra-veineuse. Après simple ingestion buccale, on se méfiera de la possibilité de non absorption des pilules qu'on voit alors le plus souvent dans le côlon ; dans ces cas, ou après réponse douteuse (vésicule peu visible), on aurait recours à l'introduction veineuse. Mais dans l'immense majorité des cas on peut se contenter de la voie buccale.

Les deux voies d'introductions ont d'ailleurs leurs partisans. En Amérique nous ne citerons que Graham et Cole pour l'intra-veineuse, Whitaker et Milliken pour la voie buccale ; en France Tuffier et Nemours ont pratiqué l'intra-veineuse ; Gosset et Loewy qui ont étudié les deux techniques préfèrent l'injection. Chiray et Noël Fiessinger conseillent l'ingestion.

Dr Henry Walter.

***

Pour plus amples détails, consulter :

Gosset et Loewy. *La Presse Médicale*, 5 sept. 1925.

Chiray. *Soc. Méd. des Hôp*, 3, 28 janv. 1926.

L.-R. Whitaker. *Journ. of the Amer. Medic. Assoc.*, 23 janv. 1926.

E.-A. Graham and W.-H. Cole. *Journ. of the Amer. Medic. Assoc.*, 23 fév. 1924.

THÉRAPEUTIQUE QUOTIDIENNE

(*Suite et fin.*)

II

L'hygiène.

L'hygiène est physique ou morale. Dans les troubles mécaniques ou les lésions externes, elle est surtout physique ; quand le système nerveux se met de la partie, l'hygiène morale retrouve sa prééminence. Le repos et la diète comptent comme les principaux facteurs de l'hygiène physique ; la nécessité de l'adaptation constitue le grand précepte moral.

Nous n'insistons pas sur les différents conseils de l'hygiène physique dont la description sage occupe abondamment les livres didactiques. Les prescriptions de l'hygiène morale restent d'ordinaire l'objet d'une préoccupation moins éveillée ; les quelques notions vagues éparses de-ci, de-là, sont exposées sur un ton de généralités qui exclut l'efficacité des conseils nécessaires. Les efforts de l'Ecole de Psychologie avec à sa tête le Dr Berillon, ne sont pas encore parvenus à surmonter totalement les lacunes de ces oublis primordiaux.

L'unité mentale, si nécessaire à la préparation de l'action médicamenteuse, continue d'occuper le champ de la conscience ; elle maintient la volonté tendue vers la préoccupation unique, qui est l'espoir de la guérison. Mais pour que cette pensée dominatrice et exclusive ne soit pas détournée vers d'autres fins, ni affaiblie par le doute, il importe tout d'abord de ne laisser auprès du malade que des personnes qui partagent les mêmes désirs que lui et aspirent, dans une même communion de sentiment, au rétablissement de sa santé. C'est dire que les visites d'étrangers ou d'indifférents risquent de faire beaucoup de mal. Auprès du malade, ces gens sont moins poussés par la joie de prononcer des paroles de consolation qu'ils n'obéissent à la satisfaction de se faire plaisir à eux-mêmes. Leur amour-propre entre en ligne ; il entend se caresser à l'énoncé de nouvelles où se grandit l'importance de l'intéressé ; ce dernier a entendu parler de méthodes thérapeutiques neuves ; il garantit leur efficacité et s'étonne qu'elles n'aient point été appliquées dans le cas présent. Le malade écoute et la confiance dans son médecin subit, de ces propos, un ébranlement dont elle sortira hésitante et désabusée. Le bel avantage ! La foi sera anéantie dans l'esprit de celui qui avait besoin de cette source d'énergie pour rétablir ses fonctions désemparées. Ce danger qui se renouvelle constamment, il est bon que le médecin sache le prévoir, en y mettant ordre. Il interdira dans les maladies chroniques, les visites oiseuses. Elles ne traduisent guère leur passage que par un état d'inquiétude plus grande dans un esprit qui devait reposer en paix.

Cette inquiétude qui veille, en dépit des paroles de calme qui tendent à la rassurer, c'est elle qui crée le grand obstacle à l'acquisition de la qualité essentielle au malade : l'adaptation au présent en vue de la victoire prochaine. La victoire, chacun la désire, mais non pas au prix du consentement au désagrément de l'heure. Or, cette acceptation est indispensable. Le malade doit se dire que les incommodités, les malaises, les douleurs dont il est touché et dont il souffre ne s'inscrivent qu'à titre de misères passagères. La délivrance ne tardera pas. Et cela est vrai, de celui dont la maladie tourne dans le sens favorable et aussi du croyant qui s'appuie sur les bases d'une foi qui n'est pas discutée. Que d'échappées ouvertes au médecin pour introduire la lumière dans ces cœurs embrumés et sans espérance !

En assurant que les maladies les plus sévères ne sont pas soumises à la fatalité d'une aggravation inexorable, il ne formulera que des paroles d'encouragement parfaitement fondées. Les affections les plus sérieuses sont coupées de rémissions pendant lesquelles le ciel se débarrasse de toutes les nuées sombres. Des clartés radieuses resplendissent et celles-ci se prolongent. Pourquoi ce changement de sonorité dans le rythme de la maladie ? Tout simplement parce que l'organisme a su lutter et que, d'autre part, il s'adapte. Cette adaptation morbide, les ouvrages classiques n'en parlent guère. Elle est de toute importance. Un tuberculeux s'adapte à sa lésion pulmonaire, un rénal à la filtration défectueuse de son rein, un cardiaque à la contractilité défectueuse de son myocarde, un porteur de pouls lent au ralentissement incroyable de son pouls. La maladie ne fait plus de progrès. Elle est devenue stationnaire. Le patient profite de ces répits pour ajuster ses fonctions organiques au vêtement morbide qui les recouvre et qui pour l'heure arrête l'usure progressive dont il était menacé. Pour le moral du malade, cette connaissance d'une adaptation morbide est un moyen sûr de lui remonter le courage.

D'ailleurs, autour de lui les exemples ne manquent pas. Que de sujets condamnés ont échappé aux rigueurs du verdict qui prévoyait leur fin ! Ce sont ces cures extraordinaires qu'il faut étaler dans l'éclat de leur démonstration. Le malade est crédule. Il ne demande pas mieux que de se

laisser convaincre. Alors même qu'il désespère, ces récits, quasi miraculeux touchent sa sensibilité. Il prononcera à part soi « un peut-être, quand même » dont le doute pèsera sur sa conviction dans l'incurabilité. Il ne croira pas encore à son rétablissement, mais le considérera comme moins impossible. Lueurs fugitives, dont il convient de s'emparer pour apporter quelque clarté dans les profondeurs de cette détresse.

Ajoutons la part d'inconnu qui entre dans l'évolution de la maladie la plus étudiée. Parfois sont déjoués les pronostics les plus noirs. Leur certitude semblait solidement assise. L'avenir se complaît à donner un croc-en-jambe aux assertions qui se tenaient le mieux d'aplomb. Pourquoi ne pas se saisir de ce voile d'inconnu qui couvre au moins en partie les risques des éventualités fâcheuses ? En étendant ses plis aux yeux du malade, on a chance d'apaiser le déchirement de son âme.

La supériorité des préceptes d'hygiène physique ou morale sur l'activité de nombre de drogues tient à ce que les premiers opèrent toujours sur l'ensemble de l'économie. Ils réalisent des actions de synthèse. En s'adressant soit à la nutrition par le régime alimentaire, soit au système mental par les conseils avisés, le médecin prend pied sur une position élevée, d'où il commande les pentes. Il voit de haut ; sauf dans les circonstances heureuses où la médication est causale, l'ordonnance des remèdes ne confère point un semblable privilège. Elle ne s'adresse qu'au redressement des symptômes, c'est-à-dire à une modification heureuse d'un détail morbide.

III

Le médicament.

Il est deux sortes de médicaments : ceux dont l'action est physique, ceux dont l'action est morale. Les premiers atteignent la cause de la maladie ou se contentent de s'attaquer à un symptôme. Hautes doses médicamenteuses pour les uns, ceux qui déracinent l'arbre tout entier, faibles doses pour les autres, ceux qui se contentent d'émonder certaines de ses branches. Nos lecteurs sont familiers à ces considérations qui règlent les grandes lignes de la thérapeutique.

Seulement, il est une autre catégorie de médicaments dont l'efficacité demeure plus problématique. Ils sont chargés de propriétés que l'expérience journalière ne confirme pas. Ou plutôt l'expérience n'en déclare la valeur qu'à une condition : que médecin et malade soient préalablement convaincus. La foi dans le remède lui confère les vertus qu'on en attend. Dirons-nous qu'une bonne moitié de la thérapeutique est régie par des traitements de cet ordre ? Les maladies chroniques incurables s'alignent sous les drapeaux de pareilles médications : tuberculose, cancer, affections organiques du système nerveux se voient soulagés passagèrement par n'importe quoi, pourvu que ce n'importe quoi soit ordonné par une autorité énergique et absolue. Notre regretté ami L. Renon comptait les journées d'amélioration que l'emploi de toute médication neuve procurait aux tuberculeux. La limite du mieux obtenu s'arrêtait d'ordinaire après le premier septénaire. Intervalle de temps qui peut être considérablement élargi si la confiance du médecin est totale dans la drogue qu'il prescrit. Le remède double alors le prestige de la nouveauté par la puissance d'affirmation qui le recommande. Cette dernière n'a jamais le droit de se laisser envahir par le moindre doute. Si au bout d'une quinzaine, le mieux promis ne se produit pas, mieux vaut ne pas s'obstiner avec l'arme ancienne. Le médecin en saisira une autre, dont il fera valoir les avantages. A coup sûr, où la première échouait, celle-ci réussira.

Dans toute maladie chronique, il importe de ne pas prescrire constamment la même médication ; à moins que cette dernière, comme la digitale dans les affections cardiaques, représente un agent spécifique qui ne peut être remplacé par aucun autre. Aussitôt que l'action thérapeutique est précaire, il faut multiplier le nombre des produits incertains. Ordonnés de dix en dix jours, et par séries qui se renouvellent, ils offrent cette supériorité de ne pas lasser la patience du malade tout en le maintenant dans une confiance qui ne fléchit pas. C'est pourquoi tout médecin doit être muni d'un arsenal de produits inoffensifs. Les vieilles tisanes de nos pères répondent à cette nécessité. En rappelant, en rajeunissant, en enrichissant leurs formules, notre ami le Dr A. Leclerc a rendu un grand service au praticien.

Si dans les maladies organiques, la confiance agit à la façon d'un stimulant salutaire, elle amène une guérison souvent remarquable dans un grand nombre de troubles d'ordre fonctionnel où le sympathique neuroglandulaire occupe les premiers plans. Dans la maladie de Basedow, que de médications efficaces ! Elles réussissent toutes, disait Debove. Certes, mais sous la réserve de l'autorité médicale qui en soutient la valeur. En pareille matière, le scepticisme expose à de fâcheux déboires. Le médecin doit croire à ses paroles ; s'il les prononce du bout des lèvres et

sans que le cœur y soit, le malade ne se laisse pas convaincre et le remède qu'il absorbe ne lui fait aucun bien. De même pour l'orchestre des gastro et des entéronévroses. Le régime alimentaire y joue sa partie ; mais pourvu qu'ils ne soient pas doués de vertus irritantes, que de remèdes y entrent avec les sonorités diverses de leur instrumentation !

Dans un médicament, il y a deux choses : ses propriétés d'abord et la personnalité du médecin ensuite. Et plus les propriétés du premier sont faibles, plus devront s'accroître les qualités du second. Jadis avec notre regretté maître HUCHARD, nous avions publié la thérapeutique en vingt médicaments. Il faudrait maintenant écrire la thérapeutique tout court et sans remèdes actifs. Les pilules de mie de pain, entre les mains qui en vantent les effets admirables, ont produit des résultats merveilleux.

Toujours et partout cette influence primordiale du médecin qui arrive à communiquer à des substances innocentes des propriétés thérapeutiques que sa volonté leur impose.

Tant qu'il y aura des malades, ce miracle continuera de se produire. Car ces malades auront un système nerveux qui, en dehors des médications actives, sera touché par mille suggestions heureuses. Le remède bien souvent n'apparaît qu'à la façon d'un introducteur. Il fait pénétrer la suggestion qui sans ce concours précieux, aurait risqué de se dissocier en formules inopérantes. Même avec la thérapeutique fonctionnelle, où le maniement des substances actives exige la prudence dans les doses et avec la thérapeutique causale où le monstre est abattu d'un seul coup, ces excitations morales ne sont point dénuées d'effets bienfaisants. Elles consolident la résistance, alors même que celle-ci s'est organisée déjà et voit ses bastions fortifiés et bétonnés avec les matériaux les plus solides des chantiers thérapeutiques.

C. F.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les doses massives de cultures fraîches de ferments lactiques dans le traitement des entérites.

Depuis les travaux de METCHNIKOFF, de nombreux auteurs ont conseillé l'emploi des ferments lactiques dans le traitement des entérites. Les premiers, H. TISSIER en 1905 et M. COHENDY en 1906, avaient conseillé les cultures de ferments lactiques pour renouveler la flore intestinale, et indiqué les grands avantages que l'on pourrait tirer de la généralisation de cette méthode.

Ayant remarqué la nécessité de l'emploi de fortes proportions de semence en pleine activité dans toutes les méthodes biologiques qui ont pour but d'imposer une flore microbienne déterminée à des substances organiques exposées aux contaminations (panification, vinification, fermentations industrielles diverses), M. BÉGUET (*Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie*, n° 3, 1925) a essayé systématiquement des doses massives de cultures fraîches de ferments lactiques, pour lutter contre la fermentation putride des déchets alimentaires, dans tous les syndromes intestinaux.

Cet auteur a utilisé des cultures pures très récentes, de vingt-quatre heures à quatre jours, de ferments lactiques en lait écrémé ou en bouillon végétal lactosé à des doses journalières de 200 à 800 grammes chez les nourrissons et de 500 à 1.500 grammes chez les adultes.

Il a préféré une culture pure d'un seul microbe aux préparations du genre Kéfir pour réaliser la plus grande masse de corps microbiens de la même espèce en pleine activité, plus aptes par conséquent à l'emporter par concurrence vitale.

Il a choisi un germe dont les cultures s'étaient montrées parfaitement atoxiques pendant plusieurs mois à des doses supérieures aux doses proposées, et dont le développement pouvait être facilement réalisé à la température moyenne de l'été en Algérie pour en permettre la multiplication familiale.

Ce traitement a été appliqué dans tous les syndromes intestinaux, en se basant surtout sur la fétidité des selles, aussi bien dans les entérites saisonnières des nourrissons ou les entérocolites des adultes que dans les syndromes putrides compliquant les infections intestinales spécifiques.

De cette pratique dans 552 cas BÉGUET montre qu'on peut sans danger en attendre les avantages suivants :

1° Atténuation rapide des fermentations intestinales nuisibles, désodorisation et régularisation des selles ;

2° Réduction au minimum de la diète, et reprise rapide de l'alimentation, même en lait ;

3° Action préventive chez les nourrissons, au cours de la saison chaude ou lors du sevrage.

L'application de ce traitement peut amener la guérison de la maladie lorsque le syndrome intestinal est seul en cause, et permet de soutenir le

malade par une alimentation suffisante quand ce syndrome n'en constitue qu'une complication.

Ces résultats permettent d'espérer que l'utilisation systématique de cette méthode amènera une diminution notable de la morbidité et de la mortalité infantiles par entérite surtout dans les pays chauds comme l'Algérie.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MEDECINE

Le taux de la cholestérine chez 80 hypertendus. — MM. Richard et Rœsch. — L'hypercholestérinémie est habituelle dans toutes les néphrites chroniques. Chez les grands hypertendus, la cholestérine atteint les chiffres de 2 gr. 10 à 2 gr. 50 et n'est pas proportionnelle aux chiffres de l'hypertension. On sait que le taux moyen de la cholestérinémie est de 1 gr. 20 à 1 gr. 50. De même elle n'est pas en rapport avec les taux de l'azotémie.

M. Marcel Labbé rappelle qu'il a organisé des recherches aboutissant aux mêmes conclusions. Tous les diabétiques graves ont de l'hypercholestérinémie.

La stérilisation des eaux potables par la chloramine. — M. Techoneyres et Mlle Billément. — Il suffit de doses infimes de chloramine sodique pour obtenir la stérilisation des eaux potables. Des quantités de 1 à 2 centigr. par litre suffisent pour stériliser des eaux très infectées.

Discussion du rapport de M. Jules Renault sur les mémoires et ouvrages envoyés à la Commission permanente de l'Hygiène de l'Enfance 1924-1925. — M. Nobécourt. — La loi Roussel n'est en général pas appliquée; les visites médicales sont insuffisamment rémunérées. Il faudrait remplacer le placement libre par le placement familial assisté.

L'Académie vote les conclusions du rapport de M. Jules Renault, renouvelle son vœu du placement familial surveillé et demande la surveillance médicale de tous les enfants protégés.

Le Président annonce la mort du Dr Jonnesco, de Bukarest, associé national.

30 mars 1926.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Le rôle de l'infection dans les ulcères gastriques et dans leurs complications. — M. Lecène admet un certain nombre de conclusions formulées par M. P. Duval, mais pense que certaines autres sont hypothétiques : le rôle de l'infection dans la pathogénie des ulcères peptiques post-opératoires est, en particulier, des plus discutables. C'est dans les perfectionnements de la technique opératoire qu'il faut chercher l'amélioration des résultats.

Un signe différentiel entre les synovites palmaires et les lipomes. — M. Auvray au nom de M. Chevalier (d'Alep) signale que l'application d'une vessie de glace durcit les lipomes et n'a pas d'action sur les synovites. Gosselin avait déjà fait mention de ce signe différentiel dans ses cliniques.

M. Thiéry rappelle que Richet avait proposé, dans le même but, des pulvérisations d'éther.

A propos des abcès intra-osseux. — M. Mocquot communique une observation personnelle concernant une femme de 46 ans, qui, dans l'espace de quelques années, fit une série de localisations sur différents os, sans jamais avoir eu d'ostéomyélite vraie dans son enfance. M. Mocquot intervint à deux reprises pour un petit abcès central de l'humérus d'abord, du fémur ensuite : les cultures révélèrent la présence d'un même staphylocoque citrin. La malade finit par succomber.

Un cas de cardiolyse. — M. Launay relate cette observation de M. Guillemain (de Nancy) : femme de 30 ans présentant des signes de symphyse cardiaque, avec troubles fonctionnels progressifs résistant à tout traitement médical; incision du péricarde et libération du cœur; soulagement temporaire; décès. M. Launay se demande si la thoracectomie extra-péricardique n'eût pas été moins grave.

Cancérisation du col après l'hystérectomie subtotale. — M. Cadenat analyse un travail de MM. Jeanneney et Chavannaz (de Bordeaux) sur la question. Il ne semble pas que le cancer du col soit plus fréquent chez les malades ayant subi une hystérectomie subtotale pour fibrome que chez des malades n'ayant jamais été opérées.

MM. Lecène, J.-L. Faure, Robineau, Duval, Dujarier, Lapointe, Wiart, Picot, Chevrier, Fredet, Alglave, Chifoliau, Bréchot prennent part à la discussion. Les uns préfèrent, quand ils hystérectomisent une malade pour fibrome, faire une subtotale; les autres, une totale.

Nouvel essai de bactériothérapie des tuberculoses chirurgicales par la paratuberculine du bacille de Johne. — M. L. Bazy expose les idées directrices qui l'ont conduit à appliquer cette nouvelle méthode thérapeutique, et déclare que les premiers résultats obtenus par lui sont des plus encourageants.

Les métastases du cancer du col utérin. — M. J.-L. Faure montre, par plusieurs observations personnelles, que la rareté des généralisations dans les cancers du col n'est peut-être pas aussi grande qu'on l'a cru pendant longtemps. Il semble que les métastases sont plus fréquentes chez les malades ayant subi une application de radium.

(*17 mars*). J. L.

SOCIÉTÉ MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mars 1926.

Ictère infectieux de nature et d'étiologie discutables, spirochétosique ou paratyphique. — MM. Bruhl et Ferru rapportent l'observation d'un malade atteint d'un ictère infectieux primitif, dont l'allure clinique faisait penser à la spirochétose ictérigène, avec quelques réserves. Le diagnostic semble confirmé par une séro-réaction nettement positive pour le spirochète de Inada et Ido, malgré l'échec des autres recherches de laboratoire. Sept cobayes, en effet, inoculés à divers stades de la maladie avec le sang ou les urines, sont morts tardivement, sans ictère, et sans spirochètes décélables dans les frottis de foie et de rate. Tous ont succombé à une septicémie causée par un bacille très voisin du paratyphique B, que l'hémoculture avait révélé dès le début dans le sang du malade, et qui fut agglutiné par le sérum au 23e jour.

Les auteurs rapprochent leur observation de celle communiquée récemment par Widal et Weissenbach, et insistent après eux, sur les difficultés qu'on peut éprouver à déterminer l'agent réel d'un ictère infectieux primitif. Si le séro-diagnostic à la valeur absolue qui lui est attribuée, on est conduit à se demander quel est, du spirochète ou du bacille apparemment associés, le véritable générateur de l'ictère, sans qu'il soit possible actuellement de préciser le rôle respectif de ces deux germes dans le tableau clinique de la maladie.

Sinistrocardie postérieure. — MM. Monier-Vinard et André Alibert. — Chez une malade de 48 ans le cœur n'est pas perçu en avant dans la région précordiale.

On le découvre dans la partie postérieure gauche du thorax.

Les examens radiologiques confirment les constatations cliniques : le cœur et son pédicule sont entièrement situés dans l'hémithorax gauche.

La pointe est déviée en arrière et le bord droit du cœur est tangent au bord gauche du rachis.

Il s'agit d'un cas rare de sinistrocardie postérieure par attraction, consécutive à des lésions pleuro-pulmonaires datant de l'enfance.

Recherches cliniques sur deux cas d'hémoglobinurie. — MM. P. Emile-Weil et Stieffel rapportent deux cas d'hémoglobinurie, survenue l'un au cours d'un purpura rhumatoïde, l'autre au cours d'une pneumococcie pulmonaire. Il s'agit donc de cas d'hémoglobinurie non paroxystique *a frigore*. Cependant dans ces deux cas, les résultats de l'épreuve de Donath et Landsteiner étaient positifs. Bien plus, quand la crise d'hémoglobinurie fut terminée et le malade apparemment guéri, on put en provoquer une crise nouvelle chez tous deux, soit par l'épreuve d'Ehrlich, soit par une sortie à l'air froid. Mais on put également chez un des ceux malades susciter des crises d'hémoglobinurie par l'injection intraveineuse de petites doses de novarsénobenzol.

A propos de ces deux cas, les auteurs critiquent l'autonomie de l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* qu'ils ne comprennent pas, brutalement séparée des autres maladies de l'hémolyse, puisque d'une part les mêmes lésions sanguines se voient dans des cas d'hémoglobinurie *a frigore* et dans ceux où le froid n'est pas le facteur causal, et puisque le froid agent physique d'hémolyse peut être remplacé par d'autres facteurs, chimiques par exemple.

Pour les auteurs, les cas d'hémoglobinurie sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit. Seulement de nombreux cas frustes restent méconnus, confondus avec les hématuries et les albuminuries. Ils insistent longuement sur ces cas d'albuminurie à minima et leur symptomatologie.

Mélanodermie des cirrhotiques. — MM. Lœper, Decourt et Ollivier. — La mélanodermie des cirrhotiques relève d'une interprétation semblable à celle de la pigmentation de la maladie d'Addison avec augmentation des soufres incomplètement oxydés dans le sang et la peau. La pigmentation cutanée est due non à du pigment ferrugineux, mais à de la mélanine.

M. de Massary. — Le pigment ferrugineux se localise dans la glande sudoripare et la mélanine infiltre la cellule de Malpighi.

Etiologie des oreillons. — M. Yves Kermorgant fait l'historique de ses recherches et démontre le rôle du spirochète dans l'étiologie de la maladie : il insiste surtout sur l'existence de formes filtrables de ces spirochètes permettant de classer ce virus parmi les virus filtrables. Il apporte le résultat des recherches que lui ont apporté certains biologistes et il montre l'intérêt du traitement arsenical des oreillons indiqué par lui qui commence à entrer avec succès dans la pratique.

Le coefficient de capacité vitale et la fonction cardiaque. — MM. A. Caussade, A.-C. Guillaume et M. Evrard ont étudié le coefficient de capacité vitale chez les cardio-pulmonaires. Ils ont constaté que le

coefficient de capacité vitale est très fortement abaissé chez les cardio-pulmonaires.

Sur un cas de rhumatisme polyarticulaire aigu (2e attaque) guéri par la médication salicylée (méthode modifiée) après échec de la méthode classique. — MM. G. CAUSSADE, André TARDIEU et Jean LACAPÈRE, dans un cas sévère de polyarthrite rhumatismale aiguë ont eu un échec avec la médication salicylée, administrée aux doses habituelles (8 et 6 gr.) suivant la technique classique (imprégnation continue). Malgré cette thérapeutique poursuivie régulièrement pendant sept jours, ils assistèrent à l'aggravation progressive de l'infection (douleurs et fluxions articulaires, sueurs profuses, hyperthermie, délire, prostation et ataxo-adynamie). Le salicylate de soude fut alors prescrit selon une technique modifiée (14 gr. en quatre prises, à une heure d'intervalle, renouvelés tous les quatre jours). Le lendemain de la première prise, chute de la fièvre de 39°2 à 37°2, localisation des douleurs à une articulation, disparition de l'état ataxo-adynamique, suppression de l'albuminurie. L'évolution ultérieure se marque par deux poussées fébriles, survenues au 15e et au 19e jour ; elles furent facilement jugulées par la même dose.

La convalescence fut longue, attestant de l'intensité de l'infection. Le salicylate de soude à hautes doses agit sur les fluxions articulaires et sur la fièvre ; mais ne supprime pas complètement l'imprégnation générale de l'organisme ; il est inefficace contre l'emprise cardiaque. L'albuminurie n'est pas une contre-indication formelle à la médication. Enfin, l'élimination, dans le cas actuel s'est faite en onze jours, ce qui démontre qu'avec cette méthode modifiée, aussi bien qu'avec la méthode classique, l'imprégnation salicylée demeure constante. Dans quelques cas, d'ailleurs, il y a intérêt à attendre la fin de l'élimination avant de reprendre le médicament.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des maladies infectieuses en clientèle (*In collection Comment guérir ?*) par MM. J. RIEUX, *Médecin principal, Professeur au Val-de-Grâce* et Ch. ZOELLER, *Médecin-major, Professeur agrégé au Val-de-Grâce.* — Norbert MALOINE, édit., 24 fig., 1 vol. 248 pages.

L'épidémiologie a été édifiée par deux sortes d'architectes : les médecins de campagne et les médecins de l'armée. Ces derniers trouvent dans la collectivité des régiments des éléments de travail qui leur ouvrent des horizons fructueux. Ils ont les malades sous la main, à l'âge favorable, celui qui expose le plus aux infections et les soignent dans le milieu où les conditions de prophylaxie sont le plus aisément réalisables. MM. J. RIEUX et Ch. ZOELLER, dans le champ de l'épidémiologie ont chacun à tour de rôle, ramassé de belles gerbes. Des recherches originales sont sorties de leur effort et parmi celle-là, soit pour la tuberculose, comme chez RIEUX, soit pour la diphtérie et le tétanos comme chez ZOELLER, l'œuvre s'est gravée en une empreinte profonde et qui ne s'effacera pas. Dans le volume actuel, nos deux confrères de l'armée ont inscrit les enseignements d'une longue expérience. Le livre est divisé en deux parties : d'une part la thérapeutique générale des maladies infectieuses et ensuite la thérapeutique spéciale. Tout est parfait, mais sur ce niveau où la critique se trouve déjouée par la rédaction soignée de chaque page, il est tel chapitre qui s'élève encore : ainsi celui sur le *rhumatisme articulaire aigu*. S'étant donnés pour tâche d'être complets dans la concision et pratiques dans le relief qu'ils assignent aux médications efficaces, MM. RIEUX et ZOELLER ont écrit le livre le mieux conçu dans l'esprit de nos lecteurs. Cet excellent ouvrage connaîtra un grand et légitime succès.

La Médecine de demain. *Science de la vie*, par M. le Dr E. LAPLANCHE. — O. DOIN, édit., 1 vol. 160 p. : 6 fr.

L'auteur a réuni dans ce volume une série de conférences faites pour le grand public. Mais M. E. LAPLANCHE, dans cette œuvre de vulgarisation, trouve moyen d'énoncer, en une bonne langue, qui gagnerait en certaines pages, à moins hausser le ton, trouve moyen d'intéresser à des conceptions larges, inspirées d'un bon esprit clinique. « La médecine, dit-il, ne saurait qu'aider la nature. » Comment l'aider si elle n'est pas comprise ? La philosophie et la science étudient l'esprit et la matière ; mais l'ensemble des deux est ordonné par la vie et de celle-ci, il y aurait lieu de s'occuper davantage. Que maintenant la science de la vie, comme le pense M. LAPLANCHE, ouvre un jour à l'humanité l'ère du bonheur et de la paix, cela c'est autre chose. Les instincts de la bête humaine sont toujours là. Tant que notre système neuro-glandulaire n'aura pas changé, la sauvagerie et la férocité de l'être primitif continueront de couver sous l'écorce des civilisations et aux jours de convulsions, la feront sauter comme une pellicule de matière cassante et ridiculement tenue.

Séméiologie biliaire, par M. le Dr G. PARTURIER, *ancien Interne des hôpitaux de Paris.* — G. DOIN, édit., 1 vol. 361 pages. Prix : 30 francs.

Une étude approfondie de la colique hépatique, avec les symptômes et toutes les difficultés du diagnostic compose la majeure partie de ce volume. Les recherches de laboratoire forment le complément de l'ouvrage. Très travaillé, celui-ci marque à chaque page l'expérience personnelle de M. PARTURIER. Tous les médecins suivront avec fruit l'auteur. Ils savaient que le diagnostic de la colique hépatique était parfois fort ardu. Beaucoup ignoraient qu'il le fût autant.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

PSYCHIATRIE

Asile Sainte-Anne. — M. le Pr Henri Claude.

Mysticisme et schizophrénie.

L'étude du mysticisme est certainement celle qui montre le mieux à quel point il peut être difficile de distinguer une idée délirante des manifestations normales de la pensée. L'idée délirante est une idée qui ne répond pas à la réalité ou à la vérité et cependant est affirmée comme l'expression de la vérité ou de la réalité. Selon Rogues de Fursac, c'est une idée fausse qui choque l'évidence. Mais il n'empêche que bien des idées délirantes de grandeur, de persécution, de ruine, de culpabilité sont discutables, l'erreur d'hier étant souvent la vérité de demain. La question est encore bien plus délicate, exigeant beaucoup de tact de la part du psychologue, s'il s'agit d'idées mystiques.

***

Les idées mystiques ne sauraient être considérées comme l'équivalent des idées religieuses. Alors que ces dernières sont relatives à la pratique et à la nature de la religion, les idées mystiques traduisent une tendance à la contemplation qui peut aller jusqu'à l'extase et porte le sujet à se considérer comme uni avec Dieu. Tout le monde sait qu'il existe un mysticisme religieux et un mysticisme non religieux, tel que social, politique, etc.

« Le mysticisme, dit Delacroix, est un approfondissement de la vie religieuse. Franchir la précision dogmatique, la particularité lithurgique, la servitude hiérarchique, transmuer des états d'âme puissants et confus, en grandes instructions dominatrices et dont le cours échappe à la volonté, les attitudes définies du simple croyant, éprouver une puissance supérieure dans l'empire qu'elle exerce et la clarté obscure où elle apparaît, se dépouiller de soi-même, non pas seulement dans le cadre empirique, mais de tout ce qui tend à enfermer dans le cadre de la personnalité l'expérience immense qui déborde la personnalité, tel a été toujours son programme. Obscurité, abstraction, passivité, ces trois mots peuvent le résumer. Une fuite dans la spiritualité pure, abstraite et nue, telle est la première apparence du mysticisme, au sein des religions complexes et savantes.

Mais ces grands états spirituels nous apparaissent le plus souvent engagés dans une gangue charnelle. L'extase, le ravissement retentissent sur le corps. L'intuition intellectuelle s'enveloppe d'une figuration : des visions, des révélations, la plupart imaginaires, au sens des théologiens, viennent l'expliciter ; des inspirations et des actes sortent de cette absorption confuse. Le mystique tout entier jusque dans sa chair est possédé par son Dieu. »

« Il y a un mysticisme abstrait et nu qui, dédaignant toute figuration sensible, tout objet, repousse toute réalisation matérielle. »

Les grands mystiques se détournent de tous les états statiques traduisant un défaut d'équilibre entre l'esprit et le sens, une surprise ou une révolte des sens. Ils s'évadent de la matérialité, ce sont des purs esprits, insensibles à la chair, mais *non séparés des réalités quand cela est nécessaire.* Saint-Jean de la Croix est considéré comme « l'exemple souverain d'une mystique dépouillée et nue. »

« Mais il est peu de mystiques qui se haussent à ce niveau ou qui y demeurent, une telle forme est presque un idéal et beaucoup de ceux-là même qui y prétendent, témoignent d'une spiritualité plus complexe où flottent des éléments moins subtils.

« Bien souvent, dit Delacroix, le mystique s'il est mystique d'expérience et non point de doctrine *réalise toujours une idée, l'idée qu'il se fait du divin* : ses états d'âme deviennent non point le symbole mais l'expression directe, l'immédiation de la présence divine, dans le jeu profond de ses sentiments et joue l'essence divine. La vie mystique est théophonie. »

« L'œuvre propre des mystiques, dit Leuba, a consisté à imprégner et à pratiquer des méthodes qui permettent de se donner le sentiment de la présence divine avec autant et même plus d'intensité que si elle se manifestait aux sens physiques. »

D'après dom Guilbert Battin, le monachisme bénédictin de Saint-Benoit, le mysticisme de Saint-Grégoire le Grand, de Saint-Bernard c'est la contemplation à son plus haut degré, l'espérance religieuse dans toute sa profondeur. Ce mysticisme serait pur de tout mélange de phénomènes pathologiques, distinct de ces ravissements, de ces extases que décriront plus tard tant de mystiques avec un grand luxe de convulsions, contractions, états hypnoïdes. Le mysticisme de Saint-Jean de la Croix est pur de tout diabolisme.

Delacroix appelle cette forme de mysticisme la *théopathie,* union intime et profonde avec Dieu qui n'abolit point la vie humaine.

Chez sainte Thérèse apparaissent déjà des éléments différents : « Son corps est le symbole de

son âme, plus qu'un symbole, le moyen de réaliser son âme. Elle a réalisé dans son corps, elle a formé, de tout son corps, la vie spirituelle où son âme était plongée ».

Sous le nom d'*union transformante* elle décrit les degrés divers d'union avec Dieu qui indiquent déjà des problèmes affectifs particuliers.

Dans la célèbre vision de l'ange au dard enflammé, la *transverbération*, on a vu l'expression d'un érotisme qui s'ignore, suivant l'expression de LEUBA.

Sainte-Catherine de Gênes traduit ses malaises et ses désordres physiques en termes spirituels, leur prête une portée morale et en tire parti pour s'initier à la vie spirituelle.

Il y a donc un mysticisme pur et un mysticisme teinté de phénomènes que les psychologues et les médecins ont tendance à rapprocher de certains troubles cénesthésiques, psychosensoriels, etc. Les idées mystiques, soit pures, soit teintées d'un appoint d'éléments physiques peuvent comme toutes les conceptions de l'esprit subir une déviation, une déformation, qui d'un caractère normal fait un caractère pathologique.

Je voudrais montrer la discrimination que l'on peut faire entre ces deux états, et indiquer qu'il y a peut-être des formes de passage de l'état dit normal à l'etat pathologique et rechercher à quel type morbide correspond cet état pathologique.

***

Voici une femme de 63 ans dont le mari quelque peu incroyant nous a raconté que sa femme, surtout depuis la guerre, ne quittait pas les églises, communiait chaque matin, revenait des offices, « l'esprit mis à l'envers par les sermons des curés », dormait la nuit avec des chapelets dans les mains, fréquentait, au lieu de travailler, toutes les églises de Paris, et faisait des pèlerinages un peu partout. Elle a toujours été très nerveuse, autoritaire, ne voulant pas que son fils se marie sous prétexte de tuberculose alors qu'en réalité elle le voulait voir prêtre. Depuis quelque temps elle parlait seule et quelques abus de rhum ne semblent pas avoir été étrangers à certains phénomènes d'exaltation psychique. C'est ainsi qu'elle ouvrait la fenêtre de son appartement et tenait à haute voix des discours tantôt à Dieu, tantôt aux passants.

Tout dans sa vie est marqué par l'intervention de Dieu qui est étroitement mêlé à son existence : Un désir ? Il l'exauce. C'est ainsi qu'on lui a offert un manteau qu'elle convoitait depuis longtemps. Si elle achète un objet qu'elle trouve trop cher, on le lui reprend aussitôt, « preuve que Dieu est avec elle ». Des interprétations nombreuses entretiennent cette femme dans sa conviction.

De plus, c'est Dieu qui lui communique son « esprit saint » afin qu'elle sache ce qu'elle doit dire, ce qu'elle doit écrire. Dès son enfance il en était ainsi. Dieu lui parle dans le cœur, lui envoie « des pensées du cœur ». Elle a des visions qui viennent du Très-Haut. Telles sont ses représentations mentales vives et ses hallucinations psychiques. Elle refuse de révéler ses communications divines. « Du reste, ajoute-t-elle, vous ne comprendriez pas »

Elle est allée à Lisieux en pèlerinage. La petite Thérèse l'inspirait, lui dictait ses paroles et lui faisait dire des mots qu'elle ne connaissait pas et cherchait dans les dictionnaires. Elle était conduite par une main invisible. On était étonné des lettres qu'elle écrivait : « C'est qu'elle priait la Sainte de l'inspirer ». Elle allait embrasser la statue de Thérèse et la remerciant, lui disait : « C'est toi qui m'a fait dire cela ». Elle a tendance à s'identifier avec la sœur Thérèse. Elle a été élevée au Carmel d'Amiens et se souvient avec délices de ses années d'enfance. Elle se dit la Carmélite en guenilles.

Tout cela ne va pas sans certaines idées de grandeur. On écrira l'histoire de sa vie. Elle a fait plus de bien dans le monde que si elle avait été religieuse. L'esprit saint parle par sa voix. Elle a conscience d'être bien supérieure à son milieu.

Elle a connu des phases d'extase au cours desquelles elle croyait s'évanouir au passage du Saint-Sacrement comme si quelque chose d'indéfinissable la pénétrait. Quand elle faisait sa prière devant le Saint-Sacrement ses yeux éblouis cessaient de voir. Ils s'éteignaient tant son amour était grand. Imprégnée à ce point de la Divinité, « pour un peu, dit-elle, elle serait tombée ».

Elle est toute simplicité, bonté et dans son élan vers Dieu, ses extases, son identification avec la Divinité et les Saints, on retrouve ce qui existe chez certains mystiques. Ce qui la rend comparable à eux et ce qui nous paraît très important à mettre en valeur, c'est que l'activité utile, l'activité pragmatique n'est pas du tout compromise chez elle et on peut dire de cette femme, nullement affaiblie au point de vue intellectuel et simplement excitée par quelques excès de rhum et de café, qu'elle a vécu comme les *fervents de la vie dévote*.

***

Il n'en est pas de même pour l'autre malade, présentant un état pathologique beaucoup plus accusé avec troubles de la conduite et réactions antisociales d'un caractère particulier.

Le 15 janvier 1926, R. Lucien, âgé de 22 ans, représentant de commerce, entre dans le service de la Clinique. C'est à la suite de troubles ayant débuté il y a environ un mois que sa famille se voit obligée de placer ce malade. Sans rien préjuger pour l'instant des motifs qui ont pu le déterminer, nous constatons qu'au début de janvier dernier, ce malade a fait une fugue et s'est rendu dans l'Allier où il a été trouvé pieds nus, à la recherche d'un prêtre pour se confesser. Le médecin qui l'a examiné et établi le certificat en vue de son internement avait été appelé par sa famille au mois de décembre dernier et avait remarqué chez Lucien les symptômes suivants : agitation motrice avec crises névropathiques, grimaces, tics, hurlements, refus d'aliments, mutisme intermittent, persévération des attitudes. Malgré ses conseils le malade n'a pas été interné à cette époque : sa famille ayant constaté peu de temps après la visite du médecin une amélioration relative de ces troubles divers.

Nous nous trouvons à son entrée dans le service en présence d'un jeune homme normalement constitué, s'exprimant avec aisance, paraissant avoir une assez bonne opinion de lui-même : s'il répond assez facilement à nos questions sur sa vie antérieure et sur les circonstances qui ont entraîné le début de sa maladie, il se montre par contre d'une part assez réticent sur la nature de certains de ces troubles, d'autre part assez embarrassé par le choix des mots destinés à traduire ce qu'il ressent. Malgré cette réticence et cette imprécision verbale nous arrivons facilement à reconstituer l'histoire de ce malade.

Rien de bien particulier ne marque son enfance, il s'est développé normalement. Il est arrivé après des études suffisantes à exercer sa profession de représentant de commerce qu'il remplissait avec succès avant son départ au régiment. Il nous fait cependant remarquer qu'il travaillait sans goût, sans intérêt. Il étudiait d'une façon automatique, « parce qu'il le fallait, sans que mon esprit soit fixé sur un but spécial. J'étais alors un véritable automate ». De caractère insouciant, plutôt gai, il était toujours indiscipliné, souvent le premier de sa classe au début de l'année il se trouvait être le dernier à la fin. Il insiste d'une façon toute particulière sur ce peu de goût pour les études.

Adolescent, il n'avait aucun but, aucune direction ; il ne paraissait pas avoir de sentiments très vifs envers les siens. « Je n'aimais pas beaucoup ma famille, nous dit-il, j'aimais mieux vivre seul, mener une vie indépendante. Mes distractions préférées ont toujours été de longues promenades solitaires avec mon chien, quelques rares sorties au théâtre et surtout le sport de la natation qui constitue à mes yeux un excellent repos moral, une détente après les multiples préoccupations quotidiennes. J'ai souvent retrouvé cette même sensation de bien-être au cours de mes promenades, car je pouvais alors à loisir réfléchir aux circonstances de la vie, à la vie elle-même, aux buts que je poursuivais, à l'idéal que je m'étais construit.

Cet idéal consistait surtout à m'élever au-dessus de la classe sociale dans laquelle je me trouvais. Il me fallait pour cela gagner beaucoup d'argent, et c'est ainsi que j'étais stimulé dans l'accomplissement de ma profession.

J'ai eu un moment l'idée de partir aux colonies pour fonder un Comptoir d'importation et d'exportation, puis j'ai renoncé à ce projet comme à beaucoup d'autres que j'ai formés par la suite. Parmi ces projets il en est un que je caressais à cette époque c'était celui de travailler suffisamment pour acquérir une situation qui me permette quand j'aurais 30 ans de me marier. Ce projet je l'ai abandonné également et à l'heure actuelle je ne pense nullement à me marier. J'ai fait mon service militaire sans autres faits saillants que quelques punitions pour des permissions irrégulières. Depuis mon retour du régiment, je cherche vainement un but dans ma vie. Je ne parviens pas à ressentir un intérêt suffisant qui me permette de diriger mon activité.

Le commerce des femmes m'a intéressé pour un temps mais je n'ai trouvé là que déboires (allusion à une blennorragie) et je me vois forcé d'avouer avoir eu par intervalles certains penchants pour l'homosexualité. Ces recherches homosexuelles avaient d'ailleurs une raison d'être : trouver une orientation, un but. Il fallait à tout prix combattre ce malaise de me sentir sans goût, indifférent. J'ai cherché ensuite un excitant dans les stupéfiants. Une seule pipe d'opium a suffi pour me dégoûter. »

A ce point le récit du malade touche plus spécialement notre sujet.

« Après ces essais infructueux, continue-t-il, je me suis plongé dans les études religieuses. Catholique j'ai fait ma première communion comme un automate sans attacher d'importance à cet acte, j'ai peu pratiqué par la suite et ce n'est que récemment que j'ai pensé trouver un réconfort dans ma religion. Je me suis mis à étudier d'une façon excessive les texte sacrés. J'ai eu tort de travailler seul, je me suis ainsi beaucoup fatigué et c'est ce qui m'a rendu malade. Je m'imposais des mortifications, des jeûnes pour tâcher de racheter des péchés auxquels j'accordais, je m'en rends compte maintenant, une importance exagérée. Ces pratiques excessives, ces lectures religieuses ont fini

par apporter des troubles dans ma pensée. J'ai commencé à ressentir un bien-être ineffable puis des influences étrangères se sont manifestées. Des jugements sur les personnes, sur les actes m'étaient imposés. Je ressentais ainsi deux influences contraires : celle du Bien et celle du Mal.

Je jugeais en même temps dans ces deux directions différentes. Il m'était donc impossible d'agir et j'étais soumis à une tension cérébrale intenable. C'est alors que j'entrai dans une période de stupeur. Je restais couché de longues heures, de longs jours, ne parlant pas, ne mangeant pas. La présence d'une personne à côté de moi me devenait importune, car elle me dérangeait dans mes préoccupations intimes. Je ressentais alors des courants électriques dans mon corps, je râlais et pensais mourir (8, 9 décembre 1925). C'est à cette époque que je fus visité par un médecin. Je poussais alors des cris inarticulés, faisais des grimaces, espérant ainsi extérioriser une force qui chasserait l'importun dont l'interrogatoire m'excédait.

Pendant cette période de crise j'ai eu des visions. J'ai vu le Christ, représenté en buste comme sur une médaille. Les objets familiers m'apparaissaient déformés. C'est ainsi que j'ai cru voir le diable à différentes reprises dans le feuillage d'un arbre.

J'éprouvais également un changement dans ma personnalité. J'ai voulu égaler et dépasser Dieu et c'est ce péché d'orgueil qui m'a causé tous ces troubles. J'ai eu la joie d'être en communication par la pensée avec la Divinité, mais le diable m'imposait aussitôt ses pensées. Ce sont deux aimants positif et négatif qui se trouvent en moi, me fatiguent et me troublent.

Après une courte période d'amélioration j'ai senti la nécessité de me mortifier et c'est ainsi que j'ai entrepris pieds nus le voyage de Moulins, choisissant de préférence le chemin le plus mauvais. »

En effet, il alla à Moulins sur la vue d'une étoile qui, dit-il, lui indiquait la route à suivre. Cette véritable marche à l'étoile le conduisit de Moulins dans un autre petit village où on le vit avec étonnement jeûner jusqu'à l'inanition, marcher pieds nus dans des chemins rocailleux, jusqu'au jour où sa famille prévenue dut venir le chercher.

Mais dans ce cas, on le voit, ces manifestations ont un caractère déficitaire au point de vue intellectuel et sont le couronnement d'un de ces états de dissociation de la personnalité qu'on appelle *schizophrénie*. Une première phase, toute remplie de troubles de la conduite, n'était qu'une phase préschizophrénique laquelle laisse apercevoir des analogies avec ce que Berze appelle l'*irritabilité aperceptive*. Dans la deuxième phase la perte de contact avec le réel est manifeste, l'indifférence affective, la médiocrité des constructions imaginatives, l'incapacité pragmatique, les idées délirantes à substratum mystique et à expressions calquées sur la forme mystique, tout plaide en faveur d'un état grave : l'état schizophrénique.

***

Il est vrai que chez les mystiques vrais, on rencontre, à l'état d'ébauche, et d'une manière plus nuancée, certains éléments de ces états morbides. C'est ainsi que Delacroix dit à propos de l'illusion de la métamorphose de l'âme mystique, sous l'action de la Divinité :

« Ce monde intime se substitue au monde réel et l'amortit ; en lui le mystique se plonge et se réfugie. (Nous disons autisme.) Par lui il échappe à la réalité inférieure : il se libère et se satisfait. A cet élan vers la vie qui ne peut se satisfaire puisqu'aucune matière digne de lui ne s'offre à lui, ces romans affectifs et organiques offrent le refuge de leurs symboles apaisants (refuge dans la maladie) ; ils lui construisent un monde où il peut s'épanouir : *ils lui permettent de s'évader du réel*. Par lui encore il se rassure et se justifie.

« ...Une telle réalisation est pleine d'utilité. Elle apporte des consolations, des *compensations*, des indications, une direction. Les desseins secrets du mystique lui reviennent extériorisés en images, en paroles, en impressions. (Nous dirions manifestations d'automatisme psychique.) Il se fait donner des conseils, des ordres ; il se guide lui-même sur les tressaillements de sa sensibilité (troubles cénesthésiques). Et quelle influence, quelle autorité dans les milieux complaisants ne lui confère point la possession d'un tel privilège ? Il n'est point seul à lire le divin dans sa propre expérience. Il s'impose par une telle puissance et se réfléchissant sur d'autres âmes, elle lui revient accrue. »

Combien de ces caractères ne se retrouvent-ils pas chez nos malades ?

Mais la distinction résulte de ce fait que chez ces derniers l'accord ne se fait pas entre l'ambiance, la vie extérieure et les idées. Ils ne parviennent pas à faire une *discrimination* judicieuse entre ce qui appartient à leur vie intérieure, leurs conceptions religieuses et la vie de société, d'où des actes qui attirent l'attention, des réactions qui choquent.

Enfin à cela s'ajoutent une pauvreté et un défaut

d'entraînement dans les idées et l'expression de la pensée.

De plus, chez le deuxième malade s'ajoutent des troubles psychiques : inaffectivité, haine, defaut du sens moral, déséquilibre, instabilité, ainsi que des accidents névrotiques (crises, excitation) et qui contrastent avec la vie calme, paisible, bien ordonnée et la pratique de toutes les vertus des vrais mystiques.

Ces manifestations empruntent à la pensée mystique certains de ces caractères mais n'en sont en somme qu'une *pâle contrefaçon*.

Il s'agit chez le deuxième malade en effet d'une véritable maladie mentale, d'un état schizomaniaque caractérisé dès l'enfance par des tendances schizoïdes qui se sont affirmées par les processus préschizophréniques, comparables à l'*hyperirritabilité aperceptive* (connaissance réflective) *de Berze, avec égocentricité exagérée et une certaine indifférence de ce qui est étranger au moi*.

Celui-ci finit par se réfugier dans un groupe d'idées ou de sentiments qui apportent une compensation et satisfont cette sorte d'*émancipation de l'intellect hors de l'affectivité* : d'où les élucubrations d'idées délirantes qui prennent leurs racines dans des idées vraies et des tendances justifiées.

Peu à peu le sujet exerçant un contrôle de moins en moins sévère, la censure ne laissant passer que des sentiments modifiés, la vie du malade est complètement perturbée. Il se confine dans ce monde imaginaire et n'accepte plus rien qui ne soit le reflet de son autisme.

A la phase schizomaniaque, des retours passagers du contact avec la réalité peuvent encore se produire mais au stade schizophrénique, la rupture est complète.

Le malade se présente comme un délirant dont le délire est bourré par un ensemble d'idées de nature mystique, mais en raison de l'insuffisance et même de la disparition de la critique, de la perte de toute charge affective, les idées délirantes mystiques n'ont plus qu'une coloration de plus en plus affaiblie, elles sont inconsistantes, incohérentes, la dégradation est complète.

Il n'en est pas moins intéressant de constater que les conceptions mystiques qui normalement évoluent sur un plan voisin de la schizoïdie, peuvent par une série d'états dégradés aboutir à une forme de schizophrénie analogue à celle qu'a illustrée le malade dont nous avons rapporté l'histoire.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Hôpital de la Pitié. — M. le Pr JEANNIN.

Des septicémies puerpérales.

Malgré tous nos efforts, les *septicémies puerpérales* ne sont pas entrées dans la légende, on en voit encore.

Au sens éthymologique, septicémie puerpérale signifie infection du sang par des germes venus de l'utérus ou des voies génitales ; ce terme paraît absolument synonyme de *bactériémie*. Mais cette définition présente plusieurs inconvénients : d'abord, s'il faut pour faire le diagnostic avoir constaté la présence des germes dans le sang, ce ne sera pas toujours facile à la ville, *à fortiori* à la campagne. D'autre part, alors même que ces recherches de laboratoire sont faites, on peut se buter à deux causes d'erreur : 1° les infections manifestement généralisées dans lesquelles le sang est stérile ; 2° les bactériémies, alors qu'il n'y a pas de septicémie : c'est le cas d'une infection locale ou d'une *pyohémie*.

Nous désignerons sous le nom de septicémies puerpérales l'ensemble des infections généralisées autres que la pyohémie.

L'*étiologie* comporte la notion du *germe* et celle du *terrain*. Les germes pathogènes capables de déclencher ou d'enfanter une septicémie puerpérale sont avant tout le *streptocoque* ; puis viennent le *staphylocoque doré*, le *gonocoque*, enfin la riche et multiple classe des *anaérobies*. Mais la notion dominante est l'état de virulence spéciale du microbe. A cet égard, la notion de provenance est capitale. Très virulent est le streptocoque provenant d'un foyer de pus vrai, d'un *phlegmon diffus*, par exemple. Il faut aussi mettre en cause la notion d'*épidémicité*. On sait que dans une agglomération, comme une Maternité, les infections qui commencent à éclater sont bénignes, mais elles passent d'une femme à une autre, et ces repiquages, au bout de quelques semaines, en font des infections très graves. C'est ce que nos pères appelaient le génie épidémique.

La septicémie peut frapper le sujet en apparence le plus sain, mais il y a souvent ce qu'on peut appeler un état de réceptivité ou de moindre résistance : avant tout, c'est le fait des grandes hémorragies, et cela se rencontre soit dans l'insertion vicieuse du placenta, soit dans l'avortement provoqué.

Dans le post-partum, la septicémie peut compliquer l'accouchement le plus normal ; il n'en

est pas moins vrai que les *infections amniotiques*, comme cause d'infection anaérobie, jouent ici un grand rôle.

De même, certaines graves dystocies y prédisposent spécialement.

Quant aux infections *post-abortum*, il faut incriminer les avortements sales. Il faut tenir compte encore de la perforation possible de l'utérus.

Au point de vue clinique, il est essentiel d'admettre deux types principaux : la septicémie primitive, et la septicémie secondaire.

La *septicémie primitive*, c'est le cas classique. L'utérus n'a été qu'une porte d'entrée pour l'infection. Il n'y a pas de signes locaux, pas de douleur utérine, pas d'empâtement, pas de lochies fétides. D'emblée, les symptômes sont généraux, et uniquement généraux.

Son *début* est extrêmement précoce. On la voit survenir, dans quelques cas, le soir même du jour de l'accouchement ou de l'avortement, dans les quelques heures après le contage. Ordinairement, cependant, elle n'est pas aussi précoce ; elle attend le deuxième jour, rarement le troisième, exceptionnellement le quatrième.

Ce début est parfois marqué d'un frisson, on a même dit d'un frisson solennel, avec claquement des dents.

La *température* monte très rapidement. Elle s'élève en quelques heures à un haut plateau où elle se tient, à 40°, quelquefois à 41° ou 42°. Cela dure deux ou trois jours, et la mort survient.

Parfois, elle décrit de faibles oscillations. Le *pouls* est très rapide, à 140, 150, mais en outre dépressible ; ce n'est pas le pouls rapide, mais plein, de certaines infections locales. Il devient irrégulier.

Il y a toujours une *polypnée* très marquée, 40, 50 et même 60 respirations par minute. Cette respiration extrêmement rapide reste très superficielle, ondulante, elle s'accompagne de battements des ailes du nez. C'est une dyspnée *sine materia*, c'est-à-dire sans lésions locales perceptibles à l'auscultation, sauf quelques râles des bases sans importance. Elle ne paraît même pas gêner les malades. Elles n'ont pas d'angoisse, elles causent volontiers, quoique malaisément.

Ces malades sont remarquables par leur pâleur grisâtre, leur facies grippé, les traits tirés, le nez pincé, les yeux excavés, les lèvres trémulentes, fuligineuses, la langue rôtie.

Elles ont de la céphalée, du délire ; c'est généralement un délire doux, avec une confusion mentale plutôt d'un type gai, souriante. Quelquefois, c'est la grande agitation, la manie puerpérale.

Le *foie* est gros, perceptible au-dessous des fausses côtes, sensible. Il y a du subictère.

L'*urine* est rare et foncée, rarement albumineuse.

La *rate* est toujours perceptible.

A l'*examen local*, on ne note rien de bien spécial. S'il y a des plaies périnéales, on voit qu'elles sont en voie de non cicatrisation, couvertes d'un enduit dans lequel le streptocoque cultive à l'état de pureté quelquefois.

Les *lochies* sont très souvent supprimées. D'après la théorie ancienne, c'est parce que les lochies se répandent dans le corps que l'infection se déclarerait.

La *montée laiteuse* est absente, ou bien avortant tout de suite. Il y a une théorie ancienne d'après laquelle le lait répandu dans le corps empoisonne.

Enfin on voit survenir l'incontinence des urines et des matières. Très souvent, ces malades sont atteintes d'une diarrhée fétide qui coule sous elle et les souille. Elles ont des soubresauts tendineux, des tremblements des extrémités, avec tendance à la cyanose. Après quelques heures de coma, la mort survient, au plus tard entre le cinquième et le dixième jour, très souvent après deux ou trois jours.

***

La seconde grande forme, c'est-à-dire la *septicémie secondaire*, succède à une infection locale ; le plus souvent une infection utérine, quelquefois une grosse infection ovarienne ou une autre infection.

Ici, il y a une phase d'endométrite ; l'utérus devient gros, mollasse, sensible, il laisse échapper un liquide purulent plus ou moins abondant. Quelquefois, il y a des phénomènes annexiels. Très souvent c'est à l'occasion d'un curettage que l'infection se généralise.

C'est vers le huitième ou dixième jour seulement que cette septicémie apparaît. Elle se caractérise essentiellement par l'aggravation progressive des symptômes correspondant à l'infection locale.

Dans d'autres cas, il y a une rémission momentanée, avant l'ascension progressive.

On voit peu à peu la transformation de l'état local en état général. L'évolution est donc beaucoup plus lente que dans la septicémie primitive. Elle dure souvent quatre à six semaines. Elle peut se terminer de trois façons différentes.

Ordinairement, par la *mort* : l'autopsie révèle très souvent une endocardite infectieuse.

Dans d'autres cas, elle se termine par une complication, une *phlébite*, etc., qui fixe l'infection en un point de l'organisme.

Parfois, elle *guérit*, mais cette guérison, presque toujours, n'arrive qu'après des semaines ; la malade arrive en convalescence éreintée, amaigrie, couverte d'escarres et d'abcès.

Très souvent ces malades ont d'*apparentes localisations* ; de vagues arthrites, de vagues cellulites avec légère rénitence des culs-de-sac, de vagues péritonites, de vagues phlébites. Ce sont en réalité de simples essaimages microbiens. On voit des éruptions cutanées de différentes formes, notamment la scarlatinoïde puerpérale, l'érysipèle qui est parfois gigantesque.

***

A côté de ces deux formes typiques, il y a d'autres formes particulières. On peut les classer sous plusieurs chefs. D'abord, d'après le germe en cause : la *forme gonococcique* est caractérisée par des localisations articulaires, même suppurées, un début plus tardif, un type fébrile à oscillations irrégulières, d'où le nom de type pseudo-palustre, une allure lente ; elle guérit peut-être un peu moins rarement que les autres.

Le type d'*infection anaérobie* a pour grand symptôme l'*ictère*, qui est un ictère hémolytique, avec température basse, quelquefois hypothermie. La mort survient en deux ou trois jours.

Il y a, exceptionnellement, des cas de *septicémie gazeuse*, avec éclatement des viscères, du foie particulièrement.

D'après l'époque du début, on peut distinguer des *septicémies secondaires tardives*, apparaissant alors que les malades semblaient guéries et avaient repris leur vie active ; la mort arrive sans cause apparente ; l'autopsie révèle une endocardite infectante.

D'après l'allure des symptômes, on peut reconnaître deux formes spéciales. La première est la *septicémie péritonéale*, survenant d'une façon très précoce, le deuxième jour après l'accouchement ; la mort arrive après deux ou trois jours ; dans ce cas, tout traitement chirurgical est vain, alors que dans les autres péritonites il donne parfois des succès.

La deuxième forme spéciale, qui n'est pas très rare, est ce qu'on appelle la *septico-pyohémie*, avec allure typhique, embolies miliaires, terminaison par la mort.

***

Le PRONOSTIC est des plus sombres. La mortalité s'élève à 90 p. 100. La forme la plus grave est la septicémie péritonéale qu'on peut appeler la septicémie foudroyante. Puis, vient l'endocardite infectante, également fatale, expliquant la mort dans les septicémies secondaires très tardives. En troisième lieu, arrive la septicémie primitive, avec sa mortalité considérable. Enfin, beaucoup moins graves, les septicémies secondaires.

On a trois moyens d'apprécier le pronostic.

C'est d'abord l'existence de *localisations*, non pas de localisations fugaces et vagues, mais de vraies localisations, par exemple une phlegmatia alba dolens, ou une arthrite suppurée, une ou grosse suppuration latéro-pelvienne. Dans ce cas le pronostic est meilleur.

Le deuxième mode d'appréciation, classique, connu, c'est la valeur de l'*abcès de fixation*.

Le troisième, ce sont les résultats de l'*hémoculture*. Le sang cultive dans 30 à 50 % des examens. Dans la majorité des cas, on y trouve des *streptocoques*. Pour que cette hémo-culture ait une valeur pronostique, elle ne doit pas être unique, car au début de toute infection locale les germes circulent un peu partout. Elle ne doit pas non plus être intermittente. Il faut que cette hémo-culture soit persistante.

Elle montrera, soit l'augmentation du nombre des colonies, soit leur décroissance successive, si l'on s'approche de la guérison.

Le DIAGNOSTIC de la septicémie primitive s'impose généralement, mais encore faut-il penser à le différencier de toute autre septicémie d'origine médicale ou chirurgicale. Dans la *grippe* dite espagnole, en 1918-19, les femmes avaient des tableaux de septicémie : ce n'était pas une septicémie puerpérale. Il y a une affection chirurgicale à laquelle on devra penser toujours : c'est la *pyélonéphrite* : dans les premiers jours, la malade est une bactériémique. Après deux ou trois jours, on est fixé, on sait qu'il s'agit du colibacille et non du streptocoque.

Nous ne connaissons pas actuellement de TRAITEMENT réel à opposer aux septicémies puerpérales. Il faut s'abstenir de tout curettage, de toute intervention intra-utérine. Il faut s'abstenir d'une opération chirurgicale. On peut recourir aux *abcès de fixation*, à la *sérothérapie*, au *sérum de convalescent*.

Il faut remonter et réchauffer les malades, leur faire des injections d'*huile camphrée*.

Les septicémies puerpérales existeront toujours, parce qu'elles ne dépendent pas en général de nos techniques et de nos moyens propres ; on nous amène la femme qui a été salie, ensemencée par un germe septique.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu, — M. le Pr HARTMANN.

Sarcome des muscles du mollet.

Un homme de 26 ans présente une tumeur située à la face interne du tiers moyen de la jambe droite, ayant débuté il y a cinq ou six ans par une petite grosseur du volume d'une noisette. Elle aurait pris un développement plus rapide à la suite d'un coup de marteau.

Cette tumeur ne s'accompagne d'aucune altération de la peau ; on remarque seulement une veine plus développée que du côté opposé. Au palper, la peau est manifestement plus chaude à son niveau que dans les parties voisines, bien qu'il n'y ait pas la moindre rougeur. La consistance en est ferme, tout en étant un peu dépressible, et sans fluctuation en aucun point. On peut la mobiliser sur le tibia. Lorsqu'on fait contracter le *triceps sural*, en résistant au mouvement, elle est absolument fixée.

On ne peut penser, malgré la chaleur à la main, à une affection *inflammatoire*. Il n'y a jamais eu de douleurs vives, ni de fièvre. Il n'y a pas de douleur à la pression. La consistance charnue fait éliminer l'*abcès froid*.

Etant donné le siège musculaire de la tumeur on pourrait penser à une *myosite syphilitique*, mais ce malade n'a jamais eu de chancre ; puis, la consistance n'est pas identique. Il s'agit bien évidemment d'un *sarcome* ; il n'y a pas d'adénopathie. Le sarcome se généralise beaucoup plus souvent par voie vasculaire sanguine que par voie lymphatique. Ici, l'examen des poumons par la percussion et la palpation est négatif ; il ne semble pas que ce malade ait un signe quelconque de généralisation.

C'est donc un sarcome musculaire, développé dans le triceps sural ou dans la masse des muscles du mollet. La radiographie ne montre aucune lésion osseuse appréciable.

Ces sarcomes constituent une lésion grave, souvent ils se généralisent. Evidemment le moyen de guérison le plus sûr serait de faire une *amputation*, mais celle-ci sera diffilement acceptée par le malade qui considère sa lésion comme peu importante. Que faire en pareil cas ? Nous avons divers modes de traitement à notre disposition. D'abord le traitement sanglant, le traitement opératoire comme on le faisait autrefois, qui consiste à extirper la tumeur ; celle-ci doit être large, il est admis aujourd'hui que, si l'on veut éviter la récidive, il ne faut pas limiter l'ablation à la petite tumeur, il faut enlever le muscle en totalité. Encore n'est-on pas sûr, par l'ablation large, d'obtenir le résultat voulu. Depuis quelques années, on a deux autres modes de traitement, soit les *rayons* X, soit les rayons émanés d'un tube contenant du *radium*. Les résultats de l'actinothérapie varient suivant la nature du sarcome. Les lymphocytomes fondent, pour ainsi dire, immédiatement sous l'action des rayons. Les sarcomes à cellules fusiformes résistent. Il faudrait donc pour établir le pronostic, toujours commencer par faire une biopsie, c'est-à-dire prélever un petit fragment de la tumeur, l'examiner au microscope et voir si l'on se trouve en présence d'une variété de sarcome susceptible d'être améliorée par les rayons. Toutefois, une *biopsie* n'est pas une chose aussi innocente qu'on le dit. On doit et on peut, sans doute, éviter la suppuration et les accidents infectieux en faisant une biopsie propre ; cependant on a vu ces accidents survenir ; dans un cas, je l'ai vu entraîner la mort en donnant lieu à des accidents pulmonaires. Même quand elle n'est suivie d'aucun accident infectieux, une biopsie expose à la généralisation parce qu'on ouvre les vaisseaux et que des cellules sarcomateuses peuvent pénétrer dans la circulation.

Reste donc la radiothérapie ou le radium. On peut faire une biopsie, et immédiatement mettre dans l'épaisseur de la tumeur des tubes chargés de radium, ce qui va la guérir, si elle est radiosensible, et ce qui est sans inconvénient. Au lieu de mettre un gros tube au centre de la tumeur, il est bon de placer une série de tubes tout petits, disposés à deux centimètres les uns des autres, de manière à avoir des foyers multiples d'irradiation car l'action des rayons émanés d'un tube de radium varie en raison inverse du carré des distances. J'ai chez un malade obtenu la guérison d'un sarcome de la fesse par ce moyen ; et la guérison persiste depuis huit ans.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Cholestérinémie et leucocytose.

En utilisant les méthodes de dosage de la cholestérine de CHAUFFART et GRIGAUT, et en comparant son évolution à celle de la leucocytose, CARLOS BENTO (*Thèse de Porto Algre*, 1925) arrive à la conclusion que la cholestérine peut être considérée comme un indice de défense chimique, comme le leucocytose est une traduction de la défense leucocytaire.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La goutte aiguë.

Dans la goutte aiguë, il n'est qu'un médicament : le *colchique*. M. Jacques FORESTIER (*Diabète, Goutte, Obésité*, G. Doin 1926))mentionne encore l'*atophan*, le *salicylate de soude*, l'*aspirine*. Ce sont là des médicaments à manier avec précaution ; ce ne sont pas des éliminateurs comme le colchique, tout au plus des dissolvants et irritants pour le rein. Ils réussissent mieux dans les formes torpides.

Le colchique se prescrit dès les premiers jours de l'accès ; inutile d'attendre. Dès la dixième heure qui suit l'administration, l'accès est jugulé. Chez les sujets affaiblis le remède est dangereux. Par contre, chez les cardio-rénaux dont le cœur n'a pas fléchi, le remède est fort bien toléré.

On prescrit la *colchicine* (1 milligr. trois fois dans les vingt-quatre heures, 2 milligr. les cinq à six jours suivants) ; à titre préventif on peut ensuite le recommander aux doses de 2 milligr. cinq jours par mois.

La *teinture de semences de colchique* au dixième se donne aux doses de 1 gr. à 5 gr. par jour. La dose est répartie dans une potion ou une tisane.

En cas d'intolérance stomacale, le remède est administré par voie rectale (1 gr. de teinture de semence de colchique dans un petit lavement de guimauve additionné de V gouttes de *laudanum*, à garder deux à trois fois dans les vingt-quatre heures) (FORESTIER). Ces lavements ne sont pas toujours bien tolérés. On connaît la vieille formule de DUJARDIN-BEAUMETZ :

Teinture de colchique	10 gr.
Alc. de racine d'aconit	
Teinture de jalap composée	
Teinture de quinine	

XXX gouttes matin, midi et soir, dans une tasse de tisane de frêne.

Nombre de spécialités sont populaires. Elles renferment toutes du colchique. La plus appréciée des malades est le spécifique Béjean, dont voici la formule bizarre :

Teinture de bulbes de colchique	5 gr. 50
Teinture de semences de colchique	
Salicylate de méthyle	1 goutte
Quinium pulv.	0 gr. 25
Teinture de coloquinte	6 gr. 25
Iodure de potassium	
Vin de Madère vieux, q. s. p.	125 cc.

A prendre par cuillerées à café (chacune contient 0gr.50 de colchique : deux à trois par vingt-quatre heures.

Les préparations de colchique sont continuées cinq à sept jours. Suspendre ou diminuer en cas d'action purgative.

Localement compresses imbibées de *salicylate de méthyle* (1 à 2 cuillerées à café) et recouvertes de taffetas gommé ou onctions avec des *huiles laudanisées* :

Extr. bellad.	4 gr.
Laudanum	
Camphre	
Huile de jusquiame	150 gr.

(FORESTIER).

Comme régime alimentaire : les premiers jours, régime hydrique ou hydro-lacté. Puis alimentation modérée, végétarienne avec peu de viandes.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le drainage médical des voies biliaires

Sa technique, ses indications

Par M. le Dr André JAMIN.

Le drainage chirurgical des voies biliaires est bien souvent indiqué de façon formelle ; mais il est des cas où l'opération peut être évitée ou simplement différée ; il arrive fréquemment en effet que malades et médecins hésitent devant les risques d'une opération malgré tout sérieuse ; de quels moyens disposons-nous pour réaliser dans les meilleures conditions possibles le drainage médical des voies biliaires, et quelles sont les indications de ce drainage médical ? Cette question se pose surtout depuis l'apparition dans la thérapeutique du tubage duodénal et de l'épreuve de MELTZER LYON qui consiste, on le sait, à injecter par la sonde en place et directement dans le duodénum 30 cc. de solution de sulfate de magnésie à 30 %, et à recueillir ainsi la bile vésiculaire, dite bile B.

Dès les débuts de cette méthode, l'origine vésiculaire de la bile B a été très discutée. D'après Vincent LYON, le premier qui ait utilisé le tubage duodénal pour le drainage médical des voies biliaires, le sulfate de magnésie produit une con-

traction de la vésicule en même temps qu'un relâchement du sphincter d'Oddi. Einhorn lui-même (1) s'est élevé contre cette théorie, émettant de nombreuses objections reposant sur le fait que le changement de coloration entre les différentes biles ne se fait pas brusquement, que la répétition d'une épreuve de Meltzer Lyon produit une nouvelle apparition de bile B, que l'emploi de solutions de concentrations différentes donne des biles de coloration plus ou moins foncée, enfin et surtout que l'on peut obtenir une bile B chez des malades cholécystectomisés.

De très nombreux auteurs, par contre, ont pris la défense de la méthode ; contre l'argument, fréquemment cité, que la vésicule, simple organe vestigiel, ne possède pas de musculature et est par conséquent incapable de contraction, on trouve, en 1893, les travaux de Doyon sur lesquels se sont appuyés MM. Chiray et Pavel dans de très importantes et très intéressantes expériences (2); la disposition réticulée du muscle vésiculaire lui donne un pouvoir de rétraction simultané sur tous ses diamètres. Ces auteurs ont montré que l'excitation périphérique du système nerveux végétatif par la pilocarpine ou l'ésérine produisait une contraction vésiculaire ; ils ont pris des relevés de ces contractions qui sont très lentes, les plus lentes de tous les muscles lisses ; on comprend parfaitement alors que l'évacuation complète de la vésicule ne soit pas obtenue après une heure ou une heure et demie, mais continue longtemps après.

Félix Ramond et Borcesco (3) plaident également en faveur de l'origine vésiculaire de la bile B, se basant non seulement sur la clinique, mais encore sur les caractères chimiques de la bile, plus concentrée en pigments biliaires, d'une densité et d'une viscosité plus élevée.

Barker, Mann (4) ont étudié par la radiographie de la vésicule rendue visible par injection de phénolphtaléine tétraiodée, les contractions vésiculaires et ont démontré leur existence ; de même Silverman et Menville (5) ont observé que sous l'influence de l'épreuve de Meltzer Lyon, la vésicule biliaire se réduisait en volume presque jusqu'à disparition complète de son ombre en un laps de temps relativement court.

Récemment M. Feissly, de Lausanne (6) a également étudié l'évacuation vésiculaire après injection intra-veineuse de tétraiode ; la diminution de volume du cholécyste était très nette après épreuve de Meltzer Lyon, mais l'évacuation jamais complète.

Les expériences les plus concluantes et les plus curieuses furent celles de Iwao Matsuo (1). Cet auteur pratique une épreuve de Meltzer Lyon sur un homme endormi et laparotomisé. Après injection directe dans la vésicule d'une substance colorante, il observa parallèlement et proportionnellement à l'évacuation de bile B une diminution de la longueur et de la largeur de la vésicule.

Quant à l'objection que l'on a pu obtenir une bile vésiculaire chez des malades cholécystectomisés, on peut y répondre par ce fait qu'il se forme une néo-vésicule par dilatation du cholédoque. Cette dilatation demande souvent un certain temps pour se produire. Nous avons pu observer dans le service de notre maître M. Noël Fiessinger, une malade ayant présenté à plusieurs reprises une bile B abondante ; elle fut cholécystectomisée et six mois après l'opération, un nouveau tubage ne permit pas d'obtenir de bile vésiculaire.

De tous ces travaux, on peut donc admettre avec la grande majorité des auteurs que la vésicule est un organe contractile et qu'il est possible d'obtenir l'évacuation de son contenu, la contraction de la vésicule entraînant une excitation secondaire de la glande hépatique elle-même.

Il y a deux méthodes pour réaliser le drainage médical des voies biliaires : absorption de cholagogues par la bouche, tubage duodénal ; la première réalise un drainage moins complet, mais a l'avantage d'être plus simple.

Drainage par les cholagogues. — Félix Ramond a étudié avec Borcesco et Zizine (2), les différents cholagogues. De leurs travaux, il résulte que contrairement à l'opinion courante, le sulfate de soude, le phosphate de soude, le calomel, le bicarbonate de soude ont une très faible action sur l'excrétion biliaire ; au contraire, l'huile d'olive et le mélange peptone-sulfate de magnésie ont une forte action cholagogue. Ils conseillent de faire prendre à jeun dans un peu d'eau glycérinée un paquet de la poudre :

Sulfate de magnésie	5 gr.
Peptone de Witte	2 gr.
Calomel	0 gr. 02
Poudre de réglisse	1 gr. 50

(1) Einhorn. — *Presse Médicale*, 30 déc. 1925.
(2) Chiray et Pavel. — *Journ. de phys. et de pathol. gén.*, janvier 1925, avril 1925, juillet 1925.
(3) Félix Ramond et Borcesco. — *Progrès Méd.*, 14 févr. 1925.
(4) Barker. — *Méd. Journ. a. Record.*, 7 oct. 1925.
(5) Silverman et Menville. — *Surg. gynéc. et obst.*, sept. 1925.
(6) Feissly. — *Sté Méd. des Hôpitaux de Paris*, 12 fév. 1926.

(1) Iwao Matsuo. — *Journ. Amér. Méd. Assoc.*, 25 oct. 1924.
(2) Ramond, Borcesco et Zizine. — *Sté Médic. des Hôp. de Paris*, 24 juil. 1925.

Cette thérapeutique présente l'inconvénient d'être assez mal supportée par un certain nombre de malades.

CHIRAY et TRIBOULET conseillent les comprimés de sulfate de magnésie enrobés de gluten, c'est-à-dire ne s'ouvrant pas dans l'estomac, mais seulement dans le duodénum.

Nous croyons préférable d'employer simplement l'huile d'olive pure en la faisant prendre par cuillerée à bouche, trois fois par jour avant les repas. L'huile présente cet avantage d'arriver moins modifiée au niveau de l'ampoule de Vater. C'est en outre un cholagogue très bien toléré.

Drainage par le tubage duodénal. — C'est évidemment la méthode la plus parfaite, mais qui malheureusement demande un temps prolongé. Son promoteur, Vincent LYON distingue deux sortes de drainage : le drainage continu et le drainage intermittent.

1° *Drainage continu.* — Nous serons brefs, car s'il est aisément accepté par la clientèle américaine, plus disciplinée comme le constate CHIRAY, il ne pourrait être pratiqué en France. Son principe consiste à laisser le tube en place pendant quinze jours ou trois semaines. Pendant cette période, le malade prend une alimentation liquide la bile s'écoule régulièrement et le tube n'est obturé qu'après les repas pendant deux heures environ. Les premiers jours, on pratique une injection de 75 cc. de solution de sulfate de magnésie, puis quand l'écoulement de la bile B est terminé on fait un lavage duodénal avec 250 cc. de solution de RINGER.

2° *Drainage intermittent.* — Il présente cet avantage d'être très facilement accepté, les malades n'interrompant leurs occupations que pendant les deux heures que dure le tubage. Il consiste à pratiquer successivement et suivant les cas un certain nombre de tubages, un ou deux par semaine pendant trois semaines ou un mois ; la sonde étant en place, on injecte à quinze ou trente minutes d'intervalle 75, 45, puis 30 cc. de solution de sulfate de magnésie. Immédiatement après l'injection, on abaisse l'extrémité libre de la sonde de façon à faire siphon et à obtenir l'écoulement du liquide pour éviter que le sujet n'absorbe une trop grande quantité de magnésie. Après avoir recueilli la bile, on fait un lavage avec 250 à 500 cc. de solution de Ringer.

Technique simplifiée. — Il faut le tube d'Einhorn, de préférence le tube plombifère, plus rigide et risquant moins de s'enrouler dans l'estomac, une seringue de 20 cc., des tubes à essais. Les cholagogues seront soit une solution de sulfate de magnésie à 33 % soit de l'huile d'olive pour les malades à réactions plus vives. Le malade sera à jeun, le tubage sera pratiqué suivant les méthodes habituelles ; lorsque l'olive aura atteint le duodénum on injectera soit 30 cc. de solution de sulfate de magnésie tiédie, soit 10 cc. environ d'huile d'olive ; on recueillera la bile B, puis quelques centimètres cubes de bile C reconnaissable à sa teinte plus claire ; le tube sera alors retiré, le sujet pouvant prendre une demi-heure après une alimentation légère ; le tubage pourra ainsi être pratiqué une ou deux fois par semaine. La quantité de bile B recueillie ne constitue pas tout le contenu vésiculaire, mais la répétition du tubage finit par faire obtenir un drainage suffisant.

Les indications du drainage médical. — Nous ne nous étonnerons pas si, comme le constatent CHABROL, BÉNARD et GAMBILLARD (1), Vincent LYON a montré un peu d'enthousiasme pour sa méthode et en ait très élargi les indications. Nous ne décrirons pas en détail toutes les indications signalées par cet auteur ; signalons seulement qu'elles comprenaient presque toutes les cholécystites, les atonies de la vésicule, l'obstruction du canal cystique, l'obstruction du cholédoque, l'ictère catarrhal, etc. MM. CHIRAY, LE CLERC et MILOCHEVITCH dans une étude générale (2) sur le drainage non chirurgical des voies biliaires en restreignent les indications. Ils le proposent pour les cas suivants :

a) Cholécystite chronique non lithiasique ;
b) Angiocholécystite chronique ou subaiguë ;
c) Cholédocite aiguë et duodéno-cholédocite de l'ictère catarrhal ;
d) Suites opératoires de la cholécystectomie ;
e) Rétentions chroniques de la vésicule biliaire.

Il est incontestable que la cholécystite chronique non lithiasique est une des grandes indications et que c'est au cours de ces affections que les succès du tubage médical sont les plus marqués. Il n'échappera à personne l'intérêt de pouvoir évacuer des vésicules infectées, comme après une fièvre typhoïde par exemple. L'angiocholécystite chronique ou subaiguë est plus rare.

Quant à la cholécystite lithiasique, elle constitue une contre-indication à la méthode ; on ne voit pas en effet quels pourraient être ses avantages,

(1) CHABROL, BÉNARD et GAMBILLARD. — *Journ. Méd. Franç.*, déc. 1924.
(2) CHIRAY, LE CLERC et MILOCHEVITCH. — *Presse Médicale*, 4 oct. 1924.

une médication calmante et antispasmodique convenant beaucoup mieux. Une excitation de la vésicule peut amener des accidents et on a pu observer des coliques hépatiques extrêmement violentes après le tubage ; en tous cas, s'il y a rétention biliaire, on peut conseiller un drainage par cholagogues doux comme l'huile d'olive ; si malgré tout on pratique un tubage il importe de proscrire la solution de sulfate de magnésie et d'injecter soit de l'huile, soit une solution de peptone à 5 %. Sans aller aussi loin que Victor Pauchet qui dit que l'on devrait faire opérer toutes les cholécystes calculeuses, il arrive souvent que les traitements médicaux et en particulier les tentatives de drainage, causent plus de mal que de bien. La douleur de colique hépatique pendant le tubage est d'ailleurs également signalée par MM. Chiray et Pavel dans un travail récent (1).

La question des ictères a été également fort discutée, particulièrement les ictères catarrhaux. Certains auteurs auraient eu de bons résultats par le drainage. Nous ne croyons pourtant pas que ce soit là une indication ; en effet, comme le montrent Noël Fiessinger et Henry Walter (2), l'ictère catarrhal n'est pas dû à une obstruction des voies biliaires par un bouchon muqueux du cholédoque, mais à une altération du parenchyme hépatique. Ces ictères guérissent par le seul régime et il paraît inutile de prescrire une médication aussi active que le tubage.

Tout au contraire, l'indication est formelle dans les états hypotoniques et atoniques de la vésicule biliaire, décrits par Chiray, Pavel et Milochevitch (3), qu'ils comparent à la dislocation atonique de l'estomac. Ces malades présentent une symptomatologie vague, avec sensation de pesanteur, digestions lentes, dégoût des graisses, quelquefois abondants vomissements bilieux ; la vésicule est fréquemment perceptible et est très augmentée de volume. Le tubage duodénal donne là des résultats remarquables. Alors que les premiers tubages donnaient une bile très foncée, très riche en pigments, en cholestérine et en urobiline, au bout de 5 à 6 drainages, elle reprend des caractères normaux pendant que l'état général du malade s'améliore considérablement. En effet, sous l'influence du sulfate de magnésie, c'est une véritable rééducation de la contractilité vésiculaire qui s'opère. Souvent vingt-quatre ou quarante-huit heures après le drainage, on observe une sensation de gêne, même de douleur dans la région vésiculaire qui indique que le but est atteint. D'ailleurs, il arrive que l'action se continue le lendemain du tubage, et on observe alors une véritable crise biliaire avec diarrhée abondante. Dans ces cas, le tubage doit être pratiqué une fois par semaine et pendant cinq ou six semaines.

C'est à cet état hypotonique ou atonique de la vésicule et à la stase biliaire correspondante que sont liés certains états migraineux décrits par Chiray et Triboulet (1) et guéris par le drainage médical. Ces migraines se produisent par accès, localisées à une moitié de la tête, le plus souvent dans la région rétro-orbitaire, accompagnées de troubles vaso-moteurs, de troubles digestifs avec vomissement très colorés. Une amélioration passagère est obtenue après le premier tubage et la guérison complète nécessite 5 à 6 tubages.

Le drainage médical peut être encore utilisé soit avant, soit après une intervention chirurgicale sur les voies biliaires. Avant, plus rarement, afin d'améliorer l'état général d'un malade, de désinfecter sa vésicule par un drainage doux. Après, beaucoup plus souvent, après une cholécystectomie, pour traiter l'angiocholite latente. René Gaultier (2) signale les heureux effets du drainage médical sur les opérés de la vésicule conservant encore des troubles d'origine hépatique. Le drainage pourra encore trouver une indication dans les cas de fistule biliaire post-opératoires ; en provoquant un écoulement abondant de bile par le cholédoque, on peut favoriser la fermeture de la fistule comme l'ont préconisé Jean Barbier et Mallet-Guy (3).

Enfin il est une catégorie de malades bénéficiant du drainage médical, ce sont ceux qui présentent un état d'infection du tube digestif ; la bile est en effet un désinfectant puissant. Pierre Duval et J.-C. Roux (4) ont signalé une migraine duodénale par résorption de produits toxiques par stase duodénale. Ces malades sont très améliorés par le drainage, de même que les états cholémiques avec troubles gastro-intestinaux. La chasse biliaire qui continue assez longtemps après le tubage contribue grandement à la guérison.

Dans les cas de duodénite et de périduodénite, il conviendra d'être très circonspect et d'éliminer

(1) Chiray et Pavel. — *Presse Médicale*, 10 fév. 1926.
(2) Noël Fiessinger et Henry Walter. — L'exploration fonctionnelle du foie et l'insuffisance hépatique. Masson, 1925.
(3) Chiray, Pavel et Milochevitch. — *Presse Médicale*, 12 sept. 1925.

(1) Chiray et Triboulet. — *Presse Médicale*, 11 mars 1925.
(2) René Gaultier. — *Soc. Méd. de Paris*, 28 juin 1924 et 13 février 1925 et *Soc. de Thérapeutique*, 11 mars 1925.
(3) Barbier et Mallet-Guy. — *Journ. de Méd. de Lyon*, 5 janv. 1926.
(4) M. Duval et J.-C. Roux. — *Arch. des mal. du tube digest.*, janv. 1924.

soigneusement par les moyens de la clinique et de la radiographie, la possibilité de lésions organiques telles qu'un ulcus.

C'est à dessein que nous n'avons pas parlé de la guérison par le tubage de certains états anxieux d'origine intestinale, car c'est plus là le fait simplement émotif du tubage que du drainage à proprement parler.

En conclusion, nous pouvons dire que nous possédons dans le drainage médical des voies biliaires un moyen thérapeutique puissant, à condition de ne pas vouloir se substituer toujours au chirurgien. Nous pouvons le pratiquer soit par les cholagogues, moyen inconstant et faible, soit par le tubage duodénal, plus long, mais facile à utiliser à l'hôpital ou en maison de santé.

Ses applications indiscutables sont : les cholécystites non calculeuses, les états hypotoniques ou atoniques de la vésicule biliaire avec les troubles qui en résultent et principalement les migraines, les opérés de la vésicule conservant des troubles hépatiques et les infectés du tube digestif.

CLINIQUE MÉDICALE

Le syndrome circulatoire dans la fièvre typhoïde.

Dans la fièvre typhoïde, la tension artérielle s'abaisse et le pouls s'accélère. Ceci, tous les cliniciens le savaient. A ces traits fondamentaux s'en superposent d'autres dont M. A. Dumas, médecin des hôpitaux de Lyon a fait une excellente étude (*La Circulation sanguine périphérique et ses troubles*, O. Doin, édit., p. 263).

Tout d'abord l'abaissement de la tension n'est pas calquée sur la courbe d'élévation thermique. La température baisse déjà alors que la tension continue de baisser de son côté ; de même le pouls diminue déjà de fréquence alors que la tension atteint son degré le plus bas. Le retour à l'état tensionnel normal s'effectue lentement ; il ne débute qu'à la phase d'apyrexie et ne s'achève que la convalescence terminée, quelquefois même longtemps après. L'instabilité du pouls persiste longtemps ; le moindre effort accélère le pouls des typhiques convalescents et les intermittences en sont fréquentes.

Quant à la courbe oscillométrique, elle exagère son étendue et son amplitude au début de l'ascension thermique, puis quand la tension baisse et que le pouls s'accélère, l'amplitude de la courbe oscillométrique augmente au détriment de son étendue qui peut arriver à n'occuper qu'une division du Pachon.

Le *bruit de galop* est surtout net quand la tension est la plus basse ; il ne comporte pas de pronostic fâcheux. Pendant la convalescence, les *extrasystoles* s'observent communément. Ce n'est pas la défaillance cardiaque qui produit ces accidents, c'est l'abaissement tensionnel dû au relâchement vasculaire qui seul est en cause. La démonstration de cette origine est fournie par les effets du bain froid ; il fait monter la tension en même temps qu'il fait tomber le pouls. Cette vaso-constriction périphérique constitue un des bienfaits indiscutables du bain froid. Si ce dernier n'amène plus ces résultats favorables, c'est que la maladie a épuisé les ressources réactionnelles du sujet. Il s'agit alors d'un véritable syndrome vasculaire de fléchissement avec menace de collapsus. Le pronostic de ce fait devient des plus sombres.

Pour que le *dicrotisme* s'observe, il faut une double condition : un degré plus ou moins marqué d'hypotension, une conservation relative de la tonicité artérielle. C'est pourquoi le dicrotisme est rarement associé aux complications graves. Il est fréquent au contraire dans les formes normales et bien compensées.

Dans les morts subites par myocardite, l'état tensionnel ne varie pas forcément. L'appareil régulateur de la tension artérielle intervient pour masquer le déficit du moteur cardiaque en provoquant la vaso-constriction périphérique. D'autre part les lésions des surrénales peuvent amener un fléchissement de la tension artérielle et le collapsus artériel est responsable de la syncope terminale.

Il arrive aussi que la tension s'élève ou baisse brusquement. L'abaissement tensionnel brusque s'accompagne d'un état syncopal et d'une accentuation de la prostration. Ces crises hypotensives sont dues parfois à des infarctus du poumon ou encore à des perforations intestinales. M. Dumas a observé la guérison dans un cas d'infarctus du poumon suivi de pleurésie hémorragique ; dans un autre cas, l'infarctus se termina par la mort, après suppuration et gangrène.

Quant aux crises hypertensives, elles précèdent parfois une hémorragie intestinale. Mais non toujours. La crise hypertensive s'accompagne de tachycardie jusqu'à l'apparition de signes d'insuffisance cardiaque qui se terminent par la mort. En sorte que crises hypo ou hypertensives sont également à redouter. M. Dumas a observé néanmoins des malades avec pouls à 150 et pulsatilité atteignant à peine une division du Pachon. La

guérison s'ensuivit. Nous-mêmes avons jadis signalé des faits analogues. Pour établir un pronostic précis, il faudrait savoir différencier dans cette hypopulsatilité ce qui appartient à l'hypertonicité artérielle qui est un signe favorable et ce qui dépend de l'hypotonie cardiaque infiniment plus sérieuse. Distinction délicate, sinon impossible. L'ensemble des autres signes cliniques peut seul jeter quelque lumière.

Que si maintenant l'hypertension artérielle dépend d'artères moins souples ou de lésions rénales, la gravité s'en accroît naturellement.

Comme *traitement*, si l'hypotension est due à la *vasodilatation périphérique*, il faut recourir aux vaso-constricteurs : *strychnine* en injections sous-cutanée, 2 milligrammes par vingt-quatre heures ou *adrénaline*, 1/2 à 2 milligrammes en injection sous-cutanée. L'*ergot* réussit également. Il a été jadis recommandé à titre de médication systématique par Duboué (de Pau). Le *bain froid* compte comme le vaso-constricteur de choix.

Si le *fléchissement cardiaque* est en jeu, *ouabaïne* en injections intra-musculaires ou intra-veineuses à 1/4 de milligramme. La *digitaline* se montre d'action plus précaire. On peut continuer l'ouabaïne plusieurs jours de suite. Les *bains froids* ont un heureux effet sur le réveil de la contractilité cardiaque. Toutefois si le cœur bat faiblement et vite, et présente des faux pas, mieux vaut recourir passagèrement à des *bains tièdes* (à 35°).

Dans les formes *hypertensives*, de même, on suspendra les bains froids. On évitera les boissons en trop grande abondance. L'*uroformine* est préconisée par M. Dumas.

S. R.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Les névralgies pelviennes chez les femmes

Tout praticien s'occupant de gynécologie a été frappé de la disproportion qui existe entre l'intensité des douleurs accusées par certaines malades et le peu d'importance des lésions que l'examen direct permet de constater.

E. Hauch (1) (de Copenhague) pense qu'il y a souvent lieu d'incriminer, en pareil cas, des névralgies ou des névrites du nerf obturateur ou du nerf honteux interne. Ces nerfs sont les seuls nerfs rachidiens ayant un trajet intrapelvien ; il n'est pas étonnant que leur contact étroit avec les organes génitaux internes les expose à des atteintes.

Si le nerf obturateur est touché, on peut, en exer ant une pression au niveau du canal sous-pubien, provoquer une douleur aiguë irradiant vers les régions inguinales et les cuisses, le long des rameaux cutanés du nerf. Le nerf honteux interne peut être suivi dans son passage sur la face interne de la tubérosité de l'ischion ; la pression à son niveau provoque non seulement une sensibilité locale, mais encore des douleurs irradiées vers la vulve et l'anus.

Ces névralgies coïncident le plus souvent avec des ovaro-salpingites, des paramétrites, un varicocèle tubo-ovarien, des déviations de l'utérus ou des déchirures du col, — mais il n'est pas toujours possible d'établir une relation de cause à effet entre la névralgie et la lésion ; la douleur provoquée par pression aux émergences nerveuses est souvent beaucoup plus vive que la douleur à la pression des organes malades eux-mêmes. La constipation, le froid, une atteinte grippale peuvent exagérer les douleurs névralgiques ou en provoquer la réapparition.

Le diagnostic des névralgies pelviennes est aisé quant l'attention est attirée sur elles et qu'on recherche systématiquement la douleur sur le trajet de l'obturateur ou du honteux interne. On se souviendra qu'il s'agit très souvent de femmes dont le système nerveux est ébranlé depuis longtemps par des souffrances déprimantes, et l'on ne se hâtera pas de conclure à l'hystérie sous prétexte que l'examen actuel des organes génitaux ne suffit pas à justifier les plaintes de la malade.

Le traitement de ces névralgies peut être difficile et réserver des déboires, car elles ne disparaissent pas toujours après l'ablation des organes malades ou avec la guérison de la maladie causale. Dans quelques cas de rétroflexion utérine s'accompagnant de névralgies, Hauch a eu la déception de voir les névralgies persister après une ligamentoplaie.

Le traitement thermal, sous forme d'injections vaginales, est souvent d'un très bon effet sur les névralgies ; dans quelques stations hydrominérales, on injecte jusqu'à 80 litres d'eau à la température de 40 à 45°, la malade étant couchée dans un bain ordinaire chaud pendant l'injection. On peut essayer aussi les bains de siège de 40° à 45°, d'une durée d'une demi-heure ou d'une heure.

La diathermie, et surtout les courants de haute fréquence, ont donné des résultats très encourageants.

J. L.

(1) Bruxelles-Médical, 15 décembre 1925.

Sociétés Savantes

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Trois cas d'omoplate ballante avec compression du plexus brachial. — M. MAUCLAIRE communique ces trois cas personnels, traités par suture des deux omoplates l'une à l'autre après avivement de leurs bords internes et des côtes voisines, — et décrit les différents procédés chirurgicaux qui ont été utilisés contre l'omoplate ballante.

A propos des résultats de l'ostéosynthèse. — M. AUVRAY, par l'analyse des cas expertisés par lui, arrive à des conclusions nettement favorables à l'ostéosynthèse en ce qui concerne les fractures de jambe ; pour les fractures de cuisses, les résultats sont beaucoup plus aléatoires.

A propos des abcès intra-osseux. — M. ARROU communique l'observation d'un malade opéré par lui en 1904. Agé de 40 ans, ce malade, sans le moindre passé ostéomyélitique, présentait à la base de la malléole interne une douleur exquise, très limitée. Trépanation en ce point ; évacuation d'un petit abcès du volume d'un noyau de cerise ; pas de séquestre. Pansement collargolé. Guérison rapide, qui s'est maintenue parfaite jusqu'à la mort du malade, survenue en 1921.

A propos du rôle de l'infection dans les complications de la gastro-entérostomie. — M. HARTMANN pense que la théorie mécanique explique beaucoup mieux que l'infection le « circulus vitiosus ».

M. CUNÉO attire également l'attention sur les vomissements post-opératoires dus à une simple compression mécanique du duodénum par la corde mésentérique ; il insiste sur la qualité des guérisons fournies par les larges gastrectomies.

Trois cas d'inversion utérine par fibrome. — M. HARDOUIN (de Rennes) relate ces trois cas personnels : réduction simple dans un cas ; hystérectomie vaginale dans les deux autres cas, avec une mort au dixième jour par accidents cardiaques.

(*24 mars*). J. L.

SOCIÉTÉ MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mars 1926.

Contribution à l'étude des épreuves d'iso-agglutination. La pseudo-iso-agglutination. Nouveau test prétransfusionnel. L'épreuve au kaolin. — M. P. FALGARIOLLE. — La conception des quatre groupes sanguins et ses applications en urologie et en clinique, notamment dans la transfusion du sang pour le choix des donneurs, sont basées sur la réaction d'iso-agglutination.

Or cette réaction est entachée de multiples erreurs, qui peuvent être ramenées à deux groupes principaux.

Le premier groupe, c'est la faiblesse de sensibilité à l'iso-agglutination des éléments qui entrent en jeu dans la réaction, soit les hématies d'une part, le sérum ou plasma de l'autre.

La deuxième cause d'erreur est constituée par la pseudo-iso-agglutination, qui est un phénomène essentiellement simulateur et différent de l'iso-agglutination. Il est en effet exactement identifiable à l'accélération de la sédimentation des hématies.

L'élimination de ces deux groupes d'erreurs ont permis aux Italiens (Lattis et Mino) et à l'auteur, de faire rentrer dans le cadre des lois classiques des quatre groupes tous les faits invoqués contre ces lois (auto-iso-agglutination. Groupes ambigus. 27 groupes et plus des Américains, enfin variabilité des groupes), 37 facteurs de variabilité ont été pourtant essayés par l'auteur sur 1.000 individus différents.

L'épreuve au kaolin de l'auteur et des sérums-étalons permettent, au lit du malade, sûrement et facilement d'éliminer ces causes d'erreurs et assurent aussi l'inocuité de la transfusion du sang, ce merveilleux moyen thérapeutique.

La transfusion du sang dans les anémies pernicieuses et les maladies infectieuses. — MM. DUCAMP, BLONQUIER DE CLANT et FALGARIOLLE. — Après groupement selon la méthode au kaolin, les auteurs ont appliqué la T. S. : 1° à 4 anémies pernicieuses cryptogénétiques et 1 anémie post-typhoïdique pernicieuse ; 2° dans 2 méningites cérébro-spinales, 4 varioles, 4 rougeoles, 3 oreillons avec orchite, 1 varicelle. La méthode de sang citraté est excellente. La T. S. constitue dans les deux cas la thérapeutique la meilleure, souvent la seule applicable et efficace, dans les maladies infectieuses à genre inconnu ; tout cela sans aucun accident, grâce à l'élimination sûre des incompatibilités sanguines.

ERRATUM

Nous nous excusons auprès de nos lecteurs de la faute typographique qui, dans le dernier numéro, a « saboté » le titre de l'article de tête. Il faut lire : les syndromes *spasmo-paralytiques* de l'enfance.

BIBLIOGRAPHIE

Le rêve et la psychanalyse, par M. le Dr R. Laforgue. Introduction de M. le Dr Hesnard, *Professeur de l'Ecole de Médecine Navale de Bordeaux*. — Un vol. 248 pages. Prix : 12 francs.

Depuis le livre de Maury *Le Sommeil et les Rêves*, c'est peut-être là l'ouvrage le plus complet qui ait paru sur la question. Complet, mais éclairé de différents reflets. M. R. Laforgue a signé seul ; mais plus de la moitié du volume est signé d'autres noms. M. R. Allendy a écrit avec M. R. de Saussure la partie historique et la partie technique presque tout entière. A M. R. Laforgue lui-même reviennent les trois derniers chapitres dont l'un en collaboration avec M. E. Pichon. La substance et l'esprit du volume sont unifiés et condensés dans une introduction dont les développements considérables projettent les lumières les plus vives sur la signification des rêves et les interprétations qu'il convient de leur assigner. M. Hesnard, auteur de cette Introduction, a posé le problème sur des assises physiologiques solides. Tout d'abord, chez le dormeur, il se produit l'évasion du réel externe ; seules interviennent les tendances affectives, le passage sur l'écran mental des images subconscientes, ces dernières reconnaissant une double source. Les unes viennent directement du monde organique, les autres accusent une origine différente. Elle se sont formées dans le cerveau. Pendant le sommeil, le fonctionnement de nos viscères produit diverses excitations cérébrales qui se révèlent sous forme de rêves désordonnés, confus et plus ou moins chargés d'angoisse. Certaines idées cohérentes à l'état de veille, se mettent de la partie et augmentent le trouble. Que maintenant ces idées appartiennent à des tendances restées insatisfaites, l'école de Freud le prétend. L'assertion, si elle appartient à un domaine de constatations justes, n'a qu'un tort, de verser dans un abus de généralisation qui dépasse les limites raisonnables. Dans le rêve, il y a autre chose que des tendances refoulées, une réalisation détournée de désirs réprimés. Bien souvent le rêve n'offre aucune attache avec le souvenir d'un désir conscient. Vous direz que ce désir était inconscient ? Mais s'il ne pénétrait pas dans le champ de la conscience, comment savoir s'il existait réellement ? Un désir dont nous ne sentons pas l'aiguillon, comment percevrions-nous sa piqûre ? Il est temps, ce semble, de revenir à la bonne clinique française celle qui enregistre, compare, suppute et si elle s'avance dans les champs de l'hypothèse, ne s'y risque qu'avec précaution et avec l'espoir de voir de plus haut et de dominer un horizon plus vaste. Le Freudisme procède tout autrement. D'une constatation exacte et fragmentaire, il fait un monde. C'est le kolossal dans l'interprétation. La boursoufflure s'en mêle. La déformation de la réalité s'opère. Et le réel se perd dans l'aspect caricatural qui le dessine.

La Haute Fréquence en Oto-Rhino-Laryngologie. *Diathermie, Haute Tension, Effluvation, Diathermo-coagulation, Etincelage*, par M. Leroux-Robert, *ancien Assistant d'oto-rhino-laryngologie de la Salpêtrière*. Préface du Pr d'Arsonval. — Un volume de 166 pages avec 74 figures. (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*). (Masson et Cie, Editeurs.) Prix : 15 francs.

L'ouvrage est divisé en deux parties : Applications médicales et applications chirurgicales.

Les applications médicales comprennent : 1° la diathermie simple ; 2° la haute tension, les effluves et l'étincelage de condensation.

La diathermie simple porte ses effets sur le larynx, les oreilles, la mastoïde, enfin le rhino-pharynx. L'auteur étudie tantôt les résultats obtenus, tantot les essais en cours.

La haute tension et l'effluvation comportent des indications plus variées agissant sur les phénomènes douloureux, spasmodiques, congestifs et même infectieux (céphalées des sinus, bourdonnements d'oreilles, otospongiose, ozène, etc...).

Les applications chirurgicales comprennent :

1° La diathermo-coagulation ; 2° l'étincelage chirurgical. Une grande clarté de texte accompagne l'exposé des différentes techniques.

Gynécologie Chirurgicale Génito-Statique, par M. le Dr C. Sobre-Casas, Chef du Service de Gynécologie de l'Hôpital Torcuato de Alvéar (Buenos-Ayres). Préface du Dr Doléris, *Membre de l'Académie de Médecine*. — Un volume de 112 pages avec 37 planches hors texte en deux tons. (Masson et Cie, Editeurs). Prix : 25 francs.

Toute intervention sur l'appareil génital féminin doit tenir compte des lois physiologiques de la statique pelvienne. Non seulement elle ne doit point lui être nuisible, mais elle doit s'attacher à la corriger afin de permettre le retour aux fonctions normales de reproduction.

M. Sobre-Casas expose un ensemble de techniques opératoires mises en pratique par lui depuis de nombreuses années, sur des milliers d'opérées ; il s'appuie constamment sur l'anatomie normale et pathologique ainsi que sur la physiologie de l'appareil génital de la femme.

Un nombre important de belles planches tirées en deux tons représentent les différentes phases de chaque opération.

Psychiatrie, par le Dr H. Codet. — Un vol. in-16 de 160 pages. — Cartonné : 12 fr. 50. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8 place de l'Odéon, Paris (6e). (R. C. Seine N° 38.954. — Chèques postaux N° 201.74.)

Cet ouvrage est dépouillé de noms propres et les termes trop spéciaux n'y trouvent point place. Le médecin y apprend à dépister les troubles psychiques et à formuler un traitement. Maintes fois, l'envoi à l'asile pourra être évité au malheureux. M. Codet a écrit dans ces pages un livre utile et bien conçu.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Firsinger.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades. M. le Pr Nobécourt.

Fragilité osseuse et fractures dites spontanées chez les enfants.

Les enfants ont souvent des fractures provoquées par des traumatismes plus ou moins violents. Quelques enfants ont des *fractures dites spontanées* à l'occasion de traumatismes très légers, insignifiants. Elles se produisent parce qu'il existe une altération des os, ce sont, des *fractures pathologiques*, disait Broca. Nous en avons observé trois cas depuis le mois de janvier.

Le premier enfant est né le 10 mars 1924, à huit mois, avec un poids de 2 k. 500, d'une mère peut-être tuberculeuse et d'un père chétif. Il a été allaité par sa mère jusqu'à trois semaines, puis au lait de chèvre et au lait de vache à la campagne ; il a eu de la diarrhée.

A 5 mois, on constate une *fracture de l'humérus droit*, survenue sans traumatisme appréciable.

On nous l'amène, le 19 janvier, parce qu'il maigrit, paraît souffrir et ne remue pas ses membres inférieurs. Il a alors 10 mois.

C'est un grand hypotrophique, sa taille de 50 centimètres et son poids de 4 k. 600 sont ceux d'un enfant de 2 mois et demi environ, un peu maigre.

La peau est pâle, les muqueuses sont décolorées. On voit un érythème fessier qui, au premier abord aurait pu faire songer à la syphilis, mais qui guérit par des pansements simples. On constate des petits ganglions cervicaux et axillaires, des ganglions inguinaux plus gros, conséquence des lésions cutanées.

Le crâne est déformé, les veines épicraniennes sont volumineuses. Les bosses frontales et pariétales sont saillantes. Il y a une ébauche de crâne natiforme. La fontanelle antérieure est grandement ouverte et les os sont mous, le long des sutures.

Le thorax est rétréci à sa partie moyenne ; il existe un chapelet costal très apparent.

L'humérus droit présente à la partie moyenne une saillie qui paraît être un cal de fracture.

Les extrémités inférieures des fémurs, les chevilles sont épaisses ; on sent des bourrelets sus-malléolaires.

Les diaphyses des fémurs présentent, surtout à gauche, des incurvations à convexité antérieure. Les tibias, surtout le gauche, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, sur leur face antéro-interne, portent des saillies ressemblant à des exostoses. Les péronés ont des incurvations à concavité externe.

Le bras gauche, les membres inférieurs conservent l'immobilité. Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés.

Le foie a un volume normal ; la rate est un peu grosse (5 cm. 5 × 4 cm.).

Le testicule gauche est petit et dur ; le droit un peu gros.

La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H8), le Hecht sont négatifs.

M. Duhem pratique la radiographie des membres inférieurs : les épiphyses inférieures des fémurs et des tibias sont épaisses ; les péronés présentent des coudures à angle externe obtus ; au sommet de l'angle on voit un trait de *fracture*, sans déplacement des fragments.

L'examen du sang, fait par M. René Mathieu, révèle une anémie assez forte : 3 millions de globules rouges, 13.000 leucocytes, 45 % d'hémoglobine, avec une valeur globulaire de 0,45. Il y a une lymphocytose manifeste (57 %), avec hypopolynucléose (32 %), présence d'hématies nucléées (7 normoblastes pour 100 leucocytes), de l'anisocytose, de la poïkilocytose, de la polychromatophilie.

Des frictions mercurielles ne réactivent pas la réaction de Bordet-Wassermann, qui reste négative (H8), ainsi que le Hecht.

Entre temps, l'enfant est pris de fièvre et une broncho-pneumonie se déclare. Il se cachectise.

Le 13 février, nous constatons une *fracture* spontanée de l'humérus gauche, se traduisant par de la douleur, une mobilité anormale, de la crépitation osseuse.

L'enfant meurt le lendemain. Nous n'avons pu pratiquer son autopsie.

Somme toute, il sagit d'un prématuré, présentant de l'hypotrophie staturale et pondérale, de l'anémie. De plus, il a eu trois fractures (humérus, péronés). Il est probable que cet enfant était un hérédo-syphilitique, de par les déformations acraniennes, la splénomégalie, les altérations du sang : mais les réactions sérologiques ont été négatives, même après réactivation.

Voici la deuxième malade, qui est couchée à la salle Parrot.

Elle est née le 13 mai 1923.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien à noter. Elle a été nourrie au sein jusqu'à un mois

et demi, puis au lait de vache coupé et au lait condensé, enfin avec des bouillies et des purées.

Elle entre le 15 février, à l'âge de 21 mois.

Elle est petite et maigre, mesure 64 cm. et pèse 6 k. 400, comme une enfant de 6 mois. Elle est pâle ; ses conjonctives sont décolorées. Sa tête est grosse, avec des bosses frontales saillantes, une fontanelle antérieure ouverte. Le thorax est rétréci dans sa partie moyenne ; évasé en bas, avec un chapelet costal.

Les diaphyses des membres supérieurs sont incurvées, surtout celles de l'avant-bras gauche ; les épiphyses des poignets sont tuméfiées. Nous constatons au niveau de l'avant-bras gauche une déformation angulaire, saillante sur la face postéro-externe ; il paraît exister une *fracture*.

Les bourrelets sus-malléolaires sont épaissis.

Le fémur droit, à la partie supérieure de la diaphyse, présente un angle très accusé, ouvert en dedans et en arrière : il y a manifestement une *fracture*.

Le tibia et le péroné droits sont très incurvés, à convexité antéro-externe : il y a une fracture à l'union des tiers supérieur et moyen.

La dentition est retardée : cette enfant a seulement cinq incisives, d'apparence normale.

L'abdomen est gros et mou, le foie déborde de deux travers de doigt le rebord costal. La rate est grosse, elle déborde de trois travers de doigt et mesure 6 cm. × 3 cm. 5.

Les selles sont pâles et fétides. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La cutiréaction est négative, le Bordet-Wassermann douteux dans le sang (H6), négatif dans le liquide céphalo-rachidien (H8). Il est négatif (H8) avec le sang de la mère.

Sur les radiographies, nous voyons : une *fracture* avec petit cal du radius gauche, à l'union des tiers moyen et inférieur ; une *fracture* de la partie moyenne du fémur droit, avec chevauchement des fragments ; des *fractures* incomplètes du tibia et du péroné droits, avec une grande incurvation, mais sans déplacement.

Comparés au squelette d'un enfant normal, les os de la malade sont plus transparents ; la corticale est amincie. Les points épiphysaires d'ossification font défaut alors qu'ils sont bien développés chez un enfant de 20 mois pris comme point de comparaison.

Quelques jours après débute une rougeole pour laquelle l'enfant quitte la salle Parrot.

La malade est revenue le 15 mars ; on lui a mis des appareils pour ses fractures et on a prescrit une alimentation mixte.

L'examen du sang pratiqué par M. René Matthieu montre une anémie moyenne, avec 3 millions 520.000 globules rouges et 70 % d'hémoglobine, 8.000 leucocytes avec 54 % de polynucléaires, sans formes anormales. Le Bordet-Wassermann (H8) est négatif, le Hecht très légèrement positif.

Actuellement, l'état général est meilleur, mais le poids reste faible (6 kil. 600). Les fractures semblent consolidées. Sur les radiographies les fragments du fémur sont rapprochés, mais chevauchent encore ; l'aspect des tibias et des péronés est resté le même.

Donc, nous nous trouvons en présence d'une enfant atteinte d'hypotrophie pondérale et staturale, de rachitisme, de quatre fractures et d'autres altérations osseuses.

Est-elle syphilitique ? Le crâne, l'hypertrophie splénique, plaideraient en ce sens. Mais les modifications peu importantes du sang, deux Bordet-Wassermann et deux Hecht négatifs, l'amélioration sans traitement spécifique imposent des réserves.

La troisième malade est actuellement dans le service de la scarlatine.

Elle est née le 13 août 1921, de parents bien portants, prématurément, à 8 mois et demi, avec un poids de 2 kilos. Elle a été élevée au sein par sa mère. Elle a eu la coqueluche et la rougeole à 4 et 5 mois.

Les premières dents sont apparues tardivement, à 12 mois. L'enfant a fait ses premiers pas à 2 ans et demi et a toujours mal marché.

Le 20 décembre 1924, à l'âge de 3 ans et 4 mois, l'enfant tombe du lit ; à partir de ce moment, elle ne peut plus marcher, ni se servir du bras droit.

C'est pour ces symptômes que la mère nous l'amène le 23 février, à l'âge de 3 ans et demi.

Nous trouvons une enfant petite et maigre, mesurant 77 cm., pesant 9 kil. 800 ; elle a la taille de 20 mois, le poids d'un an.

Le crâne, le thorax, les dents sont normaux ; la première dentition est complète.

Au niveau des humérus, on constate de grosses déformations symétriques, siégeant au tiers moyen ; l'os paraît épaissi, avec une saillie angulaire en dehors et en arrière ; il n'y a ni douleur ni mobilité anormale.

Les os de l'avant-bras gauche, à leur partie moyenne sont épaissis et présentent des déformations angulaires à sommet externe. Les os de l'avant-bras droit sont épaissis à leur partie moyenne.

La hanche droite paraît épaissie.

Les tibias paraissent douloureux à la palpation ;

on constate une saillie à l'union des tiers moyen et inférieur.

La force musculaire ne paraît pas diminuée.

Les réflexes pupillaires sont conservés.

Les sclérotiques présentent une légère teinte bleutée, qui semble plus accentuée qu'elle ne l'est chez nombre d'enfants du même âge.

L'examen des organes ne décèle rien de particulier.

Le Bordet-Wassermann (H7), est négatif, le Hecht légèrement positif. Chez la mère, le Bordet-Wassermann est négatif (H8) et le Hecht très légèrement positif.

Les radiographies montrent des *fractures* avec déplacement des deux humérus au tiers moyen, avec des cals déjà volumineux.

Le radius et le cubitus gauches présentent au tiers moyen des *fractures* avec épaississement des os.

Le radius droit présente au tiers moyen un épaississement sous-périosté, le cubitus droit une *fracture* sans déplacement.

Les tibias présentant des fractures sans déplacement, avec cal du côté gauche, à l'union des tiers moyen et inférieur.

D'une façon générale, les diaphyses et les épiphyses apparaissent plus claires que des os normaux.

M. DUHEM constate que les réactions électriques des muscles, des membres et des gouttières vertébrales sont normales.

Un mois environ après l'entrée à l'hôpital, le 28 mars, débute une scarlatine qui évolue régulièrement. Cette maladie terminée, nous avons poursuivi quelques recherches complémentaires.

Le sang contient 4.440.000 globules rouges, avec 75 % d'hémoglobine. Il y a 23.400 leucocytes, dont 53 polynucléaires pour 100, sans formes anormales.

Un deuxième Bordet-Wassermann est négatif (H8), le Hecht très légèrement positif.

Les urines contiennent des traces d'albumine, pas de sucre.

De nouvelles radiographies, faites le 22 avril, montrent : au niveau des humérus, des fragments en place, des déformations angulaires, des gros cals sous-périostés ; pour le radius gauche, une déviation moindre, une fracture qui paraît consolidée ; sur les tibias, des fractures qui paraissent consolidées sans grand déplacement, avec des cals peu volumineux.

Actuellement l'état général s'améliore de jour en jour, bien qu'aucun traitement spécial n'ait été institué.

Somme toute, il s'agit d'une enfant de 3 ans et demi, née prématurément, atteinte d'une fragilité osseuse se traduisant par des fractures multiples des os des membres. Il n'existe qu'un léger rachitisme.

Nous ne trouvons aucun signe clinique ni sérologique en faveur de la syphilis. Dans les antécédents, il n'existe pas d'hérédité similaire.

***

Voici donc trois enfants présentant des fractures survenues sans traumatisme important, parce qu'ils ont de la FRAGILITÉ OSSEUSE.

La fragilité osseuse s'observe dans des circonstances diverses. BROCA, dans sa *Chirurgie infantile*, publiée en 1914, distingue deux groupes de faits : ceux dans lesquels la *fragilité est la conséquence de lésions localisées des os*, et ceux dans lesquels la *fragilité résulte d'une altération diffuse du squelette*.

Dans le PREMIER GROUPE la fragilité est due à une *lésion localisée d'un os* ; ailleurs l'os est sain et présente une résistance normale. Dans certains cas du reste, il peut exister plusieurs lésions localisées soit sur un même os, soit sur plusieurs os ; il se produit alors plusieurs fractures. Ces lésions sont les gommes syphilitiques, les ostéo-chondrites diaphyso-épiphysaires des nouveau-nés et des jeunes nourrissons, qui réalisent la pseudo-paralysie syphilitique de PARROT dont je vous ai parlé dans une leçon du 17 janvier sur les *Arthropathies hérédo-syphilitiques de la première enfance* ; ce sont encore les ostéo-myélites nécrosantes, l'ostéosarcome primitif, le cancer secondaire des os.

Plus intéressant est le SECOND GROUPE de faits. Ici les altérations atteignent des os plus ou moins nombreux ; leur fragilité est diffuse ; il n'y a pas de différence entre le point fracturé et les autres parties de l'os ou les autres os.

Je cite pour mémoire les troubles trophiques consécutifs à l'immobilisation prolongée pour une coxalgie ou une luxation congénitale de la hanche, et ceux qu'entraînent certaines affections du système nerveux, l'hémiplégie, la paralysie infantile. En pareilles circonstances, on peut voir des fractures spontanées, mais elles sont en réalité assez exceptionnelles.

En dehors de ces cas, vous rencontrerez deux catégories d'enfants : les uns présentent des *déformations des os* dont l'exagération aboutit à la fracture ; les autres ont une *fragilité osseuse occulte* dont la fracture est le symptôme révélateur.

Les *déformations des os précédant la fracture* sont dues au *rachitisme* ou à l'*ostéomalacie*.

Les *os rachitiques* présentent une certaine fragilité ; les fractures traumatiques sont assez fréquentes chez les petits rachitiques de 2 ou 3 ans qui commencent à marcher.

Quand le rachitisme est *grave*, il entraîne des incurvations parfois considérables de la diaphyse du fémur, des os de la jambe, de l'humérus, des os de l'avant-bras, des clavicules ; elles témoignent de la mollesse et de la flexibilité des os. Alors surviennent des *fractures presque spontanées*. Elles se produisent à l'occasion d'une légère chute, d'un mouvement brusque, parfois même au lit.

Ce sont généralement des fractures sous-périostées : il n'y a pas de déplacement, pas de crépitation osseuse, de mobilité anormale et on ne doit d'ailleurs pas rechercher ces signes. Le seul symptôme est la douleur ; elle est peu caractéristique, car les rachitiques ont souvent les os douloureux. Seule la radiographie permet d'affirmer l'existence de ces fractures.

Toutes les fractures dites spontanées des rachitiques ne sont pas sous-périostées ; il se produit parfois des fractures complètes, avec déplacement et déformations plus ou moins importantes, et avec les signes ordinaires.

Les fractures spontanées peuvent être multiples.

Ces fractures se consolident lentement, avec un gros cal sous-périostique fusiforme, formé de tissu spongoïde exubérant. Quelquefois, écrit Broca, le volume du cal est tel qu'il fait penser à un ostéosarcome.

De temps en temps, on observe des faits de ce genre dans la grande enfance et même la jeunesse. On parle alors de *rachitisme tardif*. Il se produit de grandes incurvations par ramollissement des os, rappelant les déformations de l'ostéomalacie. La nature de ces processus est encore mal élucidée.

L'*ostéomalacie* est infiniment plus rare que le rachitisme ; elle se rencontre surtout après 8 ans ; les os s'incurvent et le terme ultime du ramollissement de l'os est une fracture spontanée.

Dans le rachitisme et l'ostéomalacie, il y a d'abord ramollissement et flexibilité anormale de l'os ; « les fractures, écrit Broca, ne sont que le résultat d'une flexibilité anormale ».

Dans la seconde catégorie de faits, *chez les enfants qui ont une fragilité osseuse occulte*, la fracture, au contraire, se produit d'emblée sans déformation préalable de l'os ; elle est le premier symptôme de la fragilité. « Les os, écrit Broca, se brisent comme du verre ; aucun ne s'incurve ».

Les faits de ce genre sont connus depuis longtemps. Mais c'est en 1825 que Lobstein les a décrits sous l'appellation d'*ostéopsathyrosis idiopathique*, du grec ψαθυρός, friable.

On les qualifie encore de *fragilité osseuse idiopathique, essentielle, constitutionnelle, congénitale*. L'expression *maladie de Lobstein* ne préjuge rien de l'étiologie ni de la pathogénie.

La première fracture peut se produire pendant la vie intra-utérine ou pendant les premiers jours, les premières semaines, les premiers mois de la vie ; le plus souvent, c'est dans le courant de la deuxième ou de la troisième année qu'elle survient.

Elle se produit plus rarement après 6 ou 7 ans et exceptionnellement chez l'adulte. D'après Gurlt elle se produirait même chez des vieillards ; mais il s'agit alors d'un autre processus, de l'*ostéoporose sénile*.

Puis d'autres fractures se font.

Ces fractures sont presque spontanées ; elles se produisent sous des influences très minimes : une chute du lit, une chute en marchant, un mouvement brusque. On voit même des cas où le chirurgien, en faisant une tentative de réduction d'une fracture, en provoque une seconde.

Généralement les fractures sont sous-périostées et ne se révèlent que par une douleur localisée et l'impotence du membre. Quelquefois la fracture est complète, avec déplacement et se traduit par les signes habituels.

La consolidation est rapide ; elle se fait sans cal, quand la fracture est sous-périostée, avec un cal plus ou moins volumineux et avec une déformation du membre, quand il y a déplacement.

En général donc les fractures comme l'a fait remarquer Broca, considérées en elles-mêmes, ont un pronostic favorable ; malgré leur multiplicité, elles n'entraînent ni déformation ni pseudarthrose ; assez rarement elles entraînent des infirmités relatives.

Les enfants atteints de maladie de Lobstein peuvent être mort-nés ou mourir pendant les premiers jours, les premières semaines ou les premiers mois de la vie, généralement de maladies infectieuses. Assez souvent ils survivent ; les fractures se reproduisent à intervalles plus ou moins longs et en plus ou moins grand nombre : on compte 10, 20, 30, 40, 50 fractures et même davantage. Mais la fragilité osseuse diminue et les fractures deviennent de moins en moins fréquentes avec l'âge. En général, quand le sujet a dépassé la puberté ou a atteint l'âge adulte, il n'a plus de fractures spontanées.

En dehors des fractures, la maladie de Lobstein présente quelques symptômes intéressants.

L'*habitus général* est différent suivant les malades.

Dans un certain nombre de cas, il est normal. Un garçon de 2 ans dont MM. Pierre Vallery-Radot et Aris ont communiqué l'observation, le 17 juin 1924, à la *Société de Pédiatrie*, était bien portant et avait une taille et un poids normaux.

Une fille de 11 ans présentée par MM. Apert et Cambessédès, le 16 mars 1920, à la même Société, avait eu, de 5 à 10 ans, seize fractures ; elle était bien développée et bien portante.

Assez souvent le développement est retardé ; les enfants présentent de l'hypotrophie staturale et pondérale et sont chétifs.

MM. Lesné et Langle ont présenté, le 15 juin 1920, à la *Société de Pédiatrie*, un garçon de 12 ans ; il avait des fractures à la naissance et depuis avait eu 29 fractures ; il mesurait 108 cm. et pesait 18 kil. Mais il était syphilitique.

L'exiguïté de la taille peut s'expliquer parfois dans une certaine mesure, par les déformations qu'entraînent des fractures multiples des membres inférieurs. Le plus souvent, il existe une insuffisance de la croissance staturale, que certains auteurs attribuent à un trouble du processus d'ossification enchondrale au niveau des cartilages de conjugaison. Mais l'ossification enchondrale est peu touchée en général.

Le *crâne* a un volume et une conformation normaux, ou bien il est volumineux et d'une forme particulière qui tient probablement aux actions extérieures : assez souvent, il est aplati de haut en bas, élargi transversalement, les régions temporales faisant saillie.

Tantôt l'ossification du crâne est normale à la naissance et ultérieurement ; tantôt le crâne est mou, il donne l'impression d'une mosaïque de plaques osseuses disséminées et l'ossification se poursuit lentement.

Rarement on trouve de l'hydrocéphalie. Il n'y a pas de déformations rachitiques du thorax et des os des membres.

Chez certains malades, on note la *coloration bleue des sclérotiques* ; elle n'est pas toujours facile à apprécier, car une teinte bleutée des sclérotiques n'est pas rare chez les petits enfants. Dans les cas les plus typiques, la coloration bleue est bien caractérisée. Chez leur malade, MM. Apert et Cambessédès notent « une teinte bleue-noirâtre très foncée » comparable à celle de la « porcelaine de Rouen » ; cette teinte était disposée par zones concentriques à l'iris.

La *surdité* est assez fréquente ; elle débute à l'âge adulte, augmente progressivement, mais ne devient pas complète.

Souvent il y a une *laxité particulière* des ligaments qui facilite les *luxations*.

Les *réactions électriques des muscles* ont été peu étudiées. Chez un enfant soigné par le Pr Hutinel, MM. Larat, Roger Voisin et Léon Tixier ont constaté la réaction de dégénérescence.

Je vous rappelle que, chez la troisième de nos malades, M. Duhem a trouvé des réactions normales. Il me paraît donc prématuré de rapprocher, comme le fait M. Léri dans le *Nouveau Traité de Médecine*, l'ostéopsathyrose de l'ostéoporose myopathique.

L'ostéopsathyrose n'est pas très fréquente ; toutefois les observations en sont trop nombreuses pour pouvoir être citées.

Elle se rencontre dans tous les *pays*, surtout, semble-t-il, dans l'Allemagne du Nord, l'Angleterre, l'Amérique septentrionale.

Si le *sexe* n'a pas d'importance, l'*âge* en a une très grande. C'est une maladie de l'enfance, qui se manifeste, nous l'avons vu, dès la naissance.

C'est souvent une *affection familiale*.

Il y a des familles où elle se rencontre dans plusieurs générations successives. Des observations ont été publiées par Erckmann, Goddart, Greenish, Schields, Broca, etc.

M. Bronson, dans *Edimburg Medical Journal* d'avril 1917, a publié l'histoire de deux familles dans lesquelles la fragilité osseuse a été constatée pendant 3 ou 4 générations. Voici l'une d'elles.

Un homme présente une série de fractures, à partir de 16 ans ; il a des sclérotiques bleutées, une légère surdité. Sa sœur a également des fractures spontanées et des sclérotiques bleues. Cet homme a six enfants : deux filles sont normales ; quatre autres filles présentent la même symptomatologie que le père.

A la troisième génération, les enfants des filles normales sont normaux, tandis que les filles malades ont des enfants, qui sont quelques-uns normaux, les autres atteints de fractures et de sclérotiques bleues.

A la quatrième génération, les enfants se comportent de la même façon.

Dans cette famille, il convient de remarquer que : 1° les sujets atteints peuvent avoir de nombreux enfants, les uns normaux, les autres tarés ; ils ne sont donc pas stériles ; 2° les sujets tarés sont des filles et des garçons. Il n'y a donc pas à comparer, avec Gurlt, Greenish et Harnan, l'hérédité de la fragilité osseuse à celle de l'hémo-

philie congénitale qui frappe les mâles et se transmet par les filles ; 3° on trouve associées chez les mêmes sujets, des fractures, des luxations, des sclérotiques bleues et de la surdité, tandis que les sujets non atteints de fractures ne présentent aucun de ces symptômes.

Voici donc un premier mode d'hérédité.

Dans une seconde modalité d'hérédité, on ne retrouve pas de fragilité osseuse chez les ascendants, tandis qu'elle existe chez plusieurs frères ou sœurs.

Un exemple est fourni par la malade de MM. Apert et Cambessédès : elle appartient à une famille d'Israélites polonais où, sur 5 enfants, 3 ont de la fragilité osseuse et des sclérotiques bleues, alors que les parents sont bien portants.

L'hérédité n'est pas constante : la fragilité peut être isolée. Nos malades en sont des exemples.

Parmi les facteurs héréditaires, il faut toujours rechercher la syphilis. Dans bien des observations, son absence est mentionnée expressément.

Dans quelques cas, son existence est certaine. Le garçon de 12 ans soigné par MM. Lesné et Langle avait deux Bordet-Wassermann positifs ; son père avait eu un chancre deux ans avant le mariage ; sa mère avait un Bordet-Wassermann positif, et une sœur de 16 ans avait une kératite interstitielle.

Dans d'autres cas enfin on peut ou on doit penser à la syphilis, sans qu'il soit permis de l'affirmer.

MM. Henri Lemaire et Cochez ont présenté à la *Société de Pédiatrie*, le 17 juin 1924, l'observation d'une fille de 9 mois qui avait eu 10 fractures spontanées ; elle avait une splénomégalie énorme, mais un Bordet-Wassermann négatif.

Une fille de 19 mois, dont MM. Babonneix et Peignaux ont parlé à la *Société de Pédiatrie*, le 20 mai 1924, était née avec des fractures multiples ; elle présentait du retard dans son développement physique et intellectuel et elle était hydrocéphale. Elle était, en conséquence, peut-être syphilitique.

Mais on ne peut l'affirmer, car la syphilis n'est pas la seule cause d'hydrocéphalie. Témoin l'observation rapportée par M. Léon Dufour, de Fécamp, à la *Société de Pédiatrie*, le 15 octobre 1907 : un enfant de 9 ans a des fractures multiples et une hydrocéphalie ; il est le onzième enfant et tous sont vivants. Il n'existe pas de syphilis.

D'ailleurs, la constatation de la syphilis ne prouve pas que la fragilité osseuse soit une affection de nature syphilitique. La syphilis lèse les os avec une grande fréquence, elle détermine des gommes osseuses, des ostéochondrites, des périostites ossifiantes ; mais rare est la *forme ostéomalacique, ostéoclasiante.*

M. Péhu et Mme Enselme, dans le *Journal de Médecine de Lyon* du 5 novembre et du 5 décembre 1924 en citent 3 cas, les seuls qu'ils aient rencontré aux cours de leurs recherches *sur la syphilis des os longs dans la première enfance.* Cette forme se caractérise « par un ramollissement anormal et des déformations accusées des membres, des fractures diaphysaires, quelquefois multiples et des signes radiologiques et cliniques accusés, indubitables de rachitisme ».

A l'autopsie, on constate « des fractures complètes avec cals, la fragilité de la corticale, l'élargissement du canal médullaire, rempli de moelle diffluente, rouge-groseille ». Cette forme de syphilis semble être « une altération d'ordre général, retentissant sur le système médullaire de l'os et amenant des lésions de décalcification ou de médullisation, ce qui entraîne sans doute la mollesse et la fragilité particulière du squelette ».

Les caractères cliniques et les lésions de la syphilis osseuse ne sont donc pas de même ordre que les caractères cliniques que j'ai étudiés tout à l'heure, et les lésions, dont je vais parler, de la maladie de Lobstein.

Il est possible que la syphilis intervienne dans cette dernière, mais par un processus indirect, que l'on pourrait rattacher à la parasyphilis ou à la métasyphilis.

Le *rachitisme* manque souvent chez les enfants atteints de maladie de Lobstein. Assez souvent il coexiste ; rien de surprenant, étant donné sa fréquence. Mais le rachitisme est une maladie acquise, alors que la fragilité osseuse est d'origine congénitale et il n'est pas rare que cette dernière se rencontre chez des enfants élevés au sein, soumis à une bonne hygiène alimentaire et générale, dans des conditions où le rachitisme ne se développe guère.

En somme, nous ne savons pour ainsi dire rien de l'étiologie de la maladie de Lobstein.

Les lésions des os peuvent être étudiées sur les radiographies et aux autopsies.

Sur les *radiographies* on peut remarquer de l'amincissement de la couche corticale, compacte, une opacité moindre de la zone centrale de tissu spongieux, parfois un agrandissement de la cavité médullaire.

Les protocoles des *autopsies* ne concordent pas. D'après Lobstein, Enderlin, Lange, etc. les os présentent des altérations superposables à celles que révèle la radiographie.

A l'autopsie d'un bébé de 3 mois et demi relatée dans *Rivista di Clinica pédiatrica* de mai 1920,

M. Gino FRONTALI a constaté l'absence de substance osseuse compacte ; il a remarqué que le tissu spongieux présente des trabécules fibreuses rappelant l'os spongieux embryonnaire, sans lamelles osseuses ni canaux de Havers; il a noté la rareté des ostéoblastes, qui sont fusiformes, ont un noyau aplati et dont la fonction ostéogénique paraît réduite, ainsi que la rareté des ostéoclastes.

Ces constatations peuvent, dans une certaine mesure, élucider la PATHOGÉNIE.

Trois hypothèses peuvent être soulevées.

D'après la première, la fragilité osseuse serait la conséquence d'un *trouble du métabolisme calcique*, d'une *hypocalcification constitutionnelle*. De fait, M. BROOKMAN, en 1917, a rapporté des recherches qui plaident en ce sens : il a constaté que la rétention du calcium est inférieure à la normale, à des degrés variables suivant les cas.

Mais la plupart des médecins ne partagent pas cette opinion. En général, le métabolisme du calcium est normal. SCHWARTZ, en 1913, dans l'*American Journal of Disease of Children* et FONTALI ont constaté le fait. MM. H. LEMAIRE et COCHEZ, chez la fille de 9 mois, dont j'ai parlé tout à l'heure, ont dosé, dans le sang, 10 milligrammes de Ca % ; MM. Pierre VALLERY-RADOT et ARIS ont dosé, chez leur garçon de 2 ans, 11 milligr. 5 de Ca et 17 milligr. 5 de Ph % ; or ces quantités sont normales.

Il n'y a donc pas de troubles du métabolisme calcique dans l'ostéopsathyrose.

La deuxième hypothèse invoque un processus de *résorption osseuse exagérée*, une sorte d'ostéoporose, mais cette interprétation ne cadre pas avec les faits et en particulier avec la rareté des ostéoclastes.

La troisième hypothèse qui est plus vraisemblable, attribue l'ostéopsathyrose à une *insuffisance congénitale des ostéoblastes*, cellules chargées d'élaborer l'osséine et les matières minérales entrant dans la constitution du squelette. Cette opinion est celle de M. FRONTALI. L'insuffisance des ostéoblastes a pour conséquence une formation défectueuse des lamelles calco-magnésiennes.

Mais l'anomalie ne porte non seulement sur les os ; elle atteint, d'une façon générale, *tous les tissus fibreux*.

Elle entraîne la *minceur des sclérotiques* qui, sur les coupes, ont le tiers ou la moitié de l'épaisseur normale. Cette minceur explique leur coloration bleue en laissant transparaître la pigmentation noire de la choroïde ; il est démontré, en effet, que le pigment noir, vu à travers le tissu fibreux, prend une teinte bleu-noirâtre.

Elle entraîne également une structure anormale du *tympan* et la faiblesse des *ligaments des osselets*, ce qui explique la surdité.

Elle explique la laxité des *ligaments articulaires*, d'où la fréquence des *luxations*.

La maladie de Lobstein, telle que je viens de la décrire, ne constitue pas, semble-t-il, une affection complètement isolée. Il existe certaines analogies entre elle d'une part, l'OSTEOGENESIS IMPERFECTA, décrite par VROLICH, en 1849, et la DYSPLASIE PÉRIOSTALE, étudiée par PORAK et DURANTE en 1894, d'autre part. Ces affections toutefois offrent quelques différences qui ne permettent pas, jusqu'à nouvel ordre, de les confondre.

Dans l'*osteogenesis imperfecta* le crâne est extrêmement mou ; il a souvent la consistance d'un parchemin parsemé de petites plaques osseuses ; peut-être les cas de fragilité osseuse rattachés à la maladie de Lobstein, où cet aspect du crâne est signalé, sont-ils de l'osteogenesis imperfecta. Dans celle-ci, les os sont grêles, présentent des fractures spontanées multiples, qui les déforment. Il s'agit d'ailleurs d'un état congénital. Souvent l'enfant est mort-né ou meurt jeune ; la survie ne dépasse guère deux ou trois ans.

Les os longs ont un cortex très mince et une cavité médullaire très agrandie. On explique cette altération par une diminution de l'ostéogénèse périostale et enchondrale.

La *dysplasie périostale* entraîne des fractures très nombreuses ; DURANTE en a compté 250 ou 300 dans un cas. Un caractère particulier est la micromélie : les membres sont courts, trapus, comme ceux des achondroplasiques. Les os longs ont une très grande flexibilité et sont incurvés ; la voûte cranienne est incomplètement ossifiée. On admet, ici encore, un trouble de l'ossification périostale avec absence de formation d'os compact.

Il convient de noter que dans la maladie de Lobstein, il n'y a ni micromélie ni incurvation des os.

Il n'est donc pas permis de conclure actuellement si ces différents états congénitaux sont ou non de même nature et doivent être ou non confondus.

La question se pose de savoir si le vice congénital de l'ossification, qui entraîne la fragilité osseuse, est primitif ou secondaire à des troubles fonctionnels d'autres organes influençant la formation de l'os. On a pensé à l'intervention de TROUBLES ENDOCRINIENS.

Le *corps thyroïde* ne semble pas en cause. Cliniquement on ne trouve pas de signes d'hypothy-

roïdie, et d'ailleurs nous voyons souvent des enfants atteints de myxœdème congénital : ils n'ont pas de fractures spontanées. Enfin STILLING, JOHN, BALLENTYNE, etc. n'ont pas trouvé *de lésions glandulaires*.

KLOSE invoque un *trouble* de l'*hypophyse*, parce que, d'après certains physiologistes, le lobe postérieur exercerait une action régulatrice sur le métabolisme du calcium et du magnésium. Mais les fonctions de l'hypophyse sont encore trop mal connues pour qu'on puisse lui attribuer un rôle dans la fragilité osseuse.

On invoque encore un trouble dans les fonctions du *thymus*. M. FRONTALI, chez le bébé de 3 mois qu'il a autopsié, a trouvé un thymus atrophié et sclérosé, alors que les autres glandes endocrines étaient normales. Mais il faut se rappeler que la dénutrition est capable d'entraîner de telles modifications du thymus. Quant à l'influence du thymus sur les processus d'ossification, elle est très diversement appréciée par les expérimentateurs.

En somme l'étiologie et la pathogénie de la fragilité osseuse restent incertaines ; elles ne sont pas encore élucidées.

Il est donc difficile d'instituer un TRAITEMENT basé sur des indications précises.

S'il y a lieu, on traite le *rachitisme*, l'*ostéomalacie*, la *syphilis*.

Contre la *fragilité osseuse dite essentielle*, on cherche, à défaut de mieux, à recalcifier, l'organisme par les sels de chaux et de magnésie, par l'exposition aux rayons ultra-violets. On prescrit l'opothérapie thyroïdienne, surrénale et thymique. On conseille surtout l'héliothérapie, la thalassothérapie, les cures aux eaux chlorurées sodiques de Salins-du-Jura, La Mouillère-Besançon, Salies-de-Béarn, Biarritz-Briscous, etc. On pose naturellement les appareils convenables pour le maintien en bonne position des os fracturés.

L'essentiel est de mettre les enfants dans de bonnes conditions hygiéniques, de leur donner un alimentation bien comprise, de stimuler leur nutrition, pour leur permettre d'atteindre sans encombre l'âge de la puberté qui, souvent, mais pas toujours, met un terme à la fragilité des os et à la répétition des fractures.

***

Somme toute, la *fragilité osseuse* et les *fractures dites spontanées* des enfants relèvent de deux grands processus : les uns, dépendant du rachitisme et de l'ostéomalacie, entraînent le ramollissement des os longs ; les autres, d'origine congénitale, entraînent des troubles de l'ossification périostale et une fragilité diffuse sans ramollissement préalable.

Mais en clinique, les faits sont souvent complexes, car à la fragilité congénitale peut s'associer un processus rachitique qui rend difficile leur interprétation. Nos malades offrent des exemples de ces difficultés ; mais chez tous la précocité des fractures et les caractères cliniques permettent de penser à une fragilité osseuse congénitale, même quand il existe, comme chez le deuxième, des déformations rachitiques accentuées.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Pr HARTMANN.

Pyélo-néphrite calculeuse.

Cette malade entre à l'hôpital pour des douleurs dans l'hypochondre droit, irradiant dans l'épaule droite. Ces douleurs surviennent par crises, et elle a déjà eu cinq crises douloureuses accompagnées de vomissements. Avant chaque crise la quantité des urines diminue beaucoup et les urines deviennent foncées. Il s'agit d'infection rénale calculeuse. Elle a déjà été opérée en juillet 1924, par un chirurgien qui avait constaté que ses urines contenaient du pus. Nous manquons de renseignements sur cette opération.

Toujours est-il que récemment, la malade fut réveillée brusquement dans la nuit, par une douleur siégeant dans le flanc droit. Vers quatre heures du matin, après un lavement qui ramena quelques matières ayant la forme d'olives, elle eut des vomissements de bile qui ont duré jusqu'à son entrée à l'hôpital. La température est montée à 39°, 39°4. Ces accidents durèrent quelques jours puis la malade expulsa, en urinant, l'énorme calcul que je vous présente. Les douleurs ont cessé et la température est tombée immédiatement.

C'est une malade qui avait une pyélonéphrite calculeuse, qui a présenté des coliques néphrétiques, et à la suite a expulsé son calcul. Il faudra faire une radiographie pour savoir s'il n'y a pas d'autres calculs. En tout cas, en ce moment la malade se trouve très bien. Ce calcul est plus gros que les calculs qu'on voit généralement descendre dans l'uretère. Des calculs du volume d'un noyau de datte, s'arrêtent souvent dans l'uretère et il faut opérer. Le cas actuel nous montre qu'on peut rendre des calculs assez gros.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Le traitement des diarrhées.

Des indications générales commandent le traitement soumis ensuite à des variations particulières dépendant de chaque forme. Du livre de M. Fr. Moutier (*Maladies des Intestins*, Poinat, édit.), nous détachons ces conseils dont nous développerons certaines données.

a) *Crise aiguë de diarrhée, repos absolu, diète hydrique, compresses humides chaudes* sur l'abdomen.

Si les douleurs sont vives : II gouttes de *laudanum* dans une cuillerée d'eau toutes les deux heures et jusqu'à sédation. Les hautes doses de laudanum risquent d'exagérer la rétention des substances nocives.

Si des vomissements sont liés aux réactions coliques, quelques cuillerées à café de *glace pilée*.

S'il s'agit de diarrhée fécaloïde vraie du type cholérine le *sulfate de soude* (10 à 20 gr.), le *sel de Seignette* (10 à 20 gr.) pris à jeun évacueront les produits toxiques et amèneront l'amélioration.

L'orage initial apaisé, donner des farines à l'eau, du riz à l'eau, des confitures en gelée. Plus tard, biscottes, nouilles à l'eau, pommes de terre à la vapeur avec une faible quantité de beurre frais. A la convalescence, poisson bouilli, puis viandes maigres.

b) *Diarrhées chroniques.* — Tout d'abord repos au lit, rendre confiance et faire observer le régime. On se rappellera que les viandes et l'albumine exagèrent l'alcalinité du milieu intestinal, propice aux putréfactions. De plus, que tout aliment est d'autant mieux toléré qu'il est plus cuit. Il faut se garder de trop prolonger un régime d'ordre spécial. Le régime exclusif des hydrates de carbone peut amener des diarrhées de fermentation. D'autre part, si un traitement ou un régime prescrits ne rendent pas ce qu'on attend d'eux, il s'agit de troubles de nature nerveuse ou d'origine spécifique (dysenterie passée inaperçue).

En tous cas, les œufs et le lait sont mal tolérés. Le *kéfir* et le *yaourt* réussissent néanmoins chez quelques-uns. Comme régime : cacao à l'eau, potages aux farines alimentaires (riz, blé, orge, maïs) préparés à l'eau. Confitures en gelée (coings, groseille, myrtilles), poissons au court-bouillon, citron permis, jambon maigre, blanc de poulet, nouilles à l'eau, un peu de beurre frais pris sur la table. Infusions chaudes de camomille, de tilleul.

Comme médications, la *craie opiacée*. Une cuillerée à café avant le repas de midi et du soir.

Craie préparée	100 gr.
Opium pulvérisé	0 gr. 05

La belladone et la jusquiame augmentent souvent la diarrhée.

On prescrit encore :

Carbonate de bismuth	5 gr.
Tannigène	0 gr. 50

Un paquet à jeun vingt jours de suite.

Le *kaolin* peut être utilisé en place de carbonate de bismuth.

Si les syndromes *dysentériformes* présentent quelque intensité, prescrire les cachets :

Poudre de simarouba	0 gr. 50
Poudre de colombo	0 gr. 25

Pour un cachet n° 30. Un avant les repas.

En cas de *colites ulcéreuses, gonococciques* ou non, lavement au *sérum antigonococcique* (80 à 100 gr.) s'il y a gonococcie ou au *sous-gallate de bismuth* (5 à 10 gr.).

Contre la *dysenterie bacillaire, sérum antidysentérique* (80 cc.), *sulfate de soude* (2 gr. par jour).

S'il s'agit d'*amibiase*, employer l'*émétine* et les *arsenicaux* : injections hypodermiques d'émétine 4, 6, 6, 8 centigrammes en quatre jours.

Puis *sulfarsénol* sous-cutané, 6, 12, 18, puis 6 injections à 24 centigrammes pratiquées de deux en deux jours. Nouvelle série d'émétine.

Puis tous les six mois, pendant deux ans, à quinze jours d'intervalle, deux séries de 4, 6, 6, 6 centigrammes d'*émétine*. En même temps, huit jours par mois, matin et soir, une capsule de 5 centigrammes de *novarsénobenzol*.

La pâte de Ravaut, utile dans les formes très diarrhéiques est un adjuvant précieux.

Les *diarrhées à lamblia* guérissent avec l'emploi du *salicylate de bismuth* (2 à 8 gr.), alterné avec les capsules de *néosalvarsan*. Le *salacétol* (cachets de 0 gr. 50) a réussi également.

Dans les *diarrhées vermineuses*, le *thymol* vient à bout du trichocéphale.

Thymol	0 gr. 50

Pour un cachet, 2 à 3 par jour. Ne pas autoriser l'alcool qui dissout le thymol.

La *tuberculose ulcéreuse* de l'estomac est améliorée par l'*acide lactique* et le *collargol*.

Acide lactique	10 grammes
Elixir parégorique	
Sirop simple	100 —
Eau distillée	1 litre

A prendre par demi-verres.

Collargol	1 gramme
Elixir de Garus	20 —
Glycérine	
Eau distillée	90 —

Trois cuillerées à soupe par jour.

Parfois il s'agit de *diarrhées toxiques* par auto-intoxication. Comment dépister la goutte ? La diarrhée est parfois la première manifestation de l'état goutteux. Nous avons traité pendant dix ans, un sujet diarrhéique. Toutes les médications échouaient. A 60 ans, il eut sa première crise de goutte. Du coup la diarrhée disparut.

D'autres fois, il s'agit d'une *diarrhée urémique*. Régime hydrique et potion si nécessaire d'*acide lactique*.

Les *diarrhées des hépatiques* cèdent au sulfate de soude : 1 gramme à jeun dans un verre d'eau de Vichy (Hôpital).

Les *diarrhées nerveuses* sont amendées par les pansements au *bismuth* (5 à 8 gr. de sous-nitrate (Cod. 1884), à jeun). A partir de 10 grammes, parfois, le bismuth donne des garde-robes diarrhéiques.

Dans le *goitre exophtalmique*, M. MOUTIER se loue de l'emploi de l'*ésérine*. Mieux valent les courants faradiques appliqués sur la thyroïde. Nous avons guéri une basedowienne atteinte de diarrhée depuis de longs mois, par l'emploi exclusif de courants faradiques. La guérison fut immédiate.

S. R.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

La révulsion dans la tuberculose pulmonaire

Par M. le Dr Pierre LOWYS,

Médecin adjoint du Sanatorium de Gorbio (Menton).

A la fin du siècle dernier, un excellent phtisiologue, DAREMBERG écrivait ces lignes : « On doit poursuivre par une révulsion méthodique, quotidienne et répétée les moindres signes de congestion dans les plèvres, dans les bronches et le poumon ». On a trop tendance aujourd'hui à négliger ces sages conseils ; dans un récent traité de médecine (Paris, 1920), l'auteur chargé du traitement de la tuberculose pulmonaire ne souffle mot de la révulsion. Oubli injuste envers une méthode qui a fait ses preuves. Quand un « tubard » souffre d'un violent point de côté, présente un processus plus ou moins actif, est épuisé par une toux incessante, il ne faut pas d'abord introduire dans son organisme des médications calmantes ou soi-disant spécifiques ; respectons cette « place forte » du tuberculeux, son estomac et faisons appel à cette bonne vieille révulsion...

La phrase de DAREMBERG, plus haut citée résume excellemment les indications de cette méthode. Quant à ses contre-indications, elles découlent uniquement de la tendance congestive du patient : pas de révulsion chez tout individu susceptible de cracher du sang. Naturellement, il y a des nuances à cette restriction : on peut utiliser les modes les plus doux de révulsion, en laissant de côté ceux vraiment congestionnants (ventouses, pointes de feu).

Ceci posé, passons rapidement en revue ses différents modes.

1° *Teinture d'iode* : on l'emploie en applications quotidiennes et prolongées, tant que la peau peut la supporter ; et, après avoir laissé reposer cette dernière, on refait plusieurs séries successives. C'est la plus douce des révulsions. La teinture d'iode est utilisée *pure*, *gaïacolée* (au 1/10e, pour renforcer un peu son action ; mais les malades n'aiment guère en général son odeur de « pharmacie » !), *chloroformée* (1) (au 1/10e également ; si l'on désire une légère action anesthésique). Certains auteurs pour obtenir une révulsion énergique ajoutent à 15 grammes de teinture d'iode, I ou II gouttes d'huile de croton.

2° *Ventouses* : a) *sèches* : elles sont indiquées dans les formes bronchiques, avec ou sans fléchissement cardiaque ; b) *scarifiées* : on y a recours soit contre une névralgie tenace liée à de gros placards de pleurite, soit, en plus grand nombre alors, dans les poussées avec dyspnée angoissante. Nous rejetons absolument l'emploi du scarificateur, instrument barbare et se détraquant facilement ; bien plus élégant est l'emploi des vulgaires lames de rasoir Gillette, préalablement flambées. Il est commode, une fois l'intervention terminée, de recouvrir les coupures avec un corps

(1) En pratique quotidienne, la teinture d'iode chloroformée est très recommandable pour l'antisepsie cutanée, car elle ne tache pas comme la teinture d'iode ordinaire.

gras, comme les compresses de tulle gras, pour éviter l'adhérence du pansement ; et, les jour suivants, d'appliquer une pommade cicatrisante, type initial.

3° *Essence de térébenthine* : a) *pure* : on trempe une vieille flanelle dans un récipient d'eau très chaude, on l'exprime rapidement et on l'arrose de térébenthine ; on l'applique « loco dolenti », et, pour éviter l'évaporation du médicament, on la recouvre d'un imperméable (ou, à défaut, d'un quelconque papier huilé) débordant largement la compresse et, par-dessus, d'une bonne couche de coton cardé ; maintenir le tout, quinze à trente minutes en place, serré par un bandage de corps; b) *avec alcool* : au temps où le franc valait vingt sous, on pouvait formuler parties égales de térébenthine et alcool à 90°. Actuellement, on prescrira plutôt : 40 grammes de térébenthine pour 200 d'alcool à 60°. En imbiber une flanelle, l'exprimer, et l'appliquer sur la peau en procédant comme plus haut.

La térébenthine, associée à la chaleur, jouit d'un bon effet antalgique, et voici, par exemple, un traitement essentiellement « rural » du banal tour de reins : aspirine à l'intérieur et révulsion, ainsi obtenue ; on recouvre les lombes d'un linge arrosé de térébenthine, sur la face devant recouvrir la peau ; et on repasse l'autre face avec un fer bien chaud ; retourner plusieurs fois la compresse pour repasser ses deux côtés.

Pour éviter tout accident, il faut toujours bien spécifier de vive voix et sur l'ordonnance, que la térébenthine, produit très inflammable, doit être manipulée loin de toute flamme.

4° *Farine de moutarde* : a) *sinapismes* : les rigollots ne sont guère utilisés que lorsqu'on veut obtenir une révulsion intense et limitée ; on peut aussi les appliquer sur le devant du cou, auparavant rasé, pour tenter de calmer les douleurs de la laryngite bacillaire (c'est douloureux) ; b) *cataplasmes sinapisés* : il y a trois manières de les préparer : ou bien on saupoudre un cataplasme ordinaire de farine de lin, avec de la moutarde ; ou bien on incorpore à une pâte claire et *tiède* de farine de lin, la farine de moutarde (1 p. pour 4 p. de lin) ; ou bien, enfin, on délaie la moutarde dans de l'eau *tiède* jusqu'à obtention d'une pâte épaisse, on l'étale sur une gaze pour avoir une couche haute d'un centimètre environ, et on la recouvre d'une couche de farine de lin, préalablement délayée dans de l'eau *très chaude* ; il ne reste plus qu'à refermer la gaze et appliquer le cataplasme côté moutarde sur la peau, après avoir éprouvé sa chaleur sur la peau de son avant-bras. Toujours bien insister auprès de la personne chargée de les préparer sur ces deux points : destruction du pouvoir révulsif de la moutarde par une forte chaleur et par l'addition de tout corps prétendant renforcer son action (vinaigre, par exemple) ; c) *enveloppement sinapisé* : on délaie 200-300 grammes de moutarde dans de l'eau tiède, on en imbibe un linge, comme du molleton ; on l'exprime sans le tordre en l'aplatissant de haut en bas, comme on le fait pour les attelles plâtrées, et on l'applique sur le thorax, en le passant sous les bras. On le recouvre de plusieurs épaisseurs de journaux cousus ensemble et on enveloppe tout le torse d'une couverture en laine. Après une application de quinze-vingt minutes, on enlève le tout, on frictionne énergiquement le thorax avec une serviette, et on recouvre soigneusement le malade.

Il existe dans le commerce une dissolution alcoolique d'essence de moutarde qui est commode à employer. Notons que le savant spécialiste en thérapeutique par les plantes, le Dr Leclerc, préconise, comme succédané de la moutarde en cas de besoin, l'application de pulpe fraîche de racine de raifort, contenue dans un linge.

5° *Pointes de feu* : alors que dans les ostéo-arthrites bacillaires, on applique des pointes de feu profondes, dans la localisation pulmonaire (cortico-pleurites tenaces) on les aligne, très fines et superficielles, en rangées horizontales qui peu à peu recouvrent tout le revêtement cutané de la zone à traiter, par séries successives. Leur gros inconvénient est la signature indélébile de tuberculose qu'elle laisse sur la peau. Et combien sage était ce conseil donné par un chirurgien parisien à ses élèves : « Quand vous avez affaire à une cliente, jolie ou croyant l'être, mieux vaut, si votre opération échoue, l'avoir tuée que de la laisser vivante mais avec une cicatrice inesthétique. Dans le premier cas, vous en serez quitte pour indemniser la famille ; mais dans le second, vous risquez au moins l'introduction de plusieurs balles de revolver, dans votre médiastin ! »

6° *Cautère et vésicatoire* : a) *cautère* : nous n'avons pas d'expérience personnelle de cette méthode, mais, le cas échéant, nous y ferions volontiers appel chez un vieil emphysémateux ou asthmatique, dans les anciennes formes fibreuses, torpides et bien limitées de tuberculose pulmonaire, dans les pleurodynies très accentuées. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler sa technique : on délaie, à parties égales, de la chaux vive et de la potasse caustique dans de l'alcool pour avoir

une pâte épaisse ; on ajoute à cette pâte, dite « de Vienne » 1 p. de chlorhydrate de morphine pour 5 p. (car son application est douloureuse). On l'étale sur un diachylon de 10 × 10, percé en son centre d'un orifice grand comme une pièce de cinquante centimes et on le laisse en place dix-quinze minutes. Un petit pansement sec recouvre la plaie. Après dix-quinze jours, marquant la chute de l'escarre, on entretient la plaie avec des pois à cautère maintenus par une bande de diachylon. Lieu d'application : partie supéro-externe du bras, poignée sternale, creux sus-claviculaire ; b) *vésicatoire* : dans les petits foyers limités et rebelles de cortico-pleurite, on peut utiliser de petits vésicatoires (3 × 3, ou 4 × 4 au maximum), laissés en place six-huit heures, et renouvelés tous les cinq-dix jours, en changeant de place chaque fois. Dans la pleurésie séro-fibrineuse, certains médecins, véhémentement honnis par d'autres, continuent à être fidèles au vieux vésicatoire classique, de 10 × 10, appliqué ou tout à fait au début de la formation de l'épanchement, ou lorsqu'il commence à vouloir se résorber.

CLINIQUE MÉDICALE

Le diagnostic de la colique hépatique.

Le diagnostic de la colique hépatique, s'il est souvent aisé, s'entoure maintes fois d'obscurités fâcheuses. Dans un bon livre, M. PARTURIER (*Séméiologie biliaire*) montre les difficultés que doit vaincre le praticien pour y voir clair.

Trois sortes de crises exposent à l'erreur : 1° la crise mécanique ; 2° la crise à type infectieux ; 3° la crise à caractère de choc.

I. **La crise mécanique.** — C'est la crise avec agitation, douleurs, vomissements. En dehors de la cholécystite, trois hypothèses se peuvent présenter :

a) La *colique néphrétique droite.* — Il y a douleur dans le flanc droit, comme dans la colique hépatique. Mais la douleur ne s'élève pas vers l'épaule comme dans les cholécystites. Elle irradie vers l'aine et les organes génitaux. De plus il y a des points douloureux : point urétéral supérieur, moyen et inférieur, point sus-intra-épineux, point inguinal. Pas de température. Des troubles urinaires se mettent de la partie : anurie, dysurie, hématurie.

b) *Ulcus duodénal.* — La crise éclate trois heures après le repas, c'est-à-dire dans le même délai que la colique hépatique. Elle affecte le même caractère de déchirement à droite de la ligne médiane, entre l'ombilic et le rebord costal. Des irradiations s'opèrent vers le dos, parfois vers l'épaule droite. Mais il n'y a ni nausées ni vomissements alimentaires, comme dans la colique hépatique. A peine des vomissements d'un liquide aqueux et acide. De plus l'hémorragie intestinale est en faveur de l'ulcus.

c) *Tabes.* — Chez un malade de M. DEBOVE (*J. des pratic.*, 11 mars 1907), on diagnostiqua une lithiase biliaire et l'on réséqua la vésicule. Puis on fit une néphropexie. Il s'agissait de crises tabétiques. Il peut exister des douleurs à droite, se produire des vomissements, la crise survient brusquement et cesse de même ; mais la douleur est moins localisée, la crise résiste à toute thérapeutique. D'autre part le malade a quelques signes de tabes, de l'inégalité pupillaire, une paresse de la pupille à la lumière la disparition du réflexe patellaire. Certains sujets ont à la fois des crises hépatiques et un tabes. Du coup le diagnostic devient plus épineux.

II. **La crise à type infectieux.** — Il y a fièvre, vomissements, facies péritonéal, hyperleucocytose. La confusion se fait avec l'*appendicite aiguë* ou la *salpingite droite*. Le toucher vaginal en cas de doute, fournit des renseignements précieux.

Les irradiations douloureuses s'opèrent vers l'aine ou la cuisse (appendicite), vers la région sacro-conygienne (salpingite). La pression large de la partie gauche de l'abdomen exagère la douleur droite. Parfois la cuisse est douloureusement mobilisée sur le bassin.

a) *Crise à caractères de choc.* — Le malade est pâle, immobile, anxieux. Il faut écarter la *colique de plomb* où il y a de la douleur, des vomissements verdâtres, de la constipation. Mais en plus la douleur est diffuse, le ventre est rétracté, la douleur est calmée par une pression large et profonde. Il existe des signes d'intoxication saturnine, souvent de l'hypertension artérielle.

b) Il s'agit de la *rupture d'une grossesse tubaire*. L'acuité de la douleur est telle que l'attention n'est pas attirée vers le petit bassin. On s'arrête au diagnostic de colique hépatique ou néphrétique, de perforation d'ulcère de l'estomac. Il ne faut jamais au cours de l'examen, négliger la sphère génitale. Parfois la douleur pelvienne a précédé la douleur abdomino-thoracique de quelques minutes. Des observations ont été publiées où il n'existait qu'une douleur transperçant la région épigastrique avec irradiation dorsale et

scapulaire droite. Pas de point douloureux abdominal. Dyspnée. Hoquet. Vomissements. Aucun signe de grossesse. La malade avait un retard de deux mois dans ses époques. L'intervention montre des annexes rompues et un fœtus de 3 mois libre dans la cavité abdominale.

c) Signalons encore les *crises douloureuses abdominales* en général, les *perforations d'ulcus stomacal* ou *duodénal* rendues probables par les antécédents gastriques, les *occlusions intestinales*, la *hernie étranglée*. Il y a arrêt des matières et des gaz. Le siège de la douleur est différent, les vomissements sont incessants. La *torsion d'un kyste de l'ovaire*. Ici encore l'examen gynécologique est indispensable.

Ajoutons les crises abdominales du *purpura rhumatoïde*, les *pancréatites hémorragiques* difficiles sur l'heure à distinguer. Le diagnostic ne peut se faire que par exclusion. Restent encore la *rupture spontanée du muscle grand droit* avec fièvre, douleurs abdominales, nausées, arrêt des gaz. On peut croire à une appendicite ou à une douleur vésiculaire. L'*infarctus intestinal par thrombose veineuse* avec douleurs, ballonnements et vomissements.

Parfois il s'agit d'une ouverture de l'aorte *abdominale*. Tout cela est exceptionnel et les causes d'erreur le plus souvent n'appartiennent pas à ces derniers accidents.

NEUROLOGIE

Les troubles sympathiques dans les lésions cérébrales

Les phénomènes sympathiques qui apparaissent au cours des lésions cérébrales posent plus d'un problème clinique ou pathogénique. Un interne de la Salpêtrière, élève du Pr Georges Guillain, Joseph Perissou consacre à ce sujet une thèse des plus intéressantes (Paris 1925). Il établit d'abord deux notions primordiales :

Les troubles sympathiques sont pour ainsi dire constants dans l'hémiplégie. Sans doute ils sont plus ou moins intenses suivant les cas : très souvent manifestes, ils sont parfois discrets et ne peuvent être décelés que grâce à des examens répétés et des recherches minutieuses. Mais dans la règle toute hémiplégie organique s'accompagne de troubles végétatifs.

Ces troubles sont la conséquence directe de la lésion encéphalique. En effet, ils apparaissent très précocement et il y a une similitude parfaite entre les syndromes anciens et les syndromes récents. Il n'y a donc pas lieu d'attribuer à l'immobilisation l'apparition des perturbations sympathiques : ce serait aussi illogique que d'expliquer la contracture par le même processus, sous prétexte qu'une longue immobilité peut entraîner de la raideur musculaire tardive.

Les troubles sympathiques réalisent, d'après Perisson, dans l'hémiplégie deux syndromes bien distincts par la symptomatologie et par leur pathogénie.

Au point de vue clinique ces deux syndromes s'opposent parfaitement. Les caractères de la température locale sont les plus importants, parce qu'ils sont les plus objectifs et parce que leurs modifications commandent presque tous les autres troubles. Aussi les deux syndromes méritent-ils d'être classés selon l'état thermique du côté paralysé.

1° *Le syndrome hypothermique* est le plus fréquent : il est caractérisé, en plus de l'abaissement de la température, par l'hypotension artérielle ; la durée prolongée de la tache blanche ; le rétrécissement, la surélévation et la coloration plus rose de la raie vaso-motrice ; l'exagération de l'asymétrie vaso-motrice sous l'influence des bains chauds et surtout des bains froids. L'asymétrie est quelquefois atténuée ; en tout cas, et c'est là un point capital, *elle n'est jamais inversée* ;

2° *Le syndrome hyperthermique* se compose d'éléments exactement opposés : hyperthermie ; hypertension artérielle, durée éphémère de la tache blanche ; raie vaso-motrice plus étalée, mais plus aplatie et moins nette ; diminution du réflexe pilo-moteur ; exagération de l'asymétrie thermique sous l'influence des bains.

Ce syndrome existe à la période initiale de presque toutes les hémiplégies ; mais le plus souvent il est éphémère et fait rapidement place au syndrome hypothermique.

Dans certains cas, plus rares, il persiste, se prolonge ; et alors son évolution passe par trois périodes : 1° dans une première période, qui dure quelques mois, il est stable ; son intensité peut varier, mais il n'est jamais inversé. C'est la *phase hyperthermique prolongée* ; 2° dans une seconde période, il devient irrégulier. Son caractère principal est alors sa variabilité, telle qu'il change d'un jour à l'autre et même d'un instant à l'autre. A certains moment l'hyperthermie et l'hypertension peuvent même être inversées, si bien que le tableau réalisé peut simuler un syndrome hypothermique.

Le syndrome hyperthermique s'est transformé en *syndrome oscillant*. Les phases d'hypothermie deviennent de plus en plus fréquentes ; et le diagnostic est parfois très épineux ; 3° Dans une troisième et dernière période, l'hypothermie et l'hypotension deviennent constantes. Ainsi se trouve réalisé un *syndrome hypothermique secondaire*, qui ne s'oppose plus au syndrome hypothermique primitif que par la persistance de certains éléments du syndrome hyperthermique : atténuation de la raie vaso-motrice, de l'horripilation et de la sudation.

C'est dans le cas d'hémiplégie accompagnée d'un syndrome hyperthermique prolongé que l'on observe généralement les œdèmes considérables, l'atrophie musculaire et les arthropathies précoces.

Sur le terrain pathogénique l'opposition se précise entre les deux syndromes.

Le syndrome hyperthermique, qui s'observe au début de l'hémiplégie et dans certains cas se prolonge, traduit *l'inhibition sympathique* causée par la lésion cérébrale. Il représente ce qu'on pourrait appeler *l'hémiplégie sympathique flasque*, terme incorrect, mais séduisant, tellement il est suggestif. Le syndrome hypothermique révèle, au contraire, la *libération* des centres végétatifs médullaires et mérite le nom *d'hémiplégie sympathique spasmodique*, dénomination aussi impropre que la précédente, mais aussi explicite qu'elle.

Quant au syndrome hypothermique secondaire, sa production est due à la rétraction vasculaire tardive, comparable aux rétractions tendineuses qu'on observe dans les paralysies motrices flasques. C'est un syndrome de *vaso-rétraction*, lequel s'oppose au syndrome hypithermique primitif qui traduit la *vaso-contracture*.

Il existe donc dans l'hémiplégie une analogie presque complète entre les troubles de la musculature lisse et ceux de la musculature striée. Cette analogie se retrouve d'ailleurs dans les lésions médullaires et dans les lésions périphériques.

Des rapports des troubles sympathiques avec les lésions, Perisson déduit le siège probable des centres et le trajet des fibres qui, dans le cerveau, commandent la régulation du tonus sympathique. Il existe une voie végétative principale et une ou plusieurs voies accessoires.

La *voie principale* a son origine dans les cellules de la zone rolandique, au niveau même des cellules pyramidales de l'écorce. De là partent des fibres qui se rendent dans le corps strié : noyau lenticulaire ou noyau caché. Après ce relai très important, les nouvelles fibres qui en émanent s'accolent aux fibres pyramidales qu'elles ne quittent plus jusqu'à la moelle.

Une *voie accessoire* paraît suivre le trajet de la voie sensitive.

PATHOLOGIE EXOTIQUE

Abcès amibien de la rate.

Les abcès amibiens de la rate sont d'une extrême rareté. Dans la *Pathologie exotique* de Grall on en trouve deux cas, l'un de Kartulis, l'autre de Preston Maxwell, présentés en 1909 à la Société de Médecine et d'Hygiène tropicale de Londres. Dans les trois dernières années le *Tropical Diseases Bulletin* n'en apporte aucun cas.

M. Pérard (de Casablanca) rapporte l'observation d'un très curieux cas d'abcès amibiens de la rate qui fut présenté par J.-L. Roux-Berger à la Société de Chirurgie (*Maroc médical*, 15 oct. 1925). Il se rapporte à une Française de 21 ans ; originaire de l'Ardèche, mariée en 1923 et installée à Casablanca avec son mari en septembre de la même année.

En décembre 24 la malade s'anémie subitement et au début de janvier elle appelle le Dr Thierry, qui trouve une malade affaiblie avec de la fièvre à grandes oscillations, une diarrhée qui dure une quinzaine de jours et un point de côté gauche douloureux et persistant, pour lequel il me fait appeler.

Le foie est un peu volumineux, mais n'est pas douloureux, la rate est grosse ; on pense à un abcès sous-phrénique dû peut-être au lobe gauche du foie et on propose à la malade d'entrer à l'hôpital pour examens complémentaires.

Elle y entre le 28 janvier 1925 et semble pendant quelques jours aller mieux ; la température est tombée, le point de côté a disparu.

Un examen radioscopique est pratiqué par le Dr Spéder ; il donne les résultats suivants : Immobilisation du diaphragme gauche, présence d'une grosse rate bilobée rappelant l'aspect d'un kyste hydatique de la rate.

La malade est très anémiée, amaigrie ; quelques jours plus tard la fièvre reprend et voici ce que donnent les examens.

Sang : pas d'hématozoaires.

Selles : amibes dysentériformes, fermentations digestives.

L'intervention est décidée et faite le 13 février : laparotomie le long du bord gauche du grand droit.

On trouve une rate très volumineuse et molle, fluctuante.

En essayant de décoller du diaphragme le bord supérieur de la rate on trouve une collection volumineuse qui donne issue à du pus chocolat. Drainage et mèche dans l'abcès intra-splénique.

Un traitement à l'émétine est commencé dès le lendemain ; les suites opératoires sont excellentes.

Amélioration rapide, la malade est complètement guérie après deux séries d'injections et la plaie est fermée le 12 avril 1925.

Cette très curieuse observation prouve que l'amibe dysentérique, comme l'a montré PETZETAKIS dans plusieurs travaux peut se généraliser dans la circulation sanguine et aller coloniser dans certains organes où il n'est pas habituel de la voir se développer.

CLINIQUE MÉDICALE

Occlusion intestinale par les ascaris.

Il est rare qu'une occlusion intestinale soit attribuable aux ascaris. On en a réuni cependant des faits indiscutables et SOUBIRAN (*Thèse de Bordeaux* 1921) distingue :

1° La crise de colique vermineuse ;
2° L'occlusion mécanique par paquet d'ascaris ;
3° L'occlusion par invagination, à l'occasion des ascaris, surtout fréquente chez l'enfant.

L. VERDELET et M. LACOUTURE (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 sept. 1924) rapportent l'intéressante observation suivante :

Euphrasie A..., 64 ans, est envoyée à l'hôpital, le 28 mars, pour violentes coliques.

Début brusque, le 23 mars, par des douleurs abdominales très vives, généralisées à tout l'abdomen, avec prédominance dans la région épigastrique. Ces douleurs ont persisté sans arrêt jusqu'à son entrée à l'hôpital. Depuis le deuxième jour : vomissements alimentaires et muqueux, dans lesquels la malade nous signale la présence de vers. La dernière selle date du 19 mars. Cependant, la veille de son entrée à l'hôpital, le 27, un lavement a permis d'évacuer une certaine quantité de matières parmi lesquelles se trouvaient quelques ascaris.

Dans les antécédents, on note de légères coliques abdominales, avec crises diarrhéiques, de l'anorexie ; enfin, la malade raconte que, depuis longtemps, elle a remarqué la présence de vers dans ses selles.

A son entrée à l'hôpital, le 24 mars, la malade paraît très déprimée ; le facies est altéré, le teint terreux, la langue sèche.

L'abdomen est tendu et météorisé ; la palpation, non douloureuse, permet de sentir du gargouillement. Matité dans les flancs ; foie refoulé vers le haut ; rate non percutable. Les orifices herniaires sont libres. Toucher rectal négatif.

Pouls : 92. Température : 36°6.

Dès le lendemain de son arrivée, la malade rejette dans ses vomissements une douzaine d'ascaris environ, ce qui conduit à poser le diagnostic d'occlusion intestinale d'origine ascaridienne, diagnostic confirmé bientôt par l'examen des selles, pratiqué au laboratoire : « Infestation massive par ascaris lombricoïde et trichocéphalus dispar. Les œufs, en extrême abondance dans les selles, sont dans la proportion de trois œufs d'ascaris pour deux œufs de trichocéphale. »

On traite cette malade par le repos, la glace et des lavements répétés. Amélioration sensible : les coliques sont moins vives, l'état général s'améliore. Le 25 avril, on fait absorber à notre malade du thymol, puis une purgation, qui amène une débâcle intestinale et la guérison.

Cette observation montre combien ce diagnostic peut être difficile. Il semble que dans ces cas l'occlusion soit provoquée par un spasme intestinal.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MEDECINE

La génatropine en pathologie digestive. — MM. H. SURMONT et Michel POLONOVSKI (de Lille). — La conclusion des auteurs est que le clinicien trouvera dans cet aminoxyde d'atropine au produit actif, aisé à manier, non toxique aux doses thérapeutiques, et qui lui rendra les mêmes appréciables services que la belladone et l'atropine employées antérieurement.

Les doses employées par les auteurs ont été de 3 à 6 milligrammes par jour. La douleur est généralement calmée dix à quinze minutes après l'injection sous-cutanée et la disparition définitive des accidents serait souvent obtenue après quelques jours de traitement.

La fonction uréo-sécrétoire chez un millier d'hypertendus. — MM. RICHARD et ROESCH. — La fonction uréo-sécrétoire est souvent normale chez les hypertendus. Les recherches de MM. RICHARD et ROESCH confirment celles qui ont été faites simultanément par M. GALLAVARDIN (à Lyon), et Ch. et Noël FIESSINGER (à Paris), en 1912 et 1913.

13 avril.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Dela conduite à tenir en présence des abcès du foie. — M. Roux-Berger rapporte une communication de M. Pérard (Maroc) concernant 46 abcès du foie. 22 ont été traités par l'émétine, avec 1 mort. 24 ont été l'objet d'une intervention chirurgicale, avec 3 morts.

L'auteur signale la fréquence des formes frustes et apyrétiques et l'importance primordiale dans ces cas de l'examen radioscopique.

M. Constantin discute la technique opératoire et donne la préférence à la suture primitive en cas de pus stérile.

M. Lecène est partisan de l'intervention systématique en cas de collection suppurée. Il rappelle la fréquence des abcès multiples.

Perforation d'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie. Résection intestinale. Guérison. — M Roux-Berger rapporte une observation de M. Leveuf concernant un malade ayant présenté un syndrome de perforation, cinq ans après une gastro-entérostomie.

La perforation siégeait sur l'anse jéjunale efférente, très dilatée. L'auteur fait jouer un rôle important à cette dilatation dans la pathogénie de la perforation.

Deux cas de fracture dite de Monteggia. — M. Fredet rapporte deux cas personnels et préconise le traitement sanglant : ostéosynthèse du cubitus, suivie de reposition de la tête radiale. Bons résultats fonctionnels.

Sur une voie d'accès antérieure de l'articulation de la hanche. — M. Mathieu préconise une incision réalisant un volet postérieur et donnant une large voie d'accès sur l articulation. Il en précise les indications.

Présentation de malades. — M. Moure présente deux malades sur lesquelles il a effectué des autoplasties par lambeaux tubulés.

M. Rouvillois présente un blessé de guerre traité pour main bote radiale. Excellent résultat fonctionnel.

14 avril. E. Theillier.

BIBLIOGRAPHIE

Etudes de Carcinologie Expérimentale. Recherches biologiques sur la phase précancéreuse et les stades initiaux de la cancérisation, par M. Marcel Sendrail (Bonnet, imp.-édit.). — *Thèse de Toulouse* (1925).

Voici un travail fort important et qui réduit à néant la principale des objections que les anatomo-pathologistes opposaient à l'origine parasitaire du cancer. Ils disaient : comment le cancer viendrait-il d'un virus filtrant quelconque du moment que de simples applications de goudron le produisent ? Or ces applications ne suffisent pas. Les tumeurs malignes se développent souvent en dehors des zones soumises aux badigeonnages. « Le cancer du goudron, démontre M. Sendrail est moins un cancer d'irritation que l'expression tissulaire d'un trouble général de l'organisme. » Et ce trouble dépend d'une altération des tumeurs et de modifications dans l'équilibre lipoïdique du plasma. Mais ces changements humoraux, d'où viennent-ils ? L'auteur ne se prononce pas. Le malheureux fait d'inoculation post-opératoire dont a été récemment victime un interne des hôpitaux montre que c'est du côté parasitaire qu'il faut chercher la solution.

Leçons de pathologie digestive, par M. Loeper, 6e série. — Masson, éditeur.

Les travaux tout à fait remarquables de Loeper et Marchal sur la leucopédèse gastrique sont encore peu connus. Ils méritent de l'être. L'apport fermentatif des leucocytes dans la digestion gastrique n'est pas négligeable. M. Loeper le montre avec des preuves indiscutées et établit sur cette base une interprétation nouvelle de l'anaphylaxie digestive. Après ces chapitres viennent plusieurs autres de diagnostic radiologique des affections organiques de l'estomac, une étude des gastronévrites, des hématomes des grands droits des hépatiques et enfin des chapitres de thérapeutique ; la cure hépatique de décholestérinisation, le borate de soude en thérapeutique gastrique, les jours de jeûne au cours du traitement des angiocholécystites chroniques, les indications des cures hydrominérales dans les ulcus de l'estomac. Dans toutes ces études nous retiendrons l'orientation moderne de la diététique de Loeper qui lutte autant qu'elle peut contre l'inanition et l'inanité des régimes exclusifs établis sur des bases théoriques et fragiles.

Les tumeurs du cerveau, par le Pr Viggo Christiansen. — Préface du Pr Pierre Marie, 2e édition. — Masson, éditeur. — Prix : 45 francs.

Dans des leçons d'une remarquable clarté, l'auteur étudie le diagnostic précoce des tumeurs cérébrales et fixe les indications des interventions chirurgicales. Toutes les localisations des tumeurs sont passées en revue, région motrice, lobes occipitaux, base du cerveau, hypophyse, angle ponto-cérébelleux, cervelet et protubérance. La nouvelle édition ajoute à la première l'étude des tumeurs chiasmatiques, les difficultés du diagnostic avec l'encéphalite chronique et l'efficacité des trépanations palliatives.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.
R. C. Paris. N° 49.703.

Paris. — Imprimerie A. Tournon 257 rue Saint-Honoré. 1926

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des péritonites tuberculeuses prolongées ou rebelles par les rayons ultra-violets.

(Notes de pratique clinique).

Par MM. Duguet et Clavelin (du Val-de-Grâce.)

Au cours de l'hiver dernier nous avions en traitement dans notre service de tuberculoses chirurgicales de l'hôpital Percy à Clamart (Seine), huit malades atteints de péritonite tuberculeuse depuis un temps variable (deux mois, six mois, sept mois, neuf mois) et ayant subi sans résultat des traitements antérieurs (médicaux, physiothérapiques, chirurgicaux).

La présence de la mauvaise saison augmentait notre embarras thérapeutique.

Avertis des bons résultats obtenus par l'emploi des rayons ultra-violets dans les tuberculoses chirurgicales, nous avons décidé de recourir à ce traitement sur le lot entier des malades.

C'est le résultat de cette expérimentation que nous croyons utile de publier : ce que l'on sait déjà de l'action bienfaisante des ultra-violets lui enlève toute prétention à l'originalité (1) mais les conséquences pratiques qui en dérivent peuvent être utiles à connaître, en particulier, en ce qui concerne une affection qui, si elle est généralement curable dans ses formes légères et moyennes reste très embarrassante pour les médecins dans ses formes prolongées et récidivantes.

(1) Nota. — La question du rôle des rayons ultra-violets est remarquablement mise au point dans le récent ouvrage de Saidmann : les ultra-violets en thérapeutique. G. Doin, Paris 1925.

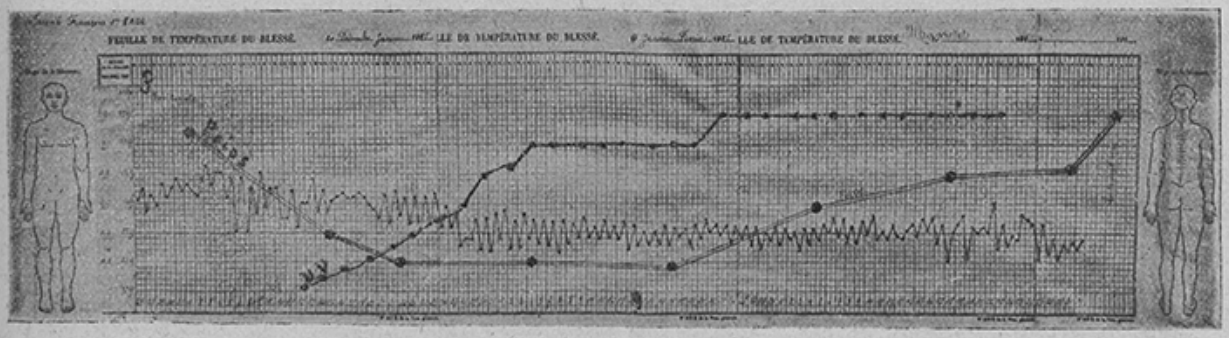
1° G..., 21 ans **péritonite fibro-caséeuse.** Début le 12 juin 1924. Pleurésie sèche, n'a suivi aucun traitement spécial autre que le traitement médical usuel, oscille entre l'hospitalisation et la convalescence jusqu'en janvier 1925.

A son entrée à l'hôpital Percy : non fébrile, état général médiocre, amaigrissement progressif, tympanisme, gâteaux dans les hypochondres et la fosse iliaque gauche, submatité et obscurité respiratoire aux deux sommets avec quelques râles. Ultra-violets à partir du 15 janvier 1925 : 22 séances en quarante-huit jours.

Chlorure de calcium 10 gr. par jour. Cachets de Ferrier.

Les dernières séances : une heure à 0 m. 50 de la lampe provoquent de la fatigue. Le 5 mars 1925 : ventre absolument souple, on ne trouve plus trace des anciens gâteaux. Aucun signe d'ascite résiduelle, aucun trouble digestif. Etat général excellent. Engraissement progressif 6 kilogrammes.

Exeat. le 3 mai 1925. Guérison clinique.



Observation 3. — Courbe 1.

2° B..., **pleuro-péritonite.** Début août 1924 par embarras gastrique, pleurésie droite ascite à gros épanchement. Mauvais état général, amaigrissement de 12 kilogrammes, fièvre intermittente 38°, sueurs, diarrhée, matité et frottement à la base droite. Sous l'influence du traitement médical de juillet à décembre, régression de l'ascite, mais le ventre reste ballonné, tendu, carrelé de gâteaux nettement distincts dans les hypochondres, avec cordes épiploïques. Poids : 57 kilogrammes. Bacille: de Koch : 0.

Ultra-violets le 12 janvier 1925 : 32 séances en soixante-dix jours.

Chlorure de calcium, 10 grammes par jour, cachets de Ferrier.

Le 27 mars 1925, excellent état général. Léger empâtement dans l'hypochondre gauche, mais ventre souple et indolore, aucun trouble digestif. Température stabilisée.

Il y a eu une perte de poids de 4 kilogrammes au début de la cure, puis reprise régulière de 9 kilogrammes. Le malade demande, à rentrer dans ses foyers. Peut être considéré comme guéri.

3° La..., **pleuro-péritonite.** Début en août 1924 par phénomènes pelvi-péritonéaux aigus (coliques, état

nauséeux, rétention d'urine) ayant légitimé une laparotomie d'urgence. On trouve une péritonite adhésive avec liquide louche, après l'intervention, sédation des phénomènes aigus et amélioration. En septembre, pleurésie droite. Fistulisation purulente de la laparotomie.

Au cours de l'automne amaigrissement, 10 bains de lumière sans résultat. Gâteaux péritonéaux diffus, obscurité des deux bases surtout à droite, fièvre oscillante (39°) aggravation progressive de l'état général. Poids : 55 kilogrammes.

Ultra-violets, 12 janvier : 32 séances en soixante-quinze jours.

Voir courbe n° 1.

Le ventre s'est assoupli à la 7e séance et la température s'est stabilisée à 37° au bout d'un mois, chute du poids (4 kgr. 500) au début du traitement puis reprise régulière. La fistule se comble.

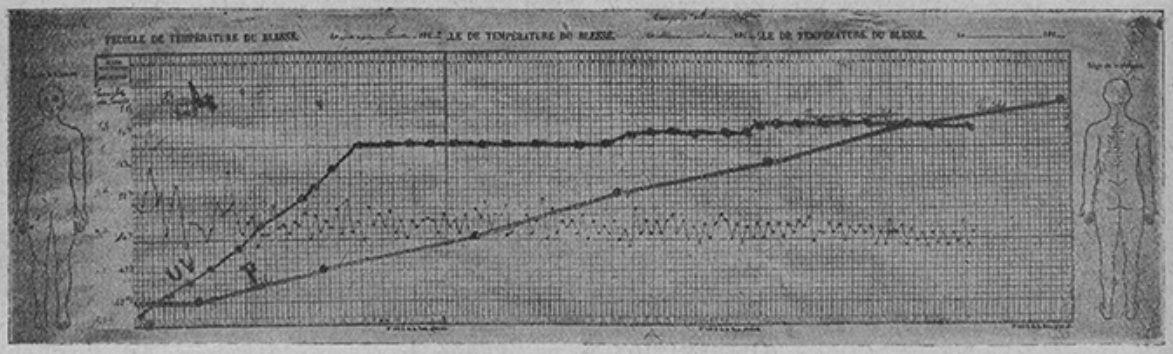
Le 9 mai, excellent état général, ventre souple non douloureux. Poids : 5 kgr. 500.

5° N..., **péritonite fibro-caséeuse.** Début octobre 1924. Masses diffuses en damier dans les deux hypochondres et autour de l'ombilic. Pas d'ascite — temp. 38°. Etat général médiocre. Traitement médical pendant trois mois sans résultat. Localement aucun changement. Ultra-violets le 15 janvier : 51 séances en soixante-quinze jours.

Chlorure de calcium : 12 grammes. Cachets Ferrier.

Stabilisation rapide de la température. Amélioration progressive. Poids : 4 kilogrammes. Régression régulière des masses caséeuses. Assouplissement du ventre. Il persiste une très légère résistance dans la région épigastrique gauche. Guérison clinique apparente. Très bon état général.

6° H..., **péritonite fibro-caséeuse et tympanisme.** Début novembre 1924 par ballonnement du ventre sans douleurs. Traitement médical sans résultat. A l'entrée : Ventre ballonné, tympanique dans son ensemble, non



Observation 4. — Courbe 2.

4° Gr..., **pleuro-péritonite.** Début avril 1924 ascite. Laparotomie en mai (ascite 5 litres). Pleurésie bilatérale avec épanchement. Envoyé en chirurgie en août 1924 avec le libellé suivant : « Bacillose pleuro-péritonéale forme grave. Péritonite avec ascite abondante en dépit d'une laparotomie antérieure. Pleurésie gauche. Hypotension artérielle (9-6) cachexie » (Pr Rieux).

A l'entrée dans notre service (12 août 1924) : cachexie, 47 kilogrammes. Température : 39°. Pouls à 100, ventre ballonné, gâteaux diffus, diarrhée. Cicatrice de laparotomie fistulisée avec pus abondant et fétide. Matité et grosse obscurité respiratoire aux deux bases : B de K : 0.

Traité de août à janvier sans résultat par la cure d'air et la médication usuelle.

Ultra-violets, le 17 janvier : 34 séances en quatre-vingt jours.

Chlorure de calcium : 8 grammes, cachets de Ferrier.

Voir courbes n° 2.

La fistule s'est tarie à la 6e séance, la température se stabilise le 9 mai. Amélioration rapide. Malade transformé. Excellent état général. Poids + 11 kilogrammes. Abdomen souple, encore légèrement douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite sans empâtement. Guérison clinique. C'est une résurrection réelle.

douloureux. blindé, en forme de raquette, à orientation oblique inférieure droite. Poids — : 4 kilogrammes, bon état général. Apyrétique.

Ultra-Violets le 14 janvier : 31 séances en quatre-vingt-dix jours.

Chlorure de calcium : 8 grammes. Cachets de Ferrier.

Amélioration progressive de 61 à 71 kilogrammes en trois mois. On note au 31 mars : ventre souple, il persiste seulement un léger placard sensible à la palpation profonde dans la région para-ombilicale gauche. Excellent état général. Guérison clinique. C'est le seul malade qui ait été traité de façon précoce (deux mois après le début de la maladie). La courbe de progression du poids et de l'amélioration clinique a pris d'emblée une allure ascendante régulière très caractéristique de l'heureuse influence du traitement.

7° Len..., **péritonite séro-adhésive.** Début 12 novembre 1924. Laparotomisé le 15 janvier 1925. Pas d'amélioration. Persistance du tympanisme et de l'ascite. Evacué sur l'hôpital Percy le 10 mars 1925. Subfébrile. Ultra-Violets le 11 mars : 12 séances.

Amélioration très rapide. Régression de l'ascite, stabilisation de la température. Reprise régulière de poids

(+ 5 kgr. en un mois). Bon résultat clinique, trop récent pour être considéré comme définitif.

8° S..., **pleuro-péritonite ascitique.** Début, 14 novembre 1924 par pleurésie gauche sans épanchement suivie de péritonite avec ascite. Ultra-violets le 23 janvier. A maigri de 18 kilogrammes. Cachectique. Fièvre 38°. Etat précaire.

Submatité pulmonaire bilatérale. Sibilances et râles secs — B et K : 0. Ventre tendu et ballonné, avec gâteaux dans les deux hypochondres. Ultra-violets le 27 janvier : 30 séances en soixante-quatre jours.

Voir courbes 3.

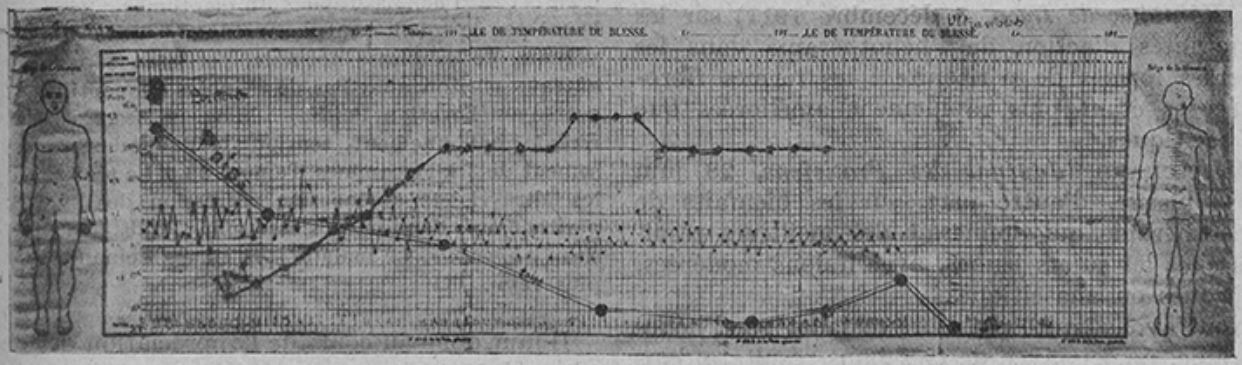
Stabilisation de la température au bout d'un mois. Légère amélioration locale, mais amaigrissement progressif du poids et cachexie progressive : le 1er mai céphalée, Kernig, méningite lente qui emporte le malade.

des cures d'héliothérapie naturelle : il s'agit donc là d'un phénomène dû à l'action des radiations lumineuses ;

4° Nous n'avons fait aucun choix parmi nos malades (3 ascitiques, 5 fibro-caséeux) ils ont été soumis « en vrac » aux rayons ultra-violets.

La plupart des auteurs ont cependant admis des variantes d'indications thérapeutiques suivant la forme clinique envisagée. Ces distinctions concernaient surtout jusqu'à ce jour le choix entre le traitement chirurgical et le traitement médical.

C'est ainsi que M. Sergent (*Journal des Praticiens*, 30 avril 1924) réserve le traitement chirurgical :



Observation 8. — Courbe 3.

Telles sont brièvement relatées, les observations de ces huit malades. Les résultats obtenus sont très heureux : sept résultats très satisfaisants correspondant à des guérisons cliniques et un décès. Les courbes que nous reproduisons sont, sauf la dernière, *exactement superposables pour tous les malades*. Elles dispensent de longues interprétations, signalons toutefois :

1° *La régularisation constante de la température* au bout d'un mois au maximum, même dans le cas n° 8 qui se termina par la mort;

2° *La reprise constante du poids,* souvent dans des proportions considérables (10-11 kgr. en trois mois) ;

3° Cette reprise est parfois précédée au début de la cure actinothérapique d'*un amaigrissement* (obs. 2 : 4 kgr. ; obs. 3 : 4 kgr. 500) sans que l'on puisse invoquer la résorption de l'ascite. Chez un enfant de 7 ans traité par l'héliothérapie naturelle Weill a noté une perte de poids de 2 kgr. 200 accompagnée de diurèse lors de la résorption de l'épanchement ; mais dans nos deux cas, il s'agit d'une forme caséeuse : on ne peut qu'invoquer l'amaigrissement observé habituellement au début

a) Aux formes diffuses, ascitiques ou anascitiques sans complications viscérales pulmonaires ou autres ;

b) Aux formes ascitiques avec épanchement abondant et troubles de compression (l'un de nous a perdu un malade de méningite suraiguë consécutive à une laparotomie pratiquée dans un cas à évolution rapide, donc se méfier des cas aigus) ;

c) Aux échecs de l'héliothérapie. Il considère que la laparotomie est contre-indiquée dans les formes avec gâteaux ou adhérences.

La laparotomie ne met d'ailleurs pas à l'abri des récidives de l'épanchement, c'est pourquoi M. Sergent pose la question : doit-on refermer ? et conclut à la nécessité de laisser une boutonnière péritonéale ou de drainer, — dangereuse pratique croyons-nous, car, si on assimile l'épanchement péritonéal à l'épanchement pleural, n'est-ce pas parce qu'on laparotomise trop tôt en période aiguë que le liquide se reproduit ?

M. Sauvé (*Journal Médical français*, juillet 1923) considère que les résultats de l'intervention sont nuls dans la forme fibreuse pure, médiocres

dans l'ulcéro-caséeuse et admet aussi les récidives après ouverture du ventre.

M. Témoin est par contre affirmatif (*Société de Chirurgie*, 4 juillet 1923). Pour lui « les formes cliniques, plus apparentes que réelles n'ont aucune importance chirurgicale ». Il apporte une statistique considérable avec guérison régulière après intervention.

La laparotomie peut cependant être sans effet (trois cas sur nos huit malades), Armand Delille a présenté à la Société de chirurgie (19 oct. 1921) un malade laparotomisé trois fois sans succès pour péritonite ascitique et dont l'aggravation progressive fut arrêtée par une cure d'héliothérapie *à Paris* qui amena la guérison en quatre mois.

Weill et Jardin avaient insisté (*Société méd. des Hôpitaux de Lyon*, 5 décembre 1911) sur les variabilités d'action de l'héliothérapie dans les diverses formes de péritonite : les formes fibro-caséeuses étant plus rapidement améliorées que les ascitiques.

M. Achard (*Journal des Praticiens*, 28 juin 1924) insiste, d'autre part, sur les bienfaits de l'héliothérapie qui donnerait des meilleurs résultats chez les sujets jeunes, avec lésions modérées, ascitiques ou anascitiques.

Nous avons traité plusieurs malades par l'héliothérapie, parfois avec de très bons résultats dans les formes les plus diverses.

Nous ne citerons que les trois cas suivants (parmi ceux que nous avons observés).

N..., **péritonite bacillaire ascitique.** Laparotomie et fistule. Amaigrissement de 13 kilogrammes. Fièvre : 38°. Héliothérapie à l'hôpital Percy à Clamart à partir de juillet 1924. Au 1er novembre, péritoine sec, cicatrisation des fistules, poids + 8 kilogrammes. Très bon état général.

Ch..., **péritonite ascitique.** Début août 1924, ascite modérée, gros tympanisme. Circonférence à l'ombilic : 0 m. 87 soumis à l'héliothérapie naturelle, puis, à l'automne, aux bains de lumière artificielle. Poids stationnaire, mais guérison clinique (circonférence de l'abdomen : 0 m. 67 en mars 1925).

T..., **pleuro-péritonite.** Début en mars 1924. Ventre volumineux, gros épanchement. Héliothérapie à Clamart pendant tout l'été 1924. Sujet très bruni, très grosse amélioration équivalent à guérison apparente locale (ventre souple et net) et générale. Poids + 4 kilogrammes au 1er novembre, malgré une rechute pleurale avec fièvre et amaigrissement au cours de l'été.

En réalité la péritonite tuberculeuse dans la plupart des cas bénins et moyens a une tendance naturelle à guérir par les méthodes les plus diverses et même sans traitement. Elle rentre dans le cadre de curabilité générale des tuberculoses séreuses des jeunes sujets.

La question la plus difficile à résoudre est par contre celle des récidives, et aussi celle de formes rebelles avec fièvre contre lesquelles tout paraît échouer pendant des mois. L'héliothérapie réussit dans des cas, échoue dans d'autres, de même le traitement chirurgical.

Les formes rebelles à répétition sont particulièrement embarrassantes : tels des cas suivants :

H..., **pleuro-péritonite et ascite.** Début en février 1924. Entré en mars à l'hôpital Percy, très amaigri ventre ballonné, mat dans les flancs, épanchement pleural moyen. Etat sub-fébrile. Il est soumis à la cure d'air et à l'héliothérapie. En septembre 1924 : très bruni par le soleil, ventre considérablement diminué de volume, de souplesse normale, persistance de quelques gâteaux péritonéaux. Pas de troubles dyspeptiques. Très grosse amélioration. Poids + 5 kilogrammes. En décembre *rechute*, ballonnement, tension de l'abdomen, amaigrissement de 3 kilogrammes. Temp. : 38,5. Le traitement par les ultra-violets amène une régression des symptômes péritonéaux, l'abdomen s'assouplit. Poids + 1.500. Guérison *apparente*. Le malade sort sur sa demande et n'est plus revu.

Il faut donc au cours de l'appréciation des résultats d'un traitement concernant la péritonite tuberculeuse se méfier :

1° De la tendance naturelle de cette affection à guérir spontanément dans ses formes bénignes et moyennes (ascitiques de préférence) ;

2° De la possibilité de rechutes, comme dans toutes les manifestations bacillaires, c'est pourquoi le facteur durée de guérison apparente doit être pris en considération. Or, les ultra-violets pas plus que les autres méthodes thérapeutiques ne sauraient prétendre mettre à l'abri des récidives.

Ces réserves faites (et elles sont capitales), il semble bien que, de tous les modes de traitement que nous ayons employés chez nos malades, ce sont les ultra-violets qui nous ont donné les résultats favorables les plus réguliers et les plus constants. En particulier, ils nous ont procuré dans les formes de longue durée (datant de sept à neuf mois) ou rebelles aux traitements usuels (médical, héliothérapique, *chirurgical*) des guérisons au moins apparentes, enfin, dans les formes fistulisées, ils se sont montrés toujours très actifs. On sait bien d'ailleurs l'action bienfaisante des ultra-violets sur les tuberculoses de surface quel que soit l'âge : MM. Achard et Leblanc ont rappo té

une amélioration obtenue pa les ultra-violets, chez un malade de 62 ans atteint de péritonite fistulisée à l'ombilic.

Il semble en particulier que les ultra-violets soient le mode de traitement de choix de ces formes compliquées ou rebelles, laissés pour compte de la médecine et de la chirurgie au sujet desquels SAUVE a écrit : « les formes légères au début guérissent toutes seules, les formes les plus graves avec fièvre élevée ne sont pas pour tenter les chirurgiens ».

Mais il importe de préciser que l'on ne doit pas se contenter de quelques applications. Le traitement doit être longuement et régulièrement poursuivi, une vingtaine de séances au moins. Les résultats que nous avons obtenus confirment bien ceux que signale au même point de vue SAIDMANN. (Les ultra-violets en thérapeutique, p. 344). Action brillante sur l'état général, augmentation de l'appétit, du poids, disparition de la fièvre. Action locale variable : excellente sur l'ascite, satisfaisante sur les placards fibreux. SAIDMANN recommande l'emploi des ultra-violets dans les formes limitées ou avec adhérences plastiques, ascitiques plus récentes, fibro-caséeuses. Les auteurs qu'il cite avaient observé :

LAGUEB et LASSER, 15 guérisons ou améliorations sur 21 cas; HAMBURGER et MAYER 50 % de guérisons dans les formes séro-fibrineuses ; ROHR 85 % de succès dans les formes ascitiques ; PFEFFERKORN, 77 % de succès. Il signale les reliquats tenaces, petits placards caséeux, éléments de chronicité que nous avons observés chez plusieurs de nos malades. Cette question est, d'ailleurs, très longuement traitée par SAIDMANN, nous ne nous y attarderons pas. Il conseille la poly-radiothérapie (U.-V. + X + I.-R. suivant le cas). Lui-même a obtenu par cette association d'excellents résultats.

Nous avons utilisé une lampe à mercure de 1.500 bougies ; Notre traitement a été réglé ainsi : au début exposition de cinq minutes à 1 mètre de distance puis réduction progressive de la distance et allongement de la durée d'exposition pour aboutir vers la 10e séance à une distance de 0 m. 50 pendant une heure. Nous n'avons constaté aucun résultat fâcheux sauf de la fatigue à la fin des séances. Aucun accident cutané, en particulier, en dehors de l'érythème bénin. C'est assurément une mensuration très arbitraire rendue encore plus empirique par les variations fréquentes et, en particulier, l'affaiblissement progressif de la lampe. Mais toute estimation précoce paraît bien difficile en l'état actuel de la question. Nous avons eu la bonne fortune de faire tous ces traitements avec une même lampe qui a fonctionné pendant tout l'hiver sans incident. Nous avons été moins heureux par la suite, une autre lampe de même marque, n'a fonctionné que dix heures, d'autres ont nécessité des tâtonnements du fait d'un réglage difficile, et de la production, après des séances courtes, d'érythème, et surtout de réactions générales (fatigue, fièvre).

Il y a donc une question d'appareillage et de pratique qu'il nous paraît indispensable de régler avec précision surtout en raison de la fragilité des appareils, de leur vieillissement si on veut obtenir des résultats précis et comparables. Chaque lampe nécessite un coup de main particulier, SAIDMANN insiste bien sur ces difficultés.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

M. le Pr TERRIEN.

Exophtalmie et Tumeurs de l'orbite.

Voici deux malades atteintes d'exophtalmie. J'attirerai surtout votre attention sur la première. Elle est entrée dans le service le 20 mai dernier, mais son exophtalmie a débuté il y a un an. Elle s'était plainte à ce moment d'œdème de la paupière, et elle s'était aperçue que son œil était un peu saillant. Elle présentait en même temps une myopie forte, de 16 dioptries. Son œdème ayant disparu sous l'influence d'un traitement approprié, on la perdit de vue. Elle revient aujourd'hui avec une exophtalmie manifeste, du chémosis, c'est-à-dire de l'œdème de la conjonctive, et de l'œdème palpébral, accompagné de rougeur diffuse de toute la région temporo-orbitaire. Le fond de l'œil ne présente rien de bien particulier ; cependant les veines sont dilatées, la pupille est un peu floue. L'examen rhinologique, qui doit toujours être pratiqué en pareil cas et que M. DUFOURMENTEL a bien voulu faire ici, n'a rien révélé d'anormal chez notre malade.

En présence d'une exophtalmie persistante, la première idée qui s'impose est celle d'une tumeur intra-orbitaire.

Continuons l'examen de cette malade.

Le chémosis est surtout marqué à la partie inférieure de la conjonctive. Le champ d'excursion de l'œil est assez limité, surtout en haut. On peut certainement penser à une néoplasie intra-orbitaire.

refoulant le globe de l'œil en dehors. D'après l'examen spécial du Dr Dufourmentel, il n'y a aucun signe permettant de penser à une tumeur d'origine nasale. Nous verrons quelle est l'hypothèse la plus vraisemblable et que semble justifier le résultat de notre traitement.

Rappelons-nous, à propos de cette malade, la symptomatologie de l'exophtalmie.

Il n'est point besoin de rappeler sa définition ; c'est la saillie de l'œil en avant, la protrusion ou la propulsion de l'œil, et ceci nous permet d'éliminer toutes les pseudo-exophtalmies, c'est-à-dire, par exemple, l'apparence d'exophtalmie qui peut être donnée par un œil volumineux, hydrophtalme ou fortement myope. Je me rappelle avoir vu, il y a vingt-cinq ans, dans ce service, une fillette de 14 ans, avec un œil saillant, très myope (— 18 dioptries), l'autre emmétrope. Cet œil avait commencé à grossir six mois, et cette myopie s'était développée très rapidement, à la suite d'une fièvre typhoïde grave.

On apprécie le degré de l'exophtalmie en mesurant les rapports du sommet de la cornée avec le rebord orbitaire ; même sans instrument, on peut juger approximativement si la saillie est de 2, 3 ou 4 millimètres, par comparaison avec l'œil opposé.

L'œil peut être propulsé directement en avant : exophtalmie directe, ou dévié latéralement : exophtalmie oblique.

En même temps, il est intéressant de préciser si l'exophtalmie est unilatérale, ou bilatérale.

D'une manière générale, l'exophtalmie bilatérale, c'est l'exophtalmie nerveuse, médicale, celle de la maladie de Basedow ; l'unilatérale, c'est l'exophtalmie chirurgicale ; due à une tumeur, à un phlegmon de l'orbite, à une cellulite orbitaire, ou à une thrombophlébite. Ceci, bien entendu, avec quelques réserves. Il y a quelques observations d'exophtalmie nerveuse, unilatérale, et inversement on peut voir des tumeurs de la racine du nez, des ostéo-sarcomes, envahir les deux orbites. De même, on peut voir des thrombophlébites donner une exophtalmie bilatérale.

A ces exophtalmies unilatérales, d'ordre chirurgical, il y a deux grandes causes : elles peuvent être dues à une diminution de la capacité orbitaire tenant à ce que les parois de l'orbite sont rétrécies ; ou, au contraire, à une augmentation du contenu même de l'orbite, par une production surajoutée, une tumeur par exemple.

La première variété comprend tous les cas d'hyperostoses orbitaires ou de déformations, comme l'hydrocéphalie, déterminant un refoulement des parois de l'orbite. Ce peuvent être des tumeurs des sinus. J'ai vu, en 1912, avec le Dr J. Hallé, un malade qui était atteint d'exophtalmie et se plaignait de voir double. Je constatai un refoulement du plancher de l'orbite par un sarcome du sinus maxillaire. Le Dr Rendu la guérit complètement à la suite d'un curettage complété par un traitement par le radium.

La deuxième variété, ce sont des exophtalmies par productions de nouvelle formation, suppuration, phlegmons, tumeurs ou kystes.

Chez notre malade, la radiographie n'indique aucun épaississement osseux. Sa maladie a débuté par de l'œdème de la paupière, qui est survenu, il ya un an et a disparu ; puis, il y a un mois, apparaît du chémosis. Donc, avec l'exophtalmie il peut y avoir des phénomènes inflammatoires, et il importe de différencier les exophtalmies inflammatoires de celles non inflammatoires.

Passons en revue les unes et les autres.

Dans le groupe des exophtalmies inflammatoires il y a lieu d'envisager successivement la ténonite, la cellulite orbitaire, le phlegmon de l'orbite et la thrombo-phlébite orbitaire.

L'inflammation de la capsule de Tenon, la ténonite, rhumatismale ou séreuse, est une affection assez rare. Elle apparaît brusquement, s'accompagne de douleurs très vives, au point que le malade garde les yeux fermés, car le moindre mouvement de l'œil exagère les douleurs. A la période d'état, l'affection se caractérise par une véritable triade symptomatique. C'est tout d'abord le chémosis, c'est-à-dire l'œdème de la conjonctive, puis l'exophtalmie, et enfin la limitation des mouvements de l'œil, qui est à peu près immobile ; il ne l'est pas absolument cependant comme dans le phlegmon de l'orbite.

En même temps, il y a des symptômes négatifs : il n'y a pas d'altération de la papille, et l'acuité visuelle est normale ou à peu près. Puis, dans l'espace de huit à quinze jours ou trois semaines, tout rentre dans l'ordre.

Dans la cellulite orbitaire, il y a inflammation et infection du tissu cellulaire de l'orbite. Aussi l'œil est absolument immobile, comme figé dans l'orbite : les paupières et la conjonctive sont œdématiées. Le phlegmon de l'orbite est un degré de plus, avec amas de pus dans une poche de tissu conjonctif. Il donne lieu à une immobilité absolue de l'œil ; les paupières sont œdématiées, rouges, luisantes ; en même temps, il y a des troubles visuels extrêmement rapides, dûs à l'atrophie du nerf optique, et aboutissant à la cécité complète.

Quelle est l'origine de la cellulite orbitaire ou du phlegmon de l'orbite ? Ce sont toutes les infections d'origine dentaire, sinusienne, éthmoïdale, frontale, etc. MM. Veil et Girod ont publié à la Société ophtalmologique de Paris, en juillet 1923, une

observation de cellulite orbitaire double, paraissant consécutive à une angine. Elle s'améliora peu à peu, et l'acuité visuelle, qui avait baissé au cours de l'affection, redevint normale. Ce sont des cas heureux. Bien souvent la cécité est complète, et malgré tous nos efforts, l'atrophie optique demeure définitive, comme dans l'observation suivie par nous avec le Dr Lesné est rapportée dans les Archives générales de médecine, numéro d'octobre 1923.

La quatrième variété d'exophtalmie inflammatoire est due à la thrombose des veines de l'orbite. La symptomatologie est celle du phlegmon de l'orbite. Les phénomènes locaux sont peut-être un peu moins accentués, mais les symptômes généraux le sont davantage.

Dans la thrombo-phlébite orbitaire, il y a exophtalmie avec rougeur des paupières, chémosis, limitation absolue des mouvements de l'œil.

Très souvent la thrombo-phlébite passe du côté opposé. En même temps, les phénomènes généraux s'exagèrent, les symptômes méningés s'accusent : comme l'a dit Terson, « le pus est dans l'orbite, mais la maladie est aux méninges ». A ce moment, le pronostic est tout à fait mauvais. C'est presque toujours la mort qui termine la scène.

Chez notre malade, on aurait pu penser à la ténonite, en raison de l'œdème de la conjonctive, de l'exophtalmie, de l'immobilité de l'œil. Mais cette malade présentait un chémosis séreux, peu inflammatoire, absolument limité au cul-de-sac inférieur ; toute la partie supérieure de la conjonctive bulbaire était indemne. Dans la ténonite, il occupe tout le pourtour de la cornée.

Elle n'avait pas la douleur très vive de la ténonite, ni cette rougeur violacée de l'inflammation : c'était plutôt un chémosis séreux. L'œil n'avait pas cette immobilité presque absolue qu'on note dans les inflammations de la capsule de Tenon.

On pouvait donc écarter la ténonite, et par là même l'hypothèse d'une sinusite. Elle n'avait donc pas d'exophtalmie d'origine inflammatoire.

Reste l'hypothèse d'une tumeur, d'une néoplasie intra-orbitaire.

Parmi ces tumeurs, il y a des kystes dermoïdes, des encéphalocèles, des tumeurs vasculaires, des angiomes. On a appelé exophtalmie par varicocèle de l'orbite une exophtalmie intermittente due aux varices de l'orbite : elle devient considérable quand le malade penche la tête en avant ; quand le malade se couche, au contraire, l'œil rentre dans l'orbite.

L'angiome intra-orbitaire donne lieu quelquefois à une exophtalmie très considérable : une de nos malades, dont nous avons la photographie, était la risée de ses camarades qui l'appelaient œil-de-bœuf.

Nous avons préféré chez cette dernière ne pas intervenir M. Veil a publié en effet l'observation d'un hématome consécutif à une intervention sur un angiome de l'orbite. Trente-six heures après la ponction, la malade fut prise de vomissements, de douleurs vives au niveau de l'œil, et d'une exophtalmie formidable, suivie d'atrophie optique irrémédiable. La malade perdit complètement la vision.

Il vaut mieux ne pas toucher à ces angiomes et se contenter de les traiter par la radiothérapie.

On peut observer des tumeurs sur le nerf optique : ce sont des tumeurs assez rares, qui se développent en général dans l'enveloppe pie-mérienne du nerf. Elles sont bénignes, mais déterminent l'atrophie du nerf optique en même temps que l'exophtalmie.

Il y a des tumeurs développées dans l'intérieur de la cavité orbitaire, des sarcomes, des fibro-sarcomes, des tumeurs développées aux dépens du tissu conjonctif intra-orbitaire, ou aux dépens des parois de l'orbite, des ostéomes : ce sont des tumeurs dures, éburnées, se développant chez des sujets jeunes, de 16 à 18 ans, presque toujours au niveau du sinus frontal, très lentement, et en donnant lieu à peu de troubles : une légère exophtalmie, mais ordinairement pas de diplopie, parce que le malade a pris l'habitude de neutraliser la seconde image. Il y a également accoutumance pour le cerveau : voici une pièce d'ostéome d'une malade de Panas, où l'ostéome faisait dans le crâne une saillie considérable. Dans ces cas, la tolérance est considérable, on n'observe aucune paralysie.

Chez notre malade, on ne peut songer à aucune de ces tumeurs, mais on peut soupçonner l'existence d'une périostite de la paroi interne de l'orbite. Ceci se rencontre assez souvent dans la syphilis. La syphilis est, en effet, une cause à laquelle il faut toujours penser dans les cas semblables. Nous avons mis cette malade au traitement mixte, et vous avez vu que le chémosis a absolument disparu ; l'exophtalmie a diminué, et l'acuité visuelle, qui au début était assez faible $\frac{(5)}{(10)}$, est redevenue à peu près normal, en même temps que la mobilité de l'œil, le champ d'excursion s'est amélioré. En même temps, cette masse, qu'on sentait le long de la paroi interne gauche de l'orbite, a sensiblement diminué. Etant donné le Wassermann positif et l'influence du traitement, l'hypothèse la plus vraisemblable est celle d'une périostite de la paroi orbitaire, probablement d'origine syphilitique.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Pr HARTMANN.

Néoplasme de la grande gaine carpienne.

La malade que je vous présente est âgée de 38 ans. Elle a au niveau du poignet droit une tuméfaction composée de deux parties, l'une occupant l'éminence hypothénar et la partie supérieure de la région moyenne de la paume de la main, l'autre remontant de quatre travers de doigt environ sur la moitié interne de la face antérieure de l'avant-bras. La partie inférieure est molle et dépressible. La partie supérieure, au contraire, est très dure. Ces explorations sont complètement indolentes.

Etant donnés la forme et le siège de ces tuméfactions, on pense tout de suite à une affection de la grande gaine synoviale interne, à une synovite chronique, en particulier à la variété appelée synovite à grains riziformes, qui est souvent tuberculeuse, et donne une sensation spéciale de chaînons comparée à des grains de riz, lorsqu'on fait refluer le contenu de la poche supérieure dans la poche inférieure. Cette sensation fait défaut ici. Il est d'autre part difficile d'admettre une synovite fongueuse, d'abord à cause de la dureté de la partie supérieure, puis à cause de la longueur de l'évolution. Il y a vingt ans que la malade s'est aperçue d'une grosseur à la paume de la main droite, alors qu'elle était âgée de 15 à 16 ans. Petit à petit, elle a ressenti de la fatigue pour certains mouvements pour la flexion des doigts, mais surtout pour l'extension des doigts. Depuis cinq à six ans, le petit doigt ne peut être étendu complètement. Elle a pu faire cependant son métier de dactylographe jusqu'à son entrée à l'hôpital.

S'il n'y avait pas la dureté extrême de la poche supéieure, on pourrait penser à la lésion décrite autrefois par HEURTAUX, de Nantes, sous le nom de myélome des gaines tendineuses et que, récemment, M. LECÈNE a appelée tumeur à myéloplaxes des gaines tendineuses. Son évolution est extrêmement lente, plus lente que celle de la synovite, et la liberté des mouvements des doigts est conservée à un degré que l'on ne voit pas dans les synovites.

Aussi pensons nous que nous nous trouvons en présence d'un néoplasme de la grande gaine carpienne sans pouvoir préciser sa nature avec certitude. On a décrit en cette région différentes variétés de néoplasmes. En dehors du myélome, c'est-à-dire de la tumeur à myéloplaxes, on a décrit des lipomes arborescents, des sarcomes vrais. Le seul fait de la durée de la maladie fait éliminer cette dernière variété.

Pratiquement il est indiqué de faire une incision sur toute la longueur de la tumeur, de la mettre à nu, de l'enlever si possible sans cependant s'obstiner à vouloir faire une ablation totale, si l'on voit que la lésion est trop adhérente, parce que la première chose, c'est de ne pas nuire à la malade, et pour cela il ne faut pas enlever ses tendons ; si l'ablation semble impossible on excisera un petit morceau du néoplasme pour en faire l'examen histologique et s'il s'agit d'une tumeur à myéloplaxes, on appliquera les rayons X qui agissent bien dans de pareil cas. (L'opération faite secondairement par M. Bergeret a montré qu'il s'agissait bien d'un néoplasme de la gaine dont l'extirpation complète a été possible. L'examen microscopiques fait par M. Monhuguet dans le laboratoire du professeur Lecène, a établi qu'il s'agissait d'un ostéolipome, variété de tumeur extrêmement rare).

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Au sujet de l'origine intestinale de certaines affections pulmonaires.

Il est courant d'invoquer une origine intestinale pour certaines affections pulmonaires. Qu'il s'agisse de tuberculose ou d'infections aiguës cette pathogénie a trouvé des défenseurs. L'étude anatomo-clinique de certains cas de tuberculose, l'existence des broncho-pneumonies au cours des infections intestinales de l'enfance, la fréquence des complications pulmonaires à la suite des interventions portant sur l'estomac, ont amené certains auteurs à penser que la voie lymphatique pouvait jouer un rôle considérable dans la propagation des agents infectieux de l'intestin au poumon.

Mais c'est surtout l'expérimentation qui démontre l'importance d'une pareille voie.

Jean LOUBRY (*Thèse de Paris*, 1925) dans le laboratoire du professeur agrégé BINET opère sur le chien vivant et constate que l'injection de bleu de Prusse dans la paroi gastrique ou la paroi intestinale amène une coloration bleue, et du poumon, et de certains ganglions thoraciques. Il a pu se rendre compte que, dans ces cas, la voie lymphatique est tout, et que les résultats restent positifs après ligature antérieure de la veine porte.

Il a pu suivre, d'une façon sûre, chez l'animal, l'injection de bleu de Prusse de la paroi gastrique ou intestinale au canal thoracique et de là vers certains ganglions par des canaux bien individualisés, ou vers le poumon par le courant lymphatique, puis veineux, et le cœur droit.

La voie de transmission est donc indiscutable et éclaire certaines complications pulmonaires.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Les fièvres tuberculeuses.

Certains sujets, en dehors de toute localisation pulmonaire apparente, font de la fièvre et celle-ci est tuberculeuse. Chez les enfants, cette fièvre précède parfois de quelques semaines l'apparition de la méningite, chez les adultes, on cherche. Les séro-réactions pour les bacilles d'Eberth et les paratyphiques sont négatives. Mais la *réaction de fixation est positive.* L'examen ne révèle aucune lésion ; parfois un petit point d'ostéite tuberculeuse et c'est tout. La fièvre se prolonge, irrégulière, à 38 1/2, 39°, le soir, jusqu'au jour où des râles discrets finissent par se faire entendre dans une région hilaire du poumon. Tous les diagnostics demeurent hésitants au début. Si le cœur était atteint d'une lésion valvulaire ancienne, on songe à une endocardite infectante. On cherche partout. Seule, la réaction de fixation positive oriente le doute vers l'acceptation d'un diagnostic probable. En attendant que faire ?

Avant tout ne pas soumettre le malade à une diète trop rigoureuse : lui donner des potages maigres, des laitages, des purées, des compotes. A l'intérieur des produits hépatiques, des tanniques. Des recherches récentes ont montré le rôle du foie dans l'apparition de la tuberculose (N. FIESSINGER). Il faut réveiller les fonctions de la cellule hépatique avec des cachets de *poudre hépatique fraîche* (1 gr.) : deux par jour. On continuera une dizaine de jours. Et les dix jours suivants : une cuillerée à soupe du sirop avant le repas de midi et du soir :

Extr. f. noyer.	40 gr.
Sir. éc. or. am..	300 —

Il faut éviter de gâter l'estomac par des drogues intempestives. Les antithermiques ne valent rien. Il est dangereux de s'attaquer à un mouvement thermique dont on n'atteint pas la cause. Le repos au lit, le régime lacto-végétarien permettent d'attendre et souvent la fièvre tombe peu à peu sans que d'autres complications surviennent sur le moment. Jadis LANDOUZY a insisté sur les typho-bacilloses curables.

Naturellement s'il existe des troubles digestifs avec diarrhée, ils seront combattus. Au delà de deux à trois garde-robes par jour, mieux vaut intervenir.

Les paquets suivants rendront service :

S.-Nitrate bismuth (Cod. 1884).	5 gr.
Tannigène	0 gr. 50

Un paquet à jeun dans un peu d'eau.

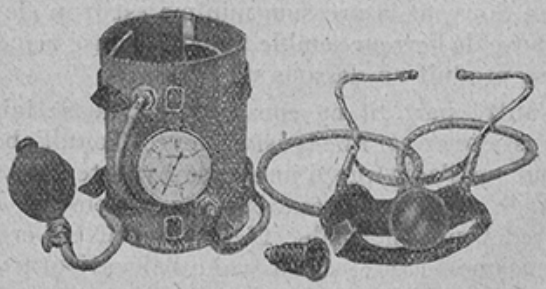
Le sous-nitrate du vieux Codex étant moins acide est supérieur au sous-nitrate récent, lequel donne aisément des brûlures d'estomac. On suspendra aussitôt que la diarrhée se modérera quelque peu. Sa cessation brusque pourrait augmenter le mouvement fébrile.

S. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur la pression artérielle.

Les appareils destinés à mesurer la pression artérielle sont au nombre de deux principaux : l'appareil de Pachon-Gallavardin ou oscillomètre à double brassard, les appareils auscultatoires. Ces derniers sont très nombreux, des modifications insignifiantes étant baptisées chacune par le nom de leur inventeur. Nos lecteurs n'étant en général pas fortunés, nous leur indiquons l'appareil auscultatoire qui tout en valant les autres, coûte le meilleur marché. C'est l'appareil de Boulitte-Korotkow (1).



L'oscillomètre offre l'inconvénient d'être plus lourd ; c'est un instrument de cabinet. L'appareil de Boulitte Korotkow est aisément transportable. Comme tous les appareils de ce genre, il se compose d'un brassard huméral avec poche de 12 centim. de hauteur, d'un manomètre, d'un stéthoscope bi-

(1) Cet appareil coûte actuellement 180 francs tandis que les autres sont d'un prix plus élevé.

auriculaire à ressorts, avec pavillon spécial,à membrane vibrante. Ce pavillon est fixé au niveau de l'artère grâce à un petit bracelet entourant le bras. Ce bracelet est indépendant du brassard. Une soufflerie avec vis d'échappement d'air permet de faire varier la pression dans le brassard.

L'appareil étant fixé sur le bras, le plus haut possible, touchant l'aisselle, le pavillon auscultatoire est disposé avec le bracelet au-dessus du pli du coude. La poire de gonflement fonctionne, les deux branches du stéthoscope ont pénétré dans les conduits auditifs. On ouvre et ferme alternativement la vis d'échappement d'air. A un moment, on entend de légers battements artériels ; la pression liée à l'instant où débutent ces battements correspond à la pression *maxima* ou *systolique*.

La pression *minima* ou *diastolique* est liée au moment où les bruits clairs et éclatants sont remplacés brusquement par des bruits légers et sourds.

Chacun de ces appareils se recommande par des avantages particuliers. Nous avons dit que l'oscillomètre était d'un transport moins aisé. De plus, la tension maxima ne s'y lit pas toujours avec netteté. Le double brassard de Gallavardin permet de voir clair avec les tensions qui ne dépassent pas 23 à 24 mx ; au-dessus de ces chiffres, il se produit quelque hésitation, les tensions supramaxima se marquant par des oscillations troublantes. Cette hésitation n'existe pas dans les appareils auscultatoires. Les premiers battements annoncent la tension maxima.

Par contre, la tension minima, aisée à découvrir avec le Pachon-Gallavardin n'assure pas des chiffres constammant exacts avec les appareils auscultatoires. Souvent la pression minima est trop élevée. La cause de l'erreur semble tenir à la stase veineuse qui se produit au-dessous du brassard.

D'autre part, il ne convient pas de se laisser impressionner par une tension élevée. Tout d'abord, il peut ne s'agir que d'une crise hypertensive. Au bout de vingt minutes, reprenez la tension. Elle est redevenue normale. L'état émotif en créant un spasme artériel avait valu l'élévation passagère. D'autres fois, le sujet est âgé.

Ici encore pas de craintes. Des vieillards dépassent 25 et 30 de tension *mx* et continuent de se bien porter. Chez eux la tension *mn.* ne s'élève point parallèlement. Elle reste basse. Ce qui se produit quand l'hypertension semble surtout liée à une induration des parois vasculaires et que les reins demeurent sains. Il arrive encore que le sujet soit obèse. Attendons avant de porter un jugement. Faisons maigrir le malade. Là, les reins ne sont pas touchés, la tension baissera parallèlement à l'amaigrissement produit.

Un dernier point. La tension *mn* a plus d'importance que la tension *mx* ; on sait qu'elle provoque plus aisément la fatigue du cœur. Or, les appareils à auscultation donnent à l'occasion une tension *mn* trop élevée. Il convient donc de ne pas s'appuyer sur ce renseignement uniquement fourni par les résultats d'un seul appareil. Il faut confronter ces chiffres comparatifs tels qu'ils ont été indiqués à la fois par l'oscillomètre et l'appareil auscultatoire. A la rigueur, un des seuls appareils est suffisant dans la pratique. En pareil cas, l'oscillomètre est préférable. Il n'expose guère qu'à des erreurs quant à la tension *mx*, ce qui est d'importance moindre, différentes causes passagères pouvant en influer les chiffres.

C. F.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Cancer du rectum et radium.

Que peut-on attendre de la curiethérapie dans les cancers du rectum ? E. Marquis (1) (deRennes), qui a pu suivre 23 malades traités à la fois par l'anus de dérivation et le radium, donne les résultats très instructifs de cette observation prolongée. Il divise en trois groupes les 23 sujets soumis à la curiethérapie : le premier groupe comprend les survies n'ayant pas dépassé deux ans ; le second groupe, les survies de plus de deux ans ; le troisième groupe, les guérisons. (Marquis estime que cette distinction entre survies de deux ans et survies de plus de deux ans établit approximativement le partage entre les cas ayant ou n'ayant pas bénéficié de l'application de radium).

Chez tous les malades, le diagnostic clinique fut confirmé par l'examen histologique après biopsie. Chez tous, un anus iliaque fut d'abord établi ; la curiethérapie fut mise en œuvre quelques jours plus tard, après section complète de l'intestin et lavages antiseptiques du bout inférieur.

En principe, une seule application fut faite. On n'eut qu'exceptionnellement recours aux aiguilles radifères ; en règle générale, on introduisit dans le rectum une sonde contenant les tubes de radium : le plus souvent, cette introduction ne se fit pas sans difficultés, le canal rectal étant étroit, irrégulier et tortueux du fait de son envahissement

(1) *Communication au Congrès de Chirurgie*, 5 octobre 1925. — *Gazette médicale du Centre*, 15 novembre 1925.

par les masses néoplasiques bourgeonnantes. La dose de millicuries détruits oscilla de 17 à 57, avec une moyenne de 38. (Cette dose exceptionnellement élevée de 57 millicuries détruits fut utilisée chez un sujet de 19 *ans*, atteint d'épithélioma glandulaire atypique.)

Une fois seulement, on adjoignit la radiothérapie pénétrante à la curiethérapie : l'efficacité de cette adjonction ne fut pas démontrée.

Premier groupe. — Pour tous les malades de ce groupe, au nombre de dix, on peut dire que les résultats éloignés du traitement furent nuls. Sans doute, l'anus de dérivation permit, chez deux d'entre eux, de parer à des accidents immédiats d'occlusion intestinale. Sans doute, aussi, après les six semaines à deux mois de ténesme rectal et d'asthénie consécutifs au traitement, la plupart se trouvèrent améliorés et recouvrèrent l'espoir. Mais l'illusion fut temporaire, et il n'est pas prouvé que leur existence fut sensiblement prolongée. Il est juste d'ajouter que, pour tous ces malades, on se trouvait en face de cette alternative inexorable : ou ne rien faire, ou tenter la curiethérapie ; tous présentaient, en effet, des lésions étendues non seulement en surface, mais aussi en profondeur, ce qui est beaucoup plus grave.

Il existait des adhérences prostatiques, vésicales, utérines, sacrées. L'un de ces malades avait été examiné par un chirurgien des plus entreprenants dans l'ablation du cancer du rectum, et jugé inopérable. Le même jugement pouvait s'appliquer aux neuf autres.

Deuxième groupe. — Les six malades de ce groupe ont eu, après le traitement, une survie de plus de deux ans. Ils étaient âgés respectivement de 45, 48, 60, 62 et 67 ans. Le début apparent de l'affection remontait à une époque variant de six à seize mois ; trois fois il s'agissait de la forme végétante, et trois fois de la forme ulcéreuse.

De ces six malades, l'un vit encore, mais il présente une récidive locale et une métastase hépatique ; l'application de radium date d'un peu plus de deux ans. Des cinq autres, deux ont eu une survie de trois ans, un une survie de quatre ans, un une survie de quatre ans et demi, le dernier une survie de cinq ans. Malgré les exemples partout cités de la longue évolution de certains cancers du rectum, il est invraisemblable que chez ces six malades l'évolution eût été aussi lente sans la curiethérapie. A ceux qui refuseraient volontiers au radium toute action thérapeutique dans le cancer du rectum, MARQUIS oppose l'observation d'un de ses malades, atteint d'épithélioma à forme sténosante ayant provoqué deux crises d'obstruction intestinale. Un an après le traitement, ce malade écrivait à son chirurgien : « Mon état est bon, je dors bien, j'ai bon appétit, je continue à prendre du poids : parti de 108 livres, je suis à 128 livres ; je n'ai jamais pesé davantage, même à 30 ans. Quand le temps le permet, je fais 5 ou 6 kilomètres de marche, sans fatigue ». C'est cinq ans seulement après le traitement que ce malade mourait, ayant conservé un bon état général jusqu'au moment où la généralisation se fit, très peu de temps avant la fin.

Troisième groupe. — Le traitement ne datant, chez deux des 23 sujets observés par MARQUIS, que de cinq mois et de six mois, ce troisième groupe — groupe des guérisons apparentes — ne comprend que cinq malades. L'un d'eux, âgé de 38 ans seulement, avait un épithélioma végétant qui intéressait toute la circonférence du rectum, ne laissant qu'un canal extrêmement étroit. Première application de radium, avec destruction de 43 millicuries. Trois mois plus tard, des masses bourgeonnantes et des écoulements de glaires et de sang persistant encore, nouvelle application, avec 36 millicuries détruits. Peu de temps après, le malade fait brusquement une terrible hémorragie qui le rend exsangue, et qui nécessite une transfusion de 500 cc. de sang. Amélioration progressive. L'état actuel est le suivant : à 3 centimètres de l'anus commence un canal fibreux rigide dans lequel le doigt pénètre avec difficulté, et qu'il parcourt sur une longueur de 4 centimètres sans en percevoir la terminaison. En aucun point on ne trouve de masses bourgeonnantes ; on a partout la sensation d'un tissu fibreux, dur, résistant. L'état général est excellent, le malade a considérablement engraissé et peut reprendre sa vie ordinaire.

Le second malade est un homme de 60 ans traité, comme tant de cancéreux du rectum, pour de l'entérite pendant un an. En septembre 1824, on établit un anus iliaque, suivi d'une seule application de radium (42 millicuries détruits). En mars 1925, le toucher rectal n'est plus douloureux et ne provoque aucune hémorragie ; on ne perçoit plus de masses bourgeonnantes, mais seulement une zone cicatricielle : le reste du rectum est lisse et souple. Actuellement, le toucher rectal ne montre rien d'anormal, et l'état général est très bon.

Le troisième malade a été traité au début de mai 1824 pour un épithélioma végétant de la région ampullaire. Actuellement, le toucher rectal montre un rétrécissement fibreux, dur et très

serré. Plus de glaires sanguinolentes, plus de douleurs ; augmentation de poids atteignant 20 kilos.

La quatrième malade est une femme de 41 ans chez qui l'on trouvait, à 2 centimètres de l'anus, une tumeur végétante occupant tout le pourtour du rectum. Non seulement la cloison recto-vaginale était envahie, mais elle présentait une perte de substance des dimensions d'une pièce de deux francs. Douze aiguilles de radium furent utilisées et 30 millicuries furent détruits. Un an après le traitement, cette malade a augmenté de 9 kilos, ne souffre plus, et n'a plus aucun écoulement de glaires ni de sang.

Malgré l'intérêt de ces faits, *il est évident que la curiethérapie est loin de fournir, dans le cancer du rectum, les résultats qu'elle donne dans les épithéliomas d'origine épidermique.* La curieuse observation suivante montre la différence de cette action chez une même malade traitée d'abord pour un cancer de l'utérus, puis pour un cancer du rectum. Une femme présente, au début de 1921, un épithélioma atypique du col utérin qui guérit très simplement par une application de radium ; *la guérison se maintenait au moment de la mort de la malade, quatre ans après.* Or, six mois après la curiethérapie du cancer du col, cette malade était atteinte d'un cancer du rectum. [(Il s'agissait bien d'un cancer primitif du rectum, indépendant du cancer du col, et non d'une récidive au niveau de la cloison recto-vaginale. La preuve formelle en fut donnée par l'intégrité de la muqueuse vaginale et par la structure histologique de cet épithélioma du rectum (épithélioma cylindrique, alors que l'ancien épithélioma de l'utérus était pavimenteux)]. On fit à cette malade un anus iliaque suivi d'une application de radium ; amélioration sensible, puis récidive du cancer rectal au bout de 18 mois. Seconde application de radium ; le cancer rectal continue d'évoluer et la malade succombe un an plus tard, alors que le cancer utérin n'avait jamais récidivé.

Quelles sont les causes d'échec de la curiethérapie du cancer du rectum ? D'abord, la nature histologique de ces cancers : 95 % sont des épithéliomas cylindriques, et l'on sait que tous les épithéliomas cylindriques ont une faible radio-sensibilité. On sait aussi que tout cancer infecté est moins sensible aux radiations ; or, malgré l'anus de dérivation, malgré les lavages antiseptiques pratiqués dans le bout inférieur, le cancer du rectum est toujours un cancer infecté secondairement.

Autre cause d'échec : introduits dans un couloir anfractueux, irrégulier, bosselé, dont le plus souvent on ne connaît même pas la longueur, les tubes radifères ne peuvent irradier d'une façon homogène toutes les zones du néoplasme.

Troisième cause d'échec : la distance qui sépare le foyer radifère des ganglions envahis. Le ganglion est la « citadelle » du cancer. Or, les ganglions du cancer du rectum ne sont ni visibles, ni palpables, ni voisins du foyer d'application de radium : l'hémorrhoïdal moyen est déjà éloigné du centre du foyer néoplasique ; l'hémorrhoïdal supérieur, le plus constamment atteint, se trouve à plusieurs centimètres des tubes de radium, et le pouvoir d'irradiation varie selon le carré de la distance.

Les conclusions de MARQUIS sont les suivantes :

— Malgré sa mortalité immédiate élevée, malgré la fréquence des récidives, l'extirpation reste, sans contredit, le traitement de choix du cancer du rectum.

— Chez les sujets devenus inopérables, la curiethérapie associée à l'anus de dérivation donne des améliorations et des survies, quelquefois même des guérisons.

J. L.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Accidents gravido-cardiaques au cours des suites de couche.

En donnant le nom d'accidents gravido-cardiaques aux complications des cardiopathies qui peuvent survenir au cours de la gestation, PETER avait émis l'aphorisme que « la délivrance utérine est une délivrance cardiaque ». Or, loin de mettre fin aux accidents, la période des suites de couches constitue au contraire un moment critique pour les cardiaques.

M. COMMANDEUR et M. PUIG (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 nov. 1925) rapportent à ce sujet 31 observations qu'ils classent de la manière suivante :

1° *Une première série* supportant mal la grossesse. Ce sont des malades dont l'insuffisance cardiaque est souvent antérieure à la gestation ; celle-ci l'exagère. Pendant la gravidité, les accidents sont multiples : essoufflement constant ou paroxystique, albuminurie plus ou moins fréquente, œdèmes périphériques : bref, des accidents asystoliques d'ordre banal. On est en présence de ma-

lades dont l'insuffisance cardiaque patente est exagérée par la grossesse. Ces malades mènent souvent leur grossesse à terme. Mais, loin d'être délivrées par l'accouchement, celui-ci est, en général, suivi au cours de la deuxième semaine, d'une aggravation des phénomènes asystoliques ; soit accidents d'insuffisance cardiaque générale, soit accidents localisés au territoire pulmonaire. C'est à ce moment que ces malades, dont l'état général était très déficient et que l'on croyait sauvées par la libération utérine, sont au contraire emportées.

2° *Une deuxième série* de malades comprend celles qui ont bien supporté leur grossesse. Jamais leur cardiopathie ne les a gênées. Tout au plus parfois un peu d'essoufflement. Chez certaines d'entre elles même, *les accidents furent la révélation de la cardiopathie.*

Dans cette série, un seul accident se présente avec une remarquable constance : l'œdème aigu du poumon. La crise est d'intensité variable, mais ce qui est frappant, c'est qu'elle se produit avec élection *du 4e au 8e jour* après l'accouchement. Il semble chez ces malades que ce soit l'évacuation de l'utérus qui ait déclanché les accidents.

3° *Une troisième série* comprend les cas intermédiaires : ce sont des malades qui, pendant leur grossesse ont de très légers accidents : essoufflement habituel, un peu d'œdème des membres inférieurs. Toutes ces malades ont une recrudescence des phénomènes d'insuffisance cardiaque après l'accouchement, non pas dès le premier ou deuxième jour, mais en général à partir du sixième ou du septième. A ce moment, elles présentent des crises dyspnéiques, quelquefois de l'œdème aigu du poumon, les œdèmes malléolaires peuvent réapparaître ou augmenter, comme l'albuminurie.

Bref, dans cette série, les accidents observés pendant la grossesse réapparaissent ou s'aggravent vers le huitième jour après l'accouchement. De même dans la première catégorie de malades, il y avait recrudescences des accidents à ce moment ; dans la deuxième catégorie, c'est à cette date qu'ils font seulement leur apparition.

On peut dans un bref tableau résumer cette statistique de COMMANDEUR et PUIG :

Grossesse mal tolérée : accidents avant ou après l'accouchement	8
Grossesse bien tolérée : accidents après l'accouchement	15
Cas intermédiaires : œdème aigu plus ou moins intense du quatrième au huitième jour.	8

En résumé :

1° Il y a deux sortes d'accidents gravido-cardiaques, suivant que le myocarde est tolérant ou insuffisant ;

2° Dans les deux cas, la délivrance utérine n'est pas une délivrance cardiaque. Une période critique existe, du quatrième au huitième jour, où surviennent souvent des accidents, soit asystoliques d'ordre banal, soit aigus pulmonaires, signe d'une insuffisance ventriculaire gauche, chez des malades qui ont bien toléré leur grossesse. L'axiome de PETER ne peut être accepté. Les cardiaques, même bien compensées, doivent être étroitement surveillées dans la première semaine qui suit leur accouchement.

COMMANDEUR et PUIG en déduisent les excellentes indications thérapeutiques suivantes :

1° Au cours de la grossesse, des accidents asystoliques, progressifs malgré le traitement médical, peuvent conduire à interrompre la grossesse et à pratiquer l'avortement ou l'accouchement prématuré provoqués. Mais la persistance des accidents et leur aggravation après l'évacuation utérine montrent que cette thérapeutique est loin d'être infaillible chez les grandes asystoliques ;

2° Dans les cas intermédiaires ou légers, le repos, le régime, la médication digitalique sont seuls de mise ;

3° Dans les cas d'œdème aigu du poumon la saignée doit être abondante de 500 à 800 grammes, d'autant plus que la crise est plus grave. En même temps, administration en doses décroissantes de poudre de feuilles de digitale ;

4° Enfin, préventivement après l'accouchement, il semble que l'administration de digitale chez les cardiaques, surtout présentant une légère ascension thermique, peut éviter l'éclosion des accidents.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MEDECINE

De l'action des rayons ultra-violets sur la croissance. — MM. M. SPRINGER et André TARDIEU ont étudié expérimentalement les effets de la carence solaire et l'action thérapeutique des rayons ultra-violets, sur une portée de cinq lapins nés dans l'obscurité d'un sous-sol. A la sixième semaine, trois de ces

animaux, moins lourds et moins développés, ont été irradiés (14 séances à doses progressivement croissantes). Tous les trois ont subi, dès le début, une poussée remarquable dans leur développement général, leur poids et leur vitalité. Les deux autres, qui étaient plus vigoureux, choisis comme témoins, et soumis à la carence solaire absolue, ont présenté un retard de croissance, leur poids se stabilisa, puis diminua; enfin, ils succombèrent avec une paralysie du train postérieur. L'autopsie n'a décelé aucune lésion macroscopiquement évidente, en particulier, aucun signe de rachitisme.

Ces résultats concordent avec ceux de tous les cliniciens qui constatent les bons effets des applications des rayons ultra-violets sur la nutrition et le développement des enfants.

Quelques effets indirets de la grippe sur la région du cou chez l'enfant. — M. Rousseau-St-Philippe. — Il s'agit d'une adénopathie et empâtement par rhino-pharyngite grippale, avec fièvre à 38°5 et douleur à la pression et raideur. La suppuration est exceptionnelle.

Le N. Oxyde de Scopolamine dans les états parkinsoniens. — MM. Polonovski, Combemale et Wayrac. — On connaît l'action du bromhydrate de scopolamine dans les états parkinsoniens. Le N. oxyde de scopolamine produit des effets aussi appréciables tout en étant moins toxique. Dose quotidienne : 2 à 5 milligr.; les auteurs signalent des améliorations rapides.

20 avril.

SOCIÉTÉ MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 avril 1926.

Dosage des phénols chez le nourrisson. — MM. R. Debré, Goiffon et Crama, à propos de la communication de MM. Binet, Mathieu de Fossey et Goiffon, indiquent les premiers résultats qu'ils ont obtenus par le dosage des phénols urinaires chez le nourrisson. Du taux de 0,08 0/00 qu'ils ont trouvé chez l'enfant normal au lait de vache ou au sein, ces corps augmentant dans tous les cas dans l'urine du nourrisson dyspeptique ou atteint d'infection aiguë ou chronique.

Capacité vitale. — M. Binet communique le résultat de ses recherches sur la capacité vitale.

L'hyperglycémie chez les sujets non glycosuriques. — MM. Rathery et Froment étudient l'hyperglycémie chez les sujets aglycosuriques. L'hyperglycémie est réalisée quand le taux du sucre sanguin dépasse 1 gr. 10. L'absence de glycosurie pour être reconnue nécessite l'examen de l'urine correspondant au prélèvement sanguin et celui des fractionnements d'urine de la période de 24 heures.

L'hyperglycémie signalée au cours d'affections diverses n'est pas, dans l'évolution de celles-ci d'apparition constante. Les auteurs considèrent l'hyperglycémie sans glycosurie comme un phénomène surajouté à la maladie ne paraissant pas d'ailleurs conditionner des symptômes particuliers. Cependant, il paraît assez fréquent au cours de certaines manifestations cutanés et disparaît parfois avec elles.

Pour expliquer cette variété d'hyperglycémie, l'étude du fonctionnement rénal (élimination de la phénolsulfonephtaléine, azotémie constante) l'étude du métabolisme hydrocarboné (épreuve de l'hyperglycémie provoquée) furent pratiquées.

Les auteurs concluent à l'absence de tout rapport entre le degré de l'insuffisance rénale et les modifications de la glycémie. Ils pensent qu'il s'agit d'un trouble dans l'assimilation des hydrates de carbone qui peut être considéré, à l'égal des glycosuries transitoires comme une manifestation d'un état de déchéance plus ou moins léger, plus ou moins transitoire du métabolisme hydrocarboné.

Hérédo-syphlis tardive à manifestations multiples; ostéo-arthropathies, insuffisance thyro-ovarienne, néphrite hypertensive, signes d'Argyll-Robertson. Existence de deux côtes cervicales. — MM. J. Rouillard et Jean Calmels présentent une femme de 44 ans atteinte de diverses manifestations d'hérédo-syphilis tardive. En premier lieu, des ostéo-arthropathies : l'une ancienne, siégeant au coude droit, a déterminé une ankylose osseuse complète, avec hyperostose condensante de l'humérus et des deux os de l'avant-bras; d'autres, plus récentes sont localisées au coude gauche et aux genoux.

La radiographie montre des lésions multiples et graves sur presque tous les os longs et presque toutes les grandes articulations. En outre, insuffisance thyro-ovarienne, néphrite avec hypertension artérielle, signe d'Argyll-Robertson. Enfin la malade possède deux côtes cervicales supplémentaires.

Du traitement et de la prophylaxie des oreillons basés sur les recherches de Kermorgant. — M. Chr. Zœller rapporte le résultat de recherches qu'il a entreprises en vue de confirmer les travaux de M. Kermorgant. Les prélèvements faits à la période du début des oreillons par lavages de la cavité buccale, lorsque la parotidite est encore unilatérale, ont révélé trois fois sur six la présence d'un spirochète analogue à celui qu'a décrit Kermorgant décelable par l'ultramicroscope; dans un des cas il fut possible après six semaines d'obtenir une culture.

Les prélèvements exécutés par ponction de la parotide ou de la vaginale infiltrée ont été négatifs. Ont

également été négatives les recherches entreprises sur des sujets atteints de parotidite bilatérale.

Le traitement arsenical par le stovarsol par la voie buccale ou le sulfarsénol par la voie sous-cutanée profonde s'est montré inefficace ; il ne réussit pas à prévenir l'apparition de l'orchite. La voie intraveineuse n'a pas été employée.

L'administration de stovarsol dans une collectivité à l'occasion d'un cas d'oreillons a été pratiquée à titre d'essai ; un seul cas secondaire fut constaté dans le groupe des sujets non traités. Cette unique expérience n'a dans la pensée de l'auteur qu'une simple valeur d'indication et non de démonstration.

Retentissement des longues cures d'adrénaline sur la tension artérielle. — M. Pagniez rapporte l'observation d'une diabétique de 33 ans qui, pour des crises d'asthme, fit de nombreuses piqûres d'adrénaline (2.172 injections d'un milligramme d'adrénaline). La pression artérielle ne s'est pas élevée. Il survint une intolérance à l'adrénaline avec syncopes, mais il n'y eut pas d'hypertension artérielle.

M. Chauffard. — Chez une fillette ayant pris de l'adrénaline et de la surrénale il existait un souffle d'aortite. L'adrénaline n'est pas toujours inoffensive.

Lésions de l'artère pulmonaire et leurs conséquences au cours du rétrécissement mitral. — MM. Ch. Laubry et Marcel Thomas. — Après avoir rappelé les travaux anatomo-pathologiques antérieurs sur l'artérite pulmonaire, et les différentes conceptions pathogéniques émises sur cette affection, les auteurs étudient au point de vue clinique et radiologique certains cas de rétrécissement mitral dont l'évolution était marquée par des épisodes pulmonaires, correspondant anatomiquement à des lésions de l'artère pulmonaire. Ils décrivent des formes chroniques et des formes aiguës d'évolution de cette artérite. Dans les formes chroniques, les bronchites à répétition et surtout les hémoptysies répétées doivent faire soupçonner l'artérite pulmonaire. Les signes cliniques sont pauvres, et c'est surtout l'examen radiologique qui donne des résultats intéressants. Au syndrome de stase veineuse, les auteurs opposent les images radiologiques d'hypertension artérielle pulmonaire, symptomatique de ces cas chroniques. L'évolution est grave, cependant des cas favorables ont été observés.

Les artérites aiguës ont une symptomatologie variable, et peuvent simuler une affection pulmonaire ou générale, dans laquelle les signes cardiaques passent souvent au second plan.

Enfin, l'évolution de ces artérites peut être modifiée par différentes complications : infection pulmonaire, thrombose pulmonaire, dilatations anévrysmales de l'artère pulmonaire, insuffisance ventriculaire droite.

Sur un cas de septicémie puerpérale subaiguë à bacilles perfringens. — MM. P. Teissier, E. Rivolier et R. Thurel. — Il s'agit d'une observation anatomo-clinique ou les propriétés du bacille perfringens sont mises en évidence au plus haut point ;

1° Propriété hémolytique : par le tableau clinique bien spécial, présenté par le malade avec :

La coloration rouge violacée de ses téguments, en rapport avec le processus hémolytique ;

La cyanose, la polypnée, l'état asphyxique, relevant de la destruction des hématies et du défaut d'oxygénation, et aboutissant à la mort en une dizaine d'heures.

2° Propriété saccharolytique : fermentation des hydrates de carbone et dégagement de gaz, mise en évidence post-mortem par l'aspect bien spécial du cadavre qui paraissait comme soufflé. Une étude biologique et expérimentale du perfringens en cause a permis de reproduire ce que la clinique avait montré.

Le diagnostic des septicémies puerpérales à perfringens repose donc essentiellement sur la constatation du processus hémolytique ; sans doute les propriétés hémolytiques ne sont pas spéciales au bacille perfringens, ce qui est assez spécial c'est l'intensité parfois considérable de son pouvoir hémolytique. Presque évident dans la forme suraiguë. rapportée par les auteurs, le diagnostic de septicémie puerpérale à perfringens n'est guère possible en dehors du laboratoire dans les formes aiguës où le processus hémolytique moins massif aboutit à l'ictère.

M. Boidin rappelle qu'il a observé des hépato-néphrites massives dues au perfringens.

M. Noël Fiessinger oppose hépato-néphrite et anémies graves. Ces syndromes correspondent à des perfringens de virulences différentes.

M. Rist insiste sur la part cadavérique dans les constatations d'autopsie.

La sérovaccinothérapie des broncho-pneumonies. — M. d'Ollsnitz (de Nice).

Etiologie rhumatismale du rétrécissement mitral. — M. Pr. Merklen et Mlle Schneider.

Prophylaxie et traitement de la céphalée. — MM. A. Tzanck et Paul Chevallier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur cinq cas de fractures graves du cou-de-pied. — Observation de MM. Pierry et Cochez (d'Alger), M. Koss rapporteur.

Quatre de ces fractures ont été traitées par réduction simple sous anesthésie générale, avec immobilisation

en gouttière plâtrée, et mise en place au 15e jour d'un appareil de marche de Delbet, enlevé au 40e jour. Bons résultats anatomiques et fonctionnels.

Un cas a été traité par ostéosynthèse : bons résultats. Les auteurs donnent la préférence au traitement non sanglant, et réservent l'ostéosynthèse aux fractures ouvertes ou irréductibles.

Des résultats immédiats et éloignés dans le traitement par vissage des fractures du col fémoral. — M. Robineau donne une statistique personnelle portant sur 16 cas, avec comme résultats immédiats : 8 cas excellents, 6 bons, 2 échecs.

Les résultats éloignés sont excellents dans 3 cas, bons dans 2, médiocres dans 3. 3 pseudarthroses et 3 échecs. 2 cas sont trop récents pour permettre une conclusion.

L'auteur attribue les échecs à une immobilisation insuffisante et conclut à la nécessité d'un contrôle radioscopique pendant l'intervention, et d'une immobilisation prolongée pendant 6 à 8 semaines.

La méthode ne permet donc pas le lever précoce.

M. Dujarier immobilise ses opérés pendant 4 mois.

M. Tuffier fait ressortir le parallélisme entre les résultats anatomiques et fonctionnels.

Présentation de malades. — M. Robineau : deux malades ayant subi une ostéosynthèse pour fracture du col fémoral : un résultat excellent, un médiocre.

M. Dujarier présente un cas de fracture de Dupuytren ancienne avec énorme déviation secondaire en valgus.

M. Mocquot présente deux radiographies obtenues après injection intra-utérine de lipiodol : elles lui ont permis de déceler soit la perméabilité des trompes, soit l'existence d'un polype intra-utérin.

21 avril. E. Theillier.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Bactériologie, de J. Courmont, 5e édition revue par P. Courmont, *Professeur d'Hygiène à la Faculté de médecine de Lyon*. — Gaston Doin, édit. — Un vol. cart. 1.258 pages avec 314 fig. dans le texte et 40 planches en couleur hors texte. — Prix : 85 francs.

Cette cinquième édition, refondue par M. P. Courmont présente bien des modifications et des additions nombreuses. Le chapitre des microbes de la gangrène a été composé à nouveau, le chapitre des virus filtrants qui n'existait pas dans les précédentes éditions a trouvé pour sa description des pages compétentes et complètes.

Illustré de nombreuses planches, ce livre constitue à l'heure qu'il est le meilleur traité de Bactériologie.

Il rendra service aux étudiants et aussi aux médecins ; les applications thérapeutiques ne sont pas délaissées, bien qu'un certain optimisme en inspire les vertus. Ainsi M. P. Courmont nous dit que les résultats sont impressionnants dans la méningite cérébro-spinale. La mortalité serait tombée à 20 %. Il y a quelques années peut-être. Aujourd'hui la gravité est bien plus grande. Le méningocoque B est en cause et le sérum correspondant si tôt soit-il injecté, ne produit pas grand effet.

La diurèse. Une nouvelle méthode d'exploration, par R. Posak, *Ancien Interne des hôpitaux de Paris*. — Gaston Doin, édit. — Un vol., 242 pages.

La méthode dont use M. R. Posak pour explorer la diurèse, est l'observation simple. Au lieu d'astreindre l'intéressé à une règle artificielle, l'auteur se contente de recueillir l'urine quand le sujet en expérience éprouve le besoin de la miction.

Ce besoin s'impose à des intervalles très variables. Le rythme hépatique, le rythme tissulaire, le rythme nerveux interviennent pour modifier les courbes recueillies. Après un repas copieux, même si les boissons sont abondantes, le foie augmente de volume, devient douloureux et la diurèse diminue. A 17 heures, sans qu'on ait bu, le bain est capable de déclencher des courbes de diurèse analogues à celles que semblent provoquer une tasse de thé.

Fruit d'une expérience personnelle, ce livre intéressant eût gagné dans le texte même, à une moindre surcharge de tableaux graphiques. Ceux-ci adjoints à l'énoncé des diverses expériences auraient mieux figuré dans un chapitre à part, à la fin du volume.

Techniques de Laboratoire pour le diagnostic de la tuberculose, par M. Ed. Moreau, *Chef de Laboratoire à l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye*. Préface de M. A. Besredka, *Professeur à l'Institut Pasteur*. 22 figures. Librairie Norbert Maloine, 1 vol. 196 p.

Outre les méthodes directes qui recherchent le bacille tuberculeux, ce livre étudie les méthodes indirectes qui permettent de dépister la tuberculose. La séroréaction par la déviation du complément dite réaction de Besredka, ou encore par l'agglutination sont l'objet de développements clairs où la compétence de M. E. Moreau trouve sa place.

Guide médical de la station thermale de Plombières-les-Bains, Vosges, par le Dr A. Hagen, *médecin consultant à Plombières*.

Guide médical où sont bien exposées, la technique des bains et des douches avec les indications et contre-indications de la station. L'expérience de M. Hagen lui a permis de faire court tout en faisant bien.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital Trousseau. — M. le Dr LESNÉ.

Le diabète sucré chez l'enfant.

Tout en étant une affection rare le diabète sucré n'est pas une affection exceptionnelle chez l'enfant, mais il présente chez lui certaines particularités. C'est une maladie extrêmement grave et dont la symptomatologie moins complète se distingue de celle qu'on observe chez l'adulte ; nous avons depuis quelques années une médication, l'insuline, qui nous permet, sinon d'envisager la guérison du diabète, du moins de considérer comme probable la survie de nos petits diabétiques qui, jusqu'à ces dernières années, étaient voués à une mort rapide et certaine.

Voici quelques observations de diabète sucré chez l'enfant qui vous donneront une idée de cette grave affection :

Nous avons reçu dans nos salles il y a quatre ans, une enfant de 14 ans qui nous a été amenée parce que, disait la mère, depuis un mois elle buvait considérablement, elle se levait la nuit pour aller boire à la cuisine ; quand elle se promenait, elle s'arrêtait à toutes les bornes-fontaines. Ces manifestations avaient apparu subitement, s'étaient rapidement compliquées de fatigue, d'anémie et d'amaigrissement. La glycosurie atteignait 40 grammes par litre, et la glycémie 1 gr. 90. L'urine (1.250 gr. par 24 heures), ne renfermait pas d'albumine mais des corps acétoniques.

Malgré cette glycosurie modérée qui diminua quelque peu sous l'influence du régime et du traitement alcalin qu'on employait alors, cette enfant succomba au bout de six mois de coma diabétique à l'occasion d'une grippe.

J'ai vu, il y a dix ans, dans une famille aisée de gens bien portants, sans syphilis appréciable, avec des réactions de B.-W. négatives chez parents et enfants, un enfant qui avait été pris à l'âge de 8 ans de polyurie considérable ; il s'était mis tout d'un coup à uriner au lit. En même temps avait apparu de la polydipsie ; la glycosurie atteignait 80 grammes par litre, les urines renfermaient un peu d'albumine et des corps acétoniques ; la glycémie était de 1 gr. 90. Cet enfant maigrit progressivement et après quelques périodes d'amélioration très passagères mourut dans le coma, quinze mois après. Le coma avait été précédé pendant quelques jours de douleurs abdominales violentes et de vomissements.

La sœur de ce petit malade, âgée de 14 ans, que je suis depuis quatre mois, a été prise subitement des mêmes phénomènes de polydipsie, de polyurie. Elle a un diabète qui n'est pas actuellement consomptif, mais qui est assez grave, puisque la glycémie oscille autour de 2 grammes et la glycosurie autour de 50 grammes avec acidose. C'est un exemple de diabète infantile familial, sans syphilis héréditaire.

Cette enfant est dans un état assez florissant, grâce à l'insuline.

Vous voyez en ce moment dans le service une petite fille de 8 ans et demi qui, sans jamais avoir eu de symptômes de diabète, présentait à son entrée une glycosurie assez considérable, 75 gr. avec 1 gr. 95 de glycémie et poussées d'acidose. Elle est faible, déprimée, amaigrie, comme le sont souvent les diabétiques jeunes, cependant grâce à l'insuline, son état général s'améliore et la courbe de poids reprend une ligne ascendante.

J'ai eu l'occasion de voir, il y a six mois, un nourrisson de 22 mois, dans le coma depuis vingt-quatre heures et qui pendant huit jours avait présenté un peu de dépression et de somnolence, avec vomissements. On pensa d'abord à des accidents d'encéphalite ou de méningite. Comme il n'y avait aucune réaction du côté des méninges, et qu'une ponction lombaire montra un résultat négatif, j'eus l'idée de regarder ses urines qui renfermaient du sucre en abondance. C'était un coma diabétique ayant apparu brutalement chez un enfant qui jusque-là paraissait bien portant ; il mourut en vingt-quatre heures malgré des injections intramusculaires d'insuline.

Le diabète sucré infantile est rare. Sur 100 diabétiques, il y en a à peu près 2 âgés de 1 à 10 ans ; 2 ou 3 de 10 à 20 ans ; c'est de 8 à 16 ans qu'on l'observe le plus fréquemment. Les filles semblent plus prédisposées que les garçons. Il y a tantôt une hérédité directe, tantôt une hérédité dite neuro-arthritique, en ce sens que les parents ont été soit des lithiasiques, des goutteux, des emphysémateux, des asthmatiques, etc. Enfin, de temps à autre, une maladie infectieuse semble avoir déclanché le début de cette affection. A cela rien d'étonnant, puisque le diabète est lié, pense-t-on, à une pancréatite et que les pancréatites peuvent être secondaires à toutes les infections. On a cité les oreillons, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la rougeole, la coqueluche, quelquefois la tuberculose ou la syphilis héréditaire. Enfin, il existe incontestablement des diabètes sucrés infantiles d'origine nerveuse apparaissant à l'occasion d'une émotion, d'une commotion, d'un traumatisme cranien, ou même de l'évolution d'une tumeur ou lésion intra-

cranienne, tumeur ou plaque méningée de la base ou de la région de l'hypophyse.

Au point de vue symptomatique, le diabète infantile évolue suivant deux variétés. Il y a des formes graves et des formes bénignes ; il y a les grands diabètes avec hyperglycémie et les petits diabètes sans hyperglycémie. En général le diabète sucré de l'enfance est un grand diabète.

Le début peut être lent et progressif avec pâleur et amaigrissement, ou bien polyurie et polydipsie sont les premiers symptômes qui attirent l'attention. Certains enfants présentent de l'incontinence d'urine, alors qu'ils étaient des enfants propres. Quand vous voyez apparaître l'incontinence nocturne chez des enfants de 10 à 14 ans, il faut rechercher la glycosurie. La polydipsie accompagne la polyurie. Ces enfants sont pris d'une soif intense, inextinguible ; ils se réveillent la nuit pour chercher de l'eau ; s'il s'agit de nourrissons, — chez qui le diabète s'observe du reste exceptionnellement, — ils ont perpétuellement soif ; ils viennent de téter, ils veulent boire encore, ils crient, ils hurlent.

La polyurie avec glycosurie sera facilement distinguée du diabète insipide hydrurique secondaire à des lésions cérébrales appréciables ou non ; les diabètes oxalurique, azoturique ou phosphaturique sont tout à fait exceptionnels chez l'enfant.

La polyphagie est exceptionnelle ; il est très rare que les enfants diabétiques soient des affamés ; ils ont plus souvent de l'inappétence.

La glycosurie est en général intense par rapport au poids de l'enfant puisqu'elle peut atteindre de 40 à 80 grammes par litre ; on la différenciera facilement de la lactosurie passagère des nourrissons qui prennent beaucoup de lait ou encore de la glycosurie alimentaire qui succède à un excès de gâteaux ou de sucreries ; aussi bien l'enfant assimile jusqu'à 7 grammes de sucre par kilogramme de poids, ce qui rend la glycosurie alimentaire rare dans le jeune âge. Avec le glucose on trouve presque constamment au moins de façon intermittente, dans l'urine et quelquefois dans le sang, des témoins de l'acidose : acétone, acide diacétique et β oxybutyrique. Je ne veux pas dire pour cela qu'il n'existe pas d'acétonurie sans diabète. Vous savez qu'au cours des méningites avec vomissements répétés, au cours des crises de vomissements cycliques, les urines peuvent renfermer de l'acétone sans que le pronostic en soit aggravé, mais quand elles renferment en même temps du sucre, il n'est pas douteux qu'il s'agit d'un diabète grave en évolution. Vous retrouverez aussi d'autres symptômes de l'acidose, quelquefois l'odeur de pomme reinette de l'haleine. Dans ce cas vous devez immédiatement faire l'examen du sang. Vous trouverez une glycémie toujours considérable, qui peut atteindre 2 gr. 3 grammes de sucre par litre de sang, alors que la normale, au-dessous de 8 à 10 ans, est de 0 gr. 80 à 0 gr. 95, et d'un gramme seulement à partir de 10 à 12 ans.

Il n'y a pas chez l'enfant les petits signes prémonitoires qui conduisent au diagnostic du diabète chez l'adulte : troubles oculaires, complications cutanées, gangrènes ; les réflexes tendineux sont parfois abolis mais on ne note pas chez l'enfant de troubles de la marche. La bouche peut être sèche et rouge mais il n'y a pas de chute des dents.

Ce qui domine le tableau du diabète infantile, c'est l'atteinte profonde de l'état général et l'évolution fatale et progressive. Les nourrissons prennent le masque de l'hypotrophie (Nobécourt). Chez les enfants plus grands, la pâleur, l'amaigrissement, l'apathie et l'asthénie sont intenses ; on ne voit pour ainsi dire pas chez l'enfant de diabète floride comme chez l'adulte, compatible avec une longue existence ; il s'agit toujours d'un diabète maigre, d'un diabète grave, d'un diabète pancréatique qui va évoluer vers le coma en quelques mois, en un ou deux ans au maximum. Cette évolution est d'autant plus rapide que l'enfant est plus jeune. La tuberculose pulmonaire est rare, mais l'enfant succombe parfois à des complications aiguës broncho-pulmonaires. Le coma diabétique apparaît soit de façon progressive, soit de façon brutale, à la suite d'un traumatisme, d'une intervention chirurgicale, d'une infection aiguë, d'une fatigue exagérée, d'un régime carencé en hydrates de carbone ou même sans cause. Plus souvent il est précédé de symptômes prémonitoires : odeur acétonique de l'haleine, accélération de la respiration sans symptômes physiques, tristesse, apathie, irritabilité, somnolence, corps acétoniques dans l'urine et dans le sang, inappétence, nausées et vomissements avec sécheresse de la bouche. On conçoit que l'amaigrissement accompagnant la prostration, on puisse penser au moins momentanément à une méningite tuberculeuse.

Parfois apparaissent des douleurs abdominales intenses avec ballonnement, vomissements bilieux et constipation à tel point qu'on pourrait penser à une péritonite appendiculaire. Puis la température s'abaisse, le pouls s'accélère, le faciès s'excave, la respiration devient stertoreuse et le coma profond. Avant l'emploi de l'insuline le coma diabétique était fatal chez l'enfant, et n'était nullement influencé par les injections intraveineuses

de bicarbonate de soude, quelquefois efficaces chez l'adulte.

Une fois le coma installé, bien que le diabète puisse parfois se compliquer d'albuminurie on le distinguera facilement du coma urémique accompagné de myosis et de dyspnée avec rythme de Cheyne-Stoke. Aussi bien le coma urémique est rare chez l'enfant et on observe plutôt dans le jeune âge des manifestations convulsives dépendant d'un œdème cérébral au cours d'une néphrite avec anasarque.

Les signes classiques du coma diabétique permettent d'éliminer les comas toxiques, les comas d'origine gastro-intestinale, l'encéphalite aiguë, les méningites.

Rarement on observe au cours de la seconde enfance un diabète bénin, diabète rénal ou diabète arthritique, chez des enfants issus de source arthritique. Alors tous les symptômes sont frustes ; les enfants conservent un bon état général, restent frais et roses et ne maigrissent pas. Ce ne sont pas des hyperglycémiques ; la glycosurie est très modérée, et, — point important, — c'est une glycosurie intermittente, soumise à l'influence du régime ; il n'y a pas d'acidose.

Je connais un jeune homme qui a commencé à avoir du sucre dans les urines à l'âge de 10 ans. Depuis vingt-cinq ans il se porte très bien, et continue à éliminer une quantité de sucre oscillant entre 10 et 20 grammes par litre, influençable par le régime et sans hyperglycémie. Il est probable qu'il existe tous les intermédiaires entre les diabètes bénins et les glycosuries alimentaires, mais il faut d'autre part retenir (Hutinel), que tous les intermédiaires peuvent s'observer entre la glycosurie simple et le grand diabète.

Avant la découverte de l'insuline, le diagnostic de diabète infantile consomptif équivalait dans 99 % des cas à un arrêt de mort dans un délai souvent rapproché, que la réduction de la ration hydrocarbonée ne faisait que précipiter, sans que la thérapeutique puisse opposer à l'évolution de cette redoutable affection une arme véritablement active.

Certes le repos, la vie au grand air loin de tout foyer contagieux, et enfin l'ingestion de bicarbonate de soude à hautes doses lorsque les accidents acidosiques sont menaçants constituent des moyens utiles qu'il ne faut pas négliger. Mais le traitement du diabète infantile par l'insuline, surtout étudié en Amérique et en France, a modifié le pronostic de cette redoutable affection et fait assister à de véritables résurrections.

L'insuline permet de donner à l'enfant diabétique une ration alimentaire nécessaire à combattre la dénutrition, et qui est indispensable pour l'entretien et la croissance de son organisme. On peut ainsi abandonner les régimes d'inanition qui n'avaient donné que des résultats déplorables, et on assiste à des reprises de poids surprenantes en même temps qu'on voit se modifier l'état général, la glycosurie, la glycémie et l'acétonémie.

L'insuline doit être introduite par voie intramusculaire dans la région fessière, les voies buccale et rectale n'ayant pas fait leur preuve. Vous réserverez pour le coma les injections intraveineuses.

D'après les instructions canadiennes on doit injecter une unité d'insuline par kilo et par jour, mais dans nombre de cas on est obligé de dépasser cette dose pour faire disparaître l'acidose.

D'après Charleux (*Thèse de Lyon* 1925), dans les cas moyens de diabète infantile, injecter 10 unités physiologiques quotidiennes, dans les cas graves injecter 15 à 20 unités et dans les cas de coma injecter toutes les trois heures 10 unités jusqu'à cessation du coma.

Il y a intérêt pour éviter les accidents hypoglycémiques et pour rendre plus continue l'action de l'insuline, à ne pas injecter plus de 5 à 10 unités à la fois et à répéter cette dose 2 fois par jour. L'injection sera faite une heure avant 2 repas renfermant des hydrates de carbone ; si par hasard l'enfant présentait pâleur ou vertiges, donnez-lui immédiatement un peu de sucre.

L'emploi de l'insuline permet de donner l'enfant un régime alimentaire sensiblement noi mal. D'après Renaut (Traité Sergent), le régim doit comprendre environ :

au-dessous de 4 ans à	100	calories	par kgr.
de 4 à 6 ans à	80	cal.	par kgr.
de 6 à 9 —	70	—	
de 9 à 12 —	55	—	
de 12 à 15 —	52	—	

Ce régime doit comprendre au moins 4 à 5 gr. d'hydrates de carbone par kilogramme et par jour ; les hydrates de carbone sont nécessaires à la croissance : l'insuline en permet l'utilisation, et d'autre part les hydrates de carbone constituent les meilleurs agents prophylactiques contre l'acétonémie qui menace constamment l'enfant diabétique. Mieux vaut faire une médication insulinique suffisante et prolongée que de diminuer la ration d'hydrates de carbone en risquant l'acidose. En cas de coma, la ration hydrocarbonée sera portée à 300 ou 400 grammes par jour.

Le régime comprendra 2 à 3 grammes de protéines par kilogramme et par jour.

La quantité de graisses ingérées doit être plutôt

réduite à 3 à 4 grammes par kilogramme et par jour, car les graisses sont cétogènes, leur nocivité est combattue par les hydrates de carbone anticétogènes.

Si l'acidose est persistante il faut diminuer la quantité de graisses et de protéines animales et augmenter la ration hydrocarbonée et la dose d'insuline.

La cure insulinique prévient ou fait disparaître l'acidose, relève l'état général et diminue la glycémie et la glycosurie, elle doit donc être poursuivie en faisant de fréquents dosages de sucre dans l'urine et les dosages dans le sang à intervalles réguliers. Ce qui importe, c'est d'éviter l'acétone et de maintenir un bon état général beaucoup plus que de chercher à réduire la glycosurie par une restriction hydrocarbonée toujours très mal tolérée par l'enfant. Suivant la gravité du diabète le traitement insulinien sera poursuivi sous forme de cures continues ou discontinues.

Cette thérapeutique ne doit pas être appliquée aux diabètes bénins arthritiques qu'on améliore ou qu'on guérit par le simple régime, elle doit être réservée aux diabètes graves pancréatiques qui sont du reste les plus fréquents chez l'enfant.

A-t-on le droit de conclure que l'insuline guérit le diabète, je ne le crois pas, car cette thérapeutique est récente et nous n'avons pas le recul nécessaire, et de plus parfois en cours de traitement, souvent entre les cures on assiste à des rechutes de l'acidose.

Quoi qu'il en soit le traitement insulinien a modifié depuis quelques années l'évolution du diabète infantile et l'on peut conclure avec Chabanier qu'on a obtenu des résultats très importants, si l'on veut bien considérer que ces malades vivent depuis la découverte de l'insuline une vie à peu près normale alors qu'auparavant une évolution fatale apparaissait imminente.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Pr Hartmann.

Rétrécissement blennorragique et rétréoissement traumatique.

Un malade présente du côté de l'urètre des orifices fistuleux avec des cicatrices multiples ; au palper, on sent une induration des tissus, une véritable callosité. Il a eu un abcès urineux, et actuellement il a des fistules urineuses qui occupent le périnée.

Quand on se trouve en présence de pareilles lésions du périnée, on doit penser à l'existence d'un rétrécissement urétral. Il y a une callosité sur l'urètre dans toute sa région scrotale. On voit même à l'œil la saillie qu'elle fait ; on la suit encore mieux au palper.

Pour explorer un urètre, on doit toujours commencer par laver le méat. Puis il faut prendre ce qu'on appelle un explorateur à boule, et toujours commencer par prendre un explorateur assez gros, même quand on explore un rétrécissement serré. Il ne faut jamais prendre un petit explorateur, parce qu'il y a souvent une série de rétrécissements successifs, en chapelet, rétrécissements qui sont de plus en plus serrés à mesure qu'on avance du méat vers la région membraneuse. Avec un petit explorateur, on peut n'être arrêté que dans la région membraneuse, dans le cul-de-sac du bulbe, et laisser échapper une série de rétrécissements plus antérieurs, mais qui, étant plus larges, ont permis le passage de l'explorateur.

Chez ce malade, l'explorateur s'arrête à l'entrée de la région scrotale ; je dis à l'entrée de la région scrotale et non à tant de centimètres du méat, car il ne faut pas évaluer la distance en centimètres. Dire que l'explorateur à boule s'est arrêté à six, huit ou dix centimètres du méat ne signifie rien, la distance du méat dépendant de la façon dont on tira la verge. Quand on veut indiquer la situation d'un explorateur, le siège d'un rétrécissement, il faut dire : il siège vers la portion pénienne, ou à la partie antérieure de la région scrotale, ou à la partie postérieure de la région scrotale, ou à la région périnéale. Il faut en un mot regarder à quelle région s'arrête la boule.

Notre malade a plusieurs rétrécissements de la partie antérieure de la région scrotale à la portion périnéale, rétrécissements en chapelet de plus en plus serrés. Cette simple question suffit pour que nous puissions affirmer que nous nous trouvons en présence d'un rétrécissement blennorragique et non d'un retrécissement traumatique. Cette question est intéressante d'abord au point de vue thérapeutique, parce que le rétrécissement traumatique est moins curable, puis au point de vue médico-légal, quand des gens réclament une indemnité pour un rétrécissement traumatique survenu à la suite d'une chute à califourchon au cours de leur travail. Si le rétrécissement est traumatique, l'urètre a été déchiré en un seul point, il y a un rétrécissement unique. Si, au contraire, l'exploration fait constater un cha-

pelet de rétrécissements de diamètres différents, décroissant progressivement à mesure qu'on avance vers la région du bulbe, cela implique nécessairement une inflammation chronique étendue à toute la muqueuse de l'urètre, aboutissant à la sclérose, et l'on peut affirmer que c'est un rétrécissement blennorragique.

PHYSIOTHERAPIE GYNÉCOLOGIQUE

Irradiation et fonction de reproduction.

Par M. le Dr Henri VIGNES,

Accoucheur des hôpitaux.

L'irradiation des ovaires, dans certaines conditions de doses, peut supprimer l'ovulation de façon définitive ou temporaire : unique et suffisamment énergique, elle entraîne la destruction de tous les follicules. Dans ces conditions, on obtient une castration définitive : l'ovaire devient scléreux, absolument comme cela s'observe à la fin de la ménopause naturelle, et toutes les modifications cycliques des organes génitaux commandées par l'ovaire sont supprimées.

Une irradiation moins énergique ne détruit que les follicules les plus près de la maturité ; il persiste un certain nombre de follicules primordiaux qui, au bout de quelques mois, sortent de leur état de torpeur et commencent à évoluer. On peut appliquer ce fait à la production d'une aménorrhée et d'une stérilité passagère ; on a établi des tableaux pour le dosage des rayons suivant différents facteurs tels que : âge, forme de la maladie, et effet thérapeutique désiré (1).

On peut aussi appliquer cette action « anti-ovaire » au traitement de certaines stérilités, lorsqu'on les suppose dues à une activité anormalement exagérée de l'ovulation. C'est ce qu'a réalisé LINZENMEIER (2) : cet auteur, dans certaines métrorrhagies, admet une activité sécrétoire excessive de l'ovaire et, peut-être, une maturation trop rapide des follicules. L'irradiation réduit cette hypersécrétion par la destruction des follicules. Il y a consécutivement diminution et régularisation du flux cataménial. Les ovules fécondés trouvent alors un terrain plus propice à leur nidation.

(1) GAUSS. — Est-il possible de produire systématiquement une aménorrhée passagère par les rayons X ? *Zeitschrift fut Geburtshülfe und Gynäckologie*, 1921, t. LXXXVII, p. 453.

(2) LINZENNEIER. — Traitement de la stérilité par les rayons X. *Zent. f. Gyn.*, 30 sept. 1922, p. 1560.

Inversement l'irradiation des ovaires, dans certaines conditions de doses, semble pouvoir activer l'ovulation. On a remarqué, au cours de la radiothérapie des fibromes, que, parfois, après les premières séances, il survenait une menstruation abondante, ce que l'on expliquait en parlant de dose irritative.

FLATAU (1) en a tiré l'idée qu'on pourrait employer les effets de cette dose irritative (1/5 de la dose de castration) pour stimuler les ovaires insuffisants et aussi les utérus qui sont restés hypoplasiés par le fait de cette déficience ovarienne. Les résultats sont intéressants, puisque FLATAU a obtenu environ 80 % de succès en cas d'aménorrhée et de stérilité, à condition que ces états soient liés à une insuffisance ovarienne primitive et qu'ils ne soient pas conditionnés et entretenus par une autre tare. Il faut aussi que les accidents ne soient pas trop anciens et que la femme soit encore jeune (moins de 26 ans).

RECASENS propose d'associer dans certains cas, aux applications sur l'ovaire, des applications excitantes sur l'hypophyse (15 % de la dose érythème). Dans un cas d'aménorrhée avec adiposité, il a constaté un retour des règles, une diminution extraordinaire de la quantité de graisse des parois abdominales et de la graisse épiploïque (2).

HOLZKNECHT (3), interprétant ces faits et ceux observés par d'autres radiothérapeutes, ne les crois pas dus à une action irritative vraie. Il pense que le traitement lèse certaines cellules et que ce sont ces cellules mortes (leucocytes probablement) qui, par leurs produits d'autolyse, vont stimuler les cellules nobles (4).

Puisque les rayons exercent de telles actions sur l'ovulation, il reste à se demander ce que valent les ovules, survivant au traitement, et ce que vaut l'utérus : 1° *Les femmes et les femelles irradiées sont aptes à la fécondation.* De nombreuses observations en font foi, dont l'une des premières a été publiée par FOVEAU DE COURMELLES. Récemment, le Pr AUDEBERT en rappelait une qui peut se résumer ainsi : fibrome hémorragique; traitement par dix séances de rayons X, en deux séries ; quelque temps après,

(1) FLATAU. — Irradiation en cas d'insuffisance ovarienne. *Zentralb. f. Gynak.*, 1922, p. 106.

(2) RECASENS. — Radiothérapie en gynécologie. *Presse médicale*, 15 août 1925, p. 707.

(3) HOLZKNECHT. — Existe-t-il une action excitante indirecte des rayons X ? *Wiener medizinische Wochenschrif*, tome LXXV, n° 3, 17 janvier 1925.

(4) AUDEBERT. — Grossesses après traitement par les rayons X. *B. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1924, p. 159.

gestation normale, suivie d'un accouchement normal, avec enfant pesant 3.670 gr. (1).

2° *Les femmes, irradiées pour métrorrhagies avant fécondation, ont cependant une médiocre fécondité*, ainsi que le montrent certaines statistiques :

	Nombre de femmes traitées	Nombre de gestations	Pourcentage
Jeff Miller (2).	183	3	1,7 %
Clarke et Keenee (3). . . .	527	5	0,9 %
Werner (4) . .	1.512	24	1,5 %
Stacy (5). . . .	1.013	10	1 %

Les chiffres de ces quatre statistiques appellent quelques réflexions : *a*) sur les femmes traitées, certaines avaient sans doute passé l'âge de la fécondation et, par exemple, Jeff Miller relève seulement 18 femmes entre 15 et 36 ans; les trois gestations notées deviennent du 20 % ; *b*) quelques-unes des femmes traitées pouvaient être des cancéreuses ; mais cette cause d'erreur est minime ; *c*) la maladie contre laquelle les rayons étaient employés doit être la cause d'un certain nombre des stérilités irrémédiables. Ces réserves faites, les chiffres de pourcentage montrent peu d'écarts et semblent donc traduire assez exactement l'effet produit dans le groupe des cas envisagés, groupe dont il convient d'apprécier la signification en tenant compte des trois critiques précédentes.

3° *Les femmes, ayant subi avant fécondation l'action des rayons dans des conditions différentes de celles où l'on se propose d'obtenir une castration sèche, sont, vraisemblablement, plus aptes à la fécondation que celles chez qui le traitement a été employé contre les métrorragies.* Belot rapporte l'histoire de deux de ses infirmières qui, pendant plusieurs années, ont été employées dans un laboratoire de radiothérapie : l'une a eu, en quatre ans, 4 gestations, dont 3 enfants nés à terme et vivants, l'autre a eu, en deux ans, 2 enfants vivants (6).

4° *Les avortements sont assez fréquents s'il y a eu irradiation avant fécondation.* Quelques statistiques vont nous permettre d'apprécier cette fréquence. Schmitt a relevé dans la littérature et dans sa pratique 130 gestations après irradiation, avec 36 avortements (1). Pemberton (2) arrive, également, à un chiffre élevé d'avortements. Enfin Matthews (3) considère que le taux abortif est de $\frac{1}{2,6}$ au lieu de $\frac{1}{3}$ ou $\frac{1}{4}$, taux habituel aux Etats-Unis.

Les statistiques que nous avons étudiées tout à l'heure, donnent les chiffres suivants :

	Nombre de gestations	Résultats
Jeff Miller	3	1 acc. avant terme, 1 avort., 1 (?)
Clarke et Keene. .	5	3 acc. à terme.
Werner	24	13 acc. à terme.
Stacy	10	4 acc. à terme.

Enfin rappelons une observation de Siredey où une femme, traitée antérieurement pour métrorrhagie virginale, eut des gestations interrompues à sept semaines, à cinq mois, à huit mois, avant d'accoucher à terme. Et rappelons qu'une des femmes citées par Belot (4) eut un avortement sur quatre gestations.

Il faut naturellement, en tout ceci, faire la part de la maladie causale : ainsi, sur les 24 gestations relevées par Werner, on dut sept fois faire une hystérectomie pour fibrome ; donc celui-ci était insuffisamment guéri et pouvait être une cause de stérilité. Il n'en reste pas moins qu'un certain nombre de cas semblent imputables aux rayons.

Il reste à préciser par quel mécanisme.

Tantôt il s'agit d'une moindre vitalité de l'ovule traduisant une lésion occulte de même ordre que celle qui préside à certaines malformations dont nous parlerons bientôt. Tantôt, au contraire, on peut se demander si une fibrose utérine consécutive à l'action des rayons n'entre pas en jeu pour empêcher la distension gravidique de l'utérus et la continuation de la gestation. Il est indéniable que l'utérus soumis à la radiumthérapie risque de présenter des lésions scléreuses, ainsi que j'en ai publié une observation (5).

(1) Vair N. Fiessinger. Les Ferments des leucocytes (Masson, édit, 1923).
(2) Jeff Miller. — Radium treatment of myoma of the uterus and, myopathie bleeding. *Surgery, Gyn. and Obst.*, mai 1922, p. 593.
(3) *The Journal of the Amer. med. Ass.*, 12 août 1922, p. 546.
(4) *Munch. med. Woch.*, 1921, p. 767.
(5) *Amer. Journ. of Roentg.*, 1922, IX, p. 538.
(6) Belot. — Stérilité et Rayons X. *Presse médicate*, 31 juillet 1923, page 642.

(1) Schmitt. (Walther). — Strahlenbehandlung und Nachkommenschaft, *Klin. Nochnscar.*, 22 juillet 1924.
(2) Pemberton. — Childbearing After Radium and X-Ray Treatment, *Surg., Gynec. and Obst.*, août 1924.
(3) Matthews, *Ibidem*, mars 1924.
(4) Discussion au *Congrès des Obst. et des Gyn. de langue française. C. R. in Gyn. et Obst.*, 1921, tome IV, p. 482.
(5) Vignes et Cornil. — Dystocie par sténose cicatricielle du col consécutive à une application intra-cervicale de radium. *Progrès médicat*, n° 26, 30 juin 1923.

L'observation de M. Siredey, où l'on voit chaque gestation aller plus loin que la précédente, rentre peut-être dans ce cadre.

5° *Les enfants nés de femmes ou de femelles ayant subi des irradiations avant la fécondation ont un risque de malformation qui est diversement apprécié.* Dès 1903, Bohn a montré les troubles du développement consécutifs à l'irradiation des œufs d'oursins.

Antoine Lacassagne (1) a bien établi que : «chez la lapine, une irradiation des ovaires, unique et relativement faible, laisse dans les ovocytes qui ont échappé à l'atrésie rôntgénienne une lésion qui semble indélébile... Ces constatations, ajoute Lacassagne, font supposer que, dans l'espèce humaine également, une irradiation, soit par les rayons X, soit par les rayons , qui frappe l'ovaire, même à dose faible, pourrait influencer défavorablement et d'une façon définitive, la fonction de reproduction. Il en résulte conséquemment que la technique qui prétendrait, chez des femmes jeunes, dans le traitement des métrorragies par exemple, agir à dose faible pour suspendre les hémorragies, tout en ménageant le retour des fonctions ovariennes normales, serait une pure vue de l'esprit. »

Schönholz, qui partage cette opinion, recommande formellement de n'irradier que des femmes ayant passé l'âge de la procréation et il insiste sur le danger d'avoir des monstruosités, plusieurs années après l'irradiation (2).

Bailey et Bagg, sur 3 enfants, comptent : un monstre, un mort-né (de cause inconnue), et un enfant semblant normal (3). Bagg et Little (4), complétant les expérimentations de Lacassagne, ont constaté la fréquence des malformations chez les souris irradiées et fait particulièrement important, ils ont noté qu'en croisant entre eux les rejetons, semblant sains, ils obtenaient un certain nombre d'anormaux, dans une proportion qui est exactement celle des caractères récessifs mendéliens.

Les opinions de ces divers auteurs ont déterminé dans le clan des radiothérapeutes un tolle que je comprends mal. Belot s'élève contre l'opinion de Lacassagne et Coutard et leur reproche de déduire de leurs études sur l'ovaire du lapin et du rat des conclusions qui s'appliquent à l'espèce humaine. Pour lui, il ne saurait en être ainsi chez l'homme, car il y a des différences entre les organes génitaux de ces animaux et ceux de l'espèce humaine (?). Pour déterminer la stérilité chez l'homme ou la femme, il faut à moins d'imprudence, des applications appropriées destinées à atteindre ce but.

Le problème, on le voit, reste ouvert. Les expériences, très méthodiquement conduites par Lacassagne, semblent inattaquables en ce qui concerne les espèces animales. Quant à l'espèce humaine, il est possible qu'il ne faille pas en exagérer la signification. Il n'en reste pas moins qu'elles doivent inciter à la plus grande prudence, si l'on se propose d'employer cette thérapeutique si active. L'indignation des radiothérapeutes et leur négation des accidents possibles est inadmissible : tout agent curatif puissant peut être trop puissant et les lois de la radiophysiologie et la technique de la radiothérapie, si poussées qu'elles soient, n'ont pas encore atteint l'état de perfection.

L'irradiation, pratiquée pendant la gestation, est très dangereuse pour le fœtus. Le fait est connu de longue date et est à rapprocher des résultats obtenus expérimentalement chez les lapines (avortements, et chez les survivants, cataractes, microphtalmie ou coloboma), chez les axolotls (graves lésions du cerveau, de la moelle et de la rétine) ou chez les poulets (arrêts de développement du système nerveux central et de l'appareil oculaire).

Récemment Driessen, irradiant une corne utérine, peut constater que tous les petits contenus dans cette corne ont succombé, alors que ceux de l'autre corne survivent (1).

Les observations humaines de ce genre ne manquent pas.

Apert (2) a publié l'observation d'un arriéré mongoloïde, microcéphale, avec des nœvi pigmentaires multiples. La mère avait pris toutes les précautions anticonceptionnelles possibles pour éviter un enfant jusqu'au jour où elle fut soumise à un traitement radiothérapique pour fibrome. Au cours des séances, elle s'entretient avec l'infirmière, qui lui apprend que « en cours de traitement il n'y a pas possibilité de devenir enceinte ». Conséquence : absence de toute précaution anticonceptionnelle et gestation, qui est méconnue jusqu'à trois mois.

Schreiber a montré à la *Société de Pédiatrie* (18 nov.

(1) Lacassagne et Coutard. — De l'influence de l'irradiation des ovocytes sur les fécondations et les gestations ultérieures. *Gynéc. et obst.*, janvier 1923, tome VII, page 1.

(2) Schonholz. — (Castration) Roentgen temporaire. *Mediz. Htin.*, 29 mai 1925, page 886.

(3) Bailey et Bagg. — Effets de l'irradiation sur le développement fœtal. *Am. J. Obs. et Gynec.* page 461, mai 1923.

(4) Bagg, H.-J., and Little, C.-C. — *Am. J. of Anat.*, mars 1924, page 119.

(1) Driessen. — *Nederl. Maandschr. v. Geneesk.*, juin 1924.

(2) Apert et Kermorgant. — L'enfant des rayons X. *La Presse médicale*, 5 décembre 1923, page 1020.

1925) un nourrisson de 2 ans, arriéré, microcéphale, mesurant 64 cm. et pesant 4 kil. 650, soit le poids d'un enfant normal de 2 mois. Ce nourrisson est un véritable « bébé en miniature », un bébé qui paraît vu par le gros bout d'une lorgnette. La mère, primipare d'une quarantaine d'années, étant atteinte d'un volumineux fibrome de l'utérus, fut soumise, pendant les quatre premiers mois d'une gestation ignorée, à 16 applications de rayons. L'accouchement nécessita une césarienne pratiquée à terme. L'enfant pesait à la naissance 1 kil. 620. Comme celui observé par M. APERT, il présentait sur différents points du corps des taches pigmentaires de couleur café au lait, reliquat de radiodermites intra-utérines.

M. DEBRÉ a observé également un arriéré microcéphale dont la mère avait été soumise à la radiothérapie pendant sa gestation.

ABELS a observé dans des conditions analogues un enfant peu développé : il mesurait 41 cm. 5, pesait 1.950 grammes avec un crâne déformé rappelant celui des microcéphales, un peu de rigidité des membres inférieurs, et une microphtalmie bilatérale, avec microcornée, occlusion permanente des paupières, étroitesse des os longs. La réaction de Wassermann était négative chez la mère comme chez l'enfant (1).

Quelle est la fréquence de tels faits ? C'est ce que ZAPPERT a essayé de déduire, d'après 21 observations publiées dans les journaux de langue allemande (2). Il relève :

1° dix observations dans lesquelles, malgré l'irradiation au cours de la gestation, les femmes ont accouché d'enfants normaux, ou pouvant être supposés normaux ;

2° cinq observations dans lesquelles les nouveau-nés, venus à terme, sont remarquablement débiles ou ne survivent pas ;

3° enfin 6 cas (FLATAU, ALBRECHT, ASCHENHEIM, STETTNER, le cas précité d'ABELS, et un cas personnel) dans lesquels on note chez les enfants de mères irradiées des troubles de développement assez typiques, et ainsi caractérisés : débilité, microcéphalie (6 cas sur 6), microphthalmie (4 cas), altération des cristallins, malformation des organes génitaux externes.

Dans le même ordre d'idées, signalons que ARCHANGELSKY, cherchant à provoquer l'avortement chez des tuberculeux par l'effet des rayons, y est arrivé 7 fois sur 10. Il convient de noter les trois insuccès qui impliquent sans doute des conditions spéciales de résistance aux rayons, lesquelles peuvent intervenir favorablement dans le cas où la gestation se continue sans dommage après une irradiation intempestive. C'est un point que signale BELOT : « La pratique, dit-il, montre que la dose nécessaire pour provoquer la stérilisation varie d'un individu à l'autre, pour des causes dont quelques-unes sont connues et les autres ignorées. »

Il est très évident que, dans ces cas, la question de dose n'est pas sans importance. Les expériences de GELLER (1) ont montré ce fait général que les rayons de Roentgen peuvent exercer sur les jeunes animaux soit une action favorisant le développement, soit une action contraire, l'effet dépend de facteurs multiples. C'est ainsi qu'à doses faibles, les rayons excitent la croissance et le développement, tandis que les doses élevées agissent dans le sens contraire.

Dans le même ordre d'idées, à côté des destructions d'œufs par les rayons, on peut citer les expériences de WIENINGER (2). Des œufs de poule sont mis en couveuse en présence de bromure de radium, la durée d'incubation a été raccourcie de quatre à six jours et les poussins naquirent beaucoup plus vigoureux que ceux éclos des œufs témoins. Ces poussins présentèrent une remarquable aptitude à la croissance. Dès le cinquième mois, les poules de ce lot se mirent à pondre et les poussins de deuxièmme génération présentèrent les mêmesqualités de vigueur et de précocité qu'avaient montrées leurs parents.

Pour terminer cette revue, il nous faut signaler la dizaine d'observations de radiumthérapie pratiquée pour cancer cervical pendant la gestation de 1915 à 1925. Fait curieux, aucun des enfants n'a été lésé par les rayons. Il est vrai que dans le plus grand nombre des cas, l'application a été vaginale et non pas intracervicale. Ce traitement, déterminant d'habitude une importante sclérose du col, COUVELAIRE conseille de procéder de parti pris à l'accouchement césarien.

FORMULES

Contre les névralgies rebelles.

Aconitine cristallisée . . .	Un dixième de milligr.
Bromhydrate de quinine	0 gr. 25
Excipient	Q. S.

Pour une pilule n° 4.

(MARTINET.)

(1) Hans ABELS. — Arrêts de développement chez un nouveau-né sous l'influence des rayons X appliqués pendant la période fœtale. *Wiener Klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, n° 36, 4 septembre 1924.

(2) J. ZAPPERT. — Un traitement radiothérapique, chez la mère, pendant la gestation, peut-il exercer une influence nuisible sur l'enfant ? *Wiener klinische Wochenscarift*, tome XXXVIII, n° 24, 11 juin 1925.

(1) Ch. GELLER. — *Klinische Wochenschrift*, 18 mars 1924.

(2) WIENINGER. — *Wiener Landwirtschaftliche Zeitung*, tome LXXI, n° 92, page 464.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Le Muguet.

Il est des médicaments qui ressemblent à la chute du Rhône. Ils disparaissent ; on n'en parle plus. Et voici qu'ils émergent à nouveau dans les publications médicales et rebondissent avec fracas.

Le muguet est de ceux-là. A titre de cardiotonique, il devait ralentir le pouls, renforcer la contraction du myocarde, activer la diurèse. Nous l'avons employé il y a une vingtaine d'années avec persévérance. L'absence de résultats nous avait fait abandonner la médication.

Et voici que MM. Laubry et Routier vantent à nouveau le remède. Ils recommandent un glucoside du muguet ; la *convallarine* en injections intraveineuses ; 5 milligr. en solution dans 1 cc. d'eau. Les auteurs ont obtenu de bons résultats de la méthode après effet médiocre ou nul des toni-cardiaques classiques. La chose est possible. Et pour notre part, nous ne demandons pas mieux que de vérifier. Bien que l'injection intra-veineuse ne nous semble point une méthode de choix. Une seule goutte injectée en dehors de la veine amène un phénomène réactionnel intense. Quant à l'injection intra-musculaire, elle est fort douloureuse, la solution fut-elle diluée davantage ou adjointe à un anesthésique.

Nous n'osons conseiller l'*extrait aqueux de muguet*, en potion (2 à 3 gr. par jour). C'est la préparation la plus usitée. Constamment nous l'avons trouvée inactive. Nous avions fini par ne plus faire figurer le remède qu'à titre d'excipient associé par exemple à la spartéine :

Spartéine	0 gr. 02 1/2
Extr. muguet	0 gr. 15

Pour une pilule ; deux par jour avant les repas.

Les recherches de MM. Laubry et Routier laissent penser que la convallarine pourrait être employée avec succès sous forme d'injection intraveineuse. Elle serait utilisée dans les intervalles digitaliques. De même que nous n'employons plus l'ouabaïne qu'en injection intra-musculaire, de même la *convallarine* pourrait-elle être recommandée par la même voie ?

Seulement, on injecte un quart de milligramme d'ouabaïne et il s'agit ici de 5 milligrammes de convallarine.

La dose est beaucoup plus forte. En attendant que le titre de la dilution soit définitivement fixé ou que des pharmaciens nous livrent un stratagème propre à la rendre indolore, la voie endoveineuse semble préférable, toutes précautions étant prises pour qu'aucune goutte ne vienne s'égarer dans le tissu cellulaire.

C. F.

CLINIQUE MÉDICALE

Le pronostic dans la tuberculose pulmonaire.

Il y a quelques années, M. le Dr Colbert (de Cambo) nous avait donné une excellente étude sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire. M. Lucien Bernard reprend le sujet dans un volume récent (*La Tuberculose Pulmonaire*, 2e édition).

Tout d'abord, l'*étendue des lésions* ne renseigne nullement. Certains malades succomberont très vite qui ne présentent que des lésions peu avancées. La forme clinique dépend non de la lésion, mais de l'*évolution morbide*, celle-ci étant déterminée à la fois par l'agent infectant et des réactions de l'organisme infecté. Encore cette évolution morbide est-elle essentiellement variable. Si la granulie est d'ordinaire mortelle, la pneumonie caséeuse est susceptible de s'arrêter. La tuberculose peut se terminer par la mort ; mais elle aboutit également à la production d'une localisation, celle-ci bien plus bénigne. Comment se prononcer en toute certitude entre ces éventualités opposées ?

Même dans la tuberculose pulmonaire chronique, ces différences se produisent. La forme ulcéro-caséeuse sans doute a une marche plus rapide, la forme fibreuse évolue moins vite. Mais cette règle souffre des exceptions. Certaines tuberculoses ulcéro-caséeuses se localisent tout aussi bien que les formes fibreuses. Au vrai, toutes les variétés sont sujettes à des trêves plus ou moins longues, entrecoupées par des réveils d'activité. Et ces réveils qui se traduisent par des poussées aiguës, comment savoir si ces poussées seront passagères ou non ?

Quant aux symptômes, les lumières qu'ils offrent ne sont pas plus décisives. Les *signes phy-*

siques fournissent quelques indications sur le degré d'activité des lésions. Les bruits adventices sont plus humides et plus abondants lorsque la lésion est en évolution. Les mêmes craquements secs sont perçus dans une lésion évolutive et dans une lésion en voie d'organisation scléreuse, cicatricielle ; mais dans ce dernier cas, ils s'accompagnent d'une bronchophonie et d'une exagération des vibrations vocales qui n'existent guère dans les altérations en voie de ramollissement caséeux.

Les taches que décèlent les rayons X sont plus sombres, à contours plus nets lorsqu'elles traduisent des lésions arrêtées, que lorsqu'elles correspondent à des lésions en évolution où leur opacité est moindre et leurs lésions plus estompées.

Les *signes fonctionnels* renseignent davantage. Dans les formes chroniques communes, la dyspnée n'existe guère avant la fin et en dehors des poussées évolutives. En général, elle est plus marquée dans les formes fibreuses que dans les formes caséeuses, plus pénible dans les formes emphysémateuse et asthmatique que dans les formes fibreuses. L'expectoration renseigne peu ; ses caractères propres n'apportent aucune indication. La quantité de *bacilles* n'est pas négligeable ; mais leur nombre peut changer rapidement.

L'*hémoptysie moyenne* est le signe de la maladie, mais non de la gravité. Bien des crachements de sang restent sans lendemain. Ce n'est que lorsqu'elles se répètent, que les hémoptysies indiquent le caractère éréthique du mal et aggravent le pronostic. Néanmoins dans les formes fibreuses, l'hémoptysie à répétition ne modifie pas le caractère bénin de l'affection.

Une *hémoptysie très abondante* peut se produire chez des sujets porteurs de grandes cavernes ; du coup la gravité apparaît. De plus, si le crachement sanguin s'accompagne de fièvre, la complication est plus redoutable.

La *fièvre*, en effet, c'est elle qui règle le jugement. Une tuberculose accompagnée de fièvre, même légère, doit être considérée comme en activité. Plus une tuberculose est fébrile, plus elle est grave.

Néanmoins certains tuberculeux présentent des poussées fébriles qui n'ont pas de signification fâcheuse si elles se réduisent à une ascension thermique passagère ; par contre si la fièvre se prolonge et s'accompagne de frissons, de sueurs, d'amaigrissement, l'horizon se rembrunit. L'*amaigrissement* annonce une poussée évolutive dès son début. Progressif et continu, il manifeste une forme active en permanence. Dans les formes florides, il se produit de l'*engraissement*, mais cet engraissement n'est pas toujours de bonne nature. Il reconnaît souvent une origine toxique.

Les *localisations multiples* de la tuberculose dégagent des significations différentes. *Graves*, quand il s'agit de méningite, de laryngite, d'entérite tuberculeuse, cela reste bénin dans les cas de tuberculose osseuse ou articulaire, voire rénale, cette dernière unilatérale. De pareilles coexistences sont assez rares. Elles impliquent en général une tuberculose de gravité moindre. Les *néphrites tuberculeuses hydropigènes*, de même que les *hépatites subaiguës* ne s'inscrivent au contraire que sur un tableau tout à fait noir.

La *tachycardie* sans fièvre est de mauvais augure. Elle laisse présumer une évolution rapide. La *tension artérielle*, quand elle est au-dessous de 13-7 au Vaquez est un signe fâcheux ; au-dessus de ces chiffres et même dans la forme ulcéro-caséeuse, le pronostic est influé favorablement. Les tensions normales, voire légèrement surélevées se rencontrent dans les formes latentes ou fibreuses, les tensions basses sont habituelles à la tuberculose aiguë.

Chez le même malade la tension varie. Elle s'abaisse avec les poussées pour se relever lors des rémissions. Si une néphrite hypertensive existait préalablement, la tension baisse avec l'apparition de la tuberculose. M. Léon Bernard estime qu'elle est élevée comme dans les néphrites hypertensives ordinaires. Certes ! mais avec la tuberculose, elle est moins élevée qu'avant.

L'*anémie* ne possède aucune valeur pronostique. Par contre, M. Léon Bernard, pense que la *réaction de sédimentation des globules rouges*, possède une signification réelle : elle serait d'autant plus accélérée que l'évolution est plus menaçante.

Les *troubles digestifs* sont fâcheux ; l'anorexie, les vomissements, la diarrhée inspirent des préoccupations légitimes. Depuis longtemps, les médecins savent que le ménagement du tube digestif est une règle essentielle de la thérapeutique chez le tuberculeux.

L'*albuminurie solitaire* n'apprend rien. La *diazoréaction* d'Ehrlich est inconstante et n'est fixe que dans les dernières phases de la maladie. Par contre, la réaction de *Mortz-Weisz* serait de quelque utilité. On ajoute quelques gouttes d'une solution de permanganate à 1/1000 dans l'urine diluée de trois fois son volume d'eau. La réaction est positive quand l'urine prend une coloration jaune. Elle serait positive dans les tuberculoses graves. Cette source d'informations bien précaire est loin de rompre les hésitations. Comment reconnaître une coloration jaune dans l'urine dont la teinte est déjà jaune ?

S. B.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Le syndrome sphéno-palatin et son traitement.

Le syndrome sphéno-palatin est dû à l'irritation du ganglion sphéno-palatin et se traduit par des symptômes variables : coryza spasmodiques, phénomènes cardio-pulmonaires, troubles salivaires et gustatifs, et troubles sensitifs. HALPHEN (*Soc. Française d'oto-rhino-laryngologie*, 14 oct. 1925) fait au sujet de ce syndrome un rapport des plus intéressants.

Les troubles sécrétoires d'origine sympathique sont, avant tout, le rhume des foins et le coryza spasmodique apériodique.

Brusquement, en plein état de santé, un sujet est pris des crises d'éternuements, d'obstruction nasale et d'un écoulement aqueux tellement profus que les serviettes doivent remplacer les mouchoirs. En même temps apparaît un picotement à l'angle interne des yeux, du larmoiement et une rougeur de la conjonctive.

La profusion de l'écoulement, la soudaineté de la crise, sa disparition parfois aussi rapide, la qualité même de l'écoulement « sécrétion fluide, transparente, incolore », ne salissant le linge, ni l'empesant, « véritable épistaxis blanche », sont des phénomènes d'origine nerveuse, phénomènes paroxystiques d'allure sympathique.

Les douleurs qui accompagnent ce syndrome sont de siège variable : nasal, péri ou rétro-orbitaire.

La douleur peut être *nasale*. La pression des téguments au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite peut réveiller une vive douleur, sans que la rhinoscopie, la diaphanoscopie ou la radioscopie ne révèlent de lésions sinusales.

Mais, plus souvent, la douleur est *orbitaire*, *péri-orbitaire* ou *rétro-orbitaire*. Les malades sentent leurs yeux trop gros pour l'orbite, ou bien ils sentent leurs yeux tirés en arrière. Cette sensation s'exagère après un effort de lecture, d'accommodation.

Ce trouble oculaire subjectif s'accompagne, d'ailleurs, parfois de troubles objectifs, d'exophtalmie ou d'enophtalmie.

Mais la douleur ne reste pas cantonnée à la région nasale ou péri-orbitaire. Elle gagne les *tempes*, qui semblent serrées comme dans un étau, le *froht*, le *vertex*. La douleur est superficielle, il semble que le moindre frôlement des cheveux la réveille ; le fait de se brosser devient impossible ; c'est plutôt une sensation d'hyperesthésie qu'une vraie névralgie.

Enfin, le plus souvent, la douleur est *occipitale*. La nuque est douloureuse, gravative, la flexion ou la déflexion de la tête pénible.

Ce qui caractérise, d'autre part, les troubles sensitifs d'origine sympathiques, ce sont leurs caractères de *continuité*, avec cependant des *paroxysmes* : leur modalité très particulière leur a fait donner le nom de *causalgie* (καῦσις brûlure).

On rattache aussi à l'ensemble des symptômes qui caractérisent « la maladie sphéno-palatine » des troubles oculaires très variés ; mifraine ophtalmique, scotomes scintillants, kératite, glaucome, et surtout asthénopie accommodative.

Dans la plupart des observations, on retrouve cette fatigue visuelle due à un effort de lecture, cette sensation de brouillard devant les yeux, de mouches volantes, qu'entraîne une accommodation prolongée et qu'aucune lésion oculaire ne peut expliquer.

Aux troubles vaso-moteurs et congestifs, HALPHEN joint la toux spasmodique.

Le malade tousse sans arrêt, d'une *toux* quinteuse, irrésistible, qui fait porter souvent le diagnostic de coqueluche. Cette toux est précédée d'une sensation de chatouillement, de démangeaison, et le besoin de tousser est plus fort que la volonté du malade. On discipline une toux pulmonaire, on ne peut discipliner cette toux, communément appelée d'irritation laryngée.

Cette toux est le plus souvent sèche, elle ramène cependant parfois quelques glaires ; un effort un peu trop violent peut provoquer une légère hémoptysie.

Elle est nettement quinteuse, mais sans la reprise de la coqueluche ; elle peut provoquer des vomissements.

Toutes les irritations extérieures, toutes les sollicitations tussigènes la provoquent, mais ce qu'il faut noter, c'est qu'elle est surtout nocturne, qu'elle apparaît lorsque le malade est couché ou lorsqu'il passe brusquement d'un endroit froid dans un lieu surchauffé. Elle est à ce point irrésistible et obsédante que les malades n'osent plus se montrer dans un lieu public et deviennent des phobiques.

Le traitement de ce syndrome consiste dans un traitement local et un traitement général. Le traitement local consiste dans le badigeonnage de la muqueuse nasale au niveau du ganglion aphémoïdal soit avec la cocaïne soit avec le mélange de Bonain. Voici la technique recommandée par HALPHEN.

Après avoir largement découvert le cornet moyen par un spéculum nasi profondément enfoncé, ou mieux, par un spéculum de Hautant, on glisse

sous le cornet moyen un porte-coton imbibé du mélange anesthésiant, et courbé à angle obtus à 1 ou 2 centimètres de son extrémité. Cette courbure a une grande importance ; elle permet de glisser sous le cornet moyen et de redresser l'extrémité, garnie d'ouate, au contact même du trou sphéno-palatin.

L'introduction du stylet peut être pénible dans les nez à filière étroite, lorsque le cornet est au contact de la cloison. Il y a un gros intérêt, cependant, à dépasser le cornet moyen et même à badigeonner la face convexe du cornet. On entend parfois un léger craquement, et une légère épistaxis est la conséquence de cette petite manœuvre. Epistaxis salutaire, car toute manœuvre décongestionnante locale agit aussi bien qu'une anesthésie régionale.

Le premier badigeonnage, pénible, doit être immédiatement suivi d'une seconde application, complètement indolore, cette fois, car l'anesthésie doit être d'emblée complète (une anesthésie incomplète pouvant réveiller la crise). Le réflexe nasofacial, très intense d'abord, n'est plus réveillé par la suite. L'application a obtenu son effet.

Dans les cas légers, au début d'une crise, un seul badigeonnage suffira. Dans les cas très anciens, le badigeonnage n'amène aucune sédation. Il faut essayer les injections modificatrices.

Les injections modificatrices nécessitent une technique beaucoup plus délicate qui relève du spécialiste et sur laquelle nous n'insisterons pas.

Le traitement médical doit être conduit avec soin et avec prudence. Voici les règles que fixe Halphen.

Dans les syndromes d'hyperexcitabilité vago-sympathique (coryza spasmodique, hydrorrhée, céphalées, vertiges, bourdonnements, etc.), *la médication sédative* s'impose.

La cocaïne est pourtant une substance à action sympathicotonique. Mais l'adjonction de menthol et d'acide phénique, formant un liquide particulièrement caustique, détruit probablement les fibres au niveau desquelles son action s'exerce. L'action sympathicotonique nous explique cependant pourquoi certains malades réagissent si violdmment : l'attouchement, avant de détruire, excite les fibres sphéno-palatines.

Le *nitrate d'argent*, la *glycérine phéniquée*, etc., ont certainement la même action destructive.

Les médicaments sédatifs du système vago-sympathique dont nous avons fait usage sont la *génésérine* en granules ou dragées de 1 demi-milligramme (six à huit granules par jour, soit deux ou trois avant chaque repas) et l'*atropine* (ou la *belladone*), qui inhibe le vague (1 à 2 milligrammes d'atropine par jour, 1 centigramme d'extrait ou de poudre de belladone).

Ces médicaments agissent en deux phases. A un premier degré (1 milligramme de génésérine), le sympathique paraît excité, puis, très rapidement, le parasympathique entre en jeu et l'excitation du sympathique disparaît.

Dans les syndromes d'hypoexcitabilité (ozène) les meilleurs résultats semblent avoir été obtenus par l'*adrénaline* et la *pilocarpine*.

L'adrénaline passe pour l'excitant type du sympathique. En réalité, à petites doses l'adrénaline excite le para-sympathique ; à fortes doses, le sympathique. Aussi, l'adrénaline est inefficace dans certains cas : si on administre, comme cela est l'usage, XX gouttes d'adrénaline *per os*, la plus grande partie sera neutralisée par le suc gastrique, et le peu qui passera dans l'organisme excitera le parasympathique et sera sans effet sur le sympathique.

La dose d'adrénaline doit donc être de L gouttes de la solution au millième, au minimum, exception faite pour l'adrénaline dite naturelle, plus active, et dont il ne faudra pas dépasser XX ou XXX gttes sous peine de voir déclencher une crise solaire typique.

En injections sous-cutanées ou intramusculaires, la dose de 1 milligramme est généralement suffisante. Mais ces injections sont fort douloureuses et obligent le malade à se déranger journellement.

Avec une dose de 1 centigramme de *pilocarpine* injecté sous la peau, on observe des phénomènes d'excitation du parasympathique (hypersécrétion de toutes les humeurs de l'organisme).

La pilocarpine a une action prédominante sur le parasympathique dans une première phase et n'excite le sympathique que secondairement.

La dose utile serait 1 à 2 centigrammes d'une solution au centième.

A cette thérapeutique médicale, Halphen joint une thérapeutique biologique antianaphylactique et anticolloïdoclasique : choc peptoné, ou antigénique, antoséro ou antohémothérapie, injections intra-veineuses de carbonate de soude qui ont guéri de nombreux malades, associées ou non à l'opothérapie thyroïdienne, ovarienne ou surrénale.

UROLOGIE PRATIQUE

L'amibiase urinaire.

Les localisations de l'amibiase sur l'appareil urinaire sont connues depuis longtemps. En 1893,

Posner à Berlin, et Baelz chez un Japonais, ont décrit des métastases amibiennes au niveau de la vessie. Dans quelques cas, il s'agit d'une infection par une sonde, mais dans la grande majorité des cas l'infection de la vessie semble se faire par voie descendante. De nombreuses observations en ont été rapportées par Kartulis, Jurgens et Wijnoff. Koster, en 1918, recueille 14 cas de cystite et de pyélite à amibes dysentériques. Dans 5 cas de cystite, on observe en plus des signes d'irritation vésicale, des hématuries. Pour Bartlett (1917), ces cystites par entamœba histolytica sont assez fréquentes ; trois fois il trouve des amibes dans les urines. Aravantinos et Michaelides (1919) décrivent 2 cas de cystite amibienne. Enfin, Petzetakis, en signalant la possibilité de déceler les amibes dysentériques dans les urines, décrit des cystites amibiennes avec ou sans hématurie, avec ou sans uréthrite.

Ces cystites amibiennes ne sont pas rares, elles peuvent provoquer des hématuries et l'on peut trouver des amibes mobiles dans les urines. Mais on peut aussi observer des pyélites ou des néphrites amibiennes. Celles-ci s'accompagnent d'hématurie. Petzetakis rapporte l'histoire d'une néphrite amibienne dont le grand caractère fut l'apparition d'une hématurie qui disparut par la suite après un traitement par l'émétine.

Le médecin principal Peyrot, des troupes coloniales, observe en juillet 1924, à l'hôpital Michel-Léon de Marseille, 3 cas de néphrite amibienne, mais sans aucune localisation intestinale, ni pulmonaire. La néphrite paraît primitive et peut seulement être dépistée par la découverte des amibes dans le sédiment urinaire. Deux fois ces néphrites s'accompagnèrent d'hématurie.

La localisation des amibes sur le rein peut engendrer de l'hémoglobinurie. Une observation de J. Simonin le prouve où, au cours d'abcès multiples et indépendants du foie et du poumon secondaires à une dysenterie contractée au Maroc, on observa pendant trois jours une hémoglobinurie en même temps qu'une fièvre à grandes oscillations.

Noël Fiessinger et Gaston Parturier (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 29 janvier 1926) rapportent une observation d'hémoglobinurie amibienne avec ictère hémolytique et splénomégalie.

Cette hémoglobinurie était provoquée par l'orthostatisme et la marche, cessant par le repos et l'immobilité. Elle n'était pas toujours complète et l'on pouvait trouver parfois des globules rouges. Elle ne répondait pas au refroidissement. Ses caractères hématologiques étaient très spéciaux, on ne trouvait dans le sang aucune hémolysine, pas de fragilisation des hématies, l'épreuve d'Ehrlich et celle de Donath et Landsteiner étaient négatives. Cette hémoglobinurie ne semble pas rentrer dans le groupe connu des hémoglobinuries par hémolyse du sang circulant. Le processus d'hémolyse se produisait dans le parenchyme rénal. Mais en même temps que l'hémoglobine s'écoulait par les urines, il passait dans la circulation sinon de l'hémoglobine, du moins du pigment bilirubinique. L'ictère observé au moment des poussées d'hémolysine était un ictère uniquement pigmentaire sans cholalémie, sans cholalurie, sans aucun signe d'intoxication biliaire. Il s'agissait donc d'un ictère par hémolyse, entièrement analogue à l'ictère hémolytique que l'on observe au cours de certain accès intenses d'hémoglobinurie *a frigore*. Le foie réagissait secondairement probablement par suite des décharges pigmentaires qu'il devait assurer. Quant à la splénomégalie, elle semble aussi résulter d'une réaction secondaire comme au cours de certaines anémies.

La cause de ce processus hémolytique était une amibiase. Les amibes trouvées dans les urines étaient nettement histolytiques et le traitement par l'émétine, en faisant disparaître les amibes, fit disparaître l'hémoglobinurie et du même coup l'ictère hémolytique et la splenomégalie. Ces amibes s'étaient introduites dans cet organisme par la voie intestinale, dont une entérite passagère est le seul témoin. Elles se diffusèrent ensuite dans cet organisme à l'occasion de cette septicémie amibienne dont l'importance est chaque jour démontrée et dont Petzetakis a fixé les différentes étapes.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Le traitement de la paralysie infantile.

Dans la *période aiguë* : bains chauds, à 30°, de dix à vingt minutes de durée, trois fois par jour.

Une ponction lombaire.

Injection *intra-musculaires* (20 à 40 cmc.) et *intra-rachidiennes* de sérum *antipoliomyélitique*. Repos complet au lit. Alimentation liquide. Pas de massages, ni d'électricité. Isolement.

Dans la *période chronique*, c'est-à-dire, au bout de quelques semaines, *bains salés chauds* (39°), un quart d'heure de durée : un tous les deux jours. Massages. MM. Delherm et Laquerrière conseillent en outre (*Journ. Radiol*, juillet 1925) :

1° La *radiothérapie médullaire* qui peut exercer une influence destructive sur la prolifération du tissu conjonctif ; série de trois applications à quelques jours d'intervalle (4 unités H) ;

2° La *diathermie* surtout indiquée chez les sujets qui présentent des troubles vaso-moteurs et trophiques. Son but est de combattre le refroidissement du membre malade, en le réchauffant ; la diathermie facilite les échanges nutritifs. Il faut en général une série de cinq à dix séances. La radiothérapie et la diathermie sont combinées.

MM. Delherm et Laquerrière proscrivent la diathermie chez les tout jeunes enfants ; ils préfèrent le courant *continu* à titre d'agent trophique. Le courant *faradique* est employé également à condition que l'électro-diagnostic le permette. La méthode est mauvaise si les muscles ne répondent pas à l'excitation. On continuera le traitement électrique plusieurs mois.

Des bains *de soleil*, les rayons *ultra-violets* peuvent être utilisés également ; des cures salines ont rendu service.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MEDECINE

Syndrome de la perforation de l'aorte. — M. Miguel Couto. — Tantôt des douleurs précèdent la perforation, tantôt celle-ci est brutale. Il y a de l'angoisse, de l'orthopnée, de la douleur précordiale. Des bruits apparaissent sytoliques ou couvrant les deux bruits du cœur et s'accompagnant de frémissement cataire. Si la perforation n'entraine pas la mort, des accidents d'insuffisance cardiaque ne tardent pas à paraître. La communication avec l'artère pulmonaire, le tronc brachio-céphalique, la veine cave est fréquente.

L'auteur montre les photographies des pièces et explique sa communication par des dessins schématiques au tableau.

Le sérodiagnostic du cancer de Botelho. — M. Hartmann. — Cette réaction qui consiste en précipité de substances albuminoïdes dans des conditions déterminées, s'est montrée positive chez 90 0/0 des cancéreux examinés. La réaction cesse d'être positive lorsque le cancer a été enlevé en totalité ou détruit par les rayons (RX ou radium). Expérimentalement, chez le lapin, la réaction ne devient positive que lorsque le cancer est évident.

A propos du virus filtrant tuberculeux et du problème de l'hérédité tuberculeuse. — MM. Arloing et Dufour. — L'hérédité tuberculeuse n'est encore établie que par les expériences de laboratoire. Il faut attendre encore avant de généraliser ces résultats à la pathologie humaine.

Rôle de l'eau dans l'équilibre acido-basique du sang. — M. Solano-Ramos (lecture faite par M. Gley).

Lecture du rapport de la Commission des sérums. — M. Carnot.

M. Le Président remercie l'ambassadeur du Brésil qui assiste à la séance de M. Miguel Couto, président de l'Académie de Médecine de Rio-de-Janeiro. Ce dernier remet au Pr Bar, président, le diplôme de membre honoraire de l'Académie de Rio-de-Janeiro, ainsi que le collier symbolique. M. l'ambassadeur du Brésil rappelle l'amitié qui unit le Brésil à la France et fait l'éloge à la fois du Pr Miguel Couto et de la science française.

27 avril.

SOCIÉTÉ MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 avril 1926.

Hernie du médiastin au cours du traitement par le pneumothorax artificiel. — MM. Léon Bernard, J. Valtis et J. Farret. — Trois cas de hernie du médiastin survenue chez des tuberculeux traités par le pneumothorax artificiel. La hernie du médiastin est un des rares incidents rencontrés au cours de la cure par la collapsothérapie. Elle survient surtout chez les sujets jeunes chez qui le pneumothorax n'a pas été compliqué par du liquide.

Prophylaxie et traitement de la céphalée et des accidents pseudo-méningitiques qui suivent la ponction lombaire. La pneumoséreuse méningée. — MM. A. Tzanck et P. Chevallier. — En injectant lentement dans la cavité méningée autant d'air qu'on a retiré de liquide céphalo-rachidien, on évite la céphalée et les accidents pseudo-méningitiques. La méthode est absolument sans danger.

L'hyperglycémie dans les dermatoses. — MM. Hudelo et Kourilsky, ayant étudié l'hyperglycémie dans diverses affections cutanées, constatent une forte proportion d'hyperglycémie sans glycosurie. Dans les eczémas, cette hyperglycémie est surtout nette au moment de la généralisation de l'éruption, Dans les infections cutanées, et surtout les folliculites, l'hyperglycémie ne persiste que dans les cas récidivants ; elle indique probablement un état prédiabétique.

Séance du 23 avril 1926.

De l'hyperglycémie dans les dermatoses. — M. LORTAT-JACOB. — Dans le psoriasis, on trouve presque toujours de l'hyperglycémie. Il en est de même pour l'impétigo et l'ecthyma. Les dermites de cause externe ont par contre une glycémie normale.

L'examen radiologique pulmonaire par le lipiodol au cours des abcès du poumon. — M. Jacques FORESTIER montre de très bons résultats donnés par l'exploration lipiodolée dans l'exploration des abcès du poumon et de la thoracoplastie extrapleurale.

Encéphalite épidémique à forme respiratoire et insommique, d'apparence hébéphrénique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et VALENCE présentent un jeune homme de 21 ans qui put être pris pour un pithiatique puis pour un hébéphrénique, en raison de troubles respiratoires considérables (hyperpnée continue à paroxysmes, rappelant parfois le type Cheyne-Stokes) sans substratum organique, et d'un état mental fait d'inquiétude, d'anxiété, de bradypsychie et de déséquilibre. En réalité il s'agissait d'une encéphalite épidémique, comme le prouvèrent l'évolution, l'échec de la psychothérapie et les ponctions lombaires. L'état mental était lié en partie à un léger syndrome parkinsonien ; les troubles respiratoires paraissent avoir hâté l'évolution d'une tuberculose pulmonaire jusque-là discrète. Le malade est devenu un insomniaque rebelle. L'épisode infectieux initial est passé complètement inaperçu.

Hernie musculaire du biceps chez un tabétique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et VALENCE présentent un tabétique avec une hernie musculaire due à un trouble trophique de l'aponévrose.

Artérite oblitérante de l'humérale. — MM. André CAIN et HAMBURGER présentent une femme de 26 ans, atteinte d'artérite oblitérante de l'artère humérale droite à sa partie supérieure, d'étiologie indéterminée. L'intensité des douleurs, l'accentuation des troubles circulatoires cédèrent à la sympathectomie périartérielle. L'oscillomètre de Pachon enregistre actuellement une TA de 10-5 au-dessous du coude et de 12-7 au-dessus ; mais les battements artériels ne sont pas perçus sous le doigt. La main droite a repris un aspect presque normal.

M. SICARD. — Dans la cauxalgie la sympathectomie ne donne pas de bons résultats éloignés. L'amélioration n'est que passagère.

De l'emploi du sérum antidiphtérique purifié. — M. COMBY fait une communication sur les résultats donnés par le sérum antidiphtérique purifié de l'Institut Pasteur. Les accidents sériques sont supprimés dans l'emploi de cette nouvelle préparation.

M. NETTER. — Les accidents sériques sont moins fréquents, mais ne sont pas supprimés. Ce sérum n'est pas encore facile à se procurer.

M. MARTIN. — Le sérum désalbuminé est à la disposition des médecins qui en demandent. Ce sérum est particulièrement actif. Il peut être donné à titre préventif. Ce sérum contient très peu d'albumine ; dans les collectivités, le traitement préventif doit être vaccinal de préférence.

M. LEREBOULLET. — Le sérum purifié ne donne que peu d'accidents sériques, mais on en observe encore quelques-uns dans le sérum purifié préventif. Comme prévention, il est préférable de faire la vaccination.

M. ARMAND-DELILLE partage le même avis.

M. FLANDRIN défend la vaccination préventive dans les collectivités.

Résultats de 58 nouveaux cas de pneumothorax chez l'enfant. — MM. P. ARMAND-DELILLE, VANBOCKSTAELE et PANIER rapportent la statistique de 58 nouveaux cas de pneumothorax thérapeutique.

Parmi ces petits malades, il y avait cinq nourrissons pour lesquels les résultats ont été très satisfaisants 4 fois sur 5, l'un traité depuis deux ans, peut être considéré comme guéri, les spina ventosa dont il était porteur ont également disparu.

Sur 40 cas de tuberculose unilatérale où le collapsus a pu être complet ou presque complet, il y a eu dix-huit résultats très bons, dans lesquels tous les symptômes pathologiques ont disparu avec augmentation considérable de poids, onze bons résultats avec disparition de bacilles, onze résultats médiocres et seulement deux mauvais, avec tuberculisation de l'autre côté et mort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur 3 kystes de la loge antérieure de la jambe. — Observation de MM. GOUVERNEUR et LEBLANC ; M. MOUCHET rapporteur.

Les auteurs rappellent certaines particularités de ces kystes : tumeurs apparaissant chez des sujets jeunes, petites et dures au début, à tendance migratrice, n'entraînant qu'une gêne mécanique de l'articulation voisine. Ces kystes seraient dus à une dégénérescence du tissu fibreux de la région, et n'auraient aucune connexion avec l'article. Leur récidive enfin serait très fréquente.

M. LECÈNE nie également l'origine synoviale de ces kystes, dont la paroi ne présente jamais d'eudothélium,

et les attribue à la dégénérescence du tissu conjonctif périarticulaire. La fréquence de leur récidive le rend partisan de l'abstention opératoire.

MM. Alglave et Dujarier ont opéré des kystes dont le pédicule communiquait par une lumière centrale avec la synoviale articulaire.

Il semble ressortir de la discussion que cette communication, parfois primitive, est plus souvent secondaire.

Le traitement de ces kystes peut consister en simple écrasement, injection de teinture d'iode ou de lipiodol, ou extirpation.

Sur un cas de fracture du semi-lunaire. Ablation. Guérison. — M. Mouchet rapporte une observation de M. Lasserre (de Bordeaux), concernant un homme de 33 ans, objet d'un traumatisme sur la paume de la main. La fracture, passée inaperçue, n'est diagnostiquée que six mois plus tard par un examen radiographique.

L'ablation des deux fragments nécessite une incision palmaire, puis dorsale.

La discussion s'engage sur les avantages réciproques des deux voies d'abord.

Résultats de la sympathectomie périartérielle sur la désinfection des ulcères chroniques des membres. — M. Leriche a observé, grâce à des biopsies et ensemencements pré et post-opératoires, des modifications importantes au niveau de ces plaies chroniques : disparition de la fibrine, apparition de nombreux polynucléaires, enfin disparition complète des éléments microbiens vers le 6e ou 7e jour qui suit l'intervention : la méthode semble donc permettre une stérilisation rapide de la plaie, justiciable alors d'un traitement par greffes.

M. Lecène rappelle à ce propos les avantages du traitement antisyphilitique dans un grand nombre d'ulcères de jambe.

Présentation de malades. — M. Rouvillois. — Trois malades présentant des pseudarthroses du maxillaire inférieurs : traitement par greffes ostéopériostiques : bons résultats.

L'intervention a été pratiquée chaque fois sous anesthésie locale.

28 avril. E. Theillier.

BIBLIOGRAPHIE

La raison chez les fous et la folie chez les gens raisonnables. Le clavier de nos émotions. Les mélancolies savoureuses. L'imagination féminine, par M. le Dr Paul Voivenel. Paris. Editions du Siècle, 1 vol. 255 pages.

Il y a deux manières de faire de la psychologie : le mode didactique et monté noblement sur ses échasses, et la façon enjouée, spirituelle, amusante, familière. M. Paul Voivenel n'hésite pas. Il opte pour le courant aimable, qui porte les idées avec grâce et les anime aux reflets tirés des exemples de la littérature et de la vie quotidienne. D'un volume sec et riche en langage abstrait, vous ne retenez que des notions pénibles qui fatiguent et encombrent la mémoire. Avec M. Voivenel, l'agrément du texte enfonce dans le souvenir un ensemble de connaissances qui se gravent et dont l'empreinte ne s'efface pas. Les quatre études dont se compose ce volume témoignent de ce talent à présenter en images saisissantes et débordantes de vie les détails d'un tableau technique aride et glacé. Ainsi ces lignes dans le *Clavier de nos Emotions* : « L'instinct et l'intelligence semblent se contrebalancer. L'un monte quand l'autre descend.. La nappe profonde d'énergie nerveuse n'est pas statique et immobile. Son jeu vital est un écoulement. Il faut qu'elle se libère comme il faut qu'une sève monte et qu'un sang circule. Le désir est un besoin d'écoulement qui pousse nos instincts et nos pensées ». Certaines maladies sont dues à la stagnation de la nappe profonde de notre énergie (spleen, névroses d'angoisse), d'autres à l'écoulement trop abondant de notre affectivité, constituant de la sorte une véritable hémorragie de la sensibilité. Et que de bon sens à chaque page ! Dans l'*Imagination féminine*, M. Paul Voivenel déplore qu'une certaine vague de mode tende à noyer les différences qui séparent l'homme de la femme. « Ces différences sont nécessaires au maintien de l'espèce. Elles sont indispensables à l'attraction des deux sexes. La femme n'a rien à gagner à essayer de ressembler à l'homme et l'espèce a tout à y perdre. » M. Paul Voivenel qui exerce à Toulouse est un des praticiens les plus répandus du Midi. La confiance du malade est souvent une sorte d'intuition. Elle ne le trompe pas quand il s'adresse à des médecins comme M. Voivenel qui sur une technique solide appuient une intelligence agile qu'enrichit une grande bonté de cœur. Le livre actuel de notre confrère s'inscrira à l'appui de sa haute et légitime notoriété.

Le Traitement du Diabète, par M. Marcel Labbé, *Professeur de Pathologie générale à la Faculté de Paris, Médecin de La Charité.* — Un volume in-8° de 152 pages (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*). (Masson et Cie, Editeurs). Prix : 8 francs.

Il ne s'agit pas qu'un livre soit scientifique. Il le faut pratique, appuyé à toute page sur l'expérience de l'auteur. Telle est la qualité de ce petit livre.

M. Marcel Labbé ne se livre pas à des discussions pathogéniques. Il dit ce qu'il faut faire et en termes excellents.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Firssinger.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Maternité de l'Hôpital de la Pitié. M. le Pr Jeannin.

De l'endométrite déciduale hémorragique.

L'*endométrite déciduale hémorragique*, c'est la métrite des femmes enceintes et l'altération de la caduque. Or la caduque est l'altération de la muqueuse uterine.

Elle frappe surtout les multipares, qui ont eu l'occasion au cours de leurs couches ou fausses-couches antérieures de léser leur endomètre. Ce sont encore les femmes ayant le col déchiré, en état d'ectropion, ce sont enfin les femmes porteuses de fibromes sous-muqueux.

La cause déterminante est toujours une maladie générale. Il est classique de citer le choléra. Ce peut être une infection aiguë quelconque qui a lésé la muqueuse. Ce sont alors des endométrites très aiguës, qui très souvent ne sont pas compatibles avec la continuation de la grossesse ; elles deviennent facteur de fausses-couches.

La *syphilis* et la *tuberculose* peuvent produire l'endométrite déciduale. On sait du reste la grande prédisposition qu'ont les syphilitiques à faire des fausses-couches.

Près de ces infections, on pourrait placer mille autres maladies. On a beaucoup insisté sur le diabète et sur les intoxications, notamment le saturnisme.

On peut voir aussi l'infection primitive de la caduque par le gonocoque pullulant dans les voies génitales, et chez les multipares par les streptocoques et pyogènes constituant le reliquat d'infections antérieures.

Au point de vue anatomique, l'affection consiste en une hyperplasie de la muqueuse qui s'épaissit jusqu'à mesurer 10 millimètres et plus, alors que normalement elle ne mesure qu'un millimètre avant la grossesse. Elle est irrégulière, tomenteuse, épaissie en certains endroits, amincie en d'autres. Elle apparaît quelquefois couverte de petites productions polypoïdes, si bien qu'on peut parler de *métrites polypeuses*. En même temps, il se produit des altérations glandulaires parfois si marquées qu'on a décrit une *forme glandulaire*. Certaines de ces glandes se transforment en véritables *kystes*.

Au microscope, on trouve tout d'abord une infiltration leucocytaire, puis des traînées de nécrose des cellules déciduales, une congestion intense, s'accompagnant même d'hémorragies diffuses en pleine caduque, enfin une thrombose de nombreux vaisseaux.

L'endométrite déciduale hémorragique est essentiellement une maladie de la première moitié de la grossesse. On conçoit que dans la seconde moitié, avec la régression des caduques, les lésions marquent une tendance spontanée vers la guérison.

Le premier grand symptôme, c'est la présence d'écoulements, et ils sont de trois sortes : *séreux*, *sanguins* et *purulents*.

Cette triade se trouvera incomplète en bien des cas, en ce sens que certaines femmes n'ont qu'une espèce d'écoulement.

Commençons par les écoulements séreux. Ce symptôme a une telle importance qu'on en fait un syndrome à part : c'est l'*hydrorrhée déciduale*, que le Pr Bar a décrite dans son Traité complet d'accouchements.

Ce sont des pertes séreuses, venant des glandes de la caduque. Il y en a deux formes distinctes. Il y a, d'une part, l'hydrorrhée journalière, quotidienne ou à peu près, et, d'autre part, l'hydrorrhée qui se fait par crises.

Dans la première forme, la femme perd tous les jours ce qu'elle croit être de l'eau : c'est un liquide un peu visqueux, très légèrement coloré en jaune, épais, donnant l'impression d'empeser le linge, et qui forme des taches dites en carte de géographie, qui sont comme serties d'un liséré rouge. Ces pertes atteignent 250 à 300 grammes tous les jours. C'est un liquide très légèrement irritant. Au bout de quelque temps, il n'est pas rare de voir la vulve et le sillon génito-crural, le haut des cuisses, enflammés, en ailes de chauves-souris, comme chez les femmes ayant des pertes blanches un peu acides.

C'est là la forme courante. Il en est une autre plus curieuse, c'est l'*hydrorrhée par crises*. Certaines inflammations glandulaires aboutissent à la formation de kystes. A un moment donné, ces petits kystes augmentent de volume. Ils arrivent à la limite de tension qu'ils peuvent supporter. Une contraction utérine survient, ou un effort, ou un rapport, etc., un de ces kystes éclate, et la femme perd avec brusquerie et abondance. Pendant ce temps un autre kyste grossit, atteint sa limite de résistance et éclate comme avait fait le premier. Et ainsi de suite. Cette deuxième forme peut fort bien aller jusqu'à terme.

Ce liquide peut avoir deux aspects. Ou bien c'est l'*hydrorrhée pure*, avec des pertes nettement séreuses, ayant à peine ce petit sertissage de sang. Ou bien ce sont des pertes fortement mêlées de sang et donnant l'impression des viandes délavées. M. Bonnaire leur a donné le nom imagé d'*hydro-*

hématorrhée. On a vu des femmes arriver dans un état d'anémie telle qu'on était forcé d'interrompre artificiellement leur grossesse.

L'écoulement sanguin peut tellement prédominer qu'on parle d'*endométrite hémorragique*.

La malade perd du sang liquide ou des caillots quand elle reste strictement étendue sur le dos, qu'elle est primipare et que le sang s'accumule dans le vagin.

C'est toujours du sang rouge, devenant plus ou moins noirâtre quand il stagne.

Au point de vue de l'abondance, il y a toute la gamme, depuis la femme qui de temps à autre, à l'occasion de la poussée menstruelle, de rapports ou de fatigue, perd quelques gouttes, jusqu'à celle qui a de véritables hémorragies, de larges et dangereuses évacuations de sang.

Là encore, c'est en faisant soigneusement regarder toutes les garnitures des femmes, en les faisant peser, que vous apprécierez la valeur de cette perte.

Ici, ces hémorragies sont discontinues. Dans d'autres cas, elles n'ont pas de rémission.

Les écoulements purulents, les pertes dites blanches, qui en réalité sont de coloration jaune et verte, ne présentent rien de particulier au point de vue obstétrical.

Quels sont les *symptômes* de l'endométrite déciduale hémorragique ?

Signalons d'abord les *douleurs*, mais rien n'est plus variable : les unes ne souffrent pas, d'autres souffrent très peu, et d'autres souffrent davantage. Elles souffrent de leur *utérus* et de leurs *reins*. Les douleurs lombaires sont d'une telle banalité chez la femme qu'on ne leur attribue que peu de valeur.

Les *douleurs utérines* sont plus intéressantes. *L'utérus gravide n'est pas douloureux*. L'utérus enflammé est douloureux. Quelquefois cette douleur prend une certaine acuité. C'est ce que les auteurs anciens avaient décrit sous le nom de *rhumatisme utérin*. L'utérus, au moindre attouchement, tend à entrer en sub-contraction. Du reste l'examen local n'a aucun intérêt.

La métrite déciduale, dit-on, augmente les phénomènes sympathiques de la grossesse. On lui a même attribué une part dans l'étiologie des vomissements incoercibles. En réalité, à part quelques petits vomissements réflexes, elle ne touche guère l'état général. Mais quand elles perdent beaucoup de sang, ces femmes s'anémient. Elles ont un teint pâle, des muqueuses décolorées, quelques souffles anémiques au cœur, une tendance à se trouver mal. Ce sont des femmes un peu dolentes qui sentent que la tête leur tourne légèrement. Elles ont une tendance aux crises de tachycardie. Enfin elles présentent de l'affaiblissement, de la débilité. La forme hémorragique demande une surveillance spéciale.

La numération des globules doit être faite tous les jours, ou tous les deux ou trois jours. On doit rechercher la valeur globulaire, le temps de coagulation, la formule leucocytaire.

L'endométrite déciduale a pour conséquences des irrégularités dans le développement de l'œuf. C'est d'abord l'*insertion vicieuse du placenta*, c'est le *placenta marginata*, c'est aussi le *placenta succenturié*, c'est encore l'insertion vélamenteuse du cordon, c'est enfin la prédisposition à certaines hémorragies rétro-placentaires.

Durant la grossesse, tant qu'il n'y a que des pertes blanches, ce n'est pas grave. S'il y a hémorragie, c'est grave, très grave quelquefois.

Durant l'accouchement, ce peut être, en raison du manque de souplesse une cause de rupture prématurée des membranes avec ses conséquences, notamment l'adhérence du pôle inférieur de l'œuf. C'est là que l'endométrite va être dangereuse.

Pendant les suites de couches, une caduque malade, trop épaisse, aura tendance à rester dans l'utérus, d'où rétention ovulaire, ou rétention des membranes pures, quelquefois rétention de cotylédons, c'est-à-dire création d'*endométrite hémorragique post-partum*, d'endométrite fongueuse, tendance à l'infection puerpérale, quelquefois stérilités successives. Mais ce sont là des cas plutôt exceptionnels, et en général tout se passe bien pour la mère.

Par contre, le *pronostic fœtal* est généralement mauvais. C'est souvent une cause d'avortement à répétition ; c'est la tendance à l'accouchement prématuré ; c'est le mauvais développement du fœtus. Certains fœtus sont morts *in utero* ; tout macéré ne veut pas dire syphilis.

Si nous mettons à part les grosses endométrites hémorragiques, dangereuses pour la mère, le pronostic de l'endométrite est un pronostic fœtal, un pronostic ovulaire : le grand accident, c'est l'avortement ; le second, l'accouchement prématuré. Les autres sont peu de chose en comparaison des deux premiers.

Les *écoulements sanguins* du début de la grossesse soulèvent le *diagnostic différentiel* avec la *grossesse extra-utérine*. Cette dernière donne lieu à des hémorragies beaucoup moins abondantes, parce que moins continues, elle s'accompagne d'une tumeur latéro-utérine, de tendance aux syncopes, de crises douloureuses maintes fois décrites.

On fera également le *diagnostic* avec une *môle hydatiforme* (désaccord entre l'âge supposé de la grossesse et la tumeur utérine, utérus d'une mollesse spéciale), et avec l'*avortement*.

L'*écoulement séreux* ne sera pas confondu avec l'émission involontaire d'urine : il suffit de sentir.

Le grand diagnostic, c'est le diagnostic entre l'*hydrorrhée amniotique* et l'*hydrorrhée déciduale* : il suffit de recueillir du liquide soit dans le creux de la main, soit sur une compresse, et de reconnaître le liquide amniotique à sa couleur légèrement opalescente, à son odeur spermatique, ou à l'examen microscopique.

Le *traitement* a pour première indication formelle, autant que difficile à exécuter, le repos au lit. Les décongestifs, *viburnum*, *hydrastis*, etc., sont inutiles. On donnera quelquefois des *opiacés* quand il y a un syndrome douloureux marqué (utérus irritable). En cas de *syphilis*, il faut traiter la cause.

Le traitement local, tamponnement, etc., est à proscrire, ce serait le moyen de provoquer l'avortement. Les injections vaginales sont inutiles ou dangereuses, comme réveillant l'irritabilité de l'utérus. Donc, des toilettes extérieures, et c'est tout. Quand la femme perd du sang, une injection chaude, oui, quand l'utérus est vide, mais quand il est plein il faut éviter qu'il se contracte ; donc, pas d'injection ; il faut attendre, jusqu'au moment où la perte de sang devient trop abondante pour permettre la continuation de la grossesse et où la question de l'avortement thérapeutique peut se poser. Ce cas est très rare.

On se basera avant tout, pour décider une aussi grave intervention, sur l'âge de la grossesse ; on tâchera de doubler le cap dès quatre mois et demi ; phase où la caduque va régresser et aller d'elle-même vers sa propre guérison. Il faut tenir compte de l'état général, de l'examen hématologique. Dans la plupart des cas, l'avortement se fera spontanément. Quoi qu'il en soit, si l'avortement est indiqué, il faut le pratiquer par les procédés rapides. Que l'avortement soit spontané ou thérapeutique, il y a toujours avantage à ne pas laisser la muqueuse malade dans l'utérus, et à pratiquer, soit immédiatement, soit trois ou quatre jours après, un bon râclage, un bon curettage, sans quoi ces femmes seraient probablement vouées à la stérilité.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Hôpital Necker. — M. le Pr LEGUEU.

L'azotémie post-opératoire.

L'*azotémie post-opératoire* est un fait des plus banaux dans les services de chirurgie urinaire, on la voit à chaque pas. C'est une complication dont le mécanisme est des plus difficiles à élucider, dont le pronostic varie, dont la thérapeutique est souvent incertaine.

Presque tous les malades ayant subi une opération sur les voies urinaires présentent, après quatre ou cinq jours, une élévation de leur azotémie. On peut dire que sur 10 malades qu'on opère, 8 font de l'azotémie ; sur 10 qui meurent, 9 succombent à l'azotémie. C'est la complication la plus importante ; elle frappe surtout les malades âgés ; elle épargne volontiers les jeunes ; elle n'est pas à craindre à la suite des néphrectomies pratiquées pour tuberculose rénale, parce qu'il s'agit de sujets jeunes. Dans ce dernier cas, on voit l'azotémie s'élever légèrement, puis revenir à son point de départ, alors que chez les malades de l'autre catégorie elle ne cesse de s'élever jusqu'à la mort.

L'azotémie post-opératoire constitue la plus grave complication de toutes celles qu'on peut rencontrer en chirurgie urinaire. N'existe-t-elle pas dans le territoire de la chirurgie générale ? C'est ce que nous verrons à propos de l'anesthésie.

La réalité de l'azotémie post-opératoire est attestée par les constatations faites à la suite des opérations.

Quels sont les SIGNES permettant de reconnaître ou de soupçonner son existence chez un malade ?

Le premier signe, qui est frappant pour ceux qui ont une certaine habitude des observations de ce genre, le plus important, du reste, c'est l'*asthénie, l'état de faiblesse, d'affaissement, de fatigue* du malade, qui ne s'explique pas avec l'opération qu'il a subie. Evidemment, il y a des opérations capables de produire un pareil schok, mais ce n'est pas le fait ordinaire à la suite de ces opérations bénignes dont le type est la prostatectomie.

Un autre signe est le *hoquet*. C'est un signe fréquent de l'azotémie post-opératoire, mais ce n'est pas un signe constant. Il n'y a pas de proportion entre l'intensité du hoquet et l'importance de l'azotémie. Le hoquet peut exister après l'opération, sans azotémie. Néanmoins, le hoquet n'est pas un signe très favorable, il révèle souvent l'azotémie.

D'ailleurs, les malades ont pour ainsi dire une manière personnelle de traduire l'azotémie. Le principal signe est quelquefois le *ballonnement du ventre*. L'azotémie, en réalité, entraîne tous les signes de la péritonite ou de l'occlusion intestinale : le ballonnement du ventre, l'asthénie, l'*abaissement de la température*, les *vomissements bilieux et alimentaires*.

La *sécheresse de la langue* est en rapport avec l'*aggravation de l'azotémie*, c'est un mauvais signe, annonçant que l'azotémie évoluera probablement jusqu'à la mort.

La *température* est toujours basse ; elle s'abaisse au fur et à mesure que l'azotémie augmente. Il y a souvent de l'infection, mais on n'en a la preuve qu'à l'autopsie.

Les *urines* sont rares, quelquefois très rares. Cependant l'azotémie peut exister avec des urines abondantes, mais pas assez abondantes, toutefois, pour produire la compensation.

Il n'y a aucune proportion entre tous ces symptômes et le degré de l'azotémie. Nous ne connaissons pas encore le pourquoi de ce contraste des azotémies très hautes avec des symptômes très frustes, et, au contraire, des azotémies très basses avec des symptômes très marqués.

Il y a deux mécanismes pour l'azotémie : l'*anurie* et la *néphrite post-opératoire*.

L'anurie est une complication post-opératoire extrêmement fréquente, on la voit dans les laparotomies à la suite d'un traumatisme, par exemple. Quand on a de l'anurie, on fait de la rétention. Un malade avait 20 grammes d'urée avec 1.000 gr. d'urine. S'il n'urine que 500 grammes (en admettant que la concentration n'ait pas changé, supposition fausse), du fait seul de la réduction des liquides, il n'éliminera que 10 grammes d'urée. Il aura 10 grammes de rétention dans les humeurs, soit une azotémie d'environ 1 gramme, puisqu'il y a 5 litres de sang dans l'économie, et 5 litres de sérosités. En trois ou quatre jours, l'azotémie atteindra un taux presque mortel.

Evidemment, ces anuries ne se produisent que si le rein est en état de fragilité, c'est-à-dire de néphrite latente. Le plus souvent, les malades n'ont pas d'anurie, et l'azotémie se réalise par une poussée de néphrite. Il y a des malades qui font de l'infection ou de la surinfection, avec de grandes oscillations thermiques. Ils ont des abcès miliaires des reins. C'est la néphrite descendante post-opératoire.

L'*anesthésie* joue incontestablement un rôle. Ce n'est pas seulement le chloroforme ; ce n'est pas seulement l'éther ; ce n'est pas seulement le protoxyde d'azote. L'anesthésie locale, courte et rapide, la rachi-anesthésie, ne mettent pas à l'abri de l'azotémie post-opératoire, voire mortelle. Le protoxyde, dit-on, n'altère pas le rein. Mais c'est une illusion de croire que tel anesthésique permettra d'éviter la complication. Ce n'est pas l'anesthésie qui est particulièrement à craindre, c'est l'*infection*. C'est l'infection latente, l'infection chronique, mais réveillée, intensifiée par une intoxication surajoutée. Ainsi s'expliquent peut-être certains cas dramatiques où l'on voit en l'espace de deux heures une azotémie terrible se constituer.

Avons-nous un moyen de prévoir cette complication ?

Ici, on touche au grand problème de l'inconnu. Quelles sont les épreuves de la mesure de la fonction rénale ? On arrive toujours à cette seule et unique donnée qui est titée de l'*azotémie préopératoire* et de la *constante* (constante uréo-sécrétoire d'Ambard).

Les renseignements, c'est-à-dire, en l'espèce, les chiffres, sont de trois ordres :

ou *très bons* : azotémie = 0 gr. 28 — constante = 0,075 ;

ou *très mauvais* : azotémie = 0 gr. 80 — constante = 0.200 ;

ou *moyens* : azotémie = 0 gr. 40 — constante = 0,144.

Quand on a des chiffres extrêmement favorables, c'est un très bon élément, mais qui ne doit pas donner une confiance exagérée, parce qu'il y a un facteur de clinique pure qui intervient. Il ne faut pas juger ce chiffre par lui-même, il faut, pour l'apprécier, le rapprocher du malade. Est-ce un individu âgé de 65 ans, par exemple ? Ce sera mauvais, tandis que pour une jeune fille de 32 ans, atteinte de tuberculose rénale, ce sera favorable. Et inversement.

On ne doit pas, au nom d'un chiffre, refuser une opération. Les chiffres sont une indication, ils ne sont pas un élément de pronostic.

Il faudrait aussi tenir compte, à l'avenir, de l'*état du foie* et ajouter, à toutes les épreuves en usage actuellement, des épreuves de fragilité hépatique, car le foie a un rôle de défense contre les éléments septiques, et son altération préexistante pourrait expliquer un grand nombre d'azotémies mortelles survenues dans les circonstances que nous envisageons.

Les *matières colorantes* suivent la constante ; leur taux ne doit pas suffire à dicter ou contrindiquer l'opérabilité.

En somme, on doit tenir compte, dans son appréciation, des chiffres de la *constante* et de l'*azotémie*, mais sans y attacher une valeur absolue et définitive, aussi bien pour les chiffres élevés que pour les chiffres inférieurs : *une constante mauvaise, chez un sujet présentant par ailleurs des conditions favorables, est préférable au cas inverse.* On peut dire ceci seulement : les sujets ayant des chiffres favorables au point de vue de la constante ont moins de chances d'avoir l'azotémie que les autres. Les autres courent plus de risques, mais ils n'auront pas nécessairement l'azotémie.

Dans l'état actuel de la science, on ne peut obtenir plus que cette notion très vague, incertaine.

Quand l'azotémie post-opératoire est constituée, la thérapeutique avant tout consiste à augmenter la quantité des urines ; l'élimination de l'urée est proportionnelle, dans une certaine mesure, à la quantité d'*eau*. Il faut prescrire la *théobromine*, voire la *digitale*, mais particulièrement les *injections de sérum glucosé* sous la peau.

Ce n'est pas tout. On emploie aujourd'hui une substance capable d'améliorer le fonctionnement de la cellule rénale : ce sont les injections de *sérum hypertonique* à 300 pour mille. Ces injections se font dans la veine, parfois à la dose de 250 cc. Sous l'influence de cette injection, on voit très rapidement la sécrétion urinaire reprendre un taux très important, même quand elle a été annihilée pendant quelque temps. Malheureusement, ces injections sont extrêmement dangereuses. Il faut commencer ces injections à 100 grammes seulement, pour éviter le shock (parfois mortel). De plus il faut faire cette injection tout doucement, sans pression, en plaçant le liquide à quelques centimètres au-dessus de la veine, de façon à mettre trois quarts d'heure à une heure pour injecter 100 grammes. De cette façon, on évite les grandes réactions, le grand choc protéique que provoquent les injections de 250 cc. De plus, on peut s'en servir plus tôt, sans attendre que le malade ait 2 grammes d'azotémie.

En dehors de ce moyen, les toni-cardiaques, digitaline, ouabaïne, solubaïne, peuvent trouver leurs indications, mais le cœur ne faiblit qu'à la fin, quand la partie est perdue, de sorte que ce ne sont pas les médicaments cardiaques qui permettent de combattre l'azotémie post-opératoire.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Pseudarthrose après fracture de l'extrémité inférieure du tibia.

Ce malade entre à l'hôpital pour une pseudarthrose de la jambe gauche.

Le 31 octobre 1925, il tomba dans un escalier, et présenta à la suite de la chute un pied ballant. On lui mit un appareil plâtré.

Aujourd'hui, le pied est tout à fait mobile dans le sens antéro-postérieur, et mobile aussi dans le sens transversal ; les mouvements qu'on lui imprime se font sans douleur. C'est un caractère assez important. En effet, quand on détermine de la douleur, en général, on n'a pas affaire encore à une pseudarthrose constituée, il s'agit plutôt d'un simple retard de consolidation. Il y a des fractures qui retardent leur consolidation, mais néanmoins sont susceptibles de se consolider. Quand on les remue, il est habituel de retrouver encore un peu de sensibilité. L'indolence absolue annonce presqu'à coup sûr l'absence de processus de consolidation et l'existence d'une pseudarthrose constituée.

Une fracture se consolide par un *cal*. Pendant longtemps, on a dit que le cal se formait aux dépens du périoste.

Actuellement, l'opinion générale est que le périoste, formé de tissu fibreux, ne sert presque en rien à la consolidation. Le cal se fait aux dépens d'un bourgeonnement de la moelle osseuse. Ces bourgeons sont fournis surtout par le canal médullaire, mais aussi par les canaux de HAVERS, qui traversent la partie compacte des os, et contiennent de la moëlle osseuse. Le manchon périostique, qui ne fournit rien dans la formation du cal, est cependant très utile pour canaliser et assurer la régularité du cal.

Quand les deux extrémités osseuses sont très distantes l'une de l'autre, les deux bourgeons n'arrivent pas en contact, la consolidation ne peut se faire, d'autant moins que les bourgeons souvent ne sont pas bien en rapport. Il s'interpose souvent entre eux, soit du tissu musculaire, soit du tissu fibreux. Sur la radiographie de ce malade, par exemple, les deux extrémités des fragments supérieur et inférieur du tibia ne se correspondent pas exactement. Dans certains cas le déplacement est plus grand. Dans d'autres cas, on voit des cals en baïonnette.

Quand il y a une mobilité complète et indolente, il est probable qu'on a affaire à une pseudarthrose constituée. Il faut donc en pareil cas intervenir, et faire ce qu'on appelle une ostéosynthèse.

UROLOGIE PRATIQUE

Principales erreurs à éviter dans le traitement d'un Urinaire.

Par M. le Dr Pillet (de Rouen).

Non noscere, reste le premier principe, en urologie, comme en médecine ou en chirurgie. Voici quelques erreurs que le praticien devra donc éviter :

Examen extemporané des urines. — Ne jamais négliger de *regarder les urines, par transparence, dans un verre,* limpidité ou trouble. Tant de calculeux ou de tuberculeux rénaux sont soignés comme des brightiques, alors qu'il s'agit de l'albumine du pus.

Recherches élémentaires : *albumine*, phosphates, *sucre*, urates, *pus*.

Cathétérisme. — *Ne jamais avoir la prétention de commander à un urètre ; lui obéir toujours.* Le « cathétérisme forcé » quelque proche de la vessie, que paraisse la sonde, n'a jamais été qu'une fausse route. Les urines purulentes de la miction suivante, résorbées par les corps caverneux, passent dans le sang. « Le malade pisse dans ses veines » (Maisonneuve) ; un violent accès de fièvre urineuse et la mort même, sont alors possibles par septicémie.

Ne pas introduire n'importe quelle sonde, dans n'importe quel urètre. Toujours l'explorer d'abord, avec une boule olivaire passée délicatement. Car une sonde n'explore pas l'urètre ; elle évacue la vessie. Dès qu'une goutte de sang apparaît au méat, il faut s'arrêter, présenter la sonde autrement, ou mieux, en changer. S'entêter par les mêmes moyens, s'est se fermer une route facile, pour le lendemain. Il est relativement aisé au spécialiste, muni de ses « rossignols », de passer dans un urètre difficile ; mais si une main inexpérimentée a déjà creusé une fausse route, force peut être d'ouvrir l'hypogastre.

Une bonne sonde en gomme, supporte bien quelques minutes d'ébullition et sert longtemps. Elle est vite détériorée, par macération dans de l'eau boriquée.

La sonde métallique est délicate à manœuvrer chez l'homme. Elle est au contraire utile, à cause de sa facile stérilisation, chez la femme.

Blennorragie. — Ne pas omettre pendant les quarante-huit premières heures le traitement abortif par des instillations d'argyrol. *Ne pas introduire de sonde dans un urètre blennorragique,* c'est infecter l'urètre postérieur et les canaux déférents, c'est-à-dire, le ou les testicules : orchite avec stérilité ultérieure, la prostate (abcès); et la vessie (cystite).

Les lavages de l'urètre doivent être faits au bock, dans l'urètre antérieur, à méat ouvert d'abord et avec une pression de 75 centimètres ; puis, dans la totalité de l'urètre et la vessie, à méat fermé et avec une pression de 1 m. 50 environ. Donc ne pas recommander au malade de faire lui-même des lavages avec une petite seringue : ils sont souvent faits à méat fermé, poussés parfois trop fort; et, si la solution a été trop concentrée par le pharmacien, refoulée dans l'urètre postérieur elle peut provoquer un abcès de la prostate.

En cas de complications (orchite), tout traitement urétral doit être suspendu.

Goutte militaire. — Un examen médical avant le mariage devrait être de coutume. Sans parler des salpingites si fréquentes, nécessitant des ovariotomies mutilantes laissant de jeunes femmes stériles, nous avons vu plusieurs jeunes mariées en imminence de mort par péritonite ou septicémie gonococcique. Une goutte doit être soignée avec des *examens microscopiques fréquents.*

Donner des balsamiques au début d'une blennorragie risque de la faire durer longtemps.

On ne peut jamais affirmer qu'une femme n'est plus contagieuse.

Les bougies médicamenteuses à introduire dans l'urètre doivent être de bonne qualité, car incomplètement fondues, elles peuvent remonter dans la vessie où flottantes elles restent insaisissables, pour le lithotriteur, qui tente de les extraire.

Une orchite blennorragique ne suppure pas contrairement à l'orchite des vieillards qui se sondent et qui suppure souvent.

Un abcès de la prostate provient presque toujours d'une injection abortive caustique, poussée dans un urètre contenant encore des gonocoques. Sans le laisser s'ouvrir dans l'urètre (évacuation insuffisante et interminable), sonder ces malades toujours en rétention, avec une sonde molle en caoutchouc et ouvrir l'abcès par le *périnée* ou le rectum suivant qu'ils pointent plus d'un côté que de l'autre. Ce pus étant collecté sous tension entre

les aponévroses du périnée, doit être évacué d'urgence sous menace de septicémie. Ne pas croire qu'une blennorragie dure des années et que c'est la même, qui récidive. Presque toujours, il y a eu réinfections.

Ne permettre le mariage à un malade atteint de goutte qu'après épreuve de la bière et contrôle microscopique répété.

Une rétention d'urine est causée :

Chez un jeune par un *abcès de la prostate* ;

Chez un homme, d'âge moyen, par un *rétrécissement* ;

Chez un vieillard, par une *hypertrophie prostatique.*

Avant de faire le cathétérisme, faire le diagnostic par le *toucher rectal* (abcès ou adénome ?) par la boule olivaire passée doucement dans l'urètre. La boule sentie à travers le périnée, par la main qui la cherche au palper, est encore dans l'urètre antérieur ; si elle est arrêtée là, c'est qu'il y a rétrécissement. Si elle n'est plus décelée que par le toucher rectal, c'est qu'elle est dans l'urètre prostatique (adénome) ; de par sa forme rectiligne elle y butte facilement.

Chez un *rétréci en rétention aiguë* une ponction hypogastrique est bien préférable à des manœuvres prolongées.

Un *adulte incontinent* est souvent un *rétréci*, dont la vessie n'est pas vide, mais *distendue* ; elle n'évacue que son trop plein. Ces incontinents, parfois d'assez vieille date, peuvent être guéris par une urétrotomie.

En cas de *cystite chronique*, penser immédiatement à la *tuberculose rénale.* Une cystite ne peut être qualifiée de chronique qu'après inoculation négative.

Une cystite intense, avec *mictions incessantes*, ne sera donc pas qualifiée « d'incontinence essentielle », il suffit de constater, dans un verre par transparence, que ces urines sont purulentes (dans l'incontinence essentielle de l'adolescence, elles sont toujours limpides).

Une cystite chronique peut aussi cacher une pierre ou une tumeur de vessie.

Une *infiltration d'urine* dans le périnée, réclame d'urgence, sous menace de septicémie, une large incision.

Prostatiques. — *Tout prostatique consulte pour sa vessie* ; son médecin ne doit penser qu'à ses reins, à mettre à l'abri du reflux vésical.

La prostatectomie avec cystostomie préalable a bien diminué les indications du cathétérisme.

La rétention aiguë d'un vieillard marque souvent le stade ultime d'une longue période de rétention chronique ignorée ; et, malgré les cathétérismes, la vessie ne reprendra ses fonctions, qu'après prostatectomie.

Un distendu évacué complètement ou sans rigoureuse asepsie peut mourir en quelques jours, d'infection ou d'hémorragies *a vacuo.*

Chez un distendu à urines claires, une cystostomie est souvent plus indiquée qu'un cathétérisme, qui peut marquer le début des accidents infectieux.

En cas de doute, sur l'association avec un calcul, ne pas examiner avec un instrument métallique explorateur ou cystoscope, une prostate qui saigne. L'hypertrophie ne succède pas à la prostatite chronique post-blennorragique ; c'est une néoformation (adénomateuse) due à l'âge.

Ne pas prendre pour un prostatique jeune, un *tabétique* ou médullaire au début.

Tuberculeux. — Les signes de certitude de la tuberculose urinaire sont : la *recherche positive de B; de Koch*; l'*inoculation positive au cobaye*, des lésions cystoscopiques (non infectées secondairement) et typiques. Ces recherches doivent être faites et renouvelées dans tous les cas de pyurie. Chez la femme, ces découvertes équivalent à l'affirmation d'un rein tuberculeux. Chez l'homme à celle d'une tuberculose d'un rein ou d'une localisation prostatique tuberculeuse. C'est ce rein qui inocule, par voie descendante, la vessie (laquelle guérira spontanément, après la néphrectomie). Un rein tuberculeux ne guérit pas médicalement. Le traitement médical peut être institué au début, par acquit de conscience et à condition qu'une exploration rénale soit faite, avant que la vessie trop malade ne l'interdise.

Une cystite tuberculeuse ne se lave pas ; surtout avec du nitrate, encore moins à la seringue et sous pression ; elle n'est guère améliorée par des instillations médicamenteuses ; mais guérit spontanément après la néphrectomie.

La tuberculose urinaire commence presque toujours par de la cystite.

Une cystite spontanée chez un jeune, fera immédiatement penser à un rein tuberculeux.

Un rein tuberculeux est rarement palpable, cliniquement; *il paraît sain*, car il n'est pas souvent augmenté de volume, ni douloureux.

Le cathétérisme urétéral est le seul procédé certain de découverte du rein tuberculeux ; il indique en même temps la valeur du rein sain.

Un tubercule rénal représente souvent le foyer primitif et longtemps unilatéral d'éclosion de la

tuberculose dans l'organisme. La néphrectomie assure donc souvent une guérison complète, à condition que les malades s'astreignent à une vie plus reposée.

Calculeux. — Tout malade ayant un calcul arrêté dans l'urètre (coexistence fréquente de rétrécissement) décelé par un frottement calculeux caractéristique à la boule olivaire, a généralement d'autres calculs dans sa vessie.

Ne pas négliger de faire une exploration métallique, chez un malade qui souffre et saigne après la marche. Tout malade ayant déjà émis, avec ou sans colique néphrétique, du sable ou des graviers, a des chances d'en avoir encore d'autres dans ses reins. Chercher l'hématurie microscopique et radiographier.

Une vessie non infectée (c'est-à-dire à urines limpides) peut recéler longtemps un calcul aussi bien qu'une tuberculose ou une tumeur latentes.

Calculs ou corps étrangers de l'urètre : ne chercher que discrètement à les extraire avec des pinces même spéciales, dont les prises sont dangereuses pour la muqueuse de l'urètre. Mais :

1° L'extraire, sous le contrôle de la vue, à l'urétroscope, si l'on en a l'habitude ;

2° Le refouler doucement dans la vessie par le passage d'une grosse sonde suivi d'une prise de lithotriteur.

Les calculs de vessie sont rares chez la femme ; 8/10 sont développés autour d'un corps étranger avoué ou non. La RX ne montre pas toujours le noyau suspect du calcul (épingle de celluloïde) et il est important de savoir la vérité pour pratiquer avec sécurité, une lithotritie ou une taille.

Tumeur de vessie. — Quand l'induration du bas-fond vésical révèle par les touchers vaginal ou rectal une tumeur, ne pas faire d'exploration métallique, dans son cabinet, par crainte d'hématurie grave. Il peut être plus prudent, de faire entrer le malade à la maison de santé pour cystoscopie.

Des hématuries répétées et terminales, des douleurs mictionnelles violentes, survenant à l'âge mûr, feront craindre l'apparition d'une tumeur.

Cancer du rein. — Leur première hématurie est souvent un signe tardif, le malade portant, à son insu, un très gros rein, jusque-là latent.

Au cours d'une hématurie, faire garder les caillots, un long caillot vermiforme de 15 à 18 cent., est rare ; mais presque pathognomonique d'une tumeur rénale ; elle seule saigne assez, pour le constituer.

Ne pas négliger en cas de tumeur du flanc la recherche d'un varicocèle symptomatique, surtout à droite, compression des veines spermatiques au niveau de leur abouchement dans la veine cave, par des ganglions cancéreux.

Hématuries. — La cystoscopie, le cathétérisme urétéral, la radiographie ont fait justice des prétendues hématuries supplémentaires, hystériques, essentielles, etc.

Un examen urologique complet doit être fait, dès la première hématurie.

Pyurie. — Tout pyurique *doit être suspecté de tuberculose*, 50/100 des urinaires ; « les pyuriques sont tuberculeux ou tuberculisables » ; ou radiographié (calculs latents).

En cas d'hématurie ou de pyurie, il faut découvrir sans tarder leur cause (infection banale par rétention, tuberculose, calcul, tumeur) et leur origine : rein (et lequel), vessie, prostate.

Pyélo-néphrite de la grossesse : les antiseptiques rénaux, les préparations de bactériophage, l'évacuation des rétentions purulentes du bassinet par le cathétérisme urétéral, suivi d'instillations nitratées, suffisent très généralement, comme traitement. Dans les cas exceptionnellement graves, on peut recourir à la néphrotomie temporaire. Ces divers moyens permettront d'éviter l'avortement dit thérapeutique et de gagner l'époque où le fœtus est viable ; c'est-à-dire, d'obtenir un accouchement prématuré.

En cas de rupture traumatique grave de l'urètre, c'est le bistouri qu'il faut prendre et non la sonde.

Fendre largement le périnée, pour évacuer l'hématome, parfois énorme. Faire secondairement : soit après dérivation, une résection de l'urètre ; soit une autoplastie périnéale.

Toute plaie de la vessie, opératoire ou non, doit être suturée immédiatement et drainée.

La plupart des *abcès périnéphrétiques*, sont de causes *appendiculaires*.

Une *anurie*, qui ne cède pas au cathétérisme, avec lavages chauds du bassinet, doit être opérée d'urgence avant l'apparition de la céphalée et du myosis, c'est-à-dire avant le cinquième jour.

Intervenir sur un rein, sans exploration urétérale préalable, c'est s'exposer à intervenir sur un rein unique, ou sur le rein sain ; et pour le moins, à ne laisser, après enlèvement du rein malade qu'un rein defficient, incapable d'assurer à lui seul, les éliminations de l'organisme et dont l'oligurie, risque d'entraîner la mort,

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Les congestions pulmonaires.

Les *congestions pulmonaires passives*, quand elles sont d'origine *cardiaque*, reçoivent du régime *lacto-hydrique de réduction*, de l'emploi de la *théobromine* (2 cachets de 50 centigr. par jour) et de la *digitaline* (V gouttes de la solution à 1/1.000 le matin, 10 jours de suite, et les 2 ou 4 premiers jours, V gouttes matin et soir), une médication efficace, et qui rétablit l'ordre en quelques jours. Si la congestion résulte du *décubitus* comme il arrive chez les vieillards, il convient tout d'abord de la prévenir en faisant asseoir le malade tous les jours quelques heures dans son lit. Fût-il atteint d'une fracture du col du fémur, cette nécessité est primordiale; d'autant que ce qu'il faut atteindre, c'est avant tout une calcification de l'os et celle-ci n'est nullement gênée par le mouvement de s'asseoir. Quant au déplacement, il se produit presque toujours et s'il n'existait pas tout de suite, il apparaît peu à peu, en dépit de la contention la plus parfaite des fragments à l'origine.

Quand la congestion se produit, *ventouses sèches* aux bases, *strychnine*, injections sous-cutanées avec :

Sulfate spartéine . . . . . 0 gr. 02
Sulfate strychnine . . . . . 0 gr. 001
Pour ampoules stérilis. Une à deux piqûres par jour.

Les *congestions actives* réclament de même la *révulsion des ventouses sèches*, des *cataplasmes sinapisés*.

S'il s'agit d'une *infection pneumococcique* avec point de côté, fièvre élevée, matité, souffle doux entouré d'un cadre de râles crépitants ou sous-crépitants, on pourra injecter 40 cc. à 60 cc. de *sérum antipneumococcique* par voie sous-cutanée (1 cc. d'abord, le reste quatre heures après pour éviter les accidents anaphylactiques), deux à trois jours de suite. En général, cette médication n'est point indispensable. Ces congestions pneumococciques atteignent surtout des sujets jeunes qui guérissent spontanément. On réservera le sérum antipneumococcique aux sujets adultes.

On prescrira la *poudre de Dower*, associée à la quinine :

Poudre de Dower . . . . . } 0 gr. 10
Chlorhyd. quinine . . . . . }
Pour un cachet ; quatre par jour.

L'*ergot* a été employée :

Ergotine . . . . . } 0 gr. 10
Chlorhyd. quinine . . . . . }
Pour une pilule ; quatre par jour.

Huile camphrée (inj. de 1 cc. à 1/10, 2 à 3 par jour) s'il semble que le cœur fléchisse.

Le traitement des différentes formes de congestion active (congestion pleuro-pulmonaire, splénopneumonie, cortico-pleurites, fluxion de poitrine) où la plèvre est atteinte en même temps que le poumon ne réclament pas d'autre médication. Dans les cas où la congestion se prolonge, on pourra employer les *cataplasmes sinapisés d'Heubner* (500 gr. de farine de moutarde dans un litre d'eau chaude ; tremper une serviette-éponge, exprimer ; en couvrir le thorax : dix minutes à un quart d'heure de temps, trois fois par jour).

Prévenir l'entourage des picotements de la conjonctive que provoquent ces applications, à celui qui les exécute.

DERMATOLOGIE

Les rayons X dans les affections cutanées.

En dehors des tumeurs épithéliales et des sarcomes, les rayons X sont utilisés dans nombre d'affections cutanées. M. Laquerrière (*Radium et Rayons X*, 1925) les range sous la classification et leur attribue les techniques suivantes :

a) *Angiomes et noevi.* — Angiomes mous et saillants ; 15 à 20 cm. d'étincelle équivalente, 2 à 5 m/m d'aluminium, 4 H tous les quinze jours, puis 3 H avec 6 à 8 m/m.

Sur les petits angiomes bien localisés, l'électropuncture est préférable. Les tâches de vin planes et peu épaisses ni doivent pas être traitées par les rayons.

b) *Chéloïdes, cicatrices rétractiles.* — Sur les cicatrices superficielles, les adhérences, la radiothérapie à petites doses peut agir, mais le traitement de choix est l'électrolyse.

Par contre, dans les chéloïdes le meilleur traitement est la radiothérapie (filtre de 2 à 4 m/m d'aluminium, étincelle, 15 à 20 ou 25 c/m, 5 H tous les vingt et un jours.

Dans les cas anciens, on peut associer la scarification et de préférence l'électro-puncture.

c) *Verrues, cors.* — Résultats en général excellents, *verrues planes*, parfois très vulnérables, parfois assez rebelles, 4 H sans filtre avec 2/10 d'aluminium. Dans les *grosses verrues cornées* s'enfonçant dans la peau, 10 H avec filtre de 2 m/m d'aluminium. Si résultats incomplets, 5 ou 6 H au bout de vingt et un jours. La disparition de la première verrue constatée (verrue mère) peut suffire à faire tomber toutes les autres : verrues plantaires, même technique, mais 8 H seulement. Des bains et les décapages feront disparaître préalablement les couches les plus superficielles de la verrue.

d) *Eczémas.* — La radiothérapie n'est qu'un procédé d'exception à réserver aux cas rebelles ou très prurigineux. Employer des doses assez faibles (4 H avec un filtre de 5/10 de m/m d'aluminium ou même sans filtre, 12 à 15 c/m d'étincelle équivalente).

e) *Psoriasis.* — L'irradiation locale réelle peut faire disparaître momentanément quelques placards, ne donne pas de guérison durable.

f) *Lichen.* — La radiothérapie est indiquée dans les formes *prurigineuses* (3 à 4 H sans filtre ou avec filtre très mince et dans le *lichen corni-hypertrophique* (séances répétées dans les quinze jours.

g) *Sclérodermie.* — Amélioration passagère, pas de guérison.

h) *Prurits localisés.* — Deux à trois H de rayons peu pénétrants, faiblement filtrés, procurent un soulagement rapide ; mais la radiothérapie n'est qu'un palliatif momentané qui ne dispense pas du traitement général et si possible, causal.

i) *Hypertrichose.* — La radiothérapie n'est pas à conseiller, il faudrait employer des doses dangereuses pour l'épiderme.

j) *Teigne. Une des applications les plus brillantes de la radiothérapie.* — Il convient de ne pas irradier, aux limites des différentes zones successivement traitées, deux fois une même bande sur laquelle l'alopécie pourrait être definitive. Les rayons déterminent une dépilation passagère, mais non durable du cuir chevelu et sans érythème, en utilisant : 5 H avec des rayons peu pénétrants ou 800 R avec des rayons moyennement pénétrants.

Même traitement dans le *favus*, mais la maladie entraînant une atrophie de la peau, il faut prévoir une alopécie définitive.

k) *Sycosis.* — Sur le visage, la radio sensibilité est plus grande, la peau enflammée plus sensible. On emploiera 5 H filtrés par un millimètre d'aluminium.

l) *Acné.* — La radiothérapie est un traitement d'exception ; l'acné chéloïdienne peut s'en trouver bien.

m) *Lupus.* I. *Erythémateux.* — Est plutôt justiciable des étincelles de haute fréquence. La radiothérapie peut être essayée : 5 à 6 H de rayons filtrés ; deux à trois séances. Ne pas insister en cas de résultat nul.

II. *Tuberculeux.* — Surtout justiciable de la finsenthérapie. La radiothérapie qui suit la galvanopuncture ou les scarifications périodiques constitue une médication efficace : 5 H sous un millimètre d'aluminium tous les vingt jours.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement des vomissements acétonémiques de l'enfance.

Les vomissements cycliques des Américains et les *vomissements avec acétonémie* sont considérés, depuis les études de MARFAN, comme formant une seule entité morbide. On les désigne actuellement sous le vocable de « *vomissements périodiques avec acétonémie* ». Les termes de *vomissements périodiques, cycliques, récurrents, persistants*, en sont des synonymes.

« C'est, nous dit MARFAN, une affection de l'enfance caractérisée par des accès de vomissements accompagnés d'une élimination d'acétone et de corps cétoniques par l'urine et l'air expiré, survenant en général chez des sujets en bonne santé, durant de quelques heures à quelques jours, et cessant brusquement pour faire place à un état de tolérance parfaite pour les aliments. »

Henri MEMBRAT (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 février 1926), après avoir fait une étude parfaite des formes encéphalitiques et méningées de l'acétonémie infantile fixe de la manière suivante les bases du traitement. Celui-ci consiste, d'une part, à arrêter les crises de vomissements (ou leurs équivalents) et, d'autre part, à en prévenir le retour, ou tout au moins à en atténuer la

fréquence par l'application d'un régime bien compris et de cures alcalines intermittentes systématiques.

I. *Traitement de l'accès.* — En présence d'un accès de vomissements cycliques il est possible d'instituer un traitement efficace, capable parfois de juguler cet accès en quelques heures.

Il faudra d'abord maintenir l'obscurité dans la chambre, éviter tout bruit et essayer d'obtenir de l'enfant qu'il puisse rester aussi immobile que possible dans son lit.

Il ne faut pas prescrire le jeûne absolu, comme s'il s'agissait d'une affection gastrique primitive ; il aggrave l'acétonémie. Le jeûne complet n'est admis que si le diagnostic n'est pas ferme et que l'on a des doutes sur la possibilité d'une appendicite (Marafn). Il faut introduire dans l'organisme de l'eau, des médicaments alcalins et du sucre, qui est anticétogène. L'ingestion de sucre a un effet particulièrement efficace. M. le Pr Denigès pense que, parmi les sucres, c'est au *lévulose qu'appartient* l'action la plus rapide. Mais c'est un sucre difficile à avoir pur et très cher :

1° On prescrit la diète hydrique composée d'eau très sucrée glacée, à raison de trois ou quatre cuillerées à café toutes les demi-heures, ou de lait glacé coupé d'eau, ou bien encore d'eau de Vichy sucrée à 20 %, et glacée ;

2° On applique des compresses humides sur l'estomac ; on donne des lavements d'eau très chaude (150 à 300 grammes, deux fois par jour), ou bicarbonatée à 1 ou 2 %.

On peut pratiquer également des instillations rectales, goutte à goutte, d'une des solutions suivantes préconisées par Nobécourt :

Glucose	47 gr.
Eau bouillie	1.000 —

ou :

Chlorure de sodium	5 gr.
Bicarbonate de soude	5 à 20 —
Eau bouillie	1.000 —

On en instille, suivant l'âge, 150 à 300 cc. toutes les trois ou quatre heures ;

3° On donne à l'intérieur 0 gr. 20 de magnésie, ou 0 gr. 20 à 0 gr. 50 de bicarbonate de soude dans l'eau sucrée, toutes les demi-heures ;

4° On s'abstiendra de purgatifs (calomel surtout qui peut aggraver et même provoquer des crises) et de calmants (morphine, chloral) ;

5° Si, malgré ce traitement, la crise se prolonge, on injecte 25 à 100 grammes de solution glucosée isotonique.

M. Rémond a, par deux fois, obtenu l'arrêt très rapide des phénomènes pénibles par *l'injection d'extrait pancréatique, douloureuse* il est vrai, mais préférée par les enfants à la céphalalgie, qui a disparu en moins d'une demi-heure.

Le traitement par l'*adrénaline* aurait donné de bons résultats à Terrien ;

6° Contre l'agitation, on prescrit l'application de compresses froides sur la tête, les enveloppements du corps dans un drap mouillé tiède.

Contre la dépression, on fait des injections d'huile camphrée, de sérum adrénaliné.

Marfan conseille, dans les cas exceptionnellement graves, d'essayer d'injecter dans les veines une solution de bicarbonate de soude à 4 ou 5 % (25 à 200 cc.) ; ou si l'on ne peut pas pénétrer dans la veine, d'injecter sous la peau, très lentement, 50 à 400 cc. d'une solution de bicarbonate de soude à 2 %.

Puis, quand le calme s'établit, on pourra donner à l'enfant quelques cuillerées de tisane de céréales, puis progressivement du bouillon de légumes, du bouillon de poulet. On ne fera reprendre le lait que lorsque l'intolérance gastrique aura définitivement disparu.

II. *Traitement préventif.* — 1° Dans l'intervalle des crises, il faudra surveiller le régime alimentaire et l'hygiène de l'enfant. Le petit malade sera mis surtout au régime végétarien et fruitarien avec pâtes alimentaires, dont la préparation sera aussi variée que possible. Pour le nourrisson, on commencera l'ablactation progressive en introduisant des farines dans l'alimentation. A l'enfant plus grand, on donnera du pain, des viandes rôties ou grillées, des farineux, des pâtes, des légumes verts, des fruits crus ou cuits, un seul œuf par jour, frais et bien cuit. Comme boisson on ne donnera que de l'eau ou de la bière de malt (Marfan).

Il faudra diminuer autant que possible les corps gras, à cause de leur rôle acidosique.

Diminuer également la quantité d'aliments riches en lipoïdes et substances puriques : chocolat, café, thé.

Supprimer les poissons à l'huile, le foie gras, la charcuterie et les viandes conservées, les cervelles, ris de veau, fritures, sauces, gâteaux à la crème, etc.

On ne donnera le lait qu'avec discrétion à cause de sa richesse en éléments gras.

2° Marfan, fait faire à ces enfants des *cures alcalines intermittentes systématiques.*

On leur fera prendre pendant dix jours consécutifs par mois, deux fois par jour, une demi-heure

avant les repas, le contenu d'un paquet dans 30 grammes d'eau chaude :

Sulfate de soude	0 gr. 30
Bicarbonate de soude	0 gr. 20

ou bien tous les mois prendre la solution suivante :

Eau distillée	1 lit.
Sulfate de soude	8 gr.
Phosphate de soude	6 —
Bicarbonate de soude	4 —
Bromure de sodium	3 —

Deux fois par jour, vingt à trente minutes avant un repas, prendre 50 grammes de cette solution chauffée au bain-marie. Ou bien conseiller le traitement appliqué par J. RENAULT :

1° Tous les huit jours un petit pugatif salin :

Sulfate de soude	5 gr.
Sulfate de magnésie	4 —
Phosphate de soude	3 —

dans un demi-verre d'eau de Vals;

2° A la fin de chaque repas, pendant huit jours, un paquet de :

Pancréatine Papaïne Maltine	âà 0 gr. 05

dans un peu de confiture d'orange ;

3° Pendant huit autres jours :

Lactose Bétol Benzonaphtol	âà 0 gr. 10

également dans un peu de confiture.

On conseillera aussi les cures hydrominérales alcalines à Vichy, Vals, Le Boulou, Pougues.

Vie au grand air, gymnastique, héliothérapie et hydrothérapie.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Les ouvertures spontanées des pyosalpinx.

L'ouverture spontanée des collections salpingiennes est un accident relativement rare, mais qu'il faut bien connaître, afin de le prévenir par une intervention opportune toutes les fois qu'on le pourra, et d'essayer de réparer les dégâts si la complication s'est déjà produite.

A. GARDES (1) rappelle, dans un intéressant travail d'ensemble, les notions classiques : l'ouverture dans le rectum est de beaucoup la plus fréquente ; viennent ensuite les perforations vésicales, les perforations vaginales, et en dernier lieu les perforations à la peau de la fosse iliaque ou de la région ombilicale.

L'ouverture brutale, par éclatement des parois de la poche, est toujours sous la dépendance d'une cause mécanique (traumatisme, effort, absorption d'un purgatif, palpation trop appuyée, etc.).

L'ouverture progressive et sournoise est beaucoup plus fréquente : un processus insidieux de nécrose détruit peu à peu la paroi de la poche ; des adhérences s'organisent autour du point de communication entre le foyer suppuré et l'organe dans lequel il va s'ouvrir.

Ouverture dans le rectum. — Des prodromes, indiquant la « menace d'ouverture » peuvent attirer l'attention : ténesme, faux besoins d'aller à la selle, évacuation de quelques glaires (rectite de voisinage). Le toucher vaginal et le toucher rectal, *pratiqués avec prudence*, montrent le pyosalpinx faisant saillie dans le Douglas et refoulant la paroi antérieure du rectum.

Cet ensemble symptomatique commande la COLPOTOMIE D'URGENCE, qui permettra d'éviter l'ouverture dans le rectum.

L'ouverture dans le rectum déjà effectuée se manifeste, après l'évacuation initiale d'une plus ou moins grande quantité de pus, par des selles purulentes. L'écoulement peut être continu, toutes les selles renfermant du pus ; il peut être intermittent (tous les deux ou trois jours) ; il peut ne se produire qu'à de longs intervalles. Dans le premier cas, la communication siège au point déclive de la poche purulente ; la poche se videra vite et bien. Dans le second cas, la communication se trouve déjà plus haut située : le pronostic sera moins favorable. Dans le troisième cas, des cicatrisations temporaires du trajet fistuleux entrent en jeu.

L'évolution d'un abcès tubaire ouvert dans le rectum dépend de plusieurs conditions : un petit abcès, à parois minces, et s'ouvrant au point déclin, se videra bien et guérira spontanément de façon presque certaine. Un gros abcès à parois épaisses, s'ouvrant au-dessus du point déclin, se videra très mal et s'éternisera.

Ouverture dans le péritoine. — Ce n'est pas la plus fréquente ; c'est la plus dramatique. Le premier symptôme est constitué par une douleur subite, violente, syncopale, siégeant dans la partie inférieure du ventre, et s'accompagnat du tableau

(1) *Thèse de Bordeaux*, 1925.

clinique du stock, du collapsus, avec toutefois cette différence, capitale pour le diagnostic, que la température ne tarde pas à s'élever. La péritonite diffuse s'installe avec une foudroyante rapidité (fulminating peritonitis des auteurs Américains).

Le diagnostic clinique de la péritonite par perforation tubaire n'est pas toujours aisé. Deux erreurs surtout sont fréquemment commises : on pense à une appendicite, ou à la rupture d'une grossesse tubaire. La ponction du Douglas, pratiquée par le cul-de-sac vaginal postérieur, et un moyen de diagnostic très précieux.

Ouverture dans la vessie. — La perforation est le plus souvent précédée de prodromes (douleurs dans la région hypogastrique, accompagnées de pesanteur et de ténesme). Puis apparaît le symptôme capital, la pyurie. Certains malades supportent admirablement bien cette pyurie : aucun trouble chez elles, sinon le désagrément d'avoir des urines purulentes. D'autres, par contre, souffrent beaucoup.

La cystoscopie permet de se rendre compte « *de visu* » des lésions. Duvergey et Dax ont proposé, pour préciser le diagnostic, une autre méthode, la salpingographie, c'est-à-dire la radiographie après injection intra-tubaire prudente, transvésicale, de bromure de sodium.

L'ouverture vaginale spontanée, ou l'ouverture spontanée dans le tissu cellulaire et à la peau, sont des raretés.

Que faire en présence d'un pyosalpinx ouvert spontanément dans un organe voisin ? Une intervention radicale consistant dans l'ablation des annexes malades peut seule assurer la guérison définitive ; l'opération sera plus d'une fois laborieuse, et non exempte de gravité ; mais le drainage « à la Mickulicz », heureusement remis en honneur par le Pr J.-L. Faure, permettra de réduire dans une large mesure les risques opératoires.

J.-L.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le nitrite de soude en injections intraveineuses.

Le nitrite de soude a été employé par le Pr Vaquez par voie sous-cutanée. M. Petzetakis (*Lyon Médical*, 25 oct. 1925) préconise récemment l'emploi de nitrite de soude en injection intraveineuse. Il emploie des solutions au centième qu'il dilue encore en ajoutant un volume égal d'eau bi-distillée ce qui porte la dilution au 1/200. On injecte la première fois 0.005 de nitrite de soude, puis 0.01 et à la troisième injection 0.02 ou 0.03.

On obtient ainsi normalement une chute de tension de 1/2 à 1 cc. pendant environ deux heures.

Dans l'hypertension artérielle, l'effet du traitement est le plus souvent immédiat, dès la première ou deuxième piqûre, deux ou cinq minutes après l'injection le sujet se sent mieux. On peut faire une première série de 15 piqûres journalières, en commençant par 0.05, 0.01, pour arriver à 0.02 et plus rarement à 0.03. *Sous l'influence de ce traitement, on voit les vertiges, les bourdonnements d'oreilles si pénibles pour les malades, la dyspnée, disparaître en même temps que la pression artérielle baisse.* La baisse est variable suivant les sujets, tantôt elle se produit deux à cinq minutes après l'injection, tantôt elle ne se manifeste que quinze, vingt ou trente minutes après l'injection. Elle est évidemment passagère lors d'une seule injection, mais après une série de piqûres elle semble se maintenir. Lorsque cette baisse a été obtenue, on peut alors espacer les piqûres et faire une *deuxième série* de 15 piqûres tous les deux ou trois jours. Enfin, après un repos de sept jours, on peut commencer une troisième série de piqûres.

Petzetakis a employé ce même traitement au cours de l'angine de poitrine et dans les néphrites des hypertendus avec une évidente amélioration.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MEDECINE

Dosage rapide de l'acide B oxybutyrique dans l'urine des diabétiques. — M. Bierry et Mme Gabrielle Moquet. (Note lue par M. Desgrez.) — Ce procédé pourra être utilisé par les praticiens pour suivre chez les diabétiques les variations de l'acide B oxybutyrique.

L'histologie des nerfs dans l'ovarite-scléro kystique. — MM. Lhermitte et Dupont.

Le développement du bacille tuberculeux et la vaccination antituberculeuse du cobaye. — M. Vaudremer.

Rapports : **Sur les demandes en autorisation de stations climatiques.** — M. Pouchet.

4 mai.

SOCIÉTÉ MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 avril 1926.

Les résultats de la vaccination antidiphtérique à l'anatoxine de Ramon. — MM. P. Lerebouilet, Boulanger-Pilet et Gournay apportent leurs résultats sur près de 2.000 enfants appartenant au milieu hospitalier des Enfants Malades ou à diverses collectivités. Une bonne partie de ces vaccinations a été faite aux frères et sœurs de diphtériques hospitalisés, de préférence à la séroprévention antérieurement pratiquée. D'autres ont été faites à des malades des divers services de l'hôpital. Le plus grand nombre concerne les enfants de collectivités particulièrement éprouvées par la diphtérie et dans lesquelles on a pu ainsi juguler l'épidémie.

La vaccination, qui a donné 95 0/0 de succès après deux injections à trois semaines d'intervalle, s'est montrée efficace dans 100 0/0 des cas à la suite d'une troisième injection ; elle est d'efficacité nettement moins accusée, lorsque, simultanément, on fait une injection de sérum désalbuminé. Les réactions locales en général provoquées par l'injection d'anatoxine n'ont pratiquement pas existé, surtout au-dessous de huit ans ; il semble qu'étant donné le maximum de réceptivité et le minimum de réaction des enfants entre un et deux ans, c'est à cet âge qu'il faudrait réaliser systématiquement la vaccination antidiphtérique. Elle paraît d'ailleurs de plus en plus acceptée des familles qui viennent la demander elles-mêmes pour les enfants et elle constitue, sans aucun doute, un progrès considérable, qui permet d'espérer une diminution marquée du nombre des malades hospitalisés pour diphtérie.

Le sérum antidiphtérique purifié et la vaccination préventive. — M. Lesné insiste pour le traitement de la diphtérie sur les avantages du sérum purifié antidiphtérique. Ce sérum est aussi efficace, il faut en injecter cependant des doses plus élevées. Les accidents sériques sont rares et minimes.

Les injections d'anatoxine sont faites d'un 1/2 puis d'un cent. cube pour la vaccination des enfants voisins de diphtériques.

Sur la durée de l'immunité active après vaccination antidipthtérique par l'anatoxine. — MM. J. Roubinovitch, G. Loiseau et A. Lafaille. — Dès le début des vaccinations antidiphtériques par l'anatoxine, se posa le problème de la persistance du pouvoir antitoxique obtenu par cette vaccination active.

Sur 23 enfants à Schick positif, l'immunité obtenue par une seule injection de 0 c. c. 5 d'anatoxine persiste, chez dix-sept sujets, après 19 à 25 mois ; chez six enfants l'immunité a fléchi pendant ce même temps, montrant qu'une vaccination unique avec 0 c. c. 5 d'anatoxine suffisante chez certains sujets est insuffisante pour d'autres.

Chez dix-sept enfants à Schick positif, l'immunité obtenue par deux injections d'anatoxine, persiste chez tous les sujets examinés après 12, 19, 24 mois.

Un certain nombre d'enfants, dont la réaction de Schick était restée positive, après deux injections d'anatoxine, ont été laissés en observation pendant un temps plus ou moins long pour juger de l'effet produit par l'immunisation spontanée. Dans le milieu où les auteurs ont opéré, un seul sujet s'est immunisé spontanément pendant l'année qui a suivi les deux vaccinations ; pour cinq autres enfants une troisième injection d'anatoxine fut nécessaire pour rendre négative la cutiréaction à la toxine diphtérique.

Abcès gangréneux du poumon exploré par l'injection de lipiodol lourd et léger. Guérison par un pneumothorax artificiel. — MM. Noël Fiessinger et H.-R. Olivier rapportent l'observation d'un abcès gangréneux du poumon diagnostiqué par sa vomique fétide et surtout par l'image radiologique. Une injection de lipiodol permit de déceler à la fois les irrégularités et l'épaisseur de la paroi phlegmasique. Un pneumothorax artificiel, pratiqué sur ces indications, en affaissant cette poche fit tomber la fièvre, tarir l'expectoration et donna une guérison fonctionnelle et radiologique.

La valeur thérapeutique des abcès de fixation. — M. Netter défend la valeur thérapeutique des abcès de fixation.

M. Roubinovitch. — Dans les affections mentales, l'abcès de fixation peut donner d'excellents résultats.

Purpura rhumatoïde prétuberculeux. — MM. P Carnot, E. Libert et M. Bariéty rapportent l'observation d'un homme de 40 ans entré dans leur service pour un purpura rhumatoïde des membres supérieurs, à la suite duquel se développèrent une pneumonie caséuse et une méningite tuberculeuse.

Ils reprennent à ce propos l'étude des rapports entre le purpura et la tuberculose et insistent sur deux sortes de lésions constatées dans leur cas : un foie hypertrophié (2 kil. 600) avec infiltration de pigment ocre, mais sans altérations dégénératives ; des reins augmentés de poids (240 gr.), pâles, mollasses, avec réaction scléreuse intertubulaire.

Urticaire et réserve alcaline. — MM. Vallery-Radot, Blamoutier et Laudat à propos de la communication de MM. Parisot, Simonin et Vérain rapportent qu'ils ont recherché la réserve alcaline dans six cas

d'urticaire. Ils n'ont constaté qu'une fois la réserve alcaline abaissée ; il s'agissait d'un cas d'urticaire par effort dont les crises furent temporairement empêchées par l'injection intraveineuse de 3 grammes de bicarbonate de soude dans 100 cc. d'eau. L'ingestion de ce sel à des doses élevées et fractionnées (15 à 20 gr. par jour) fut inefficace chez ce malade. Dans les cinq autres cas la réserve alcaline était normale ou même élevée.

L'injection intraveineuse de bicarbonate de soude n'eût une action heureuse sur l'urticaire que chez un de ces malades.

Considérations sur la réactivation de la réaction de Bordet-Wassermann dans les maladies (infections expérimentales). — MM. H. Dufour-Widiez et R. Castéran frappés depuis longtemps de voir, dans un certain nombre de cas, la réaction de B.-W. être positive dans le sang ou les humeurs de malades atteints d'une maladie infectieuse, ont cherché à provoquer expérimentalement la réactivation en créant soit une irritation locale soit une maladie générale chez d'anciens syphilitiques présentant une réaction négative avant cette tentative.

Chez un malade qui après deux injections de vaccin T. A. B. eût une réaction thermique à la deuxième injection, le B.-W. ayant été recherché dans le sang, fut trouvé positif : trois semaines plus tard la réaction était redevenue négative. Bien entendu le procédé ne réussit pas dans tous les cas ; il a même échoué chez une malade jeune qui venait de subir un traitement intensif lequel avait négativé le B.-W.

Au point de vue général il est intéressant de constater les effets d'une maladie intercurrente sur le réveil d'une infection antérieure qui semblait éteinte.

Au point de vue pratique ces faits engageront le médecin à ne pas conclure que telles ou telles maladies autres que la syphilis s'accompagnent d'un B.W. positif : ils l'inciteront à établir son diagnostic en tenant compte des possibilités de concomittance de deux affections dont l'une est réveillée par l'intervention active de l'autre.

M. Maurice Renaud montre au point de vue technique que ces réactivations apparentes peuvent résulter d'un pouvoir anticomplémentaire.

M. Noël Fiessinger résume quelques constatations en cours sur l'évolution des réactions sérologiques dans les affections hépatiques.

M. Bénard a fait des constatations analogues dans la scarlatine.

Spirochétose méningée. — MM. Maurice Debray et Jonesco présentent une observation de spirochétose méningée pure, sans aucun ictère et où les urines contenaient des spirochètes bien que le rein parut tout à fait indemne cliniquement, pas d'albuminurie, pas d'azotémie. Mais ce qui fait l'intérêt principal de cette observation c'est le caractère très particulier de la courbe thermique et de l'évolution de la maladie qui présenta quatre poussées successives de méningite.

L'inoculation du culot de centrifugation urinaire conféra une spirochétose utérohémorragique typique au cobaye. Le séro diagnostic pratiqué dans le sang était fortement positif.

Les fonctions rénales dans les néphrites sclérosantes : critique des différents procédés d'exploration. — MM. Maurice Renaud et J. Roland ont exploré les fonctions rénales de 75 malades polysclé-reux par une méthode qui permet de tenir compte, avec une seule épreuve, du débit acqueux, de l'excrétion de l'urée et de l'élimination de la phénolphtaléine au cours de laquelle la moindre défaillance devient sensible. Au contraire, la constante exprime l'aptitude fonctionnelle des parties du rein qui travaillent, mais ne renseigne pas sur l'état des parties qui, ne travaillant pas, ne fournissent aucun élément pour son calcul. L'azotémie ne se produit que tardivement. L'épreuve de la phénolphtaléine est donc celle qui décèle le plus rapidement la méiopragie du rein.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur un cas de sarcome du sein ulcéré. — M. Lenormant rapporte une observation de M. Astériadès (de Salonique) concernant un sarcome du sein ulcéré, avec adénopathies axillaires. Le rapporteur pense que ces adénopathies étaient purement inflammatoires.

Amputation du sein. Guérison après un an.

Sur un cas d'encéphalocèle postérieure, rompue pendant l'accouchement. Intervention. Mort après quatre mois. — M. Lenormant rapporte une observation de M. Ferry (de Strasbourg) concernant une encéphalocèle de la région occipitale ulcérée par rupture au cours de l'accouchement.

L'intervention a donné de bons résultats immédiats. Ultérieurement, apparition d'hydrocéphalie. Mort au quatrième mois.

M. Veau estime que l'intervention donne de meilleur résultats pour l'encéphalocèle que pour le spina-bifida, en raison de l'hydrocéphalie qui vient compliquer beaucoup plus fréquemment cette dernière affection.

M. Ombrédanne pense que les résultats opératoires. en cas de spina bifida, sont d'autant meilleurs que l'enfant est plus âgé.

Les greffes épiploïques libres. — M. DUVAL rapporte une observation de M. HERTZ (de l'hôpital Rothschild) concernant 14 cas de greffes épiploïques. Ces greffes ont été employées pour la péritonisation intestinale, utérine, hépatique. Dans deux de ces cas, elles ont été pratiquées en terrain septique.

M. DUVAL n'admet pas la greffe épiploïque dans les cas d'infection.

Résultats éloignés d'une intervention pour plaie vertébro-médullaire : extraction d'un projectile. Restitution fonctionnelle. — M. ROBINEAU résume une observation de M. DESPLAS, concernant un blessé atteint de paraplégie spasmodique, avec rétention d'urine et perte des fonctions génitales, consécutives à une blessure par éclat d'obus : celui-ci siégeait au niveau de la première vertèbre lombaire, dans le canal rachidien. Intervention. Extraction du projectile. La marche redevient possible au bout de deux mois ; au bout de quatre mois, marche normale, avec restitution intégrale des fonctions urinaires et génitales.

Pseudarthrose traitée par greffe ostéo-périostique : Guérison. Observation de M. J.-Ch. BLOCH (M. CUNÉO rapporteur). — Intervention pratiquée après désinfection soigneuse et prolongée des téguments.

Du traitement des artérites oblitérantes. — M. LERICHE lit un intéressant rapport où il rappelle la difficulté de diagnostiquer ces artérites à leur début ; il insiste sur la valeur de la claudication intermittente, sur les rapports très variables entre les troubles observés et les constatations anatomo-pathologiques.

Après avoir énuméré les différentes interventions proposées (amputation, sympathectomie périartérielle, résection du tronçon oblitéré) qui n'empêchent pas la récidive, il propose un nouveau traitement.

Avec OPPEL et d'autres auteurs, il émet l'hypothèse que ces artérites sont sous la dépendance d'une hyperadréninémie et propose la surrénalectomie, dont il précise la technique.

Il a pratiqué cinq fois cette intervention, avec trois succès et deux échecs. Toutefois, ces résultats sont trop récents pour permettre encore un pronostic précis.

M. SCHWARTZ a observé une guérison après sympathectomie

M. LERICHE a toujours observé la récidive dans les six mois qui suivent la sympathectomie et il déclare abandonner cette méthode.

Présentation de malades. — M. LENORMANT : un malade opéré pour plaie du ventricule droit. Suture. Guérison complète.

M. DUJARIER : un malade opéré de pseudarthrose du fémur par ostéosynthèse. Consolidation osseuse.

M. MAUCLAIRE : coxa vara traitée par enchevillement du col du fémur. Bons résultats fonctionnels.

5 mai. E. THEILLIER.

BIBLIOGRAPHIE

Résultats éloignés des résections du coude selon la méthode d'Ollier, par M. le Dr H. COMTE, *ancien Interne des Hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté*, Lyon, Bosc Juste, 1 vol. in-8° avec planches 308 p.

L'auteur étudie la résection du coude dans les tumeurs blanches et les ankyloses. Les résultats éloignés sont excellents et la méthode d'Ollier n'a rien perdu de son efficacité.

La guérison locale est complète, le retour de la fonction articulaire et l'utilisation sont en général parfaits (95 %). M. H. COMTE s'appuie sur 55 observations originales pour établir ses conclusions. Le traitement conservateur, l'héliothérapie n'assurent pas des résultats aussi bons. Quant aux techniques nouvelles d'arthoplastie (résection économique avec interposition et modelage des surfaces de section) elles ne valent pas mieux. Bon travail, documenté et sérieux, solide, comme ceux qui sortent de l'école lyonnaise.

L'insuline, par M. Emile AUBERTIN. G. DOIN, éditeur.

Ce magistral ouvrage de près de 500 pages résume toute l'histoire de l'insuline. Ce n'est pas faire œuvre facile que de mettre au point semblable sujet. La bibliographie étrangère est considérable et les travaux français déjà nombreux. Aubertin les classe dans une juste perspective et peut y joindre les recherches personnelles qu'il a poursuivies sous la direction du professeur agrégé Mauriac. L'insuline est maintenant un médicament universellement employé et qui rend les plus signalés services dans le traitement des diabètes consomptifs et des intoxications acétoniques. Un livre d'ensemble manquait sur ce sujet. Il ne pouvait pas être plus travaillé et plus personnel à la fois que celui qu'Emile Aubertin écrit à l'occasion du concours d'agrégation.

La dilatation du cœur, état radioscopique, par M. Emile BORDET. J.-B. BAILLIÈRE et fils.

C'est à Vaquez et Bordet que l'on doit les connaissances les plus précises sur la radiologie du cœur. La méthode est curieuse bien que peu féconde en résultats pratiques. Et puisqu'il faut une technique sûre combien d'orthodiagrammes ont été et sont encore mal faits ? Ajoutons que l'interprétation aussi est souvent erronée. C'est pour permettre un diagnostic précis que Bordet écrit ce livre minutieux et prudent. Une préface du Pr Vaquez ouvre ce volume.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

RADIUMTHÉRAPIE

Le rayonnement global du radium (ses emplois en thérapeutique)

(Gynécologie, Dermatologie, Chirurgie, Ophtalmologie).

Par M. G. Lacapère, *Médecin de Saint-Lazare.*

Dès que le radium fût découvert et que l'on connût les propriétés de son rayonnement, on songea à utiliser ses radiations dans le traitement de certaines affections qui demeuraient rebelles aux moyens curatifs anciens. C'est surtout dans le traitement des tumeurs malignes qu'on employa ce rayonnement, dont une partie se montrait susceptible d'agir dans la profondeur et manifestait une action élective sur les cellules cancéreuses.

On a été ainsi amené à ne considérer presque uniquement que le rayonnement ultra-pénétrant et à éliminer par une série de filtres tout le rayonnement superficiel. Degrais a cependant montré l'intérêt qu'il y avait à conserver, pour le traitement de certaines affections de la peau, le rayonnement β et, pour ce faire, à se servir d'appareils à sels collés recouverts d'une faible couche de vernis.

J'ai été amené à rechercher si le rayonnement global du radium ne pouvait être employé dans le traitement de certaines affections et ce sont ces premiers résultats que j'apporte aujourd'hui.

On ne doit pas oublier que, dans le rayonnement total du radium, les rayons ultra-pénétrants ou rayons γ représentent à peine un vingtième du rayonnement total. Au contraire les rayons superficiels, les rayons α représentent à eux seuls environ 92 % de l'ensemble du rayonnement. L'emploi du rayonnement total permet ainsi de réduire à des doses infinitésimales la quantité de radium employé. Mais les rayons α sont arrêtés par le moindre obstacle ; ils sont incapables de traverser le vernis qui protège les appareils à sels collés et sont également arrêtés par la couche cornée qui recouvre l'épiderme intact.

Dans les affections cutanées où la couche cornée est conservée, le rayonnement global sera donc sans action, ou plutôt il n'agira que par la faible quantité de rayons β et γ émis par le topique et tous les rayons superficiels seront arrêtés par l'épithélium de revêtement.

J'ai pu obtenir cependant, après des applications répétées quotidiennement pendant huit à dix jours, la disparition de verrues planes, mais c'étaient les rayons pénétrants et demi-pénétrants qui seuls agissaient dans ces cas.

Au contraire, dans les lésions où le revêtement épithélial est détruit, c'est-à-dire dans les ulcérations cutanées, l'action du rayonnement total du radium, même employé à très faible dose, est considérable. Il en est de même dans les lésions muqueuses, et les topiques contenant une petite quantité d'un sel de radium déterminent une série de phénomènes qui peuvent donner des résultats thérapeutiques remarquables.

***

On connaît les modifications que provoquent dans les tissus les applications du rayonnement. Les expériences de Dominici (1), les recherches du Pr Letulle (2) en ont montré diverses phases. Dominici, appliquant à la surface de la peau du cobaye un appareil rond, couvert de sulfate de radium maintenu par un vernis, pendant cinq minutes tous les jours et répétant cette application dix jours consécutifs, a constaté, un mois après la dernière application, des transformations de la peau qui se produisent en deux phases distinctes, qu'il nomme :

1° *Phase de régression, embryonnaire,* durant laquelle le derme est infiltré de cellules conjonctives jeunes, rondes ou fusiformes ;

2° *Phase d'évolution fibreuse,* durant laquelle les cellules jeunes s'organisent en tissu conjonctif fibreux qui étouffe les vaisseaux et les glandes en produisant un véritable tissu cicatriciel.

Le Pr Letulle, examinant un utérus traité par le rayonnement très filtré du radium, a constaté que le rayonnement pénétrant, agissant pendant longtemps, provoquait une nécrose en masse des tissus utérins superficiels et des vaisseaux ; l'auteur signalait l'accumulation d'un nombre énorme de leucocytes, également frappés de nécrose et constituant une volumineuse eschare.

Les expériences que j'ai réalisées avec le rayonnement total du radium donnent la clé de ces transformations et permettent de préciser qu'il ne s'agit là que d'un seul et même processus, d'autant plus accentué que l'application a été plus durable.

(1) *Archives des Maladies de cœur, des vaisseaux et du sang,* mars 1908.
(2) *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 31 mai 1621.

Faisant agir une solution faible de sels de radium sur une muqueuse ou sur une ulcération cutanée, j'ai constaté qu'il se produisait dès les premières heures de l'application un appel puissant sur les éléments leucocytaires du sang et de la lymphe et sur les cellules conjonctives migratrices. L'issue de ces éléments constitue un écoulement abondant dans lequel on retrouve d'abord exclusivement des polynucléaires, plus mobiles et qui répondent les premiers à l'appel chimiotactique du rayonnement ; puis ces polynucléaires cèdent la place aux mononucléaires, plus lents dans leurs mouvements. Enfin, ceux-ci disparaissent à leur tour si l'action du rayonnement a été très passagère et on ne trouve plus, sur les préparations faites avec l'écoulement provoqué par le topique, que du mucus provenant des glandes dont la sécrétion est momentanément très augmentée. En deux ou trois jours tout rentre dans l'ordre, car l'abondante sécrétion provoquée par le rayonnement débarrasse mécaniquement les tissus du topique radifère qui a été appliqué, et les phénomènes provoqués s'arrêtent automatiquement.

La succession des modifications produites par le rayonnement radioactif est donc la suivante :

Au début, action d'excitation du rayonnement, action qui se fait sentir :

1° *Sur les leucocytes qui répondent à l'appel suivant leur mobilité respective ;*

2° *Sur les cellules glandulaires dont la sécrétion est passagèrement accrue ;*

3° *Sur les cellules épidermiques, dont il m'a été permis de constater la multiplication rapide dans les ulcérations superficielles de la peau et des muqueuses* (chancre simple, ulcération du col utérin), *multiplication qui provoque une prompte cicatrisation des ulcérations.*

Si l'action se prolonge, comme dans les expériences de Dominici, les éléments mononucléaires du sang et de la lymphe, dont j'ai montré l'identité avec la cellule ronde conjonctive jeune (1), infiltrent la peau, s'y organisent et créent un tissu conjonctif cicatriciel.

Si l'action est plus prolongée encore, comme dans le cas du Pr Letulle, les leucocytes appelés en nombre énorme par action chimiotactique positive, subissent une nécrose complète et viennent comme des papillons se brûler au rayonnement, en même temps que les tissus voisins subissent un processus nécrotique qui les transforme en une vaste eschare. Certaines cellules, qui sont en voie de mitose, sont plus sensibles que les autres à l'action du rayonnement, et c'est pourquoi les tumeurs malignes, dans lesquelles les cellules se multiplient sans arrêt, sont plus fragiles au rayonnement que les tissus sains.

Cet exposé nous permet de comprendre que si l'action pénétrante du rayonnement peut être des plus utiles par ses effets destructifs, l'action des rayons superficiels peut être également très favorable dans certaines affections par les effets d'excitation qu'elle produit sur les divers éléments cellulaires. Ces effets diamétralement opposés que l'on obtient par des applications courtes ou par des applications prolongées ne font pas exception aux lois générales de la thérapeutique ; les mêmes effets d'excitation pour les applications courtes, d'inhibition pour les applications longues, sont obtenus avec les rayons X, et la même différence s'observe pour les médicaments internes administrés à faible ou à forte dose (les sels mercuriels diurétiques à faible dose produisent à dose massive la nécrose des éléments nobles du rein). On pourrait indéfiniment multiplier ces exemples.

***

L'emploi du radium à faible dose et l'utilisation passagère du rayonnement global nous permettra donc d'agir quand nous aurons besoin d'exercer un appel leucocytaire énergique, quand nous aurons besoin d'activer la sécrétion glandulaire, quand nous aurons besoin d'obtenir une multiplication rapide des cellules épidermiques.

La proportion prépondérante des rayons α qui constituent le rayonnement global nous interdit, comme nous l'avons dit, d'utiliser cette médication sur un épiderme sain ; l'intégrité de la couche cornée suffit à arrêter le rayonnement ou à le réduire dans de telles proportions qu'il faudrait fort longtemps prolonger les applications pour obtenir un effet, uniquement dû au petit nombre des rayons β et γ émis par le topique. Au contraire, l'action sur une ulcération cutanée ou sur une muqueuse est immédiate et puissante.

***

Ce procédé trouvera son application dans une foule de circonstances différentes et il s'agit là de l'exposé d'une méthode générale de thérapeutique beaucoup plutôt que des résultats obtenus dans tels ou tels cas particuliers. Il est cependant indispensable pour montrer l'efficacité de la méthode, de faire un bref exposé des résultats obtenus.

(1) Le Macrophage, *Thèse de Paris*, 1903.

Emploi en gynécologie.

Traitement des métrites chroniques. — Déjà en 1907 j'avais expérimenté avec le Dr Emery, et sur le conseil de Wickham, l'effet du radium sur les métrites chroniques et nous avions obtenu de bons résultats par l'introduction d'appareils à sels collés entourés d'une gaine protectrice en caoutchouc et que nous laissions en place vingt-quatre à quarante-huit heures. Ces appareils étaient coûteux, se détérioraient facilement et causaient parfois des coliques utérines expulsives douloureuses.

Les applications d'un sel de radium en nature me donnèrent des résultats beaucoup plus favorables et sont aujourd'hui largement employées dans mon service. On utilise pour ces applications des crayons fusibles à 37° et contenant 6 microgrammes de bromure de radium. L'adjonction à ce sel de diverses substances émettrices de rayons superficiels m'a paru augmenter l'action du topique sans donner les inconvénients qu'entraîne l'accroissement de la teneur en radium, inconvénients qui résident surtout dans l'irritation des salpingites concomitantes par la faible proportion de rayonnement profond qu'émettent alors les crayons.

J'ai montré que la sécrétion, d'abord très accrue, diminue ensuite rapidement et que l'issue de cette sécrétion entraîne mécaniquement les microorganismes contenus dans l'utérus ou dans les glandes, et tarit la métrite. Les applications, dans les cas tenaces, peuvent demander à être répétées ; on laisse alors entre elles un intervalle suffisant pour que les phénomènes causés par la première application soient entièrement calmés.

Dans les métrites très anciennes avec écoulement purulent très abondant, il m'est arrivé d'avoir à répéter cinq à six fois les applications de crayons radifères, mais je n'ai que très rarement eu à dépasser ce nombre d'applications.

Au début, j'espaçais de semaine en semaine mes applications et pouvais ainsi constater si l'écoulement purulent s'arrêtait complètement, avant de procéder à une nouvelle application. Plus tard, je me suis rendu compte que les métrites anciennes, et particulièrement celles qui s'accompagnent d'ulcération du col, demandent des applications plus nombreuses. J'ai alors rapproché mes premières applications topiques en les espaçant seulement de trois ou quatre jours et sans attendre, pour agir de nouveau, que les phénomènes fussent entièrement calmés. C'est seulement après cette première étape du traitement que j'ai espacé les applications de crayon à une semaine d'intervalle pour vérifier le moment où ces applications pouvaient être supprimées.

Dans mes premières expériences, j'avais utilisé, suivant que la métrite me semblait plus ou moins tenace, des doses différentes de sel de radium. J'ai, depuis lors, renoncé à cette pratique, car les doses relativement fortes que j'employais dans les métrites intenses retentissent facilement sur les salpingites latentes et réveillent les douleurs. Dans un cas, j'ai même observé du péritonisme qui a nécessité des applications de glace sur l'abdomen pendant vingt-quatre heures. Ces inconvénients sont évités avec les doses que j'ai indiquées et la gradation des traitements suivant la résistance plus ou moins grande de la métrite se fait facilement en multipliant plus ou moins les applications de crayons radioactifs.

Cette méthode ne détruit pas les microorganismes, elle provoque leur expulsion mécanique et, pour conserver les bénéfices du traitement, il faut prescrire, après les applications radioactives, des injections antiseptiques répétées. On obtient, en somme, les mêmes résultats que donne le curettage de l'utérus, mais sans exposer la malade à aucun des dangers de cette opération et sans avoir besoin de la mettre au repos, sinon après l'introduction du crayon qui doit être conservé jusqu'au lendemain et dont les restes sont balayés facilement avec une injection chaude.

Cette méthode ne m'a, pour ainsi dire, pas donné d'échec et j'ai pu abandonner complètement le traitement par les caustiques dont le grave inconvénient est de laisser des cicatrices du col et parfois de l'atrésie qui expose la malade, en cas de grossesse ultérieure, à des accidents de dystocie.

Traitement des bartholinites chroniques. — Dans la bartholinite chronique gonococcique, affection très tenace, très contagieuse, qui souvent obligeait à faire l'extirpation de la glande, j'ai obtenu les meilleurs résultats par l'injection dans la glande de pommade radioactive, à l'aide d'une seringue munie d'une aiguille mousse introduite par le canal excréteur.

On constate après chaque application les phénomènes observés dans la métrite : accroissement passager de l'écoulement pendant les deux ou trois jours qui suivent l'application, puis assèchement progressif. Quelques applications à cinq ou six jours d'intervalle suffisent à tarir la sécrétion purulente, mais il faut que le canal excréteur soit largement ouvert pour permettre l'évacuation du pus. L'injection d'une solution radioactive dans une glande fermée, atteinte de bartholinite aiguë, est à éviter, car l'accumulation des éléments

figurés attirés par le sel de radium, provoque des phénomènes de gonflement et de rougeur qui constituent un véritable abcès chaud qui demande alors à être incisé sans retard.

Traitement des chancres mous. — Dans la chancrelle, l'application de pommade radioactive permet de vider rapidement les clapiers sous-épidermiques où se cantonne le bacille de Ducrey et d'obtenir par excitation des cellules de l'épiderme une prompte cicatrisation.

Si on adjoint à ce traitement local les injections intraveineuses de vaccin antichancrelleux de Nicolle, on obtient une guérison très rapide.

Dans les bubons chancrelleux fermés, le rayonnement global ne donne rien et on doit s'adresser à l'autohémothérapie qui donne des résultats rapides (Pr Nicolas). Dans les bubons anciens et ulcérés, l'emploi des pommades radioactives associé à l'autohémothérapie donne des cicatrisations extrêmement rapides.

Emploi local des topiques radioactifs, injections intraveineuses de vaccin et, en cas de bubon, autohémothérapie, tels sont actuellement les moyens qui permettent une guérison presque immédiate de la chancrelle.

Emploi en dermatologie.

Le rayonnement global du radium ne donne pas de résultats dans les dermatoses où l'épiderme est intact.

Par contre, il permet une cicatrisation rapide d'un grand nombre d'exulcérations ou de fissures cutanées.

Je l'ai employé avec succès dans certains *eczémas suintants*. Le suintement est momentanément très augmenté, puis se tarit après quelques applications, en même temps que l'épiderme se reconstitue des bords de la lésion vers le centre.

Dans les *eczémas fissuriques*, dans les *rhagades des lèvres*, dans les *ulcérations traumatiques*, il m'a donné des résultats excellents.

Certains cas d'*ulcère de jambe* où la lésion ne résultait pas d'une affection générale telle que la syphilis, en particulier dans les ulcères atones, les applications de pommade radioactive ont souvent fait merveille. Je publierai ultérieurement ces résultats.

Dans les lésions infectées, le traitement antiseptique ne doit pas être négligé et la pommade aux sels de radium n'a d'autre indication que la nécessité de provoquer une cicatrisation épidermique. A ce titre, elle peut être utilisée dans un grand nombre de lésions cutanées.

Emploi de chirurgie.

Les emplois en chirurgie sont également nombreux, mais les essais sont encore assez peu nombreuses.

Le Dr Bailleul a utilisé dans son service les crayons radioactifs pour combattre la *métrite du col* qui succède souvent aux *hystérectomies subtotales* pratiquées sur des utérus infectés. Il en a régulièrement obtenu la guérison, évitant ainsi l'amputation secondaire du col qui devient souvent nécessaire après l'hystérectomie par suite de l'infection qui persiste sur le moignon du col.

J'ai eu également à employer la pommade radioactive dans un cas *d'abcès de la fesse* survenu tardivement à la suite d'injections insolubles de bismuth. On a rapporté, en effet, une série d'accidents de rétention bismuthée avec abcès aseptiques à la suite de certaines injections de bismuth (voir comm. à la Soc. Franç. de Dermatologie par MM. Pinard et Rabut, Lortat-Jacob et Roberti, Gouin, Lacapère et Galliot).

La rétention des produits bismuthés qui, malgré l'ouverture de l'abcès, s'éliminent très difficilement, a conduit les chirurgiens à faire des incisions larges, avec contre-ouvertures qui entraînaient de véritables délabrements. Ces interventions ne guérissent que fort lentement, une fois que le corps étranger est complètement évacué.

Pour éviter ces larges débridements, j'ai utilisé la médication radioactive chez une femme dont les abcès bismuthiques ne se fermaient pas et qui était tentée de se faire opérer plus largement ; l'introduction du topique radioactif, sous forme de pommade et sous forme de crayons, a provoqué un écoulement abondant avec expulsion de produits bismuthés et les fistules se sont fermées sans autre intervention.

Il est à présumer que, dans certaines plaies infectées ou contenant des corps étrangers dont la recherche est difficile en raison de leur petit volume ou de leur multiplicité, l'emploi des topiques radioactifs peut être extrêmement intéressant.

L'emploi des topiques radioactifs peut rendre encore de grands services dans les cas de rétention placentaire après accouchement ou comme préventif de l'infection utérine après un accouchement difficile. Les résultats obtenus seront présentés ultérieurement.

Emploi en ophtalmologie.

Sur ma prière, le Dr Goulfier, Assistant d'Ophtalmologie à l'hôpital Beaujon, a expérimenté les

topiques radioactifs dans certains cas de lésions oculaires et je rapporte ici ses résultats :

Les applications, faites à l'aide d'une pommade radioactive, ont été répétées tous les trois à quatre jours. Un emploi plus rapproché a déterminé de la blépharite, disparaissant d'ailleurs dès la cessation du traitement. Dans l'intervalle des applications, le bleu de méthylène, l'aristol, l'iodoforme ont été utilisés suivant les cas, associés à l'atropine, à la scopolamine-cocaïne pour obtenir la dilatation de la pupille au maximum.

Dans 7 *ulcères graves à allure serpigineuse* dont deux avec hypopion (pus considéré comme stérile) le topique radioactif a été appliqué tous les trois jours avec le mydriatique Adrénaline-Scopolamine-Cocaïne. Dans l'intervalle, pommade au bleu de méthylène à 0,50 %. On a également injecté de la lacto-protéide qui a influencé heureusement l'évolution des lésions. Les ulcères se sont rapidement détergés et se sont cicatrisés progressivement.

Dans 11 cas de *corps étranger de la cornée* ayant déterminé un ulcère infectieux localisé, le topique a été appliqué concurremment au mydriatique, après extraction du corps étranger et curettage de l'ulcère. La cicatrisation s'est produite souvent après une seule application, plus souvent deux et exceptionnellement trois.

Deux *plaies récentes de la cornée* par coup d'ongle ont guéri en trois jours après une seule application et sans la moindre réaction.

Une *large éraillure* de la cornée par branche d'arbre a été réparée complètement en quatre jours après une seule application.

Des *ulcérations infectées* ont été traitées avec succès rapide. Cinq cas de kératite torpide ont été nettement influencées alors qu'elles duraient depuis des semaines.

Ces recherches importantes montrent à la fois l'activité que les topiques peuvent donner à la cicatrisation et l'absence de réaction des tissus les plus fragiles.

***

Les essais se poursuivent actuellement dans un certain nombre d'affections différentes, mais j'ai voulu signaler dès maintenant les résultats acquis et l'importance d'une méthode thérapeutique très particulière.

Le dosage rigoureux des préparations est de la première importance, ainsi que leur asepsie. J'ai exposé pour quelles raisons j'avais limité les doses de matière radioactive utilisée pour la préparation des topiques. J'ai adjoint au sel de radium divers composés émettant des rayons non pénétrants et ce complexe a été désigné sous le nom de *nitium*.

Dans la préparation de ce composé, toujours identique à lui-même, j'ai vu, comme je l'ai dit plus haut, un autre avantage : c'est de ne pas laisser au praticien, peu familiarisé avec cette médication, le soin de doser la matière radioactive, et de lui mettre au contraire dans les mains une préparation non irritante, très facile à manier et dont il lui est aisé de varier les effets suivant la sévérité du cas à traiter, en répétant les applications successives dont il peut suivre les résultats avec la plus grande facilité.

PSYCHIATRIE

Haines familiales et psychanalyse.

Par M. le Dr Gilbert Robin

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Quelque opinion que l'on professe sur les idées de Freud et sa théorie psychanalytique, on ne saurait actuellement parler de relations familiales, des amours et des haines des parents entre eux, sans tenir compte des lumières que nous a apportées le savant viennois sur la genèse des sentiments les plus intimes. On sait que Freud a été le premier à insister sur l'importance de la sexualité, dans la vie infantile. Avant lui, on croyait que la sexualité faisait son apparition en même temps que la puberté. Freud a émis l'idée que bien avant le développement des organes génitaux en vue de la reproduction, il existe dès les premiers temps de la naissance, des zones qu'il appelle *zones érogènes* d'où l'enfant tire des satisfactions de nature sexuelle. Freud se penchant sur le petit enfant, a vu les premiers rapports avec la mère, l'amour brutal, instinctif, physique à l'origine. Non seulement l'apport nutritif de la mère serait une source de plaisirs, mais encore et surtout les caresses, la succion des seins, les soins de propreté, le bercement au contact de la peau, etc.

Les tendances psychiques elles-mêmes se manifestent très vite. Certes d'une manière bien vague encore. Telle ou telle partie du corps, le sein maternel par exemple, ne sera plus le seul centre d'attachement. La mère va devenir le premier objet d'amour. Les exigences physiques et psysiologiques qui sont à la base de l'instinct sexuel sont refoulées ou paraissent oubliées, laissant la place

à la tendresse filiale. Cependant, dès les premières années, cette tendresse, la plupart du temps, s'adresse au sexe opposé. Elle ira du fils vers la mère, de la fille vers le père. Cet attachement du fils pour la mère est le point de départ de ce que FREUD appelle le *Complexe d'Œdipe.*

Qui ne connaît la légende grecque du Roi Œdipe, voué par le destin à tuer son père et à épouser sa mère, qui fait tout ce qu'il peut pour échapper aux prédictions de l'oracle et qui, n'y ayant pas réussi, se punit en se crevant les yeux, dès qu'il apprend qu'il a commis sans le savoir, les deux crimes qui lui ont été prédits. Pour FREUD, ces prédictions de l'oracle seraient des vérités psychologiques au cœur de tous les hommes, mais enfermées dans leur inconscient. L'oracle de la Tragédie ne serait que la voix déguisée de l'inconscient. « Alors même qu'ayant refoulé ses mauvaises tendances dans l'inconscient, l'homme croit pouvoir dire qu'il n'en est pas responsable, il n'en éprouve pas moins cette responsabilité comme un sentiment de péché dont il ignore les motifs. » (FREUD).

Chez l'enfant, comment va se manifester le complexe d'Œdipe : Par ce fait qu'il veut avoir la mère pour lui seul, que la présence du père le contrarie, qu'il boude lorsque celui-ci manifeste à la mère des marques de tendresse, qu'il ne cache pas sa satisfaction lorsque le père est absent ou part en voyage. Il exprime souvent de vive voix ses sentiments, promet à sa mère de l'épouser. Dans certains cas la nature érotique de l'attachechement à la mère paraît hors de doute.

Il manifeste une vive curoisité de son corps, il veut dormir la nuit à ses côtés, assister à tout prix à sa toilette et use même de moyens de séduction qui n'échappent pas à la mère. Elle en parle en riant ! D'autre part, la petite fille a plutôt une tendre affection pour le père, elle manifeste souvent le désir d'écarter sa mère dont la présence est considérée comme gênante, une certaine coquetterie met déjà en œuvre les moyens dont dispose la femme.

« Nous avons vu, écrivent LAFORGUE et ALLENDY des fillettes de 18 mois tellement attachées à leur père que chaque absence prolongée de ce dernier représentait pour elles une souffrance morale atroce. Nous en avons vu chercher désespérément à chaque pas entendu dans la rue, la démarche du père absent et guettant la porte des heures entières jusqu'à son retour. »

« Nous avons vu des petites filles battre et griffer leur mère chaque fois que celle-ci s'approchait du papa. Elles se montraient souvent d'une humeur exécrable en présence des deux parents, semblant se sentir plus à l'aise avec chacun séparément. »

Il s'agit là, par analogie, avec le complexe d'Œdipe, *du complexe d'Electre.*

Que la famille s'accroisse par la naissance d'autres enfants, les premiers venus y voient une menace à leur situation acquise, les nouveaux frères ou sœurs sont accueillis avec peu d'empressement et avec le désir formel de les voir disparaître. Un *complexe familial* s'est formé.

Les sentiments violents qui agitent les jeunes sujets peuvent aller à des exigences affectives impérieuses. La jalousie, par exemple, va quelquefois jusqu'au désir de mort, de suppression du parent détesté. L'être primitif est mené par ses seuls instincts et c'est pour FREUD la notion d'*immoralité infantile.*

CODET et LAFORGUE (1) viennent de se livrer à une analyse très approfondie de cette période de développement qui va de la naissance à la puberté. Partant des idées de FREUD et les creusant, ils montrent l'importance de la période de sevrage, « sevrage aussi bien affectif qu'alimentaire, où se trouvent rassemblées sur un espace relativement court toutes les premières manifestations sociales du sujet : il apprend à marcher, à parler, à être propre. C'est à cette période surtout, continuent ces auteurs, qu'à notre avis, l'enfant, celui qui a été élevé au sein comme celui qui a été élevé artificiellement commence à admettre que la nourrice-mère devienne un monde extérieur, prenne une personnalité propre et finisse par échapper à son emprise. Aussi, non sans réactions graves, le sujet finit par se résigner au partage de la mère avec les autres membres de la famille. Ce partage peut être d'autant plus dur que la mère peut de nouveau avoir un autre enfant ; celui-ci passerait à son tour au premier plan et éclipserait tous les autres enfants. »

A partir de la puberté, l'individu humain doit, selon FREUD, se détacher de ses parents. C'est une grande tâche pour lui et c'est seulement après l'avoir accomplie qu'il pourra cesser d'être un enfant pour devenir un membre de la collectivité sociale. « La tâche du fils consiste à détacher de sa mère ses désirs libidineux, pour les reporter sur un objet réel étranger, à se réconcilier avec le père s'il lui a gardé une certaine rancune, ou à s'émanciper de sa tyrannie lorsque, par réaction contre sa révolte enfantine, il est devenu son esclave soumis. Ces tâches s'imposent à tous et à chacun ; et il est à remarquer que leur accomplissement réussit rarement d'une façon idéale, c'est-à-dire avec une correction psychologique et sociale

(1) Les arriérations affectives ; La Schizonoïa, in l'Evolution Psychiâtrique, Payot, Edit.

parfaite. Les névrotiques, eux, échouent totalement dans ces tâches, le fils restant toute sa vie courbé sous l'autorité du père et incapable de reporter sa libido sur un objet sexuel étranger. Tel peut être également, *mutati, mutandis*, le sort de la fille. C'est en ce sens que l'Œdipe complexe peut être considéré comme le noyau des névroses. »

Faisons-y bien attention, c'est un des points capitaux de la théorie de FREUD et nous arrivons au moment où il passe du normal au pathologique. Tout ce qu'il a dit du complexe d'Œdipe servira de point de départ, suivant des modalités qu'il prendra, aux symptômes des névroses et des maladies mentales. Autrement dit, il n'y aura pas de névroses ou de psychoses sans perturbations dans l'évolution du complexe d'Œdipe. Ce seront des maladies du développement psychosexuel. Il s'agit d'une attaque victorieuse du conscient par l'inconscient. En somme les perversions sexuelles ne sont pour FREUD que des reliquats, observés chez l'adulte, de troubles du développement psycho-génital, les psychonévroses représentent des tendances sexuelles infantiles refoulées et des affections telles que la paranoïa, la démence précoce seraient de véritables régressions à l'enfance. Comme toutes ces tendances refoulées concernent le complexe d'Œdipe, le complexe d'Electre et le complexe familial suivant le sexe et le nombre des enfants, on concoit que toutes les maladies de l'esprit, dans la pensée de FREUD, sont dirigées par des amours et des haines familiales, mal refoulées, mal oubliées dans l'inconscient. L'amour filial de FREUD, nous l'avons vu, ne va jamais sans haine. En somme, n'y aurait-il donc pas de maladies mentales sans complexes familiaux à leur base ? Faudra-t-il chaque fois que nous nous trouverons en présence d'un trouble psychique aller chercher, grâce à la psychanalyse, les souvenirs de la toute première enfance afin d'y déceler coûte que coûte un complexe sexuel ? Et nous contenterons-nous dans nos explorations pathogéniques, d'expliquer les symptômes morbides par une fixation à l'enfance, un infantilisme psychique ou par un phénomène de régression aux premières années de l'existence ?

Il est hors de doute que FREUD a apporté sur le développement affectif de l'individu des lumières insoupçonnées jusqu'à ce jour. Les raisons psychologiques des haines familiales n'avaient pas échappé aux observateurs, mais ces raisons psychologiques sont souvent elles-mêmes sous la dependance des raisons plus profondes, de nature sexuelle, sur lesquelles FREUD a tant insisté. Ce n'est pas qu'il fallût attendre FREUD pour observer des attractions et des répulsions précoces chez l'enfant pour telle ou telle personne de sa famille. Mais ces manifestations paraissaient singulières, inexplicables. On parlait d'anomalies et on ne tentait de ces états aucune explication, précisément parce qu'ils paraissaient échapper aux lois de la raison et de la logique qui ont longtemps dirigé les investigtions psychologiques. Saint Augustin lui-même avait remarqué la haine d'un enfant nourri au sein vis-à-vis d'un autre enfant quand leur nourrice commune lui donnait à téter. C'est FREUD qui s'est penché le premier sur tant de mystères et qui a osé dire, quand on était encore à parler de l'éveil chez l'enfant des sentiments les plus élevés, des tendances altruistes, que l'instinct sexuel dirigeait l'activité infantile bien avant la puberté, que le but sexuel apparaissait dans la plupart de ses mouvements, de ses désirs et que ses premiers sentiments n'étaient que l'expression des tendances sexuelles principales dirigées suivant le principe du complexe d'Œdipe. Il y avait là, avant FREUD, tout un sujet plein d'ombre et, disait-on, plein de dangers, sur lequel il valait mieux faire le silence. Quelle audace et quel courage il a fallu au savant viennois pour démasquer sous certaines attitudes, sous certaines bouderies, sous certaines apparences morbides, sous un certain nervosisme, une orientation défectueuse des tendances sexuelles qu'un peu plus de clairvoyance et d'intelligence dans l'éducation aurait peut-être pu éviter. Et le médecin praticien ne saurait rester étranger à ce débat.

Ce n'est pas à dire que FREUD ne soit allé trop loin. Il a voulu avec la lumière qu'il avait découverte éclairer la genèse de tous les tempéraments, de toutes les psychoses. C'est là qu'il a heurté le génie latin et c'est pourquoi il est encore si discuté et parfois même tout à fait rejeté. Que d'exagérations de part et d'autre ! Certes, ce n'est pas le freudisme qui empêchera le triomphe des grandes constitutions individuelles, amorcées par DUPRÉ, mises au point par DELMAS et BOLL et tant d'autres auteurs. Nous apportons à notre naissance un capital en puissance que l'âge fera fructifier et suivant le groupement et la prédominance de telle ou telle idée, de tel ou tel sentiment, nous aurons des mythomanes, des pervers, des paranoïaques, des émotifs, etc... Sans doute il est des cas où le seul conflit des tendances sexuelles peut orienter un tempérament et, de normalqu'il paraissait être avant le choc des complexes, rendra l'individu ou soupçonneux, méfiant, vindicatif, ou au contraire, tremblant, scrupuleux, anxieux, etc... Pour nous exprimer autrement cet individu présentera des tendances paranoïaques ou des tendances émotives par exemple, secondaires à un

complexe de nature sexuelle. Mais dans combien de cas — la majorité certes — ces complexes ont été de peu d'importance, si tant est qu'ils ont existé, et n'ont donné qu'une faible poussée à la constitution mentale sous-jacente.

C'est la généralisation des idées de FREUD, c'est sa théorie du pansexualisme qui a été cause en même temps et de son succès en dehors de chez nous et de la défiance latine. En effet, dans nombre de cas de haine familiale morbide, il existe, en dehors de la psychanalyse, des explications psychologiques suffisantes et qui, pour très simples qu'elles soient, vaudront dans tous les temps et dans tous les pays. Libre aux psychanalystes intransigeants d'ajouter le rouage des complexes à une mécanique très simple. Ils ne peuvent que raffiner sur des faits classiques, d'une vérité évidente pour la majorité des psychologues et des psychiatres.

C'est que, dans l'étude des haines familiales morbides, il faut distinguer, d'une part, celles qui sont symptomatiques d'un état existant en dehors d'elles, qui sont par conséquent secondaires, n'empêcheront pas la psychose de subsister si elles venaient à disparaître ; d'autre part, celles qui sont essentielles, remplissent tout le tableau clinique, et, si elles se défaisaient, entraîneraient avec elles toute la construction délirante. Il faut bien reconnaître du reste qu'en pathologie mentale, ces derniers faits sont rares. Un tableau morbide tout entier rempli par une haine parentale n'est pas de clinique courante. D'autre part, un complexe familial très intense et très apparent peut déterminer une psychose dont la couleur et le contenu, par leur transposition symbolique, peuvent ne rien refléter des causes initiales. Enfin — et cette remarque nous ramène une fois de plus à ce que nous disions tout à l'heure — il existe les psychoses (pour FREUD et son école, nous l'avons vu, ce serait la majorité des psychoses), qui ne révèleraient par leur symptomatologie apparente aucun fait de haine familiale, qui ne permettraient pas par l'anamnèse, par l'interrogatoire courant du malade et de son entourage de retrouver dans le passé une anomalie dans les relations parentales et qui cependant, grâce aux ressources de la psychanalyse, c'est-à-dire grâce au rappel par analogies et symboles de souvenirs que le sujet croyait oubliés, à la minutieuse interprétation des rêves et desassociations libres, laisseraient découvrir un complexe d'Œdipe très lointain, remontant aux premières années de l'enfance, complexe qui serait générateur pour FREUD et ses disciples de la psychose observée. Encore une fois, il n'y aurait ni névrose, ni psychose sans démêlés sexuels infantiles non résolus, et nous ne pensons pas qu'il en soit toujours ainsi en réalité. Mais il est bien évident que lorsque nous aurons pour ainsi dire, décortiqué notre malade et épuisé les causes organiques et psychologiques classiques des névroses, nous ne devrons pas nous laisser dérouter par l'apparence défaite de notre enquête. Bien des cas en apparente très simples ou très compliqués, seront dénoués grâce à la méthode psychanalytique. Il importe donc d'être initié à cette méthode, de la bien manier, mais il importe surtout de n'y avoir recours que lorsque le médecin se sera dit en présence d'un de ces cas si nombreux de différend familial : « Ce cas est nettement morbide. Ce n'est pas un simple incident psychologique. Je ne trouve aucun symptôme — clinique ou fonctionnel — de maladie organique. La psychothérapie classique et son arsenal thérapeuthique ne viennent pas à bout de ce conflit. J'ai l'intuition qu'un complexe profond et lointain l'a mis en branle ou l'a créé. Appliquons la psychanalyse. »

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

La saignée dans la ménopause artificielle.

On connaît les accidents ennuyeux souvent de la ménopause artificielle qu'elle soit radiologique ou chirurgicale. Pierre MOCQUOT (*Bullet. général de thérapeutique*, janvier 1926), après avoir fait une critique un peu sévère à notre avis de l'opothérapie ovarienne préconise l'emploi de la saignée.

Les malades en ressentent une amélioration réelle. Il est vrai qu'en présence de troubles pour la plupart purement subjectifs, il est difficile de juger. Cependant, certaines malades sont revenues à plusieurs reprises demander qu'on leur fît une saignée lorsque leurs malaises devenaient insupportables. Elles déclarent qu'à la suite de l'émission sanguine, les bouffées de chaleur, les transpirations subites, les sensations d'étouffement avaient diminué ou disparu pour un temps.

La quantité de sang retirée à chaque saignée a été très variable. Il faut faire une émission de 250 à 400 grammes. L'atténuation des troubles est immédiate ; elle n'est évidemment que temporaire, mais persiste quelquefois plusieurs semaines. Il y a des malades qui sont venues pendant plusieurs mois demander qu'on leur fît une nouvelle saignée, chaque fois que les troubles s'accentuaient de nouveau. Elles gagnaient ainsi les périodes où, peu à peu, les désordres s'atténuent et finissent par devenir supportables et disparaître.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu

Excellents, les conseils de MM. Rieux et Zoeller pour l'administration du *salicylate de soude* (*Traitement des maladies infectieuses*). Ils rejettent avec raison la voie endo-veineuse. Pourquoi cette complication thérapeutique ? Les doses injectées sont toujours insuffisantes (de 1 à 3 gr. en solution à 3.5 %). A plus haute concentration, l'action locale du salicylate de soude n'est point inoffensive pour la paroi veineuse. On sait, en effet, que le remède est conseillé dans le traitement de la phlébite variqueuse.

Reste la voie stomacale, de beaucoup la meilleure. Pour faire tolérer le remède et éviter les accidents d'acidose, on prescrit *une dose de bicarbonate de soude double de celle du salicylate de soude*. Personnellement nous commençons par la dose égale de bicarbonate de soude soit 1 gramme de bicarbonate pour 1 gramme de salicylate qui suffit en général à faire bien tolérer le remède et évite tout accident. En plus, si l'estomac digère mal, on peut donner une partie du remède : 2 à 2 gr. 50 dans un petit lavement qui sera gardé. Le *salicylate de méthyle* (2 gr. équivalent à 1 gramme de salicylate de soude) en applications locales pénètre à la fois par la peau et l'air respiré. Mais l'action toxique de ce produit n'étant pas combattue par les sels alcalins, MM. Rieux et Zoeller conseillent de n'en user qu'à dose modérée et avec circonspection.

Il faut en effet une administration continue toutes les trois heures environ, la nuit comme le jour, vu l'élimination rapide par le rein. Le sel en préparation aqueuse vaut mieux qu'en cachets ; car il exerce une action caustique sur la muqueuse stomacale.

Quant aux doses, elles doivent être plus fortes que celles habituellement consenties.

Dans les formes d'intensité moyenne, sans doute, une dose quotidienne de 8 à 10 grammes est suffisante. On formulera :

Salicylate de soude	8 à 10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges	40 gr.
Eau distillée	120 —

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures nuit et jour, diluée dans un verre d'eau alcaline à 8 ou 10 p. 1.000.

Augmenter de 2 à 4 grammes le salicylate de soude jusqu'à la chute de la fièvre ; augmenter parallèlement la dose de bicarbonate de soude (4 à 8 gr.).

On prescrit encore des paquets :

Salicylate de soude	1 gr.
Bicarb. de soude	1 à 2 gr.

Pour un paquet. Un paquet toutes les trois heures dans une infusion de feuilles de frêne (200 gr.).

Chez l'*adolescent*, la posologie est la même.

Chez un *enfant* de 2 ans, commencer par 2 gr. et augmenter de 0 gr. 75 par année d'âge.

Aux enfants de 8 ans, conviendra la potion :

Salicylate de soude	6 gr. 50
Sir. fl. oranger	30 gr.
Eau dist.	150 —

Toutes les trois heures, nuit comprise, une cuillerée à soupe dans un verre à Bordeaux d'eau alcaline à 12 p. 1000

Tant que la fièvre dure, les doses du début doivent être progressivement augmentées. On diminue lentement quand la courbe baisse.

Mais l'apyrexie obtenue, on continue néanmoins la médication (4 à 6 gr. chez l'adulte) pendant plusieurs semaines, afin d'assurer la guérison complète.

Quand la *forme est sévère*, la dose d'attaque doit être plus élevée (10 à 12 gr. par jour et augmentée de 2 à 4 gr. par jour jusqu'à concurrence de 20 à 24 gr. Augmenter parallèlement la dose de bicarbonate de soude.

Inversement, dans les *formes atténuées*, la dose du début peut être abaissée à 6 grammes. Pendant toute la durée de la médication, diète lactée absolue et tisanes sucrées. Pas de boissons alcooliques. Repos absolu au lit. Un lever trop précoce et une alimentation trop rapide favorisent les récidives.

S. R.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

La diurèse.

Pourquoi ne pas observer la diurèse telle qu'elle se présente spontanément, en dehors de toute épreuve, dont le premier effet est de contrarier la nature ? C'est ce qu'a fait M. R. Porak (*La diurèse*,

G. Doin, édit.) et il nous livre les résultats de ses recherches dans un livre très documenté. Il note les heures où le besoin de la miction se fait sentir et interroge simplement les quantités émises.

En suivant les sollicitations de l'instinct, le médecin apprend plus de choses qu'en imprimant à une fonction naturelle les déviations que lui impose la maladresse d'une expérience surajoutée.

La rythmicité de la diurèse n'est qu'un cas particulier de la rythmicité organique. Le système nerveux fatigué a besoin de repos. Une trop longue immobilisation appelle au contraire le mouvement. En sorte que suivant les circonstances, le mouvement tantôt déclanche la diurèse, à d'autres moments, c'est le repos.

Pour comprendre les liens entre les entrées et les sorties des liquides, il faut d'abord se dire que la boisson prise actuellement satisfait, avant tout, les besoins des tissus. C'est longtemps après que l'excès de cette boisson s'élimine avec les urines. C'est ainsi que l'hydrodynamique de la matinée est sous la dépendance des aliments et des boissons de la veille. M. Porak estime que les habitudes françaises ne méritent nul compliment. Nous dînons à 19 h. 30 et le lendemain matin, au réveil nous buvons peu. Pendant le sommeil, les tissus ne cessent pas un seul instant de chasser les liquides et ils ne récupèrent par aucune boisson une provision nouvelle d'eau. Au réveil les tissus sont appauvris en liquides. La quantité de thé prise, par exemple, au réveil, ne couvre pas les besoins des liquides des tissus. D'autre part, les boissons au repas de midi sont accaparées par la manipulation chimique des aliments, si bien que la première partie de l'après-midi ne laisse pas un grand excès d'eau dans la circulation. Le thé pris à 17 heures arrive au moment où l'utilisation des aliments est terminée, d'où la débâcle urinaire qui suit son ingestion. L'effet délassant d'un bain pris à la même heure agit comme la tasse de thé : il produit une crise de diurèse. Le soir après une journée active, les fonctions au contraire se ralentissent. Les excès alimentaires ou les excès de dépense nerveuse ont un effet nocif sur l'organisme et partant sur la diurèse. Celle-ci, quand l'organisme est fatigué, s'opère surtout dans les conditions de repos allongé. Après un repas copieux, le débit urinaire baisse.

En résumé deux stades de transit : 1° l'eau bue au repas copieux est retenue dans l'organisme ; 2° l'eau libérée par les tissus est balayée par les reins.

Les recherches de M. R. Porak nous montrent l'influence du système nerveux sur le mécanisme de la diurèse. En plus elles nous apprennent combien l'habitude de prendre un verre d'eau à jeun, dix minutes avant le premier déjeuner répond aux nécessités humorales, puisqu'au lever les tissus sont très peu imbibés de liquide.

PHYCHIATRIE

La démence précoce.

Quelques notions pratiques pour le clinicien.

Par M. le Dr L. Neuberger.

La **Démence précoce** est, après la Paralysie générale, une des variétés de déchéance mentale le plus fréquemment rencontrées en pratique psychiâtrique.

Par l'adjectif « *précoce* », qui sert à la désigner, il faut entendre que cette affection s'attaque, avec prédilection, aux jeunes sujets en voie de transformation pubérale.

La D. P. peut être ainsi définie : *maladie mentale, progressive et fatale, due à des lésions du parenchyme cérébral d'origine vraisemblablement infectieuse (cérébropathie toxique), et caractérisée par une diminution quantitative portant sur les différents éléments de l'activité psychique, avec désordre des actes et de la conduite.*

MODES DE DEBUT ET FORMES CLINIQUES

Voici une jeune institutrice, — issue de parents frustes et de médiocre niveau intellectuel, — et qui se préparait aux examens. Subitement, elle paraît renoncer à tout effort, se désintéresse de son travail, devient rêveuse, *indifférente*, un peu excentrique, s'enferme dans sa chambre, passe des journées entières dans l'inaction. Elle se plaint de céphalée et d'une extrême fatigabilité. Elle se néglige, se nourrit peu, maigrit notablement.

Après cette courte période dépressive (ou parfois confusionnelle), elle manifeste une *inertie générale*, d'où on la tire avec peine : elle ne sort de son *mutisme habituel* que pour entamer, à voix basse, un monologue incompréhensible (soliloquie), ou bien répond aux questions par des *niaiseries*, entrecoupées d'un rire étouffé, *immotivé*.

Veut-on lui étendre le bras, elle présente une singulière et remarquable *conservation des attitudes imprimées* (catalepsie) ; ou bien adopte toute une série de gestes figés et de mouvements automatiques (*stéréotypies*).

Cette forme, avec brève phase dépressive, suivie de persévération cataleptoïde, reçoit le nom de « **catatonique** ».

Dans d'autres cas, le diagnostic s'égare longtemps sur un simple *état neurasthénique*. C'est un sujet qui, à la suite de contrariétés, semble être tombé dans une maladie de langueur. Cependant les troubles hypocondriaques s'éternisent ; le malade, à la longue, paraît plus résigné, et comme indifférent à ses ennuis, il devient inaffectueux, exprimant même, par intervalles, une *hostilité singulière* à l'égard de son entourage.

Le médecin, qui l'observe, ne tarde pas à être surpris par quelques symptômes véritablement *en désaccord* avec le tableau présenté au début : ce sont des bizarreries de langage (*mutisme, réticences, écholalie*), — d'attitudes (*aspect guindé, sournois, maniéré, quasi-enfantin*), — de conduite (*malpropreté, refus de nourriture, opposition forcenée*).

Cette seconde forme, qui débute par un état mélancolique, entrecoupé d'excitation (quelquefois avec hallucinations, délire), est appelé « **hébéphrénique** ».

Enfin, on peut voir aussi *le délire* passer au premier plan, plus stable et pour ainsi dire figé, « stéréotypé » (par analogie avec les attitudes que nous offre la forme catatonique) : mais, même systématisé, ce délire affectera toujours une certaine *monotonie*. Ici, pareille indifférence progressive, avec contraste souvent étrange entre le langage et la mimique, témoignant d'une certaine désagrégation mentale : vocabulaire parfois obscur, *peuplé de symboles et de mots forges*. Fréquemment préoccupations sexuelles dissimulées, onanisme ; *réactions impulsives*, aussi soudaines qu'imprévisibles : fugues, tendance au suicide ou à l'homicide sans cause valable.

Cette troisième variété, qui surajoute à une démence initiale quelques symptômes d'un délire stéréotypé, est qualifiée de « **paranoïde** ».

Tels sont, sommairement rappelés, les modes de début les plus courants, aboutissant d'emblée aux trois formes classiques que nous venons d'énumérer.

On a pu noter, également, des formes avec agitation continue, simulant la *Manie* ; des troubles délirants plus ou moins atypiques, donnant l'illusion de banals phénomènes *hystériques* ; plus rarement un *ictus* ou une *crise convulsive* est le premier signe précurseur, attestant l'origine lésionnelle de cette démence.

SIGNES CARDINAUX DE LA DEMENCE PRECOCE

Dans chacune de ces trois modalités, d'ailleurs, — *catatonique*, *hébéphrénique* ou *paranoïde* (ou bien forme mixte, *hébéphréno-catatonique*, par exemple), — on a pu voir que, dès le début, le soupçon d'une D. P. en cours se confirme rapidement par l'apparition de certains **symptômes discordants**, qui sont très caractéristiques de l'affection : aussi bien, nous allons les retrouver au grand complet, à la période d'état.

Ces signes « *d'alarme* », dits encore « *avant-coureurs de la démence* » peuvent être ainsi groupés, succinctement :

Indifférence, allant jusqu'à l'inertie et la stupeur.

Suggestibilité catatonique. Stéréotypies, alternant avec un **négativisme** obstiné.

Maniérisme et **puérilisme**.

Irritabilité et **impulsivité**.

Indices révélateurs d'une désintégration mentale progressive, ils confèrent au malade *une fausse allure narquoise, prétentieuse, gamine* : et l'impression qui en résulte suffit souvent à donner un cachet de certitude au diagnostic encore hésitant.

Ajoutons que les *réactions* inopinées autant que redoutables, qui accidentent fréquemment cette phase prodromique, lui ont valu le nom de « période médico-légale de la D. P. » (fugues, vagabondage, grivèlerie, incendiarisme, etc.).

PERIODE D'ETAT. ETUDE PSYCHOLOGIQUE

Elle nous offre trois ordres de symptômes à considérer successivement :

1° **Troubles psychiques** : *Indifférence et perte de l'attention. Prédominance de l'automatisme* (onirisme) ;

2° **Troubles de la psycho-réflectivité** : *Suggestibilité et négativisme* ;

3° **Troubles de comportement** : *Inertie* ; *désordre des actes*.

1° Troubles psychiques.

a) **Indifférence.** — Au premier plan, c'est l'indifférence, absolument unique, pathognomonique. Elle se traduit par l'*altération*, l'*abolition*, ou même l'*inversion* des sentiments *les plus naturels et instinctifs*. Généralement, elle se borne à un déta-

chement complet vis-à-vis de la famille et des parents les plus proches : le malade accueille avec un air distrait, lointain, les nouvelles concernant ceux qu'il chérissait le plus. Parfois il ricane de leur chagrin, ou manifeste à leur égard une animosité paradoxale.

b) **Perte de l'attention.** — Ensuite, — non moins significative, — c'est l'*impossibilité de toute attention soutenue*. La mémoire, cependant, peut demeurer longtemps inaltérée, son activité en est parfois augmentée (1).

Des expériences que nous avons faites au sujet de l'Attention dans la Démence précoce, nous avons cru pouvoir déduire que les troubles représentatifs sont les premiers en date : « c'est l'intelligence qui commence, et l'affectivité suivra ». Si la D. P. est rendue incapable de fixer et retenir son attention, c'est, selon nous, faute de perceptions vives, c'est par pénurie et effritement du contenu *intellectuel* ; quant à l'indifférence, qu'il est classique de considérer comme la pierre de touche de son déficit mental, elle s'installe *secondairement* si l'on peut dire, — elle vient à la remorque, pour la raison que l'affectivité ne possède plus d'objet sur quoi s'attacher et s'animer (2).

c) **Prédominance de l'automatisme** (*onirisme*). — Par compensation, cette perte de contact avec l'ambiance se traduit par une *exaltation de la vie subjective*, de plus en plus dénuée de représentations.

Le malade assiste, souvent assez longtemps conscient, au spectacle de sa déchéance ; il s'étonne et s'attriste de son impuissance, en proie à des *idées hypocondriaques*, à une sensation indicible de *transformation corporelle* ou de *dédoublement de la personnalité* : en même temps, le monde extérieur lui apparaît plus voilé et lointain. Il finit par vivre réellement comme en un rêve, et cet **onirisme**, — qui traduit la mise en branle d'automatismes sous-jacents, — le conduit à une *méditation intérieure et simplifiée*, d'où ce langage solitaire et mystérieux, purement symbolique, riche en néologismes, et totalement inintelligible à l'entourage pour la raison qu'il est *inexpressif* et privé d'images adéquates.

(1) Pailhas (d'Albi), cite un cas d'hypermnésie ayant persisté pendant toute la maladie (*Soc. médico-psychol.*, juillet 1925).

(2) « Tout se passe comme si leur curiosité, encore lancée, ne s'était pas arrêtée, alors que l'esprit fatigué se refusait déjà à lui fournir des représentations appropriées... L'origine de la D. P. serait donc marquée par un retard de la vie représentative sur la vie affective » (*L'Attention dans la Démence précoce*, Thèse, Fac. des Lettres, 1911).

Parfois, des **hallucinations** complètent le tableau, plus fréquemment des **idées délirantes** ; celles-ci sont multiples, fugaces, polymorphes, de contenu pauvre : vagues idées de satisfaction ou de persécution, que le dément énonce sans grande conviction, par suite de son *impuissance foncière à l'organisation*.

2° Troubles de la psycho-réflectivité (ou de l'expression).

Dans l'ordre de l'Expression, l'automatisme donne lieu à une passivité, — pour mieux dire, une *plasticité*, très spéciale à la maladie, et qui se révèle tantôt par la *Suggestibilité*, tantôt par le *Négativisme*, ces deux pôles opposés d'un même mécanisme.

a) **Suggestibilité.** — Docilité morbide : obéissance de mannequin.

Flexibilité cireuse : **catatonie**, — c'est-à-dire (on l'a vu) la persistance à l'infini, sans gêne apparente (et même sans aucune sensation de fatigue) des attitudes les plus compliquées, qu'il plaît à l'expérimentateur d'imposer à ces patients.

Pareillement, *écholalie* et *échopraxie* (répétition inlassable des paroles entendues et des actes commandés).

Les **Stéréotypies** consistent en attitudes figées ou mouvements machinaux exécutés avec une durée inusitée : elles ne font que perpétuer avec uniformité une impulsion motrice, mais elles sont cependant coordonnés, quoique inadaptés aux circonstances actuelles ; dans certains cas on a pu y reconnaître les gestes d'une profession exercée antérieurement (un de nos malades, tailleur de son métier, faisait sans trêve le simulacre de tirer l'aiguille). Leur signification se réduit, somme toute, à un automatisme privé de phénomènes réducteurs antagonistes.

b) **Négativisme.** — A d'autres moments, on est frappé par une obstination, un entêtement acharné rendant impossible tout interrogatoire, une *opposition violente à l'examen*. Ce **négativisme** se manifeste ou bien par un *mutisme actif* (« mutacisme »), ou bien par un *refus de nourriture* obligeant souvent à recourir à l'alimentation artificielle. Son contraste saisissant avec la soumission présentée l'instant auparavant n'est, au fond, qu'apparent : cette résistance procède tout simplement d'une « association par contraste », forme élémentaire du psychisme, le malade concevant immédiatement le mouvement contraire à celui qu'on sollicite (substitution), et y obéissant passi-

vement sans que l'intelligence vienne l'inhiber et le corriger.

Elle résulte donc d'une même activité mécanique irrésistible ; elle serait à rapprocher de l'obsession, d'ordre très inférieur, qu'éprouvent certains psychasthéniques, par exemple, à proférer malgré eux des mots orduriers.

3° Troubles du comportement.

Dans son activité extérieure, nous retrouvons même *passivité*, avec, par intervalles, cette *prédominance de l'automatisme*, que nous avons pu noter dans sa vie psychique.

a) **Inertie.** — A l'indifférence émotive, répond ici une inertie continue, susceptible d'ailleurs de tous les degrés : *indolence, torpeur, somnolence, hébétude, stupeur.*

b) **Désordre des actes.** — Par instants, le malade, en proie à un automatisme déréglé, privé de contrôle, sort de son immobilité coutumière pour se livrer à une série d'*actes impulsifs*, qui sont autant de sujets de scandale : fatales imprudences (le gaz laissé allumé), gestes inconséquents et obscènes (une malade faisait ses ordures par la fenêtre), etc.

A ce stade, l'**aspect** du dément est impressionnant : présentation anormale, irrégulière, à laquelle on ne saurait trouver de justification logique : type de l'*aliéné* classique. Air désordonné, débraillé, négligent et sale, avec totale *incurie vestimentaire*. *Alternatives de stupeur et d'agitation.* Attitudes paradoxales, dissociation entre le langage et les jeux de physionomie ; accès subits de *rire explosif*, ou de pudeur exagérée, etc.

PRONOSTIC ET TERMINAISON.

Gravité constante, chronicité. Rémissions possibles, suivies de récidives ; mais, dans tous les cas, *incurabilité.*

Nécessité inéluctable de l'internement. Malade devenu « domiciliaire » c'est-à-dire confiné dans un coin et réduit à une existence purement végétative : amaigri, inerte, alité, il demeure immobile et replié sur lui-même, la tête enfoncée sous ses couvertures. Hecticité. Complication habituelle : la **Tuberculose pulmonaire**, dans laquelle la D. P. trouve sa terminaison fatale.

(*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Sur l'immunisation par l'anatoxine diphtérique dans les milieux scolaires et dans les Préventoriums et Sanatoriums contaminés.

MM. Louis Martin, Georges Loiseau et Albert Laffaille (1) exposent les résultats obtenus par l'immunisation antidiphtérique par l'anatoxine dans deux externats et un internat au cours d'épidémie de diphtérie survenus dans ces écoles ; ils relatent les cas d'angines à fausses membranes ou d'angines frustes survenues au cours des vaccinations pratiquées depuis 1924 et les réactions observées ; dans la deuxième partie de leur travail, ils étudient l'emploi de la vaccination antidiphtérique dans 4 préventoriums ou sanatoriums contaminés par la diphtérie, étudient en détail les réactions observées et concluent :

1° L'immunisation antidiphtérique par l'anatoxine pour produire un pourcentage élevé de sujets immuns, doit être faite par 3 injections de 0 cc. 5 pour la première, 1 cc. pour la seconde et 1 cc. (2) ou mieux 1,5 cc. pour la troisième, espacées de quinze jours au minimum et mieux de trois semaines ;

2° Les cas d'angine diphtérique qui ont été signalés ou observés par ces auteurs en cours de vaccinations sont toujours survenus chez les sujets ayant reçu une ou deux injections seulement ou une troisième injection insuffisamment éloignée de la seconde ;

3° Les angines diphtériques survenant après deux vaccinations par l'anatoxine paraissent très bénignes et peuvent même guérir spontanément sans traitement sérique ;

4° L'immunisation antidiphtérique par l'anatoxine est capable d'assurer à elle seule la prophylaxie de la diphtérie dans les milieux scolaires ou dans les préventoriums contaminés, d'autant mieux que les premières vaccinations seront faites dès le premier cas et sans cuti-réaction préalable pour éviter toute perte de temps.

5° Les oppositions des familles ont été de 5, 4 et de 6, 9 % dans les deux externats et de 3,7 % dans l'internat ;

6° Les réactions notées par les auteurs rentrent quant à leur fréquence et à leur intensité dans la

(1) *Société Méd. des Hôpitaux*, s. du 7 mai 1926.
(2) Pour obtenir chez les animaux une augmentation d'antitoxine, il faut à chaque nouvelle injection augmenter les doses d'antigène.

description qui a été présentée en 1924 (1), elles n'ont pas empêché les auteurs, dans deux externats de vacciner dans l'un la totalité, dans l'autre 80 % de la population scolaire. Elles ne sont pas sensiblement plus fortes chez les sujets tuberculeux ou suspects de tuberculose dans les préventoriums et sanatoriums.

Les auteurs ont pratiqué, du mois de novembre 1923 jusqu'au début de cette année, les vaccinations par l'anatoxine chez 4.500 sujets.

Voici les dates de ces vaccinations, le lieu où elles ont été effectuées et le nom des médecins qui ont bien voulu prêter leur collaboration :

Hôpital Pasteur (Drs Darré, Loiseau, Laffaille) :	
Novembre-décembre 1923	10
Institut des Sourds-Muets d'Asnières (Dr Roubinovitch) :	
9 janvier et février 1924	43
Val-de-Grâce (adultes) (Dr Zoeller) :	
7 février et mars 1924	120
Service du Dr Roubinovitch à Bicêtre (garçons) et à la Fondation Vallée (filles) :	
8 février et mars 1924	89
Institut des Sourds-Muets d'Asnières (Dr Roubinovitch) :	
Mai-juin 1924	275
Juin-juillet 1925	25
Janvier 1926	15
Preventorium de Canteleu (Seine-Inférieure) (Dr Ott, Insp. départ. d'hygiène, Dr Rousseau, Doctoresse Romain) :	
Mai-juin 1924	186
Juillet 1924 à juin 1925	65
Juin 1925 à janvier 1926	93
Asile russe du Pecq (Dr Bertrand, de Saint-Germain) :	
Novembre 1924 à janvier 1926	45
Communes du Pas-de-Calais (Fauquemberghe, Neuville-St-Waast, Euquin-les-Mines, Ecoles d'Arras) (Dr Vaillant, Insp. départ. d'hygiène) :	
Octobre-novembre 1924	262
Février-mars 1925	73
Février-avril 1925	280
Décembre 1925 à février 1926	250
Village des Alpes-Maritimes (Dr Barbary, Insp. départ. d'hygiène) :	
Mars 1925	18
Argonne Association (Mandres et Brunoy) (S.-et-O.) (Dr Vincent) :	
Mai-juin 1925	30
Orphelinat Prévot à Cempuis (Oise) (Dr de St-Fuscien) :	
Mai-juin 1925	289
Ecoles de la Ville de Besançon (Doubs) (Dr Ledoux, Prof. à l'Ecole de Médecine et Dr Bernard, Directeur du Bureau d'hygiène) :	
Juin 1925 à janvier 1926	863
Sanatorium marin de Banyuls-sur-Mer (Dr Jarry) :	
Juillet-août 1925	223
Commune de Flourist (Côtes-du-Nord) et environs) (Dr Violette, Inspecteur départemental d'hygiène) :	
Novembre-décembre 1925	338
Ecole libre de la rue Raynouard à Paris (Dr Villeprand) :	
Novembre-décembre 1925	254
Sanatorium marin de Saint-Trojan (Ile d'Oléron) (Charente-Inférieure) (Dr Chabanne) :	
Novembre-décembre 1923	303
Ecole libre de l'avenue Victor-Hugo à Paris (Dr Perchepied) :	
Décembre 1925 à janvier 1926	128
Ecole primaire départementale de Vitry-sur-Seine :	
Fin janvier à mars 1926	143
Ecole d'infirmières visiteuses dirigée par Mlle de Cuverville :	
Fin janvier à mars 1926	41
Sanatorium Minoret à Champrosay (S.-et-O.) (Dr Thiel et Dr Francois) :	
Février-mars 1926	39
Total	4 500

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, t. XLVIII, nos 17 et 18.

Ajoutons à ce chiffre les vaccinations pratiquées par M. Zoeller dans l'armée (978 sujets), par MM. Lereboullet et Joannon et MM. Lereboullet, Boulanger-Pillet et Gournay (2.000 enfants), par M. Flandin au Lycée Carnot (295 sujets), par M. Harvier au groupe scolaire de l'avenue Félix-Faure (228 sujets) ; nous arrivons à un total de 8.000 sujets vaccinés par l'anatoxine.

Ce chiffre montre que l'emploi de l'anatoxine, découverte par Ramon, pour la protection des collectivités contre la diphtérie, tend à se généraliser.

En présence des bons résultats obtenus, il faut espérer que l'immunisation active par l'anatoxine prendra une place de plus en plus grande dans la pratique médicale.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MEDECINE

Faux ulcus gastriques par corps étrangers du pylore (aiguilles, épingle). — M. Victor Pauchet. — Les faux ulcus gastriques et duodénaux sont généralement diagnostiqués par le clinicien et *ne sont point vérifiés par l'opération*. Ces erreurs sont relativement assez fré-

quentes, surtout dans les services où le chirurgien n'est pas doublé d'une équipe médicale spécialisée.

Ces syndromes pyloriques, gastriques ou duodénaux, sont généralement réflexes et consécutifs à une lésion de la vésicule, de l'appendice ou de l'intestin. Si l'opérateur fait une opération sur le pylore, ou l'estomac, le malade est plus souffrant après qu'avant.

Sur plus de mille opérations pour ulcus, M. PAUCHET n'a rencontré que deux fois un syndrome ulcéreux par corps étranger.

Une fois par une épingle enclavée dans le pylore et une autre fois par un paquet d'aiguilles. A noter que ces corps étrangers n'ont point été vus aux rayons X, car il n'y a pas eu de radiographie de fait, mais simplement une radioscopie. La radioscopie suffit, en effet, 19 fois sur 20, à faire un diagnostic exact.

La malade qui avait avalé les aiguilles a subi simplement l'ablation de ces corps étrangers, sans opération sur l'estomac ; celle qui avait avalé l'épingle a subi une pylorectomie, car le corps étranger avait déterminé une véritable ulcération avec phase inflammatoire péri-pylorique. Ces deux malades ont guéri. Aucun trouble ne s'est reproduit. Tous les symptômes étaient ceux d'un ulcus gastrique : hémorragies, douleurs, troubles dyspeptiques qui duraient depuis des années et qui avaient nécessité différents traitements.

L'arrêt des hémorragies par les injections intra-veineuses de citrate de soude. — M. Maurice RENAUD. — Les injections intra-veineuses d'une solution de citrate de soude à 30 0/0 (20 à 25 cc.) arrêtent instantanément les hémorragies les plus graves, entre elles celles des néoplasiques et des tuberculeux. L'auteur n'a pas observé d'accidents.

L'identification des spirochètes bronchiques. — M. DELAMARE. — Le spirochète de Castellani est identique au *Scropchæta* Vincenti ; l'un et l'autre ont les mêmes caractères morphologiques et sont en outre polymorphes, hémorragipares, nécrosants et arsénosensibles.

Rapport concernant une réimpression du Livret de la Mère. — M. Jules RENAULT. — **Rapport au nom de la Commission de l'Insuline.** — M. DESGREZ.

11 mai.

SOCIÉTÉ MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 mai 1926.

Sur l'immunisation par l'anatoxine diphtérique. — MM. Louis MARTIN, Georges LOISEAU et Albert LAFFEUILLE. (Voir mementos.)

La pratique de la vaccination par l'anatoxine diphtérique. — M. Ch. ZŒLLER rapporte les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de l'anatoxine diphtérique soit par la vaccination systématique entreprise à l'occasion d'un cas sporadique, soit par la vaccination d'urgence entreprise à l'occasion d'une poussée épidémique sévère. Les sujets en cours d'immunisation doivent rester soumis à une surveillance médicale. La sérothérapie préventive, l'isolement des porteurs de germes, la sérothérapie curative chez les sujets vaccinés sont autant de barrières à l'extension épidémique qui devront tomber selon les circonstances au fur et à mesure des progrès de la méthode. Les réactions vaccinales sont toujours passagères et sans danger. Plus de quatre mille injections ont été pratiquées sans incident.

A propos de la réactivation de la réaction de Bordet-Wassermann par les maladies aiguës. — M. Marcel PINARD rapporte l'histoire d'un malade qui au cours d'une crise d'urémie subaiguë présenta des réactions sérologiques positives qui devinrent négatives quand le taux de l'urée sanguine redevint normal.

Mais à côté de ces réactivations transitoires à la suite de traumas ou de maladies aiguës qui révèlent une syphilis latente, il faut éviter l'erreur de résultats positifs que donnent à tort certains sérums avec un système hémolytique insuffisant.

Néanmoins la valeur des réactions sérologiques, même sensibles, reste entière avec d'excellents titrages et témoins.

Traitement de la maladie de Basedow par l'iode. — M. LABBÉ fait une communication des plus intéressantes sur le traitement de la maladie de Basedow par l'iode. Les résultats immédiats sont souvent intéressants, le métabolisme basal s'abaisse et le poids augmente. Les résultats tardifs peuvent conduire à une guérison et l'activité de l'iode est comparable à celle des rayons. L'auteur emploie 10 à 20 gouttes de solution de Lugol par jour, ou 10 centigr. d'iode métalloïdique en combinaison protéique.

M. FLANDIN pense qu'il y a opposition entre la période de début et la période de goitre établie. Au début l'iode paraît exercer une action excitante et semble exagérer les signes de goitre, contrairement à ce qu'on observe plus tard.

M. RIST. — Dans la petite hyperthyroïdie, le traitement iodé exagère souvent les signes en évolution. Le traitement iodé intensif chez les tuberculeux ne donne pas d'accidents d'hyperthyroïdie. Ce traitement ne donne par contre aucun résultat dans la tuberculose.

M. COMBY. — Le traitement iodé est couramment employé dans les goitres non basedowifiés.

Valeur diagnostique de la cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte. — M. A. JOUSSET démontre l'utilité de la cuti-réaction à la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose à tous les âges de la vie.

L'épreuve ordinairement réservée à la pathologie infantile peut aussi, chez l'adulte, rendre les plus grands services à condition d'utiliser non plus l'allergie elle-même mais ses modifications sous l'influence des maladies.

Chez l'adulte la cuti-réaction étant normalement positive (98 0/0 des cas), sa disparition acquiert la valeur spécifique de tous les phénomènes exceptionnels.

La cuti-réaction normale est toujours et immédiatement supprimée par la pneumonie, la fièvre typhoïde, la lymphadénie ; très fréquemment par le cancer (quatre fois sur cinq cas), et ceci indépendamment de toute cachexie. L'épreuve est donc des plus intéressantes pour le diagnostic.

Une cuti-réaction négative comportera donc trois significations :

Ou le sujet n'a jamais subi la souillure du bacille de Koch (exceptionnel chez l'adulte) ; ou il est porteur d'une tuberculose évolutive grave ; ou il est atteint d'une affection anergisante (chez l'adulte pneumonie ou broncho-pneumonie, fièvre typhoïde, leucémie, cancer).

On peut donc pratiquement admettre que tout état fébrile prolongé, sans détermination organique appréciable, qui respecte la cuti-réaction à la tuberculine ne peut appartenir qu'à la tuberculose. Ainsi peut être rapidement tranché le diagnostic si difficile de la *typho-bacillose*.

On pourra de même distinguer par le même moyen et avec certitude le lymphadénome des adénites tuberculeuses et bien souvent, quoique avec une rigueur moindre, l'ulcère gastro-duodénal du cancer des mêmes organes.

Retentissement œsophagien et duodénal d'un cancer gastrique sous-cardiaque à forme hémorragique et anémique. — MM. P. Le Noir, M. Bariéty et L. Mamoul. — Il s'agit d'un homme de 60 ans présentant des hémorragies gastro-intestinales abondantes (hématémèses et melæna), sans autre signe gastrique, le tout relevant d'un gros cancer sous-cardiaque ulcéré.

A son propos les auteurs insistent sur trois particularités de son évolution : l'expression clinique fruste larvée ou monosymptomatique des lésions sous-cardiaques de l'estomac, la forme anémique et le syndrome hématologique de ces cancers (anémie grave à type hypoplastique ou aplastique, allongement de la courbe d'hémolyse, présence d'hémolysines dans le sérum des malades) ; enfin le retentissement à distance, œsophagien et duodénal, auquel ils peuvent donner lieu et les difficultés cliniques et même radiologiques que présente parfois leur diagnostic de localisation.

Sensibilité et sensibilisation des téguments aux diverses radiations lumineuses. — M. A.-C. Guillaume.

BIBLIOGRAPHIE

L'Evolution biologique et spirituelle de l'homme, par Sir Olivier Lodge (Editions de la B. P. S., 8, rue Copernic).

L'évolution biologique et spirituelle de l'homme, voilà un titre ! Le grand physicien anglais n'hésite pas. Il connaît l'avenir. Il sait qu'après diverses épreuves et des réincarnations terrestres temporaires, l'homme atteindra son plein épanouissement transcendental. Cela, c'est l'hypothèse si familière aux spirites. Nous ne nous en occuperons pas. Mais cette hypothèse repose sur certains fondements scientifiques qui intéressent. Les biologistes répètent que la vie et l'esprit sont pures fonctions de la matière ; ils n'imaginent pas que ces forces immatérielles puissent exister sans le concours d'un corps matériel qui leur sert de support. Mais dans l'univers physique, l'éther invisible et impalpable a pris force de notion indispensable ; sans la présence de l'éther, pas d'explication pour le moindre phénomène. La force de cohésion qui tient enchaînés les atomes provient de l'éther. Tout corps matériel est doublé d'un corps éthérique qui en assure la fixité, et détermine les lois d'évolution et de régression auxquelles ce corps est nécessairement soumis. L'hypothèse matérialiste n'explique que les apparences et la surface, tout ce qui est près de l'œil et pénètre nettement dans la rétine ; c'est la formule de ceux qui étant myopes, ne s'aperçoivent pas de leur infirmité.

Etudes neurologiques, par M. le Pr Georges Guillain. (Masson, édit.), 2e série.

Le Pr Guillain réunit ses publications diverses dans des volumes d'ensemble. La première série de ses études neurologiques a été rapidement épuisée. Le succès en a été considérable en France et à l'étranger. La deuxième série aura le même sort. Elle réunit entre autres remarquables mémoires un chapitre tout nouveau sur la sclérose en plaques et plusieurs études sur le réflexe médio-pubien à juste titre nommé le réflexe de Guillain. Cet auteur a montré que ce réflexe double, abdominal et adducteur, subit une dissociation dans la sclérose en plaques, le réflexe abdominal disparaissant tandis que l'adducteur persiste. D'autres chapitres sur la pathologie de l'encéphale et de la moelle mériteraient d'être résumés. La clinique de Charcot sous l'impulsion du Pr Guillain a repris une activité productrice toute rajeunie. Le retentissement des travaux qui en sortent est considérable à l'étranger, il ne l'est pas moins dans le monde neurologique français. La deuxième série des *Etudes neurologiques* suffit pour convaincre de cette renaissance et le médecin qui tient à suivre l'orientation de la neurologie contemporaine y parviendra par la lecture des œuvres de la Clinique de la Salpêtrière.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Firmingre.
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE NEUROLOGIQUE

Hôpital Necker. — M. le Pr Sicard.

Deux cas d'astasie-abasie (1).

Voici deux malades, intéressantes à rapprocher, parce que l'étude de leur *démarche* seule met rapidement sur la voie du diagnostic.

La première est une campagnarde, d'une soixantaine d'années, qui, — outre un léger affaiblissement psychique (amnésie, pleurnicheries, sautes d'irritabilité), — présente une impotence des membres inférieurs, qui s'est installée lentement, progressivement, depuis deux ans bientôt, et pour laquelle elle est venue consulter, ce matin.

L'examen somatique pourtant, ne révèle aucun trouble pyramidal : ni clonus, ni trépidation épileptoïde, ni inversion du réflexe cutané plantaire, — simplement une certaine *vivacité des réflexes tendineux.*

Faisons marcher la malade : *tantôt elle avance avec lenteur, instable, incertaine, sautillante, tantôt elle paraît se recueillir, puis elle accélère paradoxalement sa marche.* Ce n'est pas, à proprement parler, la démarche traînante, penchée et impulsive de la Maladie de Parkinson, — elle rappellerait plutôt les gesticulations des pantins, ou, mieux encore, celle des « poupées des Contes d'Hoffman ».

A cette démarche, on reconnaît, sans hésitation possible, une forme spéciale d'incoordination motrice, à laquelle on réserve le nom d' « **astasie-abasie** ».

La seconde malade ne diffère pas sensiblement de la précédente. Elle aussi, depuis deux ans, se plaint de troubles de la marche. Elle accuse, de plus, des vertiges fréquents, qui l'étourdissent au point de l'obliger à s'asseoir, — sans toutefois que jamais aucune chute s'ensuive. Chez elle, nul déficit amnésique, ni affectif. Pas de désordres labyrinthiques. Aucun syndrome paralytique, ni de syphilis, à l'origine de cette infirmité, — mais une aorte clangoreuse et une tension artérielle forte : l'azotémie doit être recherchée, ainsi que l'albumine urinaire.

Il convient d'ajouter que, ici encore, on trouve de l'*exagération des réflexes.*

La façon de marcher de cette seconde malade a également orienté presque aussitôt le diagnostic, mieux que tout interrogatoire. Elle avance, *hésitante, titubante, un peu drôlement, à la manière d'une marionnette* : sa déséquilibration procède à la fois de l'ataxie et de l'incertitude cérébelleuse.

(1) Leçon recueillie par le Dr Neuberger.

Offrons-lui un soutien « moral », si j'ose dire, en faisant mine, par exemple, de lui prendre le bras et de l'accompagner dans sa promenade : aussitôt ses pas se font plus rapides et assurés, sa marche *par moments est redevenue presque normale.*

Cette influence très nette, sur l'atasie-abasie, du moindre facteur affectif ou moral avait bien été mise en lumière par Brissaud, dans une Leçon restée célèbre. Le syndrome était déjà connu avant cet auteur, et c'est à Charcot que revient le mérite de l'avoir isolé. Mais cette *variabilité*, précisément, d'un moment à l'autre, dans les caractères de cette démarche, lui conférant un aspect paradoxal, artificiel, longtemps l'avait fait suspecter de « sursimulation » : et l'astasie-abasie passait alors pour un phénomène hystérique.

Nous savons aujourd'hui que l'astasie-abasie est un des éléments du **syndrome** « **para-pyramidal** », qui traduit un *dysfonctionnement des noyaux gris centraux.* Comme on a pu le voir, elle s'accompagne assez constamment d'hyperréflexie tendineuse.

Est-ce à dire que, pour nos deux malades, on puisse invoquer une pathogénie *parkinsonnienne franche,* ou un *parkinsonnisme* succédant à une Encéphalite discrète ? L'absence de cet aspect soudé si spécial, avec raideur, tremblement, salivation, etc., ne permet pas de se rallier à la première hypothèse. En faveur de la seconde, il n'est pas sans intérêt de rappeler que les vertiges « cérébelleux » ont parfois été notés comme le prélude d'une Encéphalite se développant peu après leur apparition. Tel ne semble cependant pas être le cas de notre deuxième malade, chez laquelle une évolution lente et quasi-stationnaire exclut très vraisemblablement cette supposition.

D'ailleurs les deux patientes, soigneusement interrogées à cet égard, ne se rappellent pas avoir jamais éprouvé ni incident fébrile, ni somnolence, ni diplopie, ni myoclonies.

Force nous est donc de nous arrêter à la thèse d'un trouble moteur : première étape vers le « syndrome strié », et pouvant précéder de loin une évolution lésionnelle. L'**astasie-abasie** aurait ici la signification d'une *ébauche de symptôme,* liée à des perturbations vasculaires intéressant les fibres qui unissent le cortex au mésocéphale. On pourrait parler d' « **insuffisance striée** » pour désigner le double tableau clinique présenté ici, — ne préjugeant, par là, rien de son évolution, et par assimilation banale avec nombre d'insuffisances viscérales (hépatique, rénale, etc.).

Il est fort possible que ces désordres cérébraux,

spasmodiques, soient eux-mêmes commandés par le plus ou moins bon fonctionnement du cœur et du rein : et c'est dans l'intégrité de ces deux appareils, en dernière analyse, qu'il nous faudra, sans doute, chercher les ressources thérapeutiques. Nos malades sont, d'ailleurs, l'une et l'autre, des *hypertendues* : des examens biologiques appropriés nous diront le degré de cardio-brightisme qu'elles présentent, et, conséquemment, la cure à instituer (jeûne, théobromine).

Ces quelques réflexions doivent nous rappeler qu'il existe, à côté de sujets atteints de *lésions* certaines du mésocéphale, d'autres malades, pour lesquels on ne saurait guère parler encore que de troubles *fonctionnels* du corps strié.

Chez les premiers, c'est le **syndrome « pseudo-bulbaire » vrai**, en rapport avec de petits foyers *bilatéraux* (thrombose, ramollissement), qui communiquent au cerveau cet aspect classique d'organe vermoulu, tacheté. Chez les seconds, on devra se contenter de l'appellation d' « **insuffisance striée** » : car ici les troubles vasculaires l'emportent manifestement encore sur la sclérose, donnant lieu à cette atténuation, à cette mutabilité dans les symptômes, dont l'astasie-abasie vient de nous fournir un exemple typique.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Hôpital Necker. — M. le Pr LEGUEU.

La vaccination locale.

Depuis ces derniers temps, on commence à opposer la vaccination locale à la vaccination générale. Comme il arrive presque toujours quand une idée nouvelle paraît, elle soulève des espérances quelquefois illégitimes et excessives. C'est peut-être, en partie au moins, le sort de la vaccination locale, qu'on a appliquée un peu partout. Avant d'étudier les résultats qu'elle peut donner en urologie, voyons comment on est arrivé à cette méthode.

Rappelons d'abord en quoi consiste la vaccination générale, quels sont les caractères qui la différencient de la sérothérapie. Dans la sérothérapie, on apporte à un individu le sérum d'un individu étranger, doué de propriétés antimicrobiennes, contenant les anticorps faits par cet individu. A celui qu'on va immuniser, on ne demande pas l'effort nécessaire pour faire des anticorps. C'est là le principe de la sérothérapie. La sérothérapie apporte l'immunité toute faite.

Dans la vaccinothérapie, au contraire, on apporte à un organisme infecté des éléments correspondants, c'est-à-dire le même microbe, ou à peu près, avec ses propriétés, ses sécrétions. Ce microbe amènera l'organisme où on l'a introduit à faire lui-même des anticorps, à s'immuniser.

C'est de BESREDKA, de l'Institut Pasteur, que vient l'idée d'une vaccination locale. Le principe de la vaccination générale parut ébranlé par cette découverte. Les expériences de BESREDKA ont pour point de départ l'inoculation du charbon au cobaye. Il est un fait extrêmement curieux : pour donner le charbon au cobaye, il faut inoculer la peau. Quand on peut éviter cette contamination, on ne communique pas le charbon au cobaye, même en traversant la peau, et en faisant une injection dans le péritoine.

Inversement, si à un cobaye on fait une vaccination cutanée, on pourra ensuite lui donner des bactéridies par la bouche, sans lui donner le charbon, parce que sa peau a été immunisée. En ce qui concerne la bactéridie charbonneuse, la peau du cobaye est à la fois l'élément le plus sensible de l'économie à l'infection, et à la vaccination de l'individu.

Ces expériences conduisaient à cette notion très curieuse, c'est qu'une infection comme le charbon est locale avant d'être générale, si bien qu'on arriva à se demander si ce qui se passait pour une bactéridie charbonneuse ne se produisait pas pour d'autres microbes, et s'il n'y avait pas des organes d'élection pour la pénétration des éléments microbiens dans l'économie et pour opérer la contamination. Vous savez aujourd'hui qu'en ce qui concerne la fièvre typhoïde, qui est une maladie à point de départ intestinal, on fait des vaccinations locales, intestinales, par la bouche, alors qu'autrefois on pratiquait seulement la vaccination sous-cutanée.

Peut-on appliquer la même méthode au gonocoque ? Puisque le gonocoque entre toujours par l'urètre, sauf quelques exceptions où il pénètre par l'œil ou d'autres muqueuses, on peut supposer que la muqueuse de l'urètre est la muqueuse élective jouant le même rôle que la peau chez le cobaye pour l'infection charbonneuse.

Cette idée de la vaccination locale est extrêmement séduisante. Est-elle vraie ? Je l'ignore. On ne doit pas la rejeter, au contraire, il faut s'empresser de l'étudier pour en faire les applications. C'est ce que nous avons fait, et nous allons voir pour l'urètre, le péri-urètre, la prostate, la vessie, les pyélonéphrites, ce que nous avons pu obtenir.

Nous avons utilisé ici la vaccination locale dans

la blennorragie, à la requête du Ministre de l'Hygiène qui m'envoyait un sérum utilisable en injections locales dans l'urètre. Nous l'avons appliqué pendant quelques semaines sur 7 malades, dont 2 ont été hospitalisés, sans aucun résultat ; mais les recherches sont commencées, et peut-être demain trouvera-t-on un filtrat meilleur ?

Dans les suppurations péri-urétrales, les abcès urineux, les phlegmons du périnée, les infiltrations d'urine, nous avons employé en applications locales du vaccin antivibrion, anti-œdématiens et anti-perfringens, qui sont les microbes de la gangrène gazeuse ; aucune modification n'a été observée. La vaccination générale, — 10 cc. par jour des trois vaccins sous la peau, — semble avoir permis de guérir mieux, plus simplement.

Dans les abcès de la prostate, la vaccination locale après périnéotomie, avec le vaccin antigonococcique, n'a pas donné de résultat appréciable. Par contre, la vaccination générale conserve son efficacité, tantôt pour prévenir l'ouverture de l'abcès, tantôt pour favoriser la cicatrisation.

Pour la vessie, nous n'avons pas beaucoup d'observations, parce que la plupart des lésions étaient associées à la pyélonéphrite et la part de la vessie n'est pas nette. Cependant, en 1912, j'avais un malade présentant une suppuration intra-vésicale considérable ; ayant constaté l'ouverture incontestable d'une poche ou d'une cellule dans la vessie, j'avais fait à plusieurs reprises, par l'orifice de la cystostomie, des injections de sérum polyvalent, et j'eus la satisfaction de constater qu'en l'espace de quelques jours la suppuration avait diminué dans des proportions extraordinaires, la température, qui restait haute malgré l'ouverture de l'abcès, s'était atténuée. C'est pourquoi, dès le début de la guerre, avec M. Cuvilier, j'ai fait l'application de ce sérum, locale, en pansements, et générale, chez les blessés, avec de bons résultats.

M. Pitch a fourni des documents intéressants sur le traitement des cystites à colibacille par les vaccinations locales. Chez 2 femmes ayant une pyélonéphrite fébrile, l'introduction du vaccin dans la vessie non seulement a été très bien supportée, mais s'est accompagnée d'une disparition très rapide des douleurs vésicales ; en outre la température est revenue très vite à la normale. Ces cas sont très nets, car on avait fait auparavant soit des injections d'argyrol, soit des lavages au nitrate d'argent, sans obtenir de sédation. Dès l'introduction du vaccin, ces femmes ont accusé un mieux-être immédiat. Chez une troisième, on introduisit d'emblée le vaccin intra-vésical, et l'on constata la disparition des symptômes vésicaux et le retour rapide de la température à la normale.

Dans les pyélonéphrites, les résultats sont probants et permettent de considérer la vaccination locale comme une ressource extrêmement précieuse.

La vaccination locale, établie sur les expériences de Besredka, est encore justifiée par les découvertes de d'Hérelle, en ce qui concerne le bactériophage. Cette découverte de d'Hérelle, qui depuis dix ans révolutionne la bactériologie, consiste dans le fait suivant : lorsqu'on filtre une culture d'un microbe quelconque sur des bougies de porcelaine ne laissant pas passer les microbes, mais donnant issue à toutes leurs sécrétions, on recueille un liquide appelé filtrat. Si on met ce filtrat dans une culture du même microbe, la culture meurt, disparaît, les microbes sont dissous complètement. Les uns admettent l'existence du bactériophage ; le bactériophage n'ayant jamais été vu, sa présence n'ayant jamais été constatée, il s'agirait simplement pour d'autres, d'une propriété lysante, d'un pouvoir de dissolution.

Les stocks-vaccins, en instillations intra-pyéliques, n'ont donné aucune guérison définitive. Au contraire, avec les bouillons-vaccins, les résultats sont très favorables. Furent traitées : 26 pyélonéphrites à colibacilles, 10 à staphylocoques, 1 à streptocoques, 1 à coli associé au streptocoque et au pyocyanique, 4 avec association de colis et de staphylocoques. On sait que les pyélonéphrites sont difficiles à guérir. C'est pourquoi il est très intéressant de voir ce que donne cette nouvelle médication. La plupart des malades avaient été traités antérieurement et sans succès par des instillations intrapyéliques et des injections intraveineuses d'urotropine, et quelques-unes par des injections sous-cutanées de stocks-vaccins. Généralement, la pyéloscopie n'avait décelé aucune cause de prolongation de la maladie.

On a fait des injections intra-pyéliques hebdomadaires de bouillons-vaccins, après lavage du bassinet au sérum tiède. Sur 26 pyélonéphrites à colibacille, 22 guérisons et 4 échecs ; sur 10 à staphylocoque, 6 guérisons et 4 échecs ; 1 à streptocoque a donné 1 échec ; 1 à coli associé au strepto et au pyocyanique, 1 échec ; 4 à coli associé au staphylocoque, 3 guérisons et 1 échec. En somme, chez 42 malades, la vaccination locale a donné 11 échecs et 31 guérisons. Ces résultats sont vraiment satisfaisants.

La méthode est du reste en voie de perfectionnement : des filtrats complexes comprenant un principe bactériolytique servent à la vaccination locale, en injections intra-pyéliques ; en même

temps on en fait absorber par la bouche, ce qui est encore une manière de vaccination locale, puisque le colibacille vient de l'intestin où existe son foyer générateur. Nous pouvons espérer obtenir de meilleurs résultats, mais déjà nous avons des résultats très précieux et encourageant de nouvelles tentatives dans cette méthode pleine encore d'espérances.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin. — M. le Pr DELBET.

Les cholécystites et l'exploration fonctionnelle des voies biliaires.

Une malade présente des troubles digestifs, entrecoupés de crises dont le caractère est assez bien précisé pour qu'il soit permis de les rapporter à des accidents du côté du foie et de la vésicule biliaire. Il y a huit ans, la crise éclata quelques heures après le repas du soir, avec des douleurs épigastriques irradiées vers l'épaule, des nausées, des vomissements. Après une longue période d'accalmie, une nouvelle crise survient, avec sensation pénible dans l'hypochondre droit, étourdissements, vomissements bilieux et alimentaires.

En examinant cette malade, on constate une saillie assez nette au siège de la vésicule biliaire. Lorsqu'on soupçonne une lésion de la vésicule biliaire, on ne doit jamais se contenter de faire la palpation avec une main abdominale. Dans nombre de cas, on ne sentira rien alors qu'il y a cependant une grosse tumeur. C'est que, sous l'influence de la pression, la tumeur se déplace, et ne donne pas une sensation de résistance particulière. Il faut donc, lorsqu'on cherche une vésicule biliaire, bien avoir soin de glisser l'autre main dans l'échancrure iléo-costale. Dans ces conditions, la tumeur devient très facile à palper.

Cette tumeur a un pédicule supérieur, correspondant à peu près au niveau de la jonction du bord externe du muscle droit avec les cartilages costaux. Le grand axe de la tumeur est oblique en bas et en dedans, il se dirige vers l'ombilic. C'est encore un caractère ordinaire des vésicules un peu augmentées de volume. En augmentant de volume, elles tendent à se rapprocher de l'ombilic.

Si on donne une petite secousse dans la région lombaire, avec la main gauche, la main abdominale est légèrement soulevée, c'est-à-dire que la tumeur présente le phénomène du ballottement. C'est dû tout simplement à ce que la tumeur a une étendue considérable dans le sens antéro-postérieur.

Ce phénomène du ballottement a une grosse importance clinique. Il a été décrit d'abord sous le nom de ballottement rénal, parce qu'on considérait que le phénomène du ballottement était lié exclusivement aux tumeurs d'origine rénale. C'est une erreur absolue. Toute espèce de tumeur qui siège dans l'hypochondre, qui n'est pas très adhérente et suffisamment volumineuse pour s'étendre de la paroi abdominale postérieure à la paroi abdominale antérieure, peut présenter le phénomène du ballottement.

Pratiquement, on trouve le ballottement dans les tumeurs rénales, dans les grosses vésicules biliaires. La majorité des cholécystites présentent le phénomène du ballottement. Les tumeurs de l'angle du côlon, certains kystes hydatiques présentent le ballottement.

Un autre symptôme à chercher est la continuité de cette tumeur avec le foie. D'abord, il faut chercher si elle est mobile avec les mouvements respiratoires. On demande à la malade de respirer très fort. La tumeur s'abaisse considérablement au moment de l'inspiration. Que doit-on en conclure ? Jadis, on considérait que les tumeurs abdominales influencées par les mouvements de la respiration avaient des connexions avec le foie ou étaient d'origine hépatique. Cette conclusion est tout à fait excessive. On sait aujourd'hui que presque tous les viscères de l'abdomen subissent l'influence des mouvements de la respiration.

Par exemple, rien ne descend plus pendant un grand effort inspiratoire qu'un rein mobile. Par conséquent, l'influence des mouvements de la respiration ne suffit pas du tout pour rattacher la tumeur au foie. Cependant, on peut dire qu'ordinairement les tumeurs hépatiques subissent un mouvement d'amplitude plus considérable en rapport avec la respiration, que les autres tumeurs. Ici, même quand la malade respire tranquillement, la tumeur est rendue plus perceptible.

Dans un certain nombre de cas, on arrive à sentir, vers la partie moyenne de la tumeur, le rebord du foie ; ce symptôme est très précis, mais il ne faut pas s'imaginer qu'on le percevra toujours. Dans certains cas, il y a une hypertrophie linguiforme du foie qui peut être prise pour la vésicule biliaire.

En présence d'une grosse vésicule biliaire, on doit penser quelquefois à une lésion qu'on appelle la mucocèle biliaire ou l'hydropisie de la vésicule biliaire, qui se produit lorsque le canal est oblitéré définitivement. Cette hydropisie de la vésicule biliaire peut devenir énorme, si bien qu'on a pu

quelquefois prendre ces tumeurs pour des kystes de l'ovaire.

Dans la majorité des cas, on se trouve en présence d'une réaction inflammatoire due à la présence de calculs, c'est-à-dire d'une cholécystite calculeuse. Il ne faut cependant pas croire que la présence de calculs est nécessaire à la production d'une cholécystite. On voit des cholécystites non calculeuses dans le décours des maladies infectieuses, surtout de la fièvre typhoïde. On sait que le bacille d'Eberth est capable de vivre dans la bile. Il n'est pas rare, vers le troisième septénaire ou dans la période de convalescence, de voir éclater une cholécystite typique.

A-t-on des moyens de se renseigner sur l'état d'une vésicule autres que ces moyens cliniques anciens ? On peut s'adresser au tubage duodénal, qui consiste à faire avaler au malade un petit tube de caoutchouc muni à son extrémité d'une olive perforée ; c'est ce qu'on appelle ordinairement le tube d'Einhorn, du nom de l'Américain qui l'a imaginé. Pour savoir si l'olive métallique est arrivée dans le duodénum, il y a plusieurs moyens ; c'est d'abord la radioscopie ou la radiographie, mais on peut s'en rendre compte en aspirant de temps en temps le liquide avec une seringue. Tant que sa réaction est acide, c'est que l'olive est dans l'estomac ; lorsqu'elle arrive dans le duodénum, la réaction du liquide devient alcaline. Quelquefois on retire du liquide bilieux dans lequel on trouve des filaments de pus. On a recours à des artifices pour augmenter la sécrétion biliaire. On peut l'augmenter en injectant des substances acides, de l'acide chlorhydrique en solution, par exemple ; le résultat est assez inconstant ; ordinairement, on emploie la magnésie.

On retire un liquide d'aspects variables. On a réduit ces aspects à trois types : la bile A, bile claire, très fluide ; la bile B, beaucoup plus foncée et beaucoup moins fluide ; la bile C, très fluide. La bile A est la bile qui se trouvait dans le canal cholédoque au moment de l'injection de magnésie. La bile B est la bile qui se trouvait dans la vésicule et sous l'influence de l'excitation a été brusquement expulsée vers l'intestin. La bile C est celle qui survient après que la vésicule a été vidée.

Mais on ne peut pas affirmer que la bile B provient vraiment de la vésicule biliaire. Le rôle physiologique de la vésicule est encore très incertain. Les uns supposent que c'est un organe vestigial ne jouant aucun rôle ; d'autres, qu'elle n'a qu'un rôle mécanique, celui de simple réservoir pour la bile ; d'autres lui attribuent un rôle physiologique. Il est à peu près certain qu'il s'y produit une résorption d'eau, et que la bile s'y concentre, pour pouvoir neutraliser rapidement le suc gastrique.

Dans certains cas, la muqueuse vésiculaire est rouge, tomenteuse, villeuse, avec des grains jaunes comparés aux akènes de la fraise. D'après Lecène, ces grains jaunâtres ne sont pas de la cholestérine, mais un autre lipoïde. Cet aspect fraise n'est pas spécial à la vésicule, on peut le trouver dans d'autres organes, d'autres maladies, particulièrement dans les salpingites.

On a dit que cette bile noire ne vient pas de la vésicule, puisqu'on la retrouve chez des individus privés de vésicule. Cette conclusion n'est pas légitime, parce que chez les individus auxquels on a enlevé la vésicule, il se refait très ordinairement un réservoir, les voies biliaires se dilatent, au moins les voies extra-hépatiques.

Pour l'examen radiographique, on fait absorber aux malades des substances opaques aux rayons X et qui s'éliminent par le foie, comme le tétrabromure de phénolphtaléine, injecté directement dans la veine. Cette méthode a donné des accidents. Plus récemment, des médecins américains ont remplacé ce produit par la phénolphtaléine tétraiodée, et au lieu de l'injecter directement dans les veines, le font ingérer par le tube digestif, c'est-à-dire par la bouche, ce qui a moins d'inconvénients.

Si le canal cystique est complètement oblitéré, si la bile ne peut plus remonter de la voie principale dans les voies accessoires, on ne doit pas voir l'image de la vésicule à la radiographie.

CLINIQUE MÉDICALE

Le signe de Blumberg.

Par M. S. Mintz (Bialystok Pologne).

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Saratov (Russie).

En 1910 Blumberg a décrit le phénomène suivant : *dans une appendicite aiguë, si palpant la fosse iliaque droite, on retire vivement la main, la douleur s'accentue notablement ; fréquemment la palpation elle-même est indolore, et la douleur n'apparaît qu'après un retrait brusque des doigts. Il est nécessaire que les doigts s'enfoncent à une profondeur déterminée.* Le signe décrit indiquerait d'après l'auteur que le péritoine est entraîné dans le processus inflammatoire.

De quoi dépend le signe de Blumberg ? Cette

question touche le problème de la sensibilité des organes de la cavité abdominale, de leurs revêtements péritonéaux. Jusqu'à présent aucune des théories proposées ne nous offre un éclaircissement de ces faits et n'est en état de nous expliquer par un principe général la multiplicité de phénomènes que nous offre la clinique et l'expérimentation.

Je connais ce signe et je m'en sers depuis une douzaine d'années. Aujourd'hui après avoir eu l'occasion de dresser de nombreuses observations je voudrais vous en faire part. Je ne dirai pas des histoires de maladies qui auraient pu servir à la confirmation de mes observations parce que mes communications pourront être facilement contrôlées par chaque praticien.

J'aborderai l'appendicite. Ici le signe de Blumberg a une grande importance séméiologique : très souvent il offre le moyen de reconnaître l'appendicite aiguë quand ni l'anamnèse ni la palpation ne nous renseignent d'une façon précise. Un malade vient vous voir et raconte que la veille il a ressenti une douleur très vive dans le ventre sans localisation bien déterminée ; actuellement il se sent tout à fait bien, mais la douleur étant exceptionnelle, il voudrait savoir s'il n'y a rien d'anormal dans son abdomen. Fréquemment dans ces cas, la palpation ne révèle aucun signe pathologique. Et souvent on ne trouve qu'un signe de Blumberg nettement manifesté.

Au début ces cas étaient pour moi énigmatiques. Mais quand par la suite il m'arrivait de voir le même malade avec une récidive d'appendicite typique, j'appris à considérer le signe de Blumberg comme précieux. Grâce à lui, je pouvais diagnostiquer une appendicite aux signes douloureux les plus discrets. De nombreux cas qui ont passé inaperçus seront désormais reconnus à propos, étant donné la valeur seméiologique de ce signe qui n'exige aucune technique spéciale.

Le signe de Blumberg peut nous rendre de nombreux services, quand il s'agit de reconnaître le passage d'une appendicite aiguë à la période apyrétique. Il s'agit alors d'un cas d'appendicite aiguë avec défense musculaire, hyperesthésie douloureuse dans la fosse iliaque droite et température élevée. Mais voilà que le processus s'atténue, la température redevient normale, le malade a de l'appétit et se sent tout à fait bien. A l'examen objectif — rien de particulier. Il semblerait que cliniquement le malade est guéri et qu'on peut lui permettre de quitter son lit, élargir son régime. Mais le Blumberg très net vous oblige de vous tenir sur vos gardes. Vous suivez votre malade et remarquez l'atténuation progressive du signe de Blumberg qui finit par disparaître, — dernier nuage d'un orage qui s'éloigne.

Malgré les rapports indirects de ce qui va suivre, je rappellerai en passant que souvent au cours d'une appendicite aiguë accompagnée de vive réaction péritonéale, je trouvais en auscultant la cavité abdominale, des bruits de vaisseaux sur toute l'étendue de cette cavité. On a l'impression d'ausculter directement la région cardiaque. Quelquefois dans ces cas, s'il est possible d'enfoncer la main dans l'abdomen il arrive de percevoir une pulsation nette des vaisseaux abdominaux; ce phénomène, je l'explique par la parésie des vaisseaux, lesquels dépendent des modifications du ganglion coeliacum décrites par Laignel-Lavastine au cours de la péritonite aiguë. Passons maintenant au sujet proposé.

Involontairement cette pensée monte à l'esprit : ne serait-il pas possible d'user du signe de Blumberg pour reconnaître les infections péritonéales chroniques ? Et en effet la péritonite tuberculeuse présente ce symptôme. On l'obtient tout à fait au début de cette affection quand les autres signes font encore défaut. En le recherchant chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire, je fus étonné de la fréquence avec laquelle je l'observais chez eux. Mais je dois remarquer que lorsque je trouvais chez un malade le signe de Blumberg, on observait souvent un tableau clinique de tuberculose intestinale concomitante à la péritonite. Seules des observations ultérieures contrôlées par l'autopsie peuvent éclairer ce problème : le signe de Blumberg apparaît-il comme un symptôme de péritonite tuberculeuse accompagnée de tuberculose intestinale, ou bien apparaît-il isolément dans chacune de ces affections ? Je suis enclin pour ma part à penser que ces formes morbides peuvent présenter le signe de Blumberg indépendamment l'une de l'autre même quand ces deux formes ne sont pas concomitantes.

Chaque praticien connaît sans doute ces cas de fièvre typhoïde qui dès le premier jour offrent un tableau clinique simulant d'une façon étonnante celui d'une appendicite. Aussi commençais-je à prêter attention à la présence du signe de Blumberg dans chacun de ces cas. Ce signe n'était pas une trouvaille exceptionnelle. Je le trouvais uniquement dans la fosse iliaque droite et même il existe dans les cas où la pression à ce niveau est absolument indolore. Je ne l'ai jamais observé avant le cinquième jour. Il se rencontre aussi bien dans les formes bénignes que dans les formes graves de la fièvre typhoïde. Par conséquent il n'a aucune valeur pronostique. Mais sa valeur diagnostique est énorme, puisque c'est un des

signes cliniques de la fièvre typhoïde le plus précoce et caractéristique ; la présence de ce symptôme me rendait fréquemment de grands services et m'a tiré de situations délicates et en particulier dans les cas vagues où par son aide je suis arrivé à éliminer le typhus exanthématique.

Dans les affections ulcératives de l'intestin le signe de Blumberg se remarque surtout dans la dysenterie, habituellement dans la région de l'S iliaque. Quand je le découvrais sur toute l'étendue du gros intestin et en particulier au niveau du cœcum, la maladie évoluait sévèrement et la terminaison en était souvent fatale. J'observais le signe de Blumberg aussi bien dans la dysenterie bacillaire qu'amibienne.

Outre ces maladies précédentes, j'ai quelquefois trouvé le signe de Blumberg au cours de coliques néphrétiques (pyélite, calculs) ; dans ce cas-là il était mis en évidence dans l'hypochondre gauche ou bien suivant le cas dans l'hypochondre droit.

Le signe de Blumberg est d'un grand intérêt dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum. Ici nous le trouvons au niveau des points douloureux. Il est nécessaire pour l'orientation exacte de cette question de dire quelques mots à propos des points douloureux dans ces affections ulcératives. Dans les grands ouvrages sur les maladies de l'estomac, dans la collection de Mathieu, Sencert et Tuffier, dans les manuels de Boas, Elsner, Hayem et Lion, dans la monographie de Moynihan, on indique l'existence d'un point douloureux sur la ligne médiane immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde.

Boas, Hayem se référant à Brinton rappellent en passant que parfois le point douloureux se trouve à gauche ou à droite de la ligne médiane. En somme ces auteurs n'accordent pas une grande importance à ce point douloureux dans l'ulcère rond, vu l'inconstance de ce signe.

Ainsi Elsner s'arrêtant plus profondément sur cette question, conclut que la recherche des points douloureux dans l'ulcère rond n'a presque aucune valeur.

Westphall et Hatsch accordent une grande importance séméiologique à la connaissance du point douloureux dans l'ulcère du duodénum. Ces auteurs le trouvaient presque dans tous leurs cas. Pour ces auteurs trouver ce point douloureux nécessite l'application d'une technique très précise. La palpation doit être monodigitale, on doit diriger le doigt perpendiculairement à la paroi abdominale et à une profondeur assez sensible. La région douloureuse doit être délimitée rigoureusement et le malade doit réagir vivement à la douleur provoquée.

Ces auteurs trouvaient le point duodénal au milieu de la ligne tracée entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic à un travers ou un travers et demi à droite. Mes observations sont tout à fait d'accord avec celles de ces auteurs et je suis tellement habitué à trouver ce point douloureux dans l'ulcus du duodénum et du pylore à peu près dans l'endroit indiqué, que l'absence de ce signe m'oblige à être extrêmement méfiant pour le diagnostic. Quant au point douloureux dans l'ulcus de la petite courbure contrairement à toutes les autorités il ne faut jamais le rechercher sur la ligne médiane au-dessous de l'appendice xyphoïde.

Il n'y a rien d'étonnant que le point douloureux dans l'ulcère rond soit peu fréquent, puisqu'on le recherchait là où il ne se trouve presque jamais. Les affections de l'estomac les plus variées font naître dans cette région une sensibilité diffuse, et baser son diagnostic sur un signe aussi équivoque est plus qu'incertain.

Le point douloureux dans l'ulcère de la petite courbure là où il se manifeste, je le trouve de règle *à l'intersection d'une ligne transversale à 4-6 centimètres au-dessus de l'ombilic, et d'une ligne paramédiane — 4-5 centimètres à gauche de la ligne médiane.* Ce point douloureux est rigoureusement déterminé et ne se manifeste jamais sans la coexistence du point de Boas, se trouvant à gauche de la douleur dorsale et de la I lombaire. Dans certains cas, le point de Boas est plus accusé dans d'autres, celui d'ulcère du duodénum que j'ai décrit. Dans les cas où on peut palper la grande courbure, il apparaît que le point douloureux ne se trouve pas sur le lieu même de l'ulcère, mais sur la grande courbure. Ce fait ne doit pas étonner, si nous nous rappelons que dans la biloculation spasmodique, la partie saine de l'estomac est également excitée et se trouve dans un état de contraction spasmodique.

Dans quelques cas le point douloureux dans l'ulcère de l'estomac apparaît avec plus de relief, non pas en décubitus dorsal, mais en station debout; aussi quelquefois, quelques coups de marteau appliqués sèchement sur le plessimètre, nous donnent des renseignements plus nets que la pression digitale. A ce propos je mentionnerai que très souvent, dans l'ulcus juxta-pylorique, je trouve le point douloureux (point phrénique gauche) décrit par Cadet et Parturier.

« Fréquemment dans l'ulcus de l'estomac j'ai pu constater la coexistence de ce point et du point douloureux que je trouve dans la région postérieure du cou à gauche de la Ve vertèbre cervicale. Ce dernier peut exister séparément. »

Si pour la détermination et la recherche du

point douloureux dans les endroits indiqués, et jamais, bien entendu sur la ligne médiane, nous employons la technique décrite ci-dessus, nous le trouverons très fréquemment ; il nous sera d'un très grand appui pour poser le diagnostic difficile d'un ulcère rond.

Dans quelques cas, le point douloureux n'est pas très évident et peut faire naître le doute. C'est justement dans ce cas-là que j'ai trouvé maintes fois le signe de Blumberg. Il apparaît parfois avec tant de relief que le malade se tord de douleur. Jusqu'à présent, malgré le grand nombre de malades, dont j'ai disposé, je l'observais dans l'ulcère duodénal et pylorique, jamais dans l'ulcère de la grande ou de la petite courbure.

J'estime utile de rappeler qu'en usant du signe de Blumberg il est nécessaire d'avoir à l'esprit uniquement la valeur symptomatique d'une péritonite aiguë.

Dans nombre de cas, une appendicite disons-nous ne sera reconnue grâce à ce signe qu'après élimination d'une péricholécystite ou paramétrite par exemple.

Je soulignerai encore une fois que le signe de Blumberg n'a une valeur diagnostique que lorsqu'il se manifeste nettement et une réponse vague, incertaine du malade ne doit pas entrer en ligne de compte.

FAITS CLINIQUES

Accident grave par injection intra-veineuse d'émétique.

Les praticiens qui se trouvent en Orient ont assez souvent l'occasion de traiter des malades porteurs de bilharziose urinaire, et le seul traitement qu'on puisse faire en pratique journalière est l'injection de sel d'antimoine-émétique, à doses croissantes. Il se trouve assez intéressant de publier l'accident arrivé à une de mes malades auquel je faisais l'injection d'émétique intra-veineuse à 0 gr. 03 chaque deuxième jour.

J'expose devant les praticiens les possibilités des accidents inattendus et graves pendant les injections. Mon patient avait subi trois injections à 0 gr. 03 sans accident. En faisant la quatrième injection, et l'injection n'était pas encore terminée, je vois les yeux du malade se congestionner et il me dit d'avoir une sensation de picotement sur la langue. J'arrête tout de suite l'injection et j'enlève la ceinture, le faux-col et tout ce qui serre le malade. Mais sa condition s'aggrave, il commence à vomir, extrême dyspnée, un pouls imperceptible, couleur cadavérique et une sueur froide et abondante, un état terrible à voir. C'est juste comme l'accident nitritoïde dû aux arséno-benzols comme on en fait la description dans les livres classiques et que je n'ai heureusement pas eu l'occasion de voir. Je me suis rappelé du traitement de la crise nitritoïde, et vite, j'ai fait une injection intra-musculaire d'adrénaline à 0 gr. 001. Après quelques secondes, l'état du malade s'améliore, pouls perceptible, moins de dyspnée, vomissement et contractions du diaphragme cessent, et heureusement tout passe après quelques minutes. Mais le malade reste dans un état d'épuisement. Je le garde chez moi pendant une heure, et seulement lorsque je suis bien sûr de sa condition je l'envoie à la maison.

Voilà un accident inattendu et grave qu'on doit avoir devant les yeux pendant les injections d'émétique. Il ne faut jamais compter sur les injections précédentes, comme chez ce même malade qui a eu il y a trois ans, une série de vingt injections sans accidents. Maintenant que j'ai vu cet accident, toutes les fois que je dois faire une injection d'émétique intra-veineuse, j'administre XX gouttes d'adrénaline à 1 °/₀₀, cinq minutes avant de faire l'injection.

La cause de cet accident grave m'est inconnue. Je vois seulement un parallélisme entre les accidents nitritoïdes du aux arséno-benzols et l'accident syncopal dû aux injections d'émétique.

Dr Rouben (Bagdad.)

N. D. L. R. — Nous remercions notre distingué confrère de Bagdad de son observation.

Elle témoigne une fois de plus du danger possible d'une injection intra-veineuse, quel que soit le produit injecté.

FORMULES

Gingivo-stomatite ulcéreuse.

Bains de bouche avec :

Chlorate de potasse	5 gr.
Stovaïne	3 —
Eau distillée	90 cc.

Une cuillerée à café par verre d'eau bouillie chaude.

(Nidergang.)

Gingivo-stomatite par intoxication.

Badigeonnages plusieurs fois par jour avec :

Stovaïne Novarsénobenzol Bleu de méthylène	âà 0 gr. 25
Glycérine Eau distillée	7 gr. 50

(Nidergang.)

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

L'ovarite menstruelle.

La douleur et les hémorragies caractérisent l'ovarite menstruelle, la douleur commençant plusieurs jours avant les règles et augmentant les jours suivants. Les hémorragies deviennent également plus abondantes et se prolongent. En leur absence, on constate une leucorrhée profuse. A l'examen, l'ovaire est volumineux, sensible. On croirait à une annexite, si ce n'était l'absence de fièvre et de réaction péritonéale. La plupart des femmes demeurent infécondes. M. Paul DALCHÉ (*Maladies de l'ovulation*) à qui nous empruntons ces détails, conseille avant tout de calmer la douleur. Des *enveloppements chauds et humides* du ventre valent mieux que la glace, d'un maniement plus délicat. De *petits lavements* seront administrés contenant 60 gr. d'eau tiède et X gouttes de *laudanum*.

Le *pyramidon*, l'*aspirine*, à la rigueur une piqûre avec 4 à 5 milligr. de *morphine* soulagent les douleurs plus vives.

Contre les métrorragies, M. DALCHÉ préconise l'*extrait hypophysaire* 0 gr. 10 deux fois par jour en cachets ou plutôt en injections sous-cutanées. Ces cachets pourront être alternés au bout de cinq jours avec les pilules :

Ergotine	0 gr. 10
Sulfate de quinine	0 gr. 02
Poudre de feuilles de digitale	0 gr. 01
Poudre de coca	q. s.

Pour une pilule. Cinq par jour pendant cinq jours.

M. DALCHÉ va jusqu'à conseiller dans les formes sérieuses l'application des rayons X. Ceci est plus dangereux. La simple *hydrothérapie* : douches tièdes à 37° d'une minute et demie suivie d'un jet frais à 28° de quelques secondes. les *bains frais* à 28°-30° de trois minutes de durée guérissent souvent à moins de frais.

Quant à la constipation si fréquente, elle sera combattue par les pilules :

Extr. gras de cannabis indien	0 gr. 01
Extrait de belladone	0 gr. 005
Poudre de belladone	0 gr. 01
Poudre de cascara	0 gr. 10

Pour une pilule. Une à deux par jour.

(DALCHÉ.)

Les drastiques seront proscrits. L'*huile de paraffine*, l'*huile de ricin*, les graines inertes (*lin*, *psyllium*) réussissent journellement.

S. R.

CLINIQUE MÉDICALE

L'insomnie des biliaires.

Les biliaires dorment souvent mal. Si les crises de colique hépatique éclatent en général dans la première moitié de la nuit, c'est dans la seconde que l'insomnie est la plus ordinaire. Aux environs de 2 heures du matin, le réveil se produit et le sommeil ne reparaît que vers 6 heures du matin.

M. PARTURIER (*Sémiologie biliaire*) envisage successivement le réveil, le second sommeil, le lever et la matinée.

1° *Le réveil peut être douloureux ou sans douleur* :

a) *Douloureux*. — Il existe une tension de l'hypocondre droit avec les irradiations habituelles, ou une brûlure ou une crampe gastrique, douleur de dyspepsie réflexe à type hypersthénique. Quelques gorgées d'eau suffisent à calmer la douleur ;

b) *Non douloureux*, le réveil s'accompagne d'une sorte de tension nerveuse, de nausées. D'autres fois, aucune sensation désagréable n'existe. Le malade s'exaspère à chercher en vain le sommeil et à entendre sonner les heures. Une anxiété vague l'envahit qui le pousse à happer les raisons susceptibles de la justifier.

2° *Le second sommeil*. — Certains sujets, hypersensibles au bruit, ont besoin du silence le plus parfait. D'autres accoutumés à la rumeur des villes se troublent au silence de la campagne. Ils ont froid et entassent les couvertures ou bien il sont besoin d'air et ouvrent la fenêtre. Une source lumineuse quelconque les maintient dans leur état d'agitation. Certains sujets se lèvent brusquement et se mettent au travail ou bien ils ouvrent un livre et poursuivent leur lecture pendant des heures.

3° *Le lever et la matinée*. — Le lever est pénible. Il faut arracher ces malheureux au sommeil ; les membres sont lourds, les mains paresseuses ; l'abdomen est endolori dans la région sous-hépa-

tique. Leut toilette est longue coupée d'arrêts où les yeux sont perdus dans le vide. Le petit déjeuner apporte un certain bien-être. Néanmoins la fatigue persiste, l'attention se lasse vite. Vers la fin de la matinée, le voile se déchire, le malade se réveille et redevient apte au travail. Mais le moment le meilleur ne se produit guère qu'à 5 heures de l'après-midi. M. PARTURIER insiste sur le désaccord qui excite chez ces sujets entre l'exaltation des facultés imaginatives et la dépression des forces physiques. Ils rêvent de soulever le monde et ont peine à remuer un bras. Un pareil contraste indique une intoxication des humeurs. L'émotivité augmente à mesure que baisse la faculté de contrôle. Et, dans toutes les intoxications, il en va de même.

Comme *traitement*, les douleurs de dyspepsie réflexe cèdent tout de suite aux préparations de *kaolin* ou de *bismuth* aux doses de 10 grammes le matin à jeun. On peut encore ordonner une cuillerée à café de la poudre au coucher dans un peu d'eau chaude :

Craie préparée	95 gr.
Phosphate de soude	5 —
Bellad. pulv.	0 gr. 10

Ou encore au coucher, des préparations calmantes de *valériane*, de *cratacgus*, de *passiflore*, de *balloté*.

Le médecin affirmant leur action efficace, le résultat désiré se produira pour l'ordinaire.

S. R.

PHYCHIATRIE

La démence précoce (1).

(Suite et fin).

Quelques notions pratiques pour le clinicien.

Par M. le Dr L. NEUBERGER.

La Démence Précoce reconnaît une origine **lésionnelle** indéniable. Parmi les altérations histologiques trouvées à l'autopsie, on peut retenir les suivantes, qui paraissent assez constantes :

1° Lésions fines du tissu *noble* du cerveau (*encéphalite parenchymateuse*) ; pigment spécial (?) au sein de cellules dégénérées (LAIGNEL-LAVASTINE).

Déduction : la D. P. traduit un processus *chronique*, démentiel : elle entraîne une *involution*, une régression des facultés mentales.

2° Atteinte fréquente des *Noyaux gris centraux* qui, — on tend de plus en plus à l'admettre — seraient les centres de l'Expression, ou, si l'on préfère, de l'adaptation au monde extérieur.

Déduction : ainsi s'expliqueraient, en particulier, l'abolition graduelle de la *notion du réel* le sentiment de dépersonnalisation, l'inadéquation de la mimique, etc.

3° Fréquence de la *Tuberculose*, soit comme lésion causale, soit comme complication ultime de la maladie.

Déduction : la D. P., affection cérébro-toxique, serait due peut-être à des toxines bacillaires (?) à localisation *cérébro-striée*.

La **Pathogénie** nous soumet, en outre, les trois éléments, que voici, à considérer :

1° **Choc pubéral.** — La Démence Précoce éclate, de préférence, à l'époque de la puberté, laquelle impose naturellement un surmenage aux glandes endocrines. Il est permis de penser que son éclosion serait liée à une *soudaine viciation de ces sécrétions internes* (poussées de croissance, aménorrhée, troubles vaso-moteurs).

2° **Fragilité intellectuelle.** — Mais l'affection paraît surtout frapper les adolescents « à capital psychique insuffisant » (DUPRÉ), c'est-à-dire des sujets offrant une solidité mentale amoindrie, elle-même *inférieure* à celle des parents, déjà compromise (tares, alcoolisme).

L'effet combiné de ces deux facteurs éclaire, en partie, le genèse de cette démence : elle résulterait d'un *surmenage cérébral, coïncidant avec les obscures perturbations de la période pubérale*. Ainsi qu'il ressort de nos expériences, la D. P. aurait, pour nous, comme signification profonde, « **la révélation précoce d'une insuffisante résistivité intellectuelle** ».

3° **Trauma affectif.** — Enfin, une commotion sentimentale a pu être parfois décelée, à l'origine de la maladie : selon les Auteurs suisses, qui envisagent ce facteur comme de première importance, un *choc émotif initial* pourrait suffire à paralyser l'essor affectif du sujet, opérant, en quelque sorte, une *dissociation* permanente entre sa vie intellectuelle et sa vie active : par le terme de **schizophrénie**, dont ils ont voulu désigner la D. P., ils entendent indiquer cette scission, définitive, qui s'établit entre une intelligence relativement indemne et son pouvoir d'extériorisation inhibé, — d'où rapide désadaptation à l'ambiance.

Selon les Freudistes, une émotion *sexuelle* ignorée, des jeunes années, et inconsciemment

(1) Voir *Journal des Praticiens*, N° 20.

refoulée, serait responsable de cette précoce inaptitude pragmatique : tout se passe alors comme si le sujet, effarouché, froissé par une réalité trop rude, retournait instinctivement à des satisfactions plus puériles et comme régressives. La *tendance au puérilisme*, si banale au cours de la Démence Précoce, vient assez heureusement appuyer cet argument.

Pourtant, il est de ces malades, chez lesquels pareil « refoulement » n'est nullement évident : chez ceux-là, néanmoins, une disposition *constitutionnelle* à la rêverie, au repliement sur soi-même met encore en relief l'influence de mobiles affectifs. A cet égard, la notion, aujourd'hui mieux élucidée (CLAUDE), des rapports de la D. P. avec les **états schizoïdes** nous apporte de précieuses indications, tant pathogéniques que pronostiques.

DEMENCE PRECOCE ET SCHIZOPHRENIE

D'après la conception actuelle, on peut ramener la Démence Précoce à deux formes bien distinctes, qui reconnaissent chacune une source et une évolution nettement différentes :

A. **La Démence Précoce simple** (du type MOREL). Elle répond à celle dont nous venons de retracer, plus haut, le tableau clinique ; elle englobe, plus spécialement, les variétés *catatonique* et *hébéphrénique*.

Véritable maladie organique, parfois héréditaire, elle provient de lésions définies, et probablement d'une *dégénération cordonale, primitive* ; à ce titre, elle serait à rapprocher, dans une certaine mesure, d'affections médullaires, également familiales, telles que la maladie de Friedreich, l'hérédo-ataxie cérébelleuse, ou encore la sclérose latérale amyotrophique. Dans d'autres circonstances, elle relève moins de lésions déterminées, que d'une sorte d'usure fonctionnelle (*abiotrophie*), succédant à une toxi-infection (puérale, puerpérale). Dans tous les cas, elle frappe d'*emblée et précocement* l'ensemble des facultés, établissant une véritable rupture anatomique entre le cortex et ses connexions inférieures ; cette involution et cette sénescence prématurée ne sont pas sans analogie avec la déchéance cellulaire, qui survient chez des sujets plus âgés (Démence Sénile).

L'inertie et la stupeur, la pauvreté et la niaiserie des propos, la rapide aggravation, en dépit d'illusoires rémissions, sont les caractéristiques de cette forme *essentielle* progressive et fatale, incurable.

Tout au plus, suivant certains, une prophylaxie hâtive ou un traitement tôt mis en œuvre (traitement « de choc » ?) auraient-ils parfois le pouvoir d'en retarder la marche. Cet espoir nous a généralement paru problématique.

B. Le second type tire son origine d'un processus non plus lésionnel, mais d'ordre « psychogène ». Ce n'est plus la Démence Précoce vraie, mais la **Schizophrénie**, au sens précis et restreint où l'entend CLAUDE.

Ce mode d'affaiblissement mental, d'allure plus inégale et de pronostic moins sombre, représente, pour tout dire, le développement et comme l'*aboutissant* d'une « constitution » dite **schizoïde**, faite à la fois *de concentration sur soi-même* (« *autisme* ») *et de répugnance à la vie active* : elle résulte d'une prédilection exagérée à la rêverie, contrastant avec une *indigence* « *pragmatique* », un défaut d'adaptation et une impuissance à l'effort pratique, *utilitaire*. Les déceptions, mieux encore d'obscurs « *complexes* » sentimentaux (qu'une *psychanalyse* bien conduite a parfois chance de démêler, tout au début) effectuent, de bonne heure, un divorce irréparable entre une intelligence, relativement indemne, et l'activité « idéo-affective » ébranlée, discordante. Plus tard, des réactions morbides, des troubles de comportement, en tous points analogues à ceux de la D. P. peuvent donner le change avec cette démence. C'est au cours de la Schizophrénie, notamment, qu'on peut voir apparaître ces délires *paranoïdes*, à base d'idées d'influence (« syndrome d'action extérieure », de CLAUDE), inconsistants, mais parfois assez cohérents pour prêter à confusion avec les Psychoses Chroniques (interprétative, hallucinatoire, etc.).

Contrairement à ce qui a lieu pour la D. P. il semble que, ici, une thérapeutique soit toujours utile, parfois efficace. Outre l'analyse freudienne, qui réussit dans bien des cas, la méthode d' « invigoration physio-électrique », l'opothérapie sont à conseiller contribuant souvent à une heureuse atténuation des symptômes. De toute façon, l'avenir de tels malades est toujours moins désespérant que celui des Déments Précoces purs : leur activité, quoique de qualité appauvrie et quasi-automatique, pourra encore être utilisée à des travaux manuels ou faciles.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif est fondé, — qu'il suffise de le rappeler, — sur l'apparition, au cours d'un état dépressif, maniaque, délirant, de certains signes, ou « symptômes d'alarme », qui consistent principalement en :

Catatonie, stupeur. Indifférence générale et labilité de l'attention. Maniérisme et puérilisme, niaiseries. Négativisme et suggestibilité; stéréotypies. Automatisme et impulsivité; inertie entrecoupée de violences.

Le diagnostic différentiel, puissamment secondé par la précocité de ces mêmes signes, est cependant rendu parfois hésitant, du fait de symptômes d'emprunt qui masquent ou déforment, un long temps, le véritable tableau clinique. Ici plus qu'ailleurs, un diagnostic de certitude nécessite des examens *répétés, quotidiens*, sur le patient d'abord isolé et placé en observation.

a) C'est ainsi qu'on a pu voir l'évolution démentielle absolument méconnue au début, par suite de la bruyance d'un syndrome **neurasthénique, confusionnel** ou bien **maniaque**, simulant une banale **bouffée toxique de dépression ou d'agitation**.

En pareil cas, il sera toujours sage de réserver son pronostic et d'attendre que se dissipe l'apparence trompeuse : peu à peu des bizarreries dans la conduite, l'indifférence et l'incohérence des propos, passant au premier plan, aiguilleront le clinicien vers un trouble plus profond.

b) La stupeur, l'opposition à l'examen, qui sont monnaie courante au cours d'une **Mélancolie anxieuse**, peuvent susciter une nouvelle cause d'embarras. On se rendra cependant vite compte qu'il s'agit ici non plus de troubles de l'automatisme psychique, mais d'une inhibition volontaire chez un sujet en proie à une concentration affective douloureuse.

c) Le diagnostic avec la **Schizophrénie**, dont le paragraphe précédent nous a fourni quelques éléments, pose, suivant l'un ou l'autre cas, un problème pronostique radicalement différent.

Une analyse studieuse et journalière, — le dépistement des complexes affectifs, — l'intégrité, à certains moments surprenante, de la logique, contrastant avec une activité délirante désordonnée, parviennent à préciser cette subtile distinction.

d) Les rapports de la D. P. et des **séquelles mentales de l'Encéphalite** se présentent à nous avec un intérêt tout particulier, en raison de la similitude probable de topographie (au sein des noyaux gris centraux) et de la parenté possible des ultra-virus supposés dans l'une et l'autre affection.

A cet égard il est suggestif de confronter un certain nombre de signes qui leur sont communs : *torpeur, impulsions, besoin subit de mouvement, colères, amoralité, cruauté*. La clinique, d'ailleurs, justifie parfois pareil rapprochement, en nous offrant, de temps à autre, un syndrome « hébéphrénique », créé de toutes pièces par une Encéphalite ancienne.

e) L'**Hystérie** elle-même peut, dans certains cas, prêter à confusion avec la D. P. La bizarrerie des réactions, plus encore ce même mécanisme de *persévération à l'infini* des attitudes, qu'on rencontre également dans la Névrose, ne conduisent-elles pas à penser qu'une perturbation anatomo-physiologique y intervient peut-être ? D'autre part durant la guerre, nombre de D. P. ont pu être taxés de simulateurs, à cause de leur présentation paradoxale, de *cet air faussement sournois*, « *entendu* », de toute cette gamme, enfin, de niaiseries, grimaceries et rires immotivés, propres à les faire suspecter de supercherie. La distinction, il faut l'avouer, n'est rien moins qu'ardue; d'autant qu'on peut toujours voir, parmi les psychoses les plus variées, et même les démences, se glisser un appoint de « sursimulation », susceptible de compliquer ou d'égarer plus d'un diagnostic.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement du décollement primaire de la rétine. — M. Bolle. — L'auteur recommande un traitement qui assurerait 100 0/0 de guérisons. Des injections de chlorure de sodium à 2, 4, 6 0/0, 10 0/0 dans la région du décollement assureraient ces résultats (2 à 3 par semaine).

Les spirochètes de la gangrène pulmonaire. — M. Bezançon demeure partisan de la multiplicité des spirochètes. Celui de la gangrène pulmonaire appartient à une espèce spéciale.

Etude spéciale d'une épidermycose causée par l'agent de la teigne de la poule « Achorcan Gallinæ ». — M. Sartory.

Le traitement hydrothérapique des affections utéro-annexielles. — M. Derecq.

La mortalité à l'Etablissement dépositaire des Enfants assistés de Marseille. — M. Cassoute.

Rapport au nom de la Commission de l'alcoolisme. — M. Labbé. — Si l'alcoolisme augmente en général,

dans la classe ouvrière, il n'en est pas ainsi : les ouvriers boivent moins. Par contre les femmes boivent plus.

18 mai.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mai 1926.

Traitement de la maladie de Basedow par l'iode. — M. Marcel Labbé rapporte une observation d'amélioration de maladie de Basedow par le traitement iodé.

Xanthome familial. — MM. Gilbert, E. Chabrol, et Henri Bénard présentent un malade de 18 ans qui a vu apparaître, à l'âge de 4 ans, une série de xanthelasma et de tophi. Il s'agit d'un cholestérinémique avec faible uricémie. La cure insulinique ne diminua pas la cholestérinémie. Ce fait est curieux par son caractère familial.

Septicémie pure à méningocoques B. Abcès térébenthiné. — M. L. Boidin présente une malade qui avait depuis plus d'un mois des accès fébriles quotidiens à 40°, des poussées d'érythème noueux, des arthralgies. Le diagnostic de septicémie méningococcique posé dès l'entrée à l'hôpital fut confirmé immédiatement par l'hémoculture. Après des essais de sérothérapie et de vaccinothératie qui restèrent sans effet mais qui avaient été conduits avec modération du fait de l'existence d'une néphrite ancienne, on pratiqua une injection d'essence de térébenthine. L'abcès fut incisé le quatrième jour ; la fièvre tomba aussitôt, les arthralgies disparurent, il n'y eut plus de poussées érythémateuses. La malade guérit.

L'auteur insiste sur les détails de techniques de fixation. Bien conduit il constitue une méthode très peu douloureuse et sans danger. Dix jours après l'injection de térébenthine la plaie de l'incision est déjà cicatrisée.

Quant au résultat favorable il est éclatant et d'autant plus intéressant que la septicémie méningococcique non traitée se complique souvent de méningite sévère.

Myélomes osseux multiples (sarcomes myéloblastiques). Radiothérapie. Guérison se maintenant depuis seize mois. — MM. L. Boidin, Darbois, Thévenard et Davoigneau présentent une jeune fille qui, en janvier 1925, avait sur la tête deux tumeurs volumineuses ulcérées et infectées. Les radiographies montraient que les os du crâne étaient détruits sur une étendue considérable et que le cerveau était refoulé par les masses tumorales. Il existait en outre une disparition presque complète des ailes des omoplates et une altération profonde de la région articulaire de l'omoplate droite. L'humérus gauche, dans son tiers supérieur, était envahi par une tumeur ayant détruit la partie supérieure de la diaphyse. Ces lésions s'étaient constituées progressivement en deux ans. Leurs localisations firent penser à la possibilité de myélomes multiples. Une biopsie de la tumeur crânienne montra qu'il s'agissait d'un sarcome myéloblastique.

La radiothérapie eut un effet merveilleux. Très rapidement les tumeurs s'effondrent et l'énorme brèche osseuse se répare, l'humérus détruit se reconstitue. La guérison se maintient depuis seize mois. Il n'y avait ni modification sanguine, d'ordre leucémique, ni albumosurie. Les auteurs insistent sur l'intérêt du diagnostic de la nature médullaire de ces tumeurs osseuses, sur leur radiosensibilité, tout au moins dans ce cas, et sur la réparation possible de destructions osseuses considérables.

Insuffisance cardiaque irréductible à la digitaline et l'ouabaïne, réductible par la convallamarine. — MM. Laignel-Lavastine et Paul George rapportent l'observation d'un malade atteint de sclérose du myocarde avec insuffisance ventriculaire gauche chez qui tous les éléments du syndrome d'insuffisance cardiaque furent grandement améliorés par la convallamarine en injections intraveineuses alors que la digitaline et l'ouabaïne restaient depuis longtemps sans effet.

Cette action toni-cardiaque de la convallamarine chez ce malade fut élective et ne sensibilisa jamais le cœur à l'action ultérieure de l'ouabaïne et de la digitaline.

Un cas de méningite à mélitensis après une fièvre de Malte. — MM. Desage, Pellerin et Vinerta (d'Oran). — Après quatre mois de fièvre ondulante, une jeune fille de 18 ans fait une méningite à mélitensis dont les seuls symptômes sont : absence complète de fièvre — très forte céphalée — forte diplopie — léger kernig — abolition des réflexes rotuliens.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien donne une formule de méningite tuberculeuse, mais la culture de 10 cm3 de liquide en bouillon ascite donne une culture pure de mélitensis. La malade guérit complètement par des injections intra-veineuses de septicémine et par des injections d'autovaccin. Une paraplégie terminale disparaît sous l'action de la radiothérapie médullaire.

Glossoptose et vagotonie. — MM. Laignel-Lavastine, Pierre Robin et Filderman rapportent le cas d'une déprimée anxieuse, à menton très fuyant, qui présente un état hypophyxique avec vagotonie.

La réduction manuelle de l'anomalie maxillaire en supprimant le glossoptose, l'obstacle respiratoire et la

compression des paquets vasculo-nerveux du cou améliora tellement la malade qu'elle se fit faire un appareil pour maintenir cette réduction.

Sous cette influence l'hypophyxie et la vagotonie disparurent et la dépression anxieuse en fut heureusement influencée.

Localisation par le lipiodol d'une pleurésie interlobaire masquée par une spléno-pneumonie. — M. P.-F. Armand-Delille et Vibert rapportent l'observation d'un enfant de deux ans ayant une pleurésie purulente enkystée à pneumocoques, coexistant avec une condensation spléno-pneumonique de tout le poumon gauche. Celle-ci donnant une opacité radiologique totale et homogène de l'hémithorax, masquait la pleurésie. Le pus évacué par ponction a été remplacé par 20 cc. de lipiodol. L'examen radiologique pratiqué après, montre une image localisée à la région interlobaire, dont l'opacité plus intense tranche nettement sur celle de la spléno-pneumonie. Les changements de position permettent de préciser l'étendue de la localisation interlobaire sur les radiographies faites par M. le Dr Lehman à l'hôpital Hérold.

Les auteurs concluent que ce procédé permet, comme le prévoyaient dans un article récent MM. N. Fiessinger et A. Lemaire, de repérer et sans doute d'aborder chirurgicalement, sans crainte d'erreur, certaines collections intra-pulmonaires lorsque la radiologie ne permet pas à elle seule ce repérage.

L'injection intra-pleurale de lipiodol a été très bien tolérée par le petit malade et paraît même avoir une influence plutôt favorable sur les courbes thermique et pondérale.

Action thérapeutique de l'adonidine en injections intra-veineuses. — MM. P. Harvier et A. Schedrovitsky. — L'adonidine en solution aqueuse est parfaitement injectable par voie veineuse. Les auteurs ont fait usage de l'adonidine du commerce (extraite de l'adonis Vernalis) en solution à 1/200, dont ils injectent 1 cc., soit 5 milligr. Cette dose est nécessaire et suffisante pour obtenir une diurèse rapide, puissante et durable, chez les sujets âgés, polyscléreux, atteints d'insuffisance cardiaque avec anasarque. Bien que cette drogue soit dépourvue d'action cumulative, il est inutile de répérer les injections pour provoquer la diurèse. L'injection peut être pratiquée d'emblée, chez ces cardiaques, sans purgation préalable, ni ponction des hydropisies. L'adonidine n'est diurétique, que chez les cardiaques œdématiés. Elle peut être utilisé également dans les cas d'insuffisance cardiaque, où après une cure digitalique, la diurèse tarde à s'amorcer et dans ceux où la digitale est contre-indiquée.

Traitement de l'atrophie infantile. — M. Maurice Renaud rapporte l'observation d'un enfant atrophique traité avec succès par le traitement hygiénique et alimentaire sans intervention du traitement spécifique.

M. Variot insiste sur les faits de même ordre qu'il a observés.

Cycle entéro-hépatique des acides biliaires. — M. Chabrol résume des recherches intéressantes sur le cycle entéro-hépatique des acides biliaires.

Traitement du delirium tremens par les injections intraveineuses de somnifène. — M. Louis Ramond pour calmer les délires alcooliques dans son service d'hôpital, emploie les injections intraveineuses de 5 cc. de somnifène. Elles sont sans inconvénient et donnent les meilleurs résultats.

Note sur la fructosurie (ou lévulosurie). — M. le Pr Snapper et M. S. von Creveld ont observé un cas de lévulosurie vraie, d'origine alimentaire, chez lequel l'ingestion de lévulose suffisait à provoquer une forte lévulosurie (à la concentration de 30 à 40 p. 1000), bien que la lévulosémie restât modérée (0 gr. 60 par litre au maximum). Un régime sans fruit et sans saccharose a suffi à faire disparaître la lévulosurie. L'absence de troubles du métabolisme du glucose et l'inefficacité de l'insuline sur la lévulosurie provoquée prouvent qu'il n'y a pas de rapports entre le diabète sucré et la lévulosurie.

Valeur diagnostique de la cuti-réaction à la tuberculine chez le jeune enfant. — MM. Lesné et Coffin. — La cutiréaction à la tuberculine à une valeur diagnostique considérable chez l'enfant de moins de dix ans, passé cet âge son degré de fréquence se rapproche de ce qu'il est chez l'adulte et l'interprétation des résultats obéit aux mêmes règles.

Les auteurs apportent une statistique portant sur 800 enfants de moins de deux ans, entrés à la crèche de l'hôpital Trousseau pour les affections les plus diverses. Avant 3 mois, la cuti-réaction est positive, dans 0,65 0/0 des cas, de 3 à 12 mois dans 11 0/0 et de 12 à 24 mois dans 21 0/0. Réserve faite pour la phase anté-allergique, la cuti est positive au cours de toute tuberculose évolutive ou non, quels que soient la forme anatomo-clinique de la maladie et le moment où l'on observe l'enfant ; la réaction reste positive jusqu'à la veille de la mort.

De toutes les maladies intercurrentes, seule la rougeole rend temporairement une cuti négative, seule elle se montre anergisante. A part ces deux réserves toute cuti-réaction négative chez un enfant de moins de dix ans permet donc d'éliminer la tuberculose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Un cas de tuberculose du pubis. — M. Mouchet relate une observation de M. Petridis (d'Alexandrie) concernant un enfant porteur d'une fistule purulente à la racine de la cuisse gauche. La notion d'une contusion antérieure avait fait porter le diagnostic d'hématome suppuré. Intervention. Persistance de la fistule, avec apparition de phénomènes urinaires. Après radiographie, on suspecte une ostéomyélite du pubis, et on pratique un curettage de la branche descendante de cet os. Guérison.

L'examen anatomo-pathologique permet de conclure à la tuberculose.

M. Mouchet insiste sur l'importance d'un interrogatoire serré et estime que l'absence d'ostéite condensante autour de la lésion osseuse aurait dû orienter le diagnostic vers la tuberculose.

Scaphoïde carpien pommelé. — M. Mouchet rapporte une observation de M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer), concernant un homme de 32 ans, présentant des douleurs vives au niveau du poignet droit. On relève dans les antécédents la notion d'une entorse de ce poignet survenue quelques années auparavant.

La radiographie montre un scaphoïde intact dans sa moitié supérieure, et dont la moitié inférieure présente un aspect lacunaire ; on se trouve vraisemblablement en présence d'une ancienne fracture de cet os, dont la nutrition est compromise au niveau du fragment arraché.

M. Mouchet retient surtout de cette observation la nécessité d'une radiographie dans tous les traumatismes du poignet.

Il distingue à ce propos deux types de scaphoïde pommelé : un type pur, pouvant être le siège d'une fracture ultérieure, et un type secondaire à une fracture.

Ces lésions se rencontrent avec plus de fréquence au niveau du semi-lunaire.

Un cas de thrombo-phlébite de la veine axillaire. Phlébotomie. Suture de la veine. Guérison. — M. Louis Bazy relate l'observation d'un cas de thrombo-phlébite de la veine axillaire, chez un homme de 27 ans, indemne de tout antécédent infectieux ou syphilitique.

L'affection se traduisait par un gonflement énorme du bras, avec œdème dur, circulation collatérale très accusée ; le membre atteint était le siège de fourmillement, puis de douleurs vives. La radioscopie permettait de conclure à l'absence de contusion thoracique.

Après échec du traitement par compression et enveloppements humides, M. Bazy pratique une phlébotomie, avec expression des caillots et suture de la veine.

Disparition d'abord de la circulation collatérale, puis de l'œdème. Guérison complète au 25e jour.

L'auteur est tenté d'admettre l'origine traumatique du cas observé, en l'absence d'autre cause évidente.

Traitement des fractures de la diaphyse humérale avec paralysie radiale immédiate. — M. Schwartz est partisan de l'abstention immédiate, dans les cas où la fracture ne réclame pas l'intervention par elle-même : d'abord parce que la paralysie n'est due souvent qu'à une simple contusion et par conséquent rétrocède spontanément, ensuite par ce qu'il estime que l'intervention immédiate impose des manœuvres plus complexes. Une intervention tardive serait pratiquée en l'absence de rétrocession de la paralysie.

M. Dujarier est d'un avis diamétralement opposé ; pour lui, la libération secondaire est beaucoup plus difficile, car elle s'effectue en tissus fibreux.

MM. Chifoliau, Mouchet, Duval, estiment que l'expectative est dangereuse ; rien ne permet d'affirmer avec certitude la simple contusion et les résultats se révèlent meilleurs après intervention précoce.

Torsion d'un utérus fibromateux. Hystérectomie. Guérison. — M. Auvray rapporte l'observation d'une femme atteinte de crises douloureuses pelviennes, et présentant à l'examen une tumeur très dure dans la fosse iliaque droite, ne paraissant pas, au toucher vaginal, faire nettement corps avec l'utérus.

L'intervention montre l'existence d'un fibrome utérin calcifié, avec utérus tordu autour de son axe.

Hystérectomie subtotale. Guérison.

Présentation de malades. — M. Dujarier : Ostéosynthèse pour fracture de la diaphyse fémorale. Résultat médiocre, dont l'auteur tire des conclusions.

12 mai. E. Theillier.

***

A propos des paralysies radiales compliquant une fracture de la diaphyse humérale. — M. Roux-Berger en rapporte deux cas, pour lesquels il a pratiqué une intervention immédiate. Dans le premier cas, il s'agissait d'une simple contusion du nerf et la restitution fonctionnelle a été complète. Dans le deuxième cas, la paralysie était apparue douze jours après le traumatisme, qui avait entraîné une fracture à grand déplacement de la diaphyse humérale. L'examen électrique montrait une réaction de dégénérescence complète. Intervention. Libération du nerf embroché par le fragment inférieur. Pas d'ostéosynthèse.

L'extension du poignet redevient possible au bout de deux mois. Depuis, amélioration progressive.

M. Roux-Berger conclut à la nécessité de l'intervention dans ces cas de paralysies radiales, étant donné l'impossibilité de diagnostiquer le degré des lésions nerveuses.

Il estime, contrairement à l'avis de M. Schwartz, que l'intervention précoce est plus efficace et plus facile que l'intervention tardive.

De l'ostéosynthèse à prothèse perdue dans les fractures compliquées (fractures ouvertes). — M. Lenormant rapporte des observations de MM. Simon et Stutz (de Strasbourg) qui concluent, dans ces cas de fractures ouvertes traitées par ostéosynthèse à prothèse perdue, à la fréquence de trois catégories d'accidents : retard de consolidation, gros cal douloureux, infection.

Actuellement, les auteurs se contentent d'une toilette immédiate de la plaie, suivie ultérieurement d'ostéosynthèse secondaire, quand celle-ci reste nécessaire.

M. Lenormant appuie ces conclusions, refait l'historique de la méthode, et rapporte une statistique personnelle : 8 osthéosynthèses primitives, dont 4 échecs avec 2 morts.

Sur la nature des kystes synoviaux para-articulaires. — M. Bazy signale à nouveau la fréquence de récidive de ces kystes. Il estime que ces formations sont la conséquence d'une dégénérescence colloïde du tissu conjonctif de la région et non d'une hernie de la synoviale articulaire.

Se basant sur des études anatomo-pathologiques, il distingue dans leur évolution une première phase, de non maturité, suivie d'une phase de maturité ; l'extirpation, dans ce dernier cas, exposerait beaucoup moins à la récidive.

M. Dujarier a observé un cas de production brusque de kyste para-articulaire, qui lui paraît infirmer cette théorie de la dégénérescence colloïde.

Du traitement des fractures du calcanéum par écrasement. — M. Vianey, après avoir rappelé les résultats médiocres du traitement habituel, propose d'appliquer à ces fractures la méthode de l'extension continue, avec traction sur la grande apophyse de l'os, en avant de l'insertion du tendon d'Achille. Il rapporte deux observations personnelles de fractures du calcanéum, auxquelles il a appliqué ce traitement avec de bons résultats.

Election d'un membre titulaire de la Société. — M. Mondor est élu.

19 mai. E. Theillier.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des maladies mentales par les chocs par MM. C. Pascal, *Médecin en chef des Asiles Publics d'Aliénés de la Seine* et Jean Davesne. — Masson et Cie, édit., 1 vol. 182 p. Prix : 15 francs.

Voici un petit livre conçu dans le meilleur esprit, au moins dans la conception d'ensemble. Sur quelques points de détail, il y aurait à faire des réserves. Plaçant sur le même plan les actions des pilules de Placebos et les guérisons de Lourdes, les auteurs les attribuent toutes deux à la simple répercussion du choc émotionnel. Et que le choc émotionnel accomplisse des merveilles, à cela aucun doute. Mais bien des inconnues demeurent enfermées dans le problème, si bien qu'avant de conclure l convient de s'enquérir, de peser, de confronter avec soin. MM. Pascal et Davesne attribuent une réelle valeur curative aux abcès de fixation ; le vieux cautère qu'est une suppuration n'aurait-il pas une efficacité plus marquée encore ? Ils rappellent l'action curative ou suspensive des maladies infectieuses sur les maladies mentales et enferment les notions acquises sous un chapitre qui a pour titre : l'Action curative des chocs protéiniques spontanés. On connaît les résultats de l'inoculation de la malaria sur la marche de la paralysie générale qu'elle arrête d'une façon tout à fait remarquable. Les injections d'or et d'argent colloïdal ont réussi chez les mélancoliques et dans les délires infectieux. De même l'auto-hémothérapie, l'auto-sérothérapie. Sans doute ces méthodes ne réussissent pas toujours. A la période d'état l'échec est habituel. C'est au début que le succès est parfois obtenu. Quoi qu'il en soit, l'effort de MM. Pascal et Davesne mérite l'applaudissement. Ils enrichissent le chapitre d'une thérapeutique qui était singulièrement pauvre. Et le fait que le traitement par choc réussit quelquefois laisse entrevoir la possibilité de méthodes ultérieures d'une efficacité plus constante.

Nouveau traité de Médecine publié sous la direction de MM. G.-H. Roger, F. Widal et P.-J. Teissier. — Fascicule XXII : *Muscles, Os et Articulations.* — Un volume grand in-8° de 560 pages avec 209 figures et 2 planches en couleurs, relié. Prix : 45 francs.

La pathologie osseuse est en complet remaniement. Les travaux de Léri et de Crouzon multiplient les types cliniques. Spillmann fait une étude minutieuse de ce sujet en transformation continue qu'est le rachitisme. Excellents chapitres sur l'ostéomalacie, l'achondroplasie, les pseudo-rhumatismes. Article savant et très fouillé de Marinesco sur le rhumatisme chronique. Notre ami G. Thiers a mis au point les affections des muscles avec une rare compétence et une riche documentation.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.
R. C. Paris. N° 49.703.

Paris — Imprimerie A. Tournon 257 rue Saint-Honoré. 1926

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital de la Charité. — M. le Pr E. Sergent.

Mal de Pott et syphilis.

Il n'est point exceptionnel de rencontrer des sujets syphilitiques atteints de déformation pottique. J'ai eu l'occasion d'en observer personnellement quelques-uns et vous pouvez voir actuellement dans notre salle Damaschino une malade qui en présente un beau type. Il m'a paru que l'occasion était excellente d'étudier cette éventualité clinique.

Tout de suite je vous dirai que trois conditions doivent être envisagées :

1° Il s'agit d'un mal de Pott véritable, dû à une tuberculose des corps vertébraux, survenant chez un syphilitique ;

2° Il s'agit d'un mal de Pott par syphilis du rachis ;

3° Il s'agit d'une déformation pottique par arthropathies tabétiques.

***

Voici, tout d'abord, l'observation de la malade qui me donne l'occasion d'étudier devant vous ce problème clinique.

Mme Y..., âgée de 55 ans, couturière, est entrée dans notre service, salle Damaschino, le 20 janvier dernier ; elle était envoyée par un service de chirurgie voisin, pour obtenir confirmation d'un diagnostic paraissant douteux. Elle se plaignait de toux avec expectoration ; mais surtout de douleurs siégeant dans le genou droit et dans la partie inférieure du dos.

L'interrogatoire nous apprit qu'à l'âge de 20 ans, soit en 1890, elle avait eu un chancre de la grande lèvre, suivi, dans les délais habituels, de l'apparition d'une roséole et de plaques muqueuses : la syphilis est donc avérée, d'autant que le diagnostic fut posé de façon formelle par le Pr Fournier. Depuis, cette malade s'est assez régulièrement soignée ; sa syphilis est cependant toujours active, car récemment encore, le Wassermann était fortement positif.

En 1915, à l'âge de 44 ans, a débuté une affection pulmonaire qui persiste toujours : il y eut de la toux accompagnée d'une expectoration muco-purulente dans laquelle on aurait trouvé des bacilles de Koch ; il n'y eut jamais d'hémoptysies ; l'état général resta toujours assez satisfaisant. Son médecin la soigna pour tuberculose pulmonaire et, au bout d'un an, la jugea suffisamment améliorée pour reprendre une vie normale ; depuis lors, son état est toujours resté stationnaire : la tuberculose reste stagnante, sans faire de progrès bien sensibles.

Vous noterez en passant l'évolution torpide particulière de cette tuberculose pulmonaire, ce qui ne vous étonnera point chez cette ancienne syphilitique.

Il y a quatre ans apparurent des douleurs dans le genou droit, bientôt suivies de tuméfaction progressive de l'article, avec limitation des mouvements, entraînant une gêne considérable de la marche et aboutissant, au moment de l'entrée de la malade dans notre service, à une ankylose en demi-flexion.

Enfin, depuis deux mois, sont survenues des douleurs dans la partie inférieure du rachis. Ces douleurs sont continues, mais avec une exacerbation nocturne des plus nettes ; elles sont exagérées par les mouvements brusques, et elles irradient le long de la paroi abdominale et de la face antérieure des cuisses jusqu'au voisinage des genoux. Cette femme a eu deux enfants : une fille, née avant terme, au septième mois, est actuellement bien portante ; une seconde enfant, née à terme, est morte en bas âge de gastro-entérite. Jamais elle n'a eu de fausses couches.

Telle est l'histoire de cette malade avant son entrée dans le service, voyons maintenant ce que nous a révélé l'examen.

L'*examen de l'appareil respiratoire* montre tout d'abord l'existence indéniable d'un syndrome stéthacoustique, fonctionnel et radiologique de tuberculose pulmonaire fibreuse ; le simple examen d'une radiographie suffit, d'ailleurs, pour établir ce diagnostic de tuberculose ancienne à évolution fibro-calcaire, sans qu'il soit besoin d'insister davantage.

L'*appareil circulatoire* ne présente aucune lésion : le cœur et l'aorte sont normaux, aussi bien cliniquement que radiologiquement. La tension artérielle est de 14-9 au Pachon ; le pouls bat à 84 par minute et est parfaitement régulier.

Mais, beaucoup plus important était l'*examen du genou droit* : le genou est en demi-flexion permanente ; les mouvements spontanés sont très limités et la malade ne parvient que très difficilement et au prix d'assez vives douleurs, à étendre la jambe sur la cuisse ; la marche est à peu près impossible. Ce genou est, d'ailleurs, très modifié dans son aspect : il est globuleux, tuméfié ; on ne voit plus ni saillies ni méplats ; la peau est blanche, tendue, luisante ; quelques veinules bleuâtres très discrètes se dessinent, sans qu'il y ait, à proprement parler, de circulation collatérale. Il n'existe ni trajets fistuleux ni cicatrices.

A la palpation, on est tout d'abord frappé par une sensation de chaleur locale ; la pression réveille une douleur vive sur les condyles fémoraux, ainsi que sur le plateau tibial ; l'interligne articulaire est encore perceptible : on ne sent pas de fongosités, mais une simple tension de la synoviale ; le choc rotulien est mou, presque nul. Les mouvements provoqués sont limités et très douloureux.

Nous avons, en outre, constaté l'existence d'une adénopathie poplitée et inguinale à droite.

Sur la radiographie, par comparaison avec le genou gauche qui est normal et dont les saillies osseuses sont régulières et nettement limitées, on voit, au contraire,

qu'à droite le genou est globuleux, flou dans son ensemble; les surfaces articulaires sont irrégulières, ainsi qu'il est de règle dans les ostéo-arthrites tuberculeuses ; l'interligne articulaire est diminué de hauteur.

Pour ce qui est du *rachis*, dès l'inspection, on est frappé par l'existence d'une gibbosité médiane, angulaire, portant sur les deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires. La pression et la percussion réveillent en ce point une douleur vive, avec un maximum sur les apophyses épineuses. Il existe un certain degré de rigidité rachidienne, surtout marquée a siège de la gibbosité.

La radiographie montre nettement le télescopage des corps vertébraux : vous ne voyez au niveau de la gibbosité qu'une masse floue, de contours imprécis, alors qu'au-dessus et au-dessous vous constatez nettement la séparation des différentes vertèbres et l'intégrité des disques intervertébraux.

En présence de cette déformation rachidienne, il fallait rechercher attentivement le syndrome de compression nerveuse ; voici les résultats de l'examen de M. J. DE MASSARY, chef de clinique. Il n'existe aucun trouble de la motilité : ni contracture ni hypotonie musculaire ; la force musculaire est conservée ; il n'y a pas d'atrophie. Les troubles de la marche sont uniquement imputables à l'état du genou droit. Le réflexe rotulien gauche est vif ; celui du côté droit est difficile à rechercher, à cause de l'état du genou. Il n'y a ni signe de Babinski, ni trépidation épileptoïde du pied, ni clonus de la rotule, ni réflexes de défense. Les troubles sensitifs sont assez marques : la malade accuse une hyperesthésie plantaire au tact et à la douleur ; mais, par contre, il n'y a pas de modifications de la sensibilité thermique. Il existe également des troubles de la sensibilité profonde : douleur à la pression des masses musculaires du mollet, crampes passagères dans les muscles de la fesse, de la cuisse et du mollet.

Dans cette pléïade de troubles nerveux, *il n'existe donc aucun symptôme permettant d'affirmer l'existence d'un syndrome de compression médullaire* ; les troubles de la sensibilité, en particulier, rappellent plus ceux de la polynévrite éthylique que ceux d'une radiculite ; d'ailleurs, le facies télangiectasique, les pituites matutinales, l'hépatomégalie modérée mais non douloureuse, sont là pour nous orienter beaucoup plus vers l'intoxication éthylique que vers la compression médullaire.

Il me reste enfin à vous signaler un dernier détail, sur lequel j'attire tout particulièrement votre attention : cette malade a,. d'une part, au-dessus de l'épicondye droit, une petite *exostose* non adhérente à la peau, dont il est facile de constater la présence ; une radiographie confirme d'ailleurs les données de la clinique et permet le diagnostic d'exostose ; d'autre part, dans la région frontale gauche, au-dessus du rebord orbitaire, on peut constater un épaississement osseux assez limité, un peu douloureux à la palpation, et qui n'est autre qu'une seconde exostose.

L'origine syphilitique de semblables exostoses est tellement la règle que cette constatation impose des doutes sérieux sur la nature véritable des divers accidents présentes par notre malade.

Telles sont les constatations que nous a révélées notre examen. Cette observation suggère quelques commentaires sur lesquels je veux attirer votre attention.

Deux données, tout d'abord, sont incontestables. La syphilis, d'une part, est indiscutable, ainsi qu'en témoignent les aveux si précis de la malade, le diagnostic du Pr FOURNIER, le Wassermann encore récemment positif. Cette femme est, d'autre part, une tuberculeuse : elle a, depuis onze ans, une tuberculose pulmonaire, qui a pris la forme fibro-calcaire et dont le diagnostic est établi, aussi bien par la clinique que par la radiologie.

Mais, d'autres constatations prêtent beaucoup plus à discussion. Cette malade présente une ostéo-arthrite du genou, dont les caractères cliniques sont ceux de la tumeur blanche, et une déformation rachidienne que l'on peut considérer comme une déformation pottique. La première pensée qui vient à l'esprit est évidemment qu'il s'agit de lésions bacillaires survenant chez une tuberculeuse qui est en même temps une syphilitique. Cependant, certaines constatations, faites au cours de notre examen, nous autorisent à discuter ce diagnostic. Les exostoses humérale et frontale, l'exacerbation nocturne des douleurs peuvent faire suspecter la nature syphilitique des autres manifestations ostéo-articulaires ; notez, en outre, que malgré la grosse déformation rachidienne, il n'existe aucun symptôme de paraplégie par compression, et remarquez que c'est encore là un fait qui peut laisser planer le doute.

Il est donc difficile de faire d'emblée chez cette malade le diagnostic de nature des lésions osseuses et articulaires ; déjà les chirurgiens avaient hésité à porter le diagnostic de tuberculose bien que cette éventualité fût en premier lieu venue à leur esprit ; me souvenant de cas analogues de pseudo-tumeur blanche syphilitique que j'eus l'occasion d'observer avec mon regretté maître GAUCHER, j'ai prescrit un traitement d'épreuve.

Déjà la malade avait reçu au cours de son séjour en chirurgie deux injections de 0 gr. 15 et 0 gr. 30 de novarsénobenzol. Cinq injections de Quinby ont été faites dans le service, et déjà se manifeste une amélioration qui s'accroît de jour en jour, à tel point que les mouvements de flexion et d'extension sont presque redevenus normaux et que la malade a pu faire quelques pas depuis avant-hier.

Il ne s'agit pas là d'une simple amélioration subjective : on constate en effet des signes très nets qui traduisent l'amélioration réelle, tels que la diminution de la tuméfaction, la disparition progressive des points douloureux et la possibilité

d'étendre complètement les membres inférieurs sans provoquer de douleur.

Certains se montreraient dès maintenant affirmatifs et concluraient à la nature syphilitique de cette tumeur : je ne veux pas me hâter ; je poursuivrai le traitement et je ne me prononcerai définitivement que si je vois disparaître complètement les dernières manifestations de la lésion (1).

Rien n'est en effet difficile comme le diagnostic entre les ostéo-arthrites tuberculeuses et syphilitiques. Ce diagnostic a soulevé de nombreuses discussions. Il n'existe pas de signes pathognomoniques permettant d'affirmer sans hésitation un diagnostic de tuberculose ou de syphilis ostéo-articulaire : on a cependant décrit des caractères cliniques qui permettraient de les distinguer tout au moins dans leurs formes les plus différenciées. C'est ainsi qu'à l'arthrite tuberculeuse appartiendraient plus spécialement les douleurs vives, la présence de fongosités articulaires, l'existence d'adénopathies, l'altération de l'état général, la suppuration avec formation d'abcès et persistance de trajets fistuleux. Au contraire on n'observerait pas ces signes dans la syphilis. Mais en dehors de ces cas extrêmes et nettement tranchés les deux affections se rapprochent beaucoup l'une de l'autre de sorte que dans la pratique le diagnostic peut être très difficile. Vous trouverez une bonne étude de ce diagnostic dans la thèse de Fouquet qui s'inspire de l'enseignement de Fournier et de Gaucher.

Dans une série de recherches antérieures, je me suis attaché à cette étude et j'ai insisté sur la fréquence des formes de syphilis évoluant sous le masque de la tuberculose, formes auxquelles on peut donner le nom de *formes scrofuloïdes de la syphilis* en raison de la prédominance des déterminations cutanées osseuses articulaires et ganglionnaires, évoquant le tableau de la scrofulo-tuberculose.

J'ai rapporté plusieurs observations de ces formes scrofuloïdes de la syphilis dans ma monographie *Syphilis et Tuberculose*, ainsi que dans mes *Etudes cliniques sur la tuberculose*. Je vous rappellerai seulement une de ces observations.

Alors que jeune médecin des hôpitaux je remplaçais mon maître le Pr Letulle dans son service de Boucicaut, j'eus l'occasion d'observer un homme, tuberculeux avéré, qui présentait d'autre part des syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses et qui était porteur d'une tumeur blanche du coude se traduisant par un empâtement et une immobilisation complète de l'articulation. Sous l'influence du traitement mercuriel, je vis cette tumeur blanche fondre en quelques semaines ; il s'agissait en réalité d'une pseudo-tumeur blanche syphilitique.

Thibierge a rapporté, d'autre part, sous le nom de syphilis osseuse systématisée, des manifestations syphilitiques uniquement osseuses ou articulaires, sous déterminations cutanées, et qui évoluaient avec le masque de la tuberculose.

La même difficulté se présente pour le diagnostic du mal de Pott surtout lorsqu'on l'observe chez un syphilitique avéré. Il est classique de décrire sous ce nom l'ostéo-arthrite tuberculeuse des corps vertébraux. Cependant Verneuil et Fournier avaient déjà signalé l'existence du mal de Pott syphilitique au cours de la syphilis acquise et Gaucher le décrivit ensuite dans l'hérédo-syphilis.

Ce mal de Pott syphilitique n'existerait guère dans les régions dorsales inférieure et lombaire, mais s'observerait surtout dans les régions cervicale et dorsale supérieure. Le diagnostic est difficile et cela d'autant plus que la syphilis et la tuberculose peuvent évoluer simultanément chez le même sujet comme c'est le cas chez notre malade actuelle.

L'association de la syphilis et de la tuberculose est une éventualité clinique que vous rencontrerez très souvent, ce qui ne saurait vous étonner étant donné la grande fréquence des deux maladies.

On peut discuter longuement le mode de répercussion qu'elles peuvent avoir l'une sur l'autre. Certains pensent que cette répercussion est à peu près nulle et que les deux maladies évoluent simultanément sans s'influencer réciproquement. Tel n'est pas mon avis. Je m'abrite derrière l'autorité de Bazin, de Fournier, de Potain, de Landouzy et je prétends que cette influence réciproque est incontestable. J'en ai étudié les conditions pathogéniques dans ma monographie *Syphilis et tuberculose* à laquelle je vous renvoie pour plus amples détails. Laissez-moi vous rappeler seulement que cette association peut se traduire sous deux formes essentielles : l'*hybridité locale des lésions* et l'*hybridité générale de terrain*, et cela aussi bien dans la syphilis acquise que dans la syphilis héréditaire.

L'*hybridité des lésions* évoque le souvenir de l'ancien « *scrofulate de vérole* » de Ricord, encore qu'il soit nécessaire de s'entendre sur cette image et de ne pas considérer quelle implique une fusion étroite des deux affections en une lésion unique à la façon de la combinaison d'un acide et d'une

(1) Au moment où je corrige les épreuves de cette leçon clinique je puis affirmer la nature syphilitique de la lésion du genou : l'articulation a repris sa liberté ; la malade marche sans peine ; la tuméfaction a presque complètement disparu.

base formant un sel ; il n'y a pas fusion mais simplement juxtaposition, intrication. Les faits les plus démonstratifs ont été fournis par LELOIR et par LONGIN et se réfèrent aux lésions hybrides de lupus et de syphilis ; le traitement spécifique fait disparaître toute la partie de la lésion qui relève de la syphilis et laisse subsister celle qui relève de la tuberculose

L'*hybridité de terrain* a été bien définie par FOURNIER lorsqu'il écrit que : « La tuberculose appelle la syphilis sur son propre terrain » ; elle a été reconnue par LANDOUZY lorsque faisant allusion à la tendance fibro-calcaire de la tuberculose pulmonaire des syphilitiques, il a placé à côté de l'ancien scrofulate de vérole de RICARD son « *sclérolate de tuberculose* ».

Ces notions que je me borne à résumer brièvement, je les ai longuement discutées (*loco citato*) et j'ai cherché à montrer que la vieille scrofule, la scrofulo-tuberculose avait avec la syphilis acquise et surtout avec l'hérédo-syphilis des relations étroites. De nombreux travaux tant en France qu'à l'étranger plaident dans le même sens, et récemment encore mon éminent collègue et ami le Pr Mariano CASTEX, de Buenos-Aires, rapportait dans sa belle monographie « *Sifilis hereditaria tardiva* » une observation remarquable avec mal de Pott, aortite, double hydarthrose chronique, adénopathie cervicale et syndrome endocrinien pluriglandulaire heureusement influencés par le traitement spécifique. Pour rester sur le terrain spécial du mal de Pott, retenez qu'il peut exister chez les syphilitiques à titre de lésions syphilitiques du rachis ou à titre de lésions tuberculeuses des corps vertébraux ; retenez que le diagnostic clinique ne repose que sur des nuances et que le diagnostic radiologique n'est pas plus caractéristique ; concluez avec moi que lorsque vous verrez survenir une déformation pottique chez un syphilitique ou chez un hérédo-syphilitique avéré, vous devrez administrer le traitement spécifique qui pourra, si la destruction vertébrale n'est pas définitive, amener la guérison et sera ainsi le meilleur élément de diagnostic différentiel.

Chez notre malade le traitement n'a pas modifié la localisation vertébrale alors qu'il a eu une influence incontestable sur la localisation du genou droit ; l'importance des lésions rachidiennes constatées sur l'épreuve radiographique explique cette impuissance si la lésion est syphilitique ; mais elle ne permet pas d'affirmer en toute certitude la nature syphilitique de cette lésion rachidienne. J'ai tendance à penser cependant qu'il est plus vraisemblable d'admettre la nature syphilitique plutôt que la nature tuberculeuse de cette lésion étant donné la nature syphilitique des autres manifestations osseuses (exostoses) et ostéo-articulaires (genou droit) qu'a présentées la malade.

Telles sont les considérations générales que j'ai cru intéressant de vous rappeler à propos de l'observation de notre malade ; elles se rapportent aux deux premières conditions cliniques que j'ai indiquées au début, à savoir l'existence d'un mal de Pott tuberculeux survenant chez un syphilitique ou l'existence d'un mal de Pott de nature syphilitique.

***

Passons maintenant à la troisième condition, l'existence d'une déformation pottique due à une arthropathie tabétique.

Il y a trois ans, le 19 mai 1923, se présentait à notre polyclinique du samedi, un homme âgé de 56 ans, que je connaissais bien : c'était mon ancien cocher, devenu depuis chauffeur de taxi.

Il se plaignait d'un point de côté en demi-ceinture siégeant à la base de l'hémithorax gauche, dont le debut remontait à huit mois environ ; il était soigné depuis cette époque pour un « point de bronchite chronique ! » Je fus d'emblée frappé par son attitude : il marchait avec difficulte, à petits pas, et se tournait avec peine. En l'examinant, je constatai que ses pupilles étaient inégales et irrégulières et qu'elles présentaient le signe d'Argyll Robertson. Je découvris également une aortite, se traduisant par un clangor du deuxième bruit et un petit souffle systolique ; enfin, je trouvai une gibbosité dorsale très nette.

Je le décidai à entrer à l'hôpital, en vue d'un examen plus complet. L'interrogatoire nous donna très peu de renseignements : on ne relevait dans ses antécédents qu'une blennorragie dans sa jeunesse ; il ne se souvenait pas d'avoir contracté la syphilis.

Il avait été marié deux fois : sa première femme, morte en couches, lui avait laissé un fils, âgé maintenant de 20 ans, et qui était, paraît-il, un peu bizarre de caractère ; quant à sa deuxième femme, c'était une belle et forte femme, bien portante, de laquelle il avait eu deux enfants encore en bas âge.

Enfin, il avait eu, en 1918, une pneumonie double, et, depuis cette époque, il continuait de tousser et de cracher un peu chaque hiver ; il avait maigri de 8 kilos et se plaignait de fatigue générale et de perte de l'appétit.

Cependant, l'examen des crachats, pratiqué à plusieurs reprises, n'avait jamais montré l'existence de bacilles de Koch.

Cet homme se plaignait donc uniquement, depuis huit mois, d'un point de côté siégeant à la base de l'hemithorax gauche et irradiant vers la région lombaire : il comparait ce point de côté à une sensation de constriction, entrecoupée parfois de douleurs à type fulgurant se propageant jusque dans les mollets. Ajoutons qu'il

n'avait pas de fièvre, pas de troubles fonctionnels cardiaques apparents sauf peut-être une légère dyspnée d'effort. Mais, ce qui frappait surtout c'était la raideur de son rachis, à tel point qu'il ne pouvait se mouvoir que tout d'une pièce.

L'examen de l'appareil respiratoire ne révéla aucun signe de pneumopathie. Nous retrouvâmes les signes d'aortite constatés à la policlinique ; en outre les sous-clavières étaient surélevées, la tension artérielle était de 19-11.

Une radioscopie du thorax montra que les deux sommets étaient gris, sans illumination ; il n'y avait ni tabes ni marbrures dans les champs pulmonaires, le jeu diaphragmatique était normal et les sinus costo-diaphragmatiques parfaitement libres. Par contre, l'ombre médiane était élargie ; le cœur, couché horizontalement, était large ; le bord gauche de l'aorte était fortement concave mais sans ectasie, le bord droit se perdait dans une ombre grisaillée qui semblait l'engainer et battre avec lui ; l'espace clair médian était en partie bouché.

L'examen du rachis confirma la présence de la gibbosité et nous permit de préciser ses caractères : elle était angulaire, médiane, portant sur les deux premières lombaires ; la pression n'était pas très douloureuse. La date d'apparition de cette gibbosité coïncidait avec celle du point de côté, soit huit mois ; mais, depuis deux ans, il y avait, de temps en temps, de vagues douleurs dorsales.

Il nous restait, pour compléter notre examen, d'explorer le système nerveux.

La sensibilité viscérale était très troublée, le testicule était insensible à la pression, et il y avait également une insensibilité vésicale telle que le malade ne ressentait pas le besoin d'uriner ; on constatait une perte de la sensibilité profonde, osseuse et musculaire, avec, cependant, conservation de la notion de position. La sensibilité cutanée paraissait anormale : il n'y avait ni hypoesthésie ni hyperesthésie.

Les réflexes tendineux des membres inférieurs étaient abolis, aussi bien les rotuliens que les achilléens ; ceux du membre supérieur étaient normaux. Les réflexes cutanés étaient conservés.

Les troubles moteurs étaient discrets : nous ne pûmes déceler ni signe de Romberg, ni hypotonie musculaire ; la marche était rendue difficile par la raideur du malade qui ne pouvait se déplacer que tout d'une pièce ; mais il n'y avait pas d'ataxie sauf pour les petits mouvements.

Les pupilles étaient irrégulières et inégales, la droite étant plus grande que la gauche ; le signe d'Argyll Robertson était des plus nets. Il n'existait pas de paralysies de la musculature extrinsèque de l'œil.

Je terminerai cette observation en vous disant que l'état mental était normal, qu'il n'y avait aucun trouble de la mémoire, aucune alternative de dépression ni d'excitation ; il n'existait enfin aucun trouble de la parole.

Nous avons complété ces constatations cliniques par des examens de laboratoire : le Wassermann fut fortement positif dans le sang, faiblement positif dans le liquide céphalo-rachidien. Ce dernier était en outre légèrement hypertendu et contenait 2 à 3 lymphocytes par millimètre cube ; le taux de l'albumine était sensiblement normal.

Il résultait donc de cet examen que cet homme était un syphilitique : la syphilis était ignorée mais cependant certaine, ainsi qu'en témoignent l'aortite, les signes de tabes fruste, et le résultat du Wassermann. Cet homme présentait, d'autre part, une déformation pottique absolument évidente, dont il restait à déterminer la nature ; ici se posait un problème clinique très délicat. S'agissait-il d'un mal de Pott tuberculeux greffé sur un tabes fruste ? S'agissait-il d'un mal de Pott syphilitique ? S'agissait-il, enfin, d'une déformation pottique par arthropathies tabétiques rachidiennes ? Voyons quels sont les arguments en faveur de chacune de ces hypothèses.

Il semble possible, tout d'abord, d'éliminer le mal de Pott tuberculeux chez ce sujet, qui, par ailleurs, ne présentait aucun signe de lésions tuberculeuses, et, cela, d'autant plus que nous savons qu'il est un syphilitique avéré.

Mais, par contre, il est beaucoup plus malaisé de faire la part de la syphilis ou de l'arthropathie tabétique à l'origine de cette gibbosité. Avant de pousser plus loin cette discussion je voudrais souligner un détail étiologique : quelle que soit la cause qui a donné naissance à la déformation rachidienne il semble bien que les trépidations continuelles auxquelles était soumis le sujet, du fait de sa profession de chauffeur de taxi, aient pu avoir une influence localisatrice. Ce fait pourrait expliquer chez un tabétique fruste, cette localisation un peu particulière des arthropathies.

Pour préciser notre diagnostic, nous avons fait une radiographie : elle montre la disparition d'un disque intervertébral avec, en quelque sorte, fusion des vertèbres sus et sous-jacentes ; ces vertèbres ne paraissent, d'ailleurs, pas normales, mais fortement hyperostosées. De profil, on voit un glissement très net des vertèbres l'une sur l'autre, et le point de ce glissement répond à la gibbosité. Cette radiographie nous permet donc d'éliminer la tuberculose ; on verrait en effet, s'il s'agissait de tuberculose rachidienne, des lésions destructives beaucoup plus nettes et non les hyperostoses observées, qui sont caractéristiques de la syphilis.

Mais, elle ne nous permet pas de classer définitivement la lésion et de dire s'il s'agit d'un mal de Pott syphilitique ou d'arthropathies tabétiques, dont les caractères radiologiques ne sont, d'ailleurs, pas très bien tranchés.

Au reste, quelle que soit la nature exacte de

cette déformation pottique, et la syphilis étant mise en cause, une double indication thérapeutique se posait : immobiliser le malade dans un corset plâtré et instituer, en même temps, le traitement antisyphilitique : c'est ce que nous avons fait.

Durant six mois le malade resta ainsi dans notre service, recevant régulièrement des injections intraveineuses de cyanure de mercure. Durant les premiers temps il eut encore quelques crises douloureuses, qui allèrent en s'atténuant progressivement, de sorte qu'au bout de ces six mois, il était suffisamment amélioré pour sortir de l'hôpital. Il n'était pas guéri ; il conservait son aortite et ses signes de tabes fruste ; mais, son rachis était ankylosé et solide. Il porte un appareil orthopédique destiné à assurer l'immobilisation du rachis et à éviter la douleur. Il a même repris depuis un an, malgré mes conseils, son métier de chauffeur de taxi et le continue encore actuellement.

Que faut-il penser du diagnostic d'arthropathies tabétiques rachidiennes chez un pareil sujet ? Certains n'hésiteraient peut-être pas à l'affirmer ; je serai plus réservé, plus conciliant et je ne repousserai pas complètement la possibilité d'un mal de Pott syphilitique. A ce propos, il me paraît opportun de passer rapidement en revue les éléments de ce diagnostic toujours si difficile.

L'examen clinique n'apporte pas de constatations probatoires : il conduit à admettre les relations étiologiques de la déformation rachidienne avec la syphilis, mais n'autorise pas à conclure de façon ferme en faveur de l'une ou l'autre hypothèse. L'exploration radiologique a plus de valeur, encore qu'elle n'enregistre que des caractères différentiels qui sont parfois bien peu tranchés et à peine nuancés.

On admet que les caractères radiologiques des arthropathies tabétiques en général, celles des membres notamment, sont constitués par des hypertrophies et des lésions osseuses peu denses qui, contrairement à ce qui se passe dans les ostéites tuberculeuses ne se détachent pas de leur point d'origine et ne forment pas de séquestres ; à côté de ces lésions qui portent le cachet de la syphilis se voient des zones d'atrophie avec ostéoporose et tassement. Enfin les lésions dans leur ensemble ne portent pas seulement sur les extrémités osseuses mais aussi sur l'articulation.

L'association de ces lésions soulève l'idée de la participation de lésions réellement syphilitiques à la base de certaines arthropathies tabétiques, idée qui a été soutenue par Lemierre, Léon Kindberg et Deschamps (*Société Médicale des Hôpitaux*, 22 juillet 1901) et reprise par Bariéty et Kaplan (*Société Médicale des Hôpitaux*, 22 janvier 1926).

Pour ce qui est de l'arthropathie tabétique du rachis, elle est vraisemblablement constituée par des lésions du même ordre, du moins dans son type classique d'ostéo-arthropathie lombaire qui est la variété la plus commune. Ce rachis syphilitique, dont Abadie a donné, en 1900, la première étude, a fait l'objet d'intéressantes recherches de la part de H. Roger (de Marseille). Vous en trouverez une bonne description dans l'article qu'en a donné Babonneix dans mon *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée.*

***

De cette étude du mal de Pott chez les syphilitiques vous retiendrez qu'il peut être extrêmement difficile de déterminer cliniquement s'il s'agit d'un mal de Pott tuberculeux, d'un mal de Pott syphilitique ou d'un mal de Pott par arthropathie tabétique.

Du point de vue pratique, vous retiendrez que le traitement spécifique devra toujours être institué : s'il s'agit de lésions de nature syphilitique, elles pourront être considérablement améliorées sinon guéries radicalement. S'il s'agit de lésions tuberculeuses, elles continueront leur évolution sans être fâcheusement influencées par le traitement d'épreuve, ou s'amenderont même quelque peu si elles s'associent sur place, à titre d'hybridité de lésions, à des lésions syphilitiques. S'il s'agit d'arthropathies tabétiques elles résisteront également au traitement mais sans avoir davantage à en souffrir.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr Hartmann.

Ulcération et douleur des moignons d'amputation (jambe).

Cet homme, âgé de 35 ans se plaint de douleurs au niveau de ses deux moignons de jambes. Il a été amputé des deux jambes, en 1923, à la suite d'un accident de chemin de fer. En 1924, le malade dut être réamputé du moignon droit pour conicité. Il présente actuellement des ulcérations au niveau de ses deux moignons. Quelle est la cause de ces ulcérations ? Certains malades ont des ulcérations cutanées dues au port de l'appareil même, qui les blesse. D'autres ont des ulcérations parce que la nutrition du moignon est défectueuse. On voit quelquefois sur les

moignons des éruptions rappelant l'eczéma ; il y a des troubles circulatoires, le moignon prend une teinte violacée, la peau présente des squames. Les troubles trophiques peuvent être légers, mais dans certains cas ils aboutissent à la production de véritables ulcérations. Il y a des ulcérations dues à l'adhérence de la cicatrice cutanée à la section osseuse, et souvent en rapport avec une ostéite.

On constate chez ce malade une adhérence manifeste de la cicatrice à la section osseuse, des deux côtés. Ceci joue certainement un rôle dans les douleurs qu'il éprouve; mais il y a en même temps de petits névromes. On doit chercher la sensibilité doucement, avec un morceau d'ouate. Le malade accuse des sensations de courant électrique. Les névralgies du moignon donnent cette sensation, et sont en rapport avec l'existence de petits névromes. Il y a ici, sur le trajet de son sciatique, sur la ligne médiane postérieure, de ces petits noyaux adhérents à la peau et se continuant avec le cordon nerveux.

Il existe des névromes dont le diagnostic est extrêmement facile : c'est une tumeur du volume et de la forme d'une olive, qui siège sur un trajet nerveux, vers l'extrémité du nerf, à une certaine distance de la cicatrice. D'autres arrivent jusqu'à la cicatrice même. Le traitement des uns et des autres est un peu différent. Un névrome constitué par une tumeur semblable à une olive, sur le trajet d'un nerf, doit être mis à nu et enlevé, et cela suffit pour la guérison. Quand un névrome arrive jusque dans la cicatrice, il est nécessaire d'exciser avec lui une certaine étendue de la cicatrice.

Il y a ici trois causes d'ulcération et de douleur du moignon : l'adhérence intime de la peau à la section osseuse, un certain degré d'ostéïte, un certain degré de névrite, avec formation d'un petit névrome sensible au palper. Il y aurait lieu de faire une radiographie, car dans certain cas, on voit des lésions d'ostéïte absolument typiques.

Ce malade a abandonné la jambe artificielle pour un pilon. Il marche sur le genou, avec un simple pilon. Les lésions de son moignon sont donc indépendantes de la pression d'un appareil. Un moignon d'une certaine longueur est utile pour le port d'une jambe artificielle, il facilite la mobilisation de la jambe artificielle, mais quand le malade se borne à marcher sur son genou, il n'y a pas d'inconvénient à raccourcir le moignon. Il y a même intérêt à avoir un moignon court, parce que, lorsque le malade se tourne, il risque d'accrocher son moignon, si ce dernier est un peu long. Le malade sera donc moins gêné. Cette considération contribue à plaider en faveur de l'intervention ; étant donné les signes de névrome, la cicatrice adhérente, l'existence d'un point osseux douloureux, il faut réséquer la cicatrice avec une partie de l'os.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Bassin vicié par cyphose.

Par M. Henri VIGNES,

Accoucheur des hôpitaux de Paris.

Toutes les cyphotiques n'ont pas un bassin vicié : un dos rond se corrige par des lombes creuses (1) et le bassin, ne participant pas à la courbure de compensation, n'est pas déformé (2).

Tout au plus, faut-il rappeler que. souvent, dans ces cas, le détroit antérieur regarde en avant par le fait de la lordose lombaire et que la vulve regarde très arrière : il y a antéversion pelvienne ; la lordose, en même temps, rejette l'utérus en avant, d'où antéversion utérine : l'antéversion utérine et l'antéversion pelvienne, s'additionnant ainsi, peuvent gêner l'engagement de la tête.

***

Les cyphoses, qui modifient la forme et les dimensions du bassin, siègent à la colonne lombaire ou à la partie inférieure de la colonne dorsale, et sont dues en général à un mal de Pott.

Le bassin tend à se mettre en rétroversion : l'inclinaison en avant de la partie supérieure du corps, due à la cyphose, entraîne le centre de gravité du tronc en avant, trop en avant, des pieds pour permettre de garder l'équilibre; alors, pour ramener en arrière la tête et le thorax, pour mettre les membres supérieurs dans la ligne des membres inférieurs, le bassin bascule sur les têtes fémorales, de manière que la vulve regarde en bas et même en avant et que le détroit supérieur regarde en haut, plus en haut que normalement : il se met donc en rétroversion (3).

(1) En même temps, une lordose cervicale rejette la tête en arrière.

(2) De plus, les cyphoses dorsales, exagération de la cyphose physiologique, so t souvent rachitiques. Il est classique de dire qu'elles ne modifient guère le bassin, parce que les deformations du bassin rachitique étant inverses de celles du bassin cyphotique, il y a correction des unes par les autres.

(3) Les épines iliaques antero-inférieures sont, de ce fait, plus accessibles à la palpation.

La rétroversion du bassin se complique de ce que la base du sacrum bascule en haut et en arrière : donc, le détroit supérieur s'agrandit dans le sens antéropostérieur (1) et le détroit inférieur se rétrécit dans le même sens. Le sacrum ainsi tiré se subluxe ; plus large en avant qu'en arrière, il écarte les os iliaques : les ailes iliaques basculent en dehors (2), les ischions basculent en dedans.

Agrandissement du détroit supérieur, surtout marqué d'avant en arrière (3), rétrécissement du détroit inférieur dans tous les sens, telles sont les déformations du bassin cyphotique : c'est un **bassin en entonnoir.**

Le rétrécissement du détroit inférieur se complique d'autant plus que l'ogive pelvienne rétrécie n'est guère utilisable pour la sortie de la tête et que celle-ci doit distendre au maximum la partie périanale et rétroanale du périnée.

Les surfaces articulaires du sacrum et de l'os iliaque étant mal adaptées l'une contre l'autre, il s'ensuit que l'articulation joue : ce qui permet, lors de l'accouchement, un écartement des ischions qui peut atteindre 3 et même 4 centimètres.

***

Dans ce bassin en entonnoir la tête s'engage facilement (et, en général, elle est engagée à fond de façon précoce (4), **mais la difficulté est de franchir le détroit inférieur.** Il importe donc d'apprécier les dimensions de celui-ci, aussi rigoureusement que possible.

Normalement le diamètre qui va du sous-pubis à la pointe du coccyx mesure 8 centim. 1/2 et le diamètre qui va du sous-pubis à la pointe du sacrum, après refoulement du coccyx, mesure 11 centim. 5. Après avoir apprécié la mobilité du coccyx, on mesurera l'un et l'autre diamètre : soit par pelvimétrie interne, en mettant l'extrémité du doigt sur l'extrémité postérieure du diamètre et la base du doigt sous le pubis, absolument de façon analogue à la mesure du P. S. P. ; soit par pelvimétrie externe, au moyen d'un compas.

(1) Le diamètre transverse du détroit supérieur reste à peu près normal.

(2) La pelvimétrie externe montre ce déplacement, mais ce renseignement n'a aucun intérêt pour le pronostic.

(3) On n'atteint pas le promontoire par le toucher vaginal.

(4) Il arrive parfois qu'une antéversion utérine marquée, contrastant avec la rétroversion pelvienne, gêne et retarde l'engagement.

Normalement, le biischiatique mesure 11 centimètres (1). Pour le mesurer, on mettra la femme en position génu-pectorale — position de choix — et on cherchera, dans le voisinage de l'anus, les parties postérieures des ischions. Ces points sont parfois difficiles à repérer exactement et on s'y appliquera minutieusement.

Les ayant repérés, on posera les deux pouces, ongle en dedans, sur la zone cutanée correspondante et on enfoncera les pouces en refoulant le tégument jusqu'au niveau de l'os. Un aide mesurera alors, au compas ou au centimètre, l'écart des deux ongles. On ajoutera un centimètre pour chaque côté, afin de tenir compte des parties molles (2), et même 1 centim. 5 si la femme est grasse.

Un biischiatique de 9 permet le passage facile d'une tête à terme, un biischiatique de 7 (après correction) l'empêche. Entre ces deux dimensions, on peut parler de bassin limite, comme on parle de bassin limite pour certains rétrécissements du détroit supérieur, mais avec cette atténuation que les interventions sont infiniment plus faciles au détroit inférieur qu'au détroit supérieur. En pratique, un écart de 8 centimètres (après correction) permet à peu près sûrement l'accouchement, au prix de quelques oscillations latérales de la tête qui tâte du périnée pour faire franchir une bosse pariétale, puis l'autre.

Les déchirures des parties molles sont fréquentes, puisque, l'ogive n'étant pas utilisable (3), la tête doit déprimer au maximum les tissus périnéaux.

***

Tel est le problème obstétrical du bassin cyphotique. Pour établir complètement le pronostic, il nous faudrait encore étudier la question des troubles cardio-pulmonaires et la question de la mort subite

(1) Couvelaire m'a enseigné que, dans de rares bassins, le bi-sciatique a plus d'interêt que le bi-schiatique.

(2) Ce procédé est le procédé de Tarnier. On peut aussi mesurer le biischiatique en introduisant un compas dans le vagin ou en introduisant trois ou quatre doigts de champ entre les tubérosités et en mesurant leur largeur au niveau du point où ils ont bute sur les tubérosités.

Le procéde de Tarnier peut se vérifier en imprimant la marque de l'ongle dans les téguments et en mesurant directement l'intervalle de ces deux empreintes.

(3) Théoriquement, l'occipito-sacrée se dégage mieux que l'occipito-pubienne puisque le bitemporal, plus étroit que le bipariétal, peut mieux se loger en avant ; de même le menton, dans une mento-antérieure, voire même la nuque dans le siège passent pour permettre de mieux utiliser l'ogive pubienne.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La Cataracte.

C'est surtout dans la cataracte acquise que s'imposent les indications d'un traitement médical. On soignera l'état général et le diabète. Au-dessus de 65 ans et pour les cataractes non molles, on obtient parfois des arrêts prolongés ou des régressions partielles de l'opacité avec des bains d'yeux prolongés matin et soir. La solution employée sera tiédie :

Iodure de potassium	4 à 6 gr.
Eau distillée bouillie	500 gr.

(CANTONNET.)

ou :

Iodure de sodium desséché Chlorure de calcium cristallisé	5 gr.
Eau dist. bouillie	400 gr.

(L. DOR.)

M. CANTONNET (*Causeries d'ophtalmologie*) conseille l'iridectomie lorsqu'il existe des opacités centrales avec intégrité relative de la périphérie de la lentille. On peut encore employer des verres *fumés* et dilater légèrement la pupille, au moyen d'instillations matin et après-midi avec :

Chloryd. cocaïne	0 gr. 20
Eau dist. bouillie	10 gr.

Ou bien une seule instillation quotidienne avec :

Euphtalmine	0 gr. 20
Eau distillée bouillie	10 gr.

Lorsque la cataracte est mûre, il faut faire l'extraction. Celle-ci est encore conseillée par M. CANTONNET lorsque la cataracte est incomplètement mûre, que le patient a dépassé 65 ans et que l'autre œil est assez atteint pour gêner notablement la vision.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les applications du thorium X.

Le thorium X est sur le même plan que l'uranium premier corps de la famille du radium.

Le thorium X se présente au médecin sous deux formes : en solution isotonique, renfermée dans des ampoules de 10 cc. environ, pour injections hypodermiques ou ingestions et en solutions alcooliques pour applications locales et badigeonnages. M. David DE PRADES à qui nous empruntons ces renseignements (Le thorium X en Thérapeutique. *L'Evolution thérapeutique*, février 1926) nous apprend que la teneur en thorium X des solutions est figuré par un nombre de microgrammes, dont le chiffre s'abaisse très vite. Le thorium X a une durée limitée. C'est un corps instable, perdant la moitié de sa force par période de trois jours et demi environ et n'ayant plus aucune puissance après vingt jours. Par conséquent les solutions dosées d'après le jour et même l'heure de la fabrication seront employées immédiatement.. On pratique une injection par semaine, le jour où le produit est fabriqué. Des séries de six à huit injections sont pratiquées de la sorte,

Les doses varient entre 50 et 500 gr. micro. De 50 à 200 micro, l'action est stimulante ; à partir de 400 micro, un choc hémoclasique se produit semblable à celui obtenu par des injections colloïdales : collobiase d'or ou d'argent. Les globules blancs se détruisent, d'où l'action du remède à hautes doses dans les leucémies. Après la piqûre, surviennent souvent de la céphalée, de la courbature, par fois un état nauséeux. En douze ou vingt-quatre heures, tous les accidents disparaissent.

Les indications du thorium X se trouvent surtout : 1° dans les affections cutanées ; 2° dans les infections rhumatismales ; 3° dans les leucémies ; 4° dans les tumeurs malignes.

1° *Affections cutanées.* — M. David DE PRADES a employé le thorium X en solution alcoolique, en applications locales. Dans les *lichens plans* et les *eczémas*, la démangeaison cesse et les tissus s'améliorent rapidement. La dose employée est de 15 à 20 microgrammes par centimètre carré. On laisse sécher et on recouvre de collodion.

Une chéloïde de la peau après brûlure par la teinture d'iode s'est améliorée dans les mêmes conditions, des piqûres étaient en plus pratiquées dans le tissu interstitiel.

Une *tumeur bénigne* de la région sacro lombaire a diminué de volume après quatre piqûres intratumorales et deux injections intra-musculaires de 200 microgrammes.

2° *Infections rhumatismales.* — On injecte 100 à 200 micro par semaine. Une série de 5 ou 6 injections est nécessaire. Le *rhumatisme chronique*, le *rhumatisme blennorragique*, voire le *rhumatisme noueux* en tirent un bénéfice très appréciable. Dans le rhumatisme aigu, les composés salicylés par voie stomacale agissent mieux.

3° *Leucémies.* — Dans la leucémie myéloïde, les résultats sont souvent excellents : 200 à 500 micro tous les huit jours. Un de nos malades de Viroflay (Seine-et-Oise) avait une leucémie myéloïde avec 250 mille globules blancs et une rate énorme. Amélioré depuis dix-huit mois par le *benzol* et les *gouttes de Fowler*, auxquels on avait adjoint des séances de radiothérapie, il était retombé si faible, si anhélant qu'il ne pouvait plus quitter le lit. Une série de huit piqûres de thorium X fit tomber le chiffre des globules blancs à 30.000 et le malade remis sur pied venait nous consulter quelques semaines plus tard à Paris. Malheureusement nous ne savons ce qu'il est devenu depuis. Chez les sujets trop faibles pour se rendre à des séances radiothérapiques, les piqûres de thorium X amènent parfois de véritables résurrections.

4° *Cancers.* — Les résultats se montrent fort inégaux. Dans un *cancer de la face* inopérable, après traitement local et injections, l'état local s'améliora d'une façon surprenante. Malheureusement, il se produisit une métastase qui enleva le malade en peu de jours. Dans un cas de *néoplasme de l'œsophage* avec rétrécissement serré, le malade peut se nourrir de bouillies après 5 piqûres de 300 microgrammes. La mort survient par métastase à distance. Il faut de fortes doses pour obtenir un résultat local, malheureusement de hautes doses déprimment des organismes déjà en moindre résistance. Si le thorium peut être porté sur la tumeur elle-même en badigeonnages ou en piqûres intra-tumorales, l'action locale se produit seule. L'action générale n'existe plus. Seulement en pareil cas, nous avons le radium ou la radiothérapie pénétrante qui valent mieux. S. R.

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Les doses massives et prolongées d'ouabaïne dans l'asystolie.

Le plus souvent dans la pratique des injections intraveineuses d'ouabaïne, on éprouve une certaine timidité en face de cette médication extrêmement active : des accidents s'étant produits, voire des morts, on se limite aux doses habituellement recommandées (un quart de milligramme le premier jour, un demi-milligramme les cinq ou six jours suivants). Néanmoins, il semble permis parfois d'enfreindre les règles de cette posologie classique. Il est arrivé, à plusieurs reprises à L. Bouchut et Pierre Paupert-Ravault (*Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1er déc. 1925) de poursuivre des séries d'injections pendant plus de quinze jours à des doses journalières d'un demi et même d'un milligramme et cela sans le moindre incident.

Les auteurs lyonnais résument l'observation d'un malade de 44 ans atteint d'insuffisance cardiaque à marche progressive. Cette asystolie ne put être enrayée que grâce à une thérapeutique des plus énergiques. Les petites doses restèrent sans effet et chez ce malade l'ouabaïne s'est montrée le tonicardiaque de beaucoup le plus efficace et le plus actif.

Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, la situation est au demeurant toujours la même qu'au début : tachycardie, galop, souffle systolique apexien. L'ouabaïne paraît bien être une médication très efficace à condition qu'elle soit employée à doses fortes et continues (1 milligramme par jour). Elle est surtout active lorsqu'on l'associe à la théobromine. Il est certain que grâce à cette *association ouabaïne-théobromine* on obtient des diurèses énormes (2 litres 1/2 et même 3 litres), ainsi qu'une fonte des œdèmes que les deux médicaments, agissant isolément, n'arrivaient pas à provoquer.

L'ouabaïne a paru agir surtout sur la *diurèse et la disparition des œdèmes, de même que sur la dyspnée.* Par contre, les signes cardiaques étaient peu modifiés même après des cures massives et prolongées : la tachycardie, le galop et le souffle fonctionnel ont été particulièrement rebelles et ne se sont atténués que les derniers jours. Enfin l'ouabaïne a semblé préparer le myocarde à de nouvelles doses de digitaline qui, avant son administration, se montraient peu actives.

L'observation ne mentionne pas d'*accidents* consécutifs à cette thérapeutique massive et prolongée. A certains moments, on a signalé cependant des vertiges coïncidant avec les doses quotidiennes de 1 milligramme. On a aussi observé des phases très nettes de rythme couplé, que l'on provoquait d'ailleurs facilement par la compression du pneumogastrique. Ces incidents rythmiques, seraient sans importance.

Il convient de signaler un épisode qui montre à quel point cette cardiopathie fut transformée par les tonicardiaques : le 16 octobre, le malade qui

depuis longtemps était porteur d'une hernie inguinale présenta des signes d'étranglement herniaire. Il supporta à merveille l'intervention, que l'on pratiqua d'ailleurs sous anesthésie locale. Les suites opératoires furent simples. Pendant cette complication, il ne présenta pas le moindre symptôme d'insuffisance cardiaque. En dépit de ce succès nous recommandons la prudence.

CLINIQUE MÉDICALE

La fièvre dans la tuberculose pulmonaire (1).

Par le Dr P. Lowys.

Médecin-assistant du sanatorium de Gorbio, à Menton.

> « Songez que dans quelques instants, on va sonner 10 heures, que, pour mes malades, 10 heures, c'est la deuxième prise de température rectale et que, dans quelques instants, 250 thermomètres vont pénétrer à la fois... »
>
> (Knock, acte III, scène VI.)

Les choses les plus simples étant parfois les plus difficiles à faire appliquer, il est banal de voir des tuberculeux prendre mal, ou pas du tout, leur température. Tel malade la notera quand bon lui semble, à n'importe quel moment de la journée ; tel autre refusera énergiquement de se soumettre à cette petite obligation, parce que « s'il faisait de la fièvre, cela lui donnerait le cafard ! » ou encore, comme il nous fut une fois répondu orgueilleusement : « Ce n'est pas la peine de prendre ma température ; je n'en ai pas, car dans ma famille, on n'est pas fiévreux ! » Et le sujet était peut-être de bonne foi, car, souvent, le tuberculeux ne « sent » pas sa fièvre ; dans les sanatoriums où la température est fréquemment et rigoureusement contrôlée, un malade, avec 39-40 de température rectale, vous affirmera qu'il ne sent rien d'anormal, sauf peut-être une vague lourdeur de tête.

Aussi, dans cette maladie essentiellement chronique, la simple inspection d'une courbe thermique correctement mesurée offre à l'œil exercé des renseignements infiniment précieux. Comme l'a dit Küss « le thermomètre doit être pour le tuberculeux, un ami fidèle et un conseiller très sûr ».

(1) Nous laisserons de côté l'étude de la cour de thermique dans la tuberculose aiguë et le rôle diagnostique de la fièvre.

I. — Comment la reconnaître.

Après avoir recommandé à son malade l'achat d'un bon thermomètre soigneusement contrôlé, il ne suffit pas de le libérer avec un banal conseil omnibus « prenez votre température », analogue aux fatidiques « prenez de l'exercice » ou « suivez un régime », formulés sans autres explications. Voyons donc d'un peu près les notions pratiques concernant la thermométrie clinique.

Les différentes températures sont : a) *T. axillaire* : procédé infidèle et grossier, à rejeter ; b) *T. buccale* : à la fois commode et agréable à prendre, mais sujette à trop de causes d'erreur : influences de la température extérieure, de l'ingestion antérieure d'aliments chauds ou froids, sa variabilité d'écarts avec la température rectale (généralement, mais non toujours, elle lui est inférieure de 2-4 dixièmes) ; c) *T. urinaire* : ce procédé peu connu, préconisé par le Dr Mantoux, de Cannes, n'est pas à dédaigner, malgré sa bizarrerie apparente. A la portée de toutes les intelligences, puisqu'il suffit d'uriner le long de l'appareil, il demande seulement une quantité minimum de 150 grammes d'urine dans la vessie... et un représentant du sexe fort ! Les chiffres obtenus sont stables et facilement superposables à ceux obtenus par la prise intra-rectale, ne lui étant inférieurs que de 1-2 dixièmes. La prise de température urinaire offre des avantages sociaux intéressants : soit un ancien malade reprenant le travail et désireux de contrôler, de temps en temps, sa température ; il n'a pas le temps de s'isoler les cinq, dix minutes nécessaires pour la prendre dans la bouche ou dans le rectum. Quoi de plus simple que de se rendre dans le réduit *ad hoc* et d'obtenir en quelques secondes le chiffre voulu ?

d) Reste enfin la *température rectale*, seul procédé donnant avec exactitude la température centrale, vraie. Le thermomètre, bien enfoncé « jusqu'à la garde » (sous peine d'avoir des chiffres ridiculement bas), est laissé en place cinq-six minutes au moins ; toujours s'assurer, avant son introduction, que la colonne mercurielle a bien été ramenée au niveau le plus bas (un de nos malades çst un jour littéralement terrorisé en découvrant sur son thermomètre 41,7 ; il l'avait simplement laissé sur sa table, en plein soleil et négligé « d'agiter avant de s'en servir ! »). De plus, le sujet se sera, auparavant, pendant trente-quarante-cinq minutes, allongé, en évitant tout travail physique ou intellectuel susceptible de provoquer une hausse artificielle. Et, parfois pour éliminer le facteur digestif, il sera bon de mettre l'estomac, l'intestin, et, surtout, le foie au repos, en suivant le conseil donné par

Cantonnet dans son excellent petit précis « le poumon tuberculeux » : rester trois jours couché, sans fatigues, ni visites, avec comme seul régime du lait, des légumes et des fruits.

Pour les heures où on devra la mesurer : le matin au réveil, après le repas de midi, et le soir au coucher. Si nécessaire, de plus, vers 10 h. 30 et 17 heures, et dans la nuit, à heures variables, dès qu'on soupçonne une élévation de température nocturne (sommeil agité ou même nul). Il peut être utile de faire dresser par le malade (qui devra bien entendu scrupuleusement noter ses températures sur une feuille spéciale) la moyenne décadaire (prendre 10 températures vespérales, les additionner et diviser par 10) et l'écart moyen (noter, pendant ces dix jours, l'écart entre le chiffre le plus bas et le chiffre le plus haut, les ajouter et diviser par 10) (Cantonnet).

Normalement, les chiffres obtenus sont inférieurs à 37 au réveil, de 37-37,2 ou 4 au maximum après déjeuner, et de 36,8-37 au coucher. Mais ils s'entendent pour une température de repos ; or, l'effort musculaire entraîne une hyperthermie d'autant plus marquée que le travail a été plus pénible et plus long, légère et brève chez l'individu normal, accentuée et durable chez le tuberculeux. C'est sur ce principe qu'est basée l'*épreuve de la marche* de Daremberg-Küss. Le sujet exécute, en terrain plat une marche de une heure pour couvrir 5 km. ; il s'allonge aussitôt rentré et la température, prise avant l'effort, est notée tout de suite, une demi-heure après et encore une demi-heure plus tard. A l'état normal, la première température ne dépasse pas 37,8, ou 38 au grand maximum, la deuxième n'atteint pas plus de 37,6, et la troisième est analogue à celle notée avant l'épreuve. Chez le tuberculeux, au contraire, on a des chiffres bien plus forts : 38-38,5 aussitôt, 37,8-38,2 une demi-heure après, 37,4-6 ensuite. Si l'épreuve a été trop pénible pour le malade, la courbe thermique peut rester élevée toute la journée et même le lendemain, traduisant ainsi une réaction intense. Cette épreuve a donc une valeur pronostique intéressante ; on n'en saurait dire autant de sa valeur diagnostique, car elle peut être négative chez un tuberculeux avéré et inversement, positive chez un non-tuberculeux (dyspeptique, convalescent de maladie grave, endocrinien). A ce propos, il est un petit point utile à connaître au sujet de la température urinaire ; elle varie plus lentement que la température rectale, s'échauffant d'abord et se refroidissant ensuite plus tardivement, vu le temps mis par la masse de liquide intra-vésicale à suivre les variations de la température centrale, bien plus rapides. Autre fait curieux : lorsqu'on soumet un tuberculeux cliniquement guéri à la reprise du travail, il peut arriver que la reprise de son travail habituel, même pénible, soit moins pyrétogène que celle d'une autre occupation, même douce ; et l'on note parfois ce spectacle paradoxal d'un ancien terrassier dont la température ne monte qu'à 37,5 par exemple aussitôt après son dur travail et qui atteindra 38 si on lui fait faire de la vannerie !

II. — Comment l'interpréter.

Si la température est bien prise, une courbe thermique satisfaisante doit offrir les caractères suivants : ne pas dépasser bien entendu le niveau habituel, être régulière dans son ensemble (toute température « chahutée » est anormale), et présenter un écart maximum entre ses deux chiffres les plus éloignés ne dépassant pas un demi-degré au plus (une température de 36,1-36,9 est également anormale).

Nous ne ferons que mentionner le rôle capital au point de vue pronostique, immédiat et lointain, de la fièvre au cours de la tuberculose pulmonaire ; l'on connaît également parfaitement la sensibilité thermique du tubereuleux à des agents insignifiants en apparence : lecture ou correspondance prolongée, visites (chez lui la « fièvre du dimanche » n'est pas un vain mot), trouble digestif (constipation, petite indigestion), rhume même léger, contrariété... (voici un cas typique : un jeune garçon de 18 ans, très impressionnable, découvre un après-midi quelques filets rouges dans ses crachats ; il se couche immédiatement, affolé ; résultat : une demi-heure après, 38,2 au lieu de 37,1-2 coutumier ; nuit déplorable ; mais, ô joie, le lendemain matin, il trouve quelques filets de sang coagulé en se mouchant. Tout s'explique ; la fameuse « hémoptysie » était due seulement à un peu de sang ayant coulé du cavum ; conséquence : comme d'habitude, 36,7 au lieu du 37,2-4 attendu).

Nous croyons plus intéressant de résumer quelques travaux moins connus du remarquable clinicien que fut Sabourin malgré que lui manquât, dans son sanatorium de Durtol, le contrôle radiologique et nécropsique.

a) *Paradoxes thermiques* : lorsqu'on voit une modification thermique anormale, avant de l'étiqueter « fièvre », il faut penser aux causes d'erreur suivantes : 1° influence du sommeil : après une nuit mauvaise (sommeil de plomb ou, au contraire, sommeil agité avec cauchemars qui est souvent dû à la suralimentation et disparaît avec la restriction en quantité et au point de vue nourriture

carnée, au repas du soir), la température du lendemain matin peut aisément atteindre 37,6 à 8 ; 2° rôle du lit : au réveil, le thermomètre indique, au grand étonnement du malade, 37,4 à 6 ; une demi-heure après, ayant fait quelques pas dans sa chambre, il n'a plus que 36,8 à 9 ; 3° faux états fébriles d'origine médicamenteuse : si le sujet a pris la veille un calmant (opium et dérivés) ou un hypnotique, la température de la journée, surtout celle du réveil, peut être notablement augmentée ; 4° rôle de la toux : peut aussi être majorée une température mesurée aussitôt après de violentes quintes de toux, qui mobilisent péniblement le thorax et constituent un effort musculaire appréciable. Il est donc utile de signaler ce détail au vieux tuberculeux fibreux, plus ou moins bronchectasique, qui présente au réveil sa toux de nettoyage, de « vidange bronchique » ; 5° hypothermie par surmenage : parfois un effort musculaire exagéré entraîne, paradoxalement, une baisse thermique consécutive ; mais que le sujet ne se réjouisse pas trop ; s'il récidivait, attention à l' « hypertrophie compensatrice ! » ; 6° influences barométriques : certains malades sont d'une sensibilité extraordinaire aux variations de la pression atmosphérique et constituent d'excellents baromètres qui annoncent les changements de temps, en beau ou en vilain (cf., à ce sujet, les bien curieux travaux du Dr Sardou, de Nice, résumés dans ce journal l'année dernière, concernant l'influence des taches solaires sur l'évolution de différentes maladies).

b) *Fièvre menstruelle* : Sabourin a longuement insisté sur le rôle souvent désastreux des menstrues dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire et sa formule lapidaire « certaines tuberculeuses sont tuées par leurs règles », est classique. Il était même allé jusqu'à préconiser l'allaitement chez les tuberculeuses venant d'accoucher, pour retarder au maximum le retour de ces néfastes règles, ce qui constitue une opinion à notre sens excessive. Récemment, deux auteurs bordelais, MM. Leuret et Caussimon ont fourni à la « Revue de la tuberculose » (décembre 1925) un bon article sur ce sujet et dont voici leurs conclusions. La réaction fébrile normale est la suivante : hyperthermie modérée *pré*-menstruelle, hypothermie menstruelle, sans autre réaction ultérieure. Chez la tuberculeuse, au contraire, on note une hyperthermie *pendant* les règles (augmentation de l'amplitude des oscillations thermiques, ou élévation du niveau moyen de la température ou poussées en clocher), celle-ci pouvant persister après les règles et s'accompagner, dans les cas sérieux, d'activation des lésions pulmonaires déjà existantes ou de l'apparition de nouveaux foyers (soit dans le poumon, soit à distance : rein, intestin, larynx...). Lorsque la tuberculeuse est atteinte d'aménorrhée, celle-ci peut être ou active ou silencieuse. Dans le premier cas, la malade éprouve au moment habituel de ses époques tous les troubles qu'elle avait coutume d'avoir sauf naturellement les règles elles-mêmes (Saboutin avait déjà minutieusement décrit les « équivalents menstruels » des tuberculeuses, où les règles étaient remplacées par un flux diarrhéique ou hémorroïdaire, une rhinorrhée abondante...). Dans le second, il ne se produit aucune réaction, locale ou générale : « la femme oublie son sexe » (Caussimon).

(*A suivre.*)

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La récupération fonctionnelle des grandes paralysies. — MM. Guillain et Gabriel Bidou montrent l'importance des services rendus tant au point de vue individuel que social et économique, par la récupération fonctionnelle des grandes paralysies. M. Guillain conclut en émettant le vœu qu'à l'exemple de ce qu'il a fait à la Salpêtrière, en créant ce Service de récupération, avec la collaboration du docteur Bidou, tous les services neurologiques, tant en France qu'à l'étranger, soient dotés dorénavant d'une organisation semblable. Cette nouvelle méthode de récupération devient le complément indispensable de la thérapeutique neurologique.

Les économies considérables, qui ont été réalisées en deux ans dans ce service prouvent combien il est nécessaire de prendre en considération l'avenir des impotents jusqu'ici voués à l'admission dans les hospices.

Le contrôle physiologique des agents thérapeutiques et son organisation officielle. — M. Cazeneuve fait ressortir l'importance et la nécessité croissantes de la collaboration étroite du laboratoire de physiologie et du laboratoire de chimie pour identifier les agents thérapeutiques et contrôler leur pureté.

Il appelle l'attention de l'Académie sur le fonctionnement du laboratoire de chimie de contrôle de la Faculté de Pharmacie de Paris, lié aux inspections pharmaceutiques, et sur le projet depuis longtemps ébauché de lui adjoindre un laboratoire de physiologie avec toutes les ressources nécessaires en personnel et en matériel.

Recherches sur la greffe osseuse. Les auto-greffes hétérotopiques. — M. IMBERT.

Le séro-diagnostic du cancer par la réaction de Botelho. — M. LAVEDAN.

25 mai.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 mai 1926.

Réactivation de la réaction de Wassermann. — M. MILIAN fait une revue des maladies infectieuses qui réactivent la réaction de Wassermann au cours de la syphilis.

Epreuve colorante des urines dans la spirochétose. — M. PAGNIEZ. — Dans la spirochétose, l'urine prend, après adjonction d'acide acétique, une teinte verte caractéristique, sur l'importance diagnostique de laquelle il faut insister.

Sur la pathogénie des tophi. — M. LŒPER rapporte le résultat de ces recherches sur un cas de tophus, où il existait à la fois des troubles du métabolisme oxalique, uratique et cholestérinique.

Traitement des pneumopathies. — MM. Maurice RENAUD et BRIANET rapportent une observation où ils ont obtenu un excellent résultat avec une injection intra-veineuse de 30 cc. de sérum antipneumococcique et 1/2 milligramme d'adrénaline. Cette thérapeutique est préconisée par eux depuis de nombreuses années.

M. BOIDIN emploie aussi cette technique avec succès mais elle est très brutale et donne des chocs très impressionnants. Elle doit être réservée aux formes graves.

Abcès de fixation dans les broncho-pneumonies. — M. QUEYRAT rapporte d'heureux résultats donnés par l'abcès de fixation dans les broncho-pneumonies graves. Il rapporte en particulier une observation de broncho-pneumonie grave chez une femme enceinte de 7 mois, qui guérit sans incidents par un abcès de fixation.

Rapport cholestérino-urique dans l'urémie. — MM. A. RÉMOND (de Metz) et H. COLOMBIES communiquent une note établissant que le rapport : cholestérine, azote résiduel, dont la valeur normale est de 16,5 à 18 indique constamment dans l'azotémie la valeur de la fonction hépatique. Quand ce coefficient oscille entre 6 et 7, le pronostic est grave ; il est tout à fait sombre quand la même valeur tombe aux environs de 2.

Les indications fournies ont, quant au foie, la même valeur que celles des coefficients de Balavoine et d'Ambard quant au rein.

Un cas de syndrome pluri-glandulaire, thyro surrénal avec sclérodactylie. Le nanisme acromicrique. — MM. René BÉNARD, P. HILLEMANE, A. LAPORTE, ont observé une jeune fille non hérédo-syphilitique qui présente une affection complexe caractérisée par la réunion de deux syndromes :

1° Pseudo-myxœdémateux caractérisé par : petite taille, cheveux rares et cassants, visage « en pleine lune », absence de soudure épiphysaire constatée à la radiographie, sans modifications du métabolisme basal, sans aucun déficit intellectuel ;

2° Acromicrie avec mains remarquablement petites, avec sclérodactylie.

Il n'y a par contre aucun signe de troubles hypophysaires. Les médications opothérapiques sont restées sans effet.

La sémiologie des tumeurs du tronc du corps calleux. — MM. Georges GUILLAIN et Raymond GARCIN rapportent l'observation anatomo-clinique d'une malade chez laquelle ils ont observé une tumeur du tronc et de la partie antérieure du corps calleux. Chez cette femme, en plus d'un syndrome d'hypertension intra cranienne, les deux éléments essentiels de la symptomatologie ont été d'une part les phénomènes d'ataxie et de déséquilibration, d'autres part les troubles psychiques.

L'ataxie a été le premier symptôme observé et est restée le signe de premier plan ; il n'existait pas de troubles kinétiques cérébelleux, ni dysmétrie, ni hypermétrie, ni adiadococinésie ; on ne constatait non plus aucun signe de lésion des voies pyramidales. Les troubles psychiques se sont manifestés par des phénomènes de déficit sans délire : fatigabilité rapide de l'attention, lenteur des réponses, euphorie, indifférence émotionnelle.

Le diagnostic de la localisation calleuse fut fait durant l'évolution de l'affection en se basant sur l'existence des précédents symptômes auxquels s'ajoutait la surréflectivité tendineuse aux membres inférieurs avec clonus du pied, le signe de Babinski bilatéral, un léger tremblement bilatéral des doigts.

En comparant leur observation avec d'autres recueillies dans la littérature médicale MM. GUILLAIN et GARCIN spécifient ainsi la sémiologie des tumeurs du tronc et de la partie antérieure du corps calleux ; 1° signes d'hypertension intra-cranienne, souvent moins accentués que dans d'autres tumeurs cérébrales ; 2° troubles mentaux ; 3° troubles ataxiques, souvent très précoces et durables ; 4° présence fréquente de troubles moteurs bilatéraux ou seulement de modifications bilatérales des réflexes ; 5° absence de troubles aphasiques ; 6° absence de paralysie des nerfs craniens basilaires.

Ostéopathie d'origine hérédo-syphilitique. — M. Rouillard rapporte une observation d'ostéo-arthropathies multiples et monstrueuses, d'origine hérédo-syphilitique. Il existe en plus dans ce cas des stigmates de syphilis héréditaire, des signes d'insuffisance thyro-ovarienne, des signes de néphrite chronique et un signe d'Argyll.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur un cas de déformations rachitiques multiples du membre inférieur. — M. Sorrel relate l'observation d'un enfant de 8 ans, atteint de coxa vara rachitique et d'incurvation prononcée des tibias. Une ostéotomie sous-trochantérienne, puis une ostéotomie modelante des tibias ont été pratiquées, et ont amené une correction complète des déformations.

M. Sorrel oppose à ce propos la coxa vara rachitique, où domine l'inflexion du col en arrière, avec rotation externe du membre, à la coxa vara congénitale, qui se manifeste surtout par une fermeture de l'angle cervico-diaphysaire, avec adduction.

M. Mathieu estime que, dans bien des cas, il est possible d'obtenir de bons résultats par la méthode orthopédique.

Dans les cas où l'intervention est décidée, celle-ci ne doit être pratiquée qu'à l'époque où le rachitisme a terminé son évolution.

M. Ombrédanne pense qu'un grand nombre de coxa vara, de nature discutée, doivent être rapportées à des décollements épiphysaires, produits par des traumatismes souvent minimes au niveau de zones d'ostéochondrite.

Torsion d'hydatide sessile. — M. Mouchet rapporte une observation de MM. Rochet et Rioux (de Bordeaux) concernant un cas d'hydatide sessile tordue.

Il rappelle la fréquence relativement grande de ces torsions dans l'étiologie des orchites aiguës primitives chez l'enfant. Le diagnostic devra s'appuyer avant tout sur la sédation rapide des signes généraux et locaux ; dans des cas exceptionnels, la recherche de la translucidité pourra montrer l'existence d'une ombre violette se dessinant au niveau de l'hydatide tordue.

M. Ombrédanne estime qu'en présence d'un syndrome d'orchite aiguë primitive chez l'enfant, il ne faut pas chercher à en préciser trop la cause, assez variable, mais intervenir systématiquement.

Il fait ressortir l'intérêt que présente la connaissance de ces torsions, dont les manifestations cliniques étaient auparavant mises au compte de la tuberculose.

M. Michon a rencontré ces torsions, tant de l'hydatide que du cordon, chez des adolescents.

26 mai. E. Theillier.

CORRESPONDANCE

Les haines familiales et la psychanalyse,

Mon cher Directeur et Ami,

Le *Journal des Praticiens* du 15 mai dernier publie un article intitulé « *Haines familiales et psychanalyse* ». L'auteur y montre les grandes qualités du « génie latin » qui le hante. Quel dommage que cette aimable forme se mette au service d'un fond « étrange, ou plutôt étranger », dirait un poète de chez nous ! C'est la seule réflexion que je me permettrai à l'égard de M. le Dr G. Robin.

Quant à Freud, je ne garderai pas la même réserve.

J'ai lu sa psychanalyse dans une traduction française, je l'avoue. J'étais encore jeune à cette époque ; c'est-à-dire capable de savourer les charmes de sa libido, si ma « défiance latine » ne s'était vite éveillée.

M. le Dr Robin reconnaît — et c'est très important — que « Freud est allé trop loin (en voulant) éclairer la genèse de *tous* les tempéraments, de *toutes* les psychoses et c'est là qu'il a heurté le génie latin ».

Ainsi, d'après Freud, le bébé au sein « *en tire des satisfactions de nature sexuelle* (sic). Bonnes gens ! vous le supposez innocemment affamé, gourmand avec candeur ? Eh bien ! vous vous trompez : c'est un petit paillard. Et vous-mêmes qui regardez avec attendrissement ce tableau, illustré par tant de grands artistes, à éprouver tant de plaisir, en « voyant » ce geste, vous exhibez votre salacité !

Raphaël pornographe ! Conclusion imprévue de l'enseignement freudien !

Mais tout cela n'est que du sentiment « latin » de la littérature, de l'art, moins que rien...

Abordons le terrain austère (?) de la science. Ainsi, l'instinct de reproduction domine tous les autres. On le considérait jadis comme un mode de la nutrition générale ; on avait pensé que les organes et appareils, quelle que fussent leurs attributions spéciales obéissaient pour une large part, aux lois de la physique, de l'hydraulique, de la physiologie, etc. ; on éprouvait quelque fierté à découvrir des fonctions multiples et diverses pour un seul et même organe. Illusions inutiles ! Le progrès, d'après Freud, consiste à tout simplifier, à tout *unifier*. Chaque manifestation de l'appareil génital exprime un besoin, un plaisir, sexuel, bien entendu.

Parlerai-je à présent d'éthique (« morale » est un vieux mot qui ne manque pas de ridicule). Le dualisme ? Oh ! fantaisie désuète ! Tout s'unifie aujour-

d'hui, vous dis-je ; il ne subsiste que la sensation et la sensation génitale encore ! *Ex cathedra*, Freud professe les formules commodes pour légitimer la tyrannie indomptable des appétits prometteurs : « la femme est un utérus servi par des organes ; l'homme est l'esclave de ses sens, et précisons, de son sexe.

Le Tout-Puissant Eros ! l'implacable Astarté violente, vindicative, haineuse, toute la brutalité de l'Orient paien déferlant en tempête depuis l'Asie jusqu'au monde gréco-romain ! nous revoyons cela de nos jours, sous le masque de la science et par l'entremise germaine. Aux protestataires, on essaie d'imposer silence :

— Taisez-vous ! — leur dit-on — fossiles encroûtés ! Incorrigiblement, vous vous montrez réfractaire au progrès. Le progrès ? .. Freud en est resté à Œdipe, à Electre ; même, il oublie Tirésias, et son indignation vengeresse. L'histoire ? On n'en a cure. Nous sommes en 1926, et Freud écrit : « La tâche du fils consiste à détacher de sa mère ses désirs libidineux ».

(Néron, de son temps, passait déjà pour un monstre). Et cette autre perle : « l'amour filial ne va pas sans haine ». La fillette qui admire son père, et déclare ingénûment qu'elle veut se marier avec lui, n'est autre, — aux yeux du psychiatre — qu'une gourgandine précoce et éhontée. L'éducation, cette habitude que l'on prétendait capable de réfréner les mauvaises tendances au profit des bonnes ? Laissez-moi rire ! Vieille guitare !

Que Freud, en bon germain, retarde sur notre formation latine, rien d'étonnant. Huit cents ans après J.-C., notre Charlemagne guerroyait contre l'Irmensul Saxon. Mais le Saxon s'acharne à tuer le Velche qu'il envie, et feint de croire plus corrompu que lui-même. Comprendrons-nous toujours trop tard qu'il y a là un plan concerté, pour nous détruire méthodiquement pièce à pièce ? Religion, philosophie, patriotisme, tout y passe. Aujourd'hui, c'est le tour des finances. C'est une chaîne sans fin. Si, d'après Freud, la famille n'est qu'un ramassis de névrosés, de dégénérés, de vicieux avant l'âge, n'est-il pas logique de la supprimer ? La famille Velche, avant les autres. Maintenant, si Freud généralise ces tares à ses compatriotes, à l'humanité tout entière, un diagnostic à distance s'impose : celui d'un délire monomaniaque entretenu par la présence envahissante dans le crâne, d'une tumeur *érectile*.

Excusez, mon cher Directeur, l'indiscrète longueur de ma lettre, et aussi sa forme inconfortable. Alceste est un malappris, de troubler les digestions béates, délicieusement somnolentes, dans l'odorante fumée d'un fin cigare.

Et recevez l'assurance de mes sentiments affectueux et dévoués.

Dr Demelin,
ancien Accoucheur Chef de Service,
ex-Professeur à la Maternité à Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique des Maladies de la première enfance, par A.-B. Marfan, *Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hospice des Enfants-Aassistés, Membre de l'Académie de Médecine.* — Un vol. in-8°, 606 p. — Masson, édit. — Prix : 45 francs.

Dans deux volumes antérieurs (1). M. le Pr Marfan avait consigné une partie de son enseignement. Aujourd'hui, ce sont des *notions générales sur le nouveau-né et le nourrisson* qui ouvrent le présent volume. Les *affections de la bouche, des voies respiratoires, la tuberculose, les malformations congénitales du cœur* suivent, riches d'aperçus personnels, quelquefois abordées à l'occasion d'un malade, d'autres fois, comme les broncho-pneumonies entreprises à la façon d'une étude d'ensemble qui épuise le sujet. Dans chaque chapitre, le traitement a sa place large et non ménagée. Nulle part, les diverses méthodes thérapeutiques employées contre la broncho-pneumonie ne sont exposées avec un tel souci du détail utile et une prudence aussi avertie dans les conclusions. M. Marfan ne se laisse pas entraîner par les courants de la mode. Il n'appartient pas à une école. Celle de l'expérience est son seul guide. Par lui-même il vérifie et si les résultats ne correspondent pas aux promesses, il avoue sa déconvenue sur un ton tranquille où ne perce nulle impatience. Dominer son sujet d'un regard attentif, en éclairer les diverses parties aux lumières d'un jugement froid qui compare et ne se livre que sur le mode discret, telle apparaît le procédé d'exposition toute opposé aux formules de tapage et de bruit. La langue ferme et claire trouve sa précision dans la succession de phrases courtes, chargées d'un sens net. M. Marfan est un excellent professeur. Dirons-nous qu'il doit cette supériorité non seulement à l'emploi de ses méthodes d'enseignement, mais encore à la lucidité d'un esprit qui voyant de haut, saisit mieux la connexion des rapports et la relativité de toute chose ? M. Marfan est un fervent de Pascal. Il a voué un culte à ce Maître dont l'esprit scientifique s'est aiguisé sous l'esprit de finesse et l'ayant admiré, s'est lui-même développé à son école, dans le sens de cette double aptitude qui enregistre le réel en prolongeant la pensée. Le tome troisième des Maladies de la première enfance s'inscrit comme une œuvre hautement mûrie où se révèle la signature d'un vrai maître.

Grossesse et accouchement pathologiques, par M. J. Lemeland, *Accoucheur des Hôpitaux de Paris.* Sept fig. (*Les Petits Précis* de M. A. Cantonnet.) Norbert Maloine, édit., 7 fig., 1 vol. 112 pages.

Résumé bien fait de toute la science des accouchements Il n'y a que des hommes très entendus comme M. Lemeland pour faire aussi court, tout en n'omettant rien d'essentiel.

(1) *L'allaitement et l'alimentation des enfants du premier âge*, 3e édit., 1920. — *Les affections des voies digestives dans la première enfance*, 1923 (Masson et Cie).

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger.
PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

SYPHILIGRAPHIE

Surveillance et Traitement de la Syphilis latente récente (1).

(Syphilis secondaire latente).

Traitements de consolidation.

Par H. Gougerot,
Professeur agrégé. Médecin des Hôpitaux.

Après la cicatrisation du chancre ou des premiers accidents secondaires, la syphilis vigoureusement traitée entre dans une période de latence, elle semble guérie ; mais rien n'est plus trompeur : si l'on arrêtait le traitement et si l'on cessait de surveiller le malade, la récidive se produirait presque fatalement ; car, une cure isolée, même la plus énergique laisse, dans les tissus profonds, et souvent même dans la peau, des germes encore vivants, en particulier une localisation méningée, dont les travaux français de Widal-Sicard et Ravaut, P. Marie et Guillain, Milian et Crouzon, Jeanselme, Nicolau, etc., ont souligné l'extraordinaire fréquence.

La clinique laissait supposer la persistance de foyers virulents puisque la syphilis non traitée récidive quelques mois ou quelques années plus tard. L'expérimentation en a donné la preuve bactériologique : les ganglions des syphilitiques secondaires latents (Eberson et Engman), le sperme (Marcel Pinard) contiennent des tréponèmes inoculables ; les ganglions lymphatiques (Brown et Pearce), la rate (Ederson) des animaux « guéris » sont virulents pour des animaux neufs. Brown et Pearce soulignent que « les ganglions lymphatiques des lapins indemnes de tout accident apparent depuis au moins trois mois contenaient d'une façon *constante* des tréponèmes virulents » et que *la virulence de ces tréponèmes « latents » était la même* (même incubation de 31 à 44 jours) *que celle des tréponèmes en activité de plaques muqueuses.* Il est donc démontré par la clinique et par la bactériologie que chez le syphilitique en apparence guéri, en réalité simplement blanchi, persistent des tréponèmes virulents qui se cantonnent dans certains tissus pouvant y créer des centres de résistance.

Pour rendre réelle cette « guérison », apparente, il importe donc de continuer de traiter le malade et de le surveiller.

Cette surveillance et ce traitement ont un quadruple but :

(1) Leçon faite à la clinique de la Faculté à l'Hôpital Saint-Louis.

— Eviter les récidives « secondaires » souvent graves (neuro-récidives), etc.

— Eviter les récidives lointaines ou plutôt l'évolution progressive des foyers secondaires, dont la plupart des syphilis tertiaires si graves ont leur début latent en période secondaire ; donc on s'efforcera de dépister les localisations insidieuses, surtout l'envahissement méningé, et de les arrêter par un nouveau traitement.

— Eviter les contagions et notamment la contagion conjugale.

— Eviter la transmission héréditaire.

En un mot ils cherchent à éteindre la syphilis dès son début et l'on comprend l'intérêt considérable, individuel, familial et social de ce traitement et surveillance des syphilitiques.

***

Causes des récidives et discussion des critères de guérison.

Pour guider ce traitement des syphilitiques récents latents, il nous faut étudier deux questions préalables :

I. — Quelles sont les causes des récidives ?

II. — A-t-on des critères absolus de la guérison ?

I. — Causes des récidives précoces. — Il faut déterminer les causes de récidives pour les éviter : on a accusé autrefois les maladies aiguës et chroniques affaiblissant la résistance de l'organisme. En effet deux causes majeures interviennent :

La chimio « résistance » thérapeutique et plus souvent un traitement insuffisant.

Résistances thérapeutiques. — Au temps du mercure on rencontrait trop fréquemment des malades qui, correctement soignés même par les mercuriaux les plus actifs (cyanure et calomel) résistaient et même s'aggravaient, et ce fut le triomphe des arsénobenzènes que de guérir de tels malades. Mais il existe des arséno-résistants et des arséno-récidivants, c'est-à-dire des malades qui intensément soignés par les arsénobenzènes ont des lésions syphilitiques qui ne guérissent pas ou qui récidivent; ce fut un des bienfaits du bismuth que de les guérir, car la plupart sont bismutho-sensibles. Mais il existe aussi des malades bismutho-résistants et bismutho-récidivants. En un mot chaque médicament compte des échecs, il faut bien connaître ces faits pour les dépister aussitôt que possible et ne pas s'obstiner dans une thérapeutique inefficace.

L'arséno-résistance, l'hydrargyro-résistance, la bismutho-résistance sont d'ordinaire si évidentes qu'elles s'imposent, c'est en pleine cure intensive qu'apparaissent des syphilides ou bien le traitement n'influence pas des syphilides déjà existantes; chez une de nos malades chaque injection arsenicale exaspérait les lésions (« réaction de résistance » différente de la réaction d'Herxheimer).

Il est capital de rappeler que souvent ces arséno-résistants ont un B.-W. négatif bien que porteur de syphilides secondaires florides, ce qui pourrait être l'origine d'erreurs de diagnostic.

L'arséno-récidive, la bismutho-récidive, l'hydrargyro-récidive sont souvent méconnues. En effet, chez de tels malades le traitement agit, cicatrise les lésions tantôt avec la même rapidité que chez les malades ordinaires tantôt et plus souvent, plus lentement, mais la « guérison » clinique est obtenue et ce blanchiment est trompeur, car il incite à faire confiance au médicament; mais quelques jours ou quelques semaines plus tard la récidive se produit et cette récidive se répète souvent après chaque cure !

Enfin plus trompeuses encore sont les demi-arséno-résistance, demi-bismutho-résistance, demi-hydrargyro-résistance : les malades sont pour ainsi dire mi-résistants, mi-sensibles, ils sont influencés, mais lentement, par le médicament et ce début d'action de la cure incite à continuer dans la même cure en répétant, en augmentant les doses ; tous ces efforts restent inefficaces, la cicatrisation ne se fait pas ou avec une lenteur désespérante, la lésion viscérale persiste, la grossesse avorte, la séro-réaction reste irréductible, etc.; au contraire, dès que l'on change de médicament la syphilis, évolue comme une syphilis ordinaire.

Pour éviter ces « résistances » et « récidives », **les cures pluri-médicamenteuses, association,** *ou* **alternance** *des* **arsenicaux, bismuths, mercures,** *seront le* MOYEN LE PLUS EFFICACE.

Traitements insuffisants. — Presque toujours la récidive est due à un traitement de début insuffisant :

— Doses trop faibles n'atteignant pas 0.01 de 606 ou 0.015 de 914 ou de sulfarsénol par kilo, d'où la nécessité des hautes doses. *au début* de la syphilis, sauf contre-indication.

— Dose totale trop faible de 3 à 4 gr. de 914, par exemple chez un adulte d'où la règle de totaliser 0 gr. 10 de 914 ou de sulfarsénol par kilo de malade.

— Injections trop espacées laissant par exemple sept jours entre 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45 de 914 d'où la règle d'espacer d'un jour par 0 gr. 12 à 0 gr. 15.

— Arrêt trop long entre chaque cure de deux à trois et même six mois laissant apparaître des viscéro-récidives et notamment les troubles neuro-récidives (les « sourds » et les « aveugles » du 606) d'où la règle de faire des arrêts courts de trois à quatre semaines au début de la syphilis.

— Absence de cure de consolidation après la première ou les deuxièmes premières cures qui ont cicatrisé les lésions.

Il faudra donc s'efforcer d'**éviter toutes ces fautes.**

II. — CRITÈRES DE GUÉRISON. — Il serait désirable d'avoir des critères absolus de guérison afin de reconnaître que tel malade est guéri et qu'il n'a plus besoin ni de traitement ni de surveillance, que tel autre au contraire, malgré les apparences, est encore porteur de tréponèmes, qu'il doit donc être traité et surveillé.

Malheureusement nous n'avons pas encore ce critère de guérison : — l'absence de signe clinique ne signifie rien et l'on ne compte plus les récidives précoces ou lointaines après des mois ou des années de silence complet; — la réaction de B.-W. est insuffisante; qui n'a vu des syphilides florides avec un B.-W. négatif ou des syphilis récidiver après une longue période de B.-W. négatif et il n'est pas rare de voir un B.-W. longtemps négatif redevenu positif ? — Le liquide céphalo-rachidien normal témoigne seulement de l'absence actuelle de réaction méningée, mais il ne peut affirmer qu'il n'y aura pas plus tard méningite tardive, ou artérite cérébrale, ou une autre localisation viscérale. Toutes les règles connues y compris la loi dite des trois-huit comportent des exceptions et entre autres nous rappellerons ces observations de familles médicales citées par NOIRÉ où le syphilitique s'étant marié avec toutes les garanties classiques a néanmoins engendré des hérédo-syphilitiques.

La sanction pratique de cette absence de critère est de prendre toutes les précautions, donc de prolonger et répéter les cures.

Il est certain que la plupart des malades sont guéris après les premières cures intensives, mais il est non moins certain que quelques malades restent infectés et récidiveraient si l'on ne continuait pas de les traiter longuement. Or, comme il est actuellement impossible de reconnaître ces infectés, faute de critère absolu de guérison, la prudence nous oblige à traiter tous les malades comme si chacun d'eux était l'exception devant récidiver.

Tant que nous n'aurons pas le critère de guérison, nous ne voyons pas comment un médecin prudent pourrait agir autrement.

***

Surveillance et traitement des syphilitiques blanchis.

Dans ce traitement et cette surveillance du syphilitique, cinq principes devront être inculqués au malade :

I. — **Le traitement doit être prolongé après la disparition des accidents.**

Le malade doit être « éduqué » et prévenu des dangers qu'entraînerait la méconnaissance de cette règle.

La *nécessité d'un traitement de consolidation périodique et prolongé dans les premières années de la syphilis* s'est imposée à tous depuis longtemps et seuls ceux qui prétendent guérir la syphilis en trois mois avec les arsenicaux, ont un moment tenté de battre en brèche cette vieille règle clinique ; mais, devant la montée croissante des récidives, ces imprudents diminuent de nombre et complètent leur traitement soi-disant abortif par des séries mercurielles. On ne discute plus que sur la durée et le mode de ce traitement de sûreté.

Pensant qu'il vaut mieux être trop prudent que pas assez, nous posons comme règle : un **traitement d'assaut** *d'un an environ, puis un* **traitement de consolidation** *périodique* **bismuthique et mercuriel de deux à quatre ans**, *après le* **chancre** *ou après* **toute récidive d'accidents actifs** *précoces ou tardifs* d'après la gravité de la syphilis (voir ci-dessous).

Ce traitement doit être poursuivi, **même en l'absence de tout accident, même si la séroréaction est négative**, *car on a vu des récidives se produire avec une séroréaction négative* (1).

II. — **Dans la première année de la syphilis**, *il importe de « frapper, au maximum »*. En effet, c'est à ce début que l'on peut espérer éteindre l'infection, et l'expérience de longues années a prouvé toute l'importance du traitement à ce moment. On ne peut surtout pas porter le pronostic de la syphilis lointaine d'après la bénignité du chancre et des accidents secondaires ; certains, partisans de la dualité des voies neurotropes et dermotropes (Levaditi), croient même plus grave une syphilis cutanée discrète qu'une syphilis cutanée floride intense.

Dans la première année du chancre ou de toute réapparition d'accidents secondaires actifs, même en l'absence de toute récidive clinique ou sérologique, on fera donc un **traitement d'assaut** par exemple :

— Une 1re cure arsenicale atteignant les hautes doses de 0.90 de 914 ou de sulfarsénol et la dose totale de 6 à 8 gr. (0 gr. 10 par kilo) on essaiera entre chaque injection arsenicale d'intercaler une injection musculaire de 2 cc. d'hydroxyde ou d'iodoquinate de bismuth.

— Une 2e cure arsenicale semblable à la 1re en intercalant si possible entre chaque injection arsenicale du mercure : injections d'oxycyanure ou de calomel ou d'arquéritol.

— Une 3e cure de bismuth, 12 injections musculaires deux fois par semaine de 2 cc. d'hydroxyde ou de 2 à 3 cm. d'iodoquinate.

— Une 4e cure de bismuth semblable à la 3e cure.

— Une 5e cure d'arsenic semblable à la 1re et à la 2e sans bismuth ni mercure.

Les arrêts entre chaque cure ne dépasseront pas trois à quatre semaines.

Un autre traitement d'assaut excellent alterne pendant un an environ : — une 1re cure arsenicale forte comme ci-dessus mais sans bismuth ni mercure ; — une 2e cure de bismuth comme ci-dessus ; — une 3e cure de mercure : ou 6 injections musculaires hebdomadaires de 0.05 à 0.10 de calomel ou de 0.08 à 0.10 d'arquéritol (huile grise argentique) ; ou 12 injections musculaires bi-hedomadaires de salicylate de mercure ou d'hermophényl ; ou 15 à 20 injections tous les deux jours de 0.01 à 0.02 d'oxycyanure de mercure veineux ou muscu-

(1) « On a voulu trouver dans les modifications de la réaction de W.-N.-B. un guide pour la thérapeutique antisyphilitique. En effet si la réaction positive indique la persistance de l'infection et la réaction négative l'extinction de la syphilis, il faut traiter les malades tant que la réaction est positive, et l'on peut arrêter le traitement si la réaction reste négative.

« Des statistiques accumulées ont montré les dangers de telles propositions ; on ne doit pas s'appuyer sur les seules données de la réaction de W.-N.-B. pour conduire un traitement antisyphilitique à la période primaire et secondaire ; il faut préférer le traitement systématique intermittent prolongé, car maintes fois des accidents apparaissent alors que la réaction est restée négative. Mais en période tertiaire, la réaction de W.-N.-B. est un symptôme précieux qui, avec l'étude clinique, permettra de mieux surveiller le syphilitique (Gougerot, *Journal médical français*, oct. 1911. *Annales des maladies vénériennes*, nov.-déc. 1911, fév.-avril 1912) ».

Au début de la syphilis, une réaction redevient presque toujours positive (et d'ordinaire du 2e au 5e mois), si on cesse le traitement... Et on peut voir, dès la fin de la période secondaire, une séroréaction négative avec des syphilis localisées persistantes (par exemple méningée).

laire ou de 0.04 de Benzoate de Hg. Puis on recommence le même cycle : arsenic, bismuth, mercure ; les arrêts sont de trois semaines entre chaque cure et certains mêmes avec MILIAN les raccourcissent à quelques jours.

Si la séroréaction restait positive, il faudrait continuer le traitement d'assaut en alternant arsénic, bismuth, mercure et en ajoutant de l'iodure et du soufre.

III. — **Après ce traitement d'assaut de la première année**, même si la surveillance clinique et sérologique trimestrielle ne montre aucune récidive, **il faut continuer le traitement de consolidation de deux à quatre ans** *en* **graduant suivant chaque cas** *d'après la gravité de la syphilis.*

Si le traitement a été tardif ne commençant qu'après le 12e, 15e *jour du chancre, si ce traitement a été insuffisant* ne répondant pas aux règles posées ci-dessus des traitements d'assaut, si le chancre a été grave, suivi d'éruption secondaire, si *l'éruption secondaire a été généralisée*, mélangée de papules, à plus forte raison si la roséole a été remplacée par une éruption papuleuse ou tubéreuse, si les plaques muqueuses ont été abondantes ou confluentes, *si les récidives se sont produites coup sur coup dès que le traitement était cessé*, s'il est survenu *une syphilide de mauvais pronostic* : *iritis*, *paralysie*, témoins d'atteinte des méninges, si le B.-W. a été lent à négativer, etc., il importe d'être très sévère dans ce traitement de consolidation; on exigera (1) pendant quatre ans aux trimestres de printemps et d'automne une cure de 12 injections de bismuth comme ci-dessus et aux trimestres d'hiver et d'été une cure d'injections mercurielles (comme ci-dessus); les arrêts seront de six semaines entre chaque cure et devront être plutôt raccourcis qu'allongés. Avec le traitement d'assaut d'un an, la durée est donc de cinq ans.

Si au contraire le chancre a été traité avant le quinzième jour et n'a pas été suivi de roséole, si le traitement a été énergique répondant aux règles posées ci-dessus, ce traitement de consolidation peut être réduit à deux ans, donc au total un traitement de trois ans au moins dans les cas les plus favorables (cures trimestrielles alternant de bismuth et de mercure comme ci-dessus), puisque, à ces deux ans de traitement de consolidation, il faut ajouter une année de traitement d'assaut.

Entre ces deux exemples de deux à quatre ans s'échelonnent des durées d'intermédiaires d'après la gravité de la syphilis et surtout la rapidité d'action du traitement.

Pendant ce temps la séroréaction est faite tous les trois à six mois et si elle redevenait positive on referait la cure d'assaut alternant : cure arsenicale, cure bismuthique, cure mercurielle car le **but à atteindre est la latence clinique et sérologique** (*séroréaction négative*).

IV. — **A la fin de traitement de consolidation même si le B.-W. est négatif un contrôle s'impose.** Si le B.-W. est négatif on s'arrête trois à six mois pour faire une **réactivation** (MILIAN). On fera donc à la fin (1) de ce repos de trois à six mois, soit une seule injection veineuse de 0.45 de 914 ou de sulfarsénol, soit plutôt trois injections en une semaine de 0.15, 0.30, 0.45 de 914 ou 0.12, 0.30, 0.48 de sulfarsénol et on prélève du sang, cinq, quinze et vingt-cinq jours après la dernière piqûre ; si comme il est de règle en clientèle, on ne peut faire qu'une prise de sang, on la fera vers le quinzième jour.

Si la séroréaction devient positive, on recommence un traitement intensif comme s'il y avait récidive de syphilis.

Si, comme il est de règle, le B.-W. reste négatif, on conseillera la **ponction lombaire.** On a beaucoup discuté sur les indications de la ponction lombaire. Les uns avec LEREDDE la

(1) S'il est impossible au malade de faire les injections musculaires de bismuth et de mercure, il faut trouver des traitements de remplacement.

— Pour remplacer les injections musculaires de sels insolubles de bismuth, on peut montrer au malade à faire des injections de sels solubles de bismuth.

Si les injections fessières sont impossibles le médecin pourra faire des injections veineuses de benzo-bismuth, de sigmuth, d'ionoïde de bismuth. Les suppositoires de bismuth sont à l'étude.

— Pour remplacer les injections musculaires de mercure, on peut montrer au malade à faire lui-même des injections d'oxycyanure musculaire (novargyre par exemple) ou de benzoate de mercure. On recommandera à défaut de piqûres, les frictions, puis les suppositoires et en dernier lieu le mercure buccal (si les injections fessières ne sont plus possibles, le médecin pourra faire de l'oxycyanure veineux).

— Pour renforcer ces traitements on pourra intercaler de l'arsenic, soit de l'acétylarsan, que le malade peut injecter lui-même, soit du tréparsol à prendre par la bouche.

A titre d'exemple on pourrait faute d'injection, recommander d'alterner avec des arrêts de vingt à trente jours : — 1° une cure de tréparsol buccal, 1 gramme par jour au réveil, cinq à sept jours ; arrêt cinq jours et recommencer ainsi de suiteapendant six semaines; — 2° une cure de frictions mercurielles huit jours, arrêter quatre jours, 8 frictions, arrêter quatre jours, 8 frictions. Dès que possible le malade intercalera une cure d'injections de bismuth.

(1) En effet, plus on attend et plus la réactivation aura de valeur.

recommandent chaque année ; les autres avec RAVAUT la font aux deux dates de la 4e et de la 10e année ; d'autres, avec JEANSELME, SEZARY, Marcel BLOCH, et nous-mêmes, ne la pratiquent qu'en fin de traitement et lorsqu'on s'apprête à ralentir de consolidation.

En effet, jusqu'alors, on donnait le traitement maximum, mais désormais puisqu'on va atténuer le traitement il serait dangereux de l'atténuer s'il y avait syphilis nerveuse commençante; nous proposons donc la ponction lombaire à la fin de la 3e à la 5e année suivant la durée du traitement de consolidation (1).

Si la ponction lombaire révèle des lésions (et nous ne l'avons pas encore vu chez des malades traités comme ci-dessus), on traite le malade suivant les modes des syphilis nerveuses. Si la ponction lombaire donne (comme nous l'avons toujours vu chez nos malades traités suivant les règles ci-dessus) un liquide normal, on passe au traitement de la syphilis ancienne latente : c'est qu'en effet nous croyons nécessaire de surveiller toute sa vie le syphilitique guéri et de lui imposer pendant quelques années encore un traitement d'assurance contre la maladie. (V. une prochaine leçon.)

V. — **Une surveillance clinique et sérologique est indispensable pendant ces trois à cinq années.** — La surveillance *clinique* sera répétée tous les mois au moins dans le second semestre, tous les deux mois dans la seconde année, tous les trois mois dans les 3e, 4e et 5e années. *L'examen clinique devra être complet* : examiner *tout le tégument, toutes les muqueuses* (au spéculum), *tous les viscères* : aorte, rein (recherche de l'albumine), *foie* (recherche de la glycosurie après un repas riche en sucrerie), surrénale (tension artérielle), etc., et surtout le *système nerveux* (*réflexes achilléens, rotuliens, oculo-pupillaires*). Si une lésion cutanée ou muqueuse semble douteuse, on fait une recherche des tréponèmes et on refait une séroréaction afin de différencier une érosion d'une récidive syphilitique commençante. Au moindre doute on n'hésitera pas à pratiquer une *ponction lombaire.*

Les *examens sérologiques* seront trimestriels quinze jours après chaque cure dans les deux premières années, puis semestrielles dans les troisième, quatrième, cinquième années; ils seront plus ou moins espacés, suivant qu'ils seront positifs, atténués ou négatifs,t il es et indispensable, ainsi que nous le dirons au diagnostic, de mesurer l'intensité de la réaction d'après l'échelle colorimétrique.

La réactivation de la séroréaction, puis si possible la ponction lombaire seront faites à la fin de ce traitement (voir ci-dessus).

***

RÉCIDIVE CLINIQUE OU SÉROLOGIQUE.

La constatation du moindre accident clinique ferait reprendre aussitôt un traitement intensif d'assaut. Il en est de même d'une séroréaction redevenant positive ou d'un liquide céphalo-rachidien anormal même en l'absence de tout symptôme clinique.

Il faut être prévenu des « poussées paradoxales de B.-W. positifs au cours des traitements intensifs (1) », car ces cas, exceptionnels d'ailleurs, déroutent un médecin et un malade non prévenus ; ils sont sans gravité et ne durent que quelques jours ou que quelques semaines : — tel de nos malades eut trois poussées de B.-W. positif aux 8e, 14e, 35e mois d'un traitement rigoureux, la première fois après une cure mercurielle, la deuxième fois après une 4e cure arsenicale, la troisième fois après une 3e cure de bismuth ; — tel autre eut deux courtes poussées de B.-W. positif : la première au 14e mois après une cure de calomel, la deuxième au 25e mois après une cure de cyanure ; — tel autre eut une poussée de B.-W. positif au 20e mois après une 4e cure arsenicale ; — tel autre eut deux poussées de B.-W. positif au 12e et au 18e mois après des cures de bismuth, etc. Malgré leur courte durée et leur bénignité ces poussées prouvent que l'infection persiste et peut se réveiller ; il faut, par conséquent, continuer un traitement intensif et poursuivre patiemment et plus longuement encore que de coutume.

On recommencera donc un traitement d'assaut, soit le premier traitement : 1re cure arsenicale (avec bismuth), 2e cure arsenicale (avec mercure), 3e et 4e cures bismuthiques, 5e cure arsenicale ; soit le deuxième traitement : cure arsenicale, cure bismuthique, cure mercurielle et recommencer cure arsenicale, etc. Les arrêts entre chaque cure ne dépasseront trois à quatre semaines. On répétera les B.-W. entre chaque cure.

Si le B.-W. s'obstine à rester positif, on pourra après le premier traitement d'assaut faire le 2e traitement d'assaut ; on essaiera des médications associées : iodure de potassium, par exemple, pendant les arrêts, soufre associé au mercure ou

(1) La ponction lombaire s'impose dans deux autres circonstances : — s'il y a doute de lésion nerveuse; s'il y a séroréaction irréductible faisant craindre un foyer centre de syphilis nerveuse.

(1) Voir GOUGEROT, *Paris Médical*, 11 octobre 1924, p. 289.

au bismuth lipiodol, etc., on pourra tenter les autres anti-syphilitiques : sels de zinc, de vanadium, etc.

Si, malgré ce traitement, le B.-W. reste positif, on doit se méfier d'une localisation méningée latente que, seule, la ponction lombaire révélera, car cette méningite latente, est un « centre de résistance » du virus syphilitique. Or, on conçoit toute l'importance qu'il y a à détruire, dés le début, cette menace de syphilis nerveuse (1).

Si, en l'absence de repaire viscéral, méningé ou nerveux, la séroréaction s'obstine à rester positive (séroréactions irréductibles) il ne faut pas s'en effrayer et s'acharner à continuer un traitement aussi rigoureux. On se contentera du traitement de consolidation résumé ci-dessus, cure trimestrielle de bismuth et de mercure; on peut encore faire chaque mois, du 1er au 10, six piqûres mercurielles, une tous les deux jours ; du 11 au 20, iodure avec ou sans solution mercurielle en ingestion ; du 21 au 31, repos ; au trimestre de printemps une cure arsenicale ; au trimestre d'automne une cure bismuthique.

Lorsqu'enfin la réaction négative est obtenue, on fait le même traitement de consolidation que ci-dessus et la séroréaction tous les trois mois pendant les premières années, puis semestrielle les deux années suivantes, etc.

Et si en cours de période négative, la séroréaction redevient positive atténuée ou totale, je reprends immédiatement le traitement d'assaut, même si l'examen clinique ne décèle aucun symptôme.

Autrement dit : dès que survient une récidive clinique ou sérologique « *tout est à recommencer* ». S'il s'agit d'une récidive grave, on reprend après le traitement d'assaut, un traitement bismuthique mercuriel de consolidation de quatre ans. S'il s'agit d'une récidive bénigne, accident isolé ou réapparition de la séroréaction, le traitement de consolidation pourra être réduit à deux ans.

***

Au delà de ce délai, on ne saurait trop répéter qu'il ne faudra pas perdre de vue le malade : il devra revenir consulter à la découverte du moindre symptôme.

Même en l'absence de tout eymptôme, il viendra deux fois par an, se faire sxaminer cliniquement et une fois par an on pratiquera une séroréaction. Combien d'années doit durer cette surveillance, demandera-t-on ? Je répondrai hardiment *toute la vie du syphilitique*, car les récidives le menacent toute sa vie et ce n'est vraiment pas trop que de réclamer deux examens cliniques et une séroréaction chaque année.

Si cette surveillance clinique et sérologique est admise par tous les syphiligraphes, il n'en est pas de même de l'utilité d'un « traitement de sûreté » ou « d'assurance contre la maladie » au delà de la cinquième année : nous discuterons cette question capitale dans une prochaine leçon.

(1) Certains partisans de la méthode de la « fièvre aseptique » dans le traitement de la Paralysie générale recommandent, à titre prophylactique, d'appliquer cette méthode à la fin de la période secondaire, c'est-à-dire à partir de la 3e année de la syphilis. A notre avis la malariathérapie et la recurrentthérapie ne sont à proposer que si le syphilitique est porteur de lésions méningées latentes ou débutantes rebelles au traitement spécifique habituel.

PRATIQUE UROLOGIQUE

Traitement des affections vésicales par la diathermie.

Par M. le Dr Ivan DE BUBEN,

Assistant de la Clinique Gynécologique n° 1 de Budapest.

L'idée n'est pas nouvelle d'employer dans les affections de la vessie l'action thérapeutique de la chaleur. Dans les anciens traitements par la chaleur, on n'avait en vue que l'effet sédatif sur la douleur ; la chaleur était le seul et précieux adjuvant des traitements internes, dans les cystites douloureuses et le ténesme. La chaleur intense, produite dans la profondeur des tissus, par la diathermie, est de beaucoup supérieure à tous les autres traitements par la chaleur employés jusqu'alors, et constitue aussi un très bon agent thérapeutique dans les affections de la vessie. Dans les cas de cystites rebelles où les thérapeutiques vésicales habituelles ne donnent pas de résultats, et où après guérison de la maladie causale, il reste de l'incontinence et des mictions douloureuses, la diathermie donne le plus souvent des résultats rapidement favorables. La douleur à la miction cesse ordinairement au bout de quelques séances ; les phénomènes d'incontinence s'amendent plus lentement, mais présentent cependant une tendance à la guérison. Dans la forme « enurèse » nocturne, où la cause réside dans le mauvais fonctionnement et la faiblesse des muscles sphinctériens de la vessie, nous pouvons appliquer également la diathermie. Par l'effet hyperhémiant direct de la diathermie, causant une nutrition meilleure de la musculature, nous pouvons obtenir dans une certaine mesure de bons résultats.

Dans la clinique gynécologique n° 1 de Budapest nous avons traité 82 malades atteintes d'affections de la vessie, par la diathermie. A ce chiffre nous pouvons ajouter 20 énurèses nocturnes chez des jeunes filles, de sorte que la diathermie a été expérimentée par nous dans 102 cas d'affections vésicales.

Sur 82 incontinences post-cystitiques, traitées par la diathermie : 43 qui avaient des mictions douloureuses ont été guéries (52,4 %), 30 ont été améliorées (36,5 %), 9 non améliorées (10,9 %).

Les résultats les plus rapides ont été obtenus dans les mictions douloureuses ; lorsqu'il y avait des phénomènes d'incontinence, le traitement était plus long. L'effet bactéricide de la diathermie, vanté par plusieurs auteurs qui prétendent que l'urine purulente des cystites s'éclaircirait par ce traitement, n'a pas été contrôlé dans nos observations.

Ceci nous paraît naturel, car la température de 48° C qu'on peut atteindre sans nuire aux tissus de l'organisme, par la diathermie, n'a aucun effet sur les colibacilles staphylo et streptocoques thermo-résistants, qui sont en cause dans les cystites. Pour notre part, et d'après nos observations, nous pensons qu'il faut conserver les procédés bactéricides, habituellement employés jusqu'ici (tels que les lavages vésicaux, les instillations). D'après nos expériences, ce sont les traitements combinés qui donnent les résultats les plus rapides et les plus durables.

Dans les 20 énurèses nocturnes traitées, les résultats obtenus n'ont pas justifié les espérances : 7 malades seulement (35 %) sont restées guéries après un an, à la suite d'un long traitement diathermique ; chez les autres, l'amélioration ne fut que transitoire, l'affection réapparaissant plus tard.

Le traitement diathermique peut être localisé par 2 voies : *extra* et *intra* vésicale. Dans le traitement extravésical, nous introduisons dans le vagin une électrode olivaire de *Kelen* munie d'un thermomètre, et comme électrode externe, nous plaçons sur la symphyse, au-dessus de la vessie une lame de plomb, plane et de la grandeur de la paume de la main, de sorte que nous pouvons transélectriser la vessie entre ces 2 électrodes. Dans la méthode extravésicale le transchauffement de la vessie n'est pas parfait, et, pour cette raison nous avons employé le procédé intravésical plus convenable.

Par cette méthode intravésicale de traitement diathermique, élaborée par moi, nous avons la possibilité de transchauffer la vessie toute entière. L'électrode vésicale employée pour une électrode interne est un cathéter métallique présentant à son extrémité un robinet et dont la partie moyenne amincie est isolée par un tissu de soie caoutchoutée. Mon électrode vésicale présente la possibilité d'être bien bouillie, et permet au cours du traitement de remplir la vessie et après fermeture du robinet de servir comme électrode. Au cours du traitement nous remplissons la vessie suivant sa capacité — 100 à 300 cc. d'une solution salée physiologique — par l'électrode, au moyen d'une seringue assez grande. Après remplissage, et fermeture du robinet nous faisons passer le courant. Comme électrode externe, nous plaçons sur la symphyse et sous le sacrum une électrode plane de plomb, le maintien de l'électrode sous-sacrée, qui est grande et plane est assuré par un coussin de cuir, et le malade lui-même maintient l'électrode sur sa symphyse. Nous relions l'électrode intra-vésicale à un pôle de la machine diathermique, et les deux électrodes externes, à l'autre pôle. Le courant est transporté de l'électrode vésicale à la paroi de la vessie par le milieu salé physiologique assez bon conducteur et par suite de la résistance des tissus de la paroi vésicale le courant se transforme en chaleur et l'effet calorifique agit sur toute l'étendue de la paroi.

Lorsque nous envisageons les résultats favorables survenus au cours du traitement diathermique des affections vésicales, il se pose tout de suite la question de savoir si ces résultats sont dus à l'effet calorique de la diathermie dans la profondeur des tissus. Nombreux sont ceux qui attribuent l'action sédative de la diathermie sur la douleur et certains autres effets en dehors de la chaleur, aux effets du courant électrique. Contrairement à cet avis, nous savons que les effets du courant ne peuvent se manifester que dans les réactions chimiques « in ultima analysi » (dissociation et combinaison, destruction chimiques) qui ont leur vitesse réactionnelle. Si, maintenant, le chargement du courant est plus rapide que cette vitesse réactionnelle — comme ceci se produit 300 millions de fois par minute dans la diathermie — il n'y a probablement pas de réactions chimiques ni d'effets du courant.

Cependant, il n'est pas douteux que l'effet calorique de la diathermie se différencie, sur beaucoup de points, de la chaleur introduite de l'extérieur. Je souhaiterais expliquer cette différence non pas par l'action du courant électrique diathermique, mais par ce fait que, tandis que la chaleur introduite ne transchauffe qu'une épaisseur de 1 à 2 mm. de tissus, la chaleur de la diathermie se produit dans la profondeur des tissus. Cette chaleur naissant dans les tissus se manifeste

non seulement par un effet hyperhémique exercé sur les terminaisons nerveuses des parois vasculaires, mais aussi par d'autres effets trophiques exercés sur ces terminaisons, et par suite, l'élévation thermique influence favorablement le chimisme et la nutrition des tissus transélectrisés.

Le traitement diathermique est contre-indiqué dans tous les cas car il y a inflammation avec élévation de la température. L'hyperhémie intense produite, augmente dans ces cas la douleur et la température. Le traitement diathermique a son rôle principal dans les cas où échouent les traitements habituels et qui sont déjà dans un stade subaigu ou chronique.

Si nous envisageons, en dehors de l'effet thérapeutique de la diathermie dans les affections vésicales, ses applications chirurgicales sur les tumeurs vésicales (ses résultats sont généralement partout reconnus) nous pouvons hardiment conclure que le traitement diathermique dans les affections vésicales et au cours des opérations sur la vessie, constitue un grand progrès.

FAIT CLINIQUE

Sur un mécanisme peu connu des fractures du col du fémur.

Un homme de 37 ans, manœuvre dans une usine, est commis, le 3 avril dernier, au chargement de charbon sur un tombereau. Avec l'aide d'un camarade, il dispose d'abord, à quelque distance à l'arrière deux cales ; puis, assurant le timon dans l'aisselle gauche, il pousse pour amener le véhicule à pied d'œuvre. Les roues heurtent les cales : un choc assez violent se produit. L'agent de la propulsion en reçoit le contre-coup. Il éprouve sur le champ un choc douloureux dans l'aine gauche. Il demeure debout, dressé sur le membre inférieur droit, le membre inférieur gauche est frappé d'impotence complète. La marche est impossible. Le blessé est ramené en voiture chez lui.

Voilà le fait brutal, indiscutable.

Pour des raisons, dont l'exposé est superflu, je ne vois le blessé que le 20 avril, dix-sept jours après l'accident.

Je constate : 1° une impotence absolue du membre inférieur gauche, caractérisée par l'impossibilité, pour le sujet, de détacher le talon du matelas ; 2° le raccourcissement du membre ; 3° la déformation de la hanche avec ascension du grand trochanter ; 4° une très légère rotation du pied en dehors.

L'atrophie musculaire est déjà manifeste. Le genou est spontanément douloureux. Dans l'aine, en un point correspondant à la tête fémorale, la pression provoque une douleur assez vive.

Je diagnostique une fracture du col du fémur et demande une vérification radiographique.

La radiographie montre :

Une séparation complète de la tête du fémur dont le col biseauté par la fracture coince le pôle supérieur de la tête fémorale contre le bord supéro-externe de la cavité cotyloïde. Le grand trochanter a subi un mouvement d'ascension considérable, le petit trochanter atteignant un plan horizontal passant à 15 mm. au-dessous de l'angle externe et inférieur de la cavité articulaire.

Comment peut-on expliquer cette fracture, quel est le mécanisme de cet important fracas osseux succédant à un traumatisme paraissant peu intense ?

Voici l'exégèse que je propose : dans l'attitude précédemment décrite, adoptée par le manœuvre pour faire reculer le tombereau, le système figuré par l'homme, le timon et le véhicule constituent un levier du 3e genre :

Appui, Puissance, Résistance.

Celui des deux membres inférieurs touchant alternativement le sol, dans la marche, est l'appui. Le tronc incliné en avant et la force musculaire développée constituent la puissance. Quand à la résistance le poids du véhicule et son adhérence au sol, en sont les éléments.

Au moment précis du choc des roues contre les cales le potentiel de la résistance s'élève grandement et de façon subite. Le choc en retour se répercute dans tout le système et le membre inférieur gauche du manœuvre reposant alors sur le sol emmagasine ce contre-coup. Le col du fémur, représentant, par son obliquité et par sa ténuité, le point de moindre résistance, cède, et la fracture est constituée.

Quelle conclusion tirer de cette étude :

D'abord qu'une chute n'est point nécessaire pour déterminer une fracture du col du fémur, puisqu'il ne faut jamais préjuger des conséquences d'un traumatisme par la constatation de son plus ou moins d'importance.

Rappelons-nous ce que Lejois a dit des fractures du col du fémur : « Ces fractures sont souvent confondues avec les contusions de la hanche et on se trouvera bien de n'admettre jamais le diagnostic pur et simple de contusion sans vérification radiographique ».

J'ajouterai, pour illustrer la citation, que mon fracturé était soigné comme étant atteint de « contusion de la hanche et déchirure musculaire ». Quinze jours de repos lui avaient été accordés. Le traitement consistait en frictions d'huile de camomille.

Dr H. Sabatier,
Médecin-consultant à Luchon.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

L'anxiété ambulatoire.

L'anxiété ambulatoire est un terme jadis créé par MERKLEN. Il s'agit de ces cardiaques asystoliques, cardiaques simples ou cardio-rénaux qui ne peuvent tenir en place, respirent mieux étant debout et cherchent, sans le trouver, l'endroit où ils seront allégés de leur angoisse. A tous ces malades, le régime de *réduction de liquides* s'impose avec *repos au lit*. Les premières heures, on tolérera le repos dans un fauteuil puisque le malade ne peut respirer autrement. Bien vite il ira mieux et se couchera de bon gré. La *Digitaline* et la *théobromine* sont ordonnées concurremment.

L'anxiété ambulatoire cède et le calme revient. Pas toujours néanmoins. Après un certain nombre de rechutes, l'amélioration se fait plus précaire. Un jour même elle ne se produit plus. L'agitation reprend.

Pour calmer, il convient avant tout de ne pas donner de médicaments toxiques à haute dose. Il importe de ménager le myocarde qui supporte mal les hypnotiques, quand il est fatigué.

Des sédatifs nervins peuvent suffire. On les essaiera. Par exemple : à 10 heures du soir, une cuillerée à café de la solution dans un peu d'eau, à redonner le jour si nécessaire :

Teint. crataegus — passiflore	3 gr.
Extr. valér.	4 —
Hydrol. Menthe	90 —

MERKLEN jadis ordonnait du chloral à faibles doses : une cuillerée à café de *sirop de chloral* toutes les trois heures par exemple.

On peut prescrire le *gardénal* : 3 centigr. toutes les trois heures, comme le fait le Pr CLAUDE chez les anxieux.

La *morphine* et l'*héroïne* soulagent également. Une piqûre de 1 à 2 milligr. à répéter si nécessaire au bout de trois heures.

Quelques légères *inhalations d'éther* ont réussi. Les *inhalations d'oxygène* rendent moins de service.

Les visites fréquentes, les paroles d'espoir du médecin sont attendues avec impatience. Ces pauvres diables sont à la fin. Ils veulent espérer quand même. Même prononcées contre toute évidence, les formules d'encouragement font du bien.

S. R.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR

Fistules et rayons ultra-violets.

Lorsqu'une méthode thérapeutique nouvelle a donné quelques beaux succès, certains esprits ont toujours tendance à en généraliser les applications. C'est ainsi que, pour certains praticiens, l'équation « fistule = rayons ultra-violets » est devenue un dogme.... Formule tout à fait excessive, contre laquelle LAQUERRIÈRE (1) proteste avec sa haute autorité, en faisant sienne l'opinion de Saidman sur l'actinothérapie des fistules : « nous entrons dans un domaine où les rayons ultra-violets donnent des résultats très variables ». Il faut tenir compte, en effet :

De l'état général du sujet ;
De l'origine étiologique de la fistule ;
De la profondeur du trajet fistuleux.

Etat général du sujet. — Certaines diathèses (rachitisme, tuberculose), certains états morbides tels que l'anémie, la convalescence, la dépression générale, sont rapidement modifiés par les irradiations générales de lumière ultra-violette. Des fistulettes légères, des plaies atones se cicatrisent en quelques jours sous l'influence du coup de fouet donné à la nutrition générale par des bains de lumière. Il n'y a pas, dans ces cas, à faire un traitement local : c'est l'irradiation totale qui convient. Dans d'autres cas on découvre, souvent au cours du traitement, parce que son insuccès provoque de nouvelles recherches, une cause d'ordre général échappant plus ou moins à l'actinothérapie. Laquerrière cite par exemple le cas d'une jeune femme présentant un ganglion fistulisé du cou et chez laquelle rayons X et rayons ultra-violets n'avaient donné que des guérisons passagères. Sur les instances de Laquerrière, on traita d'abord une dent cariée, ce qui amena une fermeture momentanée de la fistule, puis on fit une réaction de B.-W., qui se trouva positive. Le traitement spécifique amena, sans nouvelles irradiations, la régression du ganglion et la fermeture définitive de la fistule.

Autre exemple : un homme porteur d'une plaie rétro-malléolaire atone et plus ou moins fistuleuse n'obtient de l'actinothérapie aucun résultat sé-

(1) *Journal médicala frncais*, septembre 1925.

rieux ; or, alors qu'il n'était nullement glycosurique, on découvre chez lui, en fin de compte, une glycohémie très intense.

Enfin, certains sujets ne paraissent vraiment avoir aucune tare générale importante, ont très bon aspect, se portent parfaitement bien, et traînent une petite fistule (fistule anale, volontiers) qui semble être uniquement une manifestation locale.

Le traitement général seul ne donne rien dans ces cas ; il doit être employé, mais à titre d'adjuvant d'un traitement local qui consistera soit en irradiations intenses par les ultra-violets, limitées à la région, soit en d'autres procédés dont il sera plus loin question.

En somme, dans les cas où la fistule est sous la dépendance de l'état général, et où cet état général est justiciable de l'actinothérapie, on obtient des résultats rapides par l'irradiation totale du corps.

Etiologie de la fistule. — D'une façon générale, on peut dire que les fistules tuberculeuses obéissent bien aux irradiations : d'une part, le bain général relève la nutrition de l'organisme, modifie le métabolisme du calcium, ramène l'appétit ; d'autre part, l'hyperhémie locale, l'augmentation locale de la phagocytose, déterminent sur la lésion elle-même une transformation trophique qui aboutit à la cicatrisation. Mais même dans les fistules nettement tuberculeuses, l'actinothérapie seule peut ne pas être suffisante pour guérir totalement les lésions : c'est ainsi qu'un sujet atteint de tumeur blanche fistulisée aura tout avantage à quitter Paris pour le bord de la mer, même après fermeture des fistules par l'actinothérapie.

Les fistules anales donnent des résultats variables : elles guérissent ordinairement, mais il y a lieu de faire entrer en ligne de compte l'action sur l'état général ; une fistule chez un sujet fatigué, déprimé, neurasthénique, guérira souvent très vite ; au contraire, une fistule chez un sujet d'apparence vigoureuse, dont l'état général n'est pas justiciable de l'actinothérapie, pourra être beaucoup plus longue à cicatriser.

Pour les autres fistules, la précision du diagnostic étiologique prend une place prépondérante : soigner par les rayons ultra-violets une fistule entretenue par une dent cariée, par un séquestre osseux, c'est évidemment se vouer à un échec tant qu'on n'aura pas fait disparaître la cause. Mais, lorsque des examens minutieux, radiologiques et cliniques, ont montré qu'il n'y a pas d'explication à la persistance de la fistule, celle-ci guérira souvent par les irradiations.

Profondeur de la fistule. — Bien que ne pénétrant que très superficiellement dans l'organisme, les rayons ultra-violets agissent énergiquement sur la nutrition générale. Chaque fois donc que la fistule sera liée à un état diathésique justiciable de cette thérapeutique, on pourra obtenir sa guérison, quelle que soit la profondeur du trajet.

Par contre, s'il s'agit avant tout d'une manifestation localisée sur laquelle il convient d'agir par une hyperhémie « in situ », la notion de la profondeur de la fistule prend une grande importance. Il peut alors être fort utile d'associer localement, aux rayons ultra-violets, les applications de haute fréquence (sous forme de diathermie quand on voudra provoquer une hyperémie plus intense, sous forme d'effluves avec l'électrode de Mac Intyre si l'on désire réveiller la vitalité des tissus en surface), ou encore les rayons X, les rayons rouges ou infra-rouges.

J. L.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Un ancien traitement des corps étrangers de l'œsophage.

Dans la *Revue Médicale de la Franche-Comté* (15 janvier 1926), le Dr Duchet-Suchaux nous rapporte en le tirant d'un livre publié en 1895 par Mougeot (de Bar-sur-Aube) ce traitement des corps étrangers de l'œsophage par le poireau.

« Il est des gens qui ont vraiment le bistouri bien léger. Je viens de lire une statistique des opérations faites sur l'œsophage par un chirurgien américain, et l'on trouve bon nombre d'œsophagotomies pour des substances alimentaires qui s'y étaient arrêtées. Nos paysans n'y font pas tant de façons. Quand cet accident arrive, on va cueillir dans le jardin un poireau proportionné, et après en avoir arrondi la tête, on refoule dans l'estomac le morceau arrêté. » Et le Dr Mougeot de décrire tout au long ce procédé, qu'il avait adopté avec enthousiasme et dont il chante les louanges. Voici la nature des corps arrêtés :

Deux fois des os d'alouette ;
Un pruneau tout entier ;
Deux noyaux de pêche ;
Quatre fois des arêtes de poisson ;
Un os de mouton ;
Et deux fois des couennes de lard mal barbifié (!).

L'os de mouton fut le plus rébarbatif : il avait 2 centimètres de long avec des cassures et des arrêtes vives. S'il passa dans le tube digestif, il

en sortit malaisément, et il fallut l'accoucher à l'anus, non sans peine pour l'opérateur ni sans douleur pour le patient.

Le bienheureux poireau sortit d'embarras le Dr M... appelé auprès d'un menuisier atteint de varices de la tête et du pharynx, qui vomissait le sang à pleine bouche. Le traitement était embarrassant à arrêter. Après vomissement à l'émétique, le poireau fut enfoncé jusqu'à ce qu'on le ramène teinté de sang et laissé à demeure à cette profondeur pendant trois quarts d'heure « malgré les soulèvements de cœur incessants ». L'hémorragie fut arrêtée par cette compression d'un nouveau genre.

Voilà comme quoi le légume traditionnel de notre pot-au-feu a été l'ancêtre de l'œsophagoscope moderne qui, s'il ne fait pas mieux, a du moins l'avantage d'être moins aveugle et moins brutal.

CLINIQUE MÉDICALE

La fièvre dans la tuberculose pulmonaire.

(*Suite et fin*).

Par le Dr P. Lowys.

Médecin-assistant du sanatorium de Gorbio, à Menton.

III. — Comment la traiter.

En déclarant ici que très souvent la fièvre du tuberculeux doit être respectée, nous n'apprendrons rien de nouveau aux lecteurs de ce journal, où si souvent et si éloquemment le Dr Ch. Fiessinger a proclamé le danger de vouloir combattre à tout prix la fièvre dans différentes infections, où elle est « un témoin et non un complice », comme on l'a fort bien dit. On tend même actuellement à lui faire jouer un rôle curateur marqué, grâce aux réactions biologiques, encore mal connues, qu'elle entraîne dans l'organisme, et à l'utiliser en thérapeutique (pyréthothérapie : exemple, le traitement de la P. G. par l'hyperthermie provoquée grâce aux injections de tuberculine ou de sang paludéen). A vouloir agir trop énergiquement, gardons-nous de faire penser à l'ours et son pavé de la fable....

Ainsi que le disait Sabourin, la fièvre du tuberculeux comprend deux éléments (n'en est-il pas de même pour l'hypertension artérielle ?) : un élément « de fond » dû à la lésion pulmonaire elle-même et un élément « de luxe », surajouté par la fatigue, une médication intempestive (« surmenage thérapeutique »). Et, dans les deux cas, doit jouer la cure hygiéno-diététique classique.

« Dans le traitement de la fièvre tuberculeuse, il est plus difficile de savoir s'abstenir de médicamenter inutilement. Qu'il s'agisse, en effet, soit de fièvre due à l'activité des lésions pulmonaires, à l'évolution des foyers et aux infections microbiennes, soit des élévations thermiques qui peuvent se surajouter à celle-ci ou apparaître chez un tuberculeux apyrétique, par suite de la fatigue, le principal objectif du médecin ne doit pas être d'attaquer la manifestation thermique par un médicament qui ne fera que la masquer passagèrement, mais de s'en prendre aux causes mêmes qui la déterminent. Pour cela, on doit prescrire d'abord le repos puis, suivant les circonstances, recourir aux autres moyens qui constituent la cure classique de la tuberculose.... Si l'on veut à coup de hautes doses médicamenteuses réduire absolument une fièvre tuberculeuse sévère, on substitue simplement un malaise à un autre et c'est l'organisme qui fait les frais d'un conflit dont le résultat est mauvais ou nul » (Guinard).

« Cette fièvre n'est point de celles qui se coupent avec des anti-thermiques ; elle se prête volontiers à une foule de dérangements dans sa forme : on la dissocie, on la brise, on change l'heure de ses acmés, mais elle revient sans cesse à une autre heure, et c'est tout, cela parce que sa cause est toujours là malgré les anti-pyrétiques. De deux choses l'une, peut-on dire : ou bien le malade, de par ses réactions organiques, aidées d'une bonne hygiène thérapeutique bien comprise, est capable de soutenir la lutte et d'éteindre l'activité de ses lésions pulmonaires, et l'on verra la fièvre baisser d'elle-même, après un temps variable, des semaines ou des mois, ou bien, le malade reste au-dessous de sa tâche dans la lutte, malgré tous les soins hygiéniques et thérapeutiques dont on l'entoure et sa fièvre continue parce que l'évolution tuberculeuse continue. » (Sabourin.)

On mettra donc le malade au repos, physique et intellectuel et moral, plus ou moins sévère et prolongé suivant les cas. On prescrira le maximum d'aération, une bonne nourriture « de famille » en fuyant la suralimentation et les régimes compliqués (éviter seulement les aliments à digestion difficile, sauces, graisses, crudités, acides, conserves, charcuterie lourde, mets faisandés, etc.). Surtout pas de « prurigo médicamenteux » ; aucune médication congestionnante (arsenic, créosote et dérivés) qui est en même temps toxique ; révulsion thoracique si nécessaire.

Le traitement visant spécialement la fièvre comprend deux sortes de moyens : a) *médication externe* : enveloppements humides du thorax, immersion des avant-bras dans une poissonnière remplie d'eau fraîche, frictions au corps à l'eau vinaigrée froide, ... tous ces moyens sont bien problématiques. Plus active est le large glaçage des parties malades avec une vessie de glace appliquée en permanence ; mais il n'est point facile de faire comprendre à la famille inquiète l'utilité de ce procédé qui, vous objecte-t-on infailliblement, va « enrhumer la poitrine » ! On connaît la curieuse action anti-thermique du gaïacol en applications externes ; la plupart des médecins l'ont abandonné à cause de son action brutale, et qui entraîne fréquemment des accidents (sueurs profuses, collapsus). Le Pr Bard qui le défend depuis de nombreuses années l'emploie ainsi : on utilise du gaïacol pur rendu liquide par addition d'alcool à 90° (au maximum, à parties égales) ; on l'étale au pinceau, sans frictionner, sur la face antérieure de la cuisse et on recouvre d'une gaze, d'une couche d'ouate et d'un tour de bande (enlever le pansement, s'il apparaissait les accidents signalés). Les heures d'application sont vers 17 heures et, si l'on fait un deuxième badigeonnage, vers 7 h. Dose : 1 gr., 1 gr. 50 pour le premier badigeonnage, ensuite 2 gr. (exceptionnellement, 2 gr. 50). Indications : la granulie discrète (fièvre et affaiblissement général avec signes d'auscultation nuls ou réduits) ; aucun résultat dans les formes ordinaires de T. P. On pratique 3-5 badigeonnages, un tous les deux jours ; si nécessaire, faire une deuxième série après quelques semaines. Résultats : baisse marquée de la température dans les heures qui suivent (avec maximum vers la 3e-4e heure) ; prendre la température au moment du badigeonnage et ensuite toutes les heures pendant quatre, cinq heures, pour pouvoir contrôler l'action du médicament.

b) *Médication interne* : la seule indication formelle des antithermiques est lorsque la fièvre gêne l'alimentation : soit un tuberculeux faisant son accès quotidien vers les 11 heures ; on lui rendra un service signalé en le reculant vers 14-15 heures ce qui lui aura permis de déjeuner tranquillement. Il serait au contraire absurde de déplacer dans la nuit pour gêner le sommeil, un accès se produisant d'habitude vers les 16 heures. Rarement, en présence d'une fièvre traînante qui s'éternise, un petit « coup » d'antithermique accélère sa chute vers la normale ; enfin, exceptionnellement, si le sujet se démoralise trop à cause de sa fièvre, on pourra la lui masquer avec le médicament.

Il est difficile de formuler à l'avance des règles fixes : tel malade bénéficiera d'un antithermique qui échouera chez un autre ; chez ce sujet, il faudra lui administrer le médicament en une fois, chez un autre, à doses fractionnées (2-4 fois par jour) ou même filées (dissoudre la dose quotidienne dans un verre d'eau qui sera bu par gorgées toutes les heures). Un malade aura besoin qu'on alterne chez lui régulièrement les différents antipyrétiques ; tel autre devra rester obstinément fidèle à « ses » cachets sans jamais en changer. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il faut employer des doses modérées, savoir s'arrêter aussitôt si la médication n'agit pas ou agit mal (apparition de sueurs, dépression, insomnie, troubles digestifs, fièvre à type inverse, etc.). Et surtout il faut toujours chercher à prévenir l'accès et non à le suivre ; autrement dit, il faut empêcher l'accès fébrile de se produire et non le combattre une fois déclaré, ce qui se réalise en donnant la dose voulue quelques heures avant l'apparition présumée de l'accès.

Les différents agents utilisés sont :

1° *Cryogénine*, celui dont l'action est la plus constante (elle n'est pas immédiate, demandant deux, trois jours environ et, comme elle s'accumule, son action persiste encore cinq, huit jours après suppression). Inconvénients : assez coûteuse, peut provoquer des douleurs gastriques et sueurs profuses ; prévenir le malade qu'elle peut donner une teinte ictérique aux urines : 0 gr. 50, 1 gr. p. d., exceptionnellement 1 gr. 50, en cachets de 0 gr. 25, 0 gr. 50 ; en potion, on formule :

Cryogénine	2-5 gr.
Elixir de Garus	30 —
Julep gommeux	120 —

2° *Acétanilide* : aux doses faibles de 1-3 cachets de 0 gr. 15 par jour, elle n'est pas dangereuse ; mais il est plus prudent, pour éviter tout risque de collapsus de s'en abstenir chez les cardiaques ;

3° *Pyramidon* : fait suer facilement ; contre-indiqué chez les tuberculeux hypotendus et diabétiques ; on donne 1-3 cachets de :

Pyramidon	0 gr. 25-0 gr. 35
Quinine	0 gr. 15-0 gr. 25

(Guinard)

4° *Aspirine* : indiqué dans les états fébriles indépendants de la tuberculose ; 0 gr. 50. 1 gr. par jour suffisent amplement, avec ou sans caféine. En solution, on prescrira :

Aspirine	5 gr.
Citrate de soude	20 —
Sirop d'écorces d'or. am.	90 —
Eau, q. s. pour	150 cc.

5° *Elbon* : inoffensif, mais coûte cher et n'a pas une action constante : 1-4 comprimés p. d. ;

6° *Pyréthane* : a en outre une action antalgique remarquable : C-CC g. pd. dans de l'eau alcaline, par doses fractionnées ;

7° *Antipyrine* : à ne pas employer.

SYPHILIGRAPHIE

Le chancre de l'amygdale.

Le malade vient consulter pour une angine. M. H. Montlaur (*Syphilis acquise*, 1926) montre fort bien les voies qui guident vers le diagnostic.

Tout d'abord la douleur angineuse est *unilatérale*. Cette douleur a pour caractère d'être persistante. L'examen montre une lésion unique d'ordinaire, le plus souvent ovalaire, arrondie, parfois irrégulière. La lésion se présente sous plusieurs types : *a*) *type érosif*. érosion superficielle à fond lisse entourée de parties peu tuméfiées. L'érosion par elle-même risquerait de ne pas fixer l'attention ; mais il existe en plus une *adénopathie* avec ganglions durs et indolents : une *induration* de l'amygdale que l'on sent avec le doigt. *b*) Le *type ulcéreux* se caractérise par une ulcération profonde, irrégulière, une douleur vive à la déglutition.

L'ulcération atteint 2 centimètres à 2 centim. 1/2 de diamètre, elle est d'un rouge vineux ou d'un gris sale. *c*) *Type angineux*. Ici le diagnostic est difficile. Il y a comme dans l'angine aiguë des troubles généraux, de la céphalée, des courbatures, de la température. Seuls la durée de l'angine éveille l'attention. Et puis il y a l'adénopathie et le manque d'efficacité des traitements habituels.

Pour la forme ulcéreuse, le diagnostic doit être fait avec l'*angine de Vincent*. Cliniquement, c'est la même chose. Seul le laboratoire peut trancher le différend, en montrant au niveau de la lésion, la symbiose fuso-spirillaire.

Il est encore une forme rare du chancre : *la forme diphtéroïde* avec enduit pseudo-membraneux. Il se produit des phénomènes généraux rappelant ceux de la diphtérie. L'examen de laboratoire avec cultures est souvent nécessaire. Mais le moyen de diagnostic qui dans les cas obscurs, ouvre le plus de lumière est encore l'évolution clinique. Il faut se méfier de toute angine qui se prolonge, sans rémission, au delà d'une huitaine de jours.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Propagande éducative d'hygiène sociale en France. — Dans la salle des Pas-Perdus des images, des graphiques, des salles d'infirmières. Beaucoup de figures étrangères circulent entre les groupes ; ce sont les membres de la Conférence sanitaire internationale qui assistent à la séance.

Discours du Président de la Conférence sanitaire internationale. Discours de M. Bard, président de l'Académie de Médecine, de M. Léon Bernard qui montre des films cinématographiques sur l'allaitement, la tuberculose, la syphilis, les taudis, les tableaux des statistiques.

1er juin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 mai 1926.

Amélioration rapide et considérable d'un cas grave de maladie de Basedow avec vomissements incoercibles et cachexie sous l'influence de la suggestion. — MM. A. Lemierre et P.-N. Deschamps rapportent l'observation d'une jeune fille de 16 ans atteinte d'une maladie de Basedow qui se compliqua de vomissements incoercibles. L'amaigrissement devint effrayant, tous les symptômes basedowiens s'aggravèrent et la mort semblait imminente. C'est alors que la malade ayant entendu vanter les merveilleux effets d'un fromage fermenté dans un cas de vomissements analogue au sien entreprit de se traiter par cet aliment. Immédiatement les vomissements cessèrent, la malade engraissa rapidement et les symptômes basedowiens, proprements dits, s'atténuèrent. Quelques mois plus tard, cette jeune fille qui avait touché aux plus extrêmes limites de la cachexie avait plus que triplé son poids et exerçait une profession assez fatigante, les symptômes basedowiens n'existant plus qu'à l'état de vestiges.

Les auteurs pensent que ces vomissements, d'ordre évidemment psychopathique, ont constitué une véritable complication greffée sur la maladie de Basedow initiale. Il est intéressant de noter que la cessation de cette complication, survenue sous l'influence de la suggestion, a été le signal d'une rapide amélioration des symptômes basedowiens proprements dits, tachycardie, exophtalmie et goitre.

Il y a lieu de se souvenir que la maladie de Basedow se développe parfois à l'occasion de chocs émotifs et il n'est pas impossible de concevoir que des influences

psychiques retentissant à leur tour sur l'équilibre neuro-végétatif soient susceptibles, dans certains cas, d'atténuer le syndrome basedowien et d'en favoriser la disparition.

Une famille d'ictère hémolytique. — MM. Robert Debré, M. Lamy et Mlle Baudry présentent une mère et ses enfants atteints d'ictère hémolytique congénital.

L'aîné des enfats est arrivé à l'hôpital en décembre, présentant le tableau clinique d'une anémie aiguë avec un gros foie, une rate très volumineuse et aucun signe qui puisse faire penser à un ictère.

L'anémie très intense s'est séparée rapidement en même temps qu'apparaissait un ictère léger.

L'interrogatoire de la mère a montré qu'elle-même est atteinte d'ictère hémolytique congénital, ainsi que son père, deux sur trois de ses neveux, ses trois enfants.

Tous les membres de la famille examinés ont un subictère plus ou moins accusé, un gros foie, une très grosse rate. L'origine de la maladie semble remonter à la grand'mère maternelle.

L'examen de sang repris ce mois-ci montre chez la mère et les enfants une fragilité globulaire très accentuée et la disparition des isolysines constatées lors des premier examen.

La réaction de Wassermann pratiquée chez la mère et les enfants est légèrement positive chez tous, bien qu'on ne trouve chez eux aucun signe net de syphilis.

Les auteurs insistent :

D'une part sur l'anémie exceptionnellement rencontrée au même degré au cours des ictères hémolytiques congénitaux ;

D'autre part sur ce qu'au lieu d'employer la méthode classique de recherche des hémolysines ils ont employé la méthode de Kolmer modifiée par Hesser, c'est-à-dire qu'ils ont tenu compte de la notion récente des groupes sanguins.

M. Chauffard. — On observe toutes les transitions entre certaines anémies spléniques et les ictères hémolytiques. La splénectomie seule permet de guérir ces faits.

M. P. Emile-Weill. — Souvent dans ces faits, la spécificité est en cause comme l'ont montré Chauffard et Huber. Mais le traitement spécifique est loin de donner de bons résultats et à doses minimes.

M. Chauffard. — On observe des périodes aiguës où il paraît dans le sang des hémolysines.

M. Flandin préconise comme traitement de ces splénomégalies le mercure et le bismuth.

M. Renaud a observé un fait très amélioré par l'arsénobenzol.

M. Apert. — Il est bien curieux que cette affection héréditaire à quatre générations puisse être de nature syphilitique.

M. P. Emile-Weill. — Le traitement spécifique est toujours délicat à prescrire et souvent sans effet Le traitement le plus efficace est la splénectomie.

M. Debré. — Cette famille ne veut pas entendre parler de traitement chirurgical.

M. Chauffard. — Il en est ainsi de beaucoup d'ictères hémolytiques.

Valeur diagnostique des cuti-réactions à la tuberculine chez l'adulte. Les réactions ultra-positives. — M. A. Jousset, après avoir montré tout le parti que l'on pouvait tirer des réactions négatives pour le diagnostic des maladies anergisantes, négligeant les cuti-réactions ordinaires, banales envisage les réactions très fortes qu'il appelle *ultra-positives* qui pour lui sont *caractéristiques de l'évolution* du foyer tuberculeux créateur de l'allergie.

Il en existe plusieurs types : la papule dite « en cocarde », la phlyctène et l'escharre. Leur présence permet d'affirmer non pas un état de maladie mais l'absence de stabilisation, la progression lente de la lésion telle qu'on l'observe dans certaines tuberculoses bénignes bien localisées (tuberculoses chirurgicales, adénopathies médiastines, tuberculoses pulmonaires débutantes) état d'équilibre instable qui constitue une menace perpétuelle On conçoit tout l'intérêt de ce criterium pour la surveillance des tuberculeux.

Les réponses fournies par la tuberculine ne sont intéressantes que si elles sont extrêmes, négatives ou très fortes et à la condition qu'on utilise une bonne technique.

Sur la coexistence de la néphrite sclérosante et de l'hypertension artérielle dans l'âge mûr. — MM. Maurice Renaud et J. Roland, dans le but d'apporter une contribution clinique à l'étude des rapports si discutés de l'hypertension et de la néphrite chronique, ont suivi 75 malades chez lesquels ils ont pratiqué des explorations minutieuses des fonctions rénales dont les données ont été contrôlées dans un grand nombre de cas par des vérifications anatomiques.

Ils sont arrivés à la conclusion que chez les sujets d'âge mûr, qui présentent de l'hypertension artérielle permanente, la constante d'Ambard accuse une défaillance fonctionnelle dans 65 0/0 des cas, bien que le taux de l'urée sanguine ne soit généralement pas élevé, l'épreuve de phénol-phtaléine dans 94 0/0 des cas. L'exploration fonctionnelle et l'anatomie concordent à établir que l'existence d'une néphrite sclérosante est la règle absolue chez de tels malades.

Auscultation du cœur de chien après injections intraveineuses d'air. — MM. Binet et Donzelot rap-

portent des expériences intéressantes pour l'interprétation de certains phénomènes d'auscultation.

M. Laubry ne croit pas qu'il existe un souffle tricuspidien fonctionnel.

M. Ch. Richet a fait des injections d'oxygène intraveineuses chez l'homme. On voyait survenir alors un bruit de barbotage dans le cœur droit et ceci sans embolies pulmonaires.

M. Rist a injecté de l'oxygène dans les veines du chien à titre expérimental.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Blessures thoraco-abdominales par arme blanche. 10 cas opérés, 8 guérisons, 2 morts. — M. Mocquot rapporte des observations de M. Vergos concernant 10 cas de plaies thoraco abdominales par arme blanche. Les indications opératoires avaient été basées sur le siège bas situé des lésions.

6 de ces blessures ont été traitées par thoracotomie, 4 par thoraco-phréno-laparotomie.

Une des morts est due à une intervention trop tardive, l'autre à une péritonite consécutive à une perforation de l'angle colique gauche.

La suture primitive des fractures ouvertes (suite de la discussion). — M. Souligoux est opposé à l'ostéosynthèse d'emblée dans les fractures ouvertes.

M. Picot a pratiqué pendant la guerre un grand nombre de sutures primitives : la mise en place d'un drain dans le foyer de fracture permettait, après aspiration, de pratiquer des cultures ; l'auteur évitait les pansements trop compressifs du membre. Actuellement, en pratique hospitalière, il a renoncé à la suture primitive. Il estime en outre que l'osthéosynthèse primitive est à rejeter, et qu'il est préférable de ne la pratiquer que secondairement, si elle reste nécessaire.

Présentation de malades. — M. Picot : malade atteint de kyste hydatique des deux poumons. Intervention. Guérison.

M. Lenormant : malade atteint de fracture esquilleuse de l'humérus droit : traitement par simple toilette du foyer de fracture, avec excision des muscles contus, sans esquillectomie. Consolidation en 2 mois. Résultats fonctionnels excellents.

26 mai. E. Theillier.

***

Sur deux cas de traumatismes craniens. — M. Bréchot rapporte une observation de M. Worms (du Val-de-Grâce) concernant deux blessés atteints de fractures du crâne : le premier blessé présentait des paralysies multiples (5e, 6e, 7e, 8e paires) accompagnées de diabète insipide.

Ces lésions rétrocédèrent, mais des troubles tardifs apparurent : amaigrissement intense, signes d'imprégnation tuberculeuse.

Dans le deuxième cas, le symptôme le plus accusé fut un diabète insipide, avec polyurie atteignant 4 litres par 24 heures, coïncidant avec des lésions osseuses de la selle turcique. Guérison par des ponctions lombaires répétées.

Occlusion intestinale aiguë par invagination iléo-cœcale chez un adulte. Intervention. Mort subite au deuxième mois. — M. Baumgartner relate une observation de M. Latouche (d'Autun) ayant trait à une occlusion intestinale aiguë, avec vomissements, arrêt des gaz, douleur surtout vive dans la fosse iliaque droite. Le diagnostic avait été celui de péritonite appendiculaire. Intervention à la 48e heure : celle-ci montre une invagination à l'iléon terminal dans le cœcum. Une tentative de désinvagination échoue. Résection intestinale et antéro-anastomose latéro-latérale.

A l'examen de la pièce, la fin de l'iléon est le siège d'une tumeur pédiculée qui semble avoir provoqué l'invagination.

Mort subite au deuxième mois, peut être due à une trombose de la veine-cave inférieure, consécutive à un phlegmon iléo-lombaire.

Fracture supra-condylienne basse du fémur, traitée par embrochement tibial. — M. Mouchet, rapportant l'observation de M. Lheureux (de Lille), estime que cet embrochement tibial n'a que des indications exceptionnelles en cas de fracture supra condylienne basse du fémur.

Un cas de tarsomégalie. — Sous ce nom, MM. Mouchet et Belot communiquent l'histoire très curieuse d'une anomalie de développement qu'ils n'ont jamais vue signalée jusqu'ici.

Il s'agit d'un garçon de 2 ans et demi, chez lequel ils observent depuis la naissance une hypertrophie diffuse de l'astragale et de la malléole tibiale, avec déformation du pied en valgus. En même temps, on observe une extraordinaire précocité d'apparition des points osseux de scaphoïde, du 1er et du 2e cunéiformes.

Le rachitisme, la syphilis ne peuvent être invoqués. Il s'agit vraisemblablement d'une anomalie congénitale dont la cause reste obscure.

Présentation de pièces. — M. Dujarrier. — Exostose ostéogénique du fémur.

M. Mocquot. — Diverticule de l'œsophage cervical.

2 juin. E. Theillier.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Psychologie, par M. Georges DUMAS, *Professeur de Psychologie Expérimentale à la Sorbonne, Membre de l'Académie de Médecine*. T. I, grand in-8°, 969 pages. ALCAN, édit. Prix : 40 francs.

Que la psychologie soit, comme le dit le grand et regretté Th. RIBOT, dans sa Préface, une partie de la biologie, à cela aucun doute. Mais ayant pour objet les phénomènes spirituels et non les phénomènes physiques, tout de même de cette diversité dans les constatations, il résulte quelque différence. Vous direz que l'ignorance est la même dans les deux ordres de recherches. Le physiologiste ne sait rien de la vie et le psychologue, rien de l'influx nerveux. La nature des causes premières leur échappe à l'un à l'autre, comme elle est fermée à la curiosité du savant en n'importe quelle variété de domaines scientifiques. Ce n'est donc jamais que le chapitre des causes secondes qui s'offre aux investigations du biologiste ou du psychologue. Dans ces conditions une certaine modestie est de rigueur; les constatations objectives sont les seules qui aient droit d'arrêter l'attention de l'auteur. Tout cela M. Th. RIBOT le dit fort bien dans sa Préface.

Vingt-cinq collaborateurs, sous la direction de M. DUMAS se sont donnés pour tâche, de réunir en un traité volumineux, l'exposé des différentes questions : états sensitifs et moteurs, associations sensitivo-motrices, formes générales d'organisation, habitude, mémoire — dont l'étude a permis une connaissance avertie. Un très grand et méritoire effort s'inscrit à la base de cette collaboration. Dirons-nous qu'un accord parfait règne entre les opinions de tous les collaborateurs ? Il serait de réalisation impossible. Peut-être serait-il permis d'émettre de ci de là, une objection plus sérieuse. Dans le chapitre qu'il consacre à l'*Homme dans la Série animale*, M. E. RABAUD s'empresse de déplorer la brume où baignent nos éléments de connaissance. Sur les origines tout est obscur. Mais si la lumière des prémisses fait défaut, comment poursuivre un raisonnement déductif d'après des clartés qui demeurent absentes ? Or M. E. RABAUD n'hésite pas. L'ancêtre commun, nommons-le Prégibon, dont sont sortis l'homme et les anthropomorphes, nul ne l'a jamais découvert. « On ne peut cependant douter, dit M. RABAUD, que cet ancêtre a existé ; la formule du pithicometa de HUXLEY en fait une nécessité logique ». Vous avez bien lu ? Nécessité logique. Pourquoi la logique quand elle ne prend appui que sur une hypothèse ?

« Il serait temps, déclare M. H. WALLON (p. 212) d'apporter à la psychologie un esprit positif ». Certes, mais l'esprit positif consiste avant tout à n'enregistrer que les enseignements du réel et non pas à raisonner sur des données incertaines. Comme exemples de ce fondement positif assigné aux notations psychologiques, citons les chapitres de M. G. DUMAS sur l'*Expression des Emotions*, sur le *Rêve et les Larmes*. Sont également bien venues les pages de M. Henri PIÉRON sur l'*Habitude* et la *Mémoire*, de M. REVAULT D'ALLONNES sur l'*Attention*. C'est avec raison que ce dernier insiste sur l'intérêt sentimental comme base de l'attention. La valeur sentimentale d'une impression est un facteur essentiel qui fixe la curiosité de l'esprit.

M. P. JANET a écrit le chapitre terminal sur la *Tension psychologique et ses oscillations*. Ce sont là pages où une grande richesse d'observation est enfermée dans les lignes d'un texte à la fois concis et parfaitement clair.

Prochainement nous parlerons du deuxième volume. Ce *Traité de Psychologie* dans son format épais, chargé de documentations et quelque peu massif, dépasse les limites assignées aux possibilités d'un seul article.

Les périvériscérites digestives, par Paul CARNOT, *Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Beaujon* ; BLAMOUTIER, *ancien Interne des Hôpitaux de Paris* ; LEBERT, *ancien Interne des hôpitaux de Paris* ; R. FREEDEL, *Assistant de Consultation à l'hôpital Beaujon*. — Un vol. in-8°. — J.-B. Baillière, 173 p.

La pathogénie des périvériscérites est surtout infectieuse et à point de départ digestif ; un livre d'ensemble sur la question n'existe pas. Avec le concours de ses élèves, BLAMOUTIER, LIBERT et FRIEDEL, M. le Pr CARNOT est arrivé à présenter un tableau général du problème. Ce n'est pas que toutes les parties en soient totalement élucidées. Les périgastrites, péricholécystites sont connues et depuis longtemps. Les périduodénites commencent à l'être, mais il semble qu'en dépit des renseignements radiographiques, bien des points cliniques demeurent obscurs et réclament plus de précision. Le chapitre des périsigmoïdites écrit par M. FRIEDEL se détache avec plus de netteté. En résumé, livre utile qui témoigne d'un effort méritoire. Il atteste que le cours de gastro-entérologie de l'hôpital Beaujon sous la direction du Pr CARNOT est préparé avec un grand soin par une série de compétences qui s'appliquent sérieusement à leur tâche.

Consultations du Médecin Praticien. — Guide de pratique médico-chirurgicale journalière, par le Dr Fred BLANCHOD. — Un volume grand in-8° de 584 pages, 1925. — Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e). — Prix : 35 francs.

De tels volumes sont toujours bien accueillis. L'auteur y a introduit son expérience propre. Quinze ans de médecine à la campagne, c'est quelque chose. Dans toutes rencontres, et si diverses soient-elles, il faut posséder la méthode immédiate et sûre. Un bon esprit pratique règne dans ces pages dont le Dr Fred BLANCHOD a fait un traité concis et précieux de thérapeutique quotidienne. Les maladies chirurgicales y sont mentionnées comme les affections d'ordre médical. Il était difficile de faire mieux en moins de mots.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FISSINGER
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE UROLOGIQUE

Hôpital Necker. — M. le Pr Legueu.

Les vésiculites chroniques et non tuberculeuses.

Cette leçon est consacrée à l'étude et au traitement des *vésiculites chroniques*, la tuberculose étant mise à part.

Il s'agit de préciser quelques points dans une question confuse, compliquée, et qui n'est pas résolue de la même façon ici et au delà de l'Océan.

On peut diviser le sujet en quatre catégories.

1re *catégorie* : les *infections blennorragiques*. Ce sont les plus connues, faciles, simples et vulgaires. Encore faut-il préciser quelques notions.

Les infections blennorragiques des vésicules séminales, vous les verrez à chaque pas, à chaque instant. Vous verrez la *vésiculite chronique* et la *vésiculite aiguë*. Tout individu porteur d'une *orchite* ou d'une *épididymite blennorragique* a une vésiculite. S'il n'en a pas, c'est qu'on ne sait pas la rechercher.

La vésiculite est le point de départ de l'orchite. L'infection vient de l'urètre postérieur. On peut observer l'infection blennorragique de la vésicule chez des sujets n'ayant pas d'orchite. Dans ce cas, le stade de l'infection postérieure ne va pas jusqu'à la localisation extérieure ; l'infection reste profonde, localisée dans la vésicule. C'est là où il faut faire attention. Cette vésiculite profonde peut parfaitement passer inaperçue.

Les *symptômes*, les *manifestations* qui peuvent indiquer sa présence se bornent à une douleur vague et profonde, qui est souvent confondue avec la *prostatite*, et qu'on ne sait pas dégager et identifier. Il peut se produire une douleur dans l'éjaculation, quelques hémorragies spermatiques. Encore ce n'est pas dans ces cas que l'on voit l'*hémospermie* ; celle-ci se rencontre dans des conditions beaucoup plus simples. En réalité, pour traduire la vésiculite profonde, il n'y a qu'un signe, c'est l'orchite, et quand il n'y a pas d'orchite, il est probable que la vésiculite passera complètement inaperçue. On n'y pense pas, on laisse les choses aller, et c'est lors d'une exploration ou longtemps après, que des indurations dans la profondeur laissent supposer une infection ancienne de la vésicule séminale.

Sur ce sujet (le développement des infections chroniques des vésicules séminales après la blennorragie), de grandes divergences, de longues discussions se sont élevées.

Dans ces derniers temps, les recherches de Lebreton et d'autres ont montré que, chez les individus ayant eu récemment une blennorragie, le contenu des vésicules séminales présentait des gonocoques, dans la proportion de 80 %. Les individus qui ont du gonocoque dans leurs vésicules séminales sont en puissance d'une vésiculite chronique.

D'autre part, Janet a déclaré que la fréquence des vésiculites gonococciques était certainement moins grande que certains le disent, car si la proportion était telle, il n'y aurait guère plus de mariages possibles.

En Amérique, la question des vésiculites chroniques a pris une importance considérable, si bien que la vésiculectomie, dans les services d'urologie, est devenue plus fréquente que la prostatectomie. L'ablation des vésicules séminales est conseillée comme traitement du rhumatisme blennorragique.

La *vésiculostomie*, inaugurée par les Américains, consiste à inciser le canal déférent, dans la région inguinale, à mettre une canule dans le bout central, et à pousser une injection. Cette injection doit ressortir par l'urètre postérieur, au niveau de l'orifice du *veru montanum*. La canule peut être laissée en place durant un certain temps.

Par cette méthode, on se propose de désinfecter les vésicules séminales. Ce serait un lavage rétrograde. Qu'on se rappelle combien il faut de mois pour faire disparaître l'infection, quand elle siège en plein urètre. Ici, il s'agit de désinfecter un repli de 6 centimètres de profondeur, avec des diverticules de tous côtés.

Cette méthode, en raison des conditions anatomiques, n'est pas vraiment pratique.

Ce qu'il faut faire, quand, à la suite d'une blennorragie, on constate l'existence d'une vésiculite chronique à gonocoques, c'est de la *vaccination* et du *massage*, de l'expression forcée.

On peut ainsi obtenir un résultat, lentement, mais pas plus lentement qu'avec les injections vésiculaires.

Dans les vésiculites aiguës, le traitement de l'orchite suffit.

2e *catégorie* : les *vésiculites chez les prostatiques avec rétention*. C'est une complication préopératoire ou post-opératoire. Elles se voient chez les individus profondément infectés, avec urines troubles. Dans ces cas, quand on se donne la peine de rechercher la vésiculite, on arrive à la trouver et à la reconnaître, grâce aux signes suivants.

Dans la zone sous-vésicale, au-dessus de la

prostate, on constate une tuméfaction. C'est un abcès intra-vésiculaire, dont le pus se déverse dans l'urètre et se mélange à l'urine. Dans d'autres cas, on constatera un phlegmon péri-vésiculaire, se confondant avec un abcès prostatique.

Chez un prostatique, sur le point d'être opéré, se déclare une complication infectieuse, révélée par l'état fébrile. On en cherche la cause ; on découvre une vésicule séminale distendue, infectée. Avant de faire la prostatectomie, on opère la vésicule.

Après la prostatectomie, il se peut que les malades continuent d'avoir des urines troubles. Parmi ce déchet, il y en a quelques-uns chez qui la suppuration vient des vésicules séminales. C'est dans de tels cas qu'il pourrait y avoir lieu de faire le cathétérisme des conduits éjaculateurs par l'urètre, avec l'aide de l'urétroscope qui permet de voir le *veru montanum*. Ce cathétérisme n'est pas aussi simple qu'on le dit. Toutefois, on pourrait dans certains cas essayer de faire un lavage par ce moyen. Il faut toujours penser à la vésiculite, quand, après une prostatectomie, on voit une suppuration. On fera donc le toucher rectal, et on cherchera au-dessus de la loge prostatique : c'est là qu'on trouvera quelquefois la cause d'une infection qu'on était tenté d'attribuer à une complication rénale.

3e *catégorie* : *cas exceptionnels*. Un homme jeune, de 40 ans, présente une épididymite du côté droit, et un phlegmon iliaque. Il n'a jamais eu de blennorragie. On pose le diagnostic suivant : tuberculose vésiculo-prostato-épididymo-testiculaire et déférentielle, avec infection secondaire dans la région inguinale.

Incision nécessaire. On recueille du liquide : on n'y trouve que du *staphylocoque* absolument pur en culture. Les inoculations sont négatives.

Quelques mois après, cet homme gardait une légère induration dans la région, mais avait bénéficié d'une amélioration considérable. Il a repris sa vie normale. Il n'est plus question de tuberculose.

Une infection uniquement à staphylocoques, chez un individu indemne de blennorragie, qui n'a pas eu d'autre infection, peut ainsi se localiser dans les vésicules séminales, déterminer un phlegmon iliaque, et une épididymite vraisemblablement beaucoup plus par infection générale que locale, lésions déconcertantes par leur gravité.

4e *catégorie*, également troublante : il y a des vésiculites chroniques susceptibles de déterminer la rétention d'urine et pour lesquelles il peut être nécessaire de pratiquer une *vésiculectomie*.

Un malade de 45 ans, avait été cystostomisé pour rétention, sans prostatisme, car il était jeune, et sans rétrécissement. On avait simplement trouvé des lésions des vésicules séminales, prédominantes du côté droit.

Le malade désirait que sa cystostomie fût fermée. On trouvait une induration des deux vésicules séminales, en triangle, sans douleur, avec empâtement périphérique.

Le col était imperméable au moment de l'intervention. Le col normal doit être béant à l'anesthésie. On a pratiqué l'ablation de ce col, puis l'ablation des vésicules séminales à travers la vessie, opération pénible. Le malade a guéri dans de très bonnes conditions. Il n'a conservé qu'un petit résidu de 150 grammes.

Nous devons retenir une idée, c'est que des rétentions peuvent être produites, — incomplètes ou complètes, permanentes ou transitoires, — par des vésiculites chroniques, par un mécanisme indéterminé. On peut donc être amené à enlever quelquefois des vésicules séminales, même et surtout quand elles ne sont pas tuberculeuses, et par l'une ou l'autre de ces trois voies, la périnéale, l'inguinale ou l'intra-vésicale. La vésiculectomie intra-vésicale est seule à recommander, sauf indications particulières.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin. — M. le Pr DELBET.

Le mégacôlon.

Ce mégacôlon vient d'être enlevé récemment chez un malade du service. Les caractères de la lésion sont saisissants. Cette anse sigmoïde est prodigieusement dilatée, les bandelettes longitudinales ne sont plus visibles, il n'y a par conséquent aucune bosselure ; c'est l'aspect d'une cornemuse, suivant la comparaison habituelle. En même temps, il y a un épaississement de la musculeuse et des altérations de la muqueuse. Ces altérations peuvent aboutir à l'ulcération, quelquefois même à la perforation.

Le mégacôlon, appelé aussi maladie de Hirschsprung, est souvent qualifié de mégacôlon congénital. On a publié quelques cas de mégacôlons dans l'enfance. Il y a même une observation américaine de mégacôlon chez un fœtus de 8 mois. Mais ce sont de rares exceptions. La majeure partie ne se manifestent qu'à un âge plus ou moins avancé, chez des adultes et des personnes d'âge mûr, de

40 à 50 ans. L'affection n'est pas directement congénitale, mais elle se produit peut-être à la faveur d'une lésion congénitale, comme les hernies dites congénitales. La lésion peut porter sur les diverses portions du côlon, mais elle atteint surtout le côlon pelvien. Cette affection singulière est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et dans les pays où l'alimentation est surtout végétarienne.

Chez certains individus il existe une sorte de valvule à la jonction du rectum et du côlon. Trélat, bien avant que ne fût connu le mégacôlon, avait constaté cette valvule, il la considérait comme une malformation congénitale. Il est probable que cette valvule amène une difficulté à l'expulsion et que sous l'influence des efforts le côlon se distend et s'hypertrophie.

Aux premières phases de la maladie, les symptômes se résument dans la constipation avec gros ventre. Ces symptômes, par conséquent, exposent à des erreurs de diagnostic avec le rachitisme, avec la péritonite tuberculeuse, ou même avec la constipation simple. L'affection est progressive. La constipation est extraordinaire. Le mégacôlon peut contenir jusqu'à 25 litres de liquide. Les évacuations deviennent très rares, n'ont lieu que tous les huit ou quinze jours. Il y a des résorptions toxiques. Cette constipation est interrompue par des selles diarrhéiques d'odeur fétide et on est frappé de voir qu'après des évacuations énormes de gaz, de matières solides et liquides, la tuméfaction de l'abdomen diminue peu. C'est qu'en réalité ces malades n'arrivent jamais à vider cette sorte de réservoir, les matières accumulées ne s'évacuent qu'en partie.

Il peut survenir des accidents d'obstruction intestinale, qu'il ne faut pas confondre avec l'occlusion. Le côlon se distend de plus en plus, les résidus de la digestion, les hypersécrétions de la muqueuse altérée s'y accumulent de plus en plus, mais il passe des gaz. C'est une obstruction plus ou moins incomplète. Parfois on sent une tumeur à la palpation de la paroi abdominale. Cette tumeur est indolente. Dans un certain nombre de cas, elle est mollasse et modelable ; avec une pression forte et soutenue, on y marque l'empreinte du doigt ; ceci peut causer une erreur de diagnostic, avec un kyste dermoïde de l'ovaire, chez la femme. Chez l'homme, on peut prendre cette tumeur pour un sarcome. En effet, ces stercoromes peuvent devenir durs. Chez un malade, lorsqu'on faisait le toucher rectal, le doigt, après avoir franchi le canal anal et l'ampoule du rectum, arrivait sur une tumeur énorme ; elle paraissait adhérente de tous les côtés, elle était immobile, enclavée plutôt qu'adhérente. Sur cette tumeur, on sentait la muqueuse du rectum souple, mobile. Quelqu'un avait pensé à un sarcome du bassin. Il s'agissait d'un mégacôlon, d'un stercorome énorme ; on put l'évacuer.

Les malades présentent des ébauches d'occlusion d'allure dramatique. Ces accidents se produisent dans certains cas à la suite d'une bascule, d'une coudure de ce côlon pelvien anormalement volumineux et long, car il est également hypertrophié en longueur.

Le plus souvent, on voit ce qu'on appelle le *volvulus* du côlon pelvien ; c'est ce que Rokitansky a appelé l'étranglement rotatoire. Cette rotation peut se faire rectum en arrière, ou rectum en avant, ou, comme disait Potain, soit dans le sens des aiguilles d'une montre, soit dans le sens inverse. Le côlon peut effectuer un demi-tour, un tour complet, un tour et demi, dans l'un ou l'autre sens.

Cette torsion est facile quand les deux pieds de l'anse sont très rapprochés; en fer à cheval. Elle n'a lieu, d'après Forgue, qu'à la faveur d'une altération du mésentère, la mésentérite rétractile.

Quelquefois, ces torsions peu accentuées peuvent se redresser sous l'influence d'une contraction intestinale. C'est ce qui explique ces crises aiguës dramatiques qui font porter un pronostic extrêmement grave et qui cependant se terminent par guérison.

Le côlon qui reste tordu, se congestionne et finit par se sphacéler, se nécroser. Le diagnostic est basé sur le syndrome de Volkman, caractérisé par une sensation de rénitence à la palpation, et une sonorité extrême à la percussion, tympanique et même parfois métallique. On décrit trois types de ce syndrome, suivant que la torsion porte sur le cæcum, sur le côlon transverse ou sur l'S iliaque.

Les volvulus sont d'une extrême gravité, ils peuvent entraîner la mort rapidement, et même lorsqu'on intervient.

Le mégacôlon est parfois compatible avec le maintien presque intégral de la santé.

Le traitement médical consiste à assurer l'évacuation du côlon par un régime alimentaire approprié, par des purgatifs, des lavements électriques, etc.

Quand les malades ont eu des accidents d'occlusion, on peut faire la section de la valvule quand elle existe. Pour empêcher les accidents de bascule de se reproduire, on a fixé le côlon à la paroi abdominale. On a fait dans un grand nombre de cas une *entérostomie*, un anus contre nature, qui, disait Lefort, est un martyre.

On a proposé de faire cette opération, non pas dans un but curatif, mais pour améliorer légèrement l'état et pouvoir faire ultérieurement une intervention radicale. On a encore préconisé les entéro-anastomoses. Cette opération peut présenter des difficultés extrêmes. L'iléo-sigmoïdostomie ne réussit pas, parce que les aliments ne s'engagent pas facilement dans l'orifice artificiel, mais continuent à passer, en majeure partie, dans la partie qu'on voulait exclure. A l'heure actuelle, ces entéro-anastomoses, comme traitement du mégacôlon pelvien, avec ou sans occlusion, paraissent devoir être abandonnées.

Quand on se trouve en présence d'un volvulus avec occlusion complète, avec un côlon pelvien sphacélé, il n'y a d'autre ressource qu'une résection de toute la portion sphacélée. Dans le cas où on fait une laparotomie assez précoce et où l'anse intestinale ne présente aucune trace de sphacèle, on n'a pas encore contracté d'adhérences, l'idée qui vient naturellement à l'esprit est de faire la détorsion. Or ce mode opératoire qui paraît si satisfaisant, donne beaucoup de déboires. La technique actuelle est la résection du côlon pelvien. On peut aboucher le bout supérieur à la paroi abdominale, fermer le bout inférieur et le rejeter dans l'abdomen, c'est alors un anus artificiel définitif. Toutes les fois que le bout inférieur est assez long, il vaut mieux aboucher les deux bouts à la paroi abdominale.

PRATIQUE DERMATOLOGIQUE

Le prurit circonscrit avec lichénification et son traitement.

Par M. le Dr VALETTE,
Médecin Consultant à La Bourboule.

Cette dermatose était confondue par les anciens dermatologistes dans le groupe énorme et mal défini des « lichens » qui comprenait un grand nombre d'affections papuleuses, prurigineuses et dans lesquelles parfois la peau était rugueuse et épaissie.

Par réaction, lorsqu'après les travaux de HÉBRA et de KAPOSI ce groupe fut démembré, l'appellation de « lichen » fut réservée au seul lichen plan et l'école de Vienne fit des lichénifications une variété d'eczéma.

Par la suite, VIDAL puis le Dr BROCQ et JACQUET, essaient par leurs travaux de faire du prurit circonscrit avec lichénification une dermatose distincte.

Enfin le Dr BROCQ, poursuivant ses recherches, décrit avec une admirable précision l'aspect classique de la plaque de prurit circonscrit avec lichénification et établit la théorie de la lichénification qui restera liée à son nom et est admise actuellement par de très nombreux dermatologistes.

Cette affection débute par un prurit limité, intermittent, sans aucune lésion cutanée visible, qui se lichénifie par degrés, grâce à une prédisposition spéciale de la peau.

Les crises prurigineuses de durée et d'intensité variables, sont exagérées par les causes occasionnelles les plus diverses et sous l'influence des grattages successifs, la peau peu à peu s'infiltre, prend un aspect grenu, sa coloration se modifie et la plaque lichénifiée se constitue.

Ces plaques, très prurigineuses, peuvent être uniques ou multiples, elles sont saillantes, assez bien délimitées et siègent en un point quelconque des téguments. On les rencontre plus souvent, cependant, au niveau du cou, à la face supéro-interne des cuisses, aux coudes et aux creux poplités. Leur forme est très variable ainsi que leur étendue qui dépasse rarement 8 à 15 centimètres de diamètre.

Lorsqu'elles sont complètes, à la période d'état, elles sont constituées par trois zones concentriques.

La zone centrale, infiltrée, saillante, de coloration d'autant plus foncée que la lésion est plus ancienne, est parcourue de sillons semblables à des hachures de dessin qui forment un quadrillage plus ou moins accentué à mailles de dimension variable. Elle est recouverte de squames grisâtres que le râclage met en évidence et de petites croûtes noirâtres, témoins des grattages répétés.

La zone moyenne, épaissie, de coloration moins intense a comme élément principal une papule du volume moyen d'une tête d'épingle, irrégulière de forme et aux limites peu précises qui semble constituée par une hypertrophie papillaire ; ces papules confluentes à la partie interne de cette zone, sont espacées et disséminées sans aucun ordre à sa périphérie.

La zone externe, à peine épaissie, légèrement pigmentée, d'aspect velvétique et finement quadrillée, forme la transition entre la zone moyenne et la peau saine.

Ces plaques sont fréquemment incomplètes, la zone centrale ou la zone papuleuse peuvent manquer. Elles sont macérées, lisses, fissurées et sans

squames au fond des plis, à la paume des mains et à la plante des pieds elles prennent l'aspect de kératodermies.

On les rencontre souvent à l'état pur, mais elles peuvent se compliquer d'eczéma vésiculeux ou de parakératose psoriasiforme, elles peuvent aussi venir compliquer elles-mêmes une dermatose préexistante et apparaître secondairement à un eczéma, un pityriasis simplex, une parakératose psoriasiforme, ou à une infection streptococcique cutanée comme l'a écrit le Dr Sabouraud.

Elles peuvent enfin, exister simultanément chez un même malade avec un vitiligo ou une sclérodermie en plaques, ou encore avec diverses autres dermatoses d'origine probablement nerveuse.

De l'association de cette affection avec certaines de ces dermatoses résultent même quelquefois des lésions mixtes, ayant des caractères particuliers, qui ont été décrites par le Dr Brocq et le Dr Pautrier a signalé sous le nom de lichénification géante et de lichénification circonscrite modulaire des dermatoses qu'il considère comme des formes anormales de cette lésion cutanée.

Malgré ces formes très diverses ou incomplètes le diagnostic est en général, assez facile car l'aspect de la lésion est très spécial. Il sera surtout fait par la constatation de l'antériorité du prurit, de sa fixité, de sa persistance et par l'analyse soigneuse de la plaque et des éléments qui la constituent. Cet examen conduit avec méthode permettra dans la plupart des cas de faire sans difficulté l'identification de la dermatose.

Si l'on hésitait avec le lichen de Wilson, le grattage méthodique très léger permettrait la différenciation ; les points de purpura n'apparaissant que très difficilement sur les éléments de lichénification.

Dans de rares cas très difficiles ou dans des formes anormales, on pourra, exceptionnellement, avoir recours à la biopsie ou l'examen histologique mettra en évidence les modifications typiques que cette affection provoque, qui sont constituées par de l'hyperkératose, de l'hyperacanthose et de la parakératose.

L'évolution du prurit circonscrit avec lichénification est longue, quelquefois il persiste avec fixité ou évolue par poussées successives avec des périodes intercalaires d'accalmie quelquefois les plaques disparaissent sur un point pour reparaître sur un autre, enfin elles peuvent alterner avec des crises d'asthme, de goutte ou de bronchite.

Le rôle du terrain est certainement très important, ici, comme facteur étiologique, car tous les prurits ne se lichénifient pas et l'on rencontre surtout cette dermatose chez des arthritiques, des névropathes, des personnes à nutrition ralentie ou menant une vie sédentaire et chez des auto-intoxiqués chroniques.

***

Un traitement général étiologique, toujours utile, sera donc institué après un examen complet du malade, suivi des recherches de laboratoire, nécessaires et complétées d'une façon systématique par le contrôle de la perméabilité rénale et le dosage de l'urée dans le sérum sanguin.

En plus des troubles généraux que l'examen aura pu déceler tels que : diabète, insuffisance hépatique, barrage rénal intoxication alimentaire ou médicamenteuse, insuffisances glandulaires diverses, qu'il sera nécessaire de traiter, il faudra toujours :

1° Supprimer l'apport de substances toxiques alimentaires ou médicamenteuses, rétablir le bon fonctionnement du tube digestif par un régime sévère, lactovégétarien le plus souvent, et combattre la constipation chronique ;

2° Tenter une cure de désensibilisation, si le malade paraît sensibilisé à une substance quelconque ;

3° Favoriser les éliminations rénales ;

4° Calmer le système nerveux et éviter tout ce qui peut le rendre excitable. Une bonne hygiène, l'éloignement du malade de son milieu habituel, le repos moral et intellectuel associé à l'exercice physique modéré, le séjour à la campagne à moyenne altitude y contribueront puissamment, aidés par l'administration de quelques préparations calmantes.

Ces indications devront être remplies avec le moins de médicaments possibles, auxquels on associera les prescriptions que le traitement général symptomatique nécessitera.

Les moyens les plus divers ont été utilisés pour calmer le prurit, l'hydrothérapie donne d'excellents résultats ; on l'emploie sous forme de douches sur la colonne vertébrale données suivant la tolérance du sujet à une température de 35° à 38° pendant une à trois minutes. Elles seront renouvelées tous les jours, prises en jet très brisé ou en pomme d'arrosoir, avec peu de pression et devront être sédatives sans, cependant arriver à provoquer de la dépression chez le malade. Ce traitement est admirablement supporté la plupart du temps et en général amène le calme assez rapidement.

Parmi les médicaments, celui qui semble réussir le mieux paraît être l'arsenic pris à petites doses et durant un temps très long coupé de périodes intercalaires de repos, on le donnera sous forme de liqueur de Pearson ou de préparation au méthylarsinate de soude en ingestion. Ces solutions seront prises au repas et diluées dans la plus grande quantité possible de liquide. Si elles sont mal tolérées, ce qui arrive malheureusement assez souvent, l'on pourra s'adresser au cacodylate de soude en piqûres.

L'extrait de guaco donne des résultats très inconstants, la valériane, les bromures, le sirop phénique peuvent être employés mais ne réussissent pas souvent.

Parmi les traitements modernes actuellement recommandés, on peut recourir à l'auto-hémothérapie, à l'auto-sérothérapie ou aux injections de sérum glycosé hypertonique qui ont donné plusieurs fois des succès.

Enfin le Dr Lortat-Jacob dit avoir eu des résultats heureux avec la cryothérapie associée à l'ingestion de gardénal.

Le traitement local, très important, complètera le traitement étiologique et symptomatique ; il devra avoir pour but de calmer le prurit et de soustraire les lésions à l'influence des traumatismes extérieurs. Ces deux conditions seront remplies par l'emploi, d'une part, de lotions antiprurigineuses ; d'autre part, de pansements occlusifs qui en général formeront la base même de la thérapeutique locale.

Les plaques qui présenteraient des lésions d'infections secondaires par suite des grattages répétés, seront mises en état par un traitement antiseptique approprié.

Puis on prescrira des lotions antiprurigineuses très chaudes en tamponnement sur les plaques. Elles pourront être faites avec une décoction de camomilles (15 têtes pour un litre d'eau) ou de feuilles de coca (20 à 30 grammes par litre) que l'on filtrera avant l'emploi. On peut également se servir d'eau additionnée, soit de vinaigre, soit de liqueur de Labarraque (20 à 30 grammes %) ou d'eau-de-vie camphrée pure ou dédoublée. On peut enfin prescrire une solution antiprurigineuse composée, le mélange suivant par exemple :

Acide phénique	1 gramme
Hydrate de chloral	15 grammes
Glycérine	45 —
Vinaigre aromatique	180 —

(Pr Gougerot.)

que l'on fera diluer dans 5 à 10 parties d'eau très chaude avant de l'employer.

Les pansements occlusifs qui protégeront les plaques seront réalisés à l'aide d'emplâtres, de colles ou de vernis, selon leur siège.

On emploie de préférence des emplâtres à l'huile de foie de morue, ou à l'oxyde de zinc ; ichtyolés à 10 %, mentholés à 2 % ou au goudron à 5 %.

Lorsque leur application sera difficile on les remplacera par des colles de zinc simples ou ichtyolées, ou par des vernis à la caséine ichtyolés, mentholés ou au goudron.

Si ces traitements ne sont pas tolérés, il faudra recourir aux pommades, aux pâtes de zinc, ou aux glycérolés (glycérolés aux trois acides, glycérolé à l'acide tartrique de Vidal) et en cas d'intolérance très marquée au cold-cream et à l'axonge fraîche.

Si au contraire la peau supporte bien les médications actives on pourra prescrire alors les emplâtres résorcinés à 2 %, l'emplâtre rouge de Vidal, les emplâtres à l'acide phénique à 1 % ou à l'acide salicylique en tâtant prudemment le degré de tolérance des tissus.

Si des fissures se produisent, elles seront traitées par des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent au dixième. Ces badigeonnages provoqueront non seulement la cicatrisation rapide des fissures, mais auront aussi une action antiprurigineuse remarquable.

On a obtenu des succès rapides par la radiothérapie employée à la dose de 3 à 4 H. tous les vingt jours ils sont rarement durables et l'on ne peut répéter longtemps les séances sans s'exposer à provoquer des radiodermites.

Les scarifications, les douches d'air chaud, les effluves de haute fréquence, réussissent quelquefois dans les cas où les traitements habituels ont échoué.

Enfin la douche filiforme telle qu'elle est pratiquée à la Bourboule donne d'excellents résultats. Elle paraît être le traitement de choix du prurit circonscrit avec lichénification. On doit l'employer, non seulement dans les cas rebelles après l'échec des autres médications, mais encore toutes les fois que cela sera possible, d'emblée, avant toute autre thérapeutique.

Elle calme le prurit plus rapidement qu'aucun autre traitement, excorie les plaques, détruit électivement tout le tissu lichénifié et respecte, même à très forte pression, les tissus sains du voisinage. On peut la renouveler dès que les croûtes formées par la sérosité qui s'écoule sont tombées et que réparation des tissus s'est effectuée.

On guérit, en général, en quelques séances des plaques qui souvent ont résisté à tous les traitements ordinaires.

D'ailleurs, cette douche n'agit pas seulement comme un traitement purement local, elle a une action générale et provoque quelquefois des réactions générales qui précèdent fréquemment la guérison de la dermatose. C'est actuellement la thérapeutique qui guérit le plus vite le prurit circonscrit avec lichénification.

Cette affection sera toujours heureusement influencée par une cure thermale qui mettra le malade dans les meilleures conditions voulues pour guérir. L'étude du terrain sur lequel elle évolue doit déterminer le choix de la station.

L'on enverra les névropathes aux eaux peu minéralisées et sédatives telles que : Néris, Ussat, Plombières, Luxeuil ; les auto-intoxiqués chroniques seront adressés, suivant leurs particularités à Evian, Contrexéville ou Vittel. Les sujets très profondément auto-intoxiqués et dont les plaques ont tendance à s'eczématiser et à se compliquer de poussées inflammatoires brusques, pourront aller à Saint-Gervais ou à la Roche-Posay.

Le plus grand nombre de malades dont la nervosité n'est pas trop accentuée et dont les lésions rénales ne sont pas trop avancées sont justiciables de la Bourboule, où la cure thermale et climatique associée à la douche filiforme, améliore avec une extrême rapidité de tels sujets et donne souvent, en un temps très bref, des guérisons durables chez des malades dont la dermatose rebelle avait résisté jusque-là à toute sorte de thérapeutiques.

FAIT CLINIQUE

Quelques nouvelles observations sur le rôle thérapeutique de l'abcès de Fixation dans les infections graves généralisées.

L' « abcès de fixation » vient d'être mis sur la sellette récemment devant la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, et M. le Pr Comby vient de prononcer un véritable réquisitoire contre cette méthode qui constitue d'après lui un véritable fléau et dont abusent les médecins de la ville et de la campagne.

Peut-être est-il présomptueux à un modeste praticien d'élever la voix après l'avis d'un pareil Maître mais, ayant déjà publié, à plusieurs reprises, dans ce journal, des observations de malades traités et guéris par la méthode du professeur lyonnais Fochier, je me permettrai de citer encore deux cas où j'ai la conviction — autant qu'on peut avoir la conviction en médecine, art dans lequel, pas plus qu'en amour, les adverbes jamais et toujours ne sont permis — où j'ai cependant la conviction d'avoir réussi à tirer d'affaire mes deux malades dans une situation des plus critiques.

Mme X..., 24 ans.

Après un retard de règles de six semaines, présente une perte avec caillots assez abondante, perte qu'elle attribue aux fatigues d'un assez long voyage.

Elle m'a fait appeler à l'hôtel où elle se trouve.

Je constate un col entr'ouvert laissant suinter un liquide noirâtre et très fétide.

Température : 39°8.

Je fais appeler immédiatement un chirurgien, le Docteur Frère, qui procède à un curettage dans sa clinique. Col très rapidement dilatable aux bougies de Hégar. La curette ramène de nombreux débris cotylédonnaires.

Légère amélioration : température à 38°5 pendant trois jours, puis brusque réascension à 39° le matin et 40° le soir.

Cet état persistant pendant plusieurs jours, la malade demande à quitter la clinique pour être soignée chez elle.

Le ventre est souple. L'écoulement insignifiant.

Il s'agit là d'une septicémie post-abortum d'allure sévère.

Je pratique des injections intra-musculaires d'électrargol et intra-veineuses de septicémine.

Avant son départ de la clinique, Mme D... avait subi une série d'injections d'opsolysine.

Malgré ces traitements, la température se maintient à 39°5 et 40°. L'état général s'altère.... La situation, sans être désespérée, me semble suffisamment grave pour tenter un abcès de fixation.

Je le propose à la malade qui accepte après avoir été avertie des souffrances qu'occasionne cette méthode.

Je pratique l'injection de 2 cc. de térébenthine dans la cuisse.

L'abcès prend assez lentement et au 5e jour, date à laquelle il devient fluctuant, la température tombe à 37°6, 38°3.

J'ouvre l'abcès au 9e jour. La température redevient normale : 36°9, 37°5.

Convalescence assez rapide. Aucune séquelle.

En résumé : malade à 39°, 40°, du 8 décembre au 5 janvier.

Abcès de fixation. — En quelques jours, la température est redevenue normale et la guérison se produit sans aucune complication.

Mme J..., 21 ans.

Je suis appelé, le 9 septembre, près de cette jeune femme primipare qui est en travail depuis quarante-huit heures. La sage-femme s'est retirée déclarant que la parturiente devait être transportée à l'hôpital. La famille s'y refuse absolument.

Au toucher, tête légèrement engagée. Détroit supérieur fortement rétréci. Col dilaté.

Après deux essais infructueux, je réussis un forceps d'ailleurs fort pénible.

Hémorragie par inertie utérine qui m'oblige à pratiquer la délivrance artificielle. Le placenta vient morcelé. Conditions d'aseptie particulièrement mauvaises dans un taudis.

Au 3e jour, frisson et ascension de la température à 40°. Je procède à une nouvelle exploration de la cavité utérine et ramène de nombreux débris cotylédonnaires. Injection intra-utérine biquotidienne de Farnier. Electrargol. Septicémine.

La température reste à 39°8 et 40° pendant trois semaines. Le ventre est resté souple. L'écoulement lochial redevient normal en huit jours.

J'avais appelé en consultation le Dr Frère qui jugea un curettage inutile, l'infection semblant nettement sanguine.

Tous les moyens thérapeutiques étant impuissants et l'état de la malade devenant chaque jour plus sérieux, je pratique dans la peau du flanc une injection de 2 cc. de térébenthine.

L'abcès prend lentement, n'est pas très douloureux. Je l'ouvre au 8e jour.

La température est maintenant à 38°6-37°9. La malade s'alimente un peu mieux... se sent mieux, mais au bout de quelques jours, nouveau frisson et température à 40°7, vomissements, tendances syncopales.

L'hyperthermie se rétablit les jours suivants et la température, même le matin, persiste à 40°.

J'estime la partie absolument perdue et me borne, pendant quelques jours, à prescrire des piqûres d'huile éthéro-camphrée.

La malade ne s'alimente guère : un peu de lait et de champagne. Néanmoins, voyant qu'elle résiste cependant et que le pouls, quoique très rapide, demeure bien frappé, au 7e jour de cette nouvelle réascension thermique, je pratique un 2e abcès de fixation.

Il prend vite, est mûr en cinq jours et, avec son incision coïncide une chute rapide de température : 37°-38°, puis 36°8-37°5.

Le tout liquidé en moins de huit jours.

Au bout de quelques jours, nouvelle réascension, mais moins forte et dont je découvre la cause dans une piqûre intra-fessière d'électrargol qui a causé un abcès. Je l'ouvre et tout rentre dans l'ordre.

La malade a remarquablement bien guérie, et dans un délai assez rapide.

Voilà deux observations où j'ai l'impression nette que l'abcès de fixation, tant incriminé par le Pr Comby, a joué un rôle extrêmement actif.

A mon humble avis, c'est une arme thérapeutique précieuse, la dernière, mais dont il faut savoir se servir avec décision, ni trop souvent, ni trop tôt, ni trop tard.

Dr Ch. Fouqué,
de Cherbourg.

FORMULES

Le furoncle de la narine.

Traitement abortif : badigeonnage de teinture d'iode ou d'iode acétoné.

Traitement abortif. — Pulvérisations avec :

Eau phéniquée faible	0 gr. 50 %

ou :

Benzoate de soude	5 gr.
Glycérine	50 —
Eau distillée	200 —

Introduire dans la narine, quatre fois par jour, un peu de la pommade :

Collargol	2 gr.
Vasolanoline	20 —

Favoriser l'issue du pus par expression après avoir donné un coup d'aiguille lancéolée.

Protéger les parties saines par applications de la pommade :

Oxyde jaune de Mercure	1 gr.
Vasolanoline	20 —
Essence de géranium	V gttes

ou :

Sulfate de zinc, — cuivre	âà 0 gr. 10
Oxyde de zinc	2 gr.
Vasolanoline	20 —

Vaccinothérapie en cas de récidive.

(Feldstein.)

***

Soins hygiéniques du visage.

Après chaque toilette, onctions avec la crème :

Oxyde de zinc	3 gr.
Vaseline	20 —
Lanoline, Eau distillée	5 —
Verveine	III gttes

Saupoudrer avec une poudre colorée ou non.

Pour nettoyer le visage, onctions d'ouate et avec l'huile :

Huile de Sésame	20 cc.
— de noyau	40 —
— vierge d'olives	40 —

Œillet q. s. p. parfumer.

Effacer les traces de l'huile avec une boulette d'ouate humide d'un liquide dégraisseur :

Acétone anhydre, Alcool à 90°	30 cc.
Eau distillée	60 —

Puis appliquer la crème et la poudre. Pour l'esthétique des femmes du monde. (Sabouraud.)

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

L'épistaxis.

Les maladies les plus fréquentes sont celles qui intéressent le plus le praticien. Il y a toujours moyen de revenir sur certains détails. C'est ainsi que M. Louis Ramond (*Confér. clinique médicale pratique*, 9e série) rajeunit en quelque sorte le traitement de l'épistaxis.

Tout d'abord il faut tenter la compression digitale en refoulant sur la cloison la partie antérieure des fosses nasales. C'est une manœuvre que le sujet peut exécuter sur lui-même.

Si cela ne suffit pas, on recourra au *tamponnement antérieur* : bande de gaze de 15 centim. de long sur 1 centim. de large introduite avec une sonde cannelée, la narine étant ouverte par un speculum ou l'aile du nez étant simplement maintenue en dehors. Pousser lentement et laisser avec précaution. Laisser vingt-quatre heures en place et retirer tout doucement, en ayant soin de ramollir un peu auparavant avec du sérum tiède. On peut combiner le tamponnement antérieur avec la compression du lobule du nez en maintenant en place sur le dos du nez une pince à pression automatique.

Le tamponnement postérieur est abandonné. Il est pénible à supporter et expose à des complications septiques. On utilise encore la compression moyennant de petits ballons de caoutchouc ; introduits dans la narine et gonflés (*procédé du doigtier*, du *ballon de Laurens*).

Couramment on pratique l'hémostase par coagulation ou vaso-constriction.

Le type des vaso-constricteurs est l'*adrénaline* à 1/1000e. Mais à la vaso-constriction initiale fait suite une vaso-dilatation secondaire qui fait reparaître le saignement.

L'*antipyrine*, l'*eau oxygénée*, l'*alun* doublent l'action vaso-constrictive par un rôle coagulant.

Antipyrine à 1/10 sur des tampons.

Eau oxygénée pure ou dédoublée sur un tampon.

Alun sous forme d'*Eau de Pagliari* (solution aqueuse benzoïnée d'alun au 1/10 cc).

Le *perchlorure de fer* est caustique et peut déterminer des eschares. Néanmoins en solution à 1/3 ou à 1/4, il a rendu maints services. Son rejet absolu ne semble peut-être pas aussi justifié que le pense M. Ramond.

M. Lermoyez cautérise l'effraction vasculaire à l'aide d'une perle de *nitrate d'argent* fondu montée sur le bout d'un stylet. D'autres spécialistes préconisent l'attouchement avec de l'acide *chromique* pur, ou avec la *pointe du galvanocautère*. Les touffes de poil du rhizome de certaines fougères arborescentes (*Peughans Djambi*) sont introduites dans la narine comme une boulette de coton.

Ajoutons le traitement général (*chlorure de calcium, hémostyl, de rayons X*) sur la rate dans la leucémie, médication causale.

Nombre de saignements du nez sont utiles (ménopause, physiologique, artério-sclérose), à condition de ne pas dépasser la mesure. Même dans le bien, tout excès devient un mal et il faut savoir intervenir à temps.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Les indications de la cryothérapie.

La réfrigération par le froid est susceptible de nombreuses applications thérapeutiques. Elle s'effectue par l'intermédiaire du cryocautère, appareil réfrigérant muni d'une pointe qui vient toucher les tissus malades. Cette action réfrigérante produit des thromboses sur les petits vaisseaux cutanés, prélude soit du rétrécissement de leur calibre, soit de leur oblitération définitive. C'est ce que montre fort bien M. Gabriel Solente dans un travail très documenté (Marcel Vigné, édit.). Cette oblitération des petits vaisseaux permet de guérir les *angiomes*, les *nævi*, la *couperose*, l'*acné rosacée*.

Des suintements se produisent qui favorisent la cicatrisation des *ulcères torpides*. Les *cors*, *durillons*, les *xanthomes*, les *verrucosités des radiodermites chroniques* guérissent également. Sur les trousseaux fibreux pathologiquement infiltrés, la cryothérapie produit une désinfiltration efficace. D'où ses succès sur les *chéloïdes*, les *cicatrices chéloïdiennes*. Le tissu nerveux réagit à la congélation par une fragmentation de la myéline. Est-ce la raison qui amène le soulagement des *névrodermites* et des *prurits circonscrits* ?

Dans l'épiderme, les couches supérieures sont soulevées par la phlyctène et s'exfolient. La couche basilaire est stimulée dans sa prolifération. Enfin

l'épiderme se régénère plus épais qu'auparavant. D'où les succès dans les *leucoplasies*, le *lichen-plan des muqueuses*, les *verrues séniles*.

Certaines affections disgracieuses, certains *papillomes* bénéficient de la nécrose superficielle suivie d'exfoliation. De même les *kératoses séniles* et certains *épithéliomas cutanés* petits et bien limités.

Le tissu élastique est conservé ; la souplesse maintenue et l'absence habituelle de cicatrices sont dues à cette propriété heureuse.

A faible dose, le même moyen thérapeutique réussit dans les *pelades*, amène la recoloration du *vitiligo*. A dose plus forte, la cryothérapie provoque une chute de poils utilisable dans les *nævi pilaires* et amène la décoloration dans les *taches pigmentaires* localisées (*lentigo*, *éphélides*).

Les défenses locales sont exaltées. Le *lupus érythémateux* guérit. Les *lupus vulgaires* ne subissent que des modifications favorables qu'un autre traitement devra compléter.

En résumé, une méthode qui n'influe sur les tissus que de façon strictement locale. De plus, sur les cautérisations ignées et les caustiques, elle offre cette supériorité de ne pas amener une destruction globale. Maniée prudemment, la méthode n'entraîne que de rares inconvénients, minimes et se manifestant sur place.

DIÉTÉTIQUE

Les légumes chez les hépatiques.

Par M. Henry WALTER (de Vichy).

Les végétaux tiennent une large part dans l'alimentation de l'hépatique. Sans parler de leur valeur nutritive, leur trame cellulosique agit puissamment sur la contractilité intestinale, régularise les selles et excite la sécrétion biliaire. Ils doivent donc être prescrits de façon systématique ; il faut toutefois les bien connaître, et savoir les avantages et les inconvénients de chacun d'eux.

Dans tout aliment, et spécialement dans ceux que nous avons en vue, les légumes, deux facteurs sont à considérer : d'une part le *digestibilité*, qui est fonction de l'état physique en quelque sorte (les hépatiques sont par définition des insuffisants digestifs) ; d'autre part, la *composition chimique*, qui montre des éléments parfois utiles et parfois nocifs. Mais l'un et l'autre de ces facteurs est modifiable par la préparation culinaire : ainsi la cuisson fait disparaître l'indigestibilité de la tomate crue en la ramollissant, de même qu'elle enlève l'huile essentielle qui interdit le cresson cru aux « vésicaux ». Ainsi l'étude d'un légume en lui-même ne suffit-elle pas ; il faut envisager en même temps son mode de préparation habituelle.

Nous diviserons très arbitrairement les légumes en :

Légumes verts ou herbacés ;
Légumes secs ;
Légumes-fruits ;
Légumes-racines ;

et, pour plus de facilité, nous les classerons par ordre alphabétique.

Légumes verts ou herbacés.

Artichaut. — La base de ses « feuilles » et son « fond » représentent un aliment très nutritif fort utile chez le diabétique (les hydrates de carbone qu'il contient ne sont pas générateurs de glucose mais de fructose). Rien ne le contre-indique chez l'hépatique, à la condition qu'il soit jeune (pas filandreux), et bien cuit. On ne le consommera jamais cru en hors-d'œuvre, mais bouilli, en sauce blanche, au sel, à la vinaigrette (si l'hépatisme est très léger).

L'asperge est un aliment sain et de digestion facile qui n'est contre-indiqué que chez les urinaires dont elle irrite l'épithélium rénal. Elle est donc permise à l'hépatique dans ses modes de cuisson habituels.

La bette ou poirée, et le *cardon* dont on consomme les côtes de feuilles, constituent un aliment peu nutritif, mais à trame cellulosique utile et facilement digestible si elle est suffisamment bouillie. On les prépare à la crème, au beurre non cuit, au jus.

Le *céleri-feuille* ou céleri blanc dont les feuilles sont blanchies par le procédé de l'étiolement, ne doit pas être permis cru, en salade, mais seulement bouilli, haché et accommodé à la façon des épinards.

La *chicorée* non seulement n'a pas de contre-indications, mais au contraire a été considérée de tout temps comme « l'amie du foie ». C'est un « dépuratif » populaire ; tonique-amère, diurétique et laxative particulièrement indiquée dans les états hépatiques, elle sera consommée elle aussi comme les épinards.

Chou et succédanés. — Particulièrement indigestes, souvent toxiques, contenant en outre une proportion élevée de chaux qui les prohibe dans la lithiase, la goutte et le rhumatisme chronique, ils doivent tous être écartés : chou frisé, chou cabus, choux de Bruxelles, chou rouge, plus indigeste encore puisqu'on ne le consomme que cru

en salade, choucroute, privée de ses hydrates de carbone et rendue plus toxique par la fermentation. Le chou-fleur seul, quoique peu recommandable, pourra dans certains cas être permis avec ménagement, à l'anglaise ou à la crème.

Le *cresson*, tonique par son iode et par son fer, indiqué chez le diabétique dont il ferait baisser la glycosurie, ne doit être défendu qu'aux urinaires dont il irrite la vessie ; encore dans ce cas pourrait-il être permis cuit, puisque la cuisson le débarrasse de l'huile essentielle qui représente l'agent irritant. L'hépatique pourra le consommer en soupe ou à la façon des épinards, et même cru, s'il est jeune, sans grosses tiges et soigneusement mastiqué.

L'épinard d'un taux alimentaire supérieur aux autres herbacés, tonique à la fois par son fer et par sa chlorophylle, est en général bien toléré ; pourtant certains estomacs ne le supportent pas. Il sera permis à l'hépatique simple, mais défendu au lithiasique, à cause de ses oxalates.

Le haricot vert : il avait autrefois la réputation de contenir des oxalates ; il n'en renferme en réalité que des traces infinitésimales ; il peut donc être permis au lithiasique comme à l'hépatique à condition qu'il soit fin, bien cuit, débarrassé de ses fils et parfaitement mastiqué.

La laitue, dont l'extrait calme l'éréthisme nerveux est sans contre-indications, si elle est cuite à la manière des endives ou des épinards. Crue on s'en défiera comme de toutes les salades.

Il en est de même de la *mâche* ou doucette, indigeste en salade, appréciable au contraire en herbages cuits.

L'oseille, malgré ses qualités laxatives est douée d'une acidité telle qu'elle ne peut être permise au dyspeptique ; elle contient en outre des oxalates qui en prohibent l'emploi aux arthritiques, goutteux et lithiasiques. Elle doit résolument être écartée.

Le *pissenlit* au contraire, ne doit pas être seulement un aliment, mais un médicament de l'hépatique. S'il faut s'en méfier cru, comme des autres salades, il est au contraire à conseiller s'il est cuit, haché et accommodé à la façon des épinards, à la crème, au jus, au beurre, soit seul, soit mélangé à d'autres verdures, laitue, cresson, endives, etc.

Le *poireau* que nous aurions pu d'ailleurs aussi bien classer avec les racines, est diurétique par ses essences, laxatif par son mucilage et sa cellulose ; il se recommande à condition d'être cuit, en soupe, en branches, ou en purée.

La *tétragone* dont les feuilles s'utilisent comme les épinards ne possède pas leurs contre-indications.

Légumes secs.

Les légumes secs où nous ne rangeons pas les céréales, d'ailleurs toutes permises sous toutes les formes. comprennent :

Les *haricots*. — On leur reproche d'être indigestes du fait de leur cuticule. Cela n'est vrai que du gros haricot rouge et du haricot noir. Mais le soissons, le flageolet, le petit haricot blanc peuvent très bien être supportés frais ou secs, sans décortication, s'ils sont longuement trempés, bien cuits, et soigneusement mastiqués. Ils seront préparés à l'anglaise, au jus, à la crème, au beurre, etc. ou en purée.

Il en est de même des *lentilles*, toniques par leur fer, et qui, bien cuites, seront supportées.

Par contre, *le pois*, permis à l'hépatique simple, est défendu au lithiasique à cause de sa haute teneur en cholestérine.

La *fève*, plus lourde, et contenant plus de chaux, donc défendue au lithiasique, pourra être permise à l'hépatique pur, à condition d'être décortiquée.

Légumes-Fruits.

L'*aubergine*, peu nutritive, et sans contre-indication par elle-même si elle est cuite, ne possède pas à notre connaissance de préparation culinaire qui permette de l'autoriser : on la consomme, en effet, toujours frite, ou farcie et cuite au four, la preparation à la crème étant en général peu appréciée. Peut-être certaines préparations d'aubergines fourrées de farce maigre et grillées pourraient-elles parfois être admises.

Le *concombre* cru est formellement interdit parce qu'il est indigeste. Il en est de même du *cornichon* qui n'est qu'un concombre cueilli avant complet développement. La *courgette*, variété de concombre qui se mange cuite est au contraire autorisée, à condition que sa préparation — sous prétexte de la relever — ne l'additionne pas d'éléments défendus.

Le *melon* est bien à tort interdit aux dyspeptiques. S'il est consommé à point, bien mûr, en quantité raisonnable, et parfaitement mastiqué, il ne possède aucun inconvénient. Il ne doit être défendu qu'aux entéritiques à cause de ses propriétés laxatives, aux tachyphages et aux édentés. Nous en dirons autant de la *pastèque*.

Potiron et *courge* qui ne se consomment que cuits, s'ils sont de bonne espèce et pas filandreux sont également permis, en soupe, purée, gâteaux, etc., etc.

La *tomate*, très peu nutritive, ne contient que des quantités infinitésimales d'oxalate ; il ne faut donc pas en priver lithiasiques et goutteux ;

mais on l'interdira crue en salade, pour ne la permettre que cuite ou en sauce en se méfiant ici encore que sa préparation ne l'additionne pas de produits indigestes.

LÉGUMES-RACINES.

La betterave rouge cuite, en salade, est le plus souvent mal supportée ; il vaudra mieux s'en abstenir.

La *carotte*, au contraire, sans être spécialement le « légume du foie » comme le veut la tradition est toutefois recommandée dans la constipation par suite du volume qu'elle donne aux selles ; elle sera consommée bien cuite et convenablement mastiquée. Les préparations en sont multiples, juliennes, purées, carottes à la crème, au beurre.

On se méfiera des carottes « à la Vichy » qui pour être bonnes au palais doivent être grillées au beurre pendant plus d'une heure et deviennent ainsi indigestes.

Le *céleri-rave* défendu cru, en salade, est au contraire très recommandé quand il est cuit.

Le *chou-rave* est justiciable en partie du même reproche que le chou ; on lui préférera rave ou navet.

Le *crosne du Japon*, bouilli, puis arrosé de beurre fondu, ou mangé à la crème est autorisé.

Le *navet* ou *rave* est très digestible, et on peut le recommander en potages, purée, à la crème ; mais on le défendra dans les mets où il sert d'accessoire et se gorge de graisse, tels que canard aux navets, ragoûts, etc.

L'oignon, diurétique et laxatif quand il est cru, mais alors indigeste, sera toléré cuit.

Le *panais* s'il est vieux n'est qu'un paquet de fibres ; jeune au contraire la cuisson en fait un légume très appréciable en soupes, purées, à la crème, voire même au beurre.

Nous n'insisterons pas sur les *pommes de terre*, à la base du régime végétarien non plus que sur leurs nombreuses préparations.

Le *radis rouge et le radis noir* seraient doués de propriétés cholagogues énergiques ; mais étant donné leur digestibilité difficile puisqu'on les consomme crus, il sera bon de ne les permettre qu'à des estomacs robustes, après mastication soignée.

Le *topinambour* possède exactement les mêmes indications que l'artichaut. Très recommandé chez le diabétique, rien ne le contre-indique chez l'hépatique qu'il soit à l'anglaise, en sauce blanche, au jus, voire même en garnitures de « fonds d'artichaut ».

En résumé, tous les légumes verts ou herbacés sont permis cuits à l'hépatique, à l'exception des choux et succédanés, de l'oseille et des épinards. Crus, en salade, ils ne sont permis qu'en quantité minime, à condition d'être très tendres et bien mastiqués, et dans les limites enfin où le vinaigre peut être toléré.

Les légumes secs bien cuits sont tous permis, sauf le pois, interdit au lithiasique.

Tous les légumes-fruits sont tolérés, à condition toutefois que leur cuisson, sous prétexte de leur donner du goût, ne les additionne pas d'aliments défendus.

Toutes les racines cuites, à l'exception de la betterave rouge et du choû-rave sont recommandés.

Le tableau des légumes permis à l'hépatique est donc singulièrement vaste, et en dehors de quelques exceptions dues à la composition chimique, ce qui intervient le plus souvent c'est leur degré de digestibilité ; celle-ci est dans l'immense majorité des cas, liée au mode de préparation. Or, l'accomodement d'un légume ne se résume pas dans sa cuisson « à l'anglaise ! ». Les légumes au jus, au lait, à la crème, en soupe, les purées, les légumes hachés préparés en épinards, parfois les légumes au beurre à condition que celui-ci ne soit pas trop « revenu », les farces maigres pour certains, l'addition de tomate, de citron, de persil, etc. pour d'autres, permettent à des malades qui par ailleurs ne sont nullement condamnés au végétarisme exclusif, un régime dont de fins gourmets peuvent parfaitement s'accommoder.

PRATIQUE LARYNGOLOGIQUE

Traitement de la tuberculose laryngée.

Certaines formes de tuberculose laryngée sont curables. LAFITE-DUPONT (*Soc. de Médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 11 décembre 1925) résume ainsi les règles du traitement :

Le traitement variera suivant la période et la forme de l'affection ; mais, dans tous les cas, la première condition à remplir est la *mise au repos de l'organe*. Le malade sera placé dans un *air calme, exempt de poussières*, et d'état hygrométrique moyen. Il devra *éviter l'essoufflement et la toux*, pratiquer le *mutisme absolu*. Cette dernière condition, la plus difficile à obtenir, n'est réalisable, le plus souvent, que par *l'isolement*. Cette hygiène, à laquelle s'ajoutera un traitement général habituel, avec injections *d'éther benzyl-cinnamique* intra-musculaires et un traitement local, par

aspiration d'huile médicamenteuse, suffit à guérir les formes de début et, souvent, à faire disparaître l'œdème et l'infiltration inflammatoire qui met obstacle à une thérapeutique plus active ; elle prépare le larynx au traitement vraiment curateur, dont l'arme principale est le *cautère galvanique* ou la *diathermo-coagulation* et l'arme accessoire, le *rayonnement ultra-violet*.

Le traitement local ne peut être appliqué qu'en dehors de toute poussée aiguë. Dans les cas où il existe de l'inflammation et de l'œdème, il faudra attendre la disparition de cet état. On ne pourra entreprendre les cautérisations qu'après une période de repos assez longue. Ces cautérisations laissent après elles deux ou trois jours de douleurs et de fatigue et ne peuvent se *répéter* qu'à deux et, quelquefois, quatre semaines d'intervalle.

La *cautérisation doit être destructive* et, pour cela, profonde sous peine d'être inactive et même nocive ; car, superficielle, elle produit une réaction œdémateuse inflammatoire et donne plutôt un coup de fouet aux lésions. La réaction consécutive à la cautérisation est assez intense. On la combat par les petits moyens habituels, en particulier le badigeonnage au vert-malachite et, si nécessaire, par l'anesthésie des nerfs laryngés supérieurs.

Lafite-Dupont résume les indications de la galvano-cautérisation :

1° Infiltrations et ulcérations aux premier et deuxième degré accompagnant un processus pulmonaire fibreux ;

2° Toux à point de départ nettement laryngé, causée par une infection de la région inter-aryténoïdienne. Cas rare et d'une interprétation difficile, car on sait que cette région du larynx peut être elle-même affectée par une toux intense, laquelle peut être d'origine pulmonaire. Il y a là, au point de vue de cette toux, une interprétation difficile de la cause à l'effet ;

3° Dysphagie par ulcère du vestibule laryngé ;

4° Sténose par infiltrations bourgeonnantes de la région glottique à l'exclusion des périchondrites.

Les rayons ultra-violets donnent d'excellents résultats. Ils provoquent une réaction érythémateuse qui nécessite un dosage minutieux, mais dont les effets, sur les lésions, sont résolutifs, souvent à brève échéance. On a vu une infiltration bourgeonnante assez volumineuse, de la région inter-aryténoïdienne disparaître après trois séances.

Pour l'application de ces rayons, il faut un dispositif spécial.

Sur le tube adducteur des rayons est placé un miroir destiné à refléter l'image du miroir laryngé, en nickel poli, placé dans la gorge du malade. On peut ainsi suivre la projection des rayons dans le larynx.

L'anesthésie des nerfs laryngés supérieurs est un merveilleux traitement curatif de la dysphagie, elle apporte aux incurables un soulagement. Elle peut être obtenue par injections analgésiantes au niveau du nerf laryngé supérieur.

Lafite-Dufont fait ses injections dans un point différent de celui indiqué par les auteurs et situé immédiatement en bas et en arrière de la grande corne de l'os hyoïde, à proximité de laquelle passe ce nerf et où il paraît plus facilement accessible.

L'action de ces injections est d'une durée variable de quinze jours à plusieurs mois, en ce qui concerne la dysphagie.

Pour ces injections la formule dont l'emploi est préconisé par Lafite-Dupont est la suivante :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20
Antipyrine	5 gr.
Clorure du sodium	0 gr. 10
Bisulfate de quinine	0 gr. 50
Alcool à 80 . Q. S. pour	50 gr.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les abcès gangréneux du poumon d'origine bucco-pharyngée. — MM. Sergent et Bordet citent trois observations. Opérée d'une hypertrophie des cornets, une femme présente un point de côté droit trois jours plus tard. Vomique inodore, puis fétide. Une seconde malade subit une extraction dentaire. Angine de Ludwig. Point de côté de la base droite, vomique inodore, puis fétide. Au bout d'un an, chez ces deux malades de petites vomiques persistent. Une troisième malade, opérée d'un fibrome utérin, présente également un point de côté droit avec vomique. Elle était également atteinte d'une infection rhino-pharyngée.

Ces trois malades avaient subi une anesthésie générale. Des embolies bronchiques s'étaient produites.

M. Sergent croit à une broncho-pneumonie ulcéreuse favorisant le processus gangréneux. Il faut donc pratiquer l'antisepsie préopératoire de la bouche chez de pareils sujets.

M. Bezançon a constaté deux cas de gangrène pulmonaire, suite d'une opération sur les amygdales. Aucune anesthésie générale n'avait été utilisée.

M. Vincent rappelle que les gangrènes pulmonaires

sont le plus souvent d'origine naso-pharyngée, voire intestinale. L'inhalation de l'air infecté suffit à ensemencer le poumon.

Rapport de M. Labbé. **Sur l'alcoolisme.** (Discussion.)

Rapport de M. Renault. **Le livret de la mère.** (Discussion.)

Rapport de la Commission des Eaux minérales sur les travaux des stagiaires. — M. Siredey.

Rapport. Sur les Eaux minérales. — M. Meillère.

8 juin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 juin 1926.

Recherches expérimentales sur les embolies gazeuses. — MM. Royer et Léon Binet montrent que des embolies gazeuses se produisent après injections expérimentales intraveineuses d'air sur le chien et que cette méthode doit être employée avec prudence chez l'homme.

Résultats d'un an de traitement des syndromes parkinsoniens par le datura stramonium. — MM. Laignel-Lavastine et Valence rapportent les résultats de leur expérience thérapeutique du datura stramonium poursuivie depuis plus d'un an dans le syndrome parkinsonien.

Ils ont d'abord appliqué la méthode des doses progressives jusqu'à 1 gramme pendant une semaine, puis ils ont varié les doses de 0 gr. 30 à 0 gr. 70 et les périodes thérapeutiques de 6 à 7 jours pour éviter la paralysie de l'accommodation oculaire.

Basée sur plus de 60 cas la conclusion des auteurs est nettement favorable à la stramoine. Les inconvénients sont minimes, les avantages souvent considérables. L'amélioration subjective est la règle, l'amélioration objective fréquente. Naturellement elle n'est que symptomatique et passagère, disparaissant dès qu'on supprime le médicament. Mais dans la pénurie thérapeutique actuelle c'est un palliatif utile du parkinsonisme à adjoindre à l'hyoscine.

M. Pagniez a employé le datura dans le traitement des séquelles d'encéphalite. La raideur diminue rapidement. Mais on peut observer des accidents d'intolérance par l'emploi de 0,50 de datura.

Septicémie à virus filtrant, consécutive à une morsure de rat, guérie par un abcès de fixation. — MM. P. Brodin et Dujaric de la Rivière rapportent l'observation d'un jeune homme de 31 ans qui, trois jours après une morsure de rat, d'ailleurs cicatrisée rapidement, et sans complication locale, a fait une infection très grave, avec température à grandes oscillations et caractérisée essentiellement par trois ordres de symptômes : des arthralgies généralisées d'abord, localisées ensuite; des ulcérations pharyngo-laryngées avec contractures musculaires de voisinage, déterminant des douleurs très vives et entravant la déglutition; des embolies cutanées des extrémités des membres, sans aucune complication viscérale.

Après l'échec de nombreux traitements, un abcès de fixation a été pratiqué au 49e jour. Deux jours après la température est descendue progressivement en lysis, pour atteindre la normale 5 jours après, au 54e jour, en même temps que disparaissaient tous les troubles.

L'examen direct de nombreuses lames de sang n'a montré aucun germe. Tous les séro diagnostics ont été négatifs ainsi que le Wasserman. Trois hémocultures, repiquées tous les deux jours, n'ont donné naissance, sur les milieux usuels, à aucune culture. Par contre l'inoculation aux animaux, a permis de reproduire la maladie et de réaliser de nombreux passages successifs avec les organes des animaux morts broyés et inoculés soit directement, soit après filtration sur bougie Chamberland.

Fait particulièrement important, le liquide d'hémoculture, en apparence stérile, inoculé à l'animal, soit directement, soit après filtration, a permis également de reproduire la maladie et de réaliser des passages successifs.

Il paraît donc s'agir d'un virus filtrant de nature encore inconnue.

M. Noël Fiessinger, à l'occasion du fait précédent, qu'il a eu l'occasion de voir, insiste sur le caractère nouveau de cette affection clinique et sur les effets vraiment remarquables de l'abcès de fixation.

Syphilis et tuberculose. — MM. Laederich et Weil-Spire relatent l'histoire d'une jeune femme de 20 ans qui, huit mois après avoir contracté la syphilis, succomba en moins de cinq semaines à une phtisie galopante ultra-rapide.

Cette observation vient à l'appui de la conception classique d'après laquelle l'infection syphilitique, à sa période secondaire, favoriserait l'évolution de la tuberculose. Cependant les auteurs s'étonnent de ne trouver dans la littérature médicale qu'un nombre infime d'observations analogues, et se demandent qu'elle en est la fréquence réelle ?

Gangrène pulmonaire chronique guérie après huit mois de collapsothérapie. — M. P. Jacob présente l'observation d'une gangrène pulmonaire chronique avec hémoptysies. En huit mois le pneumothorax artificiel a fait disparaître la lésion et amena la guérison.

M. Boidin. — Dans les gros foyers de gangrène pulmonaire le collapsus peut être impossible. Il faut donc tenir compte de la densité du bloc.

Diagnostic du cancer du poumon. — M. Rist à l'occasion d'un syndrome médiastinal découvre une sténose bronchique avec oblitération complète. Il s'agit chez un ancien syphilitique d'un néoplasma du poumon. Dans cette observation l'injection de liopiodol aida considérablement pour dépister la sténose bronchique du poumon malade.

Granulie froide. — M. Rist rapporte trois cas de granulie pleuro-pulmonaire sans température, diagnostiqués par la radiographie et confirmés par l'autopsie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De l'étude du sang dans les ictères par rétention avant l'intervention chirurgicale. — M. Grégoire, rappelant le danger des hémorragies post-opératoires chez les malades atteints d'ictères chroniques par rétention, étudie les moyens de les prévoir et d'y remédier.

La recherche du temps de saignement et du temps de coagulation s'imposent dans ces cas avant toute intervention, et même dans les jours qui suivent.

Il conseille, dans les cas défavorables, les injections préalables de sérum gélatiné, de chlorure de calcium, et surtout la transfusion sanguine.

M. Ockinckzyc conseille d'étendre la méthode à tous les malades suspects d'insuffisance hépatique.

MM. Tuffier et Picot sont partisans de généraliser la méthode le plus possible.

A propos du traitement immédiat des fractures ouvertes. — M. Rouvillois, se basant sur les enseignements de la guerre, appuie les conclusions de M. Picot.

Il estime qu'il faut procéder avant tout à la toilette de la plaie, et que la suture primitive, et surtout l'ostéosynthèse primitive, ne devront être pratiquées que quand les conditions seront particulièrement favorables.

2 juin. E. Theillier.

***

Torsion d'utérus fibromateux. Intervention. Guérison. — M. Pouliquen (de Brest) en rapporte un cas personnel. Le début de la torsion avait été marqué par des douleurs et de l'œdème au niveau du creux poplité droit. Une phlébite s'était installée, compliquée de phénomènes emboliques.

Un mois plus tard, rétention d'urine complète.

A l'intervention, on trouve un utérus fibromateux, tordu de 90° sur son axe, l'axe de la torsion passant par la partie supérieure du vagin. Hystérectomie abdominale subtotale. Guérison.

Un cas de luxation isolée ouverte de l'extrémité inférieure du cubitus. — M. Schwartz rapporte une observation de M. Roussel (de Marseille) concernant un cas de cette lésion rare, survenue à la suite d'un retour de manivelle. La main était déjetée fortement sur le bord cubital, en supination, et l'extrémité inférieure du cubitus faisait issue par une plaie en boutonnière. Les ligaments étaient arrachés au ras de l'os. Pas de lésions osseuses du radius ni du massif carpien. Réduction facile, suture de la plaie.

Guérison sans incidents.

Abcès amibiens multiples du foie. — M. Schwartz rapporte à ce sujet une observation de M. Potrousset Le malade, âgé de 35 ans, atteint de dysenterie aiguë, présente, en décembre 1925, des phénomènes douloureux dans l'hypocondre droit. Gros foie, température oscillante. La ponction du foie ramène du pus.

Intervention le 15 décembre. Après laparotomie transversale, évacuation de cinq abcès, au niveau du bord inférieur de l'organe.

Quinze jours plus tard, deux nouveaux abcès sont évacués par thoracotomie ; un huitième abcès est ouvert le 4 février. Un traitement à l'émétine, répété plusieurs fois, est associé au traitement chirurgical.

En mai, guérison complète.

M. Schwartz insiste sur l'efficacité de l'émétine au stade présuppuratif, et la nécessité de l'intervention quand l'abcès est collecté.

Deux cas d'invagination iléo-cœcale chez les nourrissons. Invervention. Guérison. — M. Dervaux (de Saint-Omer) dont M. Mouchet rapporte ces deux observations, note l'évolution par crises des coliques qui accompagnent l'invagination et l'infiltration œdémateuse observée au niveau de la paroi intestinale.

Il estime que la décision opératoire doit être prise avant même toute émission sanglante.

M. Ombrédanne s'élève contre cette opinion. L'hémorragie doit être gardée comme un signe fondamental et nécesaire, car elle évite des erreurs de diagnostic, et constitue un symptôme assez précoce pour permettre l'intervention dans des conditions excellentes.

M. Mathieu a observé cependant des cas où ce signe est resté absent.

9 juin. E. Theillier.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique Médicale des Enfants, par M. P. NOBÉCOURT, *Professeur de Clinique Médicale des Enfants à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades, Membre de l'Académie de Médecine.* — MASSON et Cie, édit., 1 vol. in-8° 404 p.

Les deux premiers volumes de *Clinique Médicale des Enfants* qu'a publiés M. NOBÉCOURT avaient trait aux affections de l'*appareil respiratoire et circulatoire.*

Le livre actuel est consacré aux *troubles de la nutrition et de la croissance.* La méthode clinique recommandée pour l'observation du malade trouve dans les ouvrages de M. NOBÉCOURT sa plus parfaite démonstration. Tout d'abord un examen soigneux, poussé jusqu'à la minutie des investigations les plus complètes, puis la discussion des constatations recueillies, la comparaison avec celles qui ont été fixées antérieurement, les conclusions prudentes déduites de tous les renseignements confrontés de la sorte, telles apparaissent la marche et la direction de chaque leçon. Elles apprennent au lecteur à ne pas se laisser éblouir aux formules d'apparat et toutes en façade où l'intérieur est sacrifié à la décoration et à la somptuosité de la surface. La clinique est chose simple et non ouverte à des développements oratoires. Les quelques notions que nous offrent les constatations du réel sont trop fragmentaires pour nous permettre des essors audacieux dans l'espace. M. NOBÉCOURT ne quitte pas la terre ferme et son grand sens clinique lui interdit les incursions téméraires. A noter dans ce volume le rôle réduit assigné aux lésions de l'hypophyse. Comme l'a démontré le regretté CAMUS, ce n'est point l'hypophyse qui est en jeu dans les troubles qui étaient rattachés à ses lésions. C'est le système nerveux voisin qui est le coupable. L'enseignement de M. NOBÉCOURT vaut donc à la fois par l'enregistrement du fait observé et ensuite par le procédé sagace et la haute probité scientifique qui anime son esprit de recherche et le prémunit contre les tentatives où le brillant et le fragile disputeraient la place au consciencieux et au solide.

Troubles des Echanges Nutritifs. Physiopathologie. Pathologie-Thérapeutique, par Ch. ACHARD, *Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine.* — Deux volumes formant ensemble 1.220 pages avec 167 fig. (MASSON et Cie, Editeurs). — Prix : 110 fr.

Ce beau livre est le résultat et la synthèse de quinze années d'un patient labeur. On ne sait ce qui doit être le plus admiré des deux rares qualités qu'il unit : le souci d'une documentation soignée, la sûreté de jugement dans la construction.

Conçu sur un plan nouveau, écrit d'une seule main ce volume groupe une « bibliothèque » de documents sur les innombrables recherches dont la nutrition normale et pathologique a fourni la matière.

Dans les traités classiques, les descriptions pathologiques des troubles nutritifs ont encore pour base principale les symptômes dominants dont on s'applique à faire des maladies distinctes. Dans cet ouvrage, c'est la physiologie qui sert de base à leur étude. Les désordres qui surviennent dans les actes élémentaires de la nutrition y sont envisagés non pour définir les maladies, mais pour guider l'interprétation pathogénique des phénomènes morbides observés en clinique. Plutôt qu'une description des maladies de la nutrition, telles que les distingue la pathologie classique, on y trouve exposés les troubles de la nutrition dans les maladies.

Le Pr Achard a fait une œuvre puissante et riche.

Ces deux volumes résument beaucoup de ses recherches et éclairent d'une vive lumière plus d'un problème obscur de pathologie générale.

La pensée qui guérit, par M. le Dr Pierre VACHET. — GRASSET, édit., 1 vol. Prix : 10 francs.

Tout d'abord ce livre est écrit en une excellente langue. Ce fait est curieux à constater. Si des médecins quand ils prennent la plume, n'alignent parfois que des phrases douteuses quand elles ne sont pas toutes faites, d'autres au contraire se signalent par une connaissance exacte du terme précis et la fermeté du verbe qui soutient l'ossature de la pensée. Le Dr Pierre VACHET est de ceux-là. S'adressant au grand public, l'auteur montre la puissance de l'imagination sur le corps humain et les troubles qui sortent de son déréglement. Il insiste sur les disciplines salutaires qui assurent la guérison et sait rendre confiance aux malades. Deux seules réserves. Pourquoi ce titre : *La pensée qui guérit* ? La pensée ne guérit pas ; c'est l'émotion qui est douée de propriétés curatives. D'autre part, sur les guérisons de Lourdes, M. VACHET nous semble imparfaitement renseigné. Il regrette l'absence de soins hygiéniques à la piscine et assure que les radiographies chez les tuberculeux ne témoignent pas de la guérison espérée. Sans doute. Mais de nombreux documents publiés par des confrères s'inscrivent contre ce double reproche. L'absence d'asepsie selon eux, n'entraîne aucun accident et parfois la radiographie annonce une amélioration manifeste. M. Pierre VACHET est un médecin intelligent. Or la première marque de l'intelligence est de ne pas s'obstiner dans l'entêtement d'une formule. Si des conclusions prématurées trouvent jour dans certaines de ses pages, il saura en atténuer l'expression dans une édition prochaine qui ne tardera pas.

L'anesthésie régionale en odonto-stomatologie, par E. NIVARD. — Editions de la Semaine Dentaire. — Un vol. in-8° avec fig. — Prix : 25 francs.

L'anesthésie régionale ne peut se faire sans une connaissance précise de l'anatomie. L'ouvrage actuel livre les deux à la fois : la technique et les repères anatomiques indispensables. Bien conçu et bien présenté le volume de M. E. NIVARD rendra service.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Les médications antihémorragiques dans les maladies infectieuses.

Les accidents hémorragiques dans les maladies infectieuses reconnaissent une double cause : une cause locale par ulcération d'une artériole, telle l'hémorragie de la fièvre typhoïde, une cause générale par perturbation profonde de l'équilibre hématique, ainsi le purpura hémorragique.

1° **Hémorragies de cause locale.** — Le repos absolu sera prescrit ; on suspendra les bains dans la fièvre typhoïde. Diète hydrique glacée. *Chlorure de calcium* : 3 à 5 grammes par jour.

MM. Rieux et Zoeller (*Thérapeut. maladies infectieuses*) conseillent en plus, quand la perte de sang a été considérable, le secours d'une transfusion sanguine : 200 à 300 cc. de sang. Encore faut-il pour qu'elle produise son résultat, que le malade ne soit pas trop intoxiqué. Il existe en effet deux sortes d'hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde : les unes atteignant un état général peu compromis. Elles guérissent d'ordinaire. Les autres se produisent dans des organismes profondément infectés. Ces dernières sont fort graves et toutes les transfusions sanguines n'y peuvent rien.

Des *injections de sérum gélatiné* soigneusement stérilisé (2 %, 20 cc.) pourront également être administrées. Quant aux lavements chauds isotoniques ils nécessitent des mouvements du malade. On ne les emploiera qu'au bout de dix à douze heures et quand l'hémorragie sera déjà arrêtée. C'est pourquoi même les *lavements gélatinés* (1 à 5 %) de gélatine dans du sérum physiologique ne seront ordonnés qu'avec circonspection.

2° **Hémorragies de cause générale.** — Les vaso-constricteurs (*ergotine, adrénaline, émétine*) agissent d'une façon bien incertaine. L'*opothérapie* (ovarienne, hypophysaire) nécessiterait l'emploi de produits frais et dans les formes aiguës, demeure d'un maigre avantage.

MM. Rieux et Zoeller (*loc. cit.*) accordent leur confiance aux sels calciques : prescription quotidienne, en potion de 2 à 4 grammes de *chlorure* ou de *lactate de calcium*.

Le médicament sera suspendu au bout de quatre à cinq jours ; son usage prolongé aboutirait à l'action contraire, c'est-à-dire à réduire le pouvoir coagulant du sang.

La *gélatine* est prescrite non pas seulement en injections et en lavements, mais aussi en potion :

Gélatine	10 grammes
Sérum physiologique	200 —

Par cuillerées à soupe toutes les heures.

La *quinine* à faibles doses rend service. On pourra par exemple donner deux jours de suite une potion de chlorure de calcium et ensuite une potion de quinine.

Chlorhydrate de quinine	0 gr. 40
Sirop d'écorces d'oranges amères	40 gr.
Eau distillée q. s. pour	180 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Les *injections de sérum de cheval*, de *sérum antidiphtérique* (30 à 40 cc., par voie sous-cutanée) peuvent remplacer les injections de sérum gelatiné. Elles agissent surtout sur les malades vierges de toute sérothérapie.

MM. Dufour et Le Hello recommandent l'usage d'un sérum qu'ils nomment anthéma. Ce sérum est recueilli chez le lapin au moment de réactions anaphylactiques provoquées (10 à 20 cc.) en injection sous-cutanée et quotidienne.

Ajoutons encore la *propeptone de Witte* :

Peptone de Witte.	5 gr.
Chlorure de sodium	0 gr. 50
Eau distillée à ébullition	100 gr.

Filtrer. Stériliser à 120°. Injection sous-cutanée aux doses de 10 à 20 cc. Les accidents hémorragiques s'arrêtent habituellement vite. L'utilisation prolongée n'est pas aussi favorable.

Les *anémies post-hémorragiques* seront combattues par les *transfusions de sang* (injections de 100 grammes de sang). On peut faire des injections sous-cutanées à doses plus faibles de 18 cc. avec 2 cc. de citrate de soude à 10 % ; ces petites doses suffisent souvent à exciter l'hématopoièse.

Plus simplement les *ferrugineux* trouveront leur emploi :

Protoxalate de fer	0 gr. 15
Poudre de rhubarbe	0 gr. 05

Pour un cachet. Deux par jour aux repas.

Si l'anémie est forte, on n'hésitera pas à prescrire le fer à bien plus haute dose :

Fer réduit	0 gr. 50
Sucre	0 gr. 25
Extrait sec de Bourdaine en poudre	0 gr. 50

Pour un cachet. Deux par jour au milieu des repas de midi et du soir.

(Rieux et Zoeller.)

Les *arsenicaux* conservent, chez les organismes très débilités leur supériorité consacrée par une vieille expérience : injections de *cacodylate de soude* (0 gr. 05 à 0 gr. 10) par jour et en séries de 10 injections. La *liqueur de Fowler* (III à IV gouttes avant le repas de midi et du soir) continue de réussir dans l'anémie paludéenne. Dans les cas sérieux, la dose peut être portée à VII et VIII gouttes matin et soir avant les repas. Continuer vingt jours. Suspendre autant. Les ferrugineux à haute dose seraient prescrits dans l'intervalle.

S. R.

PRATIQUE MÉDICALE

Les traitements actuels de la syphilis.

a) *Traitement préventif.* — A tout sujet qui s'est exposé à un contage (partenaire avec accidents cutanéo-muqueux érosifs), un traitement préventif s'impose.

M. Montlaur (*Syphilis acquise*, G. Doin, édit.) conseille un traitement arsenical immédiat : injections intra-veineuses de 914, tous les trois jours ; commencer par 0 gr. 15, augmenter de 0 gr. 15 chaque fois jusqu'à 0 gr. 75 à 0 gr. 90. Rester à cette dose et la répéter jusqu'à un poids de 5 à 6 grammes de 914.

Repos de trois semaines. Et reprise du traitement. On peut remplacer les injections intra-veineuses par les injections intra-musculaires, le médicament étant dissous dans 1 cc. d'eau bidistillée. Par l'hypoderme, le *sulfarsénol* est le médicament de choix : début à 0 gr. 12 et augmenter de 0 gr. 12 par injection pour arriver à 0 gr. 84. Les injections sont faites deux fois par semaine jusqu'à 0 gr. 48, les suivantes tous les cinq jours. Une cure comprend 5 à 6 grammes de médicament. Repos de trois semaines et reprendre.

Faute de traitement par injections, on peut recourir à la voie buccale. Le *stovarsol* s'emploie à jeun : trois jours de suite 1/2 heure avant le premier déjeuner, 3 à 4 comprimés. Suspendre trois jours. Et recommencer de même.

Le *tréparsol* n'a pas encore donné sa valeur comme agent préventif : il s'emploie de même.

Le présumé syphilitique sera surveillé pendant un an et la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée tous les trois mois.

b) *Traitement d'attaque.* — Il faut frapper vite et fort. L'emploi du mercure seul est à rejeter. Les *arsénobenzènes* constituent la médication de choix. Ils sont employés seuls ou associés au mercure et au bismuth. Le *bismuth* moins actif est de maniement plus aisé.

Le traitement d'attaque par *le* 914 intra-veineux est institué suivant la progression :

1er jour	0 gr. 15
6e jour	0 gr. 30
11e jour	0 gr. 45
16e jour	0 gr. 60
21e jour	0 gr. 75
26e jour	0 gr. 75
31e jour	0 gr. 75
36e jour	0 gr. 75
41e jour	0 gr. 75
46e jour	0 gr. 75

Quarante-cinq jours de traitement, 10 injections : 6 grammes.

Repos de trois semaines et deuxième cure semblable. Ne jamais dépasser la dose de 6 grammes par cure, mais on peut chez les malades qui supportent bien le 914, aller à 0 gr. 90 par injection.

Même rythme pour le 914 en injection intra-musculaire.

Le *tréparsol* sera préféré par certains malades. Trois à six comprimés de 0 gr. 25 chaque soit 0 gr. 75 à 1 gr. 50 quatre jours de suite. Repos de trois jours. Reprendre de même. Ainsi de six à dix semaines de suite.

c) *Traitements mixtes.* — Le traitement d'attaque de choix est le *traitement arsenico-mercuriel* combiné. Voie intra-veineuse.

1er jour	Novar à 0 gr. 15
2e jour, 3e jour, 4e jour, 4e jour, 5e jour	Cy Hg à 0 gr. 01 quotidien
6e jour	Novar à 0 gr. 30
7e jour, 8e jour, 9e jour, 10e jour	Cy Hg à 0 gr. 01 quotidien
11e jour	Novar à 0 gr. 45

12e jour 13e jour 14e jour 15e jour	Cy Hg à 0 gr. 01 quotidien
16e jour	Novar à 0 gr. 60
17e jour 18e jour 19e jour 20e jour	Cy Hg à 0 gr. 01 quotidien
21e jour	Novar à 0 gr. 75
22e jour 23e jour 24e jour 25e jour	Cy Hg à 0 gr. 01 quotidien
26e jour 31e jour 36e jour 41e jour 46e jour	Novar à 0 gr. 75

Quarante-six jours de traitement Novar : 6 gr. 20 inj. Cy Hg = 0 gr. 20

Repos de trois semaines et reprise du même traitement.

d) *Traitement arsenico-bismuthique* (LACAPÈRE).

1er jour. — 914 : 0 gr. 15 en injection intra-veineuse.

2e jour. — Injection intra-musculaire bismuthique (0 gr. 15, 0 gr. 20 de bismuth métal).

5e jour. — Ibid.

Les semaines suivantes, continuer de même en augmentant la dose de 914 jusqu'à 0 gr. 45 et 0 gr. 60, les injections bismuthiques étant pratiquées dans l'intervalle.

En tout : 8 injections intra-veineuses de 914 et 15 injections bismuthiques insolubles.

On peut pratiquer le même jour l'injection intra-veineuse de 1914 et l'injection bismuthique intra-musculaire.

Traitement bismuthique seul. Sels de choix. Iodoquinates.

Deux fois par semaine une injection intra-musculaire : 0 gr. 10, 0 gr. 20, 0 gr. 30 du sel soit 1 à 3 cc. Vingt injections. Repos de trois semaines. Nouvelle cure.

CLINIQUE MÉDICALE

Les oblitérations artérielles des membres.

L'exploration des artères des membres se fait au doigt pour sentir les battements artériels et surtout à l'oscillomètre qui les objective et permet d'en mesurer la pression. Mais, il faut savoir qu'on peut avoir, avec une circulation périphérique suffisante, une pulsatilité réduite ou même nulle, qu'inversement un trouble ischémique (gangrène des orteils) peut coexister avec la conservation de la pulsatilité dans le membre correspondant ou même avec une exagération apparente de l'amplitude oscillatoire, « pulsatilité paradoxale » de Pierre-P. RAVAULT (de Lyon).

L'oblitération artérielle se traduit par différents syndromes :

1° LA CLAUDICATION INTERMITTENTE ARTÉRIELLE. — Il s'agit d'un engourdissement douloureux au mollet durant la marche rapide se calmant par le simple repos ;

2° LES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX ET NÉVRITIQUES. — La douleur permanente au mollet peut être le seul symptôme d'une oblitération artérielle ;

3° LES CRISES VASO-MOTRICES. — Certaines oblitérations artérielles peuvent se manifester par un véritable syndrome de Raynaud ;

4° LES TROUBLES ISCHÉMIQUES. — Ce sont les grands signes d'oblitération artérielle, Pierre-P. RAVAULT (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 sept. 1925) en fait une excellente description.

1. *L'ischémie massive et complète*, où l'arrêt circulatoire est absolu et s'étend à une grande partie du membre. Ce sont ces cas de gangrène étendue du pied ou de la jambe, dont le tableau symptomatique est trop connu pour que nous y insistions. Le début parfois progressif et annoncé par de vives souffrances prémonitoires est d'ordinaire brusque avec douleur initiale très vive et installation rapide d'un véritable syndrome asphyxique aigu (cyanose, refroidissement, thrombose des veines sous-cutanées). L'évolution se fait ordinairement vers la gangrène sèche, momifiante. L'état général est atteint dans la majorité des cas, la fièvre presque constante. L'évolution de ces ischémies étendues peut échapper à toute prévision et, comme le font remarquer VAQUEZ et BRICOUT, on voit des membres dont l'extrémité toute entière semble devoir se nécroser et qui renaissent à la vie sans que l'on puisse s'expliquer ce retour inattendu.

2. *L'ischémie parcellaire distale* comporte des désordres beaucoup plus limités. Ce sont des gangrènes des doigts ou des orteils s'installant insidieusement sous forme d'une escarre qui peu à peu envahit l'orteil et le dos du pied. Ces formes retentissent très peu sur l'état général et évoluent vers la chute spontanée des parties nécrosées.

3. *Les gangrènes humides* ne diffèrent des précédentes que par un œdème des tissus mortifiés. Cette circonstance favorise l'apparition des infections secondaires, sous forme de suppurations plus ou moins extensives, qui assombrissent généralement le pronostic.

4. *Les troubles d'hypoirrigation permanente sans gangrène* concernent tous les cas où l'ischémie, étant incomplète, n'aboutit pas à la mortification tissulaire. L'extrémité du membre est fraîche, cyanosée, sensible aux variations thermiques. Les doigts ou les orteils sont un peu œdématiés et d'aspect succulent. La musculature subit un certain degré d'atrophie diffuse. Ces membres, en état de « meiopragie circulatoire » deviennent le siège de maux perforants plantaires et d'ulcérations atones.

5. *Les infarctus musculaires* constituent un type très particulier. La momification ischémique, au lieu d'atteindre le membre dans son ensemble, frappe alors isolément un muscle ou un groupe musculaire.

Ces différents syndromes peuvent se grouper suivant leurs causes : P.-P. Ravault distingue :

Les embolies ;
Les artérites infectieuses aiguës ;
Les artérites séniles ;
Les artérites juvéniles ou précoces ;
Les artérites des diabétiques.

A. Embolies. — Elles sont rares. L'installation brusque ou rapide des troubles ne constitue qu'une présomption : elle est fréquemment notée dans les artérites, surtout dans les artérites séniles et, d'autre part, il est certain qu'il existe des gangrènes emboliques à début insidieux. En pratique, il ne sera prudent d'admettre l'embolie que s'il existe une *lésion emboligène* : endocardite chronique (rétrécissement mitral), endocardite infectieuse, thrombose intracardiaque (myocardite, infarctus du myocarde).

Les gangrènes emboliques des membres sont toujours très graves : les caillots volumineux qui les conditionnent ne peuvent se former que dans des cœurs très altérés, en état de dilatation marquée et en imminence d'asystolie. En fait, après une première embolie, ces malades succombent rapidement aux progrès de l'insuffisance cardiaque ou à de nouveaux embols (ictus apoplectique, par exemple).

B. Artérites infectieuses aigues. — Il s'agit de thrombo-artérites aigues avec inflammation pariétale primitive et coagulations secondaires ; elles évoluent rapidement, leurs symptômes s'intriquant plus ou moins avec ceux de la maladie causale. Toutes les septicémies peuvent les réaliser : mais elles compliquent plus spécialement les infections typhoïdes, grippales et le typhus exanthématique.

C. Artérites séniles. — Ce groupe est de beaucoup le plus important. Il en existe deux types principaux :

1. Le plus souvent on assiste à une *gangrène aigue et massive*, s'installant inopinément, sans signes prémonitoires tels que douleurs ou claudication intermittente. La maladie évolue à la façon d'une artérite aiguë et comporte un pronostic sombre. Elle siège dans la règle à l'un des membres inférieurs, plus rarement aux deux. Les membres supérieurs sont atteints bien moins fréquemment.

2. D'autres fois, l'artérite revêt l'allure d'une *affection chronique et progressive*. Elle se traduit par des phénomènes douloureux permanents, par le syndrome de la claudication intermittente et aussi par des gangrènes, moins étendues et moins graves que les précédentes : ce sont les ischémies parcellaires distales (gangrène des orteils).

Ces deux variétés évolutives d'une même maladie vasculaire représentent des types extrêmes, qui sont reliés par des cas de transition.

D. Artérites juvéniles et précoces. — Ce sont les formes, d'ailleurs rares, des sujets jeunes ou des adultes au-dessous de 50 ans. La maladie se résume en une *thrombose lente* : un caillot se forme en un point de l'artère, sans doute au contact d'une zone limitée d'endartérite ; au fur et à mesure de son extension il s'organise par pénétration des capillaires et se transforme en un bouchon conjonctivo-vasculaire imprégné de pigment sanguin et tunnellisé par des vaisseaux néoformés.

Cliniquement, ces artérites juvéniles réalisent des oblitérations artérielles souvent multiples, avec troubles ischémiques, phénomènes vasomoteurs, claudication intermittente. Les formes douloureuses y sont particulièrement fréquentes.

Cette forme clinique est à rapprocher de l'affection décrite en 1906 à New-York par L. Buerger et à Londres par Parkes Weber sous le nom de *thromboangeite oblitérante*. Prédominance du processus thrombosant sur les lésions pariétales, fréquence des altérations veineuses, atteinte élective des sujets jeunes et plus particulièrement des israélites immigrés de l'Europe centrale, étiologie inconnue et à laquelle la syphilis ne participe certainement pas, tels sont les traits essentiels de la thromboangéite oblitérante.

E. Artérites des diabétiques. — Elles ne constituent pas, à proprement parler, une variété spéciale d'artérites oblitérantes. Il s'agit d'artérites banales, mais qui éclosent avec une fréquence plus grande sur le terrain diabétique. Elles empruntent de plus à ce terrain certaines particularités cliniques et évolutives. Elles créent des *gangrènes à allure septique* (gangrènes humides) qui tirent leur gravité non seulement de ce facteur infectieux surajouté, mais encore de certaines conditions humorales propres à chaque malade (glycémie, acidose).

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

L'inanition du nourrisson.

De jour en jour les maladies par déficit prennent une plus grande place dans la pathologie des nourrissons. Récemment H. Eschbach (de Bourges) (*Archives Médico-chirurgicales de Province*, janvier 1926) y insiste à l'occasion de l'inanition du nourrisson.

Les hypoalimentés sont souvent des vomisseurs. Ces vomissements s'accompagnent de troubles de l'évacuation intestinale. C'est tantôt une constipation opiniâtre, rebelle à tous les remèdes, à laquelle on attribue les cris de famine poussés par l'enfant. Ce sont d'autres fois des selles glaireuses et brunâtres, prises pour des manifestations d'entérite ; ou même des selles diarrhéiques, le bébé évacue en fusée de véritables jets d'eau teintés de jaune qui verdissent rapidement, les couches sont largement imbibées chaque fois qu'on change les linges d'un liquide sale et vert.

L'enfant maigrit, la peau, privée de graisse, colle aux muscles du tronc et flotte trop lâche autour des bras et des jambes ; il est irritable, nerveux, crie nuit et jour, portant sans cesse les doigts dans la bouche : « *C'est l'atrophie par inanition* ».

La sous-alimentation est encore réalisée par crainte de troubles digestifs par des nourrices pusillanimes. Du lait est rejeté après les tétées, des grumeaux de lait se voient dans les selles. La mère s'inquiète, la ration est alors réduite progressivement jusqu'à la disparition escomptée des régurgitations ou des grumeaux qui ne survient pas. Le bébé dépérit.

Il suffit d'ajouter deux ou trois biberons au lait de la mère si le bébé est au sein ; de donner une ration convenable s'il est au biberon, de mépriser d'insignifiants incidents digestifs, pour que cessent en deux ou trois jours vomissements, constipation et diarrhée, pour que la croissance reprenne.

Dans d'autres circonstances, Eschbach montre qu'une alimentation à peu près nulle ou insuffisante reproduit des accidents analogues à ceux de la suralimentation ou des infections digestives ; elle occasionne vomissements et diarrhée. Trop peu nourris, les organes inanitiés sont sans doute incapables d'assurer une digestion convenable. L'estomac distendu présente du spasme aérophagique et se vide en bloc par vomissement. La muqueuse maintenue, irritée par le contact des premières matières alimentaires réintroduites, évacue des selles encore glaireuses, liquides, grumeleuses.

Si ces vomissements d'inanition, ces selles de digestion encore défectueuse sont interprétés comme rechute de troubles dyspeptiques ou de gastro-entérite, la diète hydrique est reprise et l'enfant, réduit à se consommer lui-même, s'émacie rapidement.

En fait, il faut réalimenter de bonne heure ces enfants.

Les bouillons de légumes, décoctions de céréales, eau de riz, ne représentent qu'une diète hydrique déguisée. C'est encore au lait qu'il faut recourir, mais à un lait modifié par la fermentation lactique. Les transformations subies par les laits aigres ôtent au lait sa putrescibilité et lui apportent au contraire des propriétés antiseptiques favorables au milieu intestinal. Le babeurre, le lait caillé, le képhyr peuvent être utilisés très tôt dans ces conditions.

Le lait en poudre, le lait condensé représentent encore des formes de lait très modifié, qui sont facilement utilisables, alors que le lait frais, stérilisé ou homogénéisé, ne l'est pas encore. Les bouillies de farine de céréales fermentées par addition de maltose, à l'eau ou au lait, possèdent une valeur nutritive complète, sont très vite supportées et peuvent être longtemps continuées jusqu'à ce que soit reprise l'alimentation normale.

Le nourrisson atteint de troubles dyspeptiques, ou infecté par une gastro-entérite aiguë, peut et doit être réalimenté de bonne heure.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le traitement des kystes de l'épididyme par l'injection iodée. — M. Pierre Bazy. — Le traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection iodée après anes-

thésie locale par injection dans la vaginale de solution de cocaïne à 1/200, et qui a donné à M. Bazy, depuis la dernière communication, d'excellents résultats, même dans des hydrocèles très volumineuses, peut être appliqué aux kystes de l'épididyme, quel que soit leur volume, affection beaucoup plus rare et dont il cite deux exemples où le volume des kystes était considérable.

La physiologie normale et pathologique du bassinet étudiée par la pyéloscopie. — MM. Legueu, Fey et Truchot ont appliqué systématiquement la pyéloscopie à l'étude de la motricité du bassinet, dont la pyélographie ne tient pas compte. Ils ont ainsi pu établir l'existence et la forme des contractions du bassinet et des calices, la formation à la partie supérieure de l'uretère d'un bulbe qui assure l'évacuation du bassinet, comme le bulbe duodénal règle l'évacuation de l'estomac.

Dans l'ordre pathologiqne ce sont ces contractions qui, dans l'hydronéphrose, règlent la forme et le degré de la maladie, produisant, suivant les cas, des rétentions aiguës avec hyperkinésie et spasme, ou des rétentions chroniques avec retard des mouvements. Ainsi, l'hydronéphrose apparaît comme un trouble neuro-musculaire du bassinet et de l'uretère pour lequel les influences mécaniques ne jouent qu'une influence accessoire, et ne peuvent plus, comme autrefois, commander le choix de l'opération.

Le pronostic des infections rénales est également influencé par les retards de l'évacuation; elles guérissent plus facilement lorsque les contractions sont normales.

Des pyélographies en série confirment et consacrent objectivement la plupart de ces notions nouvelles. 15 juin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juin 1926.

Syndrome d'hypertension intracranienne, sans signes de localisation et sans réaction méningée. Guérison par la radiothérapie profonde. — MM. André Cain, Solomon et Rachet. — Chez une femme de 30 ans se développa un syndrome constitué par des vertiges, de la céphalée, des vomissements, de la stase papillaire. Absence de réaction méningée et de signes de syphilis. Après un traitement inefficace par le cyanure de mercure, la radiothérapie profonde amena rapidement une régression complète des symptômes.

M. Pagniez a observé un fait analogue diagnostiqué tumeur cérébrale.

M. Coyon. — Dans les gliomes, les rayons peuvent donner d'excellents résultats. Dans les tumeurs de l'hypophyse les insuccès sont moins fréquents.

Un cas de lèpre. — M. Hudelo présente un cas de lèpre dont la caractéristique est de se compliquer de signes pyramidaux.

Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. — MM. Louis Ramond et M. Bascourret présentent un malade atteint de malformation hypertrophiante des extrémités avec ongles hippocratiques.

Malformations congénitales multiples du cœur avec atrésie tricuspidienne et rétrécissement de l'artère pulmonaire. Survie de dix-huit ans. — MM. Brulé et Gilbert-Dreyfus présentent un cœur atteint de malformations congénitales multiples. A l'examen de la pièce il semble, de prime abord, n'exister qu'une seule cavité ventriculaire élargie et hypertrophiée; le ventricule droit est réduit à l'état d'une simple fente verticale sculptée dans la paroi du ventricule gauche avec lequel il communique par un orifice étroit. On ne relève aucune trace de communication auriculo-ventriculaire droite; l'atrésie tricuspidienne est complète. L'artère pulmonaire est représentée par un conduit atrophié laissant à peine passage au stylet. Les deux oreillettes sont dilatées et réunies par un trou de Botal largement béant.

Cliniquement on ne notait cependant qu'une cyanose congénitale, une dyspnée d'effort, des doigts extrêmement hippocratiques, des dystrophies multiples et l'existence d'un souffle systolique intense dont le maximum siégeait à l'angle interne du 2e espace intercostal gauche avec propagation en bande jusqu'au voisinage de la pointe. Il est remarquable que des lésions aussi accentuées aient permis une survie de dix-huit ans au terme de laquelle la malade a été emportée par une tuberculose pulmonaire rapidement évolutive.

Les incidents des traitements prolongés par l'insuline. — M. Marcel Labbé rapporte 4 observations de diabétiques traités depuis plus de deux ans par l'insuline chez qui il a observé des accidents d'hypoglycémie bénins ou graves, allant jusqu'au coma avec crises épileptiformes, ou au délire, guérissant facilement par l'ingestion de sucre ou l'injection intraveineuse de glycose. Ces accidents s'accompagnent d'une hypoglycémie qui n'est pas très considérable; le chiffre le plus bas trouvé est celui de 0,60. Ils ne sont pas dus à l'emploi d'une insuline hyperactive, mais probablement à une amélioration de l'état du diabétique dont la tolérance s'élève et dont la glycémie s'abaisse.

M. Baudouin signale comme accident du traitement la diplopie. Les accidents sont fréquents dans le traitement prolongé et nécessitent une surveillance de la glycémie.

M. Rist. — Il faut surveiller avec soin le traitement insulinique.

Anémie aplastique grave. — M. F. Widal et Mme Bertrand Fontaine résument l'observation d'une anémie grave survenue après une série d'injections de novarseno-benzol. Cette anémie s'accompagna d'angine ulcéreuse et de syndrome purpurique.

Etude cholécysto-kinétique du repas de Boydon. — M. Feissly (de Lausanne) apporte le résultat des expériences qu'il a faites pour étudier l'évacuation de la vésicule biliaire sous l'influence de diverses substances, alimentaires ou médicamenteuses.

Il résulte de ces recherces que le repas de Boydon (crème et jaune d'œufs) paraît l'agent le plus actif de la contraction vésiculaire, et qu'il est de beaucoup supérieur aux substances employées jusqu'à maintenant ($MgSO^4$, Ext. d'hypophye, etc...).

La vésicule biliaire, rendue visible par l'épreuve du tétraïode se vide entièrement en deux heures sous l'influence du repas de Boydon, ainsi qu'en font preuve les radiographies qui sont présentées, faites à intervalles réguliers après l'ingestion de ce repas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Du traitement immédiat de la paralysie radiale consécutive à une fracture de la diaphyse humérale (suite de la discussion). — M. Schwartz reprend ses arguments en faveur de l'abstention immédiate, sauf dans les cas d'englobement manifeste du nerf. Il s'appuie sur le fait que la paralysia est due, le plus souvent, à une contusion simple, que la guérison spontanée de la paralysie est fréquente, que l'intervention enfin est plus aisée quand le membre est solide. L'expectative devra durer six semaines environ.

M. Dujarier s'inscrit en faux contre ces conclusions, estimant que la nature de la lésion nerveuse est impossible à déterminer, et qu'en cas de doute, mieux vaut ne pas s'abstenir.

Du traitement immédiat des fractures ouvertes (suite de la discussion). — M. Fredet se déclare ennemi de l'osthéosynthèse primitive dans les fractures ouvertes, la suture osseuse ne pouvant être pratiquée avec de bons résultats que dans des conditions d'asepsie rigoureuse, qu'on n'est pas en droit d'attendre d'une fracture ouverte. Il pratique, soit une ostéosynthèse secondaire, soit une ostéosynthèse hors du foyer (type Lambotte).

Présentation de malades. — M. Mathieu. — Deux fractures du condyle externe, traitées par vissage immédiat. Résultats fonctionnels excellents.

9 juin. E. Theillier.

Sur un cas de résection intestinale suivie de dénutrition. Mort par cachexie. — M. Roux-Berger rapporte une observation de MM. Hertz et Vassy concernant un malade atteint de hernie étranglée. L'intervention avait montré des lésions de péritonite agglutinante et un sphacèle étendu de l'anse étranglée. Résection de 1 m. 50 d'intestin grêle. Suites normales, mais apparition progressive d'une diarrhée incoercible. La radioscopie montre que la durée du transit intestinal n'excède pas deux heures. Un régime alimentaire amène une amélioration passagère, mais la mort survient au bout d'un an.

L'autopsie montre qu'il ne reste plus que 75 centimètres de jéjuno-iléon et que les phénomènes de dénutrition observés ne peuvent être dus qu'à la résection étendue du grêle.

M. Roux-Berger fait remarquer à ce propos que le pronostic dépend plus de la longueur d'intestin restant que de la longueur enlevée, qui peut atteindre 3 mètres chez la plupart des individus.

Il insiste sur la date variable de l'apparition des accidents post-opératoires et la nécessité d'une surveillance prolongée de ces malades.

Deux cas de cysto-stéato nécrose. — M. Lecène rapporte deux observations de M. Sénèque. La première concerne une malade de 44 ans, qui constate, après un traumatisme, l'apparition d'un noyau dans la région mammaire. Il s'agit d'un nodule dur, présentant le phénomène de la peau d'orange, mais sans lésion mammaire sous-jacente.

Après ablation, l'examen microscopique montre la transformation du tissu adipeux et les lésions caractéristiques de la cysto-stéato-nécrose.

La deuxième observation concerne une lésion analogue, siégeant dans la région du flanc.

M. Lecène fait ressortir l'intérêt de ces lésions qui, par le phénomène de la peau d'orange, pourraient en imposer pour une tumeur maligne.

M. Bazy rapporte à son tour une observation analogue.

Présentation de malades. — M. Dujarrier : un cas de fracture de l'humérus à trois fragments avec paralysie radiale immédiate.

Intervention précoce. Libération du nerf embroché. Osthéosynthèse. Guérison.

M. Dujarrier : un cas de fracture itérative du 2e métacarpien. Bons résultats fonctionnels.

16 juin. E. Theillier.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Psychologie, par Georges DUMAS, *Professeur à la Sorbonne, Membre de l'Académie de Médecine.* — T. II. — Librairie Félix Alcan. — Un volume in-8°, 1.174 pages. — Prix : 60 francs.

Dans le second volume du traité de Psychologie, le médecin trouvera maints renseignements à cueillir sur la *perception*, les *souvenirs*, les *opérations intellectuelles*, les *sentiments complexes*, la *volition*. La vie *consciente*, la vie *subconsciente*, la *personnalité* lui offriront des points de vue justes, exposés avec compétence. Les noms de MM. DELACROIX, G. DUMAS, Ch. BLONDEL, H. WALLON sont attachés à la rédaction de ces chapitres. Sur la *psychologie des caractères*, par M. G. FOYER, il y aurait à insister davantage. Le caractère dépend sans doute des conditions d'hérédité et de milieu, mais avant tout ses diverses formes, qualités ou défauts sont liés à l'action des glandes endocrines dont il n'est point parlé. Il y a douze ans, un livre a paru sur ce sujet, intitulé les *Maladies des Caractères*. Il n'en est pas fait mention dans la bibliographie.

La deuxième moitié du volume, consacrée aux *Sciences Annexes* intéresse particulièrement. Les chapitres sur la *psychologie zoologique* (H. PIÉRON), l'*Interpsychologie* (G. DUMAS), la *Sociologie* (DAVY), la *Pathologie Mentale* (G. DUMAS), la *Psychologie pathologique* (G. DUMAS) condensent dans le texte d'un même livre une série de notions éparpillées dans des monographies distinctes.

M. G. DUMAS s'est chargé d'un chapitre sur les *glandes endocrines* qui aurait gagné à être fondu et élargi dans les pages attribuées aux particularités du caractère. Mais il n'en expose pas moins une idée juste. La vagotonie et la sympathicotonie ne lui disent rien qui vaille. Cela, c'est de la science allemande qui établit des cadres d'avance, sauf à y introduire ensuite, à l'aide de subtilités dialectiques, une série de phénomènes détachés artificiellement de leur signification clinique.

Une autre conception de haute portée et due à M. RIBOT montre que si la psychologie commence avec la biologie, elle a son efflorescence terminale dans la sociologie. L'influence de la société s'exerce d'une façon permanente sur les éléments de notre vie psychique, sensations, instincts, besoins. Notre personnalité s'enrichit, se transforme sous l'action des conditions sociales auxquelles elle participe.

D'une tendance psychologique comme la faim, elle fait par les repas en commun, une habitude civilisatrice au profit des relations familiales et amicales. Et quelle action la Société n'exerce-t-elle pas sur l'instinct sexuel transformé en amour et culte du foyer, sur le sentiment moral, le sentiment religieux !

Nos lecteurs voient les multiples sources d'intérêt qui jaillissent de ce bel ouvrage. Ils y désireraient peut-être moins d'opinion juxtaposées et des conclusions mieux dégagées. Bien des pages pourraient être résumées en quelques lignes.

Le médecin demande la netteté dans la concision. Les psychologues s'attardent souvent aux menues brindilles de la route. Le médecin a hâte d'atteindre le but.

Une prochaine édition du *Traité de Psychologie* pourra supprimer bien des passages.

Est-il utile par exemple d'annoncer comme une nouvelle importante que la ménopause chez la femme précède souvent d'un certain nombre d'années l'apparition de la déchéance sénile ? Cela chacun le sait, et ce que nul n'ignore, il n'est tout de même pas besoin de l'imprimer en termes sentencieux.

La Coqueluche, par le Dr Henri STÉVENIN, *Médecin des hôpitaux de Paris*. Bibliothèque des connaissances médicales dirigée par le Dr APERT. — Un volume in-18 jésus. — Prix : 7 fr. 50. — Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

La coqueluche est une maladie tellement caractéristique que son diagnostic est souvent fait en dehors du médecin, lorsque la quinte a été entendue.

Mais depuis quelques années des notions nouvelles sont venues s'ajouter, très utiles pour le diagnostic, la prophylaxie et le traitement de la maladie.

Le microbe de la coqueluche, les données récentes relatives à la durée de contagion et à la prophylaxie par la recherche du microbe, par l'injection de vaccins ou de sérum de convalescents sont complètement étudiés.

De même, le chapitre de thérapeutique qui termine l'ouvrage, comporte avec l'hygiène du coquelucheux et les médications anciennes qui ont fait leurs preuves, l'exposé des méthodes de traitement plus récemment employées, en particulier par les sérums et vaccins, montrant ce que l'on peut en attendre dès à présent, en se gardant d'un enthousiasme excessif.

Notions élémentaires pratiques de Phonétique. Technique vocale et Hygiène de la voix, par M. le Dr L. LABARRAQUE, Paris. — VIGOT frères, éditeurs, in-8° raisin, 144 pages. Prix : 25 francs.

Pour que le chanteur arrive à acquérir la meilleure technique vocale, il faut, d'une part, qu'il possède quelques notions précises et indispensables de la science phonétique, d'autre part, qu'il respecte scrupuleusement les prescriptions essentielles de toute hygiène vocale bien comprise. Ce livre contient à la fois des idées nouvelles qui permettent au lecteur d'avoir des connaissances plus nettes de l'art du chant. Pas de considérations théoriques, mais des applications pratiques. D'où son incontestable utilité, pour les professionnels de la voix désireux de s'instruire et de se perfectionner et aussi pour les médecins à qui sont demandés des conseils techniques sur ces questions un peu spéciales.

Examen du malade, par M. O. DOUSSET (Collection *Petits Précis*, MALOINE, édit.).

Ce petit volume écrit par O. DOUSSET, qui est, si nous ne nous trompons médecin de campagne, est tout à fait bien compris.

C'est la troisième édition de cet excellent ouvrage composé de main de maître.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Hôpital de la Pitié. — M. le Pr Jeannin.

Les causes de l'avortement spontané.

On appelle *avortement* l'expulsion de l'œuf dans les six premiers mois de la grossesse, limite de la viabilité de l'enfant aux points de vue médical et légal.

On distingue des avortements d'origine paternelle, maternelle ou ovulaire.

L'avortement d'origine paternelle sans qu'il y ait eu transmission de l'infection à la mère n'est plus guère admis aujourd'hui. Du reste, une fois la fécondation faite, l'œuf est soustrait à l'influence du père, il subit pendant toute la gestation la seule influence maternelle.

C'est à tort qu'on a accusé le générateur mâle trop avancé en âge, la fatigue physique du père, les excès vénériens paternels. Les renseignements à ce sujet sont d'ailleurs assez difficiles à vérifier, on a souvent affaire à des vantards. Les vétérinaires seraient mieux renseignés. Ils savent qu'on peut impunément laisser rouler le taureau sur les premières vaches couvertes sans altérer le produit de conception.

L'alcoolisme paternel, le *saturnisme paternel*, la *tuberculose paternelle*, ne semblent pas être en cause.

La *syphilis* n'agit que si la mère est touchée. C'est l'opinion actuelle. On ne croit plus à l'œuf syphilisé par le père sans atteinte maternelle.

Je passe à l'avortement d'origine maternelle. On ne saurait trop souligner l'énorme importance de ce facteur. Il y a, du côté de la mère, des causes d'ordre général, par exemple la syphilis, et des causes d'ordre local, par exemple un fibrome utérin.

Parmi les causes d'ordre général, éliminons tout de suite l'*hérédité*. Il n'est pas rare qu'une femme ayant une fausse-couche déclare : « Ce n'est pas étonnant ; ma cousine et ma tante ont eu aussi des fausses-couches ». Quelquefois la syphilis est en cause et il s'agit d'hérédo-syphilis. L'hérédité de l'avortement est un mythe, mais c'est une croyance si répandue que personne ne la détruira.

Eliminons aussi la misère physiologique et sociale, les privations, les sévices subis par la femme enceinte.

Abandonnons de même cette notion des soi-disant avortements épidémiques. Les vétérinaires connaissent les avortements épizootiques. C'est une infection qui agit, comme la variole, ou la grippe, en déterminant des avortements fréquents dans un milieu où règne l'épidémie grippale ou variolique.

J'arrive aux *traumatismes*. Il y en a de deux sortes. Il y a ce qu'on pourrait appeler le traumatisme moral, celui qui frappe le psychisme, et le traumatisme réel, le traumatisme physique.

Une femme peut-elle avorter sous l'effet d'une forte émotion ? Il est peu de notions plus répandues et peut-être plus fausses. Ne concluons pas ; rappelons seulement l'exemple classique de Baudelocque, qui, à la suite de l'explosion de la poudrerie de Grenelle, fut appelé en huit jours à constater soixante-deux fausses-couches. L'influence de l'émotion est douteuse. Les traumatismes physiques ont une toute autre importance.

Ce sont d'abord et avant tout les accidents de toute espèce, les longs déplacements en chemin de fer, au début d'une grossesse : c'est une des causes par lesquelles on explique les avortements si fréquents chez les jeunes mariés, à l'occasion de leur voyage de noces. De même, l'auto, le mal de mer. On peut y ajouter les interventions chirurgicales portant sur la sphère génitale.

Du reste, l'influence de ces traumatismes est très variable d'une femme à l'autre. Certaines malheureuses se sont jetées d'un pont dans la Seine, elles ont été retirées à coup de gaffe par des mariniers, elles n'ont pas fait de fausses-couches. Chez d'autres, il suffisait d'une chute dans un escalier. J'ai vu une de mes clientes avorter après avoir voyagé dans un rapide à la vitesse de 120 kilomètres à l'heure, et ici le traumatisme avait certainement sa valeur étiologique.

Certaines intoxications hétérogènes peuvent causer l'avortement. Pour l'*alcoolisme*, ce n'est pas certain. L'alcoolisme produit plutôt des sujets chétifs, mais viables.

Le *saturnisme* est bien probablement cause d'interruption de grossesse.

Pour les *intoxications médicamenteuses*, soyons beaucoup plus réservés, car nous savons combien infructueuses sont les tentatives des filles enceintes qui essayent de se faire avorter en absorbant force drogues, telles que rhue, sabine, absinthe, quinine, etc. L'intoxication alimentaire peut causer l'avortement quand elle est grave et s'accompagne, par exemple, d'une poussée d'albuminurie.

Je passe aux intoxications autogènes, aux *auto-intoxications gravidiques. Les vomissements incoercibles ne sont pas cause de l'avortement spontané.*

Au contraire, on peut retenir comme causes d'avortement *certains ictères*, et surtout l'*albuminurie*, mais celle-ci intervient à une époque

tardive, c'est plutôt une cause d'accouchement prématuré, ou d'avortement à 4 et 5 mois, que de fausse-couche jeune.

Les *cardiopathies* sont rarement cause d'avortement, sauf quand elles donnent lieu à des *hémorragies utérines*.

Le *diabète* stérilise le germe mâle. Quand à la femme diabétique, elle fait plutôt des accouchements prématurés que des avortements. Heureusement, à l'âge de la parturition le diabète est rare.

Les *infections maternelles* jouent un grand rôle. C'est avec raison qu'on isole la femme enceinte. Ce n'est pas la fièvre, l'hyperthermie des maladies aigues qui cause l'avortement. Il y a des maladies sans hyperthermie et qui produisent l'avortement, alors qu'une vulgaire angine herpétique, avec 40° ou 41° de fièvre, n'interrompra pas la grossesse.

Les maladies aiguës agissent surtout par leurs *toxines*, par exemple la *diphtérie*. Elles agissent aussi par les lésions qu'elles déterminent sur la muqueuse utérine, et par la contamination de l'œuf par les germes qui traversent le placenta. L'œuf sera expulsé, parce que malade ou mort.

La *fièvre typhoïde* est une cause fréquente d'avortement ; puis il faut citer les *fièvres éruptives*, scarlatine, rougeole, variole, et la *grippe*. Il y a peu de maladies qui aient provoqué autant d'interruptions de grossesses que l'épidémie grippale de 1918, d'ailleurs si meurtrière.

L'*appendicite* peut être une cause de fausse-couche.

La *tuberculose* ne donne pas lieu à l'avortement ; elle détermine seulement la naissance de fœtus malingres, nés à terme ou près du terme, d'un poids insuffisant.

La *syphilis*, en touchant le germe, est la grande cause des fausses-couches. Chez la mère devenue syphilitique, les avortements sont constants ; c'est ce qu'on a appelé les avortements à répétition. On a vu des femmes avorter douze fois de suite. Mais on ne le verra plus, parce qu'aujourd'hui on pense toujours à rechercher la syphilis chez une femme qui avorte sans raison valable, on sait la diagnostiquer, et on met en œuvre le traitement de telle sorte que les grossesses ultérieures évoluent sans incident.

Voyons maintenant les *causes d'ordre local*.

C'est d'abord le *molimen menstruel*. Certaines femmes enceintes accusent le retour des règles. Les unes présentent des vomissements, d'autres de la température, d'autres de l'albuminurie. Beaucoup marquent leur première, et plus encore peut-être leur deuxième époque, par quelques taches de sang. Tout le monde sait que la période d'élection des fausses-couches, c'est la première, deuxième ou troisième période menstruelle.

Puis ce peut être un *traumatisme local*. En dehors de l'accouchement provoqué, il y a les traumatismes génitaux tels que le *coït*, quand l'utérus est irritable. En pareil cas, on est obligé d'ordonner la continence pendant les premiers mois.

Il faut citer les traumatismes que je qualifierai de thérapeutiques : pansements sur le col, attouchements, cautérisations, tampons, tampols, etc. S'en abstenir pendant la grossesse, plus encore qu'en dehors de la grossesse.

Enfin, vient le *traumatisme chirurgical* : ce sont les interventions sur la zone pelvienne, ablation d'un kyste de l'ovaire, intervention portant sur l'utérus, le col, le périnée, ou l'appendice. Pour éviter l'avortement, on est obligé de prendre des précautions spéciales, de morphiner avant et après l'intervention pour calmer la sensibilité utérine.

Les *affections génitales* sont une cause importante et fréquente d'avortement. Citons tout d'abord ce qu'on appelle l' « *utérus irritable* ». On n'obtiendra dans ces cas la continuation de la gestation qu'en condamnant la femme au *repos au lit, hors de tout rapport génital*. Et encore le succès de ce traitement prophylactique n'est pas sûr.

Ce sont ensuite les *utérus infantiles*, puis les *utérus déviés* ; cependant la rétroversion n'est pas si souvent cause de fausse-couche qu'on le dit. Puis ce sont les infections anciennes ou récentes du corps ou du col, les *infections puerpérales* anciennes, le *gonocoque*. Puis viennent les *tumeurs*, fibromes, polypes, cancer du col (le cancer du corps est généralement incompatible avec une fécondation), les grosses adhérences utérines.

Quant aux *maladies des annexes*, leur importance est moindre. Evidemment, les *kystes ovariques* sont une cause d'avortement. C'est une des indications de leur ablation.

La *salpingite* est une cause d'avortement dans certains cas, mais ce n'est pas fréquent parce qu'il y a peu souvent coïncidence de salpingite et de grossesse, les salpingites étant les grandes stérilisatrices de la femme.

Les *avortements d'origine ovulaire* sont à certains égards les plus importants ; nous connaissons déjà la plus grande des causes ovulaires, la *syphilis*, que nous avons rencontrée à propos des causes paternelles et maternelles.

Il faut envisager, d'une part les grossesses simples, et, d'autre part, les grossesses multiples.

Les causes ovulaires d'avortement dans la grossesse simple, sont les *anomalies d'insertion l'œuf*, le *placenta praevia* ; la *grossesse angulaire*. Ce sont les *maladies de l'œuf*, la môle hydatiforme, l'hydramnios aigu, la rupture prématurée des membranes. On peut citer, mais comme cause très rare, la torsion exagérée du cordon, les circulaires très serrés du cordon.

Le fœtus lui-même peut être voué à l'avortement parce qu'infecté, soit d'une infection aiguë, comme la variole, transmise de la mère au fœtus, soit d'une infection chronique : *la syphilis cause les neuf dixièmes des avortements spontanés*. Ajoutons à ces causes les malformations fœtales incompatibles avec l'existence.

Nous arrivons aux avortements dans les grossesses multiples. La *gémellité* est certainement plus exposée à la fausse-couche que la grossesse simple. Elle l'est d'autant plus qu'il s'agit d'une variété plus maligne. Les grossesses trigémellaires, quadrigémellaires, sont de plus en plus abortives. Bar cite une femme ayant eu sept jumeaux abortifs.

Somme toute, la syphilis est la principale cause d'avortement spontané ; Bar l'a appelée la grande avorteuse. En second lieu, viennent les causes locales et avant tout l'endométrite ; enfin, les traumatismes locaux.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin. — M. le Pr Delbet.

Cancer du sein

L'épithélioma peut débuter soit dans les canaux galactophores, soit dans les acini de la glande mammaire. Le *début* des épithéliomas mammaires, dans la majorité des cas, est *multiple*, c'est-à-dire qu'il y a plusieurs centres de formation épithéliomateuse. Nous sommes loin de l'époque où on pensait que c'était une seule cellule qui, subissant une évolution anormale, produisait le néoplasme. Lorsqu'on étudie les passages entre la *mammite chronique* et l'*épithélioma*, lorsqu'on fait des prélèvements non seulement en pleine masse néoplasique, mais sur les limites de celle-ci et dans les parties de la mamelle encore non envahies, on trouve çà et là des canaux et des acini en pleine évolution cancéreuse. C'est ce qui justifie l'ablation systématique de la totalité du sein, lorsqu'on fait l'intervention pour néoplasme. Le caractère des néoplasmes malins est d'être d'emblée diffus. La règle posée par Velpeau n'était-elle pas d'enlever la totalité de la glande dès qu'on avait fait le diagnostic de tumeur maligne ?

La *tumeur bénigne* augmente par multiplication de ses éléments propres ; son volume s'accroît, elle ne s'infiltre pas dans les tissus voisins, elle les repousse et finit par former une sorte de capsule par tassement. Le développement d'un *épithélioma*, d'une *tumeur maligne*, est absolument différent. Ce n'est pas par multiplication de ses éléments internes que se fait son développement, c'est par multiplication des éléments à la périphérie ; au lieu de refouler les tissus, il les infiltre. Il a un développement non pas concentrique, mais excentrique ; c'est le caractère fondamental. Le caractère fondamental des cellules néoplasiques, c'est d'aller vivre dans les intervalles lymphatiques du tissu conjonctif. Les tumeurs bénignes sont bien circonscrites, les malignes ne le sont jamais.

L'extension de ces néoplasmes de proche en proche peut aller ainsi jusqu'à la peau. Dans la profondeur, l'extension de proche en proche peut les conduite jusqu'au grand pectoral et même jusqu'à la paroi thoracique. Il y a un autre mode d'extension, c'est l'extension à distance par les voies lymphatiques. A ces voies il faut en ajouter une autre que nos prédécesseurs ne connaissaient pas : dans nombre de cas, les cellules épithéliales pénètrent dans les voies vasculaires sanguines. C'est ce qui constitue les *épithéliomas hémophiles*. On trouve des envahissements des artères, des veines, des capillaires. Dans la forme angiotribe ou angioclasique, il y a une circulation lacunaire, sinusoïdale, dans l'épaisseur de la tumeur. Ce sont les cellules épithéliales qui forment la paroi du vaisseau sanguin dépourvu d'endothélium.

Dans l'extension de proche en proche vers le tégument, on constate divers états. Dans certains cas, lorsqu'on cherche à faire un pli à la peau, on voit se former une série de petites dépressions correspondant aux orifices glandulaires. La peau prend, suivant la comparaison classique, l'aspect d'une orange grossière. Quelle est la signification de la *peau d'orange* ? La peau d'orange indique tout simplement qu'il y a une rétention dans les lymphatiques. Elle est due à un œdème lymphatique. Elle n'a donc aucune relation directe avec le néoplasme. Il y a des néoplasmes sans peau d'orange, tout aussi malins que les autres. D'autre part, il y a des lésions inflammatoires, nullement néoplasiques, avec la peau d'orange la plus caractérisée : par exemple sur la peau de la paroi inférieure de l'abdomen, chez des femmes ayant un gros kyste de l'ovaire. La peau d'orange est un

phénomène accidentel ; sa présence ne doit pas faire accepter le diagnostic de néoplasme ; son absence ne doit pas faire rejeter ce diagnostic. En cas de tumeur maligne, la peau d'orange a-t-elle une signification ? Doit-elle faire porter un pronostic grave ou bénin ? C'est une question délicate, non encore tranchée. Généralement, elle n'a pas par elle-même une signification particulièrement grave.

Le *capitonnage* de la peau ne doit pas être confondu avec la peau d'orange. Il n'y a rien de commun entre ces deux phénomènes. En quelques points la peau est fixée dans la profondeur par des tractus qui ressemblent à des points de capiton. C'est le premier degré de l'*adhérence*. Puis on voit la peau devenir adhérente sur une étendue plus considérable. On ne réussit pas à faire un pli. Dans la troisième phase, la peau est envahie, c'est-à-dire que le tissu néoplasique se substitue au derme. Enfin il se substitue à toute l'épaisseur de la peau, et finalement vient faire saillie à l'extérieur : on dit que la tumeur est ulcérée.

Dans la profondeur, que se passe-t-il ? Lorsque le grand pectoral est envahi par le néoplasme, on constate des adhérences avec le grand pectoral. Comment ? D'abord on se rend compte de la mobilité de la tumeur, le grand pectoral étant relâché. Chez cette malade, la tumeur a une grande mobilité dans le sens vertical et transversal. Cela indique que l'épithélioma n'a pas traversé toute l'épaisseur du grand pectoral pour venir adhérer au gril costal ; mais la mobilité de la tumeur n'indique pas que cette tumeur n'a pas d'adhérences avec le grand pectoral. Pour se rendre compte de ces adhérences, il faut faire contracter le muscle grand pectoral.

Il y a une autre forme d'extension cutanée. Nous avons vu l'envahissement massif. Il y a aussi l'envahissement discontinu, à distance de la tumeur ; quelquefois très loin, on voit apparaître des petits nodules roses ou rouges, et qui sont généralement adhérents à la peau. Du côté de l'aisselle, on en voit des quantités. Il faut toujours chercher cette extension sous forme de pustules, correspondant à la forme d'épithélioma pustuleux décrit par Velpeau. On leur attribue une origine lymphatique, soit par le mécanisme de la lymphangite cancéreuse (Cruveilhier), soit par celui de la perméation. On constate que ces *nodules* arrivent presque immédiatement dans le plan des glomérules des glandes sudoripares.

Si généralement ces pustules sont assez confluentes autour de la tumeur primitive, il se produit des cas où elles sont fort éloignées. On en voit sur l'acromion, dans la fosse iliaque, dans le dos, au-dessous de la pointe de l'omoplate. Un certain nombre se produisent très probablement par *voie sanguine directe*.

Il y a des épithéliomas du sein énormes, avec des ganglions qui ne sont pas envahis, et ce peuvent être des ganglions *très augmentés de volume. L'adénopathie clinique ne correspond pas à l'adénopathie histologique*. On discute si l'envahissement des ganglions précède l'envahissement cutané, ou le suit. Cela dépend des propriétés physiologiques de leurs cellules. Il y en a qui envahissent les ganglions alors qu'ils sont tout petits et que la peau n'est même pas capitonnée. Inversement, il y a des épithéliomas énormes avec envahissement de la peau, large ulcération, dans lesquels les ganglions ne sont pas histologiquement envahis.

La chaîne lymphatique axillaire croise les vaisseaux axillaires en passant en avant d'eux, puis elle se continue dans le creux sus-claviculaire. Voilà la voie ordinaire. Il y a aussi une voie sus-claviculaire directe qu'a étudiée M. Mornard, et qui passe entre les deux pectoraux ; elle existe dans la moitié des cas. D'où la nécessité d'un curage du creux sus-claviculaire, dans certains cas de cancer du sein dits lymphophiles.

On sait qu'au niveau de chaque espace intercostal l'artère mammaire interne envoie des perforantes ; il y a en même temps des veines et des lymphatiques. L'épithélioma du sein a-t-il tendance à se propager par cette voie ? Nous n'avons aucun moyen de l'explorer. Heureusement, l'extension par cette voie est extrêmement rare.

On a soutenu qu'une cellule épithéliale, carcinomateuse, provenant d'un sein et pénétrant dans le torrent circulatoire sanguin était tuée par le plasma, et qu'ainsi la généralisation par voie sanguine ne se faisait jamais. Ceci est une erreur, mais il n'en reste pas moins que la *généralisation sanguine* est relativement rare, même dans les cas manifestement hémophiles. On en a cependant observé des cas. Les épithéliomas du sein se généralisent surtout aux *os*, le plus souvent aux *vertèbres*, puis sur l'extrémité supérieure du *fémur*, entre les deux trochanters. La généralisation au *péritoine* n'est pas extrêmement rare ; on trouve surtout des noyaux cancéreux dans l'*épiploon* et le *foie*.

Envisageons quelques variétés d'épithéliomas du sein, pour opposer les formes les plus malignes aux formes bénignes. Il existe une *variété bénigne*. Les cellules de ces épithéliomas sécrètent tantôt une substance de *nature albumineuse*, tantôt, et le plus souvent, une *substance mucoïde*. Dans certains cas, on trouve les sécrétions uniquement endocellulaires. Dans une forme voisine, on trouve

la mucine *entre les cellules*, mais on peut à peine parler d'excrétion. Dans d'autres, l'épithélioma *excrète*, et peut excréter soit dans des cavités sécrétoires : c'est le *type exocrinien*, soit dans le tissu conjonctif : c'est le *type endocrinien*, correspondant aux épithéliomas colloïdes : ce sont des épithéliomas bénins. Est-ce à dire qu'ils se traduisent par des symptômes atténués ? Pas du tout. *Cliniquement*, ils peuvent avoir et ont souvent une *allure extrêmement maligne*, c'est-à-dire qu'ils envahissent la peau, qu'ils l'ulcèrent, qu'ils peuvent présenter des adhérences profondes ; mais ils ont peu de tendance à envahir les ganglions, et si l'on fait une exérèse raisonnable, sans besoin d'être excessive, ces épithéliomas-là ne récidivent pas.

On trouve des épithéliomas sécrétants muco-albumineux, qui sont en même temps hémophiles : la tumeur présente à la fois un caractère d'extrême bénignité et d'extrême malignité. Dans ces cas, l'évolution est toujours allongée. Ces malades ont succombé au bout de quatre ou cinq ans, alors que les autres épithéliomas hémophiles n'ont pas survécu plus de trois ans. Les épithéliomas sécrétants non hémophiles survivent indéfiniment, même quand les malades sont considérés comme inopérables, et ils auraient succombé certainement s'ils n'avaient été opérés. Conclusion pratique : Lorsqu'on est en présence d'épithéliomas cliniquement inopérables, il ne faut pas refuser l'opération avant d'avoir fait une biopsie. S'ils sont sécrétants, il faut faire l'opération, puisque même dans les cas cliniquement inopérables, on peut obtenir des survies de cinq, six et sept ans.

Une autre forme d'épithéliomas bénins, ce sont les épithéliomas à cellules claires.

Les épithéliomas mégacellulaires, à cellules de dimensions énormes, avec un gros noyau, un protoplasma très finement granuleux, donnant à de forts grossissements l'impression d'un verre légèrement dépoli, — sont lymphophiles, envahissent les ganglions, sans aucune réaction conjonctive. Ce mode d'extension dans les ganglions a une signification terrible. Malgré les exérèses les plus larges, le malade récidivera et mourra avec rapidité, généralement en moins de deux ans.

Une autre forme de malignité est caractérisée par l'indépendance des cellules épithéliales les unes des autres. C'est ce qu'on appelle les épithéliomas à cellules indépendantes.

Une question très discutée à l'heure actuelle est celle de la *radiothérapie* dans les épithéliomas du sein. Elle a passé par des phases successives.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Fracture de cuisse.

Ce malade, étant à bicyclette, a été renversé, il est tombé, la jambe droite pliée sous le poids de son corps. La jambe est ballante, le pied en rotation interne. La première idée est celle d'une fracture. Il y a une tuméfaction surtout marquée au niveau de la partie supéro-interne du genou ; on trouve un peu de choc rotulien. Il y a de la *mobilité anormale*, par conséquent l'existence d'une fracture est indiscutable. De plus, on sent de la *crépitation*. C'est donc bien une fracture du fémur, malgré l'absence de douleur au moment même de l'accident. La *radiographie* confirme le diagnostic ; on ne pouvait penser à une fracture de l'extrémité inférieure, condylienne, dans laquelle il existe un gros épanchement du genou, et ici il n'y a qu'un petit épanchement, puisqu'il y a un peu de choc rotulien ; c'est une fracture à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs du fémur.

Reste à déterminer le *déplacement*.

Sur la radiographie de face, nous avons relativement peu de déplacement. Sur les radiographies de profil, nous avons un déplacement beaucoup plus grand. Ce n'est pas le déplacement qu'on voit ordinairement dans les fractures de l'extrémité de la diaphyse du fémur. Généralement le fragment supérieur reste à peu près vertical mais le fragment inférieur bascule, son extrémité inférieure se déplaçant en dedans ; il en résulte une saillie à convexité antéro-externe. Généralement, le pied est en rotation externe. Ce déplacement résulte de l' ascension du fragment inférieur qui se dévie en dedans, parce qu'il est tiré par la masse des adducteurs, particulièrement par le grand adducteur. Ici, le chevauchement est considérable, mais l'axe est presque conservé. C'est un cas un peu anormal.

Une des grosses *complications* qui arrivent dans ces fractures de cuisse, c'est la *pseudarthrose* qui tient à l'interposition de fibres du quadriceps entre les deux extrémités osseuses.

En dehors de cet accident, on peut avoir un *raccourcissement*. Il y a ce qu'on appelle les *consolidations vicieuses* : il y en a qui paraissent très impressionnantes sur les radiographies qui montrent un gros déplacement, alors qu'en réalité l'infirmité est nulle. Ceci est intéressant lorsque devant les Tribunaux des indemnités sont discutées. Il faut parmi les déplacements faire des distinctions.

Le *cal en baïonnette* ne rend pas le sujet infirme ; les deux fragments restent dans le même axe vertical ; le malade marche très bien ; même s'il y a chevauchement, le malade marche bien en général, à condition que le *raccourcissement* ne soit pas trop considérable, qu'il soit égal ou inférieur à *trois centimètres*. On peut en effet corriger ce raccourcissement en faisant mettre une petite talonnette sous le talon de la chaussure. Il n'est même pas besoin de cet artifice. Il se produit une légère scoliose de la colonne vertébrale et une inclinaison consécutive du bassin qui abaisse le pied et permet la marche.

Au contraire, vous pouvez avoir des *cals angulaires*, qui au point de vue fonctionnel sont beaucoup moins bons. Le cal en baïonnette ne gêne pas beaucoup. Le cal angulaire constitue, au contraire, des déformations importantes du fémur, beaucoup plus ennuyeuses.

Quel *traitement* doit-on conseiller ? L'*extension continue* en abduction. On ne songera plus aujourd'hui à faire une intervention sanglante ; on a beau dire que les *ostéosynthèses* font quelquefois merveille ; il y en a qui font merveille, mais il y en a d'autres dont on ne parle pas, qui ont suppuré et produit des accidents. Il y a un risque à courir, incontestablement. Ce risque est bien diminué actuellement, avec les précautions aseptiques, mais il existe tout de même. Donc, il ne faut y recourir qu'en cas de nécessité : s'il y a une *pseudarthrose*, il faut évidemment recourir à une intervention sanglante, mais, d'une manière générale, celle-ci est inutile

Ce qu'il faut faire, c'est de l'*extension continue*. On supprime ainsi la grosse cause de déplacement, qui est la contraction des adducteurs, parce que le muscle étiré par l'extension continue se fatigue et cesse de se contracter.

Le meilleur *appareil* est incontestablement celui *de Hennequin*, mais à une condition, c'est de savoir bien poser cet appareil. On commence par entourer tout le membre, depuis le pied jusqu'à la racine de la cuisse, d'ouate, puis d'une bande de toile. Hennequin conseillait de mettre une bande de *tarlatane amidonnée humide*. En séchant, la tarlatane se colle et fixe les bandes. Puis on place le membre dans une gouttière, dite de Hennequin.

La traction est faite d'abord avec un poids de trois kilos, qu'on augmente jusqu'à 7 kilos, Quand il y a de la *rotation* du membre, on peut la corriger très bien avec l'extension continue, simplement par la façon dont on fixe la corde à extension; on obtient soit la traction directe, soit en même temps la rotation du membre, en dedans ou en dehors suivant qu'on fixe la corde à extension sur le prolongement de l'axe de la cuisse en dehors ou en dedans de cet axe.

CLINIQUE MÉDICALE

Les grippes neurotropes.

Par le Dr A. Guérin.

Avant d'aborder cet intéressant chapitre des grippes neurotropes, il convient de limiter notre sujet et de préciser que notre intention est moins de faire une étude didactique que de présenter quelques notes cliniques pouvant figurer dans ce chapitre.

Si l'on veut bien réfléchir en effet à la complexité des fonctions du système nerveux et à la variété infinie des toxines microbiennes qui frappent électivement suivant leur nature tel ou tel de ses centres ou de ses cylindraxes, on est bien forcé de convenir que les variétés cliniques, les groupements de symptômes ainsi créés sont pour ainsi dire illimités.

L'action de certains poisons du système nerveux comme le curare, le plomb, l'alcool qui agissent, le premier sur les extrémités cylindraxiles, le second sur les nerfs-moteurs, le troisième sur le cerveau lui-même et les nerfs sensitifs peuvent nous donner une idée schématique de ce que peut être la biochimie des toxines microbiennes.

Si donc nous voulions faire une étude de cette question en restant sur le terrain purement scientifique, il nous faudrait, connaître la nature de chaque toxine sécrétée par chaque variété microbienne et son action élective sur le système nerveux.

Il n'est pas, heureusement, pour nous, nécessaire de parcourir d'aussi vastes horizons pour prouver la légitimité des grippes neurotropes.

On peut dire d'une façon générale que toutes les grippes sont neurotropes. Et les anciens cliniciens connaissaient bien cette « asthénie nerveuse » qui succède à une grippe insignifiante.

C'est à peine si le malade s'est plaint d'un coryza, d'une température qu'il n'a pas relevée au thermomètre et qui en tout cas ne l'a point contraint à abandonner ses occupations, et voici que la convalescence est pire que cette maladie insignifiante.

Son asthénie est telle qu'il lui faut un effort constant de la volonté pour accomplir sa tâche

et qu'il pourra dire plaisamment « *qu'il marche à la cravache* ».

Il est donc légitime de décrire à côté de l'encéphalite, des désordres du système nerveux consécutifs à la grippe.

La démarcation très nette entre l'encéphalite et les grippes neurotropes est légitimée par la gravité des séquelles dans le premier cas et par leur insignifiance ou même l'allure fugace des symptômes dans le second.

Une jeune fille vient d'avoir une grippe qui s'est accompagnée de migraine droite, et les parents me disent que « son œil droit est devenu plus petit ».

On remarque, en effet, que cette jeune fille est atteinte d'enophtalmie droite, et que de ce fait l'œil donne l'impression d'être plus petit de ce côté, impression qui est encore accentuée par le léger ptosis de la paupière.

La pupille droite est également rétrécie et ce myosis est manifeste quand on la compare à la pupille gauche. La pommette est un peu plus colorée. Les muscles de ce côté sont légèrement atrophiés entraînant une légère dyssymétrie faciale.

L'ensemble des symptômes que nous venons de décrire ont été groupés par Claude Bernard et Horner en un syndrome qui porte d'ailleurs leur nom. Ils l'observaient dans la section de la 8e cervicale et de la 1re dorsale entre la moelle et la sortie du trou de conjugaison. Mais il faut chercher l'origine de cet arc nerveux beaucoup plus haut, jusque dans le bulbe. La clinique nous montre, en effet, la possibilité d'association du syndrome de Cl. Bernard-Horner avec une paralysie alterne (hémiplégie et hémianesthésie croisée) ou encore son association avec l'hémiasynergie et latéropulsion : ce dernier groupement de symptôme étant connu sous le nom de syndrome de Babinski Nageotte. Il existe aussi un centre médullaire, mieux étudié anatomiquement et connu sous le nom de centre cilio-spinal de Budge. Il siège dans la colonne de Clarke au niveau du 1er segment dorsal de la moelle. Il sort de la moelle par les rami communicantes avec la 1re dorsale et gagne le sympathique cervical par l'anse de Vieussens.

L'arc nerveux cause de ce syndrome étant ainsi étudié, il nous est plus facile de discuter cette courte observation et de nous demander si ce syndrome est bien la conséquence de la grippe. Ce qui nous le fait penser c'est la soudaineté de l'apparition des symptômes (soudaineté qui a *frappé* son entourage) et sa disparition en quelques jours.

Il nous est donc possible d'éliminer toute névraxite et toute autre affection organique de la moelle (syringomyélie, sclérose en plaque, hématomyélie, tumeur, mal de Pott, etc.),

De même, on peut éliminer toute affection pulmonaire pouvant retentir sur cet arc nerveux par l'intermédiaire du ganglion cervical inférieur si proche du sommet du poumon.

Le deuxième cas bien intéressant de grippe neurotrope qu'il nous a été donné d'observer concerne un enfant de 5 ans, qui pendant sa convalescence et sans fièvre était continuellement somnolent, pas de diplopie, pas d'autre symptôme d'encéphalite. Mais pendant les dix jours que dura sa maladie une stéréotypie des mouvements tout à fait particulière. L'enfant inerte conservait les attitudes qu'on lui imprimait : si par exemple on lui levait le bras ou la jambe, ou si encore on la fléchissait, il conservait stupidement cette attitude comme s'il n'était qu'un jouet mécanique. Et pourtant ce cas guérit sans aucune séquelle, sans modification de l'intelligence ou de la tonicité musculaire.

Il est donc légitime de penser que nous n'avons pas été en présence d'une encéphalite véritable, mais d'une imprégnation passagère des centres nerveux par une affection grippale neurotrope.

Sans m'étendre longuement sur les variétés de grippes neurotropes, sans m'arrêter aux cas d'hémiatrophie linguale ou de paralysie partielle du voile du palais qu'il nous a été donné d'observer je voudrais simplement signaler l'action des toxines grippales sur le rythme cardiaque.

On sait que le rythme cardiaque dépend de deux nerfs : l'un phrénateur, le pneumogésitique ; l'autre accélérateur, le sympathique, et de deux centres auto-moteurs qui tiendront sous leur dépendance le rythme propre du cœur et nous donneront la clef de toutes les arythmies. Le centre supérieur est interauriculaire, c'est de lui que partent toutes les impulsions, de lui que partent notamment les impulsions supplémentaires qui vont rompre l'harmonie cardiaque et que l'on nomme extrasystole, ce centre est encore connu sous le nom de de Tawara. Nœud auriculo ventriculaire de Tawara.

Le centre inférieur est interventriculaire, c'est le faisceau de His, il transmet au ventricule les impulsions reçues de plus haut, et s'il est détruit congénitalement ou par suite d'une gomme, il en résulte le pouls lent permanent autrement dit le blocage du cœur.

Il nous reste à observer comment la grippe agira sur chacune des modalités du rythme cardiaque.

On peut observer dans la grippe comme dans la plupart des affections fébriles un action sur les nerfs accélérateurs du cœur.

Ses toxines ont une influence accélératrice moins grande que celle du rhumatisme mais plus

grande que la fièvre typhoïde. La lenteur relative du pouls dans la fièvre typhoïde est un symptôme que les anciens cliniciens avaient bien nettement signalés.

En dehors de cette action sur le sympathique qui est d'observation banale on observe quelquefois une action plus particulière sur le nœud de Tawara : il en résulte une série d'extra-systoles interposées entre les bruits du cœur déjà accélérés et un syndrome arythmique qui pourrait faire croire à une lésion myocardique.

Nous avons observé récemment trois cas semblables. Il nous a suffi de les mettre au repos et de leur donner deux comprimés de quinicardine par jour pour voir l'arythmie disparaître en l'espace d'une semaine.

Si au cours d'une convalescence de grippe on observait une dissociation auriculo-ventriculaire autrement dit le blocage du cœur, le pouls lent, il ne faudrait pas penser à l'action d'une toxine grippale sur le faisceau de His. La grippe est incapable de réaliser ce syndrome, mais il faudrait penser à la présence d'une gomme syphilitique interventriculaire. Dans de tels cas nous avons obtenu une grande amélioration de la maladie par des injections de sels de bismuth.

En résumé, il y a lieu de décrire à côté des encéphalites, une série d'entités cliniques qui reproduisent sans doute les symptômes observés dans l'encéphalite mais d'une façon plus fugace.

Il semble en ce cas que les cellules nerveuses sont imprégnées par une toxine moins virulente que celle de l'encéphalite et il nous a paru légitime de ranger ces cas sous l'étiquette de « grippes neurotropes ».

Quand la biochimie nous aura expliqué l'action élective des toxines sur les cellules nerveuses, suivant la variété de ces toxines et suivant la variété de cellules, il nous sera possible alors de comprendre mieux ces grippes neurotropes que la clinique nous permet seulement de signaler.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

L'air chaud dans la gangrène diabétique.

L'air chaud est un des moyens thérapeutiques les plus énergiques dans le traitement de la gangrène diabétique. A. Cremieu et A. Chevallier (Le *Journal de Médecine de Lyon*, 5 mai 1926) en résument la technique d'application de la façon suivante :

Application aussi précoce que possible. Utilisation d'un appareil (pistolet à air chaud ou, de préférence, appareil de Prat) permettant d'envoyer de l'air sous pression à une température variant de 50 à 600°, cette température pouvant être facilement reglée par la manœuvre d'un rhéostat. Douches quotidiennes de quelques minutes d'abord, en commençant par des températures de 200 à 300° sur le tissu sphacélé et en terminant par une courte application de 80 à 100° sur les régions saines du pourtour ; peu à peu la durée des séances devra être prolongée jusqu'à vingt, trente, quarante-cinq minutes et la température élevée jusqu'à 500 et même 600° suivant la tolérance, mais sans porter au delà de 100° l'application faite sur les tissus sains. Les séances quotidiennes seront continuées jusqu'à guérison. Parfois les applications sont très douloureuses et peuvent nécessiter l'anesthésie ; c'est tout à fait exceptionnel. Les douleurs seront d'ailleurs facilement calmées par des pansements humides chauds à l'eau stérilisée ou légèrement additionnée d'antiseptiques, pansements qui seront laissés en permanence dans l'intervalle des séances. Il va sans dire que le traitement local doit être complété par une diète hydrocarbonée stricte et par un traitement médicamenteux dans lequel l'insuline doit tenir une place prépondérante.

FORMULES

Contre l'impétigo.

Pansement humide avec compresses imbibées d'eau d'Alibour diluée six ou huit fois, maintenu pendant quatre à six heures.

Si l'éruption est très enflammée, remplacer le pansement humide par l'application de la crème (six à douze heures) :

Vaseline	10 gr.
Lanoline	20 —
Eau distillée	15 —
Eau d'Alibour	5 —

Les croûtes ramollies sont enlevées ensuite avec une dilution d'eau d'alibour.

Les éléments débarrassés des croûtes sont touchés avec une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 %.

Appliquer ensuite non sur les lésions, mais à leur entour la pâte :

Calomel	2 gr.
Oxyde de zinc	15 —
Glycérolé d'amidon	35 —

Matin et soir, renouveler, le pansement et nettoyage à l'eau d'Alibour diluée.

Si les lésions sont tenaces, remplacer la pommade précédente par celle qui suit :

Bi-oxyde jaune de mercure	0 gr. 20
Huile de Cade	0 gr. 50
Vaseline + Lanoline	10 gr.

(E. Bodin).

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Le traitement du tétanos.

Le traitement est causal et symptomatique.

a) *Traitement causal.* — La sérothérapie jouit d'un pouvoir curatif. Il la faut précoce et à hautes doses. En dépit de cette double condition remplie, les succès ne sont pas constants. Les tétanos suraigus n'y trouvent aucune atténuation à leur gravité. Et les tétanos subaigus succombent encore en grand nombre.

Avec la sérothérapie, la mortalité est encore de 38 p. 100 (Bruce). Dans les formes graves, il faut de 100 à 140 cc. de sérum par jour. Il est des malades qui ont reçu jusqu'à 3 litres de sérum en tout. La dose sera de 60 à 100 cc. quotidiens chez l'enfant.

Les formes subaiguës ou moyennes se contentent d'une dose quotidienne de 40 à 60 cc. pour l'adulte et de 20 à 40 cc chez l'enfant.

La voie habituelle est la voie sous-cutanée. Dans les formes graves, dans le tétanos à incubation courte (deux à six jours), on administre en plus le premier jour de 20 à 40 cc. par voie intraveineuse.

Les injections de sérum intra-rachidiennes sont de pratique malaisée, vu la contracture.

Les accidents sérothérapiques sont fréquents. Pour les éviter, le remède est injecté en plusieurs fois : 1 cc. d'abord, une heure après 5 cc., une heure après 10 cc., le reste trois à quatre heures après. MM. Morenas et Sedaillan conseillent l'injection intra-veineuse d'une solution de *chlorure de calcium* à 10 p. 100. On injecte 20 cc. tous les jours pendant toute la durée de traitement sérothérapique.

b) *Traitement symptomatique.* — Le *chloral* aux doses de 4 à 12 grammes a guéri bien des tétaniques, avant l'apparition de la sérothérapie. L'*acide phénique* à 2 ou 3 p. 100 est de plus en plus délaissé. Bérard et Lumière ont conseillé le *persulfate de soude* : 5 gr. pour 100 cc. d'eau distillée stérilisée. Injection intra-veineuse de 20 cc. matin et soir. L'injection provoque parfois le vomissement, mais les spasmes sont calmés et ne reparaissent que plusieurs heures après. On continue plusieurs jours de suite. Pour M. A. Dufour (*Maladies Infect.*, Doin, édit.), c'est le meilleur calmant.

Contre les *contractures permanentes* localisées à un membre, MM. Bérard et Lumière ont pratiqué l'anesthésie régionale. Ils emploient une solution de novocaïne à 1,5 p. 100 additionnée d'une goutte d'*adrénaline* à 1/1000 par centimètre cube. Les injections sont faites au niveau du plexus brachial pour le membre supérieur et au point d'émergence du sciatique pour le membre inférieur. En général, convient le voisinage des troncs nerveux qui commandent les groupes vasculaires contracturés.

Lorsque les muscles respiratoires se prennent, ils anesthésient les phréniques : on rase avec l'aiguille le bord postérieur du sterno-cleido-mastoïdien, à 3 centimètres au-dessus du creux sus-claviculaire. L'aiguille est enfoncée à 3 centimètres de profondeur et dirigée en dedans, jusqu'à buter contre le scalène inférieur. On pousse à ce moment le contenu de la seringue (10 cc. d'*allocaïne* à 1 à 2 p. 100), additionnés de X gouttes d'adrénaline à 1/1000 (Dufour, *loc. cit.*).

Dans le *tétanos des nouveau-nés*, cautériser la plaie ombilicale, laver à l'eau oxygénée, appliquer dessus des cristaux de *persulfate de soude*. Nourrir l'enfant par gavage. Sérum par voie sous-cutanée : 10 cc. par jour. *Chloral* : 0 gr. 25 toutes les quatre heures en solution à 2 p. 100.

Dans le *tétanos puerpéral*, traitement du tétanos avec les soins locaux en plus. S. R.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La thérapeutique par les chocs.

Tout corps colloïdal introduit dans l'organisme par une autre voie que la voie digestive (intraveineuse, intra-musculaire, sous-cutanée) entre en état de floculation et provoque alors dans cet organisme une réaction, une rupture d'équilibre colloïdal. C'est le « choc » désigné par le Pr Widal sous le nom de « choc hémoclasique ».

La pathologie infectieuse produit à chaque instant des chocs. Les accès fébriles intermittents, les accès urineux, bilio-septiques, pyohémiques sont des exemples de chocs naturels De là à la production artificielle de chocs, il n'y avait qu'un pas. Et les méthodes par *colloïdothérapie* et la

protéinothérapie sont entrées dans la thérapeutique médicale.

MM. J. Rieux et Ch. Zoeller qui ont consacré de bonnes pages à ces procédés nouveaux (*Traitement des Maladies Infectieuses*, Maloine, édit.) les divisent en deux variétés : le choc intense ou grand choc ; le choc fruste ou petit choc.

1° Le grand choc ressemble à un intense accès fébrile intermittent. L'injection intra-veineuse d'un sérum thérapeutique ou d'un simple sérum glycosé produit un frisson intense avec angoisses, sueurs, asthénie profonde.

2° Le petit choc obtenu par l'injection sous-cutanée produit une atténuation du même phénomène : le grand frisson est remplacé par de petits frissonnements, l'angoisse devient de l'abattement, la fièvre ne dépasse pas 38° à 38°5.

Comme substances employées, il y a d'abord les métaux colloïdaux, argent colloïdal, électrargol, collobiases d'or, d'argent, de platine, de soufre.

L'argent colloïdal ou collargol a été employé en injection intra-veineuse (sol. à 1 p. 100 dans des ampoules de 1 cc. : une, deux, trois par jour).

L'électrargol est de l'argent colloïdal finement divisé : 5 à 10 cc. en injections intra-veineuses ou intra-musculaires.

L'or colloïdal est fort dangereux. En injections intra-veineuse à 1 cc., nous avons, dans deux cas d'endocardite infectante, obtenu un état de collapsus alarmant qui a failli emporter les malades. La dose initiale ne doit pas dépasser 0.1 à 0.2 cc., si tant est qu'on désire employer ce médicament.

Après les métaux colloïdaux, viennent les substances organiques. La peptone de Witte en solution fraîche à 5 p. 100 s'emploie en injection intra-veineuse (5 cc.) ou intra-musculaire (10 cc.).

Le lait en injections sous-cutanées (5 cc. tous les deux à cinq jours) est plus maniable (lait bouilli ou lait cru prélevé aseptiquement).

Le *sang* s'emploie sous forme de sang complet du malade lui-même (auto-hémothérapie) ou emprunté à une personne saine (hétéro-hémothérapie). On utilise le plasma (auto ou hétéro-plasmothérapie) ou le sérum (auto-sérothérapie, hétéro-sérothérapie). Injection sous-cutanée ou intra-musculaire, voire intra-veineuse.

L'injection de produits organiques pathologiques (pus aseptisé, pyothérapie) appartient à la même série.

Le grand choc appliqué au traitement des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, septicémies, streptococcémies, fièvre puerpérale) expose à des accidents fort graves. On dit que des cas de guérison inespérés ont été obtenus. Parfois, comme dans la septicémie puerpérale, l'arrêt instantané de l'infection a été signalé. Mais que d'insuccès, de contractures tétaniques, comme chez une typhoïdique que nous avons vu traitée par cette méthode, que de morts !

« Il nous paraît bien difficile, concluent MM. Rieux et Zoeller, de donner à cette méthode une portée pratique réelle ; elle nécessite, pour être acceptée et entreprise, des conditions de milieu, qu'on ne peut guère réaliser que dans les centres hospitaliers. » Si le médecin passe outre et emploie la colloïdothérapie en injections intra-veineuses dans la clientèle, il sera obligé bien souvent, de rester auprès du malade pour combattre la violence des accidents qu'il aura provoqués. La méthode ne peut être réservée qu'à des cas tout à fait exceptionnels où la partie semble définitivement perdue. Si la mort fait suite, encore la famille n'aura-t-elle que trop de tendance à en rendre responsable l'intervention funeste du médecin.

Le petit choc, au contraire, ouvre au praticien de nombreuses possibilités d'intervention. Toute affection à tendance traînante et rebelle aux médications employées est justiciable de la colloïdothérapie ou protéinothérapie par la voie sous-cutanée ou intra-musculaire.

On l'a employée dans les maladies infectieuses aiguës : grippe, méningite cérébro-spinale, encéphalite épidémique, non pas tant au début qu'au milieu ou à la fin de l'infection. Le lait a surtout été préconisé. Les résultats sont des plus variables.

Les infections chroniques répondent mieux à la médication. La *peptone de Witte* a réussi dans les manifestations diverses de la gonococcie chronique (rhumatisme surtout).

L'urticaire, l'asthme, certaines dermatoses prurigineuses, l'eczéma se sont vu opposer le même traitement avec des succès fort inégaux.

Quant aux contre-indications du petit choc, elles se résument dans les complications des maladies infectieuses : albuminurie, endocardite, endopéricardite, tuberculose, états cachectiques.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Résultats du traitement de la tuberculose par les sels d'or.

Les sels d'or sont entrés dans la thérapeutique de la tuberculose. Nous possédons en France diffé-

ents produits analogue au produit danois. V. Cordier, Ch. Gaillard et Levrat (*Lyon Médical*, 30 mai 1926) ont employé la thiochrysine des Usines du Rhône, aux doses de 0.05, 0.10 et surtout 0.20 et 0.40 par injection intraveineuse en solution dans 1 ou 2 cc. d'eau bidistillée. Selon les cas ils ont employé :

Soit 0.20 une fois par semaine ;

Soit 0.40 une fois par semaine ;

Soit 0.20 trois fois par semaine.

Ils ont toujours débuté par des doses faibles et les traitements ont été prolongés pendant plusieurs mois jusqu'à atteindre 7 grammes actuellement pour certains malades.

Les accidents sont rares : frisson, éruptions érythémateuses, albuminurie.

Il faut réserver ce traitement aux indications :

Formes fibro-caséeuses récentes sans hecticité avec râles humides confluents.

Formes cavitaires lentement évolutives peu ou pas pyrétiques et non améliorées par la cure sanatoriales.

On doit repousser : les formes hectiques, les formes rapides, la granulie.

Dans l'appréciation des résultats, les auteurs lyonnais ont négligé les signes fonctionnels et se sont attachés aux modifications des signes physiques, de la courbe thermique et de la courbe de poids. La recherche des bacilles de Koch n'a pas montré la disparition de ceux-ci après traitement.

Ils ont ainsi traité 58 malades, mais ne tiennent compte que des 45 observations remontant à plus de deux mois ; elles se décomposent de la façon suivante :

1° Quatre cas aggravés par la thiochrysine ; il s'agit de cavitaires largement évolutifs à type hectique.

2° Dix-neuf cas non améliorés, où l'évolution ne semble modifiée ni dans un sens ni dans l'autre par la thérapeutique. Sur ces dix-neuf cas, quatorze sont des cavitaires hectiques ; cinq, par contre sont des fibro-caséeux faiblement évolutifs où la médication semblait devoir agir.

3° Sept cas douteux, où l'amélioration constatée peut être attribuée avec autant de vraisemblance à la cure sanatoriale qu'à la thiochrysine. Il s'agit d'une forme fibreuse et dans les six autres cas de fibro-caséeuses banales.

4° Sept cas avec légère amélioration, dont quatre cavitaires lentement évolutives et trois fibro-caséeuses.

5° Huit cas avec amélioration très nette, dont trois cavitaires peu évolutives et cinq fibro-caséeuses.

Les améliorations constatées se traduisent essentiellement par la diminution des signes physiques, l'assèchement des lésions et par la régularisation thermique. La courbe de poids est peu modifiée en général.

Les conclusions des auteurs lyonnais sont très prudentes, car il n'y a rien de plus difficile à juger que l'amélioration d'un tuberculeux. Il semble que l'on puisse dire :

1° Que la médication employée à doses prudentes n'est pas dangereuse ;

2° Que les indications sont assez larges ;

3° Que l'on n'obtient pas de guérisons éclatantes avec disparition des bacilles ;

4° Que l'on observe, dans 25 à 30 % des cas, une amélioration des signes généraux et une diminution des signes physiques supérieures à ce que donne la cure sanatoriale ;

5° Qu'on a l'impression clinique d'une médication active, plus en tous cas, que toutes les chimiothérapies actuellement proposées ;

6° Qu'il est probable que l'on est sur une voie à poursuivre, mais que les résultats actuels ne permettent pas de croire à un but atteint.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Le traitement des otites moyennes de la première enfance.

Le traitement des otites moyennes dans la première enfance n'obéit pas aux mêmes indications que dans les âges ultérieurs.

Sargnou (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 janvier 1926) résume parfaitement les règles du traitement.

Il est *prophylactique* et *curatif*. Le *traitement prophylactique*, chez le nourrisson et le tout petit, a une très *grande importance*. Il faut tout d'abord soigner les coryzas des nourrissons, faire leur toilette nasale, aspirer au besoin les mucosités, ne pas employer le menthol qui risque de donner des crises de suffocation. L'huile goménolée à 1.2 ou 3 %, les sels d'argent par voie nasale ou par voie oculaire rendent des services. On doit, si cela est possible, isoler les nourrissons atteints de coryzas très intenses, surtout s'il y a un coryza avec otite, car souvent, dans les états grippaux, l'otite prend successivement les petits de la même famille.

En cas d'otite récidivante, il y a lieu de penser aux *végétations adénoïdes* et de les opérer. Pour éviter le type si grave d'otite nosocomiale, il y a lieu de pratiquer à l'hôpital l'*isolement* minutieux de tous les malades contagieux ou douteux.

Le *traitement curatif* comporte une *partie médicale et une partie chirurgicale.*

La *partie médicale* comprend des instillations de liquide adoucissant légèrement antiseptique dans les narines, l'huile goménolée, la glycérine boratée. La glycérine phéniquée chez les tout petits, même à dose faible, donne de l'eczéma du conduit. Les catasplasmes et les pansements humides, dans l'intervalle des cataplasmes, soulagent beaucoup le petit malade et font parfois avorter l'otite, mais il y a lieu de mettre sur l'oreille et la région voisine, une fois ou deux par jour, de la pommade à l'oxyde de zinc et à l'amidon, ou du tulle gras Lumière pour éviter la macération, l'eczéma consécutif et surtout les petites infections pustuleuses cutanées.

Dans les formes sévères, il y a lieu de donner un *traitement général* combiné aux *bains tildes*, notamment dans les formes pneumococciques.

Les *sérums* et les *vaccins* ont été utilisés depuis plusieurs années dans les formes graves, particulièrement dans les pneumococcies.

On tend surtout en raison des accidents sériques à n'employer que la vaccination. Le vaccin doit être mixte : 1/3 pneumocoques, 1/3 entérocoques, 1/3 staphylocoques et tétragènes.

Les injections sous-cutanées se font à la dose, chez les tout petits, de 1/4 ou de 1/3 de cc ; le jour suivant de 1/2 cc., puis d'un cc., pendant la durée de la maladie ; il faut en général de 6 à 12 injections. Chez le grand enfant, 1/2 cc. le premier jour et 1 cc. les jours suivants. Dufourt n'a pas observé de réactions locales graves, parfois un peu d'urticaire, et il a publié une statistique de 85 % de guérisons chez des enfants extrêmement jeunes atteints de pneumococcie. On pourrait utiliser, comme d'Œlnitz et Cole, de Nice, la séro-vaccinothérapie associée.

Le traitement chirurgical consiste dans *l'ouverture du tympan*. Quelques auteurs se sont posé le problème : Est-il utile d'ouvrir le tympan ? Dans le rapport de 1925, la grande majorité des otologistes et des pédiâtres a conclu que la guérison est beaucoup plus rapide par l'ouverture chirurgicale du tympan : 91 % par exemple des pédiâtres. La guérison en général s'observe plus vite et on prévient plus sûrement les complications.

Les indications de la paracentèse sont tirées de l'*état du tympan* et des *troubles généraux*. L'*absence du triangle* constitue le signe le plus important de l'indication de la paracentèse. Il en est de même du bombement tympanique étendu et des modifications de couleur.

Sargnou opère de la façon suivante : anesthésie avec une mèche imbibée de cocaïne, adrénaline chez les tout petits, de très peu de mélange de Bonain chez les plus grands. Il utilise une aiguille courte et fait la paracentèse en bas, en position assise qui est plus facile. En position couchée, il faut alors, pour éviter de ponctionner trop haut, faire l'incision transversale qui devient oblique quand l'enfant est redressé.

Au cours de la paracentèse, on peut avoir, en perforant le tympan, une sensation parcheminée. Il n'y a pas d'otite ou bien on est tombé à côté du foyer enkysté. Le plus souvent, on perfore un tympan mou qui donne du sang, de la sérosité et souvent même dans les formes qui paraissent être au début, du pus net. Après la paracentèse, l'écoulement dure habituellement plusieurs jours, quelquefois huit jours, quelquefois au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures il est tari. La rétention n'est malheureusement pas très rare, surtout si la paracentèse n'a pas été large ; l'orifice peut aussi se boucher par un caillot, un bourgeon. On peut alors faire l'aspiration, ou faire un lavage sans force au sérum tiède, ou bien faire une nouvelle paracentèse. Cependant, il faut éviter si possible des paracentèses répétées qui lardent le tympan à des endroits différents.

Comme pansements, Sargnou conseille, en cas de suppuration nette, des lavages sans force avec de l'eau bouillie tiède légèrement salée ; il sèche et met de l'huile goménolée. Le lavage se fait de préférence avec une poire avec embout de caoutchouc comme pour les nourrissons. Dans certains cas, on utilise aussi le bain oxygéné dédoublé ou le bain au sérum physiologique. A la période douloureuse du début, les cataplasmes et pansements humides avec protection préalable par de la pommade à l'oxyde de zinc, ou du tulle gras Lumière, sont très utiles. On peut aussi immobiliser les mains du nourrisson s'il cherche trop à enlever son pansement.

En général, l'otite paracentésée guérit vite, beaucoup plus vite qu'en cas de perforation spontanée, et passe rarement à la chronicité.

CLINIQUE MÉDICALE

Méfions-nous des asthmatiques.

Nous ne voulons que rappeler ici des faits bien connaus, mais auxquels, dans la pratique journalière, on ne prend peut-être pas assez garde.

S'il est des malades considérés par leur entourage comme à peu près inoffensifs et de tout repos, c'est bien la grande famille des emphysémateux. Poussifs, catarrheux, asthmatiques, ils

arrivent souvent — tant que leur cœur veut bien tenir — à s'adapter tant bien que mal à leur état. Ils vivotent au jour le jour et vaquent à leurs affaires ou à leurs plaisirs, gardant à portée de la main le Lancelot tutélaire ou la boîte d'évatmine, et chaque année, afin de ne pas s'aliéner ces sifflantes gorgones, ils font à leurs bronches le sacrifice de trois semaines au Mont-Dore.

L'entourage lui aussi s'adapte. On les plaint, bien sûr, ces pauvres poussifs, mais un peu en surface ; et surtout on ne se méfie pas d'eux. La fillette embrasse à pleine bouche le papa qu'on a toujours entendu tousser ; l'épouse partage avec l'époux catarrheux le même mouchoir ; et le plus innocemment du monde, le vieux grand-père, qui mijote au coin du feu son éternelle bronchite, crache « dans le foyer » ainsi qu'il l'a toujours fait et toujours vu faire.

Or, un beau jour dans cette maison le médecin est appelé près de la fillette qui fait une granulie, près du grand gars de 20 ans atteint de pneumonie caséeuse, près de la servante fatiguée et dont l'un des sommets craque.... Et lorsque le médecin prononce le mot fatidique de tuberculose, il est bien souvent pris à part par le maître de maison qui, entre deux quintes, lui tient à peu près ce langage.

« Etes-vous bien sûr Docteur ?... De la tuberculose ? Nous n'en avons, Dieu merci, jamais eu dans la famille... »

Cette histoire est classique ; et il n'est pas un praticien qui, dans sa carrière médicale, ne l'ait vue se répéter à bien des exemplaires. L'un de nous suit depuis des années un asthmatique de ce genre, deux fois veuf, et dont les deux femmes sont mortes de tuberculose rapidement évolutive. Lui, tout en continuant de tousser et de cracher se porte à peu près bien et exerce régulièrement sa profession.

Lorsqu'on prend l'observation détaillée de ces malades, on note dans leurs antécédents soit quelques hémoptysies, soit de vagues bronchites qui ont traîné, soit une pleurésie, quelquefois même rien du tout.

Si on les ausculte en période de calme, on arrive à percevoir au niveau soit de la zone d'alarme, soit d'un hile, soit d'une base, soit d'une scissure — ce qui est fréquent — un foyer, le plus souvent limité et discret, caractérisé par une respiration un peu soufflante et des râles plus ou moins nombreux et humides. Si, d'autre part, on pratique l'examen des crachats, recueillis en temps voulu, on finit par découvrir — peut-être après beaucoup d'autres infructueuses recherches — des bacilles de Koch.

En résumé, ces malades ont fait, à une époque souvent indéterminée une localisation pulmonaire tuberculeuse à tendance non évolutive ; et plus tard sur cette « épine » se sont greffés ces syndromes asthmatiformes d'une pathogénie si complexe et encore actuellement si mal connue.

Asthme, de même qu'emphysème et bronchite consécutive ont fait oublier la tuberculose ; mais il n'en reste pas moins que ces malades sont trop souvent demeurés des tuberculeux, contagieux par conséquent, vis-à-vis de leur entourage.

Quelle conduite tenir à leur égard ?

1° **Dépister leur tuberculose** ; et ce point acquis, prendre les mesures de prophylaxie qui s'imposent : mesures d'hygiène (crachoir, sac à linge, etc.) éloignement si possible des enfants et mesures préventives (Œuvre Grancher).

2° **Soigner leur tuberculose** et ne pas se contenter de combattre les poussées saisonnières ou météorologiques de bronchite et d'emphysème. Outre la cure diététo-hygiénique qui doit être pratiquée dans tous les cas, il faut chercher à agir sur ces petits foyers demi-scléreux, de manière à en activer si possible la cicatrisation. Dans des cas de ce genre, les tuberculines prudemment maniées sont susceptibles de donner de bons résultats.

Dans la pratique courante, nous avons à notre disposition les composés gaïacolés et l'iode sous forme colloïdale ou simplement sous forme de teinture d'iode donnée à doses progressives. Ces différentes médications, qui doivent d'ailleurs être administrées avec prudence et surveillées de près, nous ont toujours semblé agir de façon favorable sur ces formes de tuberculose.

Dr Coubard Dr Gallot,
Sanatorium du Bois-Grolleau (près Cholet).

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'épidémie de variole 1925-1926. — M. L. Camus. — On a enregistré dans la Haute-Garonne 160 cas et 45 morts, dans l'Hérault 52 cas et 19 morts, dans la Seine 24 cas et 5 morts. Dans différents endroits, le personnel des hospices et des hôpitaux a été à la fois victime et agent de transmission de l'infection. Il faut exiger, avant l'embarquement pour la France, la vaccination de tous les étrangers et de tous les voyageurs, à l'exception des touristes et des hivernants.

Trois ans après la vaccination, on ne peut compter sur la protection de l'immunité vaccinale.

Considérations sur la dernière épidémie de variole. — M. TANON. — Les cas de variole ont été d'importation étrangère. Le premier cas s'est déclaré dans un hôtel borgne d'Epinay-sur-Seine. A Paris, les premiers cas ont été considérés comme étant des rougeoles ou du scorbut.

Vaccination au cours de la dernière épidémie de variole. — M. GUYOT.

Le renversement de la séquence oreillette ventricule. Sa pathogénie. — M. GÉRAUDEL.

22 juin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 juin 1926.

Traitement insulinique du xanthome diabétique. — MM. A. CHAUFFARD et P. BRODIN rapportent la suite de l'observation d'un malade déjà présenté à la *Société Médicale* en novembre 1924, atteint d'un xanthome diabétique traité et guéri par l'insuline.

Comme dans le traitement du diabète, cette guérison n'a été que momentanée. Peu à peu le taux des graisses du sang s'est élevé et des lésions cutanées ont reparu lorsque la lipémie a atteint 40 à 50 grammes.

Pour les empêcher de reparaître, il est nécessaire de faire de temps à autre des cures d'insuline qui entraînent un abaissement de la lipémie. Tout se passe comme s'il existait un seuil de localisation tissulaire.

Pour obtenir cet abaissement il faut des doses assez fortes d'insuline, de 30 à 40 unités par jour, et associer au traitement insulinique un régime.

Il semble en outre que toutes les insulines n'aient pas la même action et que les insulines les plus pures ne soient pas les plus efficaces.

M. LABBÉ. — Il n'y a pas nécessairement des xanthomes chez les grands lipémiques diabétiques. Le facteur personnel est des plus importants dans les rapports des xanthomes et de la lipémie.

Un cas d'ostéodermopathie hypertrophique. — MM. Marcel LABBÉ et Paul RENAULT présentent un malade atteint d'ostéopathies hypertrophiantes avec raréfaction osseuse des extrémités. A la radiographie, malgré l'hypertrophie du tissu spongieux, le sujet présente en outre un diabète insipide peu influencé par la rétropituitrine.

Méningite syphilitique puriforme. — MM. P. LÉCHELLE, J. WEILL et P. DELTHIL. — Deux syndromes méningés aigus au cours d'une syphilis secondaire, avec réaction puriforme. Guérison dans les deux cas par traitement spécifique.

M. FLANDIN. — Dans la syphilis secondaire normale la réaction méningée est constante.

Rhumatisme chronique avec adénites chroniques. — M. THIROLOIX présente un cas de rhumatisme chronique compliqué d'adénopathies anormales, améliorées par le traitement iodé.

M. CHAUFFARD a décrit les adénites dans le rhumatisme chronique et les a étudiées avec RAMOND.

Urticaire solaire. — MM. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, P. BLAMOUTIER, Justin BESANCON et SAIDMAN présentent une femme de 44 ans qui a, depuis deux années, de l'urticaire dès qu'elle s'expose aux rayons solaires.

C'est brusquement, alors qu'elle était au bord de la mer que sont apparues les premières manifestations ortiées. Depuis, elles se reproduisent toutes les fois que cette femme se trouve en plein soleil ; la sensibilité est même devenue telle qu'il suffit maintenant d'une lumière diffuse, un peu vive, tamisée par les nuages, ou de la simple réverbération du soleil sur un mur, pour que l'urticaire se manifeste.

Suivant l'intensité du rayonnement solaire, les accidents surviennent au bout de 1 à 10 minutes. Le malade ressent une tension au niveau de la région exposée, puis des picotements, des fourmillements, enfin une sensation de chaleur violente, très prurigineuse. La peau devient uniformément érythémateuse puis apparaissent, disséminées, de nombreuses petites papules œdémateuses, très saillantes, rapidement confluentes, formant alors une vaste nappe uniforme apparaissant en blanc par la traction de la peau ; c'est une véritable papule d'urticaire géante, très surélevée, dont les bords tombent à pic sur le tégument avoisinant parfaitement sain. La zone éruptive est exactement limitée aux régions en contact avec les rayons solaires. La réaction urticarienne dure de 10 à 15 minutes puis la saillie œdémateuse s'affaise; il ne reste plus pendant quelque temps qu'une diminution de souplesse, un épaisissement local de la peau.

De nombreuses recherches ont été faites par les auteurs, voici les principales :

Des examens de sang, pratiqués avant et après l'apparition de l'urticaire, ne décèlent aucune modification de la formule sanguine.

L'application sur la peau de divers courants électriques (galvanique, faradique) n'amène aucune réaction, de même les rayons X.

Les rayons ultra-violets et les rayons infra-rouges agissent sur la peau de la malade comme sur celle d'un sujet normal. Mais avec l'arc voltaïque on reproduit la même lésion qu'avec les rayons solaires. Les rayons irritants se trouvent dans le violet, dans le bleu, et dans une partie du vert.

Des essais multiples ont été faits pour essayer de protéger cette malade, sans résultat.

Les auteurs montrent que ce cas d'urticaire solaire, de même que les quelques cas publiés à l'étranger, diffère des cas de sensibilisation actinique décrits récemment. Il diffère totalement des coups de soleil qui surviennent après une longue exposition aux rayons solaires et ont des caractères tout autres. Il diffère enfin des urticaires par sensibilisation de type anaphylactique.

Ces urticaires solaires, exceptionnelles, dont la pathogénie reste des plus obscures, méritent de prendre une place à part dans la nosologie des urticaires.

M. Dufour conseille les injections d'adrénaline.

M. Valléry-Radot. — L'adrénaline ne donne aucun résultat dans ce cas.

M. Flandin a observé des faits analogues, se transformant en eczéma. La guérison fut obtenue par un vernis avec sel basique de quinine. Les traitements de désensibilisation ne donnent aucun résultat.

M. Pagniez. — La camomille, d'après certains auteurs, exerce sur la peau une action souvent protectrice.

M. Monier-Vinard a observé un urticaire géant par le froid et se demande si ce n'est pas simplement un dermographisme géant.

Sympathectomie dans l'angine de poitrine. — MM. Sicard et Lichtwitz. — Un malade présente une angine de poitrine, liée à une aortite spécifique. On lui fait un traitement spécifique sans succès. On fait ensuite une sympathectomie gauche sans rien qu'une amélioration passagère. Une nouvelle sympathectomie droite fut pratiquée. Les douleurs ont disparu quelques jours. Mais les crises douloureuses cardiaques sont reparues compliquées d'insuffisance cardiaque grave. La sympathectomie n'a, dans ce cas, donné aucun résultat favorable.

M. Donzelot. — Dans deux cas d'angine de poitrine, la sympathectomie n'a pas donné de meilleur résultat. Ces faits ne peuvent enlever toute valeur aux constatations favorables.

M. Vaquez n'a pas observé de guérison définitive. La technique est très variable, elle n'est pas encore au point. Mais il faut préciser avec soin les indications de cette opération.

M. Laubry partage le même avis.

Œdème pulmonaire infecté chez les cardiaques. — MM. G. Caussade et A. Tardieu apportent des observations qui démontrent que la fièvre constatée chez certains cardiaques s'explique par l'infection secondaire des œdèmes dits passifs. Ils décrivent les différentes phases évolutives du processus infectieux, à type d'œdème, greffé sur des poumons cardiaques. Le pronostic en est d'ailleurs tout différent, les œdèmes pulmonaires évoluant en quelques semaines, parfois même en plusieurs mois. L'atteinte du poumon cardiaque par le pneumocoque est une éventualité fréquente au cours de l'asystolie.

Un cas de tumeur cérébrale guérie par la radiothérapie profonde. — MM. Coyon, Solomon et Willemin montrent une femme de 42 ans qui présentait un syndrome d'hypertension intracranienne considérable (céphalée intense, vomissements en fusée, signes oculaires : stase papillaire, hémorragies du fond d'œil, grosse diminution de l'acuité et du champ visuels) sans signes de réaction méningée à la ponction lombaire. La radiothérapie profonde, faite par trois foyers d'irradiation, procura dès la 4e séance une grosse amélioration. Après la dixième, tous les symptômes fonctionnels et oculaires avaient totalement disparu La guérison se maintient depuis trois mois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Volvulus de la vésicule biliaire. Intervention. Guérison. — M. Mathieu rapporte une observation de M. Daraignez (de Dax) sur cette affection rare.

La malade, agée de 55 ans, avait présenté une crise douloureuse abdominale, avec diarrhée. Une hématémèse antérieure avait fait porter le diagnostic d'ulcère gastrique perforé. A l'intervention, on trouve une vésicule énorme, tendue, et tordue de 180° sur son collet.

Cholécystectomie. Guérison.

Hernie inguinale géante. Intervention. Guérison. — M. Rouvillois lit une observation de M. Lecercle (de Damas) concernant un malade porteur d'une hernie volumineuse descendant jusqu'aux genoux.

Le sac contenait la presque totalité de l'intestin grêle, le cœcum, le côlon transverse, le côlon gauche.

Réduction et résection du sac. Guérison.

Sur 84 cas de chirurgie maxillo-faciale de guerre. — M. Rouvillois rapporte ces observations de M. Spick et de ses collaborateurs (de Casablanca).

Il insiste sur l'utilité de l'ablation des dents malades, la suture primitive des parties molles, et expose les principaux procédés employés.

Des pédicules tubulés dans la chirurgie réparatrice. — M. Moure expose sa technique des lambeaux tubulés, et insiste sur la nécessité de ne pas en couper trop tôt le pédicule. Il en montre les résultats satisfaisants. (16 juin). E. Theillier.

***

Deux cas de plaie du cœur. Intervention. Une guérison, un mort. — Ces deux cas, rapportés par M. Lenormant, présentaient le syndrome habituel des plaies

du cœur. Tous deux ont fait l'objet d'une intervention avec suture de la plaie ventriculaire. Le rapporteur insiste sur la nécessité d'éviter l'ouverture large de la plèvre, et les bons effets de l'injection intra-cardiaque d'adrénaline.

Torsion d'utérus fibromateux, Intervention. Guérison. — M. AUVRAY en rapporte un nouveau cas, adressé par M. DIDIER. Cette torsion s'était effectuée ici encore avec une latence complète. Hysterectomie abdominale subtotale. Guérison.

Un cas de fistule branchiale. Extirpation. Guérison. — M. GERNEZ rapporte une observation de M. LHEUREUX (de Lille) concernant un soldat de 22 ans, porteur depuis l'âge de 2 ans, d'une fistule cervicale, donnant issue à un liquide muco-purulent. Un cathérisme, puis des injections de lipiodol avaient permis de suivre le trajet fistuleux jusqu'à la région amygdalienne.

Excision sur sonde cannelée. Guérison rapide.

L'examen anatomo-pathologique confirme l'origine branchiale de la fistule.

Corps étrangers des voies digestives chez l'enfant. — M. MOUCHET en rapporte deux cas de M. LASSERRE (de Bordeaux).

Dans le premier cas, une broche à charnière, avalée ouverte, est expulsée fermée.

Dans le deuxième cas, une épingle à ressort, avalée ouverte, est expulsée ouverte sans avoir provoqué aucun trouble. Détail amusant : un ascaris lombricoïde, emprisonné dans l'anneau de l'épingle, est expulsé avec elle.

Les indications du Mickulicz (suite de la discussion). — M. AUVRAY est devenu partisan du drainage à la Mickulicz dans un grand nombre de cas : opérations en milieu très septique, hystérectomies élargies pour cancers, fibromes dégénérés, salpingites adhérentes et incomplètement refroidies ; cholécystites suppurées ; plaies de l'abdomen, surtout dans les cas d'intervention tardive ; amputations abdomino-périnéales du rectum.

Il a vu dans ces cas le pronostic considérablement amélioré par ce mode de drainage et en est devenu un partisan déterminé. (23 juin). E THEILLIER.

BIBLIOGRAPHIE

Les syndromes cardiaques. Les rythmes de galop, par Ch. LAUBRY, *médecin de l'hôpital Broussais* ; Cés. PEZZI, *professeur agrégé de l'Université de Milan*. — G. DOIN, édit. — Un volume in-8°, 215 p. — Prix : 32 francs.

Nous avons dit l'effort de M. Ch. LAUBRY à remonter le courant. Au-dessus des interprétations souvent épineuses que réserve l'étude des électrogrammes, il place les constatations décisives de la clinique. A l'analyse subtile et souvent oiseuse du détail, c'est-à-dire du tracé, il préfère le tableau largement éclairé de l'ensemble, nous entendons la clinique. Le volume actuel qu'il signe avec M. C. Pezzi répond à une conception de même ordre. Beaucoup de notions neuves trouvent jour dans ces pages documentées et précises. Et tout d'abord, le signe de Flint. On sait que ce signe constaté dans l'insuffisance aortique consiste dans l'apparition d'un roulement présystolique perceptible à la pointe du cœur. Or, le rétrécissement mitral qu'on pourrait croire n'existe pas. Il s'agit d'un bruit de galop lié à l'hypotonicité du myocarde. Les connaissances pratiques de ce fait s'imposent tout de suite. A un aortique atteint de roulement de Flint, il faut donner de la digitale. Une autre partie essentiellement originale du livre est celle qui a trait au bruit de galop droit. Il ne faut l'accepter qu'avec circonspection disent les auteurs. Néanmoins il existe. Les caractères spéciaux du tracé, l'appui de l'examen radioscopique, l'apparition de la dyspnée, de la cyanose, de la tachycardie, l'accentuation du deuxième son pulmonaire légitiment en faveur d'un galop droit. Mais combien de fois il est difficile de se prononcer ! Il reste des cas litigieux insolubles. Entre le galop droit et gauche, le diagnostic ne se prononce pas. Les praticiens se soucient peu de pareilles distinctions, puisque dans les deux éventualités, le myocarde révèle son insuffisance et que le même traitement est applicable quelle que soit la solution acceptée. Le chapitre du rythme de galop est-il épuisé ? Il semble bien. « Il en est disent les auteurs dans une introduction où nous reconnaissons la langue de M. Laubry, de la notion apparemment simple d'un signe comme de la recherche d'une exigence biologique. Qui croit avoir compris l'un et déchiffré l'autre n'a jamais contemplé que sous un seul angle la figure de la vérité. » Il suffit de déplacer le regard pour apercevoir des traits qui avaient échappé tout d'abord. La multiplicité des points de vue par où MM. Ch. Laubry et C. Pezzi embrassent le bruit de galop laisse présager que l'essentiel aujourd'hui est acquis pour longtemps.

Qu'est-ce que l'homéopathie, par le Dr Gilbert CHARETTE (de Nantes). — Paris, éditions médicales, rue de Valois, 1 vol. 148 p. — Prix : 7 fr. 50.

M. le Dr Gilbert Charette a réuni en volume les articles parus dans le *Journal des Praticiens* en 1924-1925. Il les a revus et augmentés. Les médecins qu'intéresse la doctrine homéopathique la trouveront exposée avec une conviction aiguisée par des mouvements de verve très amusants et renforcée par divers exemples de guérison.

En Prusse, l'auteur nous écrit que viennent d'être créées, à l'instigation de Bier, deux chaires d'homéopathie.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Pr F. Bezançon.

L'avenir et le traitement des pleurétiques.

Les anciens auteurs n'ont eu qu'une idée : voir dans la pleurésie une maladie inflammatoire et la traiter comme telle, par tous les moyens connus à cette époque : la saignée, la diète, les méthodes diaphorétiques. A l'opposé des anciens, les modernes pensaient que la pleurésie était une maladie tuberculeuse, et devait être soignée comme toute tuberculose par la cure d'air, de repos et de bonne alimentation. Le problème est beaucoup plus complexe et difficile.

Prenons d'abord la pleurésie au début. Je ne parle pas de la période prémonitoire de la pleurésie ; cependant, dans un certain nombre de cas, nous pourrions prévoir la pleurésie et peut-être l'empêcher d'éclore. Ce sont les cas où les malades présentent pendant longtemps un point de côté permanent, en même temps que se produisent un certain nombre de symptômes d'imprégnation tuberculeuse : un peu de fièvre, une diminution de l'appétit, un peu d'amaigrissement. On peut leur imposer une cure de repos et d'aération, si possible.

Comment débute la maladie ? Dans les formes communes, l'ancienne pleurésie *a frigore* des auteurs, il est indiscutable qu'il y a une grosse réaction inflammatoire au début. On peut non pas juguler, mais modérer l'élément inflammatoire à ce moment, par des ventouses scarifiées largement mises, de façon à enlever le point de côté et décongestionner le poumon et la plèvre et par de grands enveloppements humides et frais du thorax. Il y a avantage à laisser le malade sinon à la diète complète, du moins à une alimentation légère, dans certains cas, à la diète hydrique pendant quelques jours.

A la période d'état, les symptômes précédents vont s'amender. Tout le problème qui va se poser est le suivant. Faut-il respecter l'évolution de la pleurésie, ou intervenir ?

Il y a un certain nombre de cas où le problème ne se pose pas. Ce sont les cas où, l'épanchement étant devenu considérable, des phénomènes de compression risquant de se produire, le médecin doit intervenir et faire la thoracentèse d'urgence. A ce propos, sans entrer dans la discussion de l'opportunité de la thoracentèse, laissez-moi vous dire que, s'il ne faut pas être trop interventionniste, il ne faut pas non plus exagérer, et ne pas avoir peur de faire la thoracentèse dans certains cas. En effet, un certain nombre de malades ont besoin de la thoracentèse. Ce n'est pas seulement les individus ayant un très gros épanchement mais ceux qui, en même temps que l'épanchement, ont un état congestif du poumon sous-jacent trop accentué, ont de l'emphysème, de la bronchite, et avec un épanchement peu abondant, font de l'oppression. De même quand le cœur est touché. Mais ce sont des cas pour ainsi dire rares, et le plus souvent la véritable raison d'être de la thoracentèse d'urgence, c'est la grande quantité de liquide. Mais beaucoup de pleurésies évoluent sans qu'il y ait nécessité de faire la thoracentèse d'urgence. Le problème est le suivant. L'évacuation du liquide aidera-t-elle à la guérison ?

L'exsudat pleurétique est-il utile ou nuisible ? Les anciens auteurs considéraient volontiers que le liquide pleurétique était nuisible, toxique, il fallait s'en débarrasser. L'opinion a changé. Toute une école a pensé que le liquide pleurétique pouvait être utile. Les uns ont pensé qu'il contenait de la tuberculine. C'est une erreur. Le liquide pleural ne contient pas de tuberculine. Mais contient-il des substances protectrices, ayant une action immunisante ? Ce n'est pas démontré. D'autres médecins ont pensé que ce liquide a un rôle mécanique. Talamon pensait que l'exsudat pleural comprimait le poumon sous-jacent et empêchait l'évolution de la tuberculose du poumon. Il avait parlé des pleurésies providentielles. Sabourin, de Durtol, a parlé des pleurésies bienfaisantes. Il a vu souvent, à la suite de la pleurésie survenue chez un tuberculeux, la tuberculose s'arrêter, s'améliorer, et les faits observés par Sabourin, je les ai observés pour ma part. L'exsudat a un rôle mécanique, aboutissant à l'atélectasie, c'est-à-dire à l'absence complète d'air dans le poumon sous-jacent ; il fait ce que nous cherchons à faire, depuis les travaux de Potain et Forlanini, par la méthode du pneumothorax. Il y a avantage à ne pas le retirer trop vite, à ne pas vider la plèvre, à ne pas assécher, comme on disait autrefois, l'épanchement.

On ne doit pas faire, sauf dans les cas d'urgence, de thoracentèse dans la première période, où la ponction épuise et fatigue le malade, et risque d'ouvrir la porte à une évolution de tuberculose. On ne doit pratiquer la thoracentèse à la deuxième période qu'en présence de ces cas où l'épanchement traîne trop longtemps, le malade n'ayant plus de fièvre, ou presque plus. Une petite ponction de 100 à 200 cc. peut alors amorcer la résorption.

Un certain nombre d'auteurs ont pensé qu'il y

aurait intérêt à remplacer le liquide pleural par de l'air. M. P.-E. Weil a proposé de faire une pneumo-séreuse. Cet air aurait une propriété modificatrice de la séreuse, et, d'autre part, continuerait d'avoir la même action protectrice que le liquide au point de vue mécanique.

Je pense qu'on doit limiter l'emploi de la pneumo-séreuse aux cas suivants :

1° après la thoracentèse d'urgence ;

2° et surtout, dans les cas de pleurésies récidivantes ;

3° quand on soupçonne une évolution tuberculeuse du poumon.

Pendant cette période, une précaution s'impose que vous devez imposer sévèrement ; le repos absolu au lit.

Dans ces derniers temps, on a préconisé l'injection d'*adrénaline* dans la plèvre, qui ferait résorber l'épanchement avec rapidité. On a employé la méthode appelée *autoplasmothérapie* (Gilbert, de Genève), qui amène une polyurie suivie d'une diminution de l'épanchement.

Le Pr Blum, de Strasbourg, a proposé de prescrire le régime déchloruré et en même temps de donner au malade du chlorure de calcium qui a une action anti-inflammatoire indiscutable. On a proposé aussi l'emploi du sérum antidiphtérique. Je ne vous engage pas à employer le sérum antidiphtérique ; il faut ménager l'avenir et ne pas mettre le malade en préparation anaphylactique vis-à-vis d'un sérum dont il peut ultérieurement avoir besoin.

A la période de convalescence, il se produit de l'instabilité thermique. Par conséquent, pendant longtemps, il va falloir exagérer les précautions. Il ne faut pas lever le pleurétique sitôt que la température est devenue normale, il faut prolonger le séjour au lit plusieurs semaines après la disparition de la température. Grancher disait que toute pleurésie devait nécessiter cinq à six mois de cure de repos au grand air, au soleil, avec une alimentation particulièrement surveillée et choisie.

La pleurésie, actuellement, pour certains est une maladie sérieuse, entraînant pour l'avenir des conséquences importantes. Malheureusement, pour beaucoup d'autres elle est considérée à la légère. Que doit-on faire pour que l'avenir du pleurétique ne soit pas trop mauvais ?

La plupart des statistiques montrent combien la tuberculose est fréquente après la pleurésie, dans 20 % (Netter) à 40 % (Landouzy) des cas. M. Pinard et son élève Mme Libin, dans sa thèse sur l'Avenir des femmes ayant eu des pleurésies avant ou après la puberté et devenant mères, sont optimistes. Les lésions tuberculeuses, si elles ne se montrent pas immédiatement après l'accouchement, se montrent cependant plus tard, ne l'oubliez pas.

De 1 à 5 ans, la mortalité de la pleurésie est de 33 % ; et de 54 % de 21 à 25 ans. Les différences tiennent aussi aux milieux. La pleurésie observée dans les villes, les milieux hospitaliers, est très grave, beaucoup moins sévère dans les milieux aisés. M. Brelet, de Nantes, a constaté que sur 99 anciens pleurétiques vus au conseil de révision, 15 seulement sont aujourd'hui tuberculeux pulmonaires. Ils ont bien guéri d'abord et ont pu reprendre leurs occupations pendant quelques mois, même quelques années, puis ils ont commencé à tousser et à maigrir. La tuberculose est tantôt bilatérale, tantôt unilatérale et siège ordinairement sur le poumon où la plèvre avait été malade, ou elle est plus marquée du côté malade.

M. Mayor dit que la plupart des pleurétiques, dans un temps variant de trois mois à vingt-quatre ans, présentent des symptômes non douteux de tuberculose pulmonaire.

Ils peuvent présenter d'autres manifestations tuberculeuses : épididymaires, rénales, etc.

Il ne faudrait pas oublier que la tuberculose pleurale, la pleurésie tuberculeuse, est en réalité le résultat d'une tuberculose pulmonaire *a minima*. On nous a beaucoup trop parlé de la pleurésie séro-fibrineuse primitive. C'est un mot dangereux. Une pleurésie ne peut se produire sans qu'il y ait au préalable une petite lésion du poumon sous-jacente (à part les cas de granulie). Je crois volontiers que la pleurésie séro-fibrineuse est due à l'ouverture d'une de ces petites lésions dans la plèvre. Il est absolument exceptionnel de voir une tuberculose pulmonaire évoluer en même temps qu'une pleurésie, exceptionnel de voir des bacilles dans les crachats chez un pleurétique. Il n'est pas douteux qu'après la pleurésie il y a généralement une période de rémission. Il y a bien un certain nombre de cas où l'individu ne guérit pas sa pleurésie et passe directement dans la tuberculose pulmonaire, mais le plus souvent il y a guérison, — guérison apparente qui va durer ou plusieurs mois, ou même quelques années. La tuberculose peut éclater d'autant plus facilement que l'individu se soigne moins dans la suite.

Y a-t-il de bonnes pleurésies, et de mauvaises pleurésies ? On a dit que les bonnes pleurésies étaient celles où il y avait beaucoup de fibrine, beaucoup d'albumine, un gros épanchement. C'est possible. On a dit que les pleurésies ponctionnées étaient plus souvent suivies de tuberculose que les autres. Vallas, élève de Josserand, de Lyon, a insisté sur la gravité de certaines formes, ce

qu'on appelle les pleurésies à pseudo-gros épanchement ; elles seraient presque toujours suivies de tuberculose sévère.

La radiographie ne fournit guère de renseignements sur l'état des alvéoles pulmonaires, mais elle nous rend service pour étudier le cul-de-sac costo-diaphragmatique ; presque toujours le sinus costo-diaphragmatique est effacé. Les exsudats séro-fibrineux laissent une trace radiologique après la guérison, ce sont des symphyses pleurales, contenant encore des bacilles tuberculeux. M. Barbier, de Lyon, a insisté sur ce qu'il appelle le contre-coup pleural.

En somme, on peut supposer ceci : d'abord, manifestation pulmonaire discrète, sous-pleurale, puis ouverture dans la plèvre, pleurésie. Celle-ci, par action mécanique, protège le poumon. Dans certains cas, les lésions pulmonaires s'éteignent complètement, et l'individu ne garde aucune manifestation. Dans d'autres, il reste quelques nodosités tuberculeuses dans une petite symphyse pleurale qui reste silencieuse. Dans d'autres cas, de cette lésion vont partir des bacilles, d'où résultent, soit une pleurésie purulente tuberculeuse, soit une tuberculose pulmonaire (Bard) pleurogène, soit une tuberculose pulmonaire caséeuse. De la plèvre vont partir des inflammations lymphatiques gagnant les bronches, amenant de la bronchite chronique à répétition, et de l'emphysème pulmonaire. Certaines formes de dilatations bronchiques sont l'exagération de ce processus.

La pleurésie, le plus souvent, révèle que l'organisme que l'on croyait normal est envahi par le bacille tuberculeux. Par conséquent, surveillons l'avenir de nos pleurétiques. Traitons les pleurétiques comme des tuberculeux pulmonaires, avec moins de sévérité parce qu'il y a moins de danger d'infection de voisinage, mais traitons-les par le Sanatorium. Il faudrait créer des œuvres de convalescence de la pleurésie, c'est-à-dire assurer à ces malades ce que demandait Grancher, trois ou six mois de bien-être, mais, quand le malade sera revenu avec toutes les apparences de la santé, ne croyons pas notre œuvre terminée ; nous devons continuer à le surveiller par le poids, par la température, par toutes ses manifestations, et lui imposer, non pas une absence de travail, mais un travail régulier, sans surmenage, dans de bonnes conditions hygiéniques.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Hôpital Necker. — M. le Pr Legueu.

Le rein en fer à cheval.

Voici deux malades qui ont été opérés récemment d'un rein en fer à cheval. L'un était venu à l'hôpital à l'âge de 20 ans pour une crise rénourétérale du côté gauche. On trouva opportun de lui faire un cathétérisme de l'uretère et une pyéloscopie. On constata une grosse distension du rein gauche. On devait constater ultérieurement une distension modérée du côté droit. Il fut opéré de cette hydronéphrose en décembre 1924. L'abaissement des reins faisait déjà soupçonner l'existence d'un rein en fer en cheval. La néphrectomie du côté gauche par la voie lombaire ordinaire fit constater des pédicules vasculaires multiples et l'existence d'un rein en fer à cheval. Une ligature ayant été placée sur le pédicule réunissant les deux reins et le segment malade enlevé, le malade a guéri. Il a quitté l'hôpital, porteur d'une petite hydronéphrose du côté droit qui lui causera peut-être dans son existence des ennuis, mais délivré des accidents actuels causés par la volumineuse hydronéphrose qu'il portait à gauche.

Quelques semaines après, se présentait un homme à la suite d'une hématurie. Il était atteint de calculs rénaux vérifiés par la radiographie. La pyéloscopie complémentaire révéla l'existence d'une hydronéphrose. Les calculs étaient à la partie inférieure. Déjà à ce moment on remarquait la situation basse de ce rein, dont l'extrémité correspondait environ à l'union de la quatrième et de la cinquième vertèbres lombaires.

L'abaissement d'un rein qui n'a pas de mobilité doit faire penser à la difformité dite rein en fer à cheval.

Chez ce malade, on fit une néphrectomie parapéritonéale et la guérison fut obtenue comme dans le cas précédent.

Voici l'observation d'un autre malade, opéré pour des calculs de l'uretère. Ces calculs étaient visibles à la radiographie, mais on remarquait, au-dessus d'un calcul net, une série de taches bizarres et vagues, floues, dont on pouvait difficilement trouver une interprétation précise. L'opération étant faite, on découvrit un gros calcul de l'uretère, puis au-dessus de lui des vésicules d'hydatide, qui avaient été arrêtées par ce calcul ; c'était la preuve de l'existence d'un kyste hydatique dans le rein. La néphrectomie pratiquée au bout de quelques semaines montra un rein atro-

phié et présentant trois lésions : un kyste hydatique à sa partie supérieure, un calcul dans le bassinet, une symphyse rénale avec l'autre côté. La séparation de la symphyse se fit sans difficulté. Ce malade a guéri complètement à la suite de l'ablation.

Le nombre des cas de reins en fer à cheval observés à la Clinique est d'une douzaine actuellement, le premier de ces cas remontant à environ dix-huit ans.

L'anatomie pathologique de cette lésion est dominée par deux faits : l'*indépendance vasculaire* et l'*indépendance pathologique* des deux segments.

Chaque rein a ses vaisseaux personnels. Nombreux sont ces vaisseaux, et multiples sont leurs sources. Au lieu d'une artère rénale venant de l'aorte vers le rein, il y a deux ou trois artères, dont les unes viennent de l'aorte, les autres de l'iliaque primitive. Il y a des anomalies vasculaires multiples, mais il n'arrive jamais que les vaisseaux du côté droit passent jusque dans le territoire gauche et que ceux du côté gauche irriguent le côté droit. Il y a donc indépendance vasculaire très nette, établie par tous les faits connus, et c'est pourquoi on peut penser à lier ces vaisseaux et à enlever le segment rénal correspondant.

Il est noté dans la littérature un très grand nombre d'observations de reins en fer à cheval (voir les comptes rendus de la *Société anatomique*). Sur 12 cas relevés à la clinique de Necker, on note : 3 calculs, 2 hydronéphroses, un kyste hydatique, une tuberculose. Dans tous ces cas il y avait indépendance pathologique d'une moitié de rein. Pour l'hydronéphrose, on a vu chez un malade qu'elle existait des deux côtés, mais on sait que l'hydronéphrose est fréquemment bilatérale dans les reins normaux. D'ailleurs, le rein en fer à cheval est taré au point de vue de sa résistance, c'est un rein mal formé, qui a beaucoup de vaisseaux, mais anormaux : ces reins sont très aptes à l'inflammation, particulièrement à la production des calculs et des hydronéphroses.

C'est sur cette indépendance vasculaire et pathologique des deux segments qu'est basée toute la chirurgie du rein en fer à cheval.

Une première question se pose à ce sujet : celle de la *voie d'accès*. On aborde souvent le rein par la voie lombaire. On a préconisé la voie abdominale antérieure, en refoulant le côlon ; c'est une voie latérale, sous-péritonéale ; c'est certainement la plus favorable quand on a des raisons de penser à un rein en fer à cheval.

La *néphrectomie* d'un rein en fer à cheval n'est en somme qu'une néphrectomie partielle. A cet égard les cas peuvent se présenter dans des conditions très variables. Il y a des reins en fer à cheval où l'isthme qui réunit les deux segments est minime, et d'autres, au contraire, où cette portion est considérable. Entre un isthme fibreux avasculaire, que l'on peut sectionner sans mettre une ligature, et l'isthme constitué par un gros parenchyme se continuant sur la ligne médiane au devant des vaisseaux, il y a tous les intermédiaires.

On sait qu'il existe une indépendance vasculaire des deux territoires, c'est-à-dire que chaque segment a ses vaisseaux, et qu'il y a une région où les vaisseaux de droite sont justaposés aux vaisseaux de gauche, mais la ligne de partage est extrêmement oblique et il n'y a aucun caractère extérieur qui permette de savoir la disposition qui existe dans la profondeur du rein.

Il y a quelquefois des signes qui permettent d'arriver cliniquement au diagnostic d'un rein en fer à cheval, mais souvent on ne constate aucun symptôme. Certains malades ressentent des douleurs tenant à ce que l'isthme comprime les nerfs prévertébraux ; ce sont des douleurs abdominales vagues, indéterminées. Le malade éprouve de la douleur s'il veut se renverser en arrière. Ces douleurs sont telles que pour les calmer la section de l'isthme a été faite, sans qu'on soit obligé d'enlever la moitié rénale droite ou gauche qui n'étaient pas altérées (Voir les observations communiquées par M. Papin au *Congrès de Chirurgie*).

L'exploration peut-elle renseigner ?

C'est d'abord la *palpation*. Il ne faut pas compter sur la palpation d'une façon absolue. Il ne faut pas non plus en faire fi. Sans doute, lorsqu'on a affaire à un sujet, homme ou femme, très adipeux, il faut renoncer à découvrir par la palpation aucun relief assez précis pour donner l'idée de cette difformité. Mais on n'a pas toujours affaire à des malades extrêmement gras. Quand le sujet est suffisamment maigre, et n'a pas une paroi abdominale trop résistante, on peut arriver, par une palpation de la région prévertébrale, à percevoir la sensation très nette d'un isthme. Naturellement on ne fera cette recherche que si l'on a des raisons de penser à l'hypothèse d'un rein en fer à cheval.

Deux signes s'offrent dont il convient de tenir un grand compte : l'un est l'*abaissement* du rein ; l'autre est la *déformation* dans la pyélographie.

Quand un individu a des calculs bas, tellement bas qu'on songe : *le rein n'est pas à sa place*, il faut ajouter : c'est peut-être un rein en fer à cheval, surtout si on constate que ce rein n'a pas de mobilité. Jamais les reins en fer à cheval ne sont mobiles. Par conséquent, l'abaissement du rein à

la hauteur de la quatrième lombaire ou au niveau de l'espace intermédiaire à la quatrième et à la cinquième vertèbres lombaires, avec absence de mobilité, sont des raisons suffisantes pour penser au rein en fer à cheval.

On s'adressera en dernier ressort à la radiographie du bassinet pour obtenir des renseignements propres à éclairer le diagnostic. C'est exceptionnellement qu'on pourra quelquefois obtenir de belles images du rein sans injection. Le plus souvent il sera nécessaire d'utiliser la *pyéloscopie* ou la *pyélographie*. Il est quelques points à noter à cet égard : chez les malades de ce genre, les bassinets sont antérieurs, parce qu'il y a rotation de chaque rein, le bord interne devient une face antérieure. C'est sur la face antérieure que se fait l'abouchement des vaisseaux d'où absence, à la pyélographie, des dentelures caractéristiques des calices.

En somme, il faut serrer de plus en plus le problème du diagnostic et arriver à se servir des moindres indices pour ne pas toujours méconnaître l'existence d'un rein en fer à cheval ; on a pu dans un certain nombre d'observations publiées le diagnostiquer avant l'intervention. On s'aidera de tous les éléments qui ont été indiqués plus haut.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Fracture de l'omoplate.

Un malade a été amené hier à la consultation de chirurgie de l'hôpital parce qu'il venait d'être renversé par un autobus. Le choc avait porté sur l'épaule, le blessé avait été traîné sur un parcours de quelques mètres. Il est arrivé ici sans ecchymose, sans gonflement. A la palpation de la région sous-acromiale, on ne trouvait aucune dépressibilité, on pouvait éliminer les luxations de l'épaule. On pouvait penser à une fracture du col huméral, mais il n'y avait aucune crépitation, aucune mobilité anormale, aucune douleur sur l'humérus. Quand on examine le malade par derrière, on est frappé de la déformation. L'omoplate est très abaissée. Sous l'épine, dans la fosse sous-épineuse, on détermine de la crépitation, en soulevant l'épaule. Le diagnostic de fracture de l'omoplate n'est pas douteux. Les fractures de l'omoplate ne sont pas très fréquentes.

Evidemment, tout le moignon de l'épaule est abaissé. C'est une particularité qui n'a rien de spécial aux fractures de l'omoplate. Tous les traumatismes de l'épaule, que ce soit une fracture de la clavicule, ou une luxation ou une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, abaissent le moignon de l'épaule.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les applications pratiques de l'entraînement respiratoire

Par M. le Dr J. PESCHER,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, lauréat des Hôpitaux et de l'Académie de Médecine.

Un malade vient nous consulter : supposons que c'est un bronchitique emphysémateux, atteint gravement et de longue date.

Il vous raconte qu'il n'a jamais cessé de se soigner : il a tout fait, tout pris, tout entrepris ; le traitement avait autrefois une certaine action ; maintenant il n'en a plus aucune ; au contraire, la situation ne fait que s'aggraver.

Le malade vient vous demander si, vraiment, il n'y a aucun moyen d'améliorer son cas.

Vous allez voir les ressources nouvelles que peut vous procurer l'entraînement respiratoire méthodique, dosé et *objectivé*, tel que nous le pratiquons aujourd'hui.

***

Vous commencez par bien examiner votre malade pour savoir à qui vous avez affaire et vous rendre compte des ménagements à garder vis-à-vis du parenchyme pulmonaire défaillant.

Puis, vous mesurez sa capacité respiratoire.

Cela se fait instantanément avec le spiroscope.

Le flacon de l'appareil étant de 3 litres, gradué par quarts de litre, ne représente pas tout-à-fait la capacité vitale d'un adulte sain : soufflant donc vous-même, devant le malade, vous videz le flacon avec la plus grande facilité (*fig.* 1).

Invité à en faire autant, le malade, insuffisant respiratoire par définition, s'arrête en chemin : il vide, par exemple, la moitié du flacon, ce qui est un cas très ordinaire.

Cela se voit et fait une image que le patient n'oubliera plus (*fig.* 2).

Le malade et vous apprenez ainsi immédiatement trois choses que les moyens ordinaires d'examen clinique ne donnent pas et qui vous intéressent tous les deux au premier chef.

Vous voyez :

1° Ce que le malade vaut encore au point de vue respiratoire ;

2° Ce qu'il a perdu ;

3° Ce qu'il s'agit de récupérer.

Voici comment on arrive à cette récupération.

En présence de toute défaillance respiratoire, quelle qu'en soit la cause, vous avez un double travail à effectuer :

A. — 1er Stade : entraînement éducatif ou de qualité ;

B. — 2e Stade : entraînement proprement dit, ou de quantité, (exaltation progressive de la fonction respiratoire).

A. — Entrainement éducatif.

Cinq choses à apprendre au malade :

1° *L'endroit où devront être faits les exercices* : (pièce la mieux éclairée, la mieux aérée, la mieux ensoleillée, la moins encombrée ; au jardin même, si temps et saison s'y prêtent).

2° *Le moment* : Avant le repas, ou, au plus tôt, nne heure et demie après, afin que le libre jeu du diaphragme ne soit pas gêné par la plénitude de l'estomac.



Figure 1.
Le spiroscope a été vidé en une seule insufflation : respiration suffisante.



Figure 2.
Le spiroscope n'a été vidé qu'à moitié : défaillance respiratoire de 50 %.

3° *La position du malade* : les exercices peuvent être faits dans n'importe quelle position, même, en cas de nécessité, au lit ou à la chaise-longue ; mais la position de choix est celle-ci : le malade est *assis*, le *corps droit*, *thorax légèrement bombé* (pour donner aux poumons toute facilité pour leur expansion) ; *épaules en arrière*, *ventre rentré*.

4° *Inspiration volontaire préalable avant l'insufflation* : elle doit être : *nasale* (dilater volontairement l'entrée des narines) ; *lente* ; *régulière* ; *complète* ; *continente* (c'est-à-dire savoir garder un instant l'air qu'on a fait entrer).

5° L'*Insufflation* est, de même, *assez lente*, *régulière* (ce qu'on voit par l'échappement des bulles, la méthode prenant ainsi, par les yeux, une valeur éducative de premier ordre), et *poussée jusqu'à la graduation déterminée d'avance* par le médecin et qu'il ne faut pas dépasser.

Pendant tout le stade éducatif les exercices doivent être excessivement *modérés* c'est-à-dire *inférieurs* à la capacité respiratoire que vous avez mesurée et qui vous sert de jalon.

De la sorte, vous apprenez à votre malade les règles de la bonne respiration sans fatigue possible.

Quand le malade est éduqué, *id est*, quand il prend de lui-même la bonne position et qu'il fait correctement ses inspirations et ses soufflages, vous passez à l'entraînement proprement dit qui a pour but d'étendre progressivement la respiration en remettant en fonctionnement, dans la mesure du possible, les zones pulmonaires frappées d'inertie.

B. — Exaltation progressive de la fonction respiratoire.

Pour ce second travail, vous avez à déterminer les *modalités*, la *posologie* et la *progression* des exercices les mieux appropriées à votre cas.

Les *exercices modérés* (moindres que la capacité vitale) continueront à vous servir de base ; mais, assez rapidement, vous introduirez dans la séance des *exercices athlétiques* (égaux à la capacité respiratoire du moment), puis des *exercices intensifiés* (insufflations contrariées) rendus possibles par le jeu du robinet étrangleur gradué, placé près de l'embouchure de l'appareil.

Je ne puis entrer dans les détails que vous trouverez dans mon ouvrage : J. Pescher : *l'Entraînement respiratoire par la méthode spiroscopique* (Acad. de médecine, prix Henri Buignet), *Maloine Editeur*.

La combinaison, judicieusement réglée, des trois modalités d'exercices ci-dessus, fait régulièrement récupérer, en un mois, aux bronchitiques emphysémateux, de 15 à 25 % de leur respiration perdue, les malades étant constamment encouragés par la constatation directe des résultats obtenus qu'ils voient se marquer à mesure sur le flacon gradué de l'appareil. Une séance comprend *trente* insufflations consécutives et il doit y avoir, en période d'entraînement, de deux à trois séances dans les vingt-quatre heures. Plus tard, pour maintenir les résultats acquis, quelques insufflations poussées jusqu'au bout du souffle, pratiquées chaque matin, suffisent.

Applications.

Elles sont de tous les instants.

Etant donné que la méthode permet, en toutes circonstances, d'éduquer, d'améliorer et d'exalter la fonction qui fait marcher toutes les autres, la respiration, vous devinez bien qu'elle intéresse à peu près tous les chapitres de la pathologie.

D'autre part, quel que soit le cas, le médecin a toujours avantage à savoir ce que vaut, au point de vue respiratoire, le malade qui vient le consulter.

Cette notion, constamment sous-estimée, sinon entièrement négligée dans la pratique médicale actuelle, est toujours extrêmement utile à connaître ; souvent elle est décisive au double point de vue de l'orientation et de l'efficacité du traitement.

Cet enfant *anémié* et *affaibli, grandissant mal, resté hypotrophique* en dépit des traitements institués, est un insuffisant respiratoire, à coup sûr.

Le spiroscope vous apprendra instantanément le degré de cette insuffisance et vous permettra d'y remédier.

Le petit *asthmatique* est un insuffisant respiratoire à l'état permanent, même en dehors de ses crises, même quand l'examen ne révélant plus rien de pathologique, l'enfant semble entièrement guéri.

C'est cette insuffisance permanente qui constitue la tare, l'épine, à demeure.

La conclusion s'impose en ce qui concerne le traitement. L'*hérédo-tuberculeux* ne naît pas contaminé; mais les innombrables mesures faites par moi, par les confrères qui suivent mes démonstrations, et par d'autres collaborateurs, depuis vingt ans, ont montré que les hérédos naissent *insuffisants respiratoires*. Issus de parents mauvais respirateurs par définition, ils ont hérité d'un parenchyme pulmonaire qui manque de l'aptitude normale à se laisser pénétrer suffisamment par l'air.

Ce fait, vérifiable par tous, donne sa signification réelle au mot *prédisposition*.

Les mensurations montrent pareillement, avec évidence, que la *pneumonie*, les *broncho-pneumonies*, les *bronchites à répétition* ne sont que le dernier stade de défaillances respiratoires à lointain début, ce qui explique et justifie l'aphorisme prophétique de Villemin :

« On n'a pas le droit d'avoir une bronchite. »

Les limites assignées à cet article ne me permettent que de mentionner le grand fait suivant, riche de conséquences au point de vue thérapeutique : « Possibilité de ramener à sa place anatomique à la paroi et à son fonctionnement physiologique un poumon déplacé, comprimé, bridé par des adhérences ou atilectasié, en l'insufflant par l'air du poumon sain, au moyen des exercices intensifiés du spiroscope ».

Application dans le traitement des *épanchements pleuraux*, des *fistules pleurales*, des *déformations et asymétries thoraciques*. Voir : Mauclaire, *Comptes rendus du Congrès de Chirurgie*, 1921. — Pescher, *Académie de Médecine*, 2 nov. 1921 (1).

FAIT CLINIQUE

Un cas de typho-bacillose, avec localisation pleuro-péritonéales secondaire, traité avec succès par le sérum antituberculeux du Pr Jousset.

Par le Dr Louis Breynaert, de Dunkerque.

Le sujet de cette observation est un jeune homme, de 18 ans, pâle, amaigri, présentant

(1) Démonstration avec applications aux malades, le dimanche matin, 10 heures, Fondation Rotschild, 29, rue Manin.

l'habitus d'un prédisposé bacillaire. Employé de commerce. Il tombe malade assez soudainement. Ses parents pensent à une atteinte de grippe, de nombreux cas de cette affection s'étant produits dans l'entourage plus ou moins immédiat du malade. Il reçoit pendant quelques jours les soins familiaux, et, l'état ne s'améliorant pas, il est fait appel au médecin. Je trouve le malade assez déprimé, avec une température de 40°, sans aucune localisation viscérale. Pas de toux, fonctionnement intestinal régulier, pas d'albumine dans les urines. Sans rejeter l'idée de grippe, j'émis quelques réserves et prescrivis 0 gr. 50 de cryogénine à prendre matin et soir et le régime approprié. Cette médication fut suivie pendant quelques jours, amenant un soulagement appréciable chez le malade avec abaissement notable de la température ; mais la fièvre reparaissait aussi vive dès la cessation du médicament antithermique, présentant un caractère nettement rémittent, et atteignant le soir le chiffre de 39°, qui était souvent dépassé de quelques dixièmes. Après élimination d'une fièvre éberthienne, le diagnostic clinique de typho-bacillose ne me paraissait plus douteux, les renseignements de laboratoire me faisant défaut dans l'espèce.

Sur ces entrefaites, mon attention fut un jour attirée sur un léger développement que présentait l'abdomen. Celui-ci, peu marqué d'abord, alla s'accentuant, sans qu'il en résultât d'ailleurs pour le malade aucun symptôme subjectif, et progressivement se constitua un ascite modérément abondant, mais amplement démontré par la matité mobile et le flot caractéristiques. Au surplus, une ponction capillaire à la seringue de Pravaz ramenait un liquide séro-citrin d'apparence un peu louche. En même temps, l'auscultation de la poitrine démontrait à la base du poumon gauche une zone de silence respiratoire s'étendant au tiers inférieur du poumon avec matité à ce niveau, égophonie légère et disparition presque complète des vibrations thoraciques. Un léger épanchement pleural s'était produit. Le cas devenait tout à fait classique et cette localisation pleuro-péritonéale illustrait sans conteste le diagnostic de typho-bacillose primitivement porté.

Je me souvins fort opportunément d'un mémoire où le professeur Jousset préconisait l'emploi de son sérum antituberculeux dans des cas déterminés et particulièrement dans les sérites tuberculeuses. Je lui demandai son avis, et, avec le plus aimable empressement dont je tiens à le remercier de nouveau, il me donna le conseil instant de recourir dans le cas présent à la sérothérapie envisagée.

J'injectai sous la peau une première dose de de 40 cc., et, trois jours après, le même volume de sérum. Ces injections furent parfaitement tolérées. A part une exacerbation fébrile, d'ailleurs modérée et passagère, qui fut notée le soir de l'injection, elles ne donnèrent lieu à aucun symptôme réactionnel. Aucune manifestation sérique, ni cutanée, ni articulaire, ne fut observée à leur suite. Par contre, elles me parurent exercer sur la maladie en cours une action vraiment spécifique. Ce fut d'abord la fièvre, qui s'atténua dans une large mesure. Sans l'adjonction d'aucun antithermique, il y eut dès le lendemain abaissement de la poussée vespérale habituelle. Une chute en lysis se produisit. Dix jours après l'institution du traitement sérothérapique, la température, presque normale le matin, n'atteignait plus 38° le soir. Cependant l'apyrexie complète ne fut obtenue qu'assez lentement, *et eût été sans doute hâtée par un emploi moins discret du sérum* que certaines contingences m'empêchèrent d'injecter plus libéralement.

Simultanément, les modifications, que je notais tant du côté du péritoine que la plèvre, étaient des plus impressionnantes. En huit, dix jours, toute trace d'épanchement avait disparu. La circonférence abdominale, qui avait atteint 0 m. 79, n'était plus que de 0 m. 72. Et, dans le même intervalle, je constatai le retour des signes stéthoscopiques normaux.

En même temps, une euphorie notable se produisait ; l'appétit renaissait ; et j'assistai à un prompt relèvement des forces, favorisé par une alimentation réparatrice avec adjonction d'un traitement réminéralisant et de la cure hygiénique.

Comme conclusion, je dirai que je n'ai pas entendu rapporter ici un cas de guérison exceptionnelle d'une manifestation tuberculeuse, dont l'issue favorable est assez fréquemment observée, sous réserve, bien entendu, de l'avenir qui reste assez menaçant pour ce genre de malades. Mon but a été d'appeler l'attention sur l'heureuse influence indéniable qu'a eue dans ce cas le sérum antituberculeux du Dr Jousset, et sur sa tolérance parfaite en cette circonstance.

FORMULES

Gingivo-stomatites ulcéreuses.

Bains de bouche avec :

Hydrate de chloral.	5 gr.
Chlorate de potasse.	
Teint. de Badiane.	1 —
Glycérine	50 —
Eau distillée	

Une cuiller à café par verre d'eau bouillie tiède.

(Nidergang.)

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Les ulcérations palatines du nouveau-né.

Ces ulcérations se voient dans le premier mois de la vie, exceptionnellement plus tard. Elles se développent de préférence chez les débiles nourris au biberon. Occupant soit la partie moyenne du raphé palatin, soit les saillies symétriques que forment à la partie postérieure de la voûte palatine, les hameçons ptéygoïdiens, elles sont arrondies ou ovalaires et bien soignées, guérissent en une dizaine de jours. Parfois des infections secondaires les envahissent et elles se recouvrent alors d'enduits pseudo-membraneux plus ou moins imbibés de sang. Le pronostic dépend de l'état de la nutrition.

Comme traitement, M. MARFAN (*Clinique Maladies de la première Enfance*, p. 240) conseille pour le biberon, l'usage d'une tétine souple et à trous larges. Si par hasard l'enfant a une nourrice, il faudra éviter les tétées prolongées, surtout si la nourrice à un mamelon court et une sécrétion lactée insuffisante.

En plus, les ulcérations seront touchées deux fois par jour avec une solution aqueuse de *bleu de méthylène* à 1 pour 100.

On pourra encore les recouvrir avec un vernis antiseptique :

Benjoin	10 gr.
Baume tolu	
Gomme Laque	
Essence de cannelle.	6 gr.
Saccharine.	
Alcool à 90° q. s. p..	1 lit.

(BERLIOZ.)

Pour badigeonner matin et soir.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

Les bains dans les maladies infectieuses.

Pratiquement, trois sortes de bains sont employés dans les maladies infectieuses : 1° les bains frais ; 2° les bains chauds ; 3° les bains tièdes. Les bains frais sont ceux qui vont de 25 à 30°, les bains chauds sont à 38-39°, les bains tièdes à 34-35°. Chacune de ces variétés se trouve appliquée à des maladies différentes.

1° *Bains frais* (25 à 30°). — Ce sont les bains de la *fièvre typhoïde*. La température de 20° recommandée par BRAND est inutile. Cette inutilité se double d'inconvénients manifestes. Le froid est ressenti avec malaise ; l'excitation que ces températures basses produisent sur le système nerveux est trop vive. Il faut au malade de jolies provisions d'énergie en réserve pour qu'il supporte de pareils coups de fouet cinglés sur son épiderme. La prudence dans la fièvre typhoïde commande de commencer les premiers bains à une température de 30°, voire 28°. Si la fièvre demeure trop élevée, exceptionnellement on pourra au bout de quelques jours descendre à 25°. C'est le degré ultime au-dessous duquel il serait fâcheux de descendre.

On connaît la technique : un bain toutes les trois heures tant que la température atteint 39°. Durée de dix minutes, compresse d'eau fraîche sur la tête pendant le bain. A la sortie, le malade est porté sur son lit, recouvert d'un drap d'alèze. Le malade est enveloppé dans ce drap et séché. On lui fait prendre du café, un groog avec une cuillerée à café de cognac dans de l'eau sucrée. On enlève l'alèze, on revêt le malade et on le laisse s'endormir.

Une diminution de quelques dixièmes de degré suit l'action du bain. Lorsque la maladie dure depuis quelque temps, les diminutions sont plus accentuées et les retours fébriles s'opèrent plus lentement. Dans la nuit, si la malade dort tranquille, mieux vaut ne pas troubler son sommeil. S'il est agité, ou ne dort pas, on lui donnera un ou deux bains dans la nuit.

Le bain est contre-indiqué dans les cas de collapsus cardiaque ou de syncope ; en cas d'hémorragie ou de perforation intestinale. MM. RIEUX et ZOELLER ajoutent comme contre-indications les manifestations tuberculeuses, les phlébites, les artérites (*Traitement des Maladies Infectieuses*. Ils y adjoignent même les complications pleuro-pulmonaires, la pleurésie à gros épanchement, la congestion pulmonaire très étendue. Ces dernières prescriptions semblent quelque peu absolues. Si la température est élevée, en dépit de complications pleuro-pulmonaires, les malades se trouveront bien de la continuation de leurs bains, mais administrés à une température moins basse. Les bains tièdes à 35° seront bien supportés et assureront des résultats efficaces.

Pour la néphrite aiguë il semble que les formes

graves, avec dyspnée et albuminurie massive, se trouvent mieux du repos au lit avec régime hydrique et applications de quelques ventouses scarifiées sur les reins. Mais aussitôt l'orage passé et dans les formes moyennes, les bains à condition d'être administrés tièdes (36°-37°) ne sont nullement nuisibles et favorisent l'entrée en convalescence.

2° *Bains chauds* (38°-39°). — Il est une maladie de l'adulte où ces bains chauds rendent les plus grands services : dans la *méningite cérébro-spinale* et dans toutes les *maladies infectieuses de l'enfance*.

Dans la *méningite cérébro-spinale*, bain à 39°, toutes les trois ou quatre heures, compresses d'eau fraîche sur la tête ; durée plus longue : vingt-cinq minutes, une demi-heure si possible. Au bout de dix minutes à un quart d'heure, les malades en ont assez. Ils demandent qu'on les recouche. Que les médecins le sachent bien. Aujourd'hui que le méningocoque en jeu est le méningocoque B, le sérum est en général inopérant. Mieux vaut n'en pas user que de faire souffrir inutilement les malades. Pour l'heure, la ponction lombaire associée aux bains chauds constitue la meilleure médication. Il sera toutefois sage d'essayer en même temps la sérothérapie pendant les trois premiers jours : sérum polyvalent en attendant que le laboratoire ait fait connaître la variété de méningocoque coupable A. B. C. Ne pas insister si le laboratoire apprend que le méningocoque B a été isolé. Le Pr Teissier a conclu dans une leçon clinique récente que les vieilles méthodes de traitement — ponction lombaire et bains chauds — assurent les résultats les moins aléatoires. La vaccinothérapie pourra être adjointe.

Toutes les maladies infectieuses graves de l'enfance se trouvent bien de l'emploi des bains chauds, à 38° toutes les trois heures tant qu'il y a 39°. Tout d'abord la légion des *broncho-pneumonies*, des *septicémies diverses*, de la *fièvre typhoïde même*, des *gastro-entérites* fébriles. Il y a bien longtemps, dans la thèse de Pernet (Lyon, 1896), nous avions signalé les résultats excellents obtenus par cette méthode. Si la fièvre dure, le degré peut être abaissé à 35°, mais non au-dessous. Les enfants ne supportent pas les températures fraîches. Chose curieuse, dans les entérites fébriles, l'action des bains arrête presque immédiatement la diarrhée. Il n'est pas de médication plus salutaire et plus inoffensive en même temps. Et l'emploi des bains chez les enfants constitue une méthode infiniment moins compliquée que chez l'adulte. Chaque fois que chez ces petits, il y a agitation et fièvre, à moins qu'il s'agisse d'appendicite, de péritonite, tétanos, l'usage des bains chauds lui rendra les plus grands services.

3° *Bains tièdes* (35°). — Les bains tièdes, tout en n'ayant pas les effets énergiques des bains froids, sont les plus aisément acceptés. Sans doute la température, comme avec les bains frais, ne baisse pas aussi aisément. Parfois même, elle monte de quelques dixièmes sur le moment. Cette ascension n'empêche pas le sentiment de détente et l'amélioration dont se félicite le malade. Les bains tièdes trouvent leur indication dans toutes les maladies infectieuses avec agitation ou qui se prolongent. La *fièvre typhoïde* même a été traitée par les bains tièdes et avec des effets à peine inférieurs à ceux obtenus par les bains froids. En cas de doute, dans les premiers jours de la fièvre typhoïde, et avant les clartés du sérodiagnostic, on peut toujours commencer la balnéation par les bains tièdes. Celle-ci du reste convient à toutes les pyrexies indéterminées et permet de maintenir vis-à-vis de l'infection, le bon équilibre d'un système nerveux qui sait se défendre.

L'action cherchée dans les bains est en effet beaucoup moins la chute thermique que les effets favorables de la lutte contre la toxémie. Les oxydations profondes s'accomplissent, la diurèse se réveille. En sorte qu'il est infiniment probable qu'une chute thermique, quand elle se prolonge quelques heures, est moins la conséquence de la température basse du bain que de la répercussion que celle-ci a exercée sur l'élimination des principes toxiques qui font la fièvre.

Les bains tièdes sont utilisés dans les *fièvres éruptives graves* (*rougeole*, *scarlatine*, *variole*). Si l'agitation du malade persiste, la température du bain pourra être abaissée quelque peu (33°-32°). Il n'est guère nécessaire de descendre au-dessous. Dans la *grippe*, ils rendent des services journaliers. Les *broncho-pneumonies* s'en trouvent bien. Toutefois, si le sujet est déprimé, des enveloppements chauds et humides du thorax (30° à 35°) couverts de taffetas gommé et de coton permettront déjà d'obtenir des améliorations manifestes.

En résumé, nous possédons dans les bains un procédé thérapeutique essentiellement intelligent, en ce sens qu'il ne combat pas exclusivement un symptôme unique, qui est dans l'espèce, l'hyperthermie. Il s'adresse à l'économie tout entière troublée dans sa régulation par l'invasion du phénomène infectieux. Et, si la fièvre baisse, c'est surtout parce que les bains favorisent, par les oxydations actives et la diurèse accrue, le balayage de tous les déchets nocifs qui encombrent

les tissus du malade. Au contraire, les médicaments anti-thermiques exercent aisément une action néfaste et quelque peu ridicule. Ils s'en prennent à la fièvre qui est une réaction de défense contre l'infection, sans s'apercevoir que de ce fait, ils risquent d'aggraver l'infection elle-même privée, avec la disparition de la fièvre, du plus merveilleux appoint thérapeutique que lui offrait spontanément la bienveillance généreuse de la nature.

C. F.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la spasmophilie.

La spasmophilie ne comprend pas que la tétanie, elle comprend aussi l'éclampsie, le spasme de la glotte et même des changements du psychisme du nourrisson. Le Pr G. Mouriquand et Bertoye (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 février 1926) dans une excellente mise au point en donne la définition suivante : « Un état caractérisé par une hyperexcitabilité du système nerveux périphérique donnant naissance à des contractions musculaires du type tonique le plus souvent, mais parfois cloniques. Elles atteignent ordinairement les muscles de la vie de relation, mais aussi les muscles de la vie organique et principalement les muscles respiratoires. Elles s'accompagnent dans un très grand nombre de cas de modifications du caractère et de l'état général. »

Ce syndrome se diagnostique grâce aux *stigmates* :

1° Le signe de Erb consiste dans l'hyperexcitabilité des nerfs au passage du courant galvanique. Doit être considérée comme signe de tétanie toute apparition de secousses à l'ouverture du courant galvanique d'une intensité moindre de un milliampère, au pôle positif ; ou bien, à l'ouverture du courant galvanique d'une intensité moindre de cinq milliampères, au pôle négatif.

La valeur de ce signe est considérable.

2° Le signe de Chvostek.

Pour le rechercher, on percute avec le doigt ou avec le marteau à percussion sur le milieu de la ligne qui va de l'apophyse zygomatique à la commissure labiale. En agissant ainsi on détermine une contraction des muscles innervés par le facial. L'étendue de cette contraction est variable suivant les cas.

La recherche du signe de Chvostek peut être très difficile chez le nourrisson, en raison de ses cris et de la mobilité continuelle de la mimique. Aussi a-t-on exploré d'autres points : percussion au niveau du nerf péronier (signe de Lust), un peu au-dessous du milieu du mollet donnant un brusque mouvement du pied en haut et en dehors, percussion du nerf radial (signe de Hoffa) au milieu du côté externe de l'avant-bras.

3° Signe de Trousseau. Un des meilleurs signes de tétanie. On sait qu'il consiste dans l'apparition de contractures tétaniques des extrémités sous l'influence de la compression des vaisseaux de la racine du membre.

La spasmophilie se traduit par un certain nombre de manifestations cliniques :

le laryngospasme,
l'éclampsie,
la tétanie,
les tétanies frustes.

Ces syndromes sont assez connus pour que nous n'ayons pas à insister sur leur description.

Les notions thérapeutiques sont plus importantes à détailler en raison des recherches récentes sur l'hypocalcémie.

Il y a tout d'abord une *prophylaxie* : une hygiène sévère, de l'air, de la lumière et du soleil. Il y aura avantage à recourir à l'alimentation maternelle. Si l'allaitement artificiel devient nécessaire, il faudra redoubler de précautions. On se rappellera que chez ces enfants il faut éviter les repas trop abondants, à cause de leur action provocatrice des spasmes.

Comme *thérapeutique d'urgence*, il faut éviter pardessus tout ce qui peut effrayer ou énerver l'enfant (examen de la gorge, personnes trop nombreuses dans la pièce). La tête sera légèrement surélevée par des coussins. Si la crise se produit et tend à se prolonger on projette sur la figure un peu d'eau froide, on fait des tractions rythmées de la langue et des mouvements de respiration artificielle.

Pour les attaques éclamptiques graves, il faut avoir recours au bain tiède, au lavage intestinal, à l'application de compresses froides sur le front et aux enveloppements frais, si la température est élevée. Quand les spasmes durent, on donne au nourrisson un lavement de 20 à 30 cc. renfermant 0 gr. 50 d'hydrate de chloral. Dans certains cas on pourra avoir recours à l'inhalation de quelques gouttes de chloroforme ou d'éther.

Les sels de calcium ont été introduits dans la thérapeutique de cette affection par Netter.

On emploie divers sels de calcium. On a proposé le bromure de calcium, à la dose de 6 grammes

par jour. On le donne en solution aqueuse dans du lait. Il est tout indiqué dans les cas où l'on veut agir vite et calmer un spasme menaçant. Le lactate de calcium est moins employé. Mais celui qui a la plus grande faveur est le chlorure de calcium. On l'emploie sous forme de chlorure de calcium anhydre à la dose de 3 à 6 grammes par jour ou de chlorure de calcium cristallisé à la dose de 6 à 12 grammes. Il est incontestable que l'on voit très rapidement, en quelques heures, à la suite de l'administration de ces médicaments, les phénomènes spasmodiques s'amender. Mais ils ont l'inconvénient d'être éliminés rapidement. Il faut donc fixer ce calcium. On s'est adressé pour cela en premier lieu à l'huile de foie de morue phosphorée à 0 gr. 01 de phosphore pour 100 cc. d'huile ; la dose journalière était de une cuiller à café. Plus tard on s'est adressé aux rayons ultra-violets et on s'est aperçu à cette occasion que la prise de calcium était inutile.

Les rayons ultra-violets agissent par la partie actinique du spectre qu'ils représentent. Leur action est tout d'abord stimulante générale, mais elle est aussi élective sur le calcium. Sous leur influence le taux de ce sel augmente dans le sang et il est fixé dans l'organisme.

On se sert ordinairement de la lampe de quartz à vapeurs de mercure, d'une intensité de 3.000 bougies environ.

Les irradiations doivent être faites sur tout le corps. Leur durée sera progressive et on aura intérêt à les faire courtes au début. Sous leur influence, on peut voir une chute pondérale assez sérieuse, d'une grandeur de 500 grammes environ se produire dans les premiers jours ou en cas d'irradiations prolongées.

Les rayons ultra-violets ont une influence remarquable, mais il faut les mettre en jeu le plus tôt possible.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le diagnostic des arthrites chroniques de la hanche par la forme du cotyle et de la tête. — M. Calot. — Par toutes ses recherches sur la pathologie de la hanche, M. Calot a été conduit à cette conclusion que tous les cas étiquetés « arthrite sèche déformante » « rhumatisme localisé, morbus coxa similis, ostéochondrite ou coxa plana », ainsi que près de moitié des cas pris actuellement pour des coxalgies (enfants et adultes réunis) sont en réalité des subluxations congénitales méconnues, méconnues parce qu'elles ne se révèlent cliniquement, par des douleurs ou boiteries, qu'à 5 ans, 20 ans, 60 ans, alors qu'elles étaient restées complètement silencieuses jusqu'à cet âge.

M. Calot apporte des signes de diagnostic tirés de la radiographie du cotyle de la tête et du col, *signes pathognomoniques* qui permettront d'identifier la subluxation existante en tous ces cas, soit au total sur 90 0/0 des hanches pathologiques au-dessus de 20 ans et 50 0/0 au-dessous de cet âge.

Dystrophie osseuse par aplaxie de la substance spongieuse du corps basilaire de l'occipital. Son retentissement sur la cavité cranio rachidienne et sur le névraxe. — Mme Déjernie.

La neutralisation in vivo de l'acide cyanhydrique. — M. Violle.

Voici des conclusions du rapport de M. Marcel Labbé sur l'alcoolisme :

Suppression du privilège des bouilleurs de cru ;

Les droits sur la consommation des boissons alcooliques doivent être relevés. L'usage de tous les apéritifs doit être considéré comme dangereux.

M. le Président annonce la mort du Pr Oddo (de Marseille) membre correspondant.

Il souhaite la bienvenue au Pr Achard, secrétaire général de retour, après cinq mois d'absence, de sa mission dans l'Extrême-Orient.

M. Achard remercie et montre le rayonnement de la science française à l'étranger.

29 juin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juin 1926.

Sur les perforations pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel. — MM. Léon-Bernard, F. Coste et J. Valtis. — Cette complication s'observe non seulement dans le pneumothorax bilatéral où son pourcentage est relativement élevé, mais dans le pneumothorax unilatéral où ses symptômes sont généralement discrets. Des critères s'offrent le plus souvent : le signe de l'affaissement du moignon et celui de la surpression pleurale relative. L'amphorisme apparaissant au cours d'un pneumothorax jusque-là silencieux est un signe intéressant, mais moins sûr. Le pronostic de cette complication est bien moins grave que dans le pneumothorax bilatéral.

Luxation double de l'épaule par arthropathie tabétique. — M. O. Crouzon, Mlles Braun et Vogt. — Un tabes présente des arthropathies multiples : genou, colonne lombaire, épaules. Ces dernières pré-

sentent, sous la forme d'une double luxation de l'épaule du type antero-interne, dû, à gauche, à l'usure de la tête humérale.

De l'insusuffisance veinulaire : ses rapports avec les tuberculides cutanées. — MM. G. DELATER et R. HUGEL. — Les varices tronculaires ne sont pas seules la manifestation ultime de la dystonie du muscle veineux. L'insuffisance veineuse progressive peut s'extérioriser ailleurs que sur les veines collectrices, par exemple sur les vaisseaux de petit calibre, donnant des varicules en pinceaux sous-épidermiques, et même sur les veinules des anses capillaires de territoires particulièrement exposés à l'action de la pesanteur. Ces localisations peuvent être indépendantes l'une de l'autre.

Tabes tardif congénital chez un hérédo-syphilitique présentant de nombreuses malformations (agénésie pénienne). — MM. H. DUFOUR. WIDIEZ et R. CASTÉRAN. — Un homme de 43 ans qui présente les signes : amaurose par atrophie papillaire bilatérale remontant à l'âge de 30 ans, abolition des réflexes rotuliens et achilléens, légère ataxie des membres inférieurs. On relève, de plus, de nombreuses malformations congénitales : déformation du nez, voûte palatine ogivale, bec-de-lièvre, division du voile du palais, complète agénésie pénienne. Tout plaide en faveur d'un tabes tardif congénital évoluant chez un hérédo-syphilitique.

Tétanos guéri par la sérothérapie antitétanique intrarachidienne associée à la chloroformisation. — MM. H. DUFOUR, WIDIEZ et R. CASTÉRAN. — Un tétanos apparu dix jours après une plaie de la main, a été rapidement jugulé par deux injections intrarachidiennes de sérum antitétanique purifié, la première de 10 cmc., la deuxième de 15 cmc., associées à des injections sous-cutanées poursuivies pendant dix jours à la dose totale de 170 cmc. Lors de la deuxième injection intrarachidienne, le malade fut soumis à la chloroformisation, comme l'a préconisé l'un des auteurs il y a un an. L'amélioration se manifesta dès le soir même.

Un cas de névrite sérique. — MM. O. CROUZON et P. DELAFONTAINE. — Dans l'ensemble, cette observation correspond au type habituel des polynévrites sériques : paralysie à topographie voisine de la paralysie radiculaire Duchenne-Erb : mais elle présente deux points un peu particuliers : d'une part la bilatéralité des troubles qui est rare, d'autre part la ténacité des troubles sensitifs : douleurs spontanées, douleur à la pression des masses musculaires et petite zone d'anesthésie dans la région deltoïdienne.

Dysostose cranio-faciale. — M. Robert DEBRÉ et Mlle PELOT présentent cinq observations de sujets atteints de dysostose cranio-faciale, décrite pour la première fois par M. Crouzon en 1912.

Ces sujets appartiennent à une même famille où ces malformations furent retrouvées onze fois en trois générations. Ils ont les déformations habituelles et fixes de cette affection : 1° des malformations osseuses : brachycéphalie, bosse cranienne, atrésie du maxillaire supérieur et déformations des os nasaux ; 2° des troubles oculaires ; exophtalmie avec strabisme.

Ils souffrent presque tous de céphalée et trois de ces malades présentent des troubles de la vision ayant abouti à la cécité d'un œil et même à une cécité complète ; ces troubles sont dus à une atrophie papillaire avec papille blanche à bords nets et avec peu d'atrophie des vaisseaux qui permet de penser qu'il ne s'agit pas d'atrophie papillaire consécutive à une stase.

Ces déformations sont remarquées dès les premiers jours de la vie ; la mère reconnaît, dès la naissance, parmi ses enfants, ceux qui sont atteints de cette affection à cause des lésions oculaires, la déformation cranienne n'apparaissant qu'à la fin de la première année, les malformations craniennes et faciales évoluent progressivement jusqu'à l'âge de 7 ans, pour se fixer définitivement.

Paralysie radiculaire supérienre du plexus brachial avec anesthésie tronculaire d'origine traumatique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et VALENCE présentent un mécanicien qui a reçu en avril 1926 un coup d'hélice d'avion sur la face antérieure de l'avant-bras droit. L'étude de ce blessé leur a permis de distinguer des lésions par contusion directe (anesthésie tronculaire du musculo cutané et du brachial cutané interne, légère contusion du médian) et des lésions par arrachement, déterminées par l'extension forcée du bras en arrière (paralysie radiculaire, type Duchenne-Erb, avec des troubles sympathiques).

Le pigment épidermique, la pénétration des rayons U.-V., et le mécanisme de protection de l'organisme vis-àvis de ces radiations. — M. A.-C. GUILLAUME. — Contrairement à l'opinion admise à la suite des travaux de Finden, il résulte des expériences de l'auteur, que le pigment mélanique n'intervient pas dans le mécanisme de protection de l'organisme contre les radiations ultra-violettes ; cette protection est assurée, en fait, par la couche cornée de l'épiderme et son épaisissement sous l'influence des causes physiologiques ou pathologiques.

Un cas de tétanos guéri après sérothérapie antitétanique intrarachidienne et chloroformisation. — M. A. RAVINA rapporte l'observation d'un homme de 26 ans atteint d'un tétanos grave et traité par la séro-

hérapie intrarachidienne sous chloroformisations répétées. Chaque anesthésie fut suivie d'une amélioration manifeste. Le malade guérit en 15 jours. A aucun moment on ne vit apparaître d'accidents sériques. L'influence heureuse de la chloroformisation sur l'évolution de ce tétanos, à allure grave, paraît incontestable.

Un cas d'asthme d'origine émotive : émotion et choc hémoclasique. — MM. René Bénard et Ed. Joltrain rapportent le cas d'une malade qui fit, il y a 18 ans, à la suite d'une émotion violente, une poussée d'urticaire géante et bientôt après une crise d'asthme violente. Depuis cette époque, l'asthme s'est installé définitivement chez cette malade, qui présente en même temps un syndrome basedowien déterminé chez elle par une violente frayeur; ils ont pu suivre tous les accidents d'une crise hémoclasique typique, avec variation leucocytaire, modification de la pression artérielle, de la température, de la coagulation du sang, du réflexe oculo-cardiaque. Une heure après apparaissait une violente crise d'asthme.

Traitement de l'angine de poitrine par le gardénal. — M. A. Sézary rappelle que, comme il l'a indiqué antérieurement, le gardénal, à la dose de 10 à 30 centigrammes par jour, peut atténuer et faire disparaître les crises intenses et répétés d'angine de poitrine. Aux quatre observations qu'il a déjà publiées il ajoute un nouveau cas très démonstratif, où les accès qui se répétaient plusieurs fois par jour et devenaient subintrants, ont disparu sous l'action du gardénal. Huit mois après une récidive s'est produite et est, sous l'influence du traitement, en voie de disparaître. Il s'agit là d'un traitement symptomatique non curatif et non constant dans ses résultats. Mais dans certains cas rebelles, il est seul capable de supprimer la manifestation la plus pénible de ce douloureux syndrome.

Maladie de Basedow, myxœdème puis sclérodermie généralisée avec état sclérodermique du voile du palais. — MM. Pasteur-Vallery-Radot, P. Hillemand et B. Chomereau-Lamotte rapportent l'histoire clinique d'une femme atteinte de sclérodermie généralisée qu'ils ont pu suivre pendant cinq ans. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est du point de vue clinique, l'atteinte du voile du palais par le processus sclérodermique déterminant du nasonnement de la voix et du reflux des liquides par le nez ; c'est d'autre part, du point de vue pathogénique l'existence de syndromes endocriniens à l'origine de cette sclérodermie : d'abord insuffisance ovarienne et insuffisance mammaire, puis syndrome de Basedow auquel succéda un myxœdème. Les auteurs purent voir évoluer les trois étapes successives : syndrome de Basedow, myxœdème, puis sclérodermie.

Cette observation montre d'une façon hors de conteste le lien qui peut rattacher la sclérodermie à la perturbation des glandes à sécrétion interne.

Intoxication mortelle par le tréparsol. — M. Etienne May. — Une femme, en raison d'interruptions de grossesses, prend 10 comprimés de tréparsol en 4 jours, 1, 2, 3, 4. La dernière prise fut de 4 comprimés en 24 heures. Trois jours après apparurent des vomissements sanglants et un coma avec hémiplégie. L'auteur signale que cette médication doit être surveillée avec soin et qu'elle est loin d'être inoffensive.

M. Flandin reproche dans ce cas la façon d'administrer. Il faut donner un comprimé par jour, 4 jours de suite, et faire suivre cette série d'une période de repos. Tous les arsenicaux donnent de ces ennuis. Il faut que chaque traitement arsenical soit bien surveillé.

M. P. Emile-Weill. — L'intoxication arsenicale présente une grande tendance hémorragipare. La grossesse favorise l'apparition de ces syndromes toxiques.

M. Marcel Pinard. — Tous les arsenicaux sont dangereux, il faut en surveiller étroitement l'administration.

Résultats fournis par le traitement de la sanocrysine dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Burnand et Gilbert après avoir fait un choix précis de tuberculeux, concluent à l'inefficacité du traitement par la sanocrysine.

M. Sergent réagit contre la vogue actuelle de la sanocrysine et preuves en main démontre que dans la tuberculose la sanocrysine ne donne aucune guérison. Il faut se méfier d'observations imparfaites. M. Sergent ne fait plus aucun traitement par la sanocrysine.

M. Rist partage le même avis. Les résultats obtenus ne sont aucunement probants. La vogue de la sanocrysine a été une question de mode. Elle doit être remisée dans la série des médicaments à abandonner. Elle n'est d'ailleurs pas inoffensive.

M. Jeanselme a traité cependant avec succès des lupus érythémateux sans lésion pulmonaire.

Deux cas d'angiomatose héréditaire familiale. — M. P. Emile-Weill rapporte deux cas d'angiomatose hémorragique héréditaire, appartenant à deux familles différentes, dont de nombreux membres présentaient cette curieuse affection : apparition tardive (après trente ans, dans les cas présents) de nombreux petits angioses plans ou saillants à la face (nez, menton, joues, oreilles) et de télengiectosie. La muqueuse de la langue et des cavités nasales étaient également porteuses de ces lésions.

Dans ces deux cas l'auteur a trouvé des lésions du sang analogues à celles qu'on dépiste chez les hépatiques : coagulation retardée en 15 et 35 minutes, caillot irrétractible dans un cas, émiettement du caillot; dans l'autre, sérum hypercholémique ; mais les temps de saignements étaient normaux.

Les malades présentaient en outre des taches rubis sur le corps, une tendance à saigner des gencives, des varices dans un cas ; des hémorragies, des règles trop fréquentes, des antécédents d'ictère et un teint cholémique dans l'autre.

Cette maladie familiale porte donc à la fois sur le sang et les capillaires et se montre sur un terrain hépatique. Elle paraît donc, dans ces conditions, pouvoir être rapprochée de l'hémogénie, autre maladie amiliale, où le foie joue un rôle important et qui frappe aussi le sang et les vaisseaux, mais ces derniers beaucoup moins que le premier.

Deux cas de méningite cérébro-spinale traités par l'autovaccinothérapie, après échec de la sérothérapie. — MM. Courtois-Suffit et Georges Garnier publient deux observations de méningite cérébro-spinale, où la sérothérapie s'étant montrée inactive, ils ont eu recours à un autovaccin.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 41 ans, qui eut une méningite due à un méningocoque A, et chez qui l'injection de 470 cm3 de sérum n'avait amené que des améliorations passagères, l'affection ayant pris bientôt le type de méningite à forme traînante, avec altération marquée de l'état général. L'autovaccin, injecté à doses croissantes, amena une rétrocession rapide des signes méningés et une amélioration parallèle des signes généraux.

La deuxième observation concerne une femme atteinte de méningococcémie compliquée de méningite ; on identifia un méningocoque B. Malgré l'injection de 560 cm3 de sérum par les voies intraveineuses, intramusculaire et intrarachidienne, pas d'amélioration. L'autovaccin n'eut également aucun succès et la malade fut emportée au bout de six semaines.

MM. Courtois Suffit et Georges Garnier insistent sur l'inefficacité de plus en plus fréquente du sérum antiméningococcique. Ils se demandent s'il ne faut pas cesser de croire à son action. La vaccinothérapie est une médication adjuvante sans danger et qui donne assez souvent de bons résultats, malheureusement inconstants.

M. Martin insiste, dans la méningite cérébro-spinale, sur la nécessité de faire des injections précoces. Les échecs sont souvent dus au retard mis à employer ce traitement.

MM. Flandin, Paisseau, Noël Fiessinger prennent part à la discussion. Il en résulte qu'il n'est pas question d'abandonner la sérothérapie rachidienne, mais que dans certaines circonstances celle-ci n'a pas l'efficacité qu'on était habitué à lui reconnaître.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur le traitement chirurgical des asthmes bronchiques. — M. Leriche, après avoir fait l'historique de la question, rapporte deux cas personnels d'asthme bronchique, traités chirurgicalement.

Le premier cas concerne une femme de 45 ans, présentant depuis 2 ans des crises d'asthme répétées et rebelles à tout traitement médical. Intervention en mars 1925 : ablation du glanglion stellaire gauche. Amélioration progressive et rapide : disparition des crises. Revue un an plus tard, la malade est restée guérie.

Le deuxième cas a trait à une malade atteinte de crises asthmatiques et d'un syndrome de maladie de Basedow. Intervention, avec ablation d'un ganglion étoilé. Guérison de l'asthme et atténuation progressive des troubles basedowiens. Il persiste un peu de coryza spasmodique, qui semble sous la dépendance de polypes nasaux.

M. Leriche étudie ensuite les principales interventions praticables et conclut à la nécessité de déterminer autant que possible l'intervention minima.

Sur le traitement des fractures ouvertes (suite de la discussion). — M. Dujarier développe un chaud plaidoyer en faveur de la suture et même de l'ostéosynthèse primitive dans les cas de fractures ouvertes. Il en a réuni 48 cas, avec 5 morts, 3 cas insuffisamment suivis, 27 consolidations sans incidents et dans les délais normaux, 12 cas avec consolidation retardée et suppuration, 1 amputation.

Il reste partisan de l'osthéosynthèse primitive quand la plaie est récente, les désordres pas trop considérables, et à condition d'adjoindre l'injection de sérum antigangréneux.

Présentation de malades. — M. Dujarier : 2 fractures ouvertes ostéosynthésées d'emblée. Excellents résultats.

M. Grégoire. — Cardiospasme opéré. Résultats excellents.

M. Sorrel. — 3 cas de maux de Pott traités par greffes osseuses. Bons résultats.

M. Rouvillois présente des attelles métalliques pour fractures des membres supérieurs.

23 juin. E. Theillier.

***

4 cas d'arthrites gonococciques. Traitement par injections intra-articulaires de vaccin antigonococcique. Guérison. — M. BASSET rapporte 4 observations de M. MOULS (de Paris) concernant : les deux premières, deux malades atteints d'arthrite du genou avec gros épanchement, et ayant dans leurs antécédents une blennorragie ancienne, remontant respectivement à 15 et 27 ans. Spermoculture positive dans les deux cas. Injections de vaccin antigonococcique dans l'articulation. Guérison. Dans un de ces cas, une récidive au niveau du genou opposé est l'objet du même traitement. Guérison.

Les deux autres cas concernant des arthrites survenues au cours de blennorragies récentes : l'une atteignait le genou, l'autre le poignet. Guérison rapide par le même traitement.

M. BASSET fait ressortir : au point de vue diagnostic, l'importance de la spermoculture ; au point de vue thérapeutique, la valeur du stock-vaccin antigonococcique, la nécessité d'une ponction évacuatrice avec injection, la violence des réactions qui ont accompagné la plupart des injections, et la nécessité d'être prudent et de tâter le terrain.

Du traitement des fractures ouvertes (suite de la discussion). — M. BAUMGARTNER présente un rapport de M. GUIMBELLOT concernant 36 fractures diaphysaires ouvertes : 8 cas ont été traités par désinfection sans suture, 7 cas, par désinfection suivie de suture primitive sans ostéosynthèse. 21 cas ont été l'objet d'une ostéosynthèse primitive.

De ces 21 cas, 17 ont été l'objet d'une fermeture totale des téguments : 13 guérisons complètes, sans incidents, 4 guérisons retardées.

Ces résultats sont donc comparables à ceux de l'ostéosynthèse pour fractures compliquées. Ils sont dus : à l'intervention très précoce (dans les 4 premières heures, à une désinfection très complète du foyer de fracture, avec excision large des téguments ; l'immobilisation a été réalisée dans tous les cas, non par un appareil plâtré, mais par une gouttière.

M. ALGLAVE souligne la valeur des résultats obtenus par M. GUIMBELLOT et estime qu'ils sont de nature à modifier le traitement futur des fractures ouvertes.

MM. DEHELLY et GUILLOT (du Havre) sont également partisans de l'ostéosynthèse primitive dans les fractures ouvertes. Une statistique de 38 cas lui permet de conclure à son efficacité, sous réserve d'une intervention précoce et en tenant compte de l'état des parties molles et du squelette.

Présentation de malade. — M. SORREL. — Fillette atteinte de paralysie infantile, traitée par arthrodèses successives. (30 juin.) E. THEILLIER.

BIBLIOGRAPHIE

Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate. Directeurs : MM. Pierre ABRAMI, Maurice VILLARET, Noël FIESSINGER. Rédacteur en chef : M. G. PARTURIER. *L'Expansion scientifique française*, 23, rue du Cherche-Midi. Abonnement : 30 francs, France. Paraît tous les trois mois.

La nouvelle revue des maladies du foie présente une caractéristique. C'est une mine de documents. Dans le premier numéro 78 pages sont consacrées à la revue bibliographique des travaux publiés sur les maladies du foie. Des articles originaux du Pr GILBERT sur l'œsophagoscopie des cirrhoses, du Pr GOSSET sur la cholécystographie, de René BÉNARD sur les hépatites toxiques attirent plus spécialement l'attention. Les maladies du foie sont en complet remaniement. Les cadres classiques éclatent sous la pression des techniques modernes. Espérons que le rédacteur en chef, M. PARTURIER continuera à grouper les activités de ses collaborateurs. Il a abordé une lourde tâche qui est celle d'alimenter une revue nouvelle dans une spécialité délicate et encore pauvre en productions. Notre directeur Noël FIESSINGER est un des directeurs de cette revue, il y apportera dans les grands problèmes de l'hépatologie moderne l'esprit de concision que connaissent nos lecteurs.

Les Problèmes de la Physiologie normale et pathologique de l'os, par R. LERICHE, *professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg*, et A. POLICARD, *professeur d'histologie à la Faculté de Lyon*. — Un vol. de 230 pages avec 33 fig. (MASSON et Cie, éditeurs). — Prix : 28 francs.

Ce livre est la synthèse d'un travail entièrement original élaboré par les auteurs au cours de dix années de recherches. Toutes les hypothèses caduques sont éliminées ; le mécanisme de la réparation des fractures et les problèmes de la transplantation osseuse sont éclairés de lumières nouvelles, capables de diriger l'orientation de la chirurgie osseuse.

Chirurgie du Sympathique. Chirurgie du tonus musculaire, par G. WERTHEIMER, ancien chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon, et A. BONNIOT, chirurgien des Hôpitaux de Grenoble. — Un vol. de 136 pages avec 31 fig. (MASSON et Cie, déiteurs). — Prix : 22 francs.

Après avoir exposé leurs recherches physio-pathologiques, les auteurs concluent que la section des rameaux communicants peut être préconisée dans certaines séquelles des blessures cranio-cérébrales, dans la maladie de Little, etc. Les premiers résultats de la méthode, qui est bénigne, permettent de fonder sur elle de grands espoirs.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

PSYSIOTHÉRAPIE

L'héliothérapie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse.

Par M. Charles Brody,

Assistant au Sanatorium populaire de Courmettes (A.-M.).

Jusqu'à ces dernières années, le traitement de la péritonite tuberculeuse était divisé en deux parties :

1° Traitement médical ;

2° Traitement chirurgical.

1° Traitement médical.

Le traitement médical, d'après les auteurs, consiste dans le traitement général de la tuberculose : pointes de feu légères et répétées sur l'abdomen, application de couches de collodion sur la paroi abdominale, pour diminuer le météorisme, l'aération, le régime, iodures à doses faibles et continues, suppositoires quotidiens, contenant 0 gr. 15 de naphtol camphré.

Ces indications résument à peu près le traitement médical appliqué.

Presque tous les auteurs insistent particulièrement sur :

2° Le traitement chirurgical.

Le cas de Spencer Wells est bien connu, qui, en 1862, par erreur de diagnostic, croyant intervenir dans un cas de kyste de l'ovaire, fait la laparotomie et trouve une péritonite tuberculeuse. (Ces erreurs sont encore à l'ordre du jour et comme dit Peters, le ventre attend encore son Laënnec.)

Après cette laparotomie, un résultat inattendu survint : la malade guérit, l'attention des chirurgiens fut attirée par ce fait, et ils instituèrent le traitement de la péritonite tuberculeuse par laparotomie, ce qui est encore à la mode de nos jours, surtout dans les cas d'ascite, qui sont ceux dans lesquels les chirurgiens interviennent avec le plus de succès. Dans les formes ulcéreuses ou fibro-caséeuses, bien qu'on pratique assez souvent la laparotomie, on ne peut pas prétendre que le résultat soit satisfaisant.

La forme fibreuse, sauf complication (occlusion ou perforation intestinales) n'a absolument pas besoin de laparotomie, elle guérit toute seule par simple défense de l'organisme.

On pratique quelquefois l'insufflation d'air stérilisé dans la cavité péritonéale, et en cas d'ascite, la ponction évacuatrice. Tous les ouvrages nous parlent longuement de la laparotomie, qu'ils nous présentent comme le traitement de choix de la péritonite tuberculeuse, disant qu'un traitement médical efficace n'existe pas.

La tuberculose péritonéale est donc classée parmi les *tuberculoses dites chirurgicales* et, jusqu'ici, c'étaient beaucoup plus les chirurgiens que les médecins qui s'en occupaient. D'ailleurs, même si par erreur de diagnostic concluant à l'appendicite, kyste de l'ovaire etc., certains péritonéaux sont livrés aux mains des opérateurs, ceux-ci, tout en reconnaissant la vraie nature du mal, recourent volontiers à la laparotomie.

En ce qui nous concerne, nous croyons que la péritonite bacillaire doit rentrer désormais beaucoup plus dans le domaine de la médecine, et seulement à titre exceptionnel dans celui de la chirurgie.

***

Avec les progrès actuels de la science et une compréhension plus vraie de la nature, de nouveaux horizons s'ouvrent devant la médecine, elle possède un traitement naturel qui diminue presqu'à néant la nécessité de l'intervention chirurgicale. La thérapeutique doit se modifier complètement par la connaissance des effets de l'héliothérapie, des rayons ultra-violets, sur la tuberculose péritonéale.

L'Héliothérapie et ses effets.

L'action thérapeutique du soleil et des rayons ultra-violets n'est pas une nouveauté. Il y a bien des siècles, nos ancêtres, sans avoir analysé le spectre solaire, en connaissaient les effets bienfaisants et recommandaient les bains de soleil. Hippocrate, Hérodote, Celse, Gallien, Avicenne, Antyllus, constatent que le soleil *renforce* l'organisme et que les faibles en profitent, son action remplace la graisse par des muscles.

Il est bien connu que les Romains avaient fait un culte de l'héliothérapie, et qu'ils installaient des *Solariums* dans leurs habitations, enfin les médecins naturistes ont toujours recommandé la lumière et le soleil comme un remède qu'il ne faut pas négliger dans bien des maladies.

Ce sont surtout les recherches de ces dernières années qui nous ont apporté des preuves scientifiques décisives, bien que la question soit toujours ouverte et que l'on puisse en attendre encore beaucoup :

L'Héliothérapie est une science en évolution.

En tous cas, les faits indéniables, ce sont les guérisons que l'on obtient par elle.

Nous n'entrerons pas dans le détail des discussions théoriques sur le mode d'action des rayons solaires et ultra-violets, mais dégagerons simplement les faits qui en découlent et qu'il est à la portée de tout le monde de contrôler et d'expérimenter.

Aujourd'hui on ne peut plus nier les effets bienfaisants de l'héliothérapie et des rayons ultra-violets dans le traitement des plaies, dans la résolution des exsudats, des abcès, le rachitisme, les états scrofuleux et les différentes adénopathies, anémies, états prétuberculeux, maux de Pott, coxalgies, tumeurs blanches, ostéites, spina ventosa, phlébites, etc.

Etant au Sanatorium populaire de Courmettes (A.-M.) dirigé par le Dr Gérard Monod, nous avons pu contrôler personnellement les résultats de ces cures sur des centaines de malades envoyés de toutes les parties de la France.

L'action stérilisante des rayons ultra-violets ne peut même pas être discutée, c'est une chose définitivement établie, et dans tous les traités d'hygiène, on en trouve tous les détails ainsi que la description des différents appareils qui servent également pour la stérilisation des eaux en cas d'infection, et qu'on applique sur le robinet de l'eau contaminée, laquelle est rendue potable par la destruction des micro-organismes.

Dans la péritonite tuberculeuse, c'est le *bacille de Koch* qui est en cause. La vie au grand air, la lumière et les irradiationstions ont sur lui un effet considérable. Il est bien connu que la tuberculose se développe là où manquent le soleil et l'air pur.

Les expériences prouvent que le bacille de Koch survit trois semaines à l'abri de la lumière, mais qu'il est détruit en cinq jours par un éclairage moyen, et en quelques heures par une forte insolation. Le proverbe : « Où entre le soleil n'entre pas le médecin », est bien connu.

Il est si triste de voir les malades, et, surtout les tuberculeux remplir des hôpitaux sans air et sans lumière, où ils ne peuvent guérir, c'est comme un lent suicide, et le résultat néfaste en est bien connu : la salle toute entière sera infectée. Mais, aussitôt que l'on place ces mêmes malades ailleurs, dans de bonnes conditions d'hygiène, avec de l'air et du soleil, on assiste à des résultats tout à fait différents. Pourtant : « Sol lucet omnibus », le soleil luit pour tout le monde, et quel traitement peut être mieux à la portée de chacun que le soleil qui dispense à tous ses rayons guérisseurs ?

Pour le traitement de la péritonite tuberculeuse par l'héliothérapie, il faut connaître *la posologie du soleil*, aussi bien que celle des rayons ultra-violets artificiels, qui doivent être dosés et manipulés en connaissant bien leur intensité, leur effet et les résultats qu'on peut en attendre.

En général, par l'irradiation solaire, on peut constater d'abord une élévation de la température, qui ne doit pas dépasser normalement 1°, et qui ne dure que quelques jours pour diminuer graduellement et revenir à son point primitif. Si le malade était fébricitant, un traitement régulier *fait même baisser la température* qui ne dépasse bientôt plus 37°5 rectale.

Si cependant la réaction de début dépasse 1°, malgré toutes les précautions prises, et donne lieu à un état congestif et fébrile durable, c'est une contre-indication, mais c'est un cas exceptionnel.

Après quelques jours d'héliothérapie, on assiste à un début de transformation de la maladie. Les sujets qui arrivent constipés, quelquefois même avec une constipation opiniâtre, commencent à aller *à la selle régulièrement*. Au bout d'une courte phase de réaction qui ne dépasse pas huit jours, pendant lesquels les symptômes peuvent augmenter, survient une amélioration de l'état général : *l'appétit augmente*, les fonctions digestives redeviennent normales, la nourriture est assimilée, *le poids augmente, le sommeil se régularise*. Cette amélioration se continue parallèlement à l'irradiation solaire, progresse et se stabilise. On peut alors constater graduellement dans les mois qui suivent une action :

1° analgésique surprenante ;
2° antiseptique ;
3° microbicide ;
4° sclérogène ;
5° cicatrisante

des rayons solaires. Il y a une stimulation considérable de la *phagocytose*.

Les contractures se relâchent, les gâteaux péritonéaud se fondent. l'abdomen qui était dur, ballonné, devient souple et *le liquide ascitique se résorbe* progressivement ; si l'on mesure la circonférence du ventre, semaine par semaine, comme nous le faisons, on constate une diminution continuelle et progressive précédée au début d'une augmentation réactionnelle et passagère, *la résolution des xesudats* est la règle.

L'héliothérapie a une action stimulante sur le *métabolisme basal*, sur le métabolisme *phosphocalcique* qui, dès les premières séances se trouve considérablement amélioré, ainsi que le métabolisme du *soufre*, du *chlorure de sodium* et de l'*azote*.

Dès le début, il y a également une *oxydation plus intensive* et la respiration devient plus souple et plus fréquente. Les malades arrivent dans un état d'anémie profonde, nous faisons aussitôt la numération globulaire et au bout de huit jours on peut constater que *les globules rouges ont augmenté* de 3.000.000 à 4.000.000 ou 4.200.000. Leur valeur globulaire augmente proportionnellement ainsi que leur teneur en hémoglobine. Il y a une vaso-dilatation surtout au niveau des capillaires et désormais la peau et les tissus sont plus vitalisés, plus nourris, plus aptes à une défense et une réaction.

L'état asthénique cesse bientôt, le soleil a une *action excitante tonique, stimulante et fortifiante* ; mais pendant les cures, les malades éprouvent une sensation agréable de paresse, et jouissent d'une euphorie absolue.

L'élimination des toxines microbiennes est plus intensive, les glandes sudoripares jouent un rôle considérable dans cette élimination, ainsi que tous les émonctoires.

Bientôt une *pigmentation de la peau* apparaît, qui varie par individu en intensité et en couleur.

Dans les débuts de l'héliothérapie on a pensé que plus la pigmentation est foncée et rapide, plus la réaction qu'elle indique est forte et le pronostic plus favorable. Notre observation n'est pas en faveur de cette manière de voir. Nous pensons que ces variations sont en rapport avec des qualités particulières de l'épiderme et, nous croyons aussi, avec des prédispositions familiales héréditaires, et de causes encore ignorées.

Nous avons vu maintes fois des malades, à faible pigmentation, guérir parfaitement, et d'autres, fortement pigmentées, avoir une amélioration relativement moins rapide de l'état général.

Nous croyons qu'après une certaine période, il existe une accoutumance à l'héliothérapie comme pour un grand nombre de médicaments question qui n'a pas été traitée jusqu'ici. La pigmentation joue aussi un rôle important dans cette accoutumance et oblige d'augmenter la durée journalière des cures pour atteindre le même résultat (1).

Le traitement ne doit pas être dirigé à l'aveuglette ni par le hasard, car au lieu de guérir on peut nuire tout aussi bien et, en tous cas ne pas obtenir le résultat cherché.

Le lieu, l'altitude, etc. ont une importance capitale. Il faut choisir un endroit où, selon Piguet (2), « le soleil brille un maximum d'heures dans un maximum de mois pendant l'année ». En France comme lieu d'élection on peut prendre le Midi, à cause du climat particulièrement clément et de la moyenne élevée des heures d'insolation.

Si on peut réunir à la fois un climat bien ensoleillé à l'altitude et à l'air marin, comme c'est le cas à Courmettes (1), cela constitue un triple avantage dont les malades profiteront largement.

Les sujets dont nous publions les observations ont eu pendant une année environ trois cents jours avec un minimum d'une heure de cure solaire par jour sur tout le corps, sans tenir compte des irradiations d'une moindre durée.

Il faut habituer progressivement les malades au soleil par petites doses, en tenant compte de la tolérance et des réactions individuelles de chacun. La cure doit donc suivre une gradation progressive, et la durée des premières séances être différente l'été et l'hiver, suivant l'intensité du soleil.

***

Nous avons fait nos observations et appliqué l'héliothérapie de la manière suivante, que nous exposerons en prenant le cas d'une malade qui entre au Sanatorium.

Pendant la première semaine, repos absolu au lit, la malade s'acclimate, se familiarise avec ses compagnes et fait des cures d'air, tandis que nous l'observons et que nous nous livrons à un examen minutieux. Tous les renseignements concernant la malade, les fiches provenant des médecins traitants, des dispensaires, de la famille, les radiographies, radioscopies, etc., sont rassemblés, et, s'il y a lieu, on écrit aux médecins et aux chirurgiens pour avoir des renseignements complémentaires, puis nous prenons l'observation détaillée de la malade.

Chez les péritonéaux, outre l'inspection, la palpation, la percussion, les recherches des différents signes cliniques, nous mesurons la circonférence de l'abdomen, ce qui est fait ensuite toutes les deux semaines, afin de se rendre compte de la diminution de l'ascite. Les malades sont pesés à l'arrivée puis ensuite le premier de chaque mois, c'est ainsi que nous pouvons constater une augmentation régulière qui se continue même après de longs mois.

Il faut interroger les femmes sur les troubles menstruels et pratiquer systématiquement le tou-

(1) Voir pour les détails : Brody (Ch.), *Conception moderne de la péritonite tub. et de son traitement*. Chapitre : Accoutumance à l'héliothérapie, Paris 1926, Le François éditeur.

(2) Piguet (R.) : *Le soleil dans la tub. chir.*, Paris 1919,

(1) Voir Armand-Delille : *Un premier Sanatorium d'altitude pour l'héliothérapie en France* (Bull. Méd. 23.7 1921.

cher qui révèle souvent une lésion génitale inattendue.

Nous prenons la tension artérielle (ce qui sera refait tous les trois mois), puis notons les pulsations pendant trois jours, à des heures différentes.

Le Sanatorium dispose d'un laboratoire où nous faisons régulièrement toutes les recherches nécessaires, ce qui nous permet de faire l'analyse complète de l'urine (dosages et quantité des éléments constitutifs), du sang, de même que l'examen des fèces, dans le but de découvrir les bacilles de Koch, ou autres agents pathogènes.

La numération globulaire du sang que nous faisons à l'entrée, se répète au bout de huit jours, puis d'un, trois et six mois, et nous montre dans la première semaine une augmentation considérable, qui se maintient et s'élève, mais désormais beaucoup plus lentement jusqu'à la normale.

Au début de l'héliothérapie, la température est prise de quatre à six fois par jour, pour permettre le contrôle des réactions, plus tard, deux fois quotidiennement. Sur la fiche on marque également les heures de cure solaire, faites dans la journée, en additionnant toujours depuis le début.

L'héliothérapie se fait sur de vastes terrasses où, avec une grande facilité, des enfants mêmes peuvent sortir les lits roulants de la salle qui s'ouvre sur les terrasses de cure, où les malades passent toute la journée, y prenant même une partie de leurs repas.

L'héliothérapie se fait d'après les instructions qui suivent établies par le Dr Monod et se trouve complétée, s'il y a lieu, par un traitement adjuvant.

Instructions pour la cure solaire.

Les indications ci-après sont les règles générales qui conviennent à la majorité des cas. Elles doivent être scrupuleusement observées, et ne sont modifiées que par prescription médicale, suivant les cas particuliers.

Le corps est divisé en zones :

Première zone : jusqu'au-dessous du genou.
Deuxième zone : jusqu'à mi-cuisse.
Troisième zone : jusqu'à l'ombilic.
Quatrième zone : jusqu'aux seins.
Cinquième zone : jusqu'à la racine du nez.

Sauf chez les sujets très entraînés, la tête reste à l'abri du soleil.

La cure suit la gradation indiquée ci-après, en commençant par les jambes :

I. — *En hiver* :

1er jour : 1re zone, 10 min ; durée totale, 10 min.
2e jour : 1re zone, 10 min ; deux 1res zones, 10 min ; durée totale, 20 min.
3e jour : 1re zone, 10 min ; deux zones, 10 min ; trois zones, 5 min ; durée totale, 25 min.
4e jour : 1re zone, 10 min ; deux zones, 15 min ; trois zones, 5 min ; durée totale, 30 min.
5e jour : deux 1res zones, 20 min ; trois zones, 10 min. ; quatre zones, 5 min. ; durée totale, 35 min.
6e jour : deux 1res zones, 25 min. ; trois zones, 15 min. ; quatre zones, 5 min. ; durée totale, 45 min.
7e jour : trois 1res zones, 30 min. ; quatre zones, 15 min ; cinq zones, 5 min ; durée totale, 50 min.
8e jour : trois 1res zones, 30 min ; quatre zones, 20 min. ; cinq zones, 10 min. ; durée totale, 60 min.

II. — *En été* :

1er jour : 1re zone, 5 min ; durée totale ,5 min.
2e jour : 1re zone, 5 min ; deux 1res zones, 5 min. ; durée totale, 10 min.
3e jour : 1rî zone, 10 min ; deux zones, 5 min. ; durée totale, 15 min.
4e jour : 1re zone, 10 min ; deux zones, 5 min. ; trois zones, 5 min. ; durée totale, 20 min.
5e jour : deux 1res zones, 15 min. ; trois zones, 10 min. ; durée totale, 25 min.
6e jour : deux 1res zones, 15 min. ; trois zones, 15 min. ; durée totale, 30 min.
7e jour : deux 1res zones, 15 min. ; trois zones, 15 min. ; quatre zones, 5 min. ; durée totale, 35 min.
8e jour : deux 1res zones, 20 min ; trois zones, 15 min. ; quatre zones, 5 min. ; durée totale, 40 min.
9e jour : deux 1res zones, 20 min. ; trois zones, 20 min. ; quatre zones, 10 min. ; durée totale, 50 min.
10e jour : deux 1res zones, 20 min. ; trois zones, 20 min. ; quatre zones, 15 min. ; durée totale, 55 min.
11e jour : trois 1res zones, 40 min. ; quatre zones, 10 min. ; cinq zones, 5 min. ; durée totale, 55 min.
12e jour : trois 1res zones, 40 min. ; quatre zones, 10 min. ; cinq zones, 10 min. ; durée totale, 60 min.

La séance de cure la plus importante se fait le matin. A partir du 8e jour, en hiver et du 12e jour, en été, le malade expose tout le corps au soleil pendant toute la durée de la cure, qui va en croissant au delà d'une heure.

A partir de ce moment il fait l'après-midi une seconde séance d'une durée des 3/4 de celle du matin.

Dès que la durée de la séance dépasse une demi-heure, le malade doit avoir à sa disposition de l'eau fraîche à boire.

S'il y a suppuration, le pansement est enlevé avant la cure et remis après, mais l'orifice des fistules reste recouvert d'une compresse et n'est pas exposé au soleil.

Pendant les 7 premiers jours de cure solaire, et plus longtemps si le médecin l'indique, la température rectale est prise et notée :

1° Le matin ;
2° Immédiatement après la séance ;
3° Deux heures après la séance ;
4° Le soir.

Quand la cure a été interrompue pour une cause quelconque, le jour où elle est reprise, la dose se calcule en remontant sur le tableau autant de lignes que le nombre de jours d'interruption. Ainsi, si la cure est interrompue à dater du 8e jour, pendant un jour, on reprend la dose indiquée pour le 7e jour ; si elle est interrompue pendant trois jours, on reprend la dose indiquée pour le 5e jour.

Le malade doit en outre connaître et retenir les conditions suivantes :

Les tableaux ci-dessus concernent la cure d'héliothérapie proprement dite. En dehors des temps d'exposition, le malade reste couché en plein air, mais couvert, pendant toute la durée des séances de cure inscrites au tableau horaire.

Les radiations solaires agissent moins énergiquement, mais d'une façon très importante alors même que les rayons traversent des nuages. Le malade doit donc s'entraîner à être nu à l'air, même quand le soleil ne brille pas.

Comme toutes les médications réellement actives, le soleil détermine souvent au début un accroissement passager des symptômes : gonflement des articulations, abondance de la suppuration, douleurs et même fièvre. Le malade ne doit pas s'en inquiéter, mais en prévenir le médecin, qui décidera si ces phénomènes doivent faire diminuer le dosage de la cure.

Ce qui est d'une importance capitale, c'est d'arriver à l'exposition totale du corps, avec le minimum de vêtements.

C'est une erreur de croire que l'irradiation partielle, exclusivement localisée sur l'abdomen en cas de péritonite tuberculeuse, peut suffire, et nous avons vu bien des médecins n'irradier que l'endroit touché. En partie, c'est aussi pour cette raison que nous préférons l'héliothérapie naturelle aux rayons ultra-violets artificiels. Bien entendu que si l'on ne possède pas la première, il faut recourir à ces derniers qui donnent aussi d'excellents résultats.

Ce que nous croyons indispensable, c'est d'utiliser des appareils qui permettent d'irradier *tout le corps*, dans la position étendue, car nous sommes convaincus que cela permettrait de constater d'énormes différences dans les résultats obtenus.

Après la période d'entraînement, pendant laquelle on commence par les pieds pour remonter ensuite progressivement, le bain de soleil doit être *généralisé à tout le corps, sauf la tête* ; le malade doit s'exposer entièrement nu aux rayons, ou tout au moins, n'avoir qu'un cache-sexe ou un petit caleçon de bain de couleur blanche.

Toutes les parties du corps doivent être alternativement exposées au soleil, le malade se couchant tour à tour sur le dos ou sur le ventre.

Où doivent se faire ces cures ? Nous citerons ce que le Dr Monod dit à ce sujet dans son travail : « La tuberculose, le soleil et l'altitude (1) » ; « La cure derrière des vitres est un non-sens, la cure enchambre devant une fenêtre ouverte est un pis-aller, la cure sur des galeries très abritées est un stade de début et d'entraînement. La cure idéale se fait à l'air libre. Les malades arrivent non seulement à supporter, mais à rechercher l'action du vent sur le corps nu ».

La cure solaire idéale est bien ainsi que le déclare le Dr Monod, celle qui se fait au grand air, et à l'altitude, dans un climat héliomarin. Cependant, lorsque par suite de diverses circonstances, il est impossible au malade de quitter sa famille et d'aller passer de longs mois dans un Sanatorium d'héliothérapie, nous sommes personnellement convaincus que la cure solaire peut se faire partout avec succès. Nous ne pouvons pas faire mieux que de citer à ce propos l'expérience des Drs Armand-Delille et Hartmann (2) qui, en plein cœur de Paris trouvèrent le moyen de traiter et de guérir par la cure solaire naturelle, une femme atteinte de péritonite tuberculeuse à forme ascitique, et qui avait subi trois fois en vain, la laparotomie.

Dans ces cas, l'essentiel est de ne pas gaspiller un seul rayon de soleil mais au contraire de l'utiliser au maximum et notre avis personnel est qu'une des conditions les plus importantes, est d'exposer tout le corps entièrement nu aux irradiations solaires. Les règles suivies seront celles données plus haut, la durée des séances pourront être plus

(1) Dr Gérard Monod in *Annales des Médecins prat.* de Lyon et du Sud-Est, 1921.
(2) Soc. de Chir., Paris 1900 et 1921.

longues à cause de la moindre intensité du rayonnement. Il faut commencer l'insolation par les pieds, et remonter progressivement jusqu'à la tête, la pigmentation se produira de la sorte aussi bien que dans un Sanatorium.

Cette cure peut se faire à la rigueur dans l'intérieur de la chambre, et quoique bien entendu il y ait de nombreuses difficultés pour atteindre le but cherché, nous sommes convaincus que la guérison par l'héliothérapie peut être obtenue partout, même chez soi, en pleine ville, sans altitude ni climat héliomarin.

Naturellement que l'héliothérapie complète reste toujours la meilleure et que nous n'indiquons cette méthode de cure solaire à domicile que dans les cas de force majeure, lorsqu'on ne peut pas quitter son chez soi, ni recourir à l'hôpital ou au Sanatorium.

Tout ce que nous avons dit plus haut s'applique aux malades atteints de péritonite tuberculeuse, chez les pulmonaires, il y a des règles spéciales sur lesquelles nous ne nous étendrons pas ici, nous bornant à mentionner que, chez ces derniers, nous surveillons, quotidiennement, surtout au début, l'état pulmonaire et les réactions.

Durée du traitement.

La durée du traitement est très variable, mais, en général, assez longue, de trois mois à un an, quelquefois plus dans les cas graves. C'est bien une difficulté pour ceux qui doivent gagner la vie de leur famille, mais c'est une nécessité absolue. Quand on se soigne au début, la guérison est plus rapide, mais plus on tarde, plus elle est lente à venir, bien qu'une amélioration arrive presque toujours dès la première semaine, et se continue graduellement.

Bien entendu que, si l'héliothérapie est féconde en résultats, cela n'exclut pas le cas échéant, l'emploi de quelques médicaments reconnus utiles, et nous avons seulement voulu démontrer la force cachée dans l'héliothérapie, pour la guérison de la péritonite tuberculeuse. Les résultats sont encore plus grands, si, à l'héliothérapie sont joints l'air marin, l'altitude, une bonne nourriture, du calme et du repos. Pour maintenir la guérison et éviter des rechutes nous recommandons aux malades guéris de faire annuellement deux mois de cure préventive.

On peut évidemment poser la question : « Y a-t-il des insuccès dans la cure solaire ? », et nous devons répondre : « Oui, il y en a ». Mais avec quelle médication, quel traitement chirurgical peut-on se vanter de ne jamais subir d'échecs ? Il en existe aussi dans l'héliothérapie, mais ils ne forment que des exceptions à la règle qui est la guérison, souvent définitive, ou tout au moins une amélioration considérable dans la plus grande majorité des cas.

Accidents et contre-indications.

Bien que nous donnions à nos malades les instructions sus-mentionnées, il arrive que les entrants par excès d'enthousiasme au spectacle des guérisons qu'ils sont à même de voir, ou aux récits qu'on leur en fait, échappent à notre surveillance et nos conseils, et, voulant imiter leurs voisins de cure, se découvrent complètement, comme esl autres.

Dans ce cas, même en hiver, il nous arrive de constater de l'*érythème*. Actuellement, au mois de février, nous en avons deux. Ces cas sont en général, légers et transitoires, à cause de la surveillance exercée. Quelques jours d'interruption dans la cure, suffit à faire disparaître ces rougeurs dues à la vaso-dilatation des capillaires, et à l'extravasation du sang.

Nous avons pu également observer dss érythèmes scarlatiniformes de peu de durée. L'érythème peut revêtir suivant son intensité, toutes les formes de la brûlure, avec phlyctène et desquamation ; exceptionnellement en cas d'imprudence grave, la terminaison fatale est possible. Les sujets lymphatiques ou très blancs sont plus sensibles.

Parmi les accidents légers, on peut citer de la céphalée, des troubles visuels (qu'on évitera en garantissant la tête avec un chapeau léger ou au moyen d'un écran, et en mettant des lunettes de couleur), des vertiges, épistaxis, nausées, etc.

Dans les cas rarissimes, peuvent survenir de la congestion cérébrale, vomissements, perte de connaissance, palpitations, tachycardie, méningite, aboutissant à la mort. Ces cas extrêmes ne se présentent en général que dans la vie courante et non pendant une cure d'héliothérapie bien surveillée.

La continuation de la cure solaire pendant plusieurs années peut déterminer de l'artério-sclérose à cause de l'action cicatrisante du soleil. Nous attirons spécialement l'attention sur cette propriété des rayons solaires, dont les traités ne parlent pas, et qui ne sont pas mentionnés parmi les inconvénients de l'héliothérapie. D'une part cette propriété assure la sclérose des lésions pulmonaires et de l'autre, peut avoir des résultats fâcheux que l'on évitera en administrant au malade un traitement ioduré, parallèlement à la cure solaire.

Chez certains malades, une trop grande intensité d'insolation peut se répercuter sur le système nerveux qui réagit différemment suivant les sujets. On remarquera chez les uns une excitation anormale, irritabilité allant jusqu'à l'hystérie ; chez les autres, au contraire, survient de l'abattement, lassitude générale, engourdissement, accès de mélancolie, troubles psychiques et mentaux.

Les accidents graves que nous venons de signaler pour être complet, sont extrêmement rares et, dans les Sanatoria où les malades sont soumis à un contrôle médical et un entraînement rigoureux nous n'observons que des cas légers de congestion, épistaxis et érythème transitoires.

Contre-indications.

La cure d'héliothérapie ne saurait convenir à tous les états pathologiques. Chez ceux des pulmonaires qu'elle est susceptible d'améliorer, elle doit faire l'objet d'une surveillance particulière qui permet d'ailleurs, d'obtenir les meilleurs résultats.

Les accidents les plus à craindre dans ces cas, c'est la congestion et les hémoptisies, mais il existe de nombreux ouvrages traitant ce sujet qui ne rentre pas dans le cadre de notre étude, et sur lequel nous ne nous étendrons pas.

Si, malgré toutes les précautions, la température monte trop et persiste même après la période d'entraînement, sans qu'on puisse l'attribuer à une autre cause que l'action directe du soleil, il y a contre-indication, ce cas est rare.

La contre-indication est absolue dans les états cachectiques, pour les hypertendus, artério-scléreux, les sujets trop âgés ; parmi les néphrites tuberculeuses, quelques malades atteints très profondément, chez lesquels l'action solaire détermine une lassitude profonde allant jusqu'à l'évanouissement ; pour les cardiaques mitraux aortiques, ou ceux présentant de la péricardite, la cure solaire est également contre-indiquée; cependant, lorsqu'il s'agit de lésions cardiaques bien compensées, l'héliothérapie peut être supportée, si l'on entraîne le malade avec précautions.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin. — M. le Pr DELBET.

L'hallux valgus et son traitement.

Ce malade présente au pied gauche une affection assez commune, qui est ordinairement bilatérale, et qui entraîne des troubles fonctionnels importants. Elle est caractérisée avant tout pa une déviation du premier orteil en dehors. Au lieu d'être dans l'axe du premier métatarsien, il fait avec lui un angle ouvert en dehors, saillant en dedans. On donne à cette affection le nom d'hallux valgus, ce qui veut dire simplement pouce en dehors.

En quoi consiste la lésion qui produit cette déviation de l'orteil ? C'est une question très discutée, à propos de laquelle on a édifié des théories variées sans grande importance pratique, d'ailleurs.

Quand on demande au malade d'essayer de plier son orteil, on constate que cet orteil se plie d'une manière absolument anormale ; la flexion porte uniquement sur l'articulation métatarso-phalangienne. L'articulation interphalangienne n'a pas subi le moindre mouvement. C'est la règle, c'est un phénomène constant dans cette affection.

Or, on sait que l'articulation nuguéale du pouce se fléchit sous l'action du long fléchisseur propre du gros orteil. Ce muscle est, normalement, d'une extrême puissance. Il y a donc, chez ces malades, une certaine impotence de ce muscle. Cela ne veut pas dire que l'articulation soit atteinte. Si on la manœuvre avec la main, cette articulation fléchit très correctement, mais le malade, volontairement, est incapable de produire cette flexion. M. GIRODE, pendant la guerre, a fait mesurer la puissance du long fléchisseur propre du gros orteil sur une série d'individus ayant un hallux valgus et chez d'autres qui n'en avaient pas ; il a constaté la déficience constante de ce muscle chez tous les malades atteints d'hallux valgus.

L'impotence relative du muscle long fléchisseur propre du gros orteil joue certainement un rôle important dans la pathogénie de l'hallux valgus. Un certain nombre de personnes sont incapables de fléchir volontairement la phalange nuguéale du gros orteil, ou ne la fléchissent que très faiblement. Celles-là sont exposées à faire un hallux valgus ultérieurement. Le meilleur moyen préventif consiste à faire travailler le muscle long fléchisseur propre du gros orteil. En cherchant bien, on trouvera une attitude favorable où il sera possible de plier légèrement la dernière phalange. Par une série d'exercices progressifs on arrivera à donner de la tonicité à ce muscle. En marchant, on doit, dans le dernier temps de la marche, se propulser en partie sur la dernière phalange du gros orteil, grâce à ce muscle puissant qui est le long fléchisseur propre du gros orteil, si puissant qu'une bonne danseuse est capable de lui faire porter tout le poids de son corps : c'est ce qu'on appelle faire des pointes.

Quand ce muscle est faible et que le sujet progresse sur un sol inégal on marche un peu vite, la première phalange du gros orteil est entraînée en hyperextension ; il en résulte des tiraillements ligamenteux très douloureux ; pour échapper à cette douleur, le malade se met à marcher avec le pied en valgus. Dans le dernier temps de la marche, il se propulse sur le bord interne de l'orteil. Ainsi, progressivement l'orteil se trouve dévié.

M. Juvara a insisté sur la déviation du premier métatarsien. Chez un grand nombre de malades, la radiographie montre que le premier métatarsien est dévié en dedans. Chez certains malades, lorsqu'on prend le pied transversalement, on sent très bien qu'on rapproche le premier métatarsien du deuxième, et souvent en même temps on voit le gros orteil se redresser. Ceci a conduit M. Juvara à préconiser l'ostéotomie du premier métatarsien, de manière à remettre sa partie distale dans l'axe. On peut aussi chercher à tenir rapprochés le premier métatarsien du deuxième par de gros fils de soie serrés très fortement. En général, on fait porter l'intervention sur l'articulation métatarso-phalangienne. C'est là que le malade souffre. L'hallux valgus devient une véritable infirmité, par une succession de phénomènes qui sont toujours les mêmes. Quand les malades viennent consulter, ils ont une tuméfaction douloureuse siégeant à la face interne de l'articulation métatarso-phalangienne. On a discuté indéfiniment la question de savoir si cette saillie anormale était due tout simplement à la bascule du premier orteil, sans déformation de la tête du métatarsien, ou à une hyperostose de la tête du métatarsien. Quoi qu'il en soit, cette saillie a pour conséquence la formation d'une bourse séreuse accidentelle, due à la pression, d'où résultent toutes les souffrances des malades atteints d'hallux valgus. Cette bourse séreuse devient le siège d'hygromas à répétition. Pendant ces périodes inflammatoires, les malades souffrent beaucoup et sont dans l'impossibilité de marcher. Il peut arriver aussi que ces hygromas s'infectent, deviennent des hygromas suppurés, s'ouvrent à l'extérieur, se fistulisent. Dans certains cas, le ligament latéral interne de l'articulation métatarso-phalangienne est complètement effiloché. La bourse séreuse finit par communiquer avec l'articulation, il peut se développer une arthrite de l'articulation métatarso-phalangienne.

Cette petite affection peut donc être la source de troubles extrêmement pénibles, et même rendre absolument impossible l'exercice de certains métiers obligeant à la station debout ou nécessitant la marche.

L'intervention, dans ces cas-là, doit comprendre deux parties : la résection complète de la bourse séreuse, la suppression de la saillie anormale pour empêcher une nouvelle bourse séreuse de se produire.

Faut-il se borner à faire un râclage de la tête du métatarsien ? Il vaut beaucoup mieux, — c'est la pratique le plus généralement adoptée, — pratiquer une résection semi-articulaire, — c'est-à-dire portant sur le métatarsien et non sur la phalange, — cunéiforme, de façon qu'on puisse remettre l'orteil en ligne droite. On arrive par cette opération à débarrasser les malades de tous les accidents de l'hallux valgus.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr Hartmann.

Hernie crurale.

Une malade, âgée de 22 ans, raconte qu'elle a vu apparaître, à la suite d'un effort, une tumeur à la région inguino-crurale, et que cette tumeur a persisté, ne disparaissant que lorsqu'elle est couchée. C'est en somme, l'histoire banale d'une hernie, qui rentre et qui sort, suivant les moments. Est-ce une hernie crurale ? Est-ce une hernie inguinale ? Les hernies situées *au-dessus* de l'arcade crurale sortent par le canal inguinal ; donc si la hernie est au-dessus de l'arcade crurale, ce n'est pas une hernie crurale. Si elle est au-dessous de l'arcade crurale, c'est bien une hernie crurale. Mais on peut se tromper en se fiant au pli inguinal cutané : rarement chez l'homme, mais souvent chez la femme, on voit des hernies situées au-dessus du pli inguinal, et qui néanmoins sont des hernies crurales. C'est que le pli inguinal ne correspond pas nécessairement à l'arcade crurale. A l'état normal, les deux sont superposées, mais il arrive souvent que la femme a un ventre gras qui tombe et glisse sur les cuisses, de sorte que le pli cutané se trouve plus bas qu'il ne devrait être normalement. *Aussi faut-il toujours repérer l'arcade crurale* ; elle correspond à une ligne étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine pubienne. En étudiant les rapports de la tumeur avec cette ligne, on voit qu'elle est située au-dessous de l'arcade. C'est donc bien une hernie crurale.

Un autre signe de la hernie crurale est la sensation des battements de l'artère fémorale perçus immédiatement en dehors du point où l'on a réduit la hernie. C'est ce qui a lieu chez notre malade.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Les crises gastriques tabétiques.

Pendant la crise repos absolu au lit, *vessie de glace* sur l'estomac ; lavements avec XV gttes de *laudanum* et 1 gr. d'*antipyrine*, régime lacto-hydrique de réduction (400 gr. de lait et 400 gr. d'eau).

En cas de vomissements incessants, abstinence totale pendant vingt-quatre heures.

L'*atropine* a réussi, une cuillerée à café toutes les deux heures de la solution :

Sulfate d'atropine	0 gr. 002
Eau distillée	100 gr.

S'il y a intolérance stomacale, injection dans les muscles du dos, entre les 7e et 10e vertèbres dorsale, d'une ampoule d'*adrénaline* et de *novocaïne* (1 gr. de la solut. à 1/1.000e de 1 centigr. de novocaïne).

En plus : toutes les trois heures : injection sous-cutanée de X gouttes de la *solution d'adrénaline* à 1/1.000 ; à renouveler cinq à six fois dans les vingt-quatre heures. M. Sicard a préconisé le remède en injections intra-veineuses : un quart d'ampoule de 1 cc. d'adrénaline à 1/1.000, mélangé à 5 cc. de sérum physiologique. Après l'injection, sensation d'étouffements, douleur rénale très vive, puis au bout de dix minutes, sédation complète.

Si la crise reparaît, nouvelle injection le lendemain ou le surlendemain.

M. le Pr Sicard chez un malade particulièrement rebelle a fait pratiquer la section du pneumogastrique droit au-dessous du récurrent. Les crises ont cessé du coup ; mais le malade qui était morphinomane et à qui on refusait les piqûres s'est suicidé le surlendemain.

La douleur, si elle persiste, réclame parfois le soulagement d'une *injection de morphine* (1 centigr.) mais attention si les crises se prolongent. Le sujet deviendra vite un morphinomane. Aussi ne convient-il jamais de laisser des ampoules à la disposition du malade. Ajoutons qu'une *ponction lombaire* a maintes fois amené le soulagement attendu.

En *dehors de la crise* : traitement spécifique par les injections intra-musculaires de sels *mercuriels* ou *bismuthiques*. L'*arsenic* semble réussir moins bien dans ces accidents tardifs ; il doit être ordonné progressivement à hautes doses et celles-ci ne sont pas sans inconvénient.

La cure thermale de Lamalou éloigne le retour des paroxysmes (G. Cauvy).

Surtout que le diagnostic soit fait. L'état des réflexes pupillaires permet de voir clair. Sinon le praticien pourrait croire à des crises d'ulcus. Deux fois nous avons dû nous opposer à une opération de gastro-entérostomie qui, vu l'intensité des douleurs, semblait la seule ressource.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

La thérapeutique curative des maladies infectieuses.

Vue par les microbiologistes, la thérapeutique des maladies infectieuses a chance de s'inspirer d'un œil plus clair et moins prompt à se laisser troubler par les illusions de la réussite. C'est ainsi que MM. Nicolle et A. Boquet (*Eléments de microbiologie générale*, 1926) dans les jugements qu'ils exposent se rapprochent singulièrement de la vérité. « Sauf quelques cas, déclarent-ils, la thérapeutique antitoxique reste bien chanceuse, surtout quand les poisons microbiens sont déjà fixés sur les cellules sensibles. »

Dans deux chapitres, ils étudient la destruction artificielle des germes et la neutralisation des toxines.

I. — Destruction des germes.

a) *Sérothérapie antimicrobienne.* — Elle donne de bons résultats dans plusieurs maladies bactériennes, mais échoue dans beaucoup d'autres. Cet effet négatif est attribuable à une trop grande résistance des germes ou à l'insuffisance qualitative ou quantitative des sérums injectés. Dans les maladies infectieuses chroniques, les parasites installés dans les leucocytes ou des lésions intra-vasculaires (tuberculose) échappent généralement à l'action des anticorps sériques.

Les sérums antimicrobiens conviennent surtout au traitement spécifique des maladies causées par des microbes essentiellement virulents (méningococcies, gonococcies, pneumococcies, charbon) ou invisibles (clavelée, peste bovine rouge, porcine, aviaire).

Le sérum est injecté dans les veines ou les

muscles, la voie hypodermique se montrant inférieure. Dans la *méningite cérébro-spinale*, il est injecté *loco dolenti*. Néanmoins l'action de cette thérapeutique est infiniment moins active que celle de la sérothérapie antitoxique telle qu'elle est pratiquée dans la diphtérie.

b) *Chimiothérapie.* — Les composés chimiques ne produisent de résultats thérapeutiques favorables qu'à une condition : de se fixer moins énergiquement sur les tissus sains que sur les parasites ou les tissus malades. Ils détruisent alors les microbes directement ou indirectement, en agissant sur les éléments anatomiques des foyers infectieux. La chimiothérapie n'offre rien de spécifique. Elle s'applique à des affections rapides ou lentes, de causes très variées (protozooses, mycoses, maladies bactériennes).

Dans les types aigus, la guérison totale et prompte est fréquente. Il n'en est pas de même dans les maladies chroniques. Ici les parasites échappent souvent à l'action des médicaments parce qu'ils siègent dans les cellules ou par une sorte d'accoutumance. Même convenablement traitées par les médicaments spécifiques, les maladies chroniques exposent à des rechutes. Leur guérison définitive ne saurait jamais être assurée.

1° *Chimiothérapie des mycoses.* — L'*iodure de potassium* efficace contre l'*actinomycose*, la *sporotrichose*, la *lymphangite épizootique*, les *folliculites trytophytiques*, échoue partout ailleurs. Il n'agit non sur les parasites, mais sur les tissus malades. Le *salvarsan* a été employé avec succès dans la *lymphangite épizootique* des solipèdes ;

2° *Chimiothérapie des protozooses.* — Dans le *paludisme*, la *quinine* tue directement les formes plasmodiales ; désorganisées celles-ci vont se dissoudre dans les humeurs. Le remède est sans action sur les gamètes. On lui associe avec profit le *salvarsan*, le *néosalvarsan*, le *stovarsol*.

Dans la *dysenterie amibienne*, l'*émétine* agit non sur les germes, mais sur les tissus malades. Le *salvarsan* exerce une véritable action parasiticide sur l'amibiase naturelle ; le *stovarsol* assure une guérison rapide de l'*amibiase humaine*.

Le *kola-azar* est justiciable de l'*émétine* ; l'*atoxyl* réussit dans la *leishmaniose splénique*.

Les *trypanosomiases* se voient opposer des remèdes divers : *émétique*, *arsenicaux* (*salvarsan*, *atoxyl*), *couleurs de benzidine* et autres, 205 Bayer. La voie sanguine est préférable. Elle est seule possible pour le tartre stibié. Peu après l'injection, les parasites du sang disparaissent après avoir présenté des formes d'involution. L'*émétique* agit directement sur les *trypanosomiases* comme l'*acide arsénieux*.

On sait que les microbes s'accoutument aux médicaments. Il faut donc pratiquer l'alternance des drogues : *émétique* et *atoxyl* par exemple, dans la *maladie du sommeil*.

Excellent dans la *syphilis*, le *pian*, la *fièvre récurrente*, la *spirochétose aviaire* le *salvarsan échoue* dans la spirochétose ictéro-hémorragique. Spécifiques dans la *syphilis*, les *mercuriaux* ne donnent rien dans le *pian*. Comme le *bismuth*, chez les syphilitiques, le *mercure* possède un pouvoir bactéricide qui se double d'une action résolutive sur les grosses lésions. L'*iodure de potassium* jouit de propriétés résolutives dans la *syphilis* et le *pian*.

3° *Chimiothérapie des affections bactériennes.* — La chimiothérapie n'agit pas sur les affections bactériennes. Certains dérivés de la *quinine* et de l'*optochine* agissent sur le pneumocoque, mais cette dernière substance est difficilement maniable, vu sa toxicité. Ajoutons encore les effets de l'*huile de Chaulmoogra* dans la *lèpre*.

c) *Vaccinothérapie.* — La vaccinothérapie consiste à combattre une infection déclarée en injectant aux malades les germes morts correspondants. Elle est surtout indiquée dans les maladies subaiguës ou chroniques. La *furonculose* et l'*acné*, l'*épididymite*, l'*arthrite blennorragique*, les *méningites cérébro-spinales*, parfois les *fièvres typhoïdes* et *paratyphoïdes* sont fréquemment améliorées par la méthode. MM. Nicolle et Boquet estiment même que maniée prudemment, la *tuberculine* peut donner des améliorations appréciables dans la *tuberculose*.

On emploie les vaccins directement isolés du malade (*auto-vaccins*) ou sous forme d'échantillons mélangés de la même espèce (*stock-vaccins*). MM. Nicolle et Césari pensent que la méthode ne produit ses effets que si l'organisme contient déjà une quantité suffisante d'anticorps spécifiques. Les injections vaccinales amènent tantôt la résolution pure des lésions, tantôt la résolution précédée d'une réaction locale. L'effet curatif ne survient que d'une manière progressive ; il est nécessaire, pour l'obtenir, de renouveler les inoculations à des intervalles variables. Il faut savoir que des *doses excessives produisent l'effet contraire*. Les germes se multiplient abondamment et provoquent l'extension des foyers.

En sorte qu'il faut proportionner les doses de vaccin à la sensibilité des malades et espacer les injections au gré des phénomènes réactionnels observés.

d) *Méthode substitutive et résolutive.* — L'inflammation substitutive se réalise en portant des substances irritantes au voisinage ou au sein des lésions. Ou bien, elle les fait pénétrer dans la circulation, comme la *cantharidine* qui produit chez les bacillaires, des effets analogues à ceux de la tuberculine. Ce traitement ne réussit que dans un petit nombre de cas. Les substances qui agissent sur les tissus altérés doivent préalablement s'y fixer, comme cela a été démontré pour l'iode. Les résolutifs seront administrés avec précaution. L'*iodure de potassium* peut amener des réactions dangereuses chez les tuberculeux pulmonaires ou l'inflammation et la suppuration des nodules lépreux torpides.

e) *Médication antiphlogistique.* — Dirigée contre l'inflammation aiguë type et ses agents, elle est d'une efficacité très relative : *saignée locale* et *générale*, *irrigations froides*, *mercuriaux*, astringents.

f) *Médication révulsive.* — Elle prétend agir sur les organes profonds par une irritation superficielle (*sinapismes*, *vésicatoires*, *pointes de feu*). Une pareille action est difficilement explicable. Toute cette question mérite d'être reprise.

g) *Médication perturbatrice.* — On la réalise par l'injection intra-veineuse de colloïdes minéraux ou organiques (*colloïdothérapie*, *protéinothérapie*). La méthode est dangereuse. Des accidents terribles se sont produits (crises convulsives, morts). Les praticiens seront bien avisés de n'avoir recours à de pareilles méthodes que le jour où sera démontrée leur innocuité.

II. — Neutralisation des toxines.

a) *Sérothérapie antitoxique.* — C'est la sérothérapie de la *diphtérie*, de la *dysenterie à bacilles de Shiga*, de la *gangrène gazeuse*, du *tétanos*. Il faut autant que possible l'injection précoce : dans la *diphtérie* (20 à 40 cc. pour les enfants de 1 à 3 ans, 40 à 60 cc. pour les enfants plus âgés et les adultes, à répéter si nécessaire les jours suivants). Un léger mouvement fébrile fait parfois suite, mais de la quinzième à la dix-huitième heure, la fièvre tombe et l'état général s'améliore en même temps que l'état local. Dès le lendemain, les ganglions diminuent de volume ; le troisième jour, les fausses membranes disparaissent. L'élimination et la destruction bacillaires s'effectuent au contraire très lentement (porteurs de germes).

L'action du *sérum antitétanique* est beaucoup plus aléatoire et presque nulle quand le tétanos est déclaré. Il faut de très hautes doses. Avec le *sérum antidysentérique*, la dysenterie guérit en quelques jours (trois à six jours). Ajoutons que les *sérums antivenimeux* ont un pouvoir curatif très marqué.

b) *Anatoxinothérapie.* — Les premiers essais ont été tentés sur l'*ozène*. Les malades reçoivent en injection sous-cutanée 2 cc. d'anatoxine diphtérique de Ramon, diluée par moitié avec de l'eau physiologique. Pratiquées deux fois par semaine, les inoculations sont inoffensives.

On cesse le traitement à la dixième piqûre. Un mois après, si nécessaire, nouvelle série de dix injections, à la même dose, en laissant entre chacune d'elles un intervalle d'une semaine.

Le traitement de la *diphtérie déclarée* au moyen de l'anatoxine correspondante a valu d'heureux résultats (Zoeller).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de l'insomnie post-encéphalique par le calomel.

Il persiste souvent après l'encéphalite léthargique une insomnie rebelle. Les traitements médicamenteux restent souvent inefficaces. Mouriquand, Pravaz et Bertoye (*Soc. méd. des hôpitaux de Lyon*, 2 mars 1926) ont donné avec succès chez l'enfant le matin un paquet avec :

Santonine	0 gr. 03
Calomel	0 gr. 25

Le sommeil reparaît, dès le deuxième jour.

M. Beriel a donné ainsi le calomel dans une quinzaine de cas présentant surtout des troubles dystoniques : états plus ou moins apparentés au « spasme de torsion », ou chez des malades « figés », du type actuellement bien connu de parkinsonisme encéphalitique ; il n'a jamais observé aucun effet. Ce résultat négatif était pour ainsi dire inévitable, ces états étant liés à des altérations nerveuses dégénératives qui sont anatomiquement incurables.

Par contre, il enregistre de curieux effets dans les cas où le trouble prédominant consistait en dérèglement du sommeil : il a essayé le calomel, non plus dans l'insomnie encéphalitique, mais au contraire dans l'hypersomnie qui s'observe parfois dans les formes chroniques. Or, dans les deux cas d'*hypersomnie* où le traitement a été appliqué il y a eu un résultat apparent. Il s'agit peut-être là d'une action accidentelle, sur laquelle on ne peut

encore compter, mais ces faits curieux méritent cependant d'être signalés.

Dans deux observations d'hypersomnie. le traitement a été appliqué ; dans tous les cas, les malades avaient pris, trois jours de suite, chaque jour, une prise de 0 gr. 50 de calomel.

Ces deux observations semblent prouver que le calomel n'est pas un hypnotique, mais un régulateur de sommeil.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

La grossesse angulaire.

La grossesse angulaire, dont la connaissance est de date relativement récente, puisque la première observation fut publiée par TÉDENAT en 1893 — englobe les cas dans lesquels la nidation se fait dans l'angle même de la cavité utérine, tout près de l'orifice interne de la trompe. Cette grossesse, d'allure clinique très spéciale, donne lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic sur lesquelles viennent d'insister L. MICHON et R. LABRY (1).

Dès que la grossesse n'est plus utérine, des accidents apparaissent qui nécessitent l'intervention du chirurgien : le Pr VILLARD publiait il y a quelques semaines un cas de grossesse interstitielle de quelques jours seulement, qui s'était accompagnée d'une inondation péritonéale très grave. Mais, l'œuf, tout en restant greffé sur la muqueuse utérine, peut se développer tout près de la trompe, quelques millimètres seulement séparant cette grossesse angulaire de la grossesse extra-utérine proprement dite. Or, l'évolution est ici entièrement différente, car la grossesse angulaire, si elle se termine souvent par une fausse-couche, ne s'accompagne jamais d'accidents graves d'hémorragie interne exigeant une intervention immédiate.

Au début de la grossesse, la corne utérine gravide subit seule des modifications : l'hypertrophie et le ramollissement sont localisés à cette région, d'où développement irrégulier de l'utérus jusqu'à la dixième semaine environ. Ce n'est que plus tard, au troisième ou quatrième mois, que tout rentrera dans l'ordre, l'œuf occupant progressivement le corps utérin qui prendra dès lors la forme régulière d'un utérus gravide normal.

Ces faits expliquent que la grossesse angulaire soit d'un diagnostic difficile ; les signes de gravidité sont fort discrets, comme dans nombre de grossesses extra-utérines ; ce sont des signes de grossesse « au ralenti ». Au toucher, on trouve un corps utérin dur avec un col peu ramolli ; une « tumeur » arrondie, pâteuse et molle, représentant la corne utérine gravide, flanque latéralement le corps utérin. On note assez souvent de petites douleurs abdominales, traduisant des contractions utérines anormales ; parfois surviennent de petites hémorragies pouvant s'accompagner de débris de caduque plus ou moins volumineux.

Dans 20 % des cas, environ, la grossesse angulaire se termine par une fausse-couche.

L'erreur la plus fréquente et la plus grave consiste à confondre la grossesse angulaire avec une grossesse ectopique. Hémorragies, douleurs, perception d'une masse juxta-utérine, tout oriente vers l'idée de grossesse extra-utérine, et l'erreur est particulièrement fréquente quand on a affaire à un utérus rétroversé ; elle fut commise chez cinq malades dont MICHON et LABRY relatent les observations.

Un kyste de l'ovaire, un fibrome peuvent également prêter à confusion ; inversement, enfin, on peut songer à la grossesse angulaire quand elle n'existe pas.

Pratiquement, tout l'intérêt du diagnostic réside dans le problème suivant : faut-il opérer une grossesse ectopique qui peut tuer une malade ? faut-il au contraire laisser évoluer une grossesse angulaire qui va bientôt devenir normale ?

Une laparotomie exploratrice, si bénigne soit-elle à l'heure actuelle, reste une intervention fort intempestive chez une femme enceinte. Si donc l'on a des raisons de penser à une grossesse angulaire, il faut temporiser, tout en se tenant prêt à intervenir le cas échéant. *Le temps est un grand redresseur de torts toutes les fois qu'il s'agit de problèmes dans lesquels la grossesse intervient.*

Les notions pratiques à retenir sont les suivantes :

1° La grossesse angulaire évolue, au cours des premières semaines, dans des conditions biologiques et mécaniques défectueuses, d'où l'apparition possible de symptômes fonctionnels et physiques pouvant simuler une grossesse tubaire ;

2° La grossesse angulaire présente une évolution spontanément favorable. Au bout du troisième mois, la grossesse devient réellement intra-utérine. La fausse-couche est pourtant possible et relativement fréquente ;

3° Il faut penser à la grossesse angulaire, car on

(1) *Lyon Médical*, 9 mai 1926.

pourra éviter ainsi des laparotomies inutiles, la conduite à tenir dans ce cas étant l'abstention opératoire avec surveillance de la malade.

J. L.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Immunité vaccinale et réactions revaccinales. — M. L. Camus. — Les nombreuses vaccinations qui eurent lieu récemment à l'occasion de quelques cas de variole ont donné lieu, d'une façon générale, à une forte proportion de résultats positifs.

L'auteur pense que, si l'immunité vaccinale paraît moins durable, cela tient à plusieurs causes : on revaccine plus qu'autrefois, on observe mieux les résultats, les vaccins de tous les instituts sont plus actifs, la scarification, plus fréquemment utilisée, favorise le succès de l'inoculation.

Parmi les réactions vaccinales positives on a signalé des réactions très marquées. Elles ont été constatées chez des personnes qui n'avaient pas été vaccinées depuis de nombreuses années, elles n'ont eu aucune conséquence sérieuse. Ces réactions sont évitables, il importe d'en bien connaître les conditions de production et de prendre les précautions qu'elles commandent. Trois facteurs sont en cause : le *vaccin*, le *vaccinateur*, le *vacciné*.

Il ne faut pas chercher à réduire l'activité du vaccin pour en atténuer les effets. Les vaccins que l'on trouverait dans le commerce seraient bien souvent, non pas des vaccins atténués, mais des vaccins inactifs.

On peut d'ailleurs obtenir un effet atténué d'un vaccin très actif en diminuant la longueur et le nombre des scarifications. Inoculé en trois points par une scarification très superficielle, n'ayant plus qu'un millimètre de longueur, un vaccin très actif ne donne pas ou à peu près pas de fortes réactions, si les trois points sont suffisamment écartés pour que les aréoles n'arrivent pas à confluence. Enfin, il est une précaution pour le vacciné qui, à elle seule, est plus efficace que toutes les autres, c'est de conserver à l'organisme une immunité vaccinale permanente.

Celle-ci exige une revaccination tous les trois ans.

Le rendement alimentaire du blé suivant le taux de blutage, d'après des expériences inédites. — M. Lapicque.

La durée de l'immunité vaccinale au cours de l'épidémie algérienne de variole. — M. Lemaire.

Recherches sur l'action de l'anatoxine scarlatineuse. — MM. Mironesco et Farcas. 6 juillet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 juillet 1926.

Métastases cérébrales et cardiaques d'un cancer du rein. — MM. P. Harvier et A. Lemaire. — Il s'agit d'un cancer du rein, compliqué de nombreuses métastases. Les plus intéressantes sont les métastases cérébrales et cardiaques. Les hémisphères cérébral et cérébelleux du côté droit renferment chacun un nodule cancéreux. Autour du noyau néoplasique cérébral, on remarque un œdème important de la substance blanche, déformant l'hémisphère et refoulant la substance corticale.

Le cœur contient des nodules cancéreux qui siègent sur le péricarde, dans l'épaisseur même du myocarde, et sur l'endocarde. Mais l'examen histologique montre que les nodules péricardiques et endocardiques proviennent en réalité de nodules intra-myocardiques qui se sont développés vers les deux séreuses. Il ne s'agit pas d'endocardite cancéreuse.

Hématome enkysté strictement intra-dural. — MM. P. Harvier, J. Rachet et J. Blum présentent une pièce anatomique provenant de l'autopsie d'un malade ayant subi, vingt ans auparavant, un violent traumatisme cranien et atteint d'épilepsie généralisée.

Cet hématome, comparable à un os de seiche, est contenu tout entier dans un dédoublement de la dure-mère, ainsi que le montrent les coupes macroscopiques et histologiques. Il déprime la région fronto-pariétale gauche en une concavité longue de 10 cm. et haute de 5 à 6 cm. La localisation strictement intra-durale de l'hémorragie méningée ne fait aucun doute. L'origine de l'hématome peut être attribuée avec vraisemblance à la rupture d'une veine intra-durale.

Crises hypertensives paroxystiques au cours d'un lymphosarcome du médiastin supérieur. — MM. M. Villaret, S. Bloch, M. Bariéty et B.-J. Lappas. — Il s'agit d'un lymphosarcome métaplastique typique du médiastin supérieur, ayant englobé le pneumogastrique droit en trois endroits et ayant donné lieu, en clinique, à des accès de dyspnée inspiratoire avec tirage et cornage, et à des poussées paroxystiques d'hypertension artérielle. Ces paroxysmes hypertensifs cédaient à l'injection d'acétylocholine, les accès dyspnéiques à l'injection d'atropine. L'autopsie ne montre pas de lésion rénale ou surrénale capable d'expliquer ces brusques « crises hypertensives ».

Chéloïdes spontanées familiales survenues chez deux Basedowiennes. — MM. F. Widal, P. Hillemand, A. Laporte présentent une femme basedowienne avec signes d'insuffisance cardiaque. Cette

malade est atteinte de chéloïdes apparues, semble t-il, spontanément.

D'autre part, sa fille a vu apparaître, à l'âge de dix-huit ans, une maladie de Basedow et une chéloïde également spontanée.

Les auteurs signalent le caractère familial des chéloïdes survenues sans cause appréciable et aussi du syndrome de Basedow apparu au même âge chez deux femmes issues d'une lignée de goitreux.

Un cas d'ulcération tuberculeuse du pharynx et du voile du palais. — MM. G. Caussade et Jampolwski présentent les dessins d'une vaste ulcération du pharynx et du voile du palais (macroscopie et coupes histologiques). Cette ulcération, de nature tuberculeuse, est survenue chez une femme de 33 ans atteinte de tuberculose pulmonaire ulcéreuse bilatérale. Occupant la moitié droite du voile du palais elle s'était propagée aux deux piliers droits, découvrant complètement l'amygdale qui, elle aussi, était ulcérée. Les bacilles de Koch pullulaient à la surface. Par des badigeonnages répétés avec le liquide de Ziehl, qui dans des cas à peu près identiques furent employés avec succès, on constata une sédation dans les douleurs et un arrêt dans la marche envahissante, térébrante et profonde de l'ulcération. La mort survint du fait des lésions pulmonaires.

Gangrène pulmonaire dans un cas de cancer de la langue, après une suppuration du rocher. — M. Maurice Renaud fait remarquer à propos de ce cas combien sont rares les gangrènes pulmonaires dans les cancers de la bouche, du pharynx et des premières voies aériennes. Il semble que dans l'observation rapportée, et dont le caractère est exceptionnel, l'otite ait été l'étape intermédiaire, comme cela est fréquent en d'autres circonstances entre l'infection pharyngée et la gangrène pulmonaire.

Vaccinothérapie sur l'évolution des ulcères variqueux. — MM. Léon Tixier et P.-R. Bize signalent l'influence remarquable des injections intramusculaires de doses progressives de propidon sur la cicatrisation des ulcères chroniques des membres inférieurs.

Les auteurs présentent deux malades dont les ulcérations dataient de plusieurs années et qui avaient résisté aux traitements classiques. Deux séries de vaccin, totalisant une dizaine d'injections, ont permis d'obtenir une cicatrisation totale en l'espace de quelques semaines.

La vaccinothérapie possède une action eutrophique indiscutable.

M. Hallé insiste sur l'importance du repos et ne croit pas à l'efficacité de la vaccinothérapie.

M. Renaud partage le même avis et guérit ses ulcères variqueux par le repos, la propreté et les rayons ultra-violets.

M. Sézary, pour aider la guérison des ulcères, fait de la vaccinothérapie avec succès dans les ulcères rebelles.

Paralysie postsérique. — M. Thévenard présente un cas de paralysie du plexus brachial postsérique.

MM. Sicard, Babonneix rapportent des faits semblables.

Anémie splénique. — MM. Noël Fiessinger et H.-R. Olivier rapportent une observation d'anémie splénique, curieuse par l'évolution maligne de l'anémie, qui affectait un type plastique avec mégalocytose et myélocytose, et par une splénomégalie considérable rappelant, par ses dimensions, celle d'une leucémie myéloïde.

L'étude histologique de la rate, en la montrant en pleine transformation embryonnaire avec îlots de néoformations hématiques et îlots de néoformations leucocytaires, permit, à côté de masses plasmodiales et mégakaryocytaires, d'étudier toutes les étapes dérivant de l'hémocytoblaste.

Ces altérations que les auteurs distinguent des sarcomatoses d'une part, des leucémies de l'autre, semblent autoriser un classement actuel dans un groupe : les hémocytoblastose.

Accidents sériques et corps thyroïde. — M. V. de Lavergne. — Au cours d'une étude sur 35 sujets ayant présenté des accidents sériques, l'auteur a constaté que chez la plupart d'entre eux, se produit une hypertrophie du corps thyroïde. Par la mensuration du cou, on constate une augmentation de 1 cm. à 2 cm. disparaissant avec ces accidents, et s'étant manifestés avec eux.

La glycorachie : sa valeur séméiologique. — MM. Fontanel, Leulier et Rouquier. — D'environ 400 dosages des substances réductrices du liquide céphalo-rachidien, dont un grand nombre chez des sujets normaux ou accompagnés du dosage des mêmes substances dans le plasma sanguin, les auteurs tirent les conclusions suivantes. Le taux des substances réductrices du liquide céphalo-rachidien varie, à l'état normal, dans des limites assez larges, de 0 gr. 55 à 0 gr. 85 environ. Il n'y a donc pas hyperglycorachie, au delà de 0 gr. 65, comme l'admet M. Mestrezat. La glycorachie normale est cependant plus souvent voisine de ce chiffre que de la limite supérieure.

A l'état pathologique les variations de ce taux sont également assez grandes. Les doses élevées se rencontrent au cours d'une foule d'affections neuro-psychiatriques, organiques ou fonctionnelles, de maladies

infectieuses ou générales, de sorte qu'on ne peut accorder à leur constatation aucune valeur séméiologique réelle. Bien que l'encéphalite épidémique évolutive s'accompagne constamment d'hyperglycorachie, cette dernière ne peut permettre de la distinguer dans les cas douteux d'une affection nerveuse de toute autre origine. L'hypoglycorachie, constante dans la plupart des méningites aiguës, a une autre importance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Un cas de rupture traumatique de l'urètre périnéal. Intervention. Guérison. — M. Michon rapporte une observation de M. Iselin, interne des hôpitaux, concernant un enfant de 10 ans atteint de rupture traumatique de l'urètre périnéal. Cystostomie de dérivation, périnéotomie, suture bout à bout de l'urètre. Pas de sonde à demeure. Guérison sans rétrécissement.

M. Michon reste partisan de cette technique dans un grand nombre de cas, à condition de pratiquer une cystostomie. Celle-ci évite l'emploi de la sonde à demeure qui, pour lui, constitue le facteur essentiel des rétrécissements ultérieurs

M. Mathieu a employé la même technique, dans un cas récent, avec d'excellents résultats.

Deux cas de tumeurs osseuses. — M. Froehlich (de Nancy) rapporte ces deux cas : le premier concerne une fillette de 13 ans, présentant des phénomènes douloureux au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Une radiographie montre l'existence de kystes de l'extrémité inférieure du tibia. Intervention. Récidive après deux ans Nouvelle intervention. Récidive nouvelle. Le rapporteur conclut à la nature maligne de la tumeur.

Le deuxième cas a trait à une tumeur de la tête du péroné, s'accompagnant de décalcification osseuse, chez un adulte.

Présentation de malades. — M. Thiéry : radiographies montrant une soudure prématurée des épiphyses au cours des ostéites tuberculeuses.

M. Thiéry insiste sur la valeur de cette constatation au cours des ostéites post-traumatiques.

30 juin. E. Theillier.

***

Tétanos confirmé. Sciothérapie. Guérison. — M. Mouchet rapporte une observation de MM. Berteaux et Blavier (de Meaux) ayant trait à un homme de 26 ans atteint de tétanos confirmé depuis trois jours. Injection de 120 cc. de sérum antitétanique ancien ; échec apparent. Les 4e, 5e, 6e jours, injection de sérum antitétanique désalbuminé. Guérison progressive.

M. Mouchet fait une réserve quant à l'agent essentiel de la guérison.

M. Bazy estime que le sérum désalbuminé n'a pas une valeur curative plus grande que l'ancien sérum ; ce qui importe, ce sont les doses massives et répétées.

Un cas de fracture du pisiforme. — M. Mouchet, rapportant une observation de MM. Socquart et Dalzer, distingue les fractures directes par choc et les fractures indirectes, où le pisiforme est arraché par le tendon du cubital antérieur. Le déplacement des fragments est habituellement minime. L'immobilisation suffit pour assurer la guérison.

De l'étude de la coagulabilité sanguine dans la chirurgie hépatique et générale. — M. Roux-Berger rapporte une statistique de M. Hertz, concernant l'étude du temps de saignement et de la coagulabilité, particulièrement en chirurgie hépatique. Deux notions principales s'en dégagent : le temps de coagulation se rapproche plus souvent de la normale chez les hépatiques avec ictère que chez les hépatiques anictériques ; par contre, les accidents hémorragiques postopératoires seraient plus fréquents chez les premiers. Il semble donc que dans ces accidents intervient un autre facteur que le temps de coagulation.

Le chlorure de calcium, l'anthema, surtout l'antihémothérapie ont été employés par M. Hertz pour prévenir ces accidents.

M. Grégoire conteste la première des déductions de M. Hertz, il estime que le retard du temps de coagulation et de saignement est plus fréquent et plus marqué chez les ictériques que chez les autres.

80 cas de cancers du col utérin après hystérectomie subtotale. — M. Cadenat rapporte une statistique de M. Robert Monod, sur 80 cas de cancers du col, observés dans quatre centres parisiens de radiumthérapie : les uns représentant une propagation d'un cancer cavitaire méconnu, les autres un cancer primitif sur un col restant. M. Monod conclut à la nécessité de préférer l'hystérectomie totale.

M. J.-L. Faure s'inscrit en faux contre cette conclusion. Il estime que l'hystérectomie totale, plus grave, fait courir aux malades des risques que ne justifie pas la crainte d'un cancer possible du col restant.

M. Lecène critique la valeur de la statistique, étant donné le nombre considérable d'hystérectomies pratiquées annuellement.

7 juillet. E. Theillier.

BIBLIOGRAPHIE

La grippe, par Pierre LEREBOULLET, *Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.* — Un vol. des *Actualités Médicales*, Paris, J.-B. Baillière et fils. — Un vol. : 142 p. 1926.

Cette monographie est fort bien faite, soignée, et enrichie en maintes pages par l'expérience personnelle de l'auteur. M. P. LEREBOULLET attribue la grippe à l'existence d'un virus filtrable provoquant un ensemble pathologique sur lequel se greffent des infections associées. Ces dernières sont de nature et de virulence variables. D'où les différences cliniques et de gravité si souvent observées. Le chapitre du traitement est particulièrement conçu dans un esprit de prudence avisée. L'auteur réprouve les hautes doses d'aspirine — dangereuses pouvant entraîner le collapsus — et la saignée générale, en dehors des congestions œdémateuses. Il est rare qu'une monographie révèle ainsi dans toute son étendue l'application et la conscience d'un esprit qui avant tout observe et cherche par lui-même, ne formule aucun conseil thérapeutique dont il n'ait mesuré la portée et éprouvé la valeur.

Trois conférences sur le cancer, par M. le Dr J. THOMAS, avec une lettre-préface de M. le Pr Ch. RICHET (VIGOT Frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris). In-8 carré, 96 pages, 6 francs.

Ensemble de trois conférences faites à l'Association Internationale d'études contre la tuberculose et le cancer. L'auteur croit au séro-diagnostic précoce. Il préconise une vaccinothérapie qui lui aurait valu des améliorations manifestes.

Recherches sur l'ossification et sur la réparation des os fracturés, par le Dr A. CRÉTIN. — Un vol. de 350 pages, avec 13 planches hors texte (*Imprimerie de l'Institut Commercial, 4, rue Auvray, Le Mans.*

Ce livre n'a pas été écrit pour les praticiens, mais tous ceux qui s'intéressent à l'anatomie pathologique des fractures y trouveront une documentation très riche.

Sérums et vaccins, par M. A. BEAUVY. (*Les Petits Précis* de M. A. CANTONNET.) Un vol. 116 pages. Norbert MALOINE, édit.

Exposé de nos connaissances actuelles composé dans des pages substantielles et courtes.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Gastro-entérite des enfants du premier âge traitée par l'Eau de Vals, Source « La Reine ».

Trente années de l'expérimentation le plus large n'ont fait qu'augmenter près du corps médical la faveur dont jouit la *Reine de Vals* dans le traitement des gastro-entérites des enfants du premier âge.

Indiquée à un moment où la plupart des traitements en usage restaient sans effet contre une épidémie meurtrière, son emploi fut accueilli avec empressement et se généralisa rapidement grâce aux résultats souvent inespérés qu'il donna.

Comment convient-il d'administrer l'eau de la *Reine*? La chose a son importance, puisque c'est de la méconnaissance des règles qui doivent présider à son administration que viennent la plupart des insuccès observés. Chez les enfants élevés au biberon, ce qui est le cas le plus fréquent, il faut d'abord *supprimer absolument* le lait ou tout autre liquide plus ou moins nuisible qui est donné à l'enfant : eau de gruau, eau de pain, etc. Il faut encore nettoyer à fond le biberon qui, naturellement, ne comportera plus de tuyau de caoutchouc. On donnera alors de l'eau de la *Reine, froide, pure, sans addition aucune*. La quantité variera selon l'âge de l'enfant : quart, tiers de biberon, moitié même : ce qui importe, c'est qu'on fasse boire l'enfant et non qu'on laisse à sa disposition un biberon à tube rempli d'eau. Après un intervalle de temps convenable (une heure ou deux suivant les cas) on réitère ; puis nouvel intervalle et nouvelle ration d'eau, et ainsi de suite.

L'effet est immédiat : dès que l'enfant a bu de l'eau, les vomissements s'arrêtent. Il est très rare de voir la première dose vomie, et jamais la seconde ne l'est. Quand le moment de reprendre le lait est arrivé, il faut ne le faire qu'avec une prudence extrême et passer d'une manière pour ainsi dire insensible de l'eau de Vals pure à un mélange suffisamment nutritif. Après un nombre suffisant de doses d'eau pure bien supportées, nous conseillons de reprendre le lait de la manière suivante : dans la quantité d'eau de Vals adoptée (quart, tiers ou moitié de biberon), on met une cuillerée à bouche de lait. — C'est presque de l'eau pure, le mélange est donc bien supporté. La fois suivante, toujours dans la même quantité d'eau de Vals, on met trois cuillerées de lait, et ainsi de suite, en augmentant chaque fois d'une cuillerée de lait dans la quantité d'eau de Vals invariable jusqu'à ce qu'on arrive à un mélange par moitié, proportion qu'il est utile de maintenir pendant un certain temps.

En résumé, l'action de l'eau de la *Reine* est d'abord tempérante, puis substitutive. Ajoutons qu'en aucun cas elle ne peut être nuisible et qu'elle n'empêche l'usage d'aucun autre médicament, pas même de l'acide lactique, si sa seule action paraît insuffisante, ce qui arrive rarement.

Dr GASSOT.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon. — M. le Pr Ch. Achard.

Diabète et dystrophie adiposo-génitale.

Vous voyez au n° 7 *bis* de la salle Barth un jeune garçon de 17 ans, entré à la Clinique le 3 juillet 1925 pour un diabète récent. C'est, en effet, six mois seulement avant que, très brusquement, un soir, le 7 février, ce garçon, qui est cultivateur, après avoir travaillé comme de coutume dans l'étable à vaches, ressentit une grande fatigue et une soif violente. Cette soif impérieuse l'obligeait à se lever la nuit pour boire. En même temps, il urinait beaucoup, environ 6 litres par jour, dit-il. Bien que n'éprouvant aucun autre trouble que cette soif et de la fatigue, il cessa de travailler dehors et n'exécuta plus que de petites besognes à la maison. C'est dans ces conditions qu'un jour il perdit subitement connaissance. Un médecin fut alors appelé, fit examiner l'urine et diagnostiqua le diabète, le sucre ayant été constaté avec de l'albumine, paraît-il. Mis à un régime de viande, de légumes verts et de pommes de terre, le malade se sentit mieux, buvant et urinant moins, mais il restait encore fatigué et amaigri.

A son entrée à la Clinique il avait tous les signes d'un grand diabète. Sa polyurie allait de 4 à 8 et 10 litres par jour, avec une polydipsie proportionnelle et un aspect déshydraté, une peau sèche et rugueuse. La polyphagie était notable et le malade se plaignait de l'insuffisance de sa ration, composée de viande, œufs, légumes verts, pommes de terre. La glycosurie atteignait 206 grammes de glycose par jour ; les urines donnaient faiblement la réaction d'Imbert, mais non celle de Gerhardt. Le taux de la glycémie était de 5 gr. 40 p. 1000. Le poids du malade était de 42 kilos, en diminution, paraît-il, de 13 kilos sur le poids antérieur à la maladie.

Ce qui frappe aujourd'hui encore à la vue de ce jeune garçon, c'est son aspect infantile. Il a 17 ans et il en paraît 12. Pourtant sa taille est à peu près celle d'un garçon de son âge : 1 m. 60, et de même son poids ; de sorte que s'il a maigri notablement, c'est que, avant son diabète il était plus gros qu'il ne devait. Mais ce qui le fait paraître au-dessous de son âge, c'est surtout son visage rond et imberbe, ses formes arrondies, et ce qui confirme cette impression c'est aussi son peu de développement intellectuel, car il ne sait ni lire ni écrire, quoiqu'il ait été à l'école. Par un travers fréquent d'ailleurs chez les incapables, ce sont ses maîtres qu'il accuse de n'avoir pas su l'instruire.

En l'examinant plus complètement, vous pouvez constater que, si sa croissance paraît suffisante, son développement génital, en ce qui concerne ce qu'on appelle les caractères sexuels primaires, c'est-à-dire l'état anatomique des organes génitaux, paraît également normal. Mais il n'en est pas de même des caractères sexuels secondaires. Le système pileux n'a pas le développement qu'il atteint à la puberté. Il n'y a pas de poils au visage, ni aux aisselles, ni sur la ligne médiane de l'abdomen. Le pubis en est peu garni, et ils y forment un triangle à base supérieure horizontale, comme on le voit habituellement chez la femme, tandis que chez l'homme, ces poils se prolongent en haut sur la ligne médiane. De plus, la voix est grêle et enfantine. Enfin le caractère est celui d'un enfant plutôt que d'un adolescent pubère.

Vous le voyez, il y a dans l'apparence de ce garçon plusieurs traits qui dénotent une imperfection de son développement masculin. On pourrait même dire qu'il présente un certain féminisme des caractères sexuels secondaires, en considérant particulièrement les attributs de son système pileux, au pubis et à la face où il a moins de duvet que beaucoup de filles de son âge, et aussi ses formes rondes, et la largeur de son bassin.

Mais il y a encore un caractère de plus qui témoigne d'un certain trouble dans le développement. Sur les radiographies des mains, vous pouvez voir que les épiphyses inférieures des métacarpiens et celles des phalanges ne sont pas soudées, tandis qu'elles le sont chez un autre garçon du même âge, pris comme témoin.

En recherchant, d'autre part, les signes physiques de dégénérescence, on ne trouve guère qu'une voûte palatine un peu ogivale et des dents irrégulièrement plantées, mais sans déformations.

Il n'y a pas dans ses antécédents de maladie connue. La réaction de Wassermann dans son sang est négative. Ses parents sont bien portants ainsi que 3 frères plus jeunes. Il n'y a pas dans sa famille de diabétiques — et à ce sujet, je dois vous faire observer que l'hérédité n'est pas rare dans le diabète de l'enfance.

Sans qu'on puisse dire que le diabète revête chez les jeunes sujets une forme à part, il est certain qu'il est le plus souvent à cet âge un diabète grave, à marche rapide : il prend habituellement le type du diabète consomptif et se termine par acidose.

Ces données sont classiques. Toutefois il y a des exceptions et l'on peut voir dans le jeune âge de petits diabètes, des glycosuries intermittentes, par exemple post-prandiales : c'est ce que j'ap-

pelle les petites insuffisances glycolytiques. Ainsi P. Lereboullet (1) citait récemment le cas d'une malade qu'il avait vue avec le professeur Gilbert et qui avait été déjà soignée pour diabète à l'âge de 3 ans par Lecorché ; à 20 ans elle avait 30 gr. de sucre par jour et à 43 ans elle vivait toujours avec sa glycosurie.

En général, le diabète des enfants n'entraîne pas d'hypotrophie. Néanmoins il peut arriver que le trouble de l'utilisation du sucre gêne quelque peu la croissance, ce qui ne saurait surprendre, car le glycose est utile dans beaucoup de réactions nutritives accomplies dans l'organisme. Ne voit-on pas réciproquement l'insuline, qui est par excellence le principe efficace pour l'utilisation du glycose, activer la croissance troublée ? Et puis on peut concevoir que la croissance puisse être gênée non par l'effet de trouble de l'utilisation du glycose, mais par la cause même qui produit ce trouble.

Quoi qu'il en soit, chez notre malade il n'y a guère qu'une ébauche de trouble de la croissance, puisque la taille est normale, et l'on ne trouve guère à signaler dans le squelette que cette absence de soudure des

Ce qu'on peut dire encore de notre malade, c'est qu'il présente une certaine imperfection de développement, que sa puberté s'est en quelque sorte arrêtée, que certains des caractères sexuels secondaires du développement viril lui font défaut.

En outre, je vous ai fait remarquer qu'avant l'éclosion de son diabète il était gras, puisque, ayant considérablement maigri, son poids était encore celui de son âge. D'ailleurs depuis son entrée, ce garçon, sous l'influence du traitement a cessé de maigrir et a repris de poids.

Nous trouvons donc chez lui, associés, 3 syndromes principaux : le diabète, l'imperfection de développement et spécialement de développement sexuel, et l'adiposité qui avait précédé le diabète et que le diabète a momentanément effacée.

Or, deux de ces éléments symptomatiques s'associent volontiers en formant ce qu'on appelle le syndrome adiposo-génital. Signalé par Babinski, décrit par Frölich puis par Lacenois et Cléret, ce type clinique s'observe surtout chez l'enfant. L'obésité peut atteindre des degrés monstrueux et l'hypoplasie génitale ne se borne pas toujours aux caractères sexuels secondaires, mais peut frapper les glandes génitales elles-mêmes.

Ce syndrome n'est pas toujours au complet. On peut considérer comme une de ses formes frustes certaines obésités de la puberté qui s'accompagnent d'un retard de développement testiculaire ou de l'instauration des règles.

Il y a, d'autre part, des formes associées, dans lesquelles l'hypotrophie génitale et l'adiposité se mélangent à divers autres troubles.

Parmi ceux-ci les troubles oculaires tiennent une place importante et présentent un intérêt spécial pour le diagnostic de la lésion cranienne qu'elles indiquent. Ce sont des signes de tumeur cérébrale : paralysies oculaires, névrite optique, trouvée dans 60 % des cas, et hémianopsie bitemporale, qui révèle une lésion de chiasma.

D'autres troubles associés font partie de ceux qu'on appelait naguère les syndromes hypophysaires parce qu'on les attribuait à des troubles de la sécrétion interne de l'hypophyse.

L'acromégalie coexistait avec le syndrome adiposo-génital dans des cas de Babonneix et Paisseau et de Parhon. Sur 10 acromégaliques, Goetsch, Cushing et Jacobson signalent 6 fois le début par l'obésité. J'ai cité avec Rouillard une observation d'acromégalie fruste chez un homme qui avait une atrophie génitale avec adiposité.

L'infantilisme du jeune âge ou de l'adulte (infantilisme dit tardif) peut s'accompagner aussi d'adiposité.

La polyurie du diabète insipide, ou hydrurie, n'est pas très rare : elle est signalée notamment par Pfeiffer, Ricaldoni, Maranon et Pintos, Lereboullet, Faure-Beaulieu et Vaucher.

Comme le syndrome adiposo-génital, tous ces troubles associés ont été rattachés à des altérations sécrétoires de l'hypophyse, parce qu'on avait souvent trouvé à l'autopsie des lésions sinon de la glande elle-même, du moins de la région hypophysaire. Parfois, il s'agissait de traumatismes, ou encore d'hydrocéphalie ; mais le plus souvent on constatait une tumeur. Cependant Biedl relevait, sur 34 cas, l'absence de tumeur 11 fois, soit dans 1/3 des cas et 7 fois, soit dans 1/5 des cas l'intégrité de l'hypophyse malgré la présence d'une tumeur.

On discutait, aussi bien, sur le mode d'action de l'hypophyse. Tandis qu'on rattachait l'acromégalie à la suractivité du lobe antérieur de la glande, c'est à la suractivité du lobe postérieur qu'on attribuait le syndrome adiposo-génital.

L'effet des extraits hypophysaires chez les animaux, ni même chez les malades n'apportait pas à la discussion de preuves bien claires. La physiologie opératoire avait paru plus probante, car H. Cushing avait obtenu chez les animaux, après résection de l'hypophyse, l'adiposité avec hypoplasie génitale et le même résultat avait été pro-

(1) P. Lereboullet. — Le diabète infantile et son traitement. *Progrès médic.*, 24 oct. 1925, n° 1573.

duit par des ablations partielles dans les expériences de Biedl et de Blair Bell. Chez l'homme malade aussi, dans le cas de Frolich, l'extirpation d'une tumeur hypophysaire avait été suivie d'une amélioration. Néanmoins on ne définissait pas très bien le mode d'action de ces lésions hypophysaires et, à un an de distance, Cushing concluait en 1910, avec Crowe et Hornans à l'insuffisance du lobe antérieur, puis en 1911 avec Goetsch et Jacobson, à l'insuffisance du lobe postérieur.

La question s'est beaucoup éclairée, lorsque les expériences fort bien conduites de Jean Camus et G. Roussy montrèrent qu'on peut enlever l'hypophyse sans provoquer le syndrome adiposo-génital, et qu'on peut produire ce syndrome en respectant l'hypophyse. Houssay, Bailey et Bremer ont aussi déterminé le syndrome par des lésions des noyaux de substance grise situés dans le plancher du 3e ventricule sans altérer l'hypophyse.

Un certain nombre de faits cliniques corroborent ces données expérimentales. On avait vu, comme je vous le disais tout à l'heure, des cas où l'hypophyse n'était pas atteinte à l'autopsie. C'est aussi ce qui apparut dans des observations plus récentes de Lereboullet, Mouzon et Cathala (1921), de Ricaldoni (1922), de Maranon et Pintos, d'Armstrong.

C'est donc aux lésions des centres nerveux infundibulo-tubériens, contenus dans la substance grise, *grisea centralis* d'Erdheim, qui forme le plancher du 3e ventricule, qu'on rapporte aujourd'hui le syndrome adiposo-génital, et la plupart des syndromes qualifiés d'hypophysaires.

Ces lésions ont des causes diverses : ce sont des traumatismes, dans les cas de Madelung, de Maranon et Pintos où il s'agissait de projectiles, et dans celui de Cushing, consécutif à une chute sur la tête ; souvent ce sont des tumeurs ; d'autres fois ce sont des altérations méningitiques et encéphalitiques. La syphilis, des infections aiguës, telles que la fièvre typhoïde et la pneumonie, notées par Massalongo et Piazza, peuvent être l'origine de ces lésions méningo-encéphalitiques et l'on connaît aussi un certain nombre de cas d'obésité, avec ou sans hypotrophie génitale, consécutive à l'encéphalite épidémique.

Les centres infundibulo-tubériens, bien décrits anatomiquement, sont moins bien connus physiologiquement. Ce sont surtout ceux dont dépend la polyurie et la glycosurie que les recherches de Jean Camus et G. Roussy ont déterminés avec un peu de précision. Mais ils font partie des noyaux de substance grise périépendymaire que Edinger a considérés comme des centres sympathiques, affectés à des fonctions multiples : tonus vésical selon Barrington, sécrétion surrénale selon Cannon, dilatation pupillaire et exophtalmie selon Karplus et Kreidl, bradycardie selon Aschner, régulation thermique selon Isenschmidt et Krehl, Ott, Luschke, Barbour.

La multiplicité de ces fonctions explique, d'ailleurs, les associations de syndromes qu'on peut observer fréquemment à la suite de leurs lésions qui frappent aisément plusieurs d'entre eux à la fois.

La pathogénie du diabète associé au syndrome adiposo-génital n'est pas moins digne d'intérêt.

Vous savez que le diabète à la suite des travaux mémorables de Claude Bernard était considéré comme un trouble ayant son siège dans le foie qui transformait trop de glycogène en sucre. On savait aussi, par la célèbre expérience de la piqûre du bulbe, qu'une lésion nerveuse pouvait engendrer sinon le vrai diabète, du moins une glycosurie transitoire ; mais on admettait que la lésion nerveuse n'agissait qu'indirectement, en modifiant la fonction glycogénique du foie.

Aujourd'hui un certain nombre de données physiologiques de grande importance ont modifié cette conception du diabète. D'abord et surtout on connaît, principalement par les recherches de Von Mering et Minkowski, le diabète pancréatique, et la série de travaux qui, avec R. Lépine, Laguesse et Hédon, ont abouti à la découverte de l'insuline par les auteurs canadiens, Macleod, Banting et Best ont établi qu'il y a dans tout diabète un trouble de la production de l'insuline, autrement dit de la sécrétion interne du pancréas.

Or, entre ces deux ordres de faits : l'existence d'un diabète pancréatique et l'efficacité de l'insuline dans tout diabète, se placent chronologiquement d'autres recherches qui ont porté sur le rôle d'autres glandes endocrines que le pancréas. On a décrit des diabètes surrénaux, thyroïdiens et surtout hypophysaires.

Borchardt (1898) avait obtenu la glycosurie par l'injection d'extrait d'hypophyse, ce qui fut confirmé par Rossi (1909). Franchini ne produisit la glycosurie qu'avec de fortes doses de cet extrait et Claude et Baudouin durent faire ingérer à des malades 100 à 150 grammes de glycose en même temps qu'il leurs injectaient de l'extrait hypophysaire, pour observer le passage du sucre dans l'urine. Au fond, toutes ces expériences s'accordent, car toutes montrent que l'extrait d'hypophyse gêne l'utilisation de glycose, qu'il produit, en d'autres termes, à divers degrés, une insuffisance glycolytique. C'est bien, d'ailleurs, ce que

j'ai moi-même constaté avec G. Desbouis : l'injection d'extrait d'hypophyse provoque temporairement un défaut d'utilisation du glycose, de telle sorte que si l'on introduit en même temps de ce sucre dans l'organisme, on ne voit pas monter aussitôt, comme chez un sujet normal, l'acide carbonique exhalé. Il s'agit, d'ailleurs, d'un trouble exclusif de la glycolyse, car le lévulose est utilisé d'une façon normale malgré l'injection d'extrait d'hypophyse. Enfin, avec A. Ribot et Léon Binet, j'ai pu mettre encore en évidence le trouble apporté par l'extrait d'hypophyse à l'utilisation du glycose, en recourant à l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée, la plus généralement employée aujourd'hui pour déceler ce trouble chez les malades.

Toutes ces recherches semblaient appuyer la théorie qui rattachait certains diabètes à des altérations de l'hypophyse. Néanmoins elles ne les démontraient pas, car, je le répète, nous ne sommes pas sûrs que les extraits d'hypophyse, tels qu'ils sont actuellement préparés, renferment vraiment les principes actifs de sa sécrétion interne.

Aussi fallait-il prendre en considération, comme on le faisait précisément pour le syndrome adiposo-génital, les expériences de physiologie opératoire. Or, Caselli, en extirpant la glande en totalité, provoqua la glycosurie, tandis que Rogowitsch, Friedmann et Haas ne l'obtinrent que par des résections partielles. Aschner remarqua que l'extirpation était suivie d'une glycosurie transitoire, bientôt remplacée par un excès de tolérance pour le sucre. Cushing observa le même fait et, de plus, l'obésité consécutive ; dans cet état, il vit aussi que l'injection d'extrait de lobe postérieur provoquait alors la glycosurie. Verron (1921) admit que la glycosurie peut être produite par une suractivité du lobe antérieur et une irritation de la tige pituitaire.

Mais à peine la théorie du diabète hypophysaire s'était-elle édifiée sur les bases de l'expérimentation chez l'homme et l'animal, qu'elle s'écroulait en même temps que la théorie hypophysaire du syndrome adiposo-génital et pour les mêmes raisons.

Les expériences de Jean Camus et Roussy montraient, en effet, que l'ablation de l'hypophyse sans lésion des centres infundibulo-tubériens n'entraînaient point la glycosurie et les recherches de Camus, Gournay et Le Grand, complétant les précédentes, établirent que la glycosurie pouvait être produite chez le lapin par une lésion du tuber. C'est particulièrement, semble-t-il, l'altération du noyau para-ventriculaire qui est responsable de la glycosurie, celle des noyaux propres du tuber déterminant plutôt la simple polyurie.

Remarquez que le rôle des lésions nerveuses dans la pathogénie de la glycosurie n'était pas nouveau, puisque la piqûre du bulbe, les lésions de la moelle cervicale, les excitations des nerfs périphériques avaient été reconnues capables de la provoquer. Seulement cette glycosurie nerveuse, qui avait fait admettre chez l'homme un diabète nerveux, n'était que passagère, tandis que la glycosurie des lésions infundibulo-tubériennes semble plus durable.

Quant aux faits cliniques de diabète dit hypophysaire, ils sont passibles de la même révision critique que ceux de syndrome adiposo-génital. Loeb (1884) avait observé la glycosurie dans un cas de tumeur hypophysaire.

Dans l'acromégalie, la glycosurie figure dans la moitié des cas selon Pierre Marie, et une diminution plus ou moins prononcée de la tolérance pour le glycose est mentionnée dans 40 % des cas par Borchardt. Nous avons aussi constaté avec Rouillard un certain degré d'insuffisance glycolytique dans un cas fruste de syndrome d'infantilisme hypophysaire avec quelques caractères acromégaliques. Mais il n'est pas du tout prouvé que dans la plupart de ces cas, l'hypophyse ait été atteinte ni qu'elle l'ait été à l'exclusion des centres infundibulo-tubériens. Erik a seulement signalé, chez 11 diabétiques jeunes, des lésions des cellules éosinophiles de l'hypophyse, sans qu'il s'agît particulièrement de diabète dit hypophysaire.

Au contraire, Marinesco et Paulian ont publié l'observation d'une acromégalie avec diabète, dans laquelle ils ont constaté, en même temps que des lésions hypophysaires, des lésions des noyaux gris paraventriculaires.

Comme vous le voyez, les faits cliniques n'apportent pas jusqu'ici de preuve démonstrative en faveur de la théorie nerveuse, mais rapprochés des faits expérimentaux de Camus, Guernay et Le Grand, ils s'accordent avec eux. On peut ajouter aussi que l'encéphalite léthargique, dont nous avons vu le rôle dans la genèse des syndromes autrefois rattachés à des troubles hypophysaires, peut aussi compter parmi ses complications tardives, la glycosurie, au même titre et parfois en même temps que l'obésité, l'hypotrophie génitale et la polyurie, sans doute en lésant un ou plusieurs noyaux de la substance grise périépendymaire.

Si, comme cela paraît à peu près établi, ce sont les centres nerveux infundibulo-tubériens qui règlent l'utilisation du glycose, on peut aussi

concevoir qu'un trouble de ces centres, à l'inverse de celui qui produit l'insuffisance glycolytique, entraîne un excès d'utilisation de ce sucre, comme on l'a noté dans quelques cas de syndrome adiposo-génital.

Mais nous ne savons pas à quelles influences obéissent ces centres régulateurs, ni de quelle manière ils agissent pour accroître ou diminuer l'utilisation du sucre. A l'époque où l'on attribuait un grand rôle au bulbe et à la moelle cervicale, Chauveau et Kaufmann (1893) avaient admis que la sécrétion interne du pancréas excite les centres modérateurs de la glycosurie hépatique situés dans le bulbe et modère les centres excitateurs situés dans la moelle cervicale. Mais peut-être doit-on aujourd'hui retourner la formule et se demander si les centres infundibulo-tubériens n'influencent pas la sécrétion de l'insuline.

On peut, d'ailleurs, concevoir aussi que la sécrétion d'insuline soit influencée non seulement par voie nerveuse, mais aussi par les hormones d'autres glandes endocrines, apportées par voie sanguine, et l'on sait déjà que l'insuline est antagoniste de l'extrait d'hypophyse et de surrénale. Il se peut aussi que ces produits endocrines influencent les centres infundibulo-tubériens, suivant l'hypothèse envisagée par Pende pour la sécrétion de l'hypophyse.

Enfin, à propos de l'intervention possible des sécrétions internes dans ces troubles des centres infundibulo-tubériens, je dois appeler votre attention sur un détail de notre observation. Je vous ai dit que les radiographies des mains montraient un retard de la soudure des épiphyses aux métacarpiens et aux phalanges. Or ce défaut d'ossification se rencontre dans le myxœdème et l'on peut se demander s'il n'y a pas dans notre cas un petit degré d'hypothyroïdie. M. Nobécourt (1) a cité le cas d'un enfant atteint de syndrome adiposo-génital dont le métabolisme basal était abaissé, ce que l'on considère comme un signe d'hypothyroïdie, mais le traitement thyroïdien ne le fit point remonter, de sorte que l'insuffisance thyroïdienne reste douteuse d'autant plus qu'il n'y avait pas dans ce cas de retard de l'ossification. Il sera intéressant de faire la même épreuve thérapeutique chez notre malade.

Le traitement chez ce jeune garçon doit s'adresser d'abord et surtout au diabète. Or dans tout diabète il y a, comme je vous le disais tout à l'heure, un élément pancréatique. C'est qu'en effet, le diabète n'est qu'un syndrome : ce qui en fait l'unité c'est l'intensité de trouble de régulation glycosique qui le caractérise. Ce trouble, qui consiste surtout en ce que, dans l'ensemble de l'organisme, le glycose est mal utilisé, existe à de légers degrés dans de nombreux états morbides et notamment, comme je l'ai fait voir avec Loeper, dans les maladies aiguës. C'est une insuffisance de la glycolyse.

A ce sujet je dois vous faire remarquer qu'il faut s'entendre sur ce mot glycolyse qui ne semble pas être compris par tous les auteurs de la même façon. Autrefois on pensait que le glycose se décomposait dans l'organisme en eau et acide carbonique. On sait aujourd'hui qu'il y a des stades intermédiaires entre la molécule de glycose et ces deux produits terminaux. Or tous ces stades font partie du processus de la glycolyse et le terme d'insuffisance glycolytique doit être appliqué, à mon avis à toute imperfection de ce processus, à quelque stade qu'elle se produise. Parmi ces stades, celui de l'acide lactique paraît être l'un des mieux connus et beaucoup d'auteurs pensent qu'il se forme un composé, appelé lactacidogène par Embden, ou acide hexose-phosphorique. C'est peut-être ce trétacidogène qui ne se forme pas dans le diabète. Toujours est-il qu'il augmente sous l'influence de l'insuline et que parallèlement le phosphore nécessaire à sa formation diminue dans le sang.

Qu'il y ait dans le diabète une utilisation plus difficile de glycose, c'est ce qu'il serait malaisé de nier. D'abord la perte de sucre par l'urine montre que l'organisme ne le retient pas, et la perte est souvent beaucoup trop considérable pour qu'on puisse en accuser seulement la facilité trop grande du rein à le laisser passer. Puis l'étude de l'exhalation carbonique apprend que dans l'insuffisance glycolytique et en particulier dans le diabète, l'introduction de glycose dans l'organisme n'est pas immédiatement suivie, comme chez le sujet normal, d'une augmentation de l'acide carbonique exhalé. Il semble qu'il manque à l'organisme du diabétique un principe, toujours prêt à agir chez le sujet normal, qui permette une combustion rapide d'une petite quantité de glycose en excès. Cette combustion peut se faire chez le diabétique, mais avec plus de lenteur, et l'exhalation carbonique augmente alors plus tardivement.

L'insuline accroît, d'ailleurs, l'exhalation carbonique chez le diabétique. Cette augmentation n'est généralement que passagère, parce que l'insuline abaisse rapidement la glycérine ; mais si l'on maintient au même taux la glycémie en introduisant du sucre, comme l'ont fait Ambard et Arnovliévitch, l'augmentation de l'acide carbonique exhalé se prolonge.

L'insuline ne diminue pas seulement les signes

(1) Nobécourt. — L'obésité dans les affections de l'encéphale. *Journ. des Praticiens*, 26 sept. 1925, n° 625.

fondamentaux du diabète et notamment l'hyperglycémie et la glycosurie. Elle fait baisser dans le sang les graisses et les lipoïdes, souvent en excès dans le diabète. Mais on ne sait encore si elle agit directement sur l'utilisation de ces corps, ou si son action ne s'exerce qu'indirectement en améliorant, grâce à une utilisation plus profitable du glycose, la combustion des corps gras et lipoïdes. Enfin l'insuline agit d'une façon remarquable sur l'acido-cétose, cette redoutable complication du diabète, et il me paraît probable qu'elle facilite la combustion des corps cétoniques.

Vous savez qu'on limite actuellement l'indication de l'insuline aux diabètes graves, consomptifs, et compliqués. C'est, à vrai dire, surtout une raison d'économie et de difficulté d'emploi, car si l'insuline pouvait être donnée à petites doses fréquentes par la bouche et si elle coûtait moins cher, il n'y aurait aucun motif de n'en pas faire bénéficier tous les malades qui utilisent mal le glycose.

Notre malade, par l'abondance de sa glycosurie, par la forme de son diabète qui évolue rapidement chez un sujet jeune, répond bien aux indications admises. Aussi l'avons-nous soumis dès son arrivée, en même temps qu'à un régime réduit en aliments formateurs de glycose, à l'insuline, aux doses de 15 unités cliniques, puis, le 13 juillet de 36 unités, puis le 14 août, de 105 et enfin le 1er septembre, de 150. Ces doses furent ensuite diminuées, parce que, peut-être sous l'action d'un autre traitement dont je vous parlerai tout à l'heure, la glycosurie descendit à 70 grammes par jour, la diurèse à 3 litres et la glycémie à 3 gr. 05.

Un autre moyen thérapeutique a été souvent employé dans le syndrome adiposo-génital, sous l'influence de la théorie endocrine : c'est l'injection d'extrait hypophysaire. Elle a pour effet souvent de diminuer la polyurie et a été beaucoup préconisée dans le traitement du diabète insipide. Son action, d'ailleurs, n'est guère que transitoire et ne se manifeste que d'une manière inconstante. Elle n'a rien non plus de spécifique, en ce sens qu'elle peut se produire aussi dans des polyuries biglotiques où l'hypophyse n'intervient nullement. Aussi ne peut-on penser qu'elle joue le rôle d'une compensation, ajoutant à l'organisme le principe endocrine qui lui fait défaut, comme on le voit pour l'extrait thyroïdien dans le myxœdème. C'est seulement par son effet pharmacodynamique que cet extrait hypophysaire paraît agir, et l'on peut ajouter contre l'hypothèse d'un principe endocrine insuffisant, que l'extrait hypophysaire, s'il représentait l'hormone dont le déficit engendre les syndromes dits hypophysaires, aurait sur deux d'entre eux des effets contradictoires, puisqu'il diminue la polyurie et augmente l'insuffisance glycolytique.

Nous avons deux fois fait à notre malade une injection d'extrait du lobe postérieur d'hypophyse, le 8 et le 13 novembre : la première fois la diurèse n'a pas été influencée ; la seconde fois, la diurèse n'a guère été modifiée non plus (de 3.375 à 3.150 cc.) et la glycosurie a légèrement baissé (de 214 à 157 gr. de sucre en 24 heures).

Enfin je dois encore vous parler d'un autre mode de traitement qu'on a préconisé à la fois contre la polyurie et contre la glycosurie : c'est la ponction lombaire. Herrick (1912) a vu sous son influence la polyurie tomber de 7 litres à 660 cc. ; Graham de 10 et 12 à 1 et 2 litres ; Maranon de 12 à 8 litres. On attribue ce résultat à la chute de la pression intra-cranienne, supposant que la polyurie est due à une compression des centres infundibulo-tubériens. Seulement, cette action de la ponction lombaire est inconstante, elle n'est que passagère et se manifeste aussi dans des polyuries de diverses causes.

Quant à la glycosurie, Lhermitte et Fumet l'ont vue subir, après la ponction lombaire, une chute brusque et passagère, tombant de 37 gr. à 0 gr. 88, puis se relevant à 21 gr. 98. Mais cet effet est inconstant ; il peut arriver que la polyurie diminue sans que la glycosurie soit influencée. Bickel (1922) a observé la diminution de la glycémie de 3 gr. 21 à 2 gr. 88. Mais Rathery et Mlle Dreyfus-Sée n'ont enregistré que des effets nuls dans des cas de glycosurie faible, et seulement un cas de chute passagère de la glycémie sur plusieurs malades avec hyperglycémie prononcée.

Chez notre jeune garçon, le 30 août, la ponction lombaire a été suivie d'un abaissement notable de la polyurie qui, de 6 à 8 litres par jour est tombée à 6, puis 4, puis 3 et qui s'y est à peu près maintenue ; en même temps la glycosurie est descendue à 70 grammes ; elle s'est ensuite relevée, mais sans atteindre toutefois les taux antérieurs. Seulement, il convient d'ajouter que les doses d'insuline ont été élevées à ce moment ; plus tard, elles ont pu être diminuées, sans que la glycosurie s'élevât beaucoup. Une seconde ponction lombaire, faite le 30 octobre, n'a pas été suivie de modifications de la diurèse, ni de la glycosurie qui était de 198 grammes par jour.

On continue l'insuline à la dose de 120 unités par jour, partagées en deux doses. L'état général est excellent. Le poids, qui avait fléchi à 56 k. 400 en octobre, pendant une période où le malade avait fait de l'exercice musculaire et avait été occupé à divers travaux dans l'hôpital, s'est relevé à 60 k. 600. Le malade reste donc adiposo-

génital et malgré son diabète, son obésité tend à progresser, l'insuline empêchant sans doute le diabète de devenir consomptif.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Abcès par congestion de la région lombaire ; pincement du disque entre les 11e et 12e vertèbres dorsales.

Un malade a été traité pour des douleurs attribuées à une névralgie intercostale, et pour de l'anorexie accompagnée de constipation.

On constate au-dessus du bord de l'os iliaque, du côté gauche, une tuméfaction douloureuse arrondie, sans altération de couleur de la peau. Elle est fluctuante. Quand on palpe le ventre, on trouve dans la fosse iliaque gauche une deuxième tuméfaction profonde, qui remonte jusqu'au-dessus de l'ombilic, et qui est manifestement fluctuante. Lorsqu'on presse sur la tuméfaction intra-abdominale, la tuméfaction postérieure augmente un peu et se tend. Par conséquent, l'examen physique fait conclure à l'existence de deux poches contenant du liquide et communiquant l'une avec l'autre, ce qui fait penser naturellement à un abcès froid par congestion. La gêne du côlon pourrait expliquer les troubles abdominaux.

Il faut chercher maintenant le point de départ de cette collection.

Evidemment, quand on voit une collection suppurée dans la région lombaire, on peut toujours penser à une lésion rénale possible, mais le rein ne donne guère d'abcès de ce genre. Il n'y a pas de fièvre ; c'est bien un abcès tuberculeux. La première chose à laquelle on doit penser, c'est la colonne vertébrale.

On constate un peu de scoliose. De plus, quand on prie le malade assis de se pencher en avant, puis en arrière, on constate que toute la partie inférieure de la région dorsale et la région lombaire restent rigides. C'est un signe en faveur d'une lésion vertébrale que la radiographie permet quelquefois de préciser

Elle ne montre ici rien de particulier, sauf que le disque inter-vertébral entre les onzième et douzième dorsales est plus étroit qu'à l'état normal : il a une hauteur manifestement moindre que les disques situés au-dessus et au-dessous; c'est ce que les radiographes appellent le pincement du disque intervertébral.

Bien qu'il n'y ait aucune douleur dans la colonne vertébrale, la constatation d'une rigidité de la partie inférieure de la colonne dorsale et de la région lombaire, puis d'une sorte de scoliose, conduisent à admettre une lésion vertébrale, que la radiographie confirme en monlrant ce pincement du disque.

Le cancer de la colonne vertébrale amène quelquefois une destruction presque complète du tissu osseux d'une vertèbre, mais laisse le disque intervertébral indemne, avec son épaisseur. Au contraire, dans la tuberculose, la lésion vertébrale n'est pas très marquée, quelquefois invisible à la radiographie, mais il y a de façon presque constante des lésions du disque intervertébral, qui se trouve écrasé, soit dans sa totalité, soit plus particulièrement sur un de ses côtés.

Ceci n'a rien de particulier, c'est ce qu'on voit dans toutes les lésions tuberculeuses juxta-articulaires : l'interligne articulaire est diminué, parce que la tuberculose osseuse au contact d'une articulation finit presque toujours par amener un retentissement articulaire. Le cancer, au contraire, reste dans le tissu osseux.

Il faut faire une ponction et appliquer un corset plâtré ; cet appareil est bien supporté à la région dorsale. Il n'y a pas de raison de songer à une greffe osseuse celle-ci ne nous semblent guère indiquée que dans les maux de Pott de la région cervlcale.

FAIT CLINIQUE

Asthme et tuberculose.

Par Jacques SÉDILLOT,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

J'ai lu dans le *Journal des Praticiens* du 26 juin l'article « *Méfions-nous des asthmatiques* » avec d'autant plus d'intérêt que le même jour, je venais de présenter à la Société de Médecine, une de mes clientes asthmatique dont voici très résumée l'observation :

Mme F., 31 ans, comptable, me consulte le 19 janvier 1926, pour de l'asthme à forme très sévère (de nuit et de jour) datant de l'enfance. Elle m'apprend que depuis quatre ans on sait la présence de bacilles tuberculeux dans ses crachats.

Cette découverte a été faite *fortuitement* à l'occasion d'un examen médical complet pour assurance-vie. En réalité, la présence de bacilles dans l'expectoration date probalement de bbeaucoup plus de quatre ans.

Quoi qu'il en soit, depuis cinq mois l'examen des crachats fait par moi à 4 reprises m'a montré constamment la présence de bacilles de Koch rares, isolés les uns des autres, mais indiscutables.

En cinq mois de ma méthode de traitement de l'asthme, j'ai obtenu ce que cette malade souhaitait : des nuits parfaites sans asthme, et le jour pas d'asthme la gênant dans son travail. Mais chaque soir après dîner, survient encore une légère crise que calme de suite une cigarette anti-asthmatique. Ce reliquat d'asthme, je dois le respecter. Il faut que cette jeune femme reste une asthmatique, une arthritique. A la suite de MONCORGÉ et de DELTHIL, je crois que son état d'arthritisme est pour elle la meilleure des assurances, la meilleure des défenses naturelles contre les bacilles indésirables qu'elle héberge (Antagonisme d'évolution de l'asthme et de la tuberculose).

Pourquoi ai-je présenté cette asthmatique-tuberculeuse à la Société de Médecine ?

D'abord pour que tous pussent constater son état de santé général très florissant, ensuite pour que ceux que la question intéressait puissent l'examiner.

Son état de santé général ? Il est parfait, un teint superbe, jamais 1/10 de degré de température, un poids de 67 kilos pour une taille de 1 m.62, sans qu'il ait jamais été fait un traitement spécial visant la tuberculose.

Les résultats de l'examen ? A l'auscultation, pluie de râles très superficiels en avant et en arrière, sur presque toute la hauteur du lobe supérieur du poumon gauche, mais on a l'impression que ces râles sont en surface, sous l'oreille ; et de fait, la percussion, la recherche de la transsonnance et surtout l'examen radioscopique, montrent qu'il n'y a qu'une « nuance imperceptible » de différence entre les 2 sommets. J'ai bien l'idée que ces râles ne pouvaient correspondre à des tubercules classiques ramollis et fistulisés, mais bien plutôt peut-être à une lame cortico-pleurale d'emphysème habitée de bacilles et mon hypothèse n'a pas été contredite.

On m'objectera : un cas isolé n'a jamais rien prouvé ? Nous sommes d'accord, mais si j'ajoute qu'en six années, que j'ai consacrées au traitement des asthmatiques, je n'ai rencontré encore que deux cas (dont celui-ci), où la tuberculose ait fait sa preuve bactériologique chez des asthmatiques, mon observation est déjà d'un plus grand poids en faveur de l'antagonisme d'évolution de l'asthme et de la tuberculose : les asthmatiques, parce qu'ils sont des arthritiques, s'infectent très rarement de bacilles tuberculeux, et s'ils s'en infectent (la tuberculose souvent évolue chez eux de façon bénigne, *insoupçonnée même* ; et ici je viens souligner la conclusion de MM. COUBARD et GALLOT (du Sanatorium de Bois-Grolleau) : Méfions-nous des asthmatiques.

Oui, ces asthmatiques, disséminateurs non soupçonnés de bacilles de Koch, sont éminemment dangereux pour leur entourage, mais il faut savoir que ces cas là *sont extrêmement rares*, (DELTHIL mon prédécesseur, en trente-cinq ans et sur 4.600 asthmatiques traités, a vu 12 d'entre eux devenir tuberculeux à bacilles soit un pourcentage de 0, 25 p. 100).

Comme conclusion générale : Doit-on rechercher (et par les méthodes les plus minutieuses, y compris l'inoculation au cobaye) le bacille de Koch dans l'expectoration de tous les asthmatiques qui toussent et qui crachent ? Je ne le pense pas ; parce que précisément si on décide de faire cette recherche, elle devra être faite de la façon la plus minutieuse, et répétée : un examen rapide et superficiel resté négatif serait plus dangereux en donnant une fausse sécurité au médecin plutôt que de le laisser dans le doute.

Mais je crois qu'il faut examiner toujours cliniquement à fond, tous ses asthmatiques et faire la recherche minutieuse et répétée des bacilles dans les crachats toutes les fois qu'un signe d'examen, ne cadrant pas avec l'idée de l'asthme simple, aura pu exceller un soupçon de ce côté.

Il faudra faire des examens de crachats répétés dès qu'on aura eu un soupçon car comme le remarquent les deux auteurs, dans « ces formes de tuberculose à tendance non évolutive » c'est souvent « après beaucoup de recherches infructueuses » qu'on mettra un jour en évidence le bacille de Koch.

FORMULES

La diarrhée commune des enfants de 3 ans.

Eaux. Bouillon de légumes le 1er jour ; le second jour bouillies à la crème de riz et au bouillon de légumes, cuites vingt minutes.

Ou pâte au riz : faire cuire du riz une heure et demie, ajouter du sucre en poudre, des traces de vanille et un peu de chocolat. Le riz forme une pâte que grâce au chocolat, l'enfant prend bien. Gelée de coings.

Potion :

Sous-nitrate de bismuth.	1 gr.
Benzonaphtol	
Sir. diacode	30 —
Julep gommeux q. s. p.	60 cc.

Bien agiter. Trois à six cuillerées à café par vingt-quatre heures, à distance des repas.

ou :

Acétyl-Tanin.	1 gr.
Sirop diacode.	15 —
Julep gommeux q. s. p..	60 cc.

Deux à six cuillerées à café par vingt-quatre heures.

(BLECHMANN)

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

L'érythème noueux.

Une maladie infectieuse bénigne à allure de fièvre éruptive avec douleurs rhumatoïdes et éruption cutanée, nodulaire et rouge surtout localisée aux membres inférieurs, M. Louis Ramond (*Confér. de Clin. Médic.*, IVe série) estime qu'elle constitue tantôt une maladie autonome, tantôt une manifestation éruptive secondaire à des septicémies diverses, et principalement à la tuberculose.

Comme traitement séjour au lit une quinzaine. Laisser les malades se lever trop tôt est s'exposer à assister à une poussée nouvelle de nouures. Diète tant qu'il y a fièvre : lait mêlé d'eau, bouillon de légumes, tisanes.

A l'intérieur, l'*aspirine* réussit mieux que le *salicylate de soude*. Ce dernier remède remplit tout son effet dans le rhumatisme articulaire aigu. Pour les affections articulaires douloureuses autres que le rhumatisme articulaire aigu, l'aspirine, voir l'*antipyrine* agissent mieux : 2 à 4 cachets de 0 gr. 50 par jour suivant l'intensité des douleurs.

Le *salophène* (2 à 3 cachets de 1 gr.) réussit bien. On continue cinq à six jours.

Puis on recourt à l'*iodure de potassium* que Potain et Brocq considèrent comme une médication en quelque sorte spécifique (0 gr. 50 à 1 gr. par jour).

Iodure de potassium	10 grammes
Sirop écorces d'oranges amères . . .	300 —

Une cuillerée à dessert ou à potage à midi et 7 heures.

Les membres malades sont protégés par un enveloppement ouaté. Ce dernier diminue la durée de la poussée éruptive.

L'isolement des sujets semble peu nécessaire, la contagion étant fort rare.

PRATIQUE MÉDICALE

Les glycémies.

L'emploi de l'insuline dans le diabète remet à l'ordre du jour la question des glycémies. On sait que le sang contient normalement 1 gramme environ de sucre libre.

Au-dessus de 1 gr. 20, il y a hyperglycémie, au-dessous de 0 gr. 80 il y a hypoglycémie. Lorsque s'installe l'hyperglycémie et généralement lorsque le sucre monte aux environs de 1 gr. 70 par litre de sang, la glycosurie apparaît. Mais parfois une hyperglycémie forte (5 gr. dans certaines néphrites) ne s'accompagne pas de glycosurie. Le seuil d'excrétion urinaire du sucre est alors élevé du fait de la lésion rénale.

Dans le *diabète rénal*, il y a glycosurie sans hyperglycémie. Le diabète rénal est en effet caractérisé par une glycosurie permanente et une absence complète de glycémie.

Ces questions ont un grand intérêt pratique, nous en détachons les renseignements que leur consacre M. le Pr Mouriquand (de Lyon) dans un excellent livre (*Précis de diététique et de Maladies de Nutrition*, 1926).

Il y a *hypoglycémie* au cours du jeûne, de l'hibernation. La glycémie normale s'abaisse par l'injection d'insuline. L'ablation des capsules surrénales, déterminant la déficience en adrénaline (substance dont l'injection provoque l'hyperglycémie) entraîne également de l'hypoglycémie.

Les *hyperglycémies* se distinguent : 1° en hyperglycémies transitoires accidentelles ; 2° hyperglycémies permanentes (non diabétiques) ; 3° hyperglycémies diabétiques.

1° *Hyperglycémies transitoires.* — Ce sont les hyperglycémies post-hémorragique, asphyxique, due au froid, toxique. L'injection d'adrénaline provoque une hyperglycémie pouvant atteindre 5 p. 1.000 ; d'autres intoxications (morphine, caféine, strychnine, sublimé, chloroforme, entraînent des troubles de même ordre.

Ajoutons encore les hyperglycémies infectieuses (pneumonie), d'origine nerveuse (piqûre du bulbe, commotion cérébrale, tumeurs, hémorragie cérébrale, troubles mentaux).

2° *Hyperglycémies permanentes non diabétiques* — Il existe les hyperglycémies par lésions du pancréas, endocrinienne, des néphrites, des maladies du foie, du cancer, de l'arthritisme.

Les basedowiens sont souvent des hyperglycémiques, de même les néphritiques. Aux grandes azotémies correspondent en général de fortes glycémies. Le chiffre moyen du glycose sanguin varie entre 1 gr. 30 et 1 gr. 50 chez les rénaux. Dans certaines cirrhoses, dans le cancer, chez les arthri-

tiques (goutteux, obèses, rhumatisants, eczémateux), l'hyperglycémie est fréquente. Sa constatation chez les arthritiques peut faire prévoir à une échéance plus ou moins lointaine, l'apparition et l'installation d'un diabète confirmé.

3° *Hyperglycémie diabétique.* — Il existe l'hyperglycémie du diabète pancréatique expérimental et l'hyperglycémie des diabètes cliniques.

Dans ce dernier cas, la glycémie doit être étudiée à jeun ou après ingestion d'aliments.

A jeun le chiffre varie de 1 à 1 gr. 5. Après ingestion d'aliments, la glycémie permet d'apprécier l'influence des hydrates de carbone, des protéines, des corps gras.

Pour apprécier l'influence des hydrocarbones, on pratique l'épreuve de l'hyperglycémie alimentaire. La courbe glycémique atteint son maximum plus lentement que chez le sujet sain et s'élève notablement plus haut. Les protéines et les graisses, sauf en certains cas de diabète grave, influent peu la courbe glycémique des diabétiques.

Chez le diabétique, l'action de l'insuline se fait sentir pendant six ou huit heures. Il faut donc renouveler l'injection deux à trois fois par jour et parfois plus, si la menace comateuse est proche.

On sait que ce traitement par l'insuline est contre-indiqué dans le diabète grave, arthritique, sans dénutrition. Il trouve surtout son emploi dans le diabète consomptif (20 à 30 unités physiologiques par jour) et dans le coma diabétique (30 à 60 unités physiologiques par jour). Les ampoules livrées sous le type d'unité clinique représentent en moyenne le tiers de l'unité physiologique).

CLINIQUE MÉDICALE

L'angine de poitrine de cause médiastinale.

L'angine de poitrine reconnaît maintes crises qui ne viennent pas de l'appareil cardio-aortique. Les angines de poitrine névrosiques mises également hors de compte, il reste des crises douloureuses qui proviennent de troubles organiques provoquant une excitation du système nerveux cardiaque. Les maladies du péricarde, de la plèvre, du médiastin sont souvent en cause. Le regretté Dr Maranger nous manda un jour d'urgence auprès d'un malade ayant une crise angineuse depuis huit heures. A notre arrivée, nous trouvons un début d'épanchement pleural du côté gauche. Une piqûre de 0 gr. 005 de morphine amena la sédation de la douleur et la pleurésie suivit la marche normale d'une pleurésie séro-fibrineuse bénigne.

MM. Laubry et Walser (*Journ. Médic. français*, août 1924) ont réuni un certain nombre d'angines de poitrine d'origine médiastinale et M. E. Doumer à l'occasion d'un cas particulier revient sur le même sujet (*Arch. Malad. cœur*, décembre 1925). Un homme de 37 ans avait été blessé en 1916, d'une balle demeurée dans le médiastin à 2 millimètres environ de l'aorte. En 1924, toux et crachats sanglants. Un soir, douleur continue de nature constrictive au niveau de la poitrine. La douleur persista cinq heures avec tendances syncopales. Auscultation négative ; tension artérielle normale. Pas de spécificité.

M. Gallavardin estime que dans les angines de poitrine rapportées à une lésion du médiastin, souvent il se glisse une cause d'erreur. Une altération cardiaque, coronarienne ou aortique insoupçonnée jusque-là était le véritable motif de la douleur. Chez le malade de M. Doumer, la coïncidence avec une altération cardio-aortique était bien improbable. D'autre part, l'angor névropathique devait être écarté également. Ce sujet n'ayant présenté de troubles nerveux d'aucune sorte. L'auteur se demande si la présence du projectile dans le médiastin ne constituait pas le véritable agent provocateur. Avant la crise, l'auscultation montrait un petit foyer de cortico-pleurite ; cette réaction inflammatoire explique selon M. Doumer fort bien pourquoi jusque-là bien supporté, le projectile entraîna soudain ce paroxysme douloureux. Cela est possible. Mais des crises angineuses surviennent parfois à l'occasion d'inflammations pleurales isolées et alors qu'aucun projectile n'existe dans le médiastin. C. F.

CLINIQUE MÉDICALE

Que faut-il penser de l'exploration fonctionnelle du foie.

Par Noël Fiessinger et Henry Walter (de Vichy).

La question de l'exploration fonctionnelle du foie est actuellement une des plus controversées, et, il faut bien le dire, en France plus particulièrement, la majorité des auteurs, déçue par des résultats contradictoires, semble y avoir renoncé.

Pourquoi disent-ils chercher dans le laboratoire ce que la clinique nous donne mieux et plus facilement ?

Pourquoi se lancer dans une exploration qui paraît impossible, théoriquement aussi bien que pratiquement ?

Théoriquement en effet, comment étudier un organe dont nous sommes si éloignés ? alors que nous pouvons connaître facilement le rendement du filtre rénal, par l'étude comparée des éléments que lui apporte le sang, et de ce qu'il en laisse filtrer dans l'urine, pour le foie il en est tout autrement ; la bile si elle peut être maintenant obtenue par sondage duodénal ne représente qu'un faible élément de la sécrétion hépatique ; sa fonction de sécrétion interne est autrement importante, et pour pouvoir l'étudier, c'est sur les voies afférentes et efférentes du foie qu'il faudrait avoir accès, sur le sang porte et le sang sushépatique !

La pratique est bien d'accord avec la théorie qui montre en effet, le peu de valeur de méthodes contraintes à n'étudier que des produits trop éloignés de la glande, sang veineux, ou même urine. Quelques fois positives dans des cas où le foie ne paraît pas touché, bien plus souvent négatives alors que le foie est lésé ; presque toujours discordantes quand on emploie des épreuves multiples chez le même sujet, parfois trop grossières et parfois trop sensibles, de valeur nullement démontrée, telles apparaissent les épreuves fonctionnelles hépatiques ! N'en est-ce pas une preuve indiscutable que ces hépatites notoires découvertes à l'autopsie dans certaines affections des corps striés (comme la maladie de Wilson et quelques cas d'encéphalite), et où pourtant pendant la vie aucune recherche n'a pu permettre de découvrir l'atteinte anatomique marquée constatée après la mort ?

Et si certains tests bien choisis sont, pour certains auteurs de valeur moins discutable, que nous offrent-ils en réalité ?

S'il s'agit d'une insuffisance hépatique notoire, les tests sont évidemment positifs, mais n'aident pas au diagnostic ; quant à leur valeur pronostique elle paraît bien discutable quand on voit des épreuves à réponses identiques chez des sujets d'évolution clinique fort différente ?

S'il s'agit d'une insuffisance hépatique légère, discutable, que la clinique soupçonne et qu'elle demande au laboratoire de contrôler, celui-ci répond d'une façon irrégulière ; le plus souvent l'examen clinique reste plus sûr ; ici encore du point de vue diagnostic, comme du point de vue pronostic, le laboratoire n'apporte rien au clinicien : en somme, l'examen clinique reste toujours et malgré tout le seul mode d'exploration hépatique.

Ces multiples objections ne peuvent venir que de la méconnaissance d'une propriété primordiale du foie, à savoir la multiplicité de ses fonctions et l'indépendance de celles-ci.

Les fonctions du foie sont légion, et la sécrétion externe, la bile, autrefois seule connue, paraît bien modeste à côté de la sécrétion interne. Qu'il s'agisse de transformation des albumines, de métabolisme des purines, de régulation des sucres, de mise en réserve des graisses, d'élimination des substances étrangères, de fonction antitoxique, de coagulation sanguine, partout nous voyons le foie jouer le premier rôle. Or chose remarquable, toutes ces fonctions si disparates et qui semblent relever d'une même cellule — peut-être de deux — peuvent rester indépendantes : Jamais leurs atteintes ne sont parallèles ; bien souvent les unes sont touchées alors que d'autres sont encore intactes. L'atteinte de chacune d'elles évolue individuellement et sans rapport avec ses voisines : de telle sorte que des examens hépatiques renouvelés au cours de la même maladie se montrent complètement différents, le fait étant attribuable non à l'insuffisance des méthodes, mais à l'absence de parallélisme des atteintes lésionnelles — de telle sorte que des réponses divergentes de tests différents dans les insuffisances légères, prouvent que certaines fonctions seulement sont atteintes, et que les autres sont encore intactes — de telle sorte encore que des réponses différentes chez des malades qui cliniquement se ressemblent prouvent que chez ces malades des fonctions différentes sont atteintes.

Cette absence de parallélisme des fonctions hépatiques n'est pas une vue de l'esprit, c'est un fait clinique bien connu. Certains ictères catarrhaux peuvent persister longtemps avec un état général parfait, tandis que d'autres dont l'ictère a rapidement disparu restent extrêmement lents à se remettre et continuent de maigrir. Chez les premiers la fonction pigmentaire est restée profondément atteinte tandis que le métabolisme alimentaire est revenu à la normale ; chez les seconds la fonction biliaire est rétablie mais le métabolisme reste profondément touché. D'autres ictères peuvent être précédés de plusieurs jours par des hémorragies anormales, l'atteinte du rôle sanguin ayant précédé celle des autres fonctions.

Les mêmes faits se retrouvent dans les insuffisances graves, comme la cirrhose par exemple, qui ne touche que peu la fonction pigmentaire alors que les autres sont profondément lésées.

Le fait d'ailleurs peut se contrôler de façon plus précise par le laboratoire.

Nous avons suivi de près ces phénomènes au

cours de la pneumonie en particulier. Nous en donnerons un exemple. Il s'agit d'une pneumonie (chez un vieillard) à défervescence traînante ; nous avons eu la bonne fortune de pouvoir renouveler plusieurs fois au cours de l'évolution, ce que nous appelons un instantané hépatique, et nous avons fait la constatation suivante : En pleine pneumonie, au sixième jour :

Fonction biliaire touchée.

Légère modification de la fonction sanguine.

Aucun trouble du métabolisme, des sucres, ni des matières azotées.

Pendant la période irrégulière de défervescence au quinzième jour :

La fonction biliaire est presque indemne.

La fonction sanguine légèrement touchée.

Le métabolisme des sucres et des matières azotées est atteint.

Deux jours plus tard, ce métabolisme paraît plus déficient encore :

En convalescence, au vingtième jour :

Fonction biliaire et sanguine normales ; fonction protéopexique atteinte, mais en voie d'amélioration. Métabolisme des sucres toujours atteint.

Au vingt-septième jour, il ne persiste qu'une légère glycosurie alimentaire.

En somme chez ce malade, en pleine pneumonie, à 40°, le métabolisme azoté et le métabolisme des sucres sont intacts ; seules sont touchées la fonction biliaire et la fonction sanguine. La fonction biliaire a d'ailleurs à ce moment sa lésion maxima ; elle ne fera que s'améliorer dans la suite, mais d'une façon très lente. La lésion sanguine au contraire, restera absolument stationnaire ; elle est d'ailleurs bien légère, puisqu'elle consiste uniquement en un retard de coagulation. Le trouble du métabolisme des sucres, nul au début, atteint son maximum pendant la défervescence ; cette atteinte sera longue d'ailleurs, puisqu'elle durera encore, bien qu'atténuée quand le malade sortira de l'hôpital. Enfin la lésion du métabolisme azoté n'apparaîtra, elle aussi que tardivement. Elle est nulle en pleine pneumonie, elle apparaît et va aller croissant pendant la défervescence ; elle atteint son maximum au moment où le malade arrive à l'apyrexie ; elle disparaît d'ailleurs aussi rapidement qu'elle est venue. Mais en pleine apyrexie, alors que la pneumonie est terminée, que le convalescent mange, se lève et reprend des forces, alors que l'urobilinurie n'existe plus, le foie est toujours lésé ; et quand douze jours plus tard le malade sortira de l'hôpital, l'intégrité hépatique ne sera pas encore complète.

Cette observation nous paraît remarquablement démonstrative : d'une part chaque examen pris en lui-même montre l'absence du parallélisme des différentes atteintes hépatiques ; chaque examen diffère des précédents et des suivants. Chaque fonction hépatique plus ou moins touchée, évolue pour son propre compte sans aucun rapport avec sa voisine, la dislocation hépatique est ici au maximum ; elle est réalisée, si l'on peut dire, dans l'espace et dans le temps.

Cette seule propriété de l'absence de parallélisme des fonctions hépatiques explique la plupart des contradictions apparentes qu'apporte l'exploration du foie. Nous ne discutons pas certes, que certains tests ne soient critiquables. Il en est peu qui ne soient justiciables en théorie de reproches plus ou moins sérieux ; pourtant certains d'entre eux présentent une garantie d'ailleurs contrôlée par la clinique, et l'exploration prouve que, contrairement à l'opinion courante fréquemment rencontrée, ils donnent de bons renseignements.

Ils en donnent dans l'insuffisance hépatique légère d'abord, dans celle qui se discute, dont on ne sait si elle existe réellement ou non. La négativité des tests rendra bien fragile le diagnostic ou bien alors imposera l'idée d'une atteinte extrêmement légère ; le nombre et le degré d'atteintes des fonctions touchées permettront au contraire de doser, si l'on peut dire, le degré de l'insuffisance.

Plus importants seront les renseignements donnés par la répétition des examens : dans ces cas ils montreront mieux que la clinique si la fonction hépatique est complètement revenue à la normale, ou si, malgré les apparences, la lésion hépatique reste nette. Ce même besoin se fera sentir dans des cas sans atteinte clinique nette, et où pourtant on est justement étonné de ne pas trouver un foie lésé accompagnant les autres signes d'intoxication : polynévrite éthylique, intolérances aux arsénics chez les spécifiques longuement traités, etc. Le laboratoire montre, que chez ces malades, le poison a fait son œuvre, et que, même sans manifestations évidentes, l'insuffisance est déjà marquée.

Il n'est pas jusqu'à la grande insuffisance qui ne bénéficie de l'exploration hépatique ; ici encore, bien qu'en général toutes les fonctions soient touchées, la dysharmonie fonctionnelle se manifeste par des atteintes de gravité très variable et le laboratoire permettra ainsi de creuser la nature de l'insuffisance, — et sans parler des indications thérapeutiques ou diététiques, qu'il permettra un jour d'envisager de ce fait, — il donnera la possibilité de suivre d'une façon précise au cours de l'évolution les modifications fractionnées des différents secteurs de l'activité hépatique. Ici surtout, ce seront les examens répétés qui seront utiles.

Mais pour pouvoir répéter les recherches, il est nécessaire qu'elles réalisent un certain nombre de conditions. Quelles que puissent être la valeur et la garantie d'un test, il faut qu'il soit sans danger pour le malade, que son application soit facile, qu'il ne demande pas un laps de temps trop grand au cours duquel l'insuffisance pourrait se modifier.

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Le traitement de l'hérédo-syphilis précoce par ingestion de produits arsenicaux.

On n'est pas loin d'admettre aujourd'hui que, dans le traitement de l'hérédo-syphilis précoce, les injections d'arsénobenzènes et de bismuth, si elles « blanchissent » rapidement les lésions cutanéo-muqueuses, sont incapables, à moins de continuer les séries d'injections durant trois et quatre ans, d'assurer la disparition définitive de la réaction de Bordet-Wassermann et la guérison rapide.

R. Dupérié, Favreau et Cantorné (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 31 janvier 1926) cherchent parmi les nouveaux remèdes préconisés pour la voie buccale, s'il ne s'en trouve pas qui permette pour la thérapeutique des tout petits des résultats approchés ou équivalents.

Le stovarsol est le dérivé acétylé de l'acide oxyaminophénilarsinique, le tréparsol est l'amide formylé de l'acide métaaminoparaoxyphénilarsinique. Ces deux corps ne diffèrent du salvarsan que par la nature du reste arsenical. Ces deux corps doivent à leur fonction acide, de donner, administrés par la voie buccale, des sels alcalins solubles et absorbables par la muqueuse intestinale. Leur toxicité est faible. Aussi leur emploi s'est-il largement répandu depuis deux ans dans la thérapeutique de l'adulte.

La première mention française de l'emploi du tréparsol dans l'hérédo-syphilis se trouve dans la communication faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 20 mars 1925, par Ch. Flandrin et Clément Simon : ils exposent plusieurs cas d'hérédo-syphilis tardive améliorés par ce remède.

Les auteurs bordelais rapportent plusieurs observations qui démontrent l'efficacité de cette méthode. Ils donnent le stovarsol à la dose maxima de 0 gr. 12 par jour. Cette dose a pu être renouvelée sans inconvénient huit et dix jours de suite. Le plus souvent on prescrit le remède à la dose de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 par kilo de poids, pendant quatre jours de suite ; après un repos de trois jours, on recommence la semaine suivante. Une cure comporte cinq à six semaines de traitement. Après un mois de repos, on peut recommencer une nouvelle cure. La disparition des accidents, la régression des symptômes viscéraux, la disparition de la réaction de Bordet-Wassermann serviront de guide pour le renouvellement des cures.

Le tréparsol est également pris quatre jours de suite, avec repos de trois jours par semaine pendant cinq à six semaines. Après un mois de repos on recommence une nouvelle cure. Mêmes indications pour le renouvellement des cures.

Le stovarsol est plus maniable ; même à doses élevées il ne provoque pas de troubles digestifs, il paraît même agir efficacement sur les troubles digestifs préexistants (diarrhée banale). Par contre son action sur les lésions viscérales (spléno-hépatomégalie) paraît lente.

Le tréparsol paraît moins facile à manier, il est utile de le prescrire à plus faible dose : les doses habituellement recommandées, de 0 gr. 015 à 0 gr. 02 par kilo de poids du corps sont fortes et susceptibles chez les tout petits de provoquer des troubles digestifs : diarrhée, vomissements, coliques douloureuses, fléchissement de la courbe du poids. Dupérié, Favreau et Cantorné ne dépassent pas chez les nourrissons les doses initiales de 0 gr. 005 par kilo de poids, en augmentant progressivement pour atteindre au maximum 0 gr. 01 par kilo de poids, chez des sujets de trois à quatre mois. A cette dose, le remède est donné quatre jours par semaine. Puis après trois jours de repos, on recommence la semaine suivante.

Le tréparsol est par contre plus rapidement actif sur les localisations viscérales de la maladie. La splénomégalie, l'hypertrophie du foie même s'atténuent et disparaissent d'une façon définitive.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un cas de bouton d'Orient contracté à Marseille. — M. E. Jeanselme — Un certain nombre de boutons d'Orient ont été constatés chez des réfugiés venant d'Arménie. Ils s'étaient installés à Marseille avant de passer aux Etats-Unis. Un marin russe qui avait servi dans l'armée de Wrangel a contracté cette infection exotique à Marseille.

Les effets thérapeutiques des crayons de nitium. — Ces crayons renferment du bromure de radium et peuvent rendre quelques services dans le traitement des métrites cervicales.

Le tétanos utérin post-abortum. — M. Auvray.

Rapports de M. Camus, au nom de la Commission permanente de vaccins ;

De M. Renault sur la vente du lait écrémé et la fourniture de livres scolaires ;

De M. Meillère sur des demandes d'autorisation d'exploitation de sources d'eaux minérales.

13 juillet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juillet 1926.

Action de l'acétylcholine sur la tension artérielle. — MM. M. Villaret, M. Bariéty et L. Justin Besançon. — En opérant sur le lapin, ont constaté que l'acétylcholine en injection intraveineuse ou sous-cutanée amenait une baisse de la tension artérielle avec bradycardie.

Mais cette action de l'acétylcholine n'empêche pas et ne modifie pas les réactions tensionnelles habituellement observées après excitation du pneumogastrique : hypertension par excitation forte du bout central, hypotension par excitation faible du bout central, hypotension par excitation du bout périphérique.

Fièvre de Malte. — MM. Courtois-Suffit, Garnier et Liège ont observé une fièvre de Malte contractée aux marchés à bestiaux de la Villette.

Ils signalent la fréquence de plus en plus grande de cette affection, qui longtemps cantonnée au littoral méditerranéen tend actuellement de l'avis de nombreux observateurs à accroître son domaine. Mais le fait sur lequel ils attirent tout particulièrement l'attention, c'est la guérison rapide et définitive qu'ils ont obtenue par une seule injection d'une endo-protéine extraite du Bacillus Abortus de Bang.

Cette guérison fut rapide et définitive au seul prix d'une violente réaction d'ailleurs bien supportée par le malade.

S'agit-il d'une médication ayant agi par un choc banal ? L'endo-protéine de l'Abortus aurait-elle des propriétés spécifiques ? Quoiqu'il en soit, devant ce succès ils estiment qu'il y aurait intérêt à expérimenter cette nouvelle thérapeutique dans les pays où sévit la fièvre de Malte à l'état endémique.

M. Netter, à l'occasion de la communication antérieure de M. Courtois-Suffit, sur le traitement de la méningite cérébro-spinale, fait remarquer qu'il faut continuer la sérothérapie rachidienne, malgré certains échecs.

M. P.-Emile Weil a utilisé avec fruit pour le traitement des cas de la fièvre de Malte, des chocs par métaux colloïdaux.

M. Bezançon insiste sur l'efficacité de certains chocs thérapeutiques dans des infections rebelles rhumatismales.

La réponse du facial par la compression du nerf auriculo-temporal chez des encéphalitiques parkinsoniens. — MM. Dufour, Duhamel et Hurez. — Foix a montré que si l'on comprime fortement et des deux côtés simultanément avec les index, le col des condyles des maxillaires inférieurs, en arrière, au niveau du passage du nerf auriculo-temporal, on obtient chez certains hémiplégiques, surtout à la phase comateuse, une contraction très nette des muscles innervés par le facial du côté non paralysé. Il n'y a pas de réponse du côté paralysé. Il en résulte une asymétrie faciale passagère, indiquant au médecin le côté hémiplégié.

Les auteurs ont recherché ce signe chez les encéphalitiques parkinsoniens au masque facial figé. Chez environ 22 malades sur 25 observés dans ces deux dernières années, ils ont noté l'absence de réponse du facial des deux côtés. Chez quelques-uns la réponse est unilatérale comme chez les hémiplégiques. Dans les cas litigieux cette unilatéralité permet d'orienter le diagnostic dans le sens d'un Parkinsonisme encéphalitique.

Dégénérescence amyloïde très améliorée par les rayons ultra-violets. — MM. Fernand Bezançon, André Jacquelin et Jean Célice relatent l'observation d'un coxalgique, fistulisé depuis cinq ans, atteint de dégénérescence amyloïde à forme grave (polyurie, albuminurie importante, œdèmes périphériques, vomissements, diarrhée incoercible ; très gros foie et très grosse rate) et chez lequel la radiothérapie et les rayons ultra-violets commencés en novembre 1924 ont déterminé une disparition des symptômes digestifs et une régression de l'hépatomégalie, de l'albuminurie et de la splénomégalie.

Balle intracranienne. Epilepsie tardive. — MM. Babonneix et Mornet présentent les radiographies du crâne d'un sujet entré à l'hôpital pour épilepsie. Il racontait qu'il avait été blessé par une balle, en 1915, et il existait en effet, dans la région temporo-pariétale droite, une brèche osseuse de 3 cm. sur 4. En réalité, l'épilepsie doit très vraisemblablement être rattachée, non à des adhérences méningées de la région rolandique

droite, mais à l'existence d'une balle située dans l'étage postérieur de la boîte cranienne, du côté gauche. Pendant dix ans, cette balle n'a pour ainsi dire donné lieu à aucun phénomène morbide. Depuis, elle n'a révélé sa présence que par deux ou trois crises comitiales. Des cas de ce genre sont rares. Ils posent la question de l'intervention, que, pour le moment, et après avoir pris l'avis du chirurgien, nous résolvons par la négative.

Un cas d'hémoglobinurie à frigore par fragilité globulaire. — MM. P.-Emile Weil et R. Stieffel publient un cas d'hémoglobinurie à frigore qui n'est pas liée à la présence d'hémolysines dans le sérum (épreuve de Donath et Landsteiner négative), mais à une diminution considérable de la résistance globulaire. Les auteurs étudient deux lésions essentielles du sang :

1° Un pouvoir agglutinant extraordinaire du sérum pour ses propres hématies et pour les hématies étrangères, pouvoir agglutinant tel qu'il a été impossible et de faire une numération globulaire, et de déterminer le groupe sanguin du malade.

2° Une fragilité globulaire vis-à-vis des solutions salines, même hypertoniques, fragilité dont on ne trouve pas de cas semblables dans la littérature.

Le sérum de ce malade ne présente pas d'hémolysines pour les hématies étrangères, même de groupes différents, et paraît posséder un pouvoir antihémolytique vis-à-vis de ses propres hématies, ce qui rapproche ce cas de celui de Foix et Salin.

M. Rist a observé deux cas d'auto-agglutination des hématies sans aucun phénomène pathologique important et sans hémoglobinurie.

Deux cas de pléthore familiale. — MM. P.-Emile Weil et R. Stieffel rapportent deux observations du pléthore chez un frère et une sœur. Ils rappellent les caractères généraux de la pléthore (obésité, faciès congestif, polyglobulie, tendance aux hémorragies), et montrent que rien ne distingue les cas familiaux des cas isolés. L'un des deux cas étudiés présentait en plus du syndrome habituel, des signes de néphrite chronique azotémique et hypertensive. Dans les deux observations, les auteurs ont pu mettre en évidence l'existence de substances hémopoïétiques dans le sérum des malades. Ces deux cas paraissent constituer le premier fait de pléthore familiale publié en France. Il existe dans la littérature étrangère un certain nombre de travaux concernant la polyglobulie familiale, mais il semble que les auteurs qui se sont occupés de la uestion n'aient pas établi la distinction qui mérite d'être faite entre la pléthore et les autres types de polyglobulie primitive.

Un cas de paralysie des quatre dernières paires craniennes (syndrome de Collet) d'origine vraisemblablement traumatique. — MM. Louis Ramond, Maurice Bascourret et Rouquès. — Présentation d'une malade chez qui à la suite d'une chute sur le crâne datant d'uu an après laquelle se manifestaient une céphalée violente et des vertiges intenses apparut un hémisyndrome bulbaire (paralysie des 9e, 10e, 11e et 12e paires) rigoureusement unilatéral du côté gauche.

Coup de soleil acridinique. — MM. F. Rathéry et Julien Marie rapportent l'observation d'une malade atteinte d'érythème noueux polymorphe hyperpyrexique qui présenta, à la suite d'une série d'infections intra-veineuses de chlorhydrate de diaminométhylacridine (trypaflavine), un coup de soleil acridinique. Les conditions d'apparition du phénomène démontrent, en effet, qu'il s'agissait bien d'une sensibilisation transitoire des téguments à la lumière due à l'acridine.

Les auteurs insistent sur l'unilatéralité de l'érythème qui est resté localisé du côté le plus éclairé. Enfin les conditions d'observation permettent, dans ce cas, de considérer comme problématique le rôle des radiations ultraviolettes.

M. Jausion a observé plusieurs faits analogues.

Le test de transsudation. — Noel Fiessinger, J. Sandor et H.-R. Olivier rapportent la technique d'une épreuve qui permet l'évaluation quantitative d'un œdème local provoqué par striction.

Ils étudient les affections où cette épreuve est positive, chez les cardiaques, les rénaux avec œdèmes, les cachectiques et les hépatiques en période d'insuffisance fonctionnelle complète. Le test de transsudation donne des renseignements de même ordre que le test d'Aldrich et Mac Clure et permet de démontrer dans les œdèmes l'importance de la résistance endothéliale aux transsudations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Du traitement des fractures ouvertes (suite de la discussion). — M. Lenormant lit un rapport de M. Charbonnel (de Bordeaux) portant sur 6 observations nouvelles de fractures ouvertes.

Dans deux cas : ostéosynthèse à prothèse perdue avec suture primitive : 2 succès; dans 2 autres cas : ostéosynthèse primitive sans fermeture : 1 succès, 1 échec ; dans les deux derniers cas : osthéosynthèse à prothèse externe : 1 succès, un échec.

M. Lenormant fait ressortir les avantages de l'osthéosynthèse à prothèse externe dans certains cas et conclut à la nécessité d'être éclectique.

M. Thiery prend part à la discussion et se déclare l'adversaire de l'ostéosynthèse primitive dans les fractures ouvertes.

M. Auvray, rapportant quelques cas personnels, préconise à nouveau la désinfection immédiate du foyer de fracture, l'ostéosynthèse chaque fois que l'état des téguments et du squelette le permet, et dans certains cas, l'osthéosynthèse par une contre-ouverture, suivant la technique d'Alglave.

2 cas de gynandrie. — M. Ombrédanne rapporte 2 cas de gynandrie : dans le premier, le gland clitoridien était muni d'un méat urinaire ; dans le second, l'habitus extérieur était celui d'un androgyne cryptorchide et le diagnostic ne fut posé qu'à l'intervention, qui montra l'existence d'un petit utérus et de deux ovaires rudimentaires. M. Ombrédanne étudie la thérapeutique générale de la gynandrie.

Présentation de pièces. — M. Sorrel : Tumeur médullaire ayant entraîné une paraplégie.

M. Auvray : Fibrome de 6 kilogs.

Prochaine séance le 13 octobre.

7 juillet. E. Theillier.

BIBLIOGRAPHIE

Le pneumothorax spontané tuberculeux, par MM. E. Cassaet, *Professeur de clinique médicale à l'Université de Bordeaux* et C. Colbert, *Médecin du Sanatorium des Terrasses à Cambo*. — Norbert Maloine, édit., 1 vol. 166 p.

De tout temps, les praticiens ont constaté l'action souvent favorable du pneumothorax spontanée. Après la période de dyspnée et de douleurs qui se doublent d'une élévation thermique, le mieux se produit au bout de trois semaines environ. La douleur s'atténue, la température tombe, la dyspnée s'éteint plus lentement. Il faut lire dans l'excellent travail de MM. Cassaet et Colbert la séméiologie et le traitement de cette complication qui réalise spontanément la méthode de Forlanini. Celle-ci du reste trouvera son emploi, même dans ces formes qui se produisent en dehors de toute intervention.

Quand la fistule sera fermée, le pneumothorax artificiel pourra être appliqué à son tour. Il permettra à un pneumothorax créé par la nature d'exercer toute son action favorable. La haute expérience et la compétence des auteurs se font jour dans ces pages écrites à la fois avec un souci constant du détail et dans l'intérêt bien entendu des malades.

Avortement et Stérilité, par MM. Henri Vignes, Barbaro, Rinjard, Curot et Dufrenoy (Editions de la *Revue de Pathologie Comparée et d'Hygiène générale*, 8, rue des Acacias, Paris, 17e). — Un volume, in-8°. — Prix : 8 francs.

De toutes parts, nous cherchons à enrayer l'affligeante diminution de la natalité : aide matérielle, hommages aux familles nombreuses, rénovation des forces morales, tout est conseillé utilisé.

Certes, les difficultés matérielles de la vie sont en cause. Plus grands encore sont les ravages causés par le néo-malthusianisme sournoisement répandu en France, à l'instigation d'abord de l'Angleterre affolée par la lutte soutenue contre la puissance napoléonienne, puis par les menées souterraines de l'Allemagne.

A côté de ces causes d'ordre matériel et d'ordre moral, il en est d'autres d'ordre biologique, qui se dégagent de l'étude du règne végétal comme de celle du règne animal.

Les travaux de MM. Vignes, Barbaro, Rinjard, Curot et Dufrenoy d'une documentation parfaite, éclairent cette question si complexe.

Tous ceux qui connaîtront cet ouvrage auront à cœur de le lire.

La Constipation. Comment l'éviter ? Comment la guérir ? par Victor Pauchet et H. Gaehlinger (de Châtel-Guyon). — Un vol. in-8° de 230 pages avec Préface du Pr Carnot. — Prix : 30 francs.

Sans doute, comme le disent les auteurs, en matière de constipation, les cas exceptionnels sont seuls traités chirurgicalement. Le chapitre de chirurgie, fort bien rédigé par M. Pauchet, comprend néanmoins plus d'un quart du volume. C'est beaucoup. Le côté médical est l'objet de notations judicieuses. L'insuffisance musculaire est cause des ptose et celles-ci de la constipation. Pour combattre la ptose, le meilleur moyen à opposer est le séjour au lit. On y adjoindra des exercices musculaires et respiratoires au moins trois fois par jour pour éviter l'atrophie musculaire. Les auteurs considèrent les lavements et les laxatifs comme dangereux.

Sans doute, l'abus et les hautes doses de drastiques ne sont pas recommandables. Les huiles de paraffine, l'agar-agar, la bile sont excellents, mais ne suffisent pas toujours. Et s'ils échouent, l'adjonction de laxatifs plus efficaces expose quand même à moins de risques que l'ouverture délibérée du ventre.

Les Médicaments cardiaques, par M. le Dr L. Cheinisse. — Un volume de 180 pages. (Masson et Cie, Editeurs). Prix : 14 francs.

Nous ne savons si l'évolution cardiaque depuis une dizaine d'années a subi des modifications bien favorables. Les hautes doses de digitaline ont conservé leurs partisans et la quinidine qui régularise le rythme cardiaque, obtient ce léger avantage au prix d'un gros inconvénient. C'est un dépresseur du myocarde. Les autres médicaments cardiaques (*aubépine, adonis, scille, chlorure de calcium*, etc.) voient leur histoire exposée dans des pages documentées, animées d'un esprit critique qui voit clair et ne se laisse pas abuser. Sauf l'introduction où M. Cheinisse accorde trop d'importance à des modifications d'ordre simplement verbal, le livre est bien documenté et composé avec soin.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Firssinger
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

PSYSIOTHÉRAPIE

Du traitement des sphinctéralgies anales par les courants de diathermie

Par MM. R. Bensaude,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

et Paul-Meyer,
Electro-Radiologiste des Hôpitaux.

Le Pr Doumer, de Lille, a proposé en 1897, comme traitement des fissures anales, les courants de haute fréquence et de haute tension en application monopolaire intra-rectale.

La technique conseillée par Doumer est simple ; il suffit d'introduire, dans l'anus du patient, la pointe d'une électrode conique reliée à l'extrémité supérieure du solénoïde de Oudin. Le courant est maintenu pendant 8 minutes et la guérison est obtenue après un nombre de séances qui varie de 8 à 12.

En sept années, nous avons pu, dans le Laboratoire d'électrothérapie de la Salle Chomel, à l'hôpital Saint-Antoine, soumettre à l'action des courants de haute fréquence un grand nombre de malades atteints de sphinctéralgie anale de causes diverses.

Le traitement de Doumer nous a permis d'obtenir des succès constants dans la fissure anale vraie, caractérisée par la triade symptomatique : petite ulcération linéaire, superficielle, postérieure, contracture sphinctérienne, douleurs d'une violence extrême, déterminées par la défécation et survenant, par crise, assez longtemps après celle-ci.

Mais, dans les fissures relativement peu douloureuses, dans les fissures récidivantes, dans les névralgies anales s'accompagnant de spasme, liées à des ulcérations variées de la muqueuse ano-rectale qui n'étaient pas la fissure vraie, la haute fréquence nous a donné des résultats souvent inconstants. Nous avons remarqué l'action insuffisante des courants de haute fréquence dans ces formes de névralgies-névrites qui persistent parfois après la cicatrisation des lésons anales.

D'autre part, on a reproché à la méthode de Doumer d'être d'une application fréquemment délicate, parfois même assez douloureuse. En effet, s'il est aisé d'introduire, dans un anus normal, un appareil de diamètre déjà important, tel que le rectoscope, il devient particulièrement délicat de placer, dans l'anus d'un fissuré fortement spasmé, une électrode, même effilée, mais nécessairement rigide.

Sans doute, on a proposé de ne pas introduire immédiatement « à froid » l'électrode dans l'anus du malade qui se présente en crise sphinctéralgique. On a conseillé, dans ce cas, de placer la pointe de l'électrode au contact de l'orifice anal : le courant est alors lancé. L'action sédative de la haute fréquence relâche rapidement le sphincter qui peut être franchi plus aisément par l'électrode.

Certes, cette technique nous a permis de rendre supportables de nombreuses applications qui menaçaient d'être très douloureuses.

Toutefois, cette manœuvre n'est réalisable qu'à la condition de se trouver en présence d'un anus bien dégagé, facilement accessible. Or, les fissurés, qui sont le plus souvent en même temps des hémorroïdaires, présentent fréquemment des varices ano-rectales qui masquent l'orifice anal. Et, l'anus ne peut alors être pénétré par l'électrode qu'après plusieurs tentatives nécessairement douloureuses parce qu'aveugles.

Nous avons, depuis dix-huit mois, utilisé, dans la cure des algies anales, une technique un peu différente de celle établie par Doumer, qui avait conseillé l'emploi des courants de haute fréquence et de haute tension. Nous avons eu recours aux courants de diathermie, qui sont des courants de haute fréquence et de basse tension, développant au niveau de l'électrode active une sensation de chaleur plus marquée.

Les résultats que nous avons obtenus en soumettant 114 malades, atteints de sphinctéralgies anales de causes diverses, à notre nouvelle technique, nous ont semblé très encourageants.

Technique.

La technique des applications de diathermie anale variera quelque peu dans le traitement des sphinctéralgies, suivant le degré de perméabilité anale présenté par le patient.

Cas aigus :

Le malade est étendu sur le côté gauche, en position de Sims, la région anale bien éclairée. Il relève lui-même, de sa main droite, sa fesse droite afin de bien dégager le sillon interfessier. Le pôle indifférent, une plaque articulée, est disposé « à cheval » sur le flanc du patient. Le pôle actif anal demeure extra-anal, toutes les fois que nous nous trouvons en présence d'un sphincter fortement spasmé. Chez les malades qui se présentent en crise sphinctéralgique, nous renonçons à pénétrer dans l'anus et n'utilisons jamais l'électrode intra-

anale, même fine. Nous avons recours à notre « pôle anal externe » qui sera constitué par un tampon de coton hydrophile (de la dimension d'un gros œuf de poule) imbibé d'eau salée et convenablement exprimé. Ce tampon est maintenu au contact de l'orifice anal, par la pression vigoureusement exercée avec la pointe du cône métallique de DOUMER.

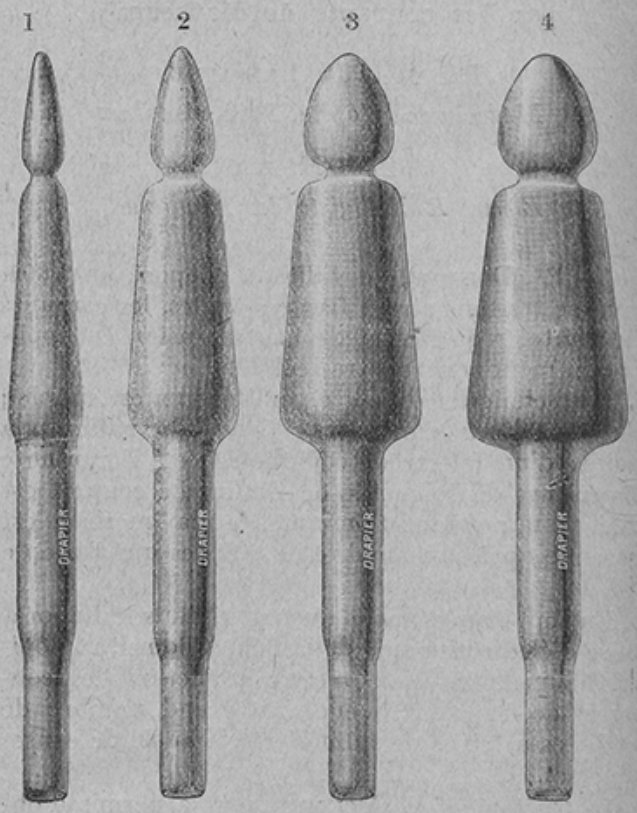
L'intensité peut aisément être portée à 700-800 milliampères et maintenue pendant dix minutes, si notre électrode spongieuse a été imbibée d'une solution de Nacl à 10 p. 100. En effet, la résistance électrique de l'électrode active est alors inférieure à celle de la peau recouverte et l'électrode n'est pas chauffée par le courant, mais par la peau, qui lui communique sa chaleur par conductibilité. Il est essentiel de bien exprimer le tampon-électrode, afin que la pression qui le maintient au contact de l'orifice anal, ne fasse pas sourdre de gouttelettes de la solution saline qui s'écouleraient sur les téguments voisins et détermineraient une sensation de brûlure.

La détente immédiate, ainsi obtenue, nous a semblé supérieure à celle que nous avions coutume d'observer après les applications pratiquées avec l'électrode intra-anale, chez les malades en crise suraiguë. Notre pôle anal externe nous permet d'utiliser pleinement les propriétés sédatives de la haute fréquence, car il est ainsi aisé d'éviter le traumatisme qu'engendre nécessairement l'introduction, puis la présence prolongée d'une électrode rigide dans un anus fortement spasmé. Tant que la contracture sphinctérienne est intense, nous avons recours à l'électrode externe ; après deux, trois applications, nous pouvons, sans déterminer aucune douleur, utiliser une électrode intra-anale qui nous permet de réaliser une intensité plus élevée.

Cas subaigus :

Dans le traitement des sphinctéralgies subaiguës, nous avons renoncé à l'emploi du cône de DOUMER. Nous avons fait établir une série d'électrodes métalliques, de calibre progressif, coniques dans leur ensemble, mais qui présentent, à trois centimètres de leur pointe, un étranglement circulaire sur lequel vient se mouler la virole anale. Cet étranglement offre un double avantage : 1° d'augmenter la surface de contact de l'électrode avec la muqueuse et de permettre d'obtenir ainsi une intensité plus élevée, 2° de n'exiger au cours de l'application qu'une dilatation modérée du sphincter, d'où tolérance plus aisée.

Les traitements sont répétés tous les jours. La fissure anale vraie est guérie en un nombre d'applications qui excède rarement six ou sept. Toutefois, dans la cure des fissures récidivantes, toujours plus tenaces, il est parfois nécessaire, quand la douleur n'a pas entièrement cédé à la dixième application, d'interrompre le traitement pendant



ÉLECTRODES BENSAUDE-MEYER

quatre, cinq jours ; trois ou quatre nouvelles applications assurent, le plus souvent, le succès. Dans trois cas, cependant, nous avons été obligés de pratiquer une vingtaine d'applications pour obtenir la guérison.

Cas chroniques :

Dans les sphinctéralgies chroniques, nous avons remarqué que, seuls les courants de haute intensité, longtemps maintenus, agissent heureusement. Il est alors nécessaire d'atteindre 2.000, 2.500 milliampères, pendant une séance qui se prolongera une demi-heure. Ces applications ne sont réalisables qu'à l'aide d'électrodes actives de gros diamètre, car le spasme est alors peu marqué. Nous utilisons des bougies de Hégar du n° 18 au n° 26, suivant la perméabilité anale du patient.

Ces intensités, qui pourront paraître considérables, sont bien supportées par le malade, car la riche vascularisation de la région ano-rectale, en dépit de la faible surface de contact que peut offrir

une électrode intra-anale, même volumineuse, assure une réfrigération constante.

Dans les cas chroniques, il y a intérêt, parce que la tolérance du malade est plus grande qu'en position latérale, à utiliser une technique inspirée par celle couramment employée dans le traitement des affections gynécologiques.

Le patient est étendu sur le dos, un pôle de la source est relié à l'électrode active, le second pôle est connecté, à l'aide d'un fil bifurqué, à deux larges plaques, l'une abdominale, l'autre dorso-lombaire.

Nous procédons par séries de quinze applications, qui seront répétées une fois, deux fois si nécessaire, avec intervalle de repos d'au moins quinze jours entre chaque série.

Résultats.

Les cent-quatorze observations de malades atteints de sphinctéralgie anale de formes variées, que nous avons traités, comprennent :

1° *Cinquante-et-une fissures anales vraies.* — Sur ces cinquante-et-un cas, nous avons eu quarante-neuf succès et deux échecs relatifs, dus à l'impatience des malades. Par contre, trois de nos malades guéris avaient commencé un traitement par la méthode de Doumer et ils avaient dû y renoncer rapidement, à cause de la douleur.

2° *Dix-sept fissures anales récidivantes*, avec quatorze succès et trois échecs. Huit de nos malades avaient été préalablement soumis à un traitement de Doumer, sans résultat et parmi eux, il faut compter ceux qui font partie de nos trois échecs.

3° *Trente-deux cas d'hémorroïdes en crise aiguë.* — Nous croyons pouvoir comprendre, dans le cadre des sphinctéralgies, les crises hémorroïdaires aiguës, car, dans ces cas, le spasme anal joue un rôle important dans la production des douleurs.

La diathermothérapie apporte, dans la cure des crises hémorroïdaires aiguës, un résultat d'autant plus marqué que les courants de haute fréquence, en dehors de leur action quasi-spécifique sur le spasme anal, influencent très heureusement l'inflammation hémorroïdaire elle-même. Les varices ano-rectales turgides au début du traitement se ridentrapidement, puis se flétrissent. Sur nos trente-deux hémorroïdaires traités, cinq présentaient des hémorroïdes procidentes volumineuses, irréductibles. Ces malades étaient condamnés à l'immobilité et aux applications de glace depuis plusieurs jours. Tous furent notablement soulagés dès la première application pratiquée avec notre pôle anal externe. Après deux ou trois séances, la réduction du paquet procident devint aisée et les malades ne souffrirent plus. Dix applications furent pratiquées, à raison d'une par jour, pour calmer entièrement l'élément fluxonnaire. Puis des injections sclérosantes parachevèrent la cure.

4° *Huit sphinctéralgies aiguës ou subaiguës, liées à des ulcérations variées de la muqueuse ano-rectale.* — Les huit malades guérirent, après un traitement plus ou moins prolongé, suivant l'étendue de la lésion.

5° *Six sphinctéralgies anales chroniques.* — Sur ces six malades, deux avaient présenté des fissures anales, deux autres avaient subi des interventions sur la muqueuse anale ; les deux derniers, enfin, ne représentaient aucune lésion organique décelable à la rectoscopie, mais ces deux algiques n'avaient pas été soumis à un examen endoscopique pendant les premiers mois de leur affection douloureuse. La diathermothérapie apporta un résultat très heureux dans deux cas, moyen dans deux autres ; elle se montra sans action très nette sur les derniers malades, qui n'accusèrent qu'une rémission partielle et peu durable de la douleur.

Ces résultats ne sont pas brillants, certes, mais appréciables néanmoins, car ces névralgies anales anciennes, qui sont plus exactement des névrites, demeurent, en général, rebelles à tous les traitements médicaux ; voire même parfois à la dilatation. Deux des six malades que nous avons traités avaient été dilatés sans succès.

Nous rapporterons l'observation résumée d'un de nos sphinctéralgiques chroniques, amélioré, qui nous a paru particulièrement intéressante, car ce malade avait noté avec soin les différents traitements qu'il avait subis, dans cinq services hospitaliers différents, au cours de six années, sans en retirer de bénéfice, d'ailleurs. Les courants de diathermie ont soulagé ce malade.

M. L., 53 ans, employé de commerce, vient consulter dans le service le 14 avril 1925, parce qu'il souffre de douleurs anales presque constantes. L'examen rectoscopique, pratiqué alors, ne permet de déceler aucune lésion de la muqueuse ano-rectale.

M. L. avait commencé, au printemps 1919, à présenter des phénomènes douloureux de la région anale : eczéma, prurit anal intense ; rapidement l'application d'une pommade fait disparaître cette dermatose.

En 1920, fissure anale ; dix applications de haute fréquence calment notre malade pendant un mois.

Les douleurs réapparaissent très vives et vingt applications de haute fréquence, à nouveau pratiquées, n'apportent aucun soulagement. Le physiothérapeute trai-

tant incrimine la prostate et M. L. est dirigé sur Cochin. L'examen pratiqué à Cochin permet de conclure : prostate normale, pas de fissure, pas d'hémorroïdes. On pratique cependant une dilatation (18 mai 1921), qui loin de calmer le malade aggrave plutôt les phénomènes douloureux.

En 1922, M. L. vient consulter à Saint-Antoine. Diagnostic : fissure anale ; vingt applications de haute fréquence n'apportent aucune amélioration.

M. L. est traité à Saint-Louis par les Rayons X : trois applications radiculaires et une locale ; aucun soulagement.

En 1923, ionisation d'aconitine à la Salpétrière : rien.

Dirigé sur la Pitié, M. L. est soumis à des applications de diathermie *de faible intensité* (600-700 milliampères) : pas de résultat.

M. L. subit, en ville, des cautérisations de nitrate d'argent, deux électro-coagulations, deux injections épidurales : pas de modification.

En 1924, M. L. revient à Saint-Antoine où on pratique deux fulgurations sur un bourgeon charnu douloureux à la pression : état stationnaire.

C'est alors qu'en avril 1925, nous traitons M. L. au Laboratoire d'électrologie de la Salle Chomel, par des applications de diathermie intra-rectale, suivant notre technique. Nous soumettons M. L. à une première série de quinze applications. Très légère détente. M. L. est mis au repos pour un mois. Puis, nous pratiquons une nouvelle série de quinze applications et, un mois après la fin de cette deuxième série, M. L. qui est à la campagne nous écrit que notre traitement a déterminé une amélioration notable qu'il estime de manière assez plaisante et quelque peu commerciale (il est lui-même comptable) à 50 p. 100.

Laquerrière a rapporté récemment les premiers résultats qu'il avait obtenus de la technique que nous avons conseillée.

D'une part (1) il relate l'observation d'un malade atteint de fissure anale récidivante qui a résisté également aux applications de courants de haute tension et de diathermie ; mais sept applications de courants de basse tension purent seulement être pratiquées.

D'autre part, (2) Laquerrière enregistre les effets heureux de la diathermie dans trois cas de sphinctéralgie anale, sans fissure, *et deux de ces trois malades avaient déjà été dilatés sans succès.*

Les 114 observations que nous avons réunies paraissent établir l'action efficace des courants de haute fréquence et de basse tension dans le traitement de toutes les sphinctéralgies anales.

Dans les sphinctéralgies aiguës, nous avons obtenu des guérisons constantes et rapides, et notre technique nous a permis de pratiquer des applications toujours indolores.

Dans les formes subaiguës, nous avons eu 19 succès, sur 23 cas traités ; or, cinq de nos malades guéris n'avaient été qu'incomplètement influencés par la méthode de Doumer.

Enfin, nous avons pu agir heureusement sur plusieurs cas de névralgies anales chroniques, en général si rebelles à tous les traitements médicaux, parfois même à la dilatation.

Il semble donc que les courants de diathermie permettent, dans plusieurs formes de sphinctéralgie anale, d'étendre le champ d'action du traitement électrique classique.

(1) Société d'Electrothérapie du 25 mai 1926.
(2) Société d'Electrothérapie du 27 avril 1926.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr Hartmann.

Comment reconnaître la nature d'une poussée d'orchite.

Un malade âgé de 25 ans, niant tout passé blennorragique, entre à l'hôpital parce qu'il a remarqué la présence d'une grosseur à la partie inférieure de la bourse droite. Il raconte avoir fait quelque temps auparavant un effort, et à la suite avoir ressenti une douleur assez vive au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, puis la bourse droite a augmenté de volume et a pris une coloration rouge foncé. Néanmoins, il continua de travailler et consulta un médecin qui lui conseilla de porter un suspensoir et de rester couché pendant deux ou trois jours.

Ce début un peu brusque rappelle les poussées inflammatoires qu'on voit dans les orchi-épididymites ordinaires.

Actuellement, on trouve au niveau de la queue de l'épididyme une petite bosselure un peu sensible à la pression, allongée suivant l'axe de l'épididyme, comme un haricot. Si on élimine la chaudepisse, ce noyau pourrait faire penser à de la tuberculose. La question reste parfois un peu douteuse. En pareille circonstance, l'exploration qu'on doit faire est celle de la prostate et des vésicules séminales, parce que, si l'on trouve nettement dans l'une ou les autres un noyau dur, bien arrondi, le diagnostic de tuberculose devient ferme. On doit donc pratiquer le toucher rectal, et le palper bimanuel, de façon à bien sentir la prostate.

Chez ce malade, la prostate est un peu ferme, un peu dure, mais on n'y sent nulle part de noyau nettement localisé ; on ne trouve rien de parti-

culier du côté des vésicules séminales. Cet examen est donc négatif au point de vue de la tuberculose prostate-vésiculaire.

D'autre part, il faut se rappeler la façon dont la maladie a débuté. Le malade, qui est cimentier, raconte qu'il a ressenti un matin, en soulevant une planche, une douleur dans la bourse. Il y a eu un début brusque. La bourse s'est tuméfiée l'après-midi même. On pourrait donc parler d'orchite traumatique.

Evidemment, on a décrit des orchites par effort, et ce malade semblerait rentrer dans cette catégorie ; mais on doit être sceptique en semblable matière. Les malades ont toujours tendance à attribuer à une cause occasionnelle les accidents qu'ils présentent. On a édifié des théories multiples pour expliquer l'orchite par effort. On a dit que le testicule, étant amené fortement vers le canal inguinal, se contusionnait. Avant d'admettre une orchite par effort, il faut s'assurer que le malade n'a jamais eu la blennorragie. Le malade nie, mais le médecin doit toujours être comme Saint-Thomas, il doit se méfier et penser : on ne me dit pas exactement la vérité. Alors il examinera le canal de l'urètre. S'il voit une goutte paraître, c'est parfait ; s'il ne voit pas de goutte apparaître par pression, il ne doit pas en conclure à l'absence d'urétrite. Le malade peut avoir une urétrite postérieure; c'est même celle qui est la cause des poussées d'orchite-épididymite ; l'urètre postérieur peut rester pris alors que l'urètre antérieur est guéri : le fait de ne pas constater d'écoulement ne permet pas de dire qu'il n'y a pas d'urétrite.

Pour dépister l'urétrite postérieure, on dispose de différents procédés. On peut prendre un explorateur à boule et ramener du liquide laiteux sur le talon de la boule. Mais c'est un peu désagréable. Au contraire, un moyen ultra-simple, c'est de faire uriner le malade dans trois verres successifs ; s'il n'a pas uriné depuis plusieurs heures, on peut observer des différences entre l'urine des trois verres. On peut voir, par exemple, l'urine du premier verre quelquefois trouble, ou au moins contenant une série de filaments, alors que les urines des deuxième et troisième verres sont claires. Ce simple examen permet d'affirmer l'existence d'une urétrite postérieure. Ce qui donne le trouble, c'est le mélange de la sécrétion qui se trouvait dans l'urètre postérieur avec le jet d'urine qui la balaye.

Chez ce malade, l'urine est trouble et contient une série de filaments. Il s'agit bien d'une poussée d'orchite liée à l'existence d'une urétrite postérieure. Le traitement consiste à porter un suspensoir.

PSYCHIATRIE

Etats seconds et délire.

Par R. Benon,
Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes.

Sommaire. — *Epilepsie, hystérie et états seconds. Hystérie et dysthymie : idées obsédantes préparatoires de l'état second. Somnambulisme. Délire. Manie. Périodicité. Démence précoce. Simulation. Une observation : quatre accès d'état second.*

Les états seconds paraissent avoir pour seules causes, l'épilepsie ou l'hystérie, c'est-à-dire des causes tantôt toxiques ou toxi-infectieuses (?), tantôt émotionnelles ou mieux dysthymiques. Les états seconds dus à l'alcoolisme, à des tumeurs cérébrales, à des traumatismes craniens, etc., sont à peu près sûrement des équivalents comitiaux. Le somnambulisme, les états seconds dus aux douleurs physiques ou morales paroxystiques ne se produisent guère que chez des sujets très sensibles, très disposés à l'énervement, très irritables.

L'état second hystérique ou dysthymique, dans les cas les plus typiques, affecte des individus en proie, pendant un temps assez long, pendant plusieurs semaines ou mois, à des contrariétés, à des ennuis, à des colères contenues : un ensemble d'idées obsédantes douloureuses, liées au mal fait par autrui, constituent et fixent la phase préparatoire avant l'accès, c'est-à-dire avant l'apparition brusque du syndrome « état second ». Ces phénomènes idéatifs obsédants primitifs sont nettement conscients ou subconscients, ou, si l'on préfère, plus ou moins inconscients.

***

L'origine dysthymique des états seconds, constatés chez le malade dont nous allons rapporter l'observation, n'est pas certaine, mais extrêmement probable. L'*alcoolisme* n'est nullement en cause, les enquêtes pratiquées sur ce point sont toutes restées négatives ; d'ailleurs, chez un sujet aussi jeune, qui aurait présenté de l'alcoolisme aigu ou chronique, l'anamnèse et les signes physiques eussent été évidents. Le diagnostic d'*épilepsie* a été écarté : d'une part, le patient n'a jamais été affecté de crises comitiales, soit pendant ou avant la guerre, soit, au reste, depuis sa réforme en 1916, et les dernières nouvelles que

nous avons de lui datent de novembre 1922 ; d'autre part, la forme des états seconds avec idées confuses de persécution, observés chez lui, nous paraît assez propre aux états seconds hyper- ou dysthymiques ; l'état second épileptique, — qu'il ne faut pas confondre avec l'accès asthénomaniaque post-critique comitial et non amnésique, — n'est jamais aussi bruyant que l'état second hystérique, et il ne s'accompagne point de thème délirant ou, plus simplement, de réactions coléreuses précises et spontanées. Chez notre sujet, l'amnésie est totale, et l'amnésie est bien une des marques les plus caractéristiques des états réellement comitiaux ; mais on sait aussi que la crise nerveuse émotionnelle ou hystérique peut être suivie d'amnésie complète. Le *somnambulisme* n'est pas davantage à retenir chez notre malade, puisque l'état second éclate à l'état de veille, et non pas durant le sommeil : il faut reconnaître toutefois que les manifestations psychiques constatées chez lui sont assez voisines de celles que l'on observe dans le somnambulisme, et, en outre, signaler que le somnambulisme a été noté dans les antécédents de notre sous-officier. Nous rattachons donc à l'*hystérie* les accès psychopathiques spéciaux relevés et analysés dans le cas qui suit. Que veut dire, pour nous, ici, le mot hystérie ? Il s'agit d'hyperémotivité, d'hyperthymie, — et surtout d'hyperthymie coléreuse, — sans accompagnement indispensable de tendance au mensonge ou mythomanie. De nombreux hystériques sont « pervers », mais non pas tous ; quant à leur imagination ou faculté imaginative elle est souvent assez médiocre. Idées obsédantes de mal fait par autrui, disposition marquée à l'énervement contenu, voilà les conditions nécessaires pour l'apparition des accidents dits hystériques. L'état de guerre explique parfaitement pour nous la genèse des accidents psychopathiques de notre sujet ; chez lui l'état second, à début brusque et violent, comme, chez d'autres, la crise hystérique simple, semble être une sorte de « décharge émotionnelle », au reste salutaire au patient, puisque chacun admet que tous ces troubles sont en général sans gravité aucune. Une observation (1) que nous avons publiée an 1911 et qui concerne une hystérique et non pas une épileptique (nous avons revu la malade en février 1911), est certainement à rapprocher de notre cas actuel ; mais chez cette patiente, il y avait chute dès qu'elle criait : « A l'assassin... Les lâches... », et les vagues idées délivrantes qu'elle commençait d'exprimer, cessaient par la précipitation à terre et les convulsiosn.

***

Peut-on appeler du délire les idées confuses que le sujet profère au cours de ses accès d'état second ? Sans doute il y a là ébauche d'un thème de persécution motivé et assez net, mais en fait, il s'agit bien plus d'un éclat de colère chez un sujet obsédé, que d'une tendance à un système vésanique. A noter qu'il serait curieux de connaître la constitution organique humorale de ces individus avant, pendant et après la crise.

De tels syndromes, ou l'agitation qui les accompagne, ne doivent pas être confondus avec la manie ou excitation maniaque. Il arrive très fréquemment que la manie se complique d'énervement et de colères : on devait donc, chez notre patient, penser à ce diagnostic, d'autant que le début de l'hypersthénie ou manie, chez les périodiques, est brusque. Mais, dans ces deux syndromes, l'état psychique, l'état musculaire sont très différents, et enfin la joie, la gaieté, qui accompagnent lamanie, ne sauraient tarder à se manifester et à frapper l'attention d'un observateur sérieux et informé.

Les quatre accès d'état second constatés chez notre malade ont affecté un type intermittent : ils étaient séparés par des intervalles de deux à cinq mois. Nous ne pensons pas qu'ils se produisaient sans cause ; le fait de la guerre et tous les ennuis qui en résultaient pour le patient et pour sa famille, déclenchaient à notre avis ces accès ; leur périodicité donc était une simple apparence.

Ces accès, enfin, n'ont pas été suivis de démence. Le sergent A..., âgé de 22 ans en 1915, a parfaitement guéri de ses troubles : nous croyons, pourtant, que l'hébéphrénie peut débuter sous la forme d'états seconds d'origine émotionnelle ou dysthymique.

Quelque lecteur fera remarquer que les accès d'état second, observés chez notre patient semblent être d'ordre utilitaire, puisque, dès que ce sous-officier fut réformé, les accidents psychopathiques disparurent. Nous voulons bien reconnaître que cela a été une erreur en temps de guerre de réformer ce sergent définitivement, mais les accès qu'il a présentés n'étaient pas simulés, et il n'en exagérait point les manifestations. On a l'habitude de traiter avec dédain les crises nerveuses émotionnelles, les crises d'hystérie, les accès hyperthymiques sans délire ; cette pratique est bonne parfois ; un grand nombre de convulsionnaires, grâce à la fermeté de l'entourage, retrouvent rapidement la maîtrise de leur per-

(1) Benon (R.), Crises épileptiques atypiques. *Gaz. des hôp.*, 1911, 16 mars, p. 464, n° 31, p. 464.

sonne. Toutefois on ne saurait oublier aussi que 60 ou 80 % des maladies mentales et nerveuses chroniques sont d'origine émotionnelle et éclatent chez des individus qui ne sont pas nécessairement de grands prédisposés. Voici notre observation.

Le sergent Ambertl..., Jules, du n[e] de ligne, 22 ans (cultivateur et marchand de bois), a fait l'objet d'examens spéciaux, de notre part, au C. D. P., à deux reprises, en septembre 1915 et en janvier 1916.

Antécédents. — Son père, marchand de bois dans le Pas-de-Calais (partie non envahie), est âgé de 54 ans et bien portant. Sa mère est morte à 42 ans d'infection puerpérale : elle a mis neuf enfants au monde, tous bien constitués. Il n'y aurait pas eu de maladie mentale ou nerveuse dans la famille. — Le patient n'a été atteint d'aucune affection grave dans son enfance, pas plus que dans sa première jeunesse. D'un caractère vif et impressionnable, il recherchait volontiers l'isolement. Il a eu plusieurs accès de somnambulisme de 8 à 12 ans. Il a obtenu son certificat d'études primaires. — Ni alcoolisme, ni syphilis.

Originaire des régions du Nord, engagé volontaire pour trois ans, le 18 octobre 1913, il a pris part aux premiers combats de la guerre. Blessé en Belgique le 22 août 1914 (blessures du bras et de la cuisse droits par éclats d'obus), il est reparti pour le front le 24 octobre (1914). Nommé caporal le 5 novembre, puis sergent, le 3 décembre, il a été évacué pour embarras gastrique fébrile le 17 décembre, de Florent (Marne).

Etats seconds. — De mars 1915 à janvier 1916, le sergent A... a présenté quatre accès psychonévropathiques qui constituent à l'analyse des états seconds de forme délirante, ou avec complications délirantes.

Premier accès. — Le malade, après un embarras gastrique fébrile, traité à l'hôpital de Sainte-Menehould, se trouve dans un état physique médiocre et est évacué sur l'arrière à Rodez, puis à Le Gua (Aveyron). Il séjourne à l'hôpital de Le Gua du 29 janvier au 20 avril 1915 et rejoint son dépôt. C'est à cet hôpital, le 20 mars, qu'il a été atteint de son premier accès d'état second.

Il était sorti en promenade, accompagné de deux camarades. On s'était attardé à causer dans une ferme avec la jeunesse. Tous rentraient vers huit ou neuf heures, quand, tout à coup, le sergent A... manifeste une sorte de crise coléreuse ; il parlait des Boches et voulait tuer ses camarades : ceux-ci, pris de peur, regagnent vivement leur hôpital. Livré à lui-même, le patient erre dans la nuit. Il ne revient à l'ambulance qu'à une heure du matin, tout couvert de boue et de charbon. (Le Gua est un pays de mines). Il n'a jamais su ce qu'il avait fait pendant ces trois ou quatre heures d'absence. Il n'était pas en état d'ivresse. Le lendemain, il se sentait épuisé, abattu. L'amnésie était totale : il n'a connu les événements que d'après le récit des témoins.

Deuxième accès. — Rentré à son dépôt, aux Couëts, près de Nantes, le sergent A... est envoyé aux Sables-d'Olonne pour y faire un stage comme mitrailleur.

Le 14 juillet (1915), il présente, à nouveau, des phénomènes d'état second. Ce jour-là, il avait obtenu une permission de vingt-quatre heures ; il devait aller à Nantes et se rendre aux Couëts pour y voir des camarades du Nord, des sergents et un lieutenant qu'il connaissait : il avait manqué son train. Après avoir déjeuné seul, il rejoint des camarades, et, là, avec eux, vers quinze heures, il entre brusquement dans une crise d'agitation coléreuse. Il criait, il voulait tuer des Boches. Il se met à courir vers le bassin du port, puis à la gare. A un moment il saute par-dessus une palissade. Arrêté finalement et maîtrisé par des agents, il est conduit au corps et enfermé dans les locaux disciplinaires où il a tout brisé le matériel de couchage. Camisolé le lendemain matin, il a été hospitalisé, et il est revenu à lui petit à petit dans l'après-midi. Il était très fatigué. Il a dormi durant deux jours. Le médecin a porté le diagnostic de folie rageuse. L'amnésie était totale. Le sujet n'était pas ivre lors du début de l'accès.

Troisième accès. — Le 2 septembre 1915, — le sergent A... était rentré aux Couëts, à son unité, — il présente un troisième accès psychopathique. Il avait dîné vers dix-sept heures, puis fait une courte promenade à bicyclette ; un orage ayant éclaté, il était revenu tout mouillé. Il se repose un moment dans sa chambre et sort prendre un café avec un sergent de ses amis. (Il n'était pas en état d'ivresse.) Que s'est-il passé après ? Il ne sait plus. (Peut-être existe-t-il un léger degré d'amnésie rétrograde). En tout cas, à vingt et une heures et demie, il pénètre dans la chambre qu'il partageait avec un autre sous-officier, en poussant des cris et des hurlements. Il s'empare d'un fusil et se met à faire des moulinets. On le désarme. Il saisit un bâton et recommence ses exercices défensifs. Puis il prend la fuite, en hurlant, et gagne la rue. Il poussait des cris rauques, épouvantables. Il était en chemise, tête nue, mais il avait un pantalon et ses chaussures. A un moment il cherche à enjamber une grille, sans réussir. Par intervalles, on saisissait quelques paroles : « Les Boches... Les Boches... Ouh ! Ouh !... » Puis : « Où est l'adjudant Sohet ? » Et il appelait : « Sohet !... Sohet !... Sohet !... » Il brusquait, frappait, cherchait à mordre ceux qui l'approchaient. Amené à l'hôpital Baur le 3, à une heure du matin, il y fut camisolé pour être dirigé sur le pavillon d'isolement de l'hôpital militaire Broussais. Décamisolé vers sept heures le lendemain matin, il était calme, abattu et sans aucun souvenir de son accès. L'asthénie post-critique a duré environ trois jours. Le 14 septembre, il fut envoyé en convalescence de trois mois.

Quatrième accès. — Le malade n'a pas eu d'accès pendant son congé. Rentré le 14 décembre 1915 au dépôt, il demande aussitôt à repartir pour le front. Désigné dans les derniers jours de décembre pour les armées, il obtient, le 4, une permission de six jours et se rend près de sa famille dans le Pas-de-Calais. Au retour, le 10, au soir, vers sept heures, à Paris, à la gare d'Austerlitz, il est en proie à un nouvel accès psychopathique : celui-ci

n'a guère duré que deux heures. On lui a dit qu'il criait, qu'il voyait des Boches, qu'il était furieux et frappait à tort et à travers. Après l'accès, il fut courbaturé et abattu.

Evolution. — Le sergent A... a été réformé temporairement, n° 2, le 21 janvier 1916. Maintenu réformé dans la suite, il n'a plus fait de service durant la guerre, bien que, chez lui, il n'ait été atteint d'aucun autre accès psychopathique. Le 8 novembre 1922, le maire de sa commune nous écrit qu'il travaille régulièrement à la culture, qu'il continue aussi le commerce de bois de son père, qu'il s'est marié en 1920, qu'il ne commet aucun excès de boissons, enfin qu'il est considéré pratiquement comme guéri.

***

Nous rattachons donc à l'hystérie (hyperémotivité) les états seconds observés chez notre malade. Ces états seconds d'origine émotionnelle reconnaissent pour cause unique les ennuis, les contrariétés, au même titre que la crise nerveuse dite hystérique, à laquelle ils s'apparentent naturellement. Tous ces faits sont à grouper dans le très important chapitre de psychopathologie et de psychiatrie que l'on pourrait appeler l'*hyperthymie coléreuse*. Dupré a voulu faire de l'hystérie la mythomanie (troubles ou exaltation de l'imagination), et il a fait de l'hyperémotivité la « constitution émotive ». Sans doute le mensonge est une chose, l'hyperémotivité une autre ; mais le mensonge n'est pas l'hystérie. Mensonge et hyperémotivité peuvent aussi s'associer, mais l'hyperémotivité à base d'énervement est l'essentiel de la crise d'hystérie classique et irréductible.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Aspects atypiques de fièvre de Malte dans une épidémie familiale.

Les formes de la fièvre de Malte sont souvent atypiques. Froment, Gaté, Paupert-Ravault et Sedalliau (*Lyon-Médical*, 20 déc. 1925) viennent d'en observer une curieuse épidémie familiale dans la région de Nyons (Drôme).

Il s'agit de trois cas, à symptômes atypiques et justifiant la dénomination de formes pseudo-néoplasique, mentale et asthénique. Les sueurs profuses ont manqué dans les trois cas. La splénomégalie et le caractère ondulant de la fièvre n'ont été constatés que dans l'un d'entre eux ; il existait, dans les deux formes les plus accentuées, une anémie intense avec leucocytes mononucléaires en proportion anormale, myélocytes et cellules indifférenciées, ainsi qu'une azotémie notable sans signes de néphrite.

L'existence d'une épizootie dans la bergerie familiale, avec avortement de toutes les brebis, révélée par l'enquête, épidémiologique, suggéra le diagnostic que confirmèrent sérodiagnostic et hémoculture. L'agglutination au micrococcus mélitensis, au-dessus de 1 p. 500, même avec sérum chauffé (elle se faisait dans les cas considérés à 1 p. 1000 et 1 p. 5000), garde quoi qu'on en ait dit, une réelle valeur tout au moins pour nos régions. En effet, le sérodiagnostic était négatif chez 50 sujets qui, atteints de maladies différentes ont été pris comme témoins.

Les examens anatomo-pathologiques, macroscopiques et microscopiques, qui ont été pratiqués dans l'un des trois cas dont l'évolution fut fatale (en dépit du vaccin), ne décelèrent pas de lésions bien caractéristiques.

FORMULES

Prurits.

a) Génital. — Lotions avec la solution :

Borate de soude	5 gr.
Essence de Menthe	V gttes
Eau distillée	500 gr.

b) Anal :

Chlorétone	0 gr. 50
Glycérine Alcool à 90°	10 gr.
Solut. phéniquée à 1/100 q. s. p.	1 cc.

ou onctions avec la pommade :

Chlorétone Ext. ciguë	3 gr. 50
Vaseline thymolée q. s. p.	60 gr.

(Léonard Williams.)

***

L'alopécie chez la femme.

Sublimé	1 gr.
Glycérine	10 cc.
Alcool à 90°	90 —
Ess. de roses	II gttes
Eau q. s. p.	180 cc.

Pour frictionner matin et soir la racine des cheveux.

ou bien :

Sublimé	0 gr. 60
Solut d'acide phénique à 1/100	VIII gttes
Huile de ricin	3 gr. 50
Essence de lavande	III gttes
Alcool à 90° q. s. p.	30 cc.

Le traitement peut au début exagérer la chute des cheveux parce que le massage arrache les cheveux morts.

(Léonard Williams.)

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Le pneumothorax spontané tuberculeux.

Un tuberculeux pulmonaire présente une dyspnée subite, de la douleur, de la fièvre. Cela dure trois semaines, puis la température tombe et les douleurs s'atténuent. La dyspnée disparaît plus lentement. Comme signes physiques : abolition des vibrations thoraciques, tympanisme, silence respiratoire, souffle amphorique ; bruit d'airain, tintement métallique, succussion hippocratique ; cette dernière indiquant la présence simultanée de gaz et de liquide dans la plèvre.

MM. Cassaet et Colbert conseillent (*Le pneumothorax spontané tuberculeux*, Maloine, édit.) le traitement suivant :

Sachet de *glace* sur la région précordiale. Piqûres d'*huile camphrée*.

Contre la douleur et la toux, la potion :

Sulfate de spartéine	0 gr. 10
Dionine	0 gr. 03
Sirop d'éther	30 gr.
Sirop de gomme	60 gr.

Par cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures.

De faibles doses de *morphine* par piqûres de 0 gr. 003 toutes les trois heures, comme le pratique M. Ch. Fiessinger dans les maladies de cœur à dyspnée douloureuse et angoissante.

La morphine réussit surtout dans les *pneumothorax* à soupape où chaque quinte de toux augmente l'oppression du malade.

En cas de cyanose : une *saignée de* 150 *grammes*, des *inhalations d'oxygène* produisent un bon effet.

La *thoracentèse* s'impose quand la dyspnée augmente et que le malade asphyxie. Il est parfois nécessaire d'évacuer plusieurs centaines de centimètres cubes d'air avant d'obtenir un soulagement. L'aspiration n'est pas à conseiller ; elle peut amener dans la plèvre les produits septiques du poumon, détacher une fausse membrane prête à oblitérer la fistule. Dans le cas où l'on se servirait d'un appareil à aspiration, on se trouvera bien d'injecter la plèvre de l'*huile goménolée à 2 ou 5 %* (Bernou, de Châteaubriand). Le soulagement est rapide, mais il faut une quantité importante d'huile injectée ; elle doit atteindre un niveau capable d'oblitérer la fistule pleuro-pulmonaire.

En général, il faut répéter la ponction plusieurs fois. Si les interventions sont trop fréquentes, on pourra laisser l'aiguille à demeure enveloppée d'une couche peu épaisse de coton qui évitera l'infection.

Pendant l'évolution du pneumothorax, traitement hygiéno-diététique : air pur, bonne alimentation.

Si la fistule est ouverte, le praticien reste désarmé. Les lavages de la plèvre avec de l'eau bouillie ou des solutions iodo-iodurées, voire du collargol ou de l'électrargol ne donnent pas grand'chose.

Les vomiques se produisant lors d'une communication pleuro-pulmonaire, peuvent devenir une indication à l'intervention chirurgicale.

THÉRAPEUTIQUE QUOTIDIENNE

Les purgatifs.

Des trois grandes médications utilisées dans l'antiquité, la saignée, la diète et les purgatifs, ces derniers se rapprochent de la saignée par l'abus qui en a été fait. Une diététique bien comprise permet souvent de s'en passer. Dans les insuffisances cardiaques, il était de règle pour préparer l'action digitalique, de purger préalablement le malade. Cette précaution est devenue inutile. Le repos au lit et le régime de réduction suffisent. Point n'est besoin du concours d'un drastique, lequel offre du reste l'inconvénient d'augmenter la fatigue d'un myocarde déjà épuisé.

Par ailleurs, que de maladies où la pratique d'une purgation est dangereuse ou pour le moins malfaisante !

Dans l'*appendicite*, elle provoque des désastres, dans l'*occlusion intestinale*, elle augmente le spasme, dans les *maladies infectieuses*, elle affaiblit. Chez *les enfants* elle irrite.

1° *Maladies ou la purgation est utile.* — Il n'est guère que deux maladies où les purgatifs sont encore employés : les crises urémiques et l'intoxication saturnine. Dans tous les autres cas, de simples laxatifs et parmi ces derniers, ce sont les plus doux qui auront la préférence.

a) *Urémies.* — La saignée et le régime hydrique ne suffisent pas toujours. La céphalée persiste ;

une purgation avec 15 à 20 gr. d'*eau-de-vie allemande*, si le malade n'est pas trop faible et que le cœur ne soit pas défaillant, produira l'effet voulu.

b) *Intoxication saturnine.* — Mieux vaut renoncer aux drastiques dans la colique saturnine : une appendicite grave a pu suivre cette médication, d'ailleurs le diagnostic avec l'appendicite est souvent délicat. Une infusion de 10 gr. de *follicules de sené* avec 30 gr. de sirop de nerprun sera ordonnée si l'appendicite est hors de cause.

Au lieu d'une action brutale et violente, les purgatifs à faible dose exercent un effet laxatif. C'est celui qui est communément recherché.

2° *Maladies où l'action laxative est utile.* — Ici c'est tout le champ des constipations qui s'ouvre à la vigilance du médecin. Une première règle guidera ses décisions : user des médications les moins irritantes.

Les *lubrifiants* (huile d'olive, huile de paraffine, graines de psyllium, agar-agar sont les meilleurs : 30 gr. d'*huile d'olive* à jeun, ou une cuillerée à soupe d'*huile de paraffine* incorporée ou non à du Malt (spécialité pharmaceutique), une cuillerée à soupe de *graines de psyllium* aux repas ou de *graine de lin*, ou d'*agar-agar* (10 à 15 gr. ; une cuillerée à café pèse 2 gr.).

Ces médicaments sont excellents. Maintes fois, on les prescrit concurremment avec la *belladone* (0 gr. 01 d'extrait en pilules) prise avant le repas de midi et du soir, la belladone étant le meilleur remède pour rompre le spasme intestinal.

Ce dernier médicament est souverain dans les entérites *muco-membraneuses*. Il peut être associé à un autre médicament qui calme l'irritation gastrique tout en combattant le spasme intestinal : le *sous-nitrate de bismuth* aux doses de 8 à 10 gr. Soit sous-nitrate de bismuth à jeun et belladone avant les repas. Le *kaolin* agit moins bien ; il est plus constipant. Il faut y ajouter comme du reste au sous-nitrate de bismuth une dose de magnésie calcinée variant entre 1 et 1 gr. 50. Le bismuth étant onéreux, on peut prescrire les paquets :

Kaolin	7 gr.
Sous-nitrate de bismuth	1 gr. 50
Magnésie calcinée	

Un paquet à jeun.

Dans les maladies de l'estomac et de l'intestin, par excitation du sympathique, cette méthode est excellente.

Chez les nourrissons, l'*huile de paraffine* (une cuillerée à café). Un mélange de *miel et d'eau bouillie* (une petite cuillerée à café de miel, une cuillerée à café de *jus d'orange* ou de *raisins* ou d'une solution de *lactose* (15 p. 150 gr.) sont de ces moyens inoffensifs dont le praticien use journellement. Les constipés vomisseurs se trouvent bien de la *belladone* (II gouttes de teinture de belladone avant un an). (Blechmann.)

Les *purgatifs*, on n'y recourra qu'en cas d'échec du régime diététique et des lubrifiants. La mode est aujourd'hui d'en décrier l'emploi. Quand même, entre deux maux, il faut choisir le moindre ; une constipation opiniâtre peut entraîner des accidents fâcheux. De plus nos grands'mères usaient toutes de pilules purgatives, pendant tout le cours de leur vie. Cette pratique ne les empêchait pas d'atteindre un âge très avancé.

Il est un purgatif très usité en Angleterre et dont il n'est plus guère fait usage en France : le *calomel*. Williams (1) le recommande à petites doses, trois fois par jour (0 gr. 01 à 0 gr. 03). Il faut continuer quatre à cinq jours. Dans le *delirium tremens*, la *manie*, de hautes doses seraient nécessaires.

Dans la *fièvre typhoïde*, il est combiné à 0 gr. 20 de *thymol* dans une pilule au savon médicinal. Tout cela est fort irritant. Les estomacs anglo-saxons ne se révoltent pas comme les estomacs français.

L'*huile de ricin* (une à deux cuillerées à jeun) est le meilleur des laxatifs. On l'ordonne en capsules ou associée à du sirop de limon, à quelques gouttes d'essence de menthe, entre deux jus d'orange déposés l'un au fond de la cuillerée, l'autre par-dessus l'huile. Elle réussit dans l'entérocolite membraneuse, la belladone étant ordonnée avant les repas. La constipation des maladies infectieuses cède également au même remède ; de même la constipation des hépatiques.

La *bile* réussit chez ces derniers sous forme de pilules de fiel de bœuf (0 gr. 20 d'extrait, quatre à cinq pilules par jour), voir de lavements à contenu biliaire, cette dernière méthode étant bien compliquée et ne pouvant être employée qu'à titre exceptionnel.

Les purgatifs salins aux doses de 5 à 10 gr. réussissent chez nombre de personnes (*sulfate de soude*, de *magnésie*, *sel de Seignette*). On s'en méfiera chez les malades dont l'estomac est ombrageux. Les poudres magnéso-bismuthées conviennent mieux à ces derniers. Les *diarrhées avec fièvre*, les *entérites*

(1) L. Williams. Les Petites maladies et leur traitement. Traduction de F. Françon (Alcan, edit. 1926.)

dysentériformes, les *congestions du foie*, les *cirrhoses*, les *eczémateux*, les *goutteux*, les *pléthoriques* se trouvent bien de l'emploi du sulfate de soude à la dose de 5 à 10 gr. à jeun. On continue quelques jours dans les entérites où la dose du début peut même être portée à 15 et 20 gr. et de longues semaines chez les congestifs divers, les eczémateux et les hépatiques. Nous avons vu plusieurs fois les crises de goutte céder à cette médication très simple.

Quant aux drastiques dont le type est l'*aloès*, on ne rend guère justice à leur efficacité si bienfaisante. Un reproche qui leur est adressé est de favoriser l'apparition des hémorroïdes. Le grief n'est pas exact. Chez les hémorroïdaires sans doute, il favorise la turgescence veineuse. Mais il ne fait pas venir les hémorroïdes à ceux qui n'en sont pas atteints. Néanmoins, il exerce une action congestive indéniable. C'est pourquoi il sera proscrit dans les menstruations abondantes, chez les sujets atteints de prostatite ou de cystite.

Dans les *dyspepsies atoniques*, les *congestions hépatiques*, la *lithiase biliaire*, il est journellement employé : dose 0 gr. 08 à 0 gr. 10 soit associé fréquemment à des médicaments similaires.

Aloès du Cap	0 gr. 08
Podophyllin Evonymin	0 gr. 02
Ext. jusq. Ext. bellad.	0 gr. 01
Savon médic. q. s. p.	1 pilule.

Le podophyllin et l'évonymin peuvent être remplacés par le jalap, le turbith végétal aux mêmes doses. Les combinaisons sont multiples. Chaque praticien a les siennes.

Les *pilules ante cibum* si répandues renferment par pilule 0 gr. 10 d'aloès, 0 gr. 05 d'extrait de quinquina, 0 gr. 02 de poudre de cannelle. C'est un laxatif excellent qui ne donne pas de coliques.

Certaines coprostases chroniques avec dépérissement et troubles nerveux guérissent très vite avec l'usage de ces pilules providentielles. Des débâcles très fétides se produisent d'abord, puis les forces reviennent et les nuits redeviennent bonnes. Le traitement chirurgical de la constipation n'existait pas autrefois. Il est tout à fait exceptionnel, en dehors de l'occlusion intestinale, qu'il soit requis d'y avoir recours. Il ne vaut vraiment pas la peine de déplorer l'abus des purgatifs pour verser ensuite dans l'abus opératoire.

S. R.

PRATIQUE MÉDICALE

Le traitement du coma diabétique par l'insuline et ses effets.

On sait la plus grande importance que prend de jour en jour le traitement insulinique dans le traitement du coma diabétique.

Il faut agir très fort et très souvent. Sherri et Allen préconisent 25 unités par voie intraveineuse, ou 25 à 50 par voie sous-cutanée, toutes les heures, tant que l'indiquera l'état des malades et le taux de la glycémie. Jean Gré (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 janvier 1926) conseille une première injection de 40 unités, puis de 20 unités toutes les deux heures, tant que le coma est complet et que le sucre n'a pas baissé. On baisse les doses si l'état s'améliore, mais on peut atteindre 200 à 300 unités dans les vingt-quatre heures.

L'administration du sucre suivra toujours immédiatement celle de l'insuline. On donnera du glucose tout d'abord par voie sous-cutanée, en solution à 40 p. 1.000 ; et même, en cas d'urgence, par voie intraveineuse simultanément avec l'insuline. Ensuite, on pourra recourir à la voie digestive, au moyen d'un tube d'Einhorn introduit par le nez, si le coma est complet. Mais l'absorption est alors tardive. On donnera ainsi soit du glucose, soit du sucre ordinaire dans du lait ou des tisanes ; et surtout du jus de fruits et spécialement d'orange. Enfin, on peut utiliser le goutte à goutte rectal.

Comme il n'y a aucun inconvénient à donner trop de sucre, tandis qu'il peut y en avoir de graves à n'en pas donner assez, on en administrera systématiquement, même avec un glycémie élevée. Les quantités varieront naturellement selon celles de l'insuline injectée. Pratiquement on pourra considérer qu'une unité d'insuline brûle environ 1 à 2 grammes de glucose. Mais on se guidera surtout sur l'examen fractionné des urines.

Les Américains insistent sur l'importance extrême des soins adjuvants dans le traitement du coma. On devra :

1° *Réchauffer* le malade par les moyens habituels ;

2° *Combattre la déshydratation*. — Par ingestion ou tube d'Einhorn : café chaud, bouillon chaud, tous les quarts d'heure ; les liquides chauds entravent les vomissements. Après deux heures, citronnade glycérinée, — la glycérine est anticétogène — et autant de jus d'orange qu'en peut avaler le malade. On pourra faire aussi du sérum sous la

peau ou dans le péritoine, mais non dans les veine, sà cause de la déficience du cœur. En cas de vomissements, lavages de l'estomac à l'eau salée tiède ;

3° *Veiller aux émonctoires.* — Surveiller l'évacuation intestinale : on donnera d'abord un lavement, puis, si cela est nécessaire, des purgations huileuses ou salines ;

4° *Soutenir le cœur.* — On donnera de la digitale, et en même temps, comme celle-ci n'agit que tardivement, de l'huile camphrée, de la caféine. Foster considère l'ouabaïne sous-cutanée comme le toni-cardiaque de choix en pareil cas ;

5° Faut-il donner des alcalins ? Les avis diffèrent à ce sujet. La plupart des Américains les considèrent comme superflus. Cammidge va même jusqu'à les juger nuisibles dans les cas d'insuffisance rénale. Chabanier les dit capables de provoquer des œdèmes. Blum, au contraire, s'élève contre leur proscription. Il semble qu'ils soient surtout indiqués dans les cas où la réserve alcaline est très abaissée.

On emploiera le bicarbonate de soude. En ingestion, si elle est possible, on en donnera 10 grammes par heure, dissous dans de l'eau et jusqu'à 250 gr. dans le nycthémère. Sinon, on aura recours à la voie rectale, duodénale, et surtout intraveineuse : solution de 15 grammes dans un demi-litre d'eau, qu'on injectera très lentement, en une demi-heure ; renouveler l'injection au bout d'une heure. Le bicarbonate devra être continué les jours suivants, en diminuant progressivement les doses ;

6° Enfin on devra traiter autant que possible *toutes les affections associées* : l'administration d'insuline ne contre-indique l'emploi simultané d'aucune autre médication. On surveillera surtout les troubles aigus. Brown a publié dernièrement un cas de coma résistant d'abord à l'insuline ; puis le tympan se perfora, donnant issue à une collection purulente. L'amélioration fut aussitôt très rapide.

Après le coma. — Si le coma exige un traitement d'une intensité relativement uniforme, dès qu'il est dissipé, les différences individuelles s'accentuent. Pendant quelques jours on donnera 20 unités trois fois par jour, puis deux fois seulement ; et du sucre sous des formes variées : jus d'orange, tisanes chaudes sucrées. Comme aliments, on donnera d'abord des légumes verts, du lait écrémé, du bouillon de légumes, de la bouillie d'avoine ; on permettra le vin.

Mais, très vite on s'efforcera d'établir par tâtonnements un équilibre insuline-régime répondant aux deux indications suivantes : satisfaire aux besoins caloriques du malade, et lui permettre de reprendre, puis de maintenir son poids normal et, d'autre part, garder les urines libres de sucre et d'acétone. On devra donc : 1° établir tout d'abord la ration d'entretien du malade, en fonction de son sexe, de son âge, de son poids, de sa taille, de ses occupations, et lui rendre progressivement un régime correspondant à celle-ci ; 2° pour éviter l'acétonurie, ce régime sera composé de façon à réaliser entre les aliments cétogènes et anticétogènes une balance telle que la combustion totale des premiers soit assurée par celle des seconds. Joslin établit la règle suivante : on donnera 1 gramme de protéines par kilogramme de poids du corps et des graisses dans la proportion de 3 gr. pour 1 gramme d'hydrates de carbone, la quantité de ces derniers étant elle-même réglée par les besoins caloriques.

L'insuline sera injectée une demi-heure avant les repas.

Pendant longtemps le sujet restera au repos complet. Les troubles associés seront suivis et traités avec soin. La période de post-coma est très favorable aux complications rénales, cardiaques, pulmonaires ; de plus, le malade se trouve en état de moindre résistance aux infections de toutes sortes.

Les résultats. — Il est difficile d'exprimer ces résultats par des chiffres précis, parce que les succès sont publiés généralement plus volontiers que les échecs.

Aussi les proportions citées diffèrent-elles beaucoup selon les auteurs. Dans l'ensemble, les Américains semblent beaucoup plus satisfaits que nous de l'emploi de l'insuline. Joslin, s'appuyant sur les statistiques officielles de son pays, donne les chiffres suivants : avant l'insuline, les comateux mouraient presque tous ; il n'en meurt plus actuellement que 10 %. Comme, d'autre part, l'insuline prévient un grand nombre de comas, il arrive ceci : tandis qu'avant son emploi 40 % des morts dans le diabète étaient dues au coma, 2 % seulement relèvent maintenant de cet accident. Ces chiffres, singulièrement optimistes, ne s'appliquent qu'aux malades de ville et d'hôpital. A la campagne, il meurt encore 50 % des comateux. Joslin ajoute qu'avant peu, grâce au perfectionnement du diagnostic et du traitement, le coma diabétique doit devenir une rareté ; et quand il se produira malgré tout, on devra parvenir le plus souvent à s'en rendre maître ; de sorte que la mort par coma

diabétique sera exceptionnelle chez les malades soumis à une surveillance médicale rigoureuse.

Foster accuse 3 morts sur 20 cas de coma traités par lui ; Campbell, par contre, en a eu 3 sur 5 cas.

Les auteurs français, italiens, allemands, citent des chiffres beaucoup moins impressionnants. De la lecture des résultats publiés par eux, on retire l'impression que le succès se produit dans 50 % environ de l'ensemble des cas. C'est à peu près la proportion qu'on retrouvera dans nos observations. La plupart des succès sont enregistrés dans le coma au début ou le précoma. Celui-ci est véritablement le triomphe de l'insuline.

Il reste bien entendu que, même dans les cas heureux, il n'y a pas guérison proprement dite ; l'insuline n'agit que par action substitutive, et les accidents sont prêts à reparaître dès que la médication est suspendue. On a signalé cependant des cas où celle-ci semblait être devenue inutile : il s'agissait alors vraisemblablement de comas survenus accidentellement chez des malades à tolérance élevée.

CLINIQUE MÉDICALE

Le praticien peut-il actuellement utiliser la sanocrysine ? Non.

Par M. le Dr Pierre Lowys,

Médecin adjoint du Sanatorium de Gorbio, à Menton.

Plus d'un confrère, je pense, aura vu se ruer dans son cabinet un de ses tuberculeux brandissant un journal politique où l'on vantait les bienfaits du « nouveau remède » de la tuberculose, et présentant sa veine céphalique pour y recevoir *immédiatement* cette merveilleuse sanocrysine.

On sait que les Danois ont proposé comme remède « spécifique » de la tuberculose ce sel d'or (aurothiosulfate de soude) ; ils annonçaient d'excellents résultats. Le Dr Poix, assistant du Pr Bernard, fut envoyé sur place pour se documenter et une Commission formée des principaux phtisiologues de la capitale décida d'étudier ce remède dans leurs services hospitaliers. Ce sont ces résultats que publie le dernier numéro de la *Revue de la tuberculose*. Nous résumerons ici les mémoires très documentés de MM. Calmette, Bernard, Sergent, Rist, Bezançon et leurs collaborateurs ; nous ferons aussi appel à nos souvenirs, en remerciant le Dr Poix des renseignements qu'il nous communiqua lors d'un passage, en octobre dernier, dans le service du Pr Léon Bernard.

La sanocrysine s'administre par voie intraveineuse, le malade étant à jeun, au repos, et étudié à fond au point de vue organique. On dissout la dose voulue, extemporanément, dans de l'eau fraîchement distillée : 5 cc. pour une dose de 0 gr. 20, 20 cc. pour 1 gramme du produit. Le rythme généralement adopté est celui-ci : une injection hebdomadaire de 0 gr. 25, 0 gr. 50, 0 gr. 75 puis 1 gramme, répété jusqu'à une dose totale de 10-12 grammes ; parfois, on utilise de petites doses répétées : 0 gr. 10 par exemple tous les trois-quatre jours.

Indications : « les formes ulcéro-caséeuses, à lésions pneumoniques plus ou moins infiltrées, à évolution aiguë ou subaiguë, de début assez récent et allure grave ; au contraire, les formes chroniques, plus ou moins anciennes, à évolution torpide, semblent indifférentes au médicament » (Bernard).

Incidents et accidents : si nous laissons de côté les réactions de choc immédiates, qui sont somme toute « acceptables » (malaise général, céphalée, nausées avec vomissements et diarrhée), on note, avec une fréquence impressionnante, des phénomènes toxiques graves. Ceux-ci sont dus, non pas à une intoxication d'origine spécifique, mais tout simplement à une intoxication métallique, comme le feraient le mercure ou l'arsenic. Le rein est presque constamment touché : albuminurie légère, ou néphrite sévère. Les réactions cutanées se traduisent par une gamme de lésions allant de l'érythème fugace à une érythrodermie généralisée grave ; les muqueuses s'enflamment aussi (stomatite). Et, enfin, chose plus grave, on déplore souvent, trop souvent, le déclanchement d'une poussée évolutive, pouvant être mortelle, *au cours même* du traitement, ce qui pour un remède « spécifique » est, pour le moins... curieux.

Les constatations expérimentales sont-elles plus encourageantes ? Nullement ; des travaux de MM. Calmette et Rist, il ressort que la sanocrysine n'exerce aucune influence sur le développement de la tuberculose expérimentale chez le cobaye et le lapin, qu'elle n'est que peu toxique *in vitro* pour le bacille de Koch et qu'il ne s'agit pas d'un produit spécifique (aucune libération de produits spécifiques lors de sa mise en contact avec le bacille).

Mais alors, nous objectera-t-on, comment expliquer les quelques cas d'amélioration remarquable enregistrés ? Avant de « s'emballer » en thérapeutique anti-tuberculeuse, il faut toujours penser à ces facteurs :

1° Coïncidences pures : nous nous souvenons avoir entendu le Pr Bernard citer ces deux cas : on devait injecter à un malade du sérum de Marmorek qui lui aussi, connut, avant la guerre, une grande vogue ; pour une raison accidentelle, le sérum ne peut être administré, et, dès le lendemain, se déclanchait une amélioration allant progressivement croissant ! D'autre part, un sujet refuse l'établissement d'un pneumothorax artificiel, alors que tout était déjà prêt pour l'intervention ; quelques jours après, mort brutale. Dans ces deux cas, avec quelle facilité n'aurait-on pu attribuer à la thérapeutique le résultat final, heureux ou funeste ?

2° Amélioration spontanée : tout médecin connaît bien l'influence, souvent très frappante, de la simple cure hygiéno-diététique, sans aucune médication adjuvante. Et un exemple saisissant en est fourni par deux radiographies du Pr Sergent (*loc. cit.*) : la deuxième planche montre un « nettoyage » pulmonaire de toute beauté par rapport à la première et la légende, impitoyable dans sa brièveté, dit seulement : « modifications survenues en six mois sans autre traitement qu'une cure hygiéno-diététique, sans aucune médication et, particulièrement, sans sanocrysine ».

3° Facteur psychique : une médication nouvelle, annoncée à grand fracas, agira infiniment mieux sur ce terrain ainsi « sensibilisé », et dont l'émotivité a été exaltée. Un seul exemple : le Dr Albert Mathie annonce, un jour, aux malades de son service que l'on vient de trouver un nouveau remède extraordinaire l' « antiphymine ». On l'applique aussitôt et l'on voit se dessiner de belles améliorations locales et générales... qui durent tant que fut mise en branle la « capacité de foi » si nous osons dire, du patient. Or, ce remède héroïque consistait tout bonnement en piqûres d'un centimètre cube de vulgaire sérum artificiel !

La sanocrysine est donc un produit qui peut — et doit — être étudiée dans les services hospitaliers, spécialement organisés à cet effet. Mais que, *à l'heure actuelle* — ne préjugeons pas de l'avenir — le praticien se garde bien d'y recourir en clientèle, quelques vives que soient les instances du malade d'y faire appel. Et notre conclusion sera celle du Dr Rist, empreinte d'une profonde sagesse : « il se peut que la sanocrysine ait certaines indications, à coup sûr assez limitées ; il se peut que son emploi soit susceptible de perfectionnements. Nous prêterons une oreille attentive aux suggestions de ceux qui préconisent encore cette thérapeutique. Mais il faut s'y résigner et le reconnaître : les débuts de cette chimiothérapie de la tuberculose ne rappellent que d'assez loin ceux de l'arsénobenzol ».

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les injections intraveineuses de somnifène dans le délirium tremens.

Les injections intraveineuses de somnifène sont très employées en névropsychiatrie à doses hypnotiques. Celles-ci, de 5 à 8 cc., ne sont pas toujours inoffensives. Il faut en médecine courante être plus prudent. Louis Ramond, A. Laporte et N. Quénée (*Société Médicale des hôpitaux*, 14 mai 1926) ne dépassent pas la quantité de 1 cc. injectée en une seule fois pour un adulte de corpulence moyenne. Cette méthode est inoffensive. L'agité en quelques minutes est transformé en un dormeur calme. Inutile alors d'employer la camisole de force, les méthodes brutales. C'est une manière pratique d'agir. C'est le traitement le plus efficace, le plus facile du délirium tremens. Boidin l'a aussi employé avec un égal succès.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les malades étrangers dans les hôpitaux de Marseille. — M. Imbert. — Une véritable invasion d'étrangers s'est abattue sur les hôpitaux de Marseille. En 1924 et 1925 le chiffre de ces indésirables s'est élevé à 30 0/0.

M. Jeanselme. — Sur un total de 42 hommes hospitalisés à St-Louis, on compte 11 étrangers. Soit plus de 1/4. Quant aux femmes, sur 20 lits 2 seulement sont occupés par des étrangères.

Rapport de M. Léon Bernard au nom de la Commission du Laboratoire de Contrôle des médicaments antisyphilitiques.

20 juillet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 juillet 1926.

Urticaire émotif. — M. Flandin rapporte plusieurs faits d'urticaire d'origine émotive.

M. May a observé un urticaire ayant disparu à la suite d'une émotion.

Pneumonie du sommet droit avec hémoglobinurie. — M. J. Comby, chez un enfant de 3 ans, a observé, avec M. le Dr Verlhac, brusquement l'évolution d'une hémoglobinurie au cours d'une pneumonie du sommet droit. La guérison survint sans incidents.

Anévrysme de l'aorte avec compression de la moelle. — M. Hudelo présente les pièces d'un énorme anévrysme de l'aorte, curieux par sa complète et longue latence et par une compression de la moelle.

Cellule alvéolaire et cellule à poussières du poumon. — M. Léon Binet, par culture du poumon, montre que la cellule alvéolaire peut devenir une cellule à poussières.

M. Bezançon a observé ces faits par l'anatomie pathologique.

M. Sezary résume ses constatations sur l'organisation de la sclérose lobulaire après injections intraveineuses d'huile. L'huile engendre une sclérose pulmonaire.

M. Binet — On ne doit pas faire d'injection intraveineuse d'huile. Il ne faut pas conclure du chien à l'homme.

Deux cas de méningococcémie prolongée à forme pseudo-palustre. Guérison après abcès de fixation. — MM. Ed. Lesné, R. Marguery et A. Lambling. — Un enfant de cinq ans présenta durant près de six semaines une température oscillante d'abord à type pseudo-palustre, puis septicémique, associée à des poussées éruptives maculo-papuleuses et à des arthralgies.

L'hémoculture permet d'identifier à plusieurs reprises un méningocoque B. Devant l'échec d'un traitement intensif par auto-vaccin, il fut institué un abcès de fixation qui réalisa l'apyrexie en quelques jours.

Le deuxième malade, âgé de 2 ans, fut admis dans le service avec un syndrome identique remontant à trois semaines (hémoculture positive) mais compliqué d'une atteinte méningée, surtout cytologique et bactériologique (Meningo B). Comme l'enfant avait reçu un mois auparavant une injection intra-rachidienne de sérum, les auteurs rejetèrent la sérothérapie dans la crainte d'accidents anaphylactiques. Il eurent également recours à un abcès térébenthiné qui maîtrisa les manifestations septicémiques et méningées en quelques jours.

En conclusion les auteurs rappellent la résistance remarquable des septicémies à méningocoques B vis-à-vis de la vaccinothérapie. Ils estiment que l'abcès de fixation constitue une des meilleures thérapeutiques de cette infection et conseillent à la pratique vers la troisième semaine pour obtenir le maximum de résultat et prévenir la méningite qui apparaît le plus souvent vers la 6e, 8e semaine.

M. Netter a observé un cas de méningite cérébro-spinale ayant résisté à une sérothérapie intensive qui guérit grâce à un abcès de fixation.

Rôle de la chaleur dans l'atténuation des effets chimiques produits par les rayons U. V. et mécanisme de cette atténuation. — M. A-C. Guillaume. — Les rayons I. R. (la chaleur) exercent une action empêchante sur l'érythème provoqué par les rayons chimiques (U. V).

Cette atténuation n'est pas liée à un phénomène physique de neutralisation des radiations d'un type par les radiations de l'autre type, mais cette atténuation est la conséquence, comme le démontrent les expériences, de la vaso dilatation précoce provoquée par les I. R., cette vaso dilatation précoce a, selon toutes probabilités, pour effet d'assurer une évacuation précoce et rapide des produits toxiques élaborés dans l'épiderme sous l'action des rayons chimiques, et d'empêcher les altérations fonctionnelles et anatomiques produites dans les vaisseaux du derme par ces produits de destruction épidermique due à l'action des rayons chimiques.

Cette atténuation, par la chaleur, des effets chimiques des rayons U. V. explique les différences observées dans la genèse des coups de soleil.

Immunisation active du nourrisson contre la diphtérie. — MM. Ribadeau-Dumas et Chabrun, de l'étude des nourrissons, concluent que les maladies de quelque origine qu'elles soient, facilitent l'immunisation contre une maladie spécifique : il y aurait associées des co-immunités qui interviennent dans la constitution d'une immunité spécifique.

Adénopathies médiastinales de l'adulte. — M. Ameuille et Mlle Maldau insistent sur l'absence d'adénopathies caséeuses dans la plupart des cas de tuberculose pulmonaire de l'adulte. Il ne s'agit pas là de senescence ganglionnaire, ni de destruction antérieure du ganglion.

Note sur quelques cas d'anergie consécutifs au traitement des chancres mous par le vaccin de Nicolle. — MM. Léon Tixier et P.-R. Bize ont observé à la suite de cette vaccinothérapie :

1° Quatre cas d'herpès, la poussée éruptive survenant en général le lendemain de la 3e injection ;

2° Un cas de réveil de paludisme ;

3° Un cas de syphilis secondaire grave avec angine de Vincent et syphilides psoriasiformes précoces ;

4° De nombreux cas d'asthénie avec état subfébrile prolongé, importants à connaître en matière de tuberculose.

Ces cas semblent pouvoir être rapportés à un véritable état d'anergie créé par la vaccinothérapie antichancrelleuse, aussi avant de la pratiquer est-il indispensable de faire un examen systématique du sujet afin de dépister les tares préexistantes qui pourraient subir un coup de fouet.

BIBLIOGRAPHIE

Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire, par M. Emile SERGENT, *Professeur de clinique médicale propédeutique, membre de l'Académie de Médecine, Médecin de la Charité.* — 1 vol. en 8, 537 p., Norbert MALOINE, édit., 69 fig, 31 planches hors texte.

Du premier coup, l'effort du chercheur n'atteint pas à la vérité totale. Des constatations ultérieures modifient, complètent, élèvent, éclairent les formules antérieurement acquises. La pensée se dégage, mieux informée et plus nette. C'est ainsi que par étapes successives, M. le Pr SERGENT en abordant un chapitre déjà traité, lui fait subir des retouches et des améliorations qui font de l'ensemble un tableau de la plus haute valeur clinique et ouvert sur des horizons de plus en plus larges. Dans le volume actuel, dont la majeure partie est consacrée au diagnostic et aux formes cliniques de la tuberculose, nous retrouvons les recherches originales de l'auteur. La méthode des *injections intratrachéales de lipiodol* appliquée à l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire, la *distribution lobaire de la tuberculose pulmonaire*, la *sémiologie clinique des atteintes scissurales*, sont l'objet de développements riches d'observation précise et de conséquences pratiques.

Les *séquelles respiratoires des intoxiqués* par les gaz de combat terminent le volume. Toutes les variétés de trachéo-bronchite-chronique à rechutes se trouvent réalisées. Seulement, l'intoxication par les gaz ne suffit pas à elle seule, pour provoquer la tuberculose. Si celle-ci semble éclater, c'est qu'elle se réveille tout simplement. Elle était latente, les lésions traumatiques de la muqueuse respiratoire lui donnent un coup de fouet. Et si la tuberculose ne se montre que plus tard, c'est que d'autres conditions que les gaz étaient entrées en jeu. Les livres de M. E. SERGENT ont un autre mérite que celui d'un enregistrement attentif du réel favorisé et éclairé par de nouveaux modes d'examen. L'auteur ne hausse pas le ton. Il cherche sans tapage, et n'accorde aux résultats que la signification stricte qu'ils comportent. Une grande prudence tempère les conclusions. En lisant ce beau volume, les médecins ne se muniront pas seulement de notions neuves. Ils apprendront encore à observer.

Les vomissements périodiques avec acétonémie, 2e édition, revue et augmentée, par M. A.-B. MARFAN, *Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés, Membre de l'Académie de Médecine.* — 1 vol., 85 pages.

Récemment, nous dit M. MARFAN, on a traité les formes prolongées ou sévères des vomissements acétonomiques, par les injections d'insuline, on y ajoute les injections intra-musculaires de sérum glycosé prolongées. Dès le début de l'accès, on injecte 5 à 10 unités d'insuline, les injections sont suivies d'un repas de pommes de terre. Le résultat a été immédiat chez les premiers malades traités de la sorte.

Dans cette monographie, comme dans les autres travaux de M. MARFAN, s'associent les qualités propres de l'auteur : ne rien affirmer avant l'heure, chercher, confronter et conclure avec prudence d'après les résultats de l'expérience personnelle.

Causeries d'Urologie, par M. R. UTEAU. Norbert MALOINE, édit., 24 fig., 1 vol. 312 pages.

L'expérience personnelle donne un tour nouveau à des notions qui semblaient connues. Les « *Causeries d'Urologie* », de M. R. UTEAU ne dépassent pas le cadre des constatations journalières. L'*interrogatoire du malade*, les *hématuries*, les *pyuries*, l'*anurie*, les *lithiases urinaires*, le *traitement des urétrites*, le *cathétérisme*, l'*usage de la sonde à demeure*, la *fixation du rein mobile*, tout cela, en tant que titre, n'appelle chez le lecteur, aucun mouvement de curiosité particulière. Ouvrez tout de même et lisez. Ces sujets qui semblaient épuisés se rajeunissent ; tel détail était ignoré, telle technique trop rigoureuse s'ajustait mal à la diversité des circonstances.

M. R. UTEAU entre dans les précisions directes. Un constant bon sens anime les pages. Il ne s'agit pas de dépasser la mesure, la signification des résultats dictera seule la conduite. Livre composé avec soin, écrit clairement et qui sera consulté avec fruit.

La Pratique de l'art des Accouchements, 4e édition, entièrement refondue de l'ouvrage de Bar, Brindeau et Chambrelent, publiée sous la direction de A. BRINDEAU, *Professeur de clinique obstétricale, à la Faculté de Médecine de Paris.* — IV. **Les opérations**, par A. BRINDEAU et P. LANTUÉJOUL avec 289 figures, Paris. — Vigot frères, édit. — Vol. in-4°, 298 pages.

Ce fascicule comprend les chapitres sur le forceps, la version, l'embryotomie, l'opération césarienne. Rien de plus complet, de plus clair, de mieux illustré par les figures, n'avait paru jusque-là. Des images représentent les applications du forceps Demelin, cet excellent instrument qui rend journellement des services si précieux.

Cet ouvrage sera consulté avec fruit par tous les praticiens, aux prises avec les difficultés de la pratique obstétricale.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER
B. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Pr Bezançon.

Le spirochète dans la gangrène pulmonaire.

Je vous ai montré comment, grâce à une technique spéciale, la culture en gélose profonde de Veillon, Veillon et ses collaborateurs nous ont fait connaître un monde nouveau, le monde des anaérobies, jouant un rôle considérable dans les processus putrides et gangréneux.

Plus tard, Guillemot apportait déjà une nouvelle notion en montrant qu'à côté de la partie centrale occupée par les anaérobies il y avait une partie périphérique où l'on ne trouvait qu'une seule espèce de microbes, le *ramosus*. Mais il fallut arriver à l'emploi de nouvelles techniques pour montrer aux bactériologistes et aux médecins le rôle du spirochète dans la gangrène pulmonaire.

Je vous rappelle que c'est en 1838 que, pour la première fois, Ernberg découvrit dans les eaux stagnantes et putréfiées un spirochète, qu'il appela le *spirochetes plicatilis*. En 1873, Obermayer étudie la fièvre récurrente et y découvre un spirochète, qu'il considère comme l'agent de la maladie. Plus tard, Vincent étudie la pourriture d'hôpital ; il y retrouve le bacille fusiforme que Plante avait vu dans certains cas d'angine diphtérique. Un peu plus tard, il retrouve ce fusiforme dans des angines à forme pseudo-membraneuse et nécrotique d'un type particulier, et il voit que ce bacille y est souvent associé à un spirille. Ce spirille, comme le montre Nicolle, est un véritable spirochète. On fit jouer à ce microbe un rôle dans le noma. A ce moment, on connaissait donc quelques spirochètes et leur rôle en pathologie.

Mais pour arriver à la connaissance du spirochète de la gangrène pulmonaire, il fallait une série de nouvelles découvertes et surtout de nouvelles techniques. La plupart des spirochètes, en effet, ne sont pas visibles par nos moyens de coloration et d'imprégnation ordinaires. Les méthodes de double coloration, les méthodes au triacide de Ehrlich ont permis de voir avec plus de finesse les granulations des leucocytes, de définir avec plus de précision l'hématozoaire de Laveran, de colorer certains détails des trypanosomes. L'emploi de la méthode de Giemsa permit de colorer un certain nombre de spirochètes. L'imprégnation par les sels d'argent, découverte par Ramon y Cajal, peut révéler la présence des spirochètes dans un grand nombre de cas. Enfin la technique de l'ultra-microscope a permis, en quelques années, de découvrir successivement un grand nombre de spirochètes. Schaudinn, en 1905, découvre le parasite de la syphilis. En 1906, Castellani montre que le *pian* est dû au *spirochetes pallida*, puis il découvre le *spirochetes bronchialis* dans des bronchites avec expectoration sanglante, dans lesquelles on ne trouve pas de bacilles tuberculeux. D'autres auteurs découvrent le *spirochète de l'ictère hémorragique*, du *sodoku*, de la *fièvre jaune*, de la *sclérose en plaques*, etc.

Toutes ces maladies ont une parenté clinique extrêmement grande : ce sont des infections qu'on peut appeler *sanguicoles*, les microbes y sont des agents de septicémie, et ce sont des maladies à rechutes.

Le rôle des spirochètes dans la gangrène pulmonaire, en France, a été jusqu'ici très peu accepté. Les microbes vus par Veillon et Zuber, par Rist et par Guillemot ne sont pas les seuls, peut-être même ne sont pas les premiers. La gangrène pulmonaire, dans un grand nombre de cas, semble devoir être rattachée au spirochète. Cette opinion a été soulevée à l'étranger, avec les travaux de Rona, Willens, Budé, etc. En France, dès 1914, Perrin, de Nancy, a pensé que la gangrène pulmonaire peut être due à ce qu'il appelle l'association fuso-spirillaire de Vincent. Cependant la plupart des auteurs n'acceptent pas volontiers le rôle du spirochète. Pour Rosenthal, les spirochètes ne jouent un rôle que dans un dixième des cas. Dans mon Rapport au *Congrès de Nancy*, avec de Jong, j'ai montré le rôle considérable qu'il fallait faire jouer aux spirochètes dans l'étiologie de la gangrène pulmonaire, et dans une note additionnelle avec Etchgone, nous avons essayé de déterminer les conditions qui permettent de dépister les spirochètes, de les définir, et de les séparer des microbes qui peuvent leur ressembler. Les crachats doivent être examinés frais, dans les trois heures qui suivent l'émission, car les spirochètes sont rapidement digérés par les ferments puissants contenus dans les crachats. Ce spirochète est caractérisé par sa mobilité particulière, par sa rapidité, par la manière dont il traverse le champ de l'ultra-microscope. Sept fois sur onze cas de suppurations à type gangréneux que nous avons étudiés, nous avons trouvé ce spirochète dans les crachats. Lorsque l'individu succombe à la gangrène pulmonaire, le procédé d'imprégnation des tissus avec les sels d'argent fait constater la présence des spirochètes. Un certain nombre d'auteurs allemands, russes et français, ont consacré à cette étude des mémoires qui tous concordent ; je vous rappelle particu-

lièrement ceux de BUDÉ, en Allemagne, de WUNDERLICH et SÉGUIN, en France, et de Mme Olga WICHOVA, en Russie. D'après ces auteurs, quand on fait porter la coupe sur une paroi de caverne gangréneuse, on distingue trois régions : une région centrale, correspondant à la mortification, dans laquelle il y a des microbes divers, des anaérobies du type VEILLON en très grande quantité, et dans cette partie on retrouve quelques spirochètes, mais souvent peu, ou ils sont profondément altérés, presque digérés par les ferments diastasiques sécrétés par les autres microbes ; au contraire, dans la partie médiane, là où GUILLEMOT voyait surtout du *ramosus* et où on trouve la dégénérescence fibroïde, il y a souvent une grande abondance de fusiforme, et en même temps du spirochète. Mais ce qui est intéressant, c'est la troisième zone, la zone périphérique, la zone d'extension. A ce point de vue, les trois auteurs sont absolument d'accord : dans cette zone, on ne retrouve plus qu'un microbe, le spirochète.

Cette figure est relative à une observation de WUNDERLICH et de SÉGUIN. Un malade a un cancer du plancher de la bouche ; il est traité dans un service de radiologie par des applications de radium. La tumeur a l'air de se modifier, mais la nécrose des tissus faite par le radium constitue un terrain de culture pour les microbes de la bouche, il se produit un abcès putride de la cavité bucco-pharyngée, le malade meurt, et à l'autopsie on trouve une gangrène pulmonaire, avec une quantité considérable de spirochètes à la périphérie des foyers gangréneux ; ces microbes infiltrent les tissus, à l'exclusion de tout autre microbe. Cette figure est comparable à cette autre planche représentant un foie hérédo-syphilitique rempli de tréponèmes.

C'est le spirochète qui prépare la lésion de gangrène pulmonaire, qui fait subir aux tissus les premières modifications qui aident ensuite aux microbes anaérobies du type VEILLON à pénétrer dans les voies profondes et à déterminer le type clinique complet de la gangrène pulmonaire.

Mais il n'existe pas toujours des spirochètes. Nous verrons que des conditions secondes peuvent peut-être permettre aux anaérobies de la bouche de pénétrer sans que le terrain soit préparé par le spirochète. Cependant le spirochète existe dans un grand nombre de faits, puisque nous l'avons retrouvé 7 fois sur 11 cas.

Avec toute une série d'auteurs, nous pensons que l'agent de la gangrène pulmonaire est un spirochète, qui est tout à fait différent du spirille de VINCENT. C'est à cette conclusion que nous sommes arrivés avec ETCHEGONE. On peut l'appeler *spirochetes bronchialis*. Il a pour caractères d'être moyennement gros, il a à peu près un demi μ d'épaisseur, des extrémités arrondies et non pas effilées, des tours de spire peu serrés, enfin il présente une rapidité très grande. Il n'a rien de commun avec les spirochètes ordinaires de la bouche ou de la cavité nasale. Il est d'un type différent du *Vincenti*.

Je dois vous rappeler que c'est CASTELLANI qui, étudiant la bronchite sanglante à Ceylan, y voit pour la première fois un spirochète. La bronchite sanglante se rencontre en divers pays et présente le même syndrome que la gangrène pulmonaire. Il s'agit de la même espèce microbienne. On peut l'appeler *spirochetes bronchialis* ou spirochète de CASTELLANI.

Enfin, pendant la guerre, BEAU, DIVES et RIVIÈRE ont observé sur le front français des cas de bronchite fétide aiguë débutant à la manière d'une pneumonie. L'expectoration est assez souvent rosée, sanglante, mais, de plus, elle répand une odeur fétide. L'auscultation révèle uniquement des râles sibilants et piaulants. Dans les crachats, on trouve des spirochètes. Des observations semblables ont été faites sur le front belge par NOLF et SPEN : ils recueillent 8 observations où la maladie débute par des frissons, de la céphalée, du malaise, de la courbature, une fièvre élevée, comme précédemment, mais l'état général est grave, avec adynamie profonde, dyspnée au moindre effort, cyanose croissante de la face et des extrémités. On pense à la gangrène pulmonaire. Il y a une expectoration abondante de liquide purulent d'odeur repoussante autant que l'haleine. On n'observe qu'une fois le crachat sanglant. Dans les crachats on trouve des spirochètes rentrant dans le type du *spirochetes bronchialis* de CASTELLANI. Il y eut des morts. Les lésions sont absolument comparables à des lésions de gangrène pulmonaire et contiennent exclusivement des spirochètes.

En somme, le spirochète joue un rôle important dans la gangrène pulmonaire. Il s'agit de savoir s'il est toujours l'agent de cette maladie, ou s'il existe seulement dans certaines de ses formes cliniques.. La question n'est pas encore close.

Un des caractères les plus intéressants de la gangrène pulmonaire, ce n'est pas seulement la fétidité particulière des crachats, la possibilité des hémorragies, c'est qu'à côté de la gangrène pulmonaire des anciens il y a une gangrène pulmonaire à rechutes, une maladie singulière dont j'ai observé un certain nombre de cas, où la maladie peut traîner, où il y a même des guérisons apparentes et des poussées, qui sont dues peut-être

à une infection du tissu pulmonaire par le *spirochetes bronchialis* ; on peut penser que le spirochète reste susceptible de rentrer parfois en latence, puis à d'autres moments d'avoir des réveils. Ainsi pourrait-on s'expliquer les évolutions de cette maladie singulière qui donne parfois l'impression d'une tuberculose ou d'une syphilis.

Par conséquent, la clinique ne nous éloigne pas de l'idée que la gangrène pulmonaire puisse être due au spirochète. Nous verrons que la thérapeutique elle-même peut bénéficier de cette notion, puisque vous savez que dans un certain nombre de cas de gangrène pulmonaire on a eu des résultats intéressants par le traitement par les *arsénicaux*, par l'*arsénobenzol*, en particulier.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Hôpital Necker. — M. le Pr LEGUEU.

Les indications de la lithotritie ou les Restes d'une Centenaire.

Il y a cent ans que la lithotritie a été pratiquée pour la première fois. Après une période de gloire, elle a sa période de déclin, comme toutes choses dans l'ordre scientifique ; il n'est pas nécessaire de vivre très longtemps pour assister à des faits de ce genre.

C'est le 13 janvier 1824 que la lithotritie a été faite pour la première fois par CIVIALE, à son domicile, rue Godot-de-Mauroi, 3 ; car dans ce temps on acceptait de faire des opérations dans son cabinet. Avant cette application, la lithotritie avait toujours préoccupé les chirurgiens ; autrefois l'opération de la taille était le privilège non pas des médecins, mais de ceux qui ne l'étaient pas. « Tu ne feras pas la taille », prescrivait le serment d'HIPPOCRATE.

La taille était réservée, jusqu'au XIVe siècle, et peut-être même jusqu'au XVe, à des empiriques qui se transmettaient de père en fils une tradition pour extraire les calculs par le périnée et plus rarement par voie hypogastrique. On les appelait des *lithotomistes*. Ils voyageaient sans cesse, allant de ville en ville, parcourant les campagnes.

Néanmoins, dès cette époque, diverses tentatives furent faites pour détruire la pierre sans toucher à l'intégrité des parois. On s'est évertué pendant longtemps à trouver des dissolvants. Aujourd'hui encore, cette idée semble hanter l'esprit de quelques-uns. En tout cas, ces efforts furent vains, mais avant d'arriver à la lithotritie telle que CIVIALE et GUYON l'ont pratiquée, des tentatives extraordinaires ont été réalisées. Un moine de l'Abbaye de Citeaux se débarrassa d'un calcul en le fragmentant au moyen d'une tige d'acier terminée en biseau, qu'il introduisait lui-même dans sa vessie et sur l'extrémité de laquelle il frappait avec un marteau. Un siècle plus tard, en 1810, à la veille de la lithotritie, un nommé MARTIN, à Montpellier, annonce qu'il s'est complètement débarrassé d'une pierre de quatre onces au moyen d'une petite lime introduite par le canal de l'urètre jusque dans la vessie.

Puis, la lithotritie se perfectionna avec des instruments dont on voit les étapes successives dans nos musées.

Au commencement du siècle dernier, en 1824, il y a cent ans, à l'époque où CIVIALE fait la première lithotritie, il était simple praticien de la ville. Ses tentatives, couronnées de succès, firent grand bruit, si bien que le directeur de l'Assistance publique lui offrit quelques lits de l'hôpital Necker pour appliquer aux malades pauvres la lithotritie dont il était l'inventeur. C'est de cette manière qu'en 1829 CIVIALE est entré à Necker. Il y est resté pendant quarante années, jusqu'à sa mort survenue en 1876. Il a été le premier urologiste officiel. Après sa mort, GUYON, qui était accoucheur de la Maternité, est venu prendre sa succession, mais après avoir obtenu la promesse qu'on adjoindrait au service des urinaires de CIVIALE la salle Velpeau, qui était un service de chirurgie générale. GUYON y resta jusqu'en 1906, pendant quarante ans lui aussi, dans le service qu'il a illustré, dont il a fait la Clinique dont le Pr LEGUEU est aujourd'hui le titulaire. GUYON appliqua la lithotritie avec un esprit beaucoup plus scientifique que CIVIALE, il la perfectionna. On venait de tous les coins du monde pour lui voir faire cette opération qu'il pratiquait avec une adresse et une sécurité incomparables.

Cette période de gloire de la lithotritie dure jusqu'en 1901. Sa supériorité tient à ce que pendant cette époque, de 1824 à 1901, les calculeux, d'abord, étaient beaucoup plus nombreux qu'aujourd'hui : il y avait alors des calculeux comme il y a maintenant des cancéreux ; les calculeux, dans ce temps-là, étaient légion, parce que la prostatectomie n'existait pas encore.

La lithotritie débarrassait complètement et parfaitement le sujet de son calcul, mais elle ne supprimait pas les causes productrices des mêmes calculs : la rétention continuait, l'infection continuait, la stagnation continuait, et le malade, après un, deux, trois ou quatre ans, revenait avec

un nouveau calcul pour subir une nouvelle lithotritie. Il revenait d'autant plus volontiers et souvent qu'il n'y avait dans cette opération ni mortalité, ni morbidité. Dans les statistiques de GUYON, qui pratiquait environ 200 lithotrities par année, on compte 25 morts sur 918 opérations, soit 2,7 p. 100.

Sa grande bénignité était la raison de la supériorité de cette opération sur la taille. Néanmoins, les VERNEUIL, les PÉAN, les TERRIER, tous les grands chirurgiens de cette époque combattaient la lithotritie, opération aveugle, disaient-ils. Mais les statistiques de GUYON suffisaient pour anéantir leurs objections.

Lorsque, vers 1903, le Pr LEGUEU est venu, la prostatectomie commençait à intervenir entre les mains d'ALBARRAN. Avec l'usage de la prostatectomie haute de FREYER, de la prostatectomie hypogastrique, la période glorieuse de la lithotritie a pris fin. Nous pratiquons beaucoup moins la lithotritie, et cela pour diverses raisons.

La première, c'est que la *prostatectomie* change absolument les conditions des calculs et du calculeux ; elle supprime un obstacle qui empêchait les calculs descendus du rein de s'évacuer à l'extérieur. La présence d'un adénome de la prostate entraîne une déformation du col ; un calcul descendu du rein, si petit soit-il, reste dans le bas-fond de la vessie, il n'est pas dans des conditions favorables pour s'éliminer à l'extérieur.

Donc, la prostatectomie supprime un obstacle qui retient les calculs venant du rein, et c'est une raison pour laquelle, ayant aujourd'hui à notre disposition la ressource de l'ablation de l'adénome prostatique, nous pratiquons beaucoup moins la lithotritie.

La seconde raison, c'est que la prostatectomie empêche également de se former les calculs d'organe, ceux qui prennent naissance dans la vessie à la faveur de l'*infection*. En effet, la prostate déterminant la rétention, le rétentionniste est obligé à des sondages répétés. Ces sondages entraînent l'infection. Sous l'influence de la stagnation, de l'infection, des conditions défectueuses dans lesquelles se trouve la vessie chez le prostatique, les calculs d'organes vont facilement se former ; le moindre fragment de sonde leur servira de centre.

Avec la prostatectomie, tout est changé, Rétention et stagnation disparaissent quand on a enlevé la prostate. Les urines sont moins troubles ou même ne sont plus troubles du tout. C'est le retour *ad integrum*, ou à peu près. Les grandes conditions génératrices des calculs sont supprimées. Le calculeux après la prostatectomie n'a pas la certitude de ne pas refaire des calculs, car la pathogénie de ceux-ci est complexe, mais il est dans une situation des plus défavorables à leur reproduction. Depuis que l'on pratique la cure de l'hypertrophie de la prostate par la prostatectomie, on ne voit plus ces malades d'il y a trente ans, qui revenaient en moyenne tous les deux ans environ, réclamer de nouveau une lithotritie, pour une récidive. Le calculeux chronique, récidivant, est un malade d'un autre âge, qui est en train de disparaître de plus en plus.

Il y a une autre raison qui a fait, depuis la prostatectomie, abandonner la lithotritie. On avait remarqué, à la suite de cette intervention, des rétentions d'urine paradoxales, chroniques et définitives, que le malade n'avait pas avant la lithotritie.

Voici l'histoire vécue d'un prostatique d'autrefois. Un homme de 68 ans est prostatique et rétentionniste complet, quand il a pour la première fois un calcul, en 1892 ; il est opéré par la lithotritie et guérit. Trois ans après, il récidive ; seconde lithotritie dont il guérit rapidement. Il reste rétentionniste, il se sonde trois ou quatre fois par jour ; mais dans ce temps-là on vivait volontiers en se sondant pendant quinze ou vingt ans. Deux ans après, en 1897, ce malade récidive de nouveau ; il est opéré et guérit. Deux ans après, en 1899, nouvelle récidive. Un chirurgien lui propose une taille hypogastrique, que le malade accepte. Il est âgé alors de 72 ans. Après cette opération, il reste toujours rétentionniste. Dix-huit mois plus tard, une récidive est déjà survenue. C'est alors que M. LEGUEU lui pratique une lithotritie ; il retire non seulement un calcul, mais une compresse de gaze qui avait été oubliée dans la vessie. Ce malade guérit ; six ans sans récidive. En 1907, nouveau calcul ; prostatectomie, malgré ses 78 ans. Sa rétention disparut ; il mourut à 83 ans, sept ans plus tard.

Actuellement, la lithotritie ne reste indiquée que dans les cas suivants. C'est d'abord chez les malades qui, après la prostatectomie, ont une récidive de calculs. Il ne faut pas leur refaire une taille hypogastrique, et il est bien plus simple de leur donner un traitement ambulatoire simple et facile. La lithotritie est possible même après la prostatectomie, car après cette opération il n'y a pas toujours de si grandes déformations du col.

Il y a des malades inopérables par la prostatectomie. Voici un malade porteur d'un anévrysme de l'aorte, contre-indication formelle à l'opération. On l'a traité et guéri par une *lithotritie*.

La lithotritie est indiquée chez les mutilés de guerre. A la suite des grands traumatismes, des fractures des os du bassin par éclat d'obus, la

vessie est perforée, il se produit une adhérence à la symphyse, puis un petit foyer d'ostéomyélite ouvert dans la vessie, donnant lieu à une fistule borgne, constatable par la cystoscopie. Avec un stylet on sent la crépitation neigeuse typique. Ces malades présentent des calculs récidivants de la vessie qui reparaissent tant que la fistule n'est pas guérie. Chez ces malades, la lithotritie suffit.

Enfin la lithotritie sera encore indiquée chez les jeunes et chez les femmes dont il est esthétique de ménager les formes.

En résumé, cette opération convient : après la prostatectomie, chez ceux qui ne peuvent pas subir la prostatectomie, — ce qui est rare grâce à l'anesthésie locale et au procédé en deux temps — chez les mutilés de guerre ; chez les femmes et les jeunes.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Equinisme lié à une fracture marginale postérieure du tibia vicieusement consolidée.

Un malade marche avec difficulté. Quand on le regarde marcher, on voit qu'il garde la jambe droite étendue, raide, et la lance toujours en avant. Il peut plier le genou, celui-ci est absolument souple. Mais le malade a le pied en extension forcée, en équin, et s'il marche de cette façon, c'est pour que son pied repose par toute son étendue, talon antérieur et talon postérieur. Quand il plie le genou, son pied ne touche le sol que par sa pointe.

Ce malade a été atteint d'une fracture de l'extrémité inférieure de la jambe, dans un accident de chemin de fer. Il a été immobilisé dans un appareil plâtré. A sa sortie de l'appareil, il a essayé de marcher et sa marche a été bientôt entravée par l'équinisme de son pied, qui se prononça de plus en plus.

La déformation du pied à première vue n'est pas très marquée. A part l'équinisme, qui est réductible, et qu'on peut arriver à redresser complètement, on ne constate qu'un élargissement de la région malléolaire.

Lorsqu'on regarde le malade de dos, après l'avoir fait mettre à genoux sur la table, la région sus-calcanéenne paraît moins creuse qu'à l'état sain ; on constate au-dessous du tendon d'Achille une saillie osseuse. Ceci fait penser qu'il y a fracture du péroné avec arrachement de la malléole interne, expliquant l'élargissement de la région, et en même temps fracture marginale postérieure, détachement de la partie postérieure de la mortaise tibiale, qui s'est déplacée en arrière et vient remplir l'espace qui est au-devant du tendon d'Achille.

La consolidation de cette fracture marginale, faite sans que le pied soit maintenu à angle droit, a entraîné l'équinisme.

La radiographie confirme le diagnostic et montre une fracture sus-malléolaire du tibia et du péroné, en même temps qu'une fracture marginale postérieure du tibia. Il faut donc porter le diagnostic de fracture bimalléolaire, — on pourrait dire trimalléolaire, car la margelle postérieure du tibia est quelquefois appelée malléole postérieure — fracture bimalléolaire avec déplacement considérable du fragment marginal postérieur en arrière.

En pareil cas, le massage, les stations thermales ne peuvent rien, parce que la cause de la gêne de la marche n'est nullement une raideur articulaire. On voit des malades qui marchent mal et ont un certain degré d'équinisme, parce que le pied a été mis dans l'appareil plâtré en équin et non à angle droit, comme on doit toujours le mettre. Le membre est alors raide, par suite d'adhérences, mais on ne trouve pas cette saillie dure au-dessous du tendon d'Achille il n'y a pas de fracture marginale postérieure ; on doit alors faire un traitement par le massage, la mobilisation, les bains chauds, pour rendre la souplesse à la jointure. Quand, au contraire, comme ici, l'équinisme est lié à la présence d'un fragment marginal postérieur déplacé, fixé en mauvaise situation, les massages, les douches chaudes, etc., ne font rien du tout. Il faut une opération. On a conseillé l'ostéotomie du cal, avec mobilisation, remise en place du fragment.

Opération rationnelle. Cependant pratiquement, il est préférable d'éviter un tel traumatisme ; l'opération n'est pas commode. Au contraire, il est une opération qui, donne d'excellents résultats, c'est l'*astragalectomie*, qui redonne au pied sa situation normale ; sa hauteur est un peu diminuée, mais le calcanéum se calant dans la mortaise tibio-péronière, le malade marche sans la moindre boiterie, au bout de quelque temps, la marche s'améliorant progressivement à la suite de cette opération.

***

Epiplocèle crurale.

Un malade, âgé de 37 ans, raconte qu'à la suite d'un effort, il a senti un craquement au niveau de

la partie interne du pli inguinal du côté droit, il a eu des coliques et des selles diarrhéiques.

On constate vers la partie interne du pli inguinal droit une très légère voussure, sans altération de la couleur de la peau. A la palpation, on sent une tuméfaction ayant le volume d'une toute petite noix, arrondie, un peu élastique, qui pourrait presque faire penser à un ganglion. Il faut chercher s'il existe profondément un pédicule attenant à la tumeur. Le ganglion est situé au-dessous de la peau, dans le tissu cellulaire, on peut le mobiliser, il n'a pas de pédicule. Ici, en enfonçant profondément le doigt, on trouve que cette tumeur présente un prolongement s'enfonçant au-dessous de l'arcade crurale. En portant les doigts en dehors, on sent battre l'artère fémorale. La tumeur n'a jamais pu être réduite. En pressant, on arrive à diminuer un peu son volume, mais on n'arrive pas à la réduire complètement. On doit penser à une épiplocèle adhérente.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Bacille pyocyanique et streptocoque (applications pratiques).

Par MM. les Drs V. de Lavergne et Carrot.

Le bacille pyocyanique est un microbe auquel se rattachent de grands souvenirs de la bactériologie et de la médecine. Il est d'abord le bacille aux cultures d'un beau bleu, dont Gessard, en une étude classique, a analysé le pouvoir pigmentogène. Il est encore le microbe qui a servi aux nombreuses et fécondes recherches de Bouchard, de Charrin et de leurs collaborateurs sur les produits solubles qui se trouvent dans les cultures microbiennes. C'est à son sujet que le phénomène de l'agglutination a été pour la première fois observé. Il est enfin un germe doué de curieuses propriétés, ayant le pouvoir d'être antagoniste de plusieurs agents pathogènes : il est antagoniste du bacille du charbon ; il lyse le bacille diphtérique ; Emmerich utilisait la pyocyanase pour dissoudre les méningocoques ; dans les cultures âgées, il se lyse lui-même, en une sorte d'autobactériophagie.

Le bacille pyocyanique est-il aussi antagoniste du streptocoque ?

Emmerich le pensait autrefois. Cet auteur pulvérisait de la pyocyanase à la surface des plaques d'érysipèle, dans la gorge des malades présentant de l'angine. Il l'utilisait d'autre part dans les angines de la scarlatine. Par ailleurs les cliniciens reconnaissent à l'apparition du pus bleu sur une plaie une valeur pronostique favorable.

Puis cet antagonisme a été contesté. La question vient d'être renouvelée par les succès du vaccin préconisé par Delbet dans le traitement des infections streptococciques, vaccin qui, comme on le sait, renferme non seulement des streptocoques et des staphylocoques, mais encore des bacilles pyocyaniques. Ce vaccin donne de meilleurs résultats dans les streptococcies que le vaccin streptococcique pur. N'est-ce pas au bacille pyocyanique qu'il le doit ? L'antagonisme bacille pyocyanique-streptocoque ne se révèle-t-il pas là ? C'est ce que nous voudrions rechercher.

***

L'efficacité du vaccin de Delbet, l'histoire de l'antagonisme bacille pyocyanique-charbon indiquent que l'antagonisme bacille pyocyanique-streptocoque peut tenir à ce que le bacille pyocyanique, par les réactions qu'il provoque dans l'organisme, rend ce dernier réfractaire à la propre action du streptocoque. Il s'agirait d'une « vaccination collatérale », le bacille pyocyanique immunisant non seulement contre lui-même mais encore contre le streptocoque. C'est là une hypothèse que l'on peut aisément vérifier expérimentalement.

Il faut choisir des animaux de laboratoire sensibles à l'infection streptococcique, car ils ne le sont pas tous : le lapin et la souris blanche. On les vaccine par des injections ménagées de cultures de bacille pyocyanique tuées par la chaleur. En cet état, ils restent insensibles à de fortes injections de cultures vivantes de bacille pyocyanique, mortelles pour des témoins. Les expériences de Bouchard, Louis et Charles Fortineau montrent qu'ils sont également insensibles à des inoculations de bactéridie charbonneuse. A de tels animaux, on inocule : dans la veine pour les lapins, dans le péritoine pour les souris blanches, des streptocoques virulents à dose minima mortelle, vérifiée chez des témoins (1). Les expériences aboutissent constamment à ce résultat : les souris blanches vaccinées meurent en même temps que les témoins ; la vaccination au bacille pyocyanique ne les avait en rien immunisées contre l'infection streptococcique. Quant aux lapins, ils succombent plus tôt que les témoins ; ils meurent à des doses qui ne tuent pas, ou très tardivement, des lapins neufs. Ainsi, vis-à-

(1) Le détail des expériences se trouve dans la thèse de Carrot : « Etude expérimentale sur l'antagonisme du Bacille pyocyanique et du Streptocoque », Nancy 1925.

vis du lapin, la vaccination pyocyanique n'immunise pas et même sensibilise à l'infection streptococcique. Nous avons à plusieurs reprises répété les expériences avec des résultats toujours identiques.

Avant l'inoculation d'épreuve on peut, du reste, rechercher si l'organisme des animaux réagit à l'antigène pyocyanique par des réactions anticorps vis-à-vis des streptocoques. Mais leur sérum, agglutinant vis-à-vis du bacille pyocyanique et possédant vis-à-vis de ce même bacille pyocyanique des opsonines, n'est aucunement agglutinant et ne renferme aucune opsonine vis-à-vis du streptocoque. De même le sérum d'un sujet humain, ayant subi des injections de vaccin pyocyanique ne renferme ni agglutines, ni opsonines valables contre le streptocoque.

De cette première série de recherches expérimentales on peut donc conclure avec netteté : que les cultures tuées de bacille pyocyanique, pures ou mêlées à d'autres germes, comme il en est dans le vaccin de DELBET, sont incapables de provoquer une immunisation active collatérale vis-à-vis du streptocoque.

***

Toutefois l'antagonisme entre le bacille pyocyanique et le streptocoque, s'il ne s'exerce pas par l'intermédiaire de l'organisme, peut s'exercer par contact direct lorsque les deux microbes se trouvent végétant côte à côte, dans une plaie ou dans un tube de culture. Ainsi pourrait se trouver justifiée l'ancienne observation que les plaies à pus bleu sont de bon pronostic, parce que le bacille pyocyanique y neutraliserait les streptocoques qui peuvent s'y trouver. EMMERICH autrefois avait soutenu qu'il en était ainsi. Plus récemment DELBET, SIHLOL ont déposé sur des plaies à streptocoques des cultures de bacille pyocyanique, et ont constaté qu'une amélioration notable pouvait être observée. Il est aisé, par des expériences systématiques faites *in vitro*, de vérifier ce point.

On peut ainsi se rendre compte que si l'on ensemence dans un même tube de bouillon du bacille pyocyanique et du streptocoque, au bout de quelques jours le streptocoque se raréfie et l'on ne peut isoler que de rares colonies de ce germe. D'autre part, si l'on ensemence du streptocoque dans un tube de bouillon où le bacille pyocyanique se cultive depuis quatre jours au moins, on constate que le streptocoque ne se développe pas ou à peine. Cette dernière série d'expériences rapprochée de la première montre que les streptocoques ne sont pas gênés d'emblée par le voisinage du bacille pyocyanique. Il faut un délai de trois ou quatre jours pour que le bacille pyocyanique exerce son antagonisme. Et ce délai semble correspondre à l'apparition dans les cultures d'un produit soluble : d'une « toxine pyocyanique » terme préférable à celui de « pyocyanase » dont sens est un peu spécial.

Cette hypothèse, à savoir que la toxine pyocyanique est la clef de l'antagonisme exercé par contact entre bacille pyocyanique et streptocoque, se vérifie aisément. Une culture de bacille pyocyanique en bouillon âgée de quatre jours puis filtrée, se montre, à doses relativement faibles, ajoutée à du bouillon, hostile au développement de streptocoque.

Mais la toxine pyocyanique n'est pas seulement empêchante pour le streptocoque ; à faibles doses elle restreint le développement de ce germe. Les colonies, qui malgré tout apparaissent, sont des colonies de streptocoques atténués dans leur virucence. On peut donc, suivant la quantité de toxine lpyocyanique ajoutée à un bouillon de culture de streptocoques, tuer les streptocoques, réduire leur développement ou atténuer leur virulence. Expéimentalement tous ces points peuvent être véri-és.

Ils peuvent même être vérifiés sur l'homme. C'est ainsi que sur un malade présentant de l'echtyma, nous avons constaté que sur quatre ulcérations se trouvaient, dans le pus, des streptocoques. Sur une des quatre plaies, la plus large, nous avons appliqué des pansements à la toxine pyocyanique, pendant que les trois autres étaient traitées par le Dakin. Après vingt-quatre heures on constatait déjà que le pus de la lésion traitée par le filtrat était moins riche en streptocoques que celui des autres plaies ; en une dizaine de jours, la cicatrisation était obtenue, alors que les plaies traitées par le Dakin étaient toujours suppurantes.

Cette action si nette du filtrat pyocyanique sur la vitalité et la virulence du streptocoque suppose un contact direct ; car l'injection du filtrat ne vaccine pas et ne guérit pas l'infection streptococcique expérimentale.

***

Les conclusions auxquelles conduit une étude sur l'antagonisme bacille pyocyanique-streptocoque n'offrent sans doute pas en elles-mêmes un très grand intérêt ; du moins contribuent-elles à justifier le fait d'observation que le pus bleu est de bon pronostic. L'application pratique qui en résulte, l'efficacité d'un pansement local de fil-

trat pyocyanique sur les plaies à streptocoques, ne représente pas un progrès thérapeutique d'importance majeure. EMMERICH avait, du reste, proposé de telles applications dans les angines, l'érysipèle, etc., applications peut-être plus méconnues qu'elles ne le mériteraient. Par contre ces recherches sont liées à une question toute d'actualité et bien incertaine : celle du mode d'action des vaccins.

Comment, en effet, agit le vaccin DELBET dans les infections streptococciques ? Les hypothèses sont nombreuses ; mais elles peuvent être toutes rattachées à deux idées générales : le vaccin agit de façon spécifique — ou bien le vaccin agit de façon non spécifique, par exemple par choc.

Initialement, on pensait que les vaccins agissaient toujours de façon spécifique. Un microbe tué pénétrant dans l'organisme, devait se comporter comme un « antigène » et provoquer ou intensifier l'apparition de ces anticorps spécifiques, dont l'ensemble constitue l'immunité, l'immunité spécifique valable seulement vis-à-vis de l'infection correspondante. Ainsi le vaccin staphylococcique réussit pleinement dans maints cas de furonculose (à staphylocoques), et ce vaccin-là seulement. Déjà, cependant, en ce qui concerne le vaccin DELBET et l'infection streptococcique, la doctrine spécifique paraissait compromise, de ce seul fait qu'un vaccin identique, mais renfermant uniquement des streptocoques, se montrait moins efficace. Cependant si la spécificité était en cause, comment un vaccin polymicrobien serait-il plus actif qu'un vaccin ne renfermant que le microbe antigène correspondant ? La doctrine toutefois pouvait se maintenir par l'hypothèse d'un antagonisme bacille pyocyanique-streptocoque, le bacille pyocyanique se comportant comme un antigène facteur d'anticorps actifs non seulement vis-à-vis de lui-même, mais encore vis-à-vis du streptocoque. L'hypothèse pouvait s'appuyer sur l'histoire de l'antagonisme pyocyanique-charbon, puisqu'une injection de filtrat pyocyanique ou de vaccin pyocyanique prévient le charbon, et même le guérit.

C'est ici où les expériences que nous avons rapportées, pour négatives qu'elles soient, offrent un certain intérêt. Elles achèvent, semble-t-il, de dépouiller l'action du vaccin DELBET dans la streptococcie de tout caractère spécifique. Puisque le bacille pyocyanique ne provoque pas, de la part de l'organisme, de production d'anticorps vis-à-vis du streptocoque, que ce dernier, lui-même et seul, ne le peut guère, que le staphylocoque n'agit pas non plus de cette sorte, on se trouve donc bien conduit nécessairement à admettre qu'une autre hypothèse doit être envisagée. Laquelle ? On ne le sait encore avec précision. Mais c'est probablement en abandonnant l'hypothèse de la spécificité que l'effet de ce vaccin pourra être expliqué. Rappelons que DELBET lui-même suppose que son vaccin agit surtout par « choc ». Et l'on sait combien, aujourd'hui, non seulement en matière de vaccin, mais encore en matière de sérum, la notion de « choc » tend à restreindre le domaine de la spécificité.

Enfin, on peut encore remarquer que dans les expériences que nous avons rapportées, si l'on constate l'inefficacité des injections de vaccin pyocyanique dans la prévention de la streptococcie, on s'aperçoit par contre de l'efficacité des filtrats appliqués localement sur la plaie. Ainsi semblerait se vérifier sur ce point encore la thèse de BESREDKA sur l'immunité locale. C'est une notion dont on sait tout l'intérêt à la fois théorique et pratique.

Toutefois, il importe de remarquer que l'action du filtrat pyocyanique sur les plaies à streptocoques, se sépare des autres vaccinations locales vraies pratiquées avec des filtrats streptococciques ou staphylococciques, etc... sur des foyers d'infection locale, au moins en ceci qu'elle n'a rien de mystérieux. Pourquoi, en effet, un filtrat (ou culture tuée) de cultures de staphylocoques mis au contact d'un foyer de suppuration à staphylocoques produit-il une cicatrisation rapide, comme il a été signalé ? On ne le sait pas au juste. Dans le cas du filtrat pyocyanique, au contraire, tout est simple : le filtrat atténue, par contact, la virulence des streptocoques et empêche leur développement. Le filtrat se comporte comme un antiseptique, comme le fait du permanganate ou un hypochlorite. Son efficacité s'explique donc aisément sans que l'on ait à se préoccuper de cette troublante question de l'immunité.

Il nous a semblé que cette courte étude expérimentale était de nature à intéresser les lecteurs du *Journal des Praticiens*, par les suggestions qu'elle évoque.

FORMULES

La boulimie des obèses.

Extrait de jusquiame.	aa 0 gr. 03
Extrait de valériane	
Poudre de racine d'ipéca	0 gr. 02

Pour une pilule n° 2, 2 à 4 pilules par jour.

(J. FORESTIER).

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La maladie d'Addison.

Il existe deux formes de maladie d'Addison, la première avec troubles fonctionnels et qui peut guérir, la seconde avec altérations anatomiques. Elle est fort grave. M. Louis Ramond (*Confér. Clin. Médic.*, IVe série) considère la mort comme habituelle. Jadis nous avons déjà cité l'histoire de ce Juge de Paix de province. Atteint en 1899 d'une mélanodermie qui lui donnait un teint de mulâtre, d'une asthénie musculaire considérable avec troubles dyspeptiques et tachycardie, il se remit complètement et aujourd'hui, soit au bout de vingt-sept ans, est complètement guéri. Sans doute les troubles qu'il présentait n'étaient-ils que d'ordre fonctionnel. Or, à l'origine, il est difficile d'opérer la différenciation entre ce qui est curable et ce qui ne l'est pas. Réservons donc le pronostic.

Ceci dit, le traitement recommandé par M. Louis Ramond recueillera tous les suffrages.

Il comprend : 1° le traitement hygiénique ; 2° le traitement étiologique, s'il se peut ; 3° le traitement pathogénique, s'il est impossible d'atteindre la cause.

1° *Traitement hygiénique.* — Repos absolu au lit. Eviter les contacts morbides, les traumatismes, les opérations. Pas de médications toxiques. Ni strychnine, ni arsenic.

2° *Traitement étiologique.* — S'il y a *syphilis* antérieure, médication spécifique. Des cas de guérison ont été relatés. Régime tonique si le sujet est tuberculeux. La médication spécifique manque dans la *tuberculose*. Dans le *cancer* également.

3° *Traitement pathogénique.* — Il faut l'opothérapie par *extrait total de capsules surrénales*. Le médicament s'injecte sous la peau ou s'administre en ingestion.

Poudre fraîche de surrénales desséchées (de veau ou de mouton). . . . . 0 gr. 10

Il faut de la poudre fraîche. M. E. Gley a montré comment au bout de deux à quatre mois, tous ces produits risquent de perdre leurs propriétés thérapeutiques.

On augmente les doses tant que l'amélioration ne se produit pas. S'il se produit du tremblement, de la glycosurie ou de l'albuminurie, on diminue.

De même si la pigmentation cède et si les forces se relèvent.

L'association d'*hypophyse* à la poudre de surrénales renforce ses effets.

Poudre fraîche de surrénales . . . . . } 0 gr. 10
— d'hypophyse de bœuf. . . }

Pour 1 cachet, 2 à 3 par jour.

La médication sera continuée par périodes de dix jours suspendues par cinq à dix jours d'arrêt. Traiter les troubles digestifs concomitants par une diététique sévère. La poudre suivante, en cas de ballonnement stomacal rendra service.

Craie préparée. . . . . 95 grammes
Phosphate de soude . . . . . 5 —

Une cuillerée à café dans un peu d'eau à 10 heures et à 4 heures.

En plus traitement moral et jusqu'au bout maintenir la confiance dans la guérison.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La saignée.

Il est inutile en général de soustraire plus de 200 gr. à 300 gr. de sang. D'abord, si le sujet est hypertendu, la chose n'est pas sans inconvénients. Un ictus peut se produire (Cl. Vincent), par ralentissement du cours sanguin dans des vaisseaux à lumière rétrécie. S'il s'agit d'un œdème aigu du poumon, le myocarde fatigué, exagère sa détresse du fait de l'émission sanguine surabondante. Et si le sujet est atteint d'une maladie infectieuse, quelle misère de l'exposer aux risques de l'affaiblissement consécutif !

Si bien que l'application d'une huitaine ou dizaine de ventouses scarifiées suffit pour l'ordinaire. Il n'est guère que deux maladies où la saignée moyenne soit requise, en raison de la déplétion sanguine plus rapide qu'elle produit : l'*œdème aigu du poumon* pour soulager le ventricule gauche, les *crises d'urémie* pour éliminer les principes toxiques. Dans toutes les autres affections, une émission sanguine de 100 gr. est suffisante. Nous diviserons donc les maladies au gré des quantités de sang qu'elles devront perdre : 1° maladie où la saignée atteindra 200 à 300 gr. ; 2° maladies où la saignée atteindra 100 gr.

1° *Maladies où la saignée sera de 200 à 300 gr.* — L'*œdème aigu* du poumon est avec l'urémie et l'éclampsie puerpérale l'indication essentielle. Or cet œdème aigu survient dans des conditions diverses : dans l'insuffisance aiguë du ventricule gauche, il éclate chez de sujets forts ou des sujets affaiblis; dans les maladies infectieuses, le malade est toujours déprimé. D'où des quantités variables de sang soustraites. On en laisse couler 300 gr. chez un individu vigoureux ; on s'arrête à 150 gr. chez un épuisé. Dans l'épidémie de grippe de 1918, une grosse erreur était commise. Même en dehors de l'œdème aigu, on pratiquait une saignée abondante suivie de l'injection intra-veineuse de sérum anti-pneumococcique. Les résultats étaient lamentables ; respirant mieux sur l'heure le malade succombait le lendemain. En général, dans l'œdème aigu des maladies infectieuses, l'application de ventouses scarifiées suffit.

Il n'en est pas de même dans les *crises urémiques*. Au début le rénal est coloré et solide. On peut le débarrasser de 300 à 400 gr. de sang. Si la maladie est avancée, des soustractions si abondantes ne peuvent être répétées. Quelques ventouses scarifiées au niveau du triangle de J.-L. Petit et pour décongestionner le rein restent l'unique intervention permise. Même traitement dans l'*éclampsie puerpérale*.. On ne dépassera 300 gr. que si la parturiente n'était pas exténuée préalablement.

2° *Maladie où la saignée n'atteindra pas 200 gr.* — Ici c'est le cortège des maladies toxiques cardiaques, pulmonaires, cérébrales, médullaires, rénales.

a) *Maladies toxiques. L'hypertension artérielle* a souvent été traitée par la saignée. C'est une médication inutile si le rein filtre bien. La saignée calme la dyspnée ; mais si la dyspnée ou d'autres signes urémiques, tels que la céphalée, font défaut, à quoi bon ? Même une saignée de 200 gr. n'abaisse pas une hypertension permanente. Si elle semble la réduire, c'est qu'une crise hypertensive passagère était en jeu. Or, celle-ci, le régime diététique et le repos la calment tout aussi bien. Point n'est besoin d'une émission sanguine. Dans les intoxications *endogènes*, goutte, pléthore, dermatoses diverses ou *exogènes*, intoxication par l'*oxyde* ou le *sulfure de carbone*, l'application de quelques ventouses scarifiées remplit tout son emploi.

b) Dans les affections *cardiaques*, les émissions sanguines sont requises en cas de *dilatation myocardique*. Mais alors, l'organisme lui-même est moins résistant. La saignée générale est inutile. L'application de 6 à 8 ventouses scarifiées sur le foie congestionné fait merveille. De même en cas d'albuminurie marquée, sur la région rénale ou sur la région dorsale s'il coexiste de l'œdème des bronches. En général depuis le régime de réduction, la saignée est moins indispensable. Pas plus que les purgatifs, elle n'a de raison d'être. Aidée du repos au lit, des petites doses de *digitaline* et de la *théobromine* (2 cachets de 0 gr. 50 par jour), le régime de *réduction lacto-hydrique* réalise tous les effets qu'on réclamait jadis du concours des purgatifs et des émissions sanguines. Dans les *endocardites*, *péricardites aiguës*, quelques ventouses scarifiées sur la région précordiale réussissent également. L'*anévrisme de l'aorte* s'en trouve bien si le sujet n'est pas trop bas. Une émission sanguine de 100 gr. toutes les quatre semaines favorise la coagulation du sang dans la poche anévrismale. Joignons les *accidents gravido-cardiaques* qui indiquent des fléchissements myocardiques au cours de la grossesse. Depuis l'emploi des régimes de réduction et de la digitaline à faibles doses subcontinues, ces accidents sont devenus exceptionnels. S'ils se montrent, régime de réduction, digitaline à faibles doses, théobromine, repos au lit et émission sanguine de 100 à 300 gr.

c) L'application locale de *ventouses scarifiées* (3 à 6) atténue ou fait disparaître le point de côté initial de *la pneumonie* ou de *la pleurésie*. Les *congestions* du poumon actives ou passives régressent sous leur application. Les autres *affections pulmonaires* réclament la même médication si une dyspnée et une fièvre vive accompagnent un violent engorgement bronchique (*bronchites*, *apoplexie pulmonaire*).

d) On saigne moins dans les *hémorragies cérébrales*. Nous avons vu qu'un ictus peut éclater après une saignée abondante dans l'hypertension artérielle. L'application de deux sangsues derrière les oreilles est inoffensive et diminue quelque peu la pression intra-cranienne. L'*insolation* est rare : on appliquera quatre sangsues derrière les oreilles. Une saignée générale de 300 gr. sera même pratiquée si le sujet est vigoureux.

Les *méningites*, *myélites aiguës* se contentent de sangsues derrière les oreilles. ou de ventouses scarifiees sur la région lombaire. Les convulsions infantiles se calment par les bains chauds à 39° et le régime hydrique.

e) Les *maladies des reins* réclament les émissions sanguines locales au cours des *néphrites aiguës*. L'élément congestif superposé joue un grand rôle dans les néphrites. Il est combattu par l'application de ventouses scarifiées (6 à 8) au niveau du

triangle de J.-L. Petit. Dans les *néphrites chroniques*, l'influence est la même. Souvent un pronostic trop sombre est porté en pareil cas. Un élément congestif s'est superposé à la lésion organique. L'émission sanguine locale vient à bout de l'élément congestif. La filtration rénale s'opère ; s'il existait de l'azotémie, le chiffre de celle-ci s'abaisse. Et ces émissions sanguines affaiblissant peu, offrent cet avantage de pouvoir être renouvelées au bout de quelques semaines.

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Traitement de la gangrène par artérite chez les diabétiques.

La gangrène des diabétiques a souvent pour cause une oblitération artérielle des artères du membre inférieur. Il suffit pour la dépister de rechercher avec soin les battements de la pédieuse ou mieux d'étudier les oscillations à l'appareil de Pachon. Celles-ci manquent ou sont à peine perceptibles quand il y a oblitération artérielle.

Le régime. — On prescrira un régime exempt d'hydrates de carbone, à moins qu'on administre de l'insuline. Pour notre compte pour réaliser ce régime et en même temps favoriser la diurèse en raison de l'intoxication protéique par les produits d'autolyse nous mettons nos malades pendant la première semaine au régime lacté. On peut aussi avoir recours avec Marcel Labbé et Denoyelle à la cure de légumes verts pendant quelques jours ; et, si la glycosurie résiste, à la *cure de jeûne* trois jours consécutifs, le malade ne prenant que du bouillon de légumes et du café sans sucre. Il en résulte que, non seulement le sucre tombe, mais que l'acidose diminue ; et Marcel Labbé a vu, sous cette seule influence, des menaces de gangrène se dissiper en vingt-quatre heures.

Les médicaments. — Dans tous les cas, on alcalinisera le malade en lui faisant prendre par la bouche la dose quotidienne de 50 à 100 gr. de *bicarbonate de soude*, et cela surtout s'il existe des signes précurseurs de coma diabétique (somnolence, dyspnée).

Le *citrate de soude*, à la dose de 12 à 20 gr. par jour en ingestion, a exercé, chez deux malades de Jean Heitz (*Progrès Médical*, 13 janvier 1926) une action sédative précieuse sur les douleurs qui, en moins de quarante-huit heures, sont devenues tolérables et le sont restées aussi longtemps que la médication a été continuée. On pourra aussi, comme l'ont fait Troisier et Ravina, donner le citrate de soude en injections intraveineuses. Ces derniers auteurs ont usé d'une solution à 30 %, dont ils injectaient 20 cc. tous les jours. Mais cette solution concentrée peut être suivie de rougeurs de la face avec malaise général, et Vaquez préfère se servir d'une solution à 2 %, dont il injecte 250 cc. tous les jours.

L'insuline. — Mais le traitement nécessaire réside dans le traitement par l'insuline. Il faut commencer à notre avis par de hautes doses 20 unités américaines matin et soir (1 cc. d'endopancrine du Pr Ambard) en faisant prendre une demi-heure plus tard un repas avec 100 gr. de pommes de terre de manière à éviter l'hypoglycémie. On continue ces injections en suivant sinon la glycémie du moins la glycosurie. Récemment nous avons vu grâce à ce traitement deux gangrènes diabétiques se limiter et guérir. On doit d'autant plus insister sur l'insuline qu'il peut être nécessaire d'intervenir.

Le traitement local. — Nous sommes d'avis, comme le Pr Marcel Labbé, d'attendre la limitation évidente de la gangrène avant de conseiller l'intervention.

En attendant, on immobilise le membre dans un pansement ouaté ; on l'embaume dans une pommade contenant 50 % de baume du Pérou, ou dans la poudre de Lucas-Championnière. Comme l'a conseillé Dieulafoy, il y a avantage à pratiquer localement des douches d'air chaud à 120° deux fois par jour, en recouvrant les parties restées saines de compresses humides. Delherm estime que cette pratique hâte la formation du sillon d'élimination ; et il y associe, même à cette période la diathermie.

Le traitement chirurgical. — Dans le diabète, nous repoussons contrairement à Jean Heitz, la pratique de la sympathectomie périfémorale. L'opération de Leriche si utile dans le traitement des oblitérations artérielles dans la gangrène sénile, est dangereuse chez les diabétiques en raison de l'importance du traumatisme.

En cas de gangrène humide, ou quand la gangrène sèche paraît s'étendre par des traînées lymphangitiques, ou encore lorsque la gangrène sèche a frappé un segment de membre trop considérable et qu'on peut craindre l'intoxication de l'organisme par les toxines résorbées, il faut se résigner à l'*amputation*.

Si le malade n'a pas été soumis à une diète sévère les jours précédents, il faut accompagner

l'intervention de la cure de jeûne avec des injections d'insuline.

Le point délicat de l'intervention consiste à reconnaître le niveau où doit être pratiquée l'amputation. Pour cela, le renseignement le plus important est celui qui déterminerait le niveau où l'artère a été oblitérée. Il est des cas simples où des oscillations sensiblement normales aux deux genoux, s'abolissent par exemple brusquement à la partie supérieure du mollet : c'est alors à ce niveau qu'il faut amputer même si les téguments paraissent normaux jusqu'au voisinage du cou-de-pied : car, en amputant à la partie inférieure de la jambe, on risquerait de voir se sphacéler les lambeaux.

De toute manière, une précaution utile sera de pratiquer, en même temps que l'opération, une sympathectomie périfémorale dans le but d'obtenir une vaso-dilatation même transitoire de l'extrémité du membre, et de favoriser ainsi la cicatrisation de la plaie opératoire.

Mais il est des cas où l'appréciation du niveau où l'opération doit être pratiquée est très délicate : par exemple, lorsqu'une lésion artérielle haut placée a oblitéré ou rétréci l'aorte abdominale ou l'origine des iliaques. Ils peuvent, au contraire, avoir gardé leur perméabilité intacte, le sang y circulant par un courant uniformisé réduit, mais qui est resté longtemps suffisant pour assurer la nutrition des tissus. Vaquez, Mauclaire et R. Giroux ont publié récemment des faits démonstratifs à ce point de vue.

Ainsi en se fondant uniquement sur l'abolition des oscillations sur toute la hauteur du membre le chirurgien risquerait d'amputer beaucoup trop haut. Il faudrait savoir le niveau où s'est constitué le nouvel obstacle, responsable de l'apparition des phénomènes ischémiques.

Sicard, de Gennes et Coste (*Soc. médic. des hôp.*, 31 oct. 1924) déterminent en pareils cas le point où l'artère s'est oblitérée, en injectant au-dessus du niveau présumé de la thrombose un centimètre cube de lipiodol sous anesthésie locale ; une radiographie, pratiquée quelques instants plus tard, montre le lipiodol arrêté sous forme d'un disque allongé, opaque, au-dessus du caillot oblitérant. Ce procédé, précieux en cas de thrombose surajoutée à une sténose haut située, ne donne toutefois aucun renseignement lorsque les vaisseaux de l'extrémité sont restés perméables jusqu'aux artérioles, ce qui arrive quelquefois.

Après l'intervention, qui doit être aussi courte que possible, on répétera les injections bi-quotidiennes d'insuline jusqu'à cicatrisation complète, tout en maintenant le régime alimentaire approprié.

PÉDIATRIE PRATIQUE

Les rhinites du nourrisson.

Le nouveau-né est particulièrement exposé au coryza. **La rhinite aiguë** est sa première maladie, écrit Terracol (1) dans un intéressant travail. Pendant l'accouchement, les fosses nasales s'emplissent des sécrétions rencontrées tout au long de la filière pelvienne ; or, le mucus nasal est encore peu bactéricide, et l'organisme, non vacciné, est sensible aux variations de température, notamment au froid. L'affection débute brusquement, vers la fin de la première semaine ou dans le cours de a deuxième, par des éternuements. La « goutte nasale » apparaît : limpide et fluide au début, la sécrétion devient rapidement glaireuse et trouble ; elle irrite et rougit le pourtour des narines et la lèvre supérieure. En six à neuf jours, tout rentre dans l'ordre.

Ce type clinique est le plus simple, mais souvent l'écoulement devient franchement purulent et l'obstruction nasale est complète. Obstruction redoutable, car la tétée devient rapidement impossible, la succion exigeant la parfaite perméabilité nasale. Le nourrisson fait des efforts désespérés, quitte le sein en criant, puis le reprend, se congestionne, se cyanose. Quelquefois une violente quinte de toux le secoue tout entier, et, ses muscles respiratoires se fatiguant vite, il anhèle et asphyxie. Dans les cas graves, la mort peut survenir en quatre à cinq jours. L'agent microbien est variable, mais la forme streptococcique domine, et elle est la plus grave.

Les complications sont fréquentes : il n'est pas de rhinite sans adénoïdite; l'otite évolue parallèlement, d'une manière à peu près constante, le spasme laryngé n'est pas rare. Enfin et surtout, l'infection nasale « descend », et l'on voit apparaître des broncho-pneumonies, pseudo-lobaires ou à foyers disséminés, souvent mortelles.

Le diagnostic n'est pas toujours facile. Il faut éliminer la rhinite gonococcique, qui apparaît dès la naissance et coexiste avec l'ophtalmie : une coloration au Gram est décisive. Il faut surtout penser au coryza syphilitique, lequel est plus tardif (3e semaine environ) et rarement isolé : les plaques muqueuses, le pemphigus, etc. l'accompagnent.

Le traitement de la rhinite aiguë du nourrisson est un traitement d'urgence. La vie est en danger ; il faut désobstruer le nez.

(1) *La Pédiatrie Pratique*, 5 mars 1926.

Les procédés sont multiples, mais plusieurs doivent être proscrits : ainsi, la douche nasale liquide ou la douche sèche sont difficiles à pratiquer et ne remplissent pas leur but ; de plus, elles chassent vers la trompe d'Eustache et vers le larynx les sécrétions nasales septiques. L'écouvillonnage du nez avec des porte-coton doit être interdit.

L'appareil de choix pour aspirer les mucosités est le mouche-bébé d'Escat, qui se compose d'une ampoule en verre dont le bout libre se termine par une extrémité conique destinée à être engagée dans la narine. Le pôle opposé, fermé, est traversé par un tube de verre clos, mais pourvu d'un œillet latéral et plongeant dans l'ampoule. Une poire élastique destinée à faire le vide dans l'ampoule est adaptée à ce pôle. Le maniement est simple. Le vide étant réalisé par la compression de la poire, l'embout libre est introduit dans la narine, et la poire décomprimée, revenant sur elle-même, aspire les mucosités. La manœuvre est renouvelée plusieurs fois par jour, surtout avant les tétées.

Les instillations d'adrénaline sont utiles (Laurens).

Chlorhydrate d'adrénaline à 1/1000. .	1 gramme
Sérum artificiel	30 grammes

(Une ou deux gouttes dans chaque narine quelques minutes avant la tétée, après aspiration des mucosités.)

On assurera la désinfection nasale par des instillations. *Le menthol, dangereux pour les nourrissons, doit être sévèrement proscrit* : il est responsable d'accidents graves ou même mortels, par spasme glottique.

Le nourrisson supporte mal les pommades ; la glycérine, en raison de l'exosmose qu'elle provoque, serait préférable, mais elle n'est pas toujours tolérée. Mieux vaut utiliser les sels d'argent, principalement le collargol à 1/50, le nourrisson sera étendu sur le dos : on aspirera les mucosités et on instillera IV ou V gouttes dans chaque narine, deux fois par jour, soit avec une seringue soit avec la cuillère de Marfan. On aura soin de prévenir l'entourage que les selles seront noires et que le linge taché sera endommagé. Les narines seront enduites extérieurement soit de vaseline, soit d'une pâte à l'oxyde de zinc ou de la pommade recommandée par Portmann :

Camphre pulvérisé	0 gr. 05
Lanoline	3 gr.
Vaseline.	15 gr.

Le bébé sera maintenu assis, au chaud, avec des bottes d'ouate.

Malgré cette thérapeutique, la mortalité restera élevée (15 morts sur 20 cas dans une statistique de Hybord). Le coryza purulent présente une particulière gravité : d'abord limpide et séreux, l'écoulement nasal devient rapidement épais, verdâtre et purulent. L'état général est mauvais, la température élevée (39° à 41°). La mort survient rapidement, par broncho-pneumonie dans 50 % des cas.

Des mesures prophylactiques sont à conseiller : le mouchoir qu'emploient souvent les mères pour essuyer le nez de leurs bébés est un agent redoutable de contagion.

Le coryza membraneux du nouveau-né, dont l'origine bactériologique est discutée, est une rhinite caractérisée par une obstruction nasale très accusée, et par un écoulement séro-purulent irritant l'orifice narinaire. La muqueuse nasale est rouge, épaissie, et tapissée par de fausses membranes fibrineuses. Brindeau recommande la sérothérapie antidiphtérique à titre préventif.

La rhinite purulente gonococcique du nouveau-né, qui a son origine dans une vulvite maternelle, débute dès le lendemain de la naissance. L'écoulement est abondant, jaune-verdâtre et sanguinolent. La goutte nasale a la ténacité de la goutte uréthrale : dans sa forme la plus simple, l'affection dure de un à deux mois. Le pronostic est grave, car le nourrisson ne peut supporter une obstruction nasale prolongée et les complications pulmonaires sont fréquentes. Des instillations de nitrate d'argent à 1 p. 100 dans les fosses nasales sont indiquées à titre prophylactique. Le traitement consiste dans l'aspiration des sécrétions et l'instillation de sels d'argent. La galactothérapie, la sérothérapie et la vaccination antigonococcique doivent être employées, malgré leurs résultats variables

La rhinite syphilitique du nourrisson est une maladie grave ; l'obstruction nasale est très accusée, la sécrétion nasale devient rapidement muco-purulente et fétide ; des croûtes brunâtres adhérentes obstruent l'orifice narinaire rapidement fissuré ; la muqueuse est épaissie, infiltrée, ulcérée. L'adénopathie cervicale n'est pas rare.

Tandis que le coryza simple est ordinairement modifié par les instillations, le coryza syphilitique résiste. L'onguent napolitain en frictions cutanées et la liqueur de Van Swieten réussissent mieux que la médication arsenicale.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le fer réduit dans la thérapeutique des anémies.

Le fer métallique et en particulier le fer réduit par l'hydrogène ont pendant longtemps été considérés comme de mauvaises préparations. On leur reprochait leur absorption difficile, le fer réduit étant insoluble devait logiquement ne pas être absorbé et ne posséder aucune influence thérapeutique. L'iodure, le lactate, le protoxalate étaient devenus les médicaments préférés, parce que peu facilement solubles et par là plus facilement absorbées. Tout traitement était donc orienté par la notion de solubilité. Mes études sur les absorptions leucocytaires et sur leurs oxydases n'avaient fait revenir nettement au fer réduit et justement à cause de son insolubilité. Le fer est absorbé, en effet, sans être forcément solubilisé, les leucocytes, les phagocytent et le transportent avec ou sans absorption sur leur lipoïdes. Et c'est par cette absorption que l'on peut qualifier de particulaire que le fer atteint le plus facilement, les antres de l'oxydation organique que sont les granulations leucocytaires. L'expérience m'avait montré le bien fondé de cette manière de voir et mon élève Bedejaray dans sa thèse de 1924, observait les mêmes résultats. Le fer à mon avis est un médicament qui n'agit pas par sa masse, c'est un metteur en train de l'oxydation organique par l'intermédiaire des oxydases leucocytaires.

Je trouve dans un travail Stalo Sacchetto (*Arch. de Patologia e Clinica médica, fasc.* 6, *déc.* 1925) une confirmation de notre opinion réfutant les interprétations hâtives de Wipple et Robscheit. Ces auteurs ont en effet, prétendu que le fer inorganique n'était point absorbé. Sachetto apporte à l'appui de son opinion, les controles histologiques et microchimiques, par des expériences sur le chien. Il confirme la réalité de l'assimilation du fer inorganique par la bouche. Ce fer est absorbé et vient se fixer de préférence sur les leucocytes du système réticulo-endothelial. On en trouve encore dans les organes de l'appareil hématopoïetique. Cette réserve de fer est utilisée au fur et à mesure des besoins de l'organisme. Il en est de même de beaucoup d'autres absorptions. digestives, la théorie de l'osmose à la base de l'absorption digestive est une erreur. Lœper et Marchal ont montré combien l'afflux leucocytaire est facile dans ce qu'ils ont appelé les leucopédèses digestives, les leucocytes sécrètent des ferments, mais aussi ils peuvent phagocyter et traverser l'épithelium intestinal avec leur charge. Cette absorption particulaire explique l'efficacité des médicaments insolubles.

Noël Fiessinger.

THÉRAPEUTIQUE QUOTIDIENNE

Le traitement abortif de l'urétrite blennorragique.

Un traitement abortif, c'est-à-dire qui arrête immédiatement l'infection, n'est possible à réussir que lorsque les couches profondes de la muqueuse ne sont pas envahies. Cette période est minime et, dans la pratique, on estime qu'après trente-six heures d'écoulement on n'obtient guère de résultat positif. On trouve peu de malades dans ces conditions favorables, car si le début de l'infection caractérisée par une sécrétion urétrale peu abondante contenant du gonocoque, par de la rougeur et de l'œdème du méat, avec absence de douleur à la miction semble remonter à moins de vingt-quatre heures, la durée de l'incubation est bien variable. De plus, on ne trouve aucun critérium bactériologique permettant de pouvoir compter sur l'efficacité d'un traitement abortif.

Lavenant (*Journal médical français*, mars 1926) montre combien ces conditions entravent l'efficacité du traitement abortif.

L'essai des traitements abortifs est ancien. Rappelons : celui de Diday avec le nitrate d'argent, qui est encore employé. Injection dans l'urètre antérieur d'une solution de 1 à 5 p. 100 à garde un quart d'heure, celui de Motz qui préconise une instillation de nitrate à 2 p. 100 suivie douze heures après d'un lavage au permanganate à 1 p. 1.000.

Les résultats de ces méthodes ont été souvent heureux, mais les réactions violentes provoquées, la douleur, des urétrorragies, de la rétention d'urine les ont fait abandonner.

L'emploi des grands lavages au permanganate, de Janet, a remplacé avantageusement les pratiques précédentes.

Pendant les deux premiers jours, laver l'urètre antérieur à douze heures de distance avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 1.000 ou 1 p. 4.000, suivant l'acuité des symptômes. Le troisième jour, lavage à 1 p. 2.000, le quatrième à 1 p. 4.000 en augmentant alors le taux de la solution pour arriver au huitième jour à une solution 1 p. 500. Les doses indiquées sont souvent irri-

tantes et GUIARD et LEBRETON ont employé des doses plus faibles, ce dernier faisant d'emblée le lavage des deux urètres avec une solution à 1 p. 10.000.

En employant l'argyrol, JANET a modifié ainsi sa technique : lavages de l'urètre antérieur deux fois par jour avec une solution à 2 p. 1.000 faisant suivre chaque lavage d'une injection à 20 p. 100 à garder dix minutes. Autant que possible, le malade ne devra uriner que longtemps après les séances. Le traitement dure de cinq à six jours.

Les solutions de sels d'argent organiques, moins douloureuses et moins irritantes que le nitrate et le permanganate, sont préférées à l'heure actuelle.

CARLE, de Lyon, préconise trois injections quotidiennes d'une solution de protargol à 2 p. 100 pendant trois jours, puis d'une seule pendant les jours suivants. On peut reprocher au protargol la réaction qu'il provoque et l'écoulement abondant qui masque les effets thérapeutiques.

A l'argyrol revient ce grand avantage qu'il est une substance non caustique et très efficace. On emploie de l'argyrol français ou un composé argento-cuivreux, le phytol.

DE SARD fait deux injections par jour pendant cinq minutes avec une solution à 10 p. 100 après avoir soigneusement désinfecté le gland et le méat.

Le chlorhydrate de diamino phenyl acridine du gonacrine est un antiseptique puissant. LUYS en emploie des solutions de 1 p. 5.000 à 1 p. 1.000 pour faire deux lavages par jour.

LAVENANT rejette le procédé de l'écouvillonnage du canal. Les pansements urétraux avec application dans la fosse naviculaire d'une mèche imbibée de pommade au sublimé ont été employés par BOUREAU.

On a aussi conseillé en même temps que les injections urétrales de protargol de faire des injections intra-veineuses d'une solution de glycose à 50 p. 1.000 (SHOLTZ et RICHTER).

Ces traitements nécessitent un contrôle bactériologique quotidien. Quand la disparition des gonocoques est obtenue, il faut encore continuer le traitement pendant plusieurs jours. La moyenne des statistiques de guérison est d'environ 30 p. 100. Mais comme, le remarque LAVENANT, c'est à condition de ne pas voir les sujets trop tard.

Si ce traitement ne réussit pas, il n'en reste pas moins un moyen d'attaque qui, continué par les grands lavages, aura abrégé la durée de l'affection.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La nécessité de reviser la classification des maladies de l'appareil digestif de la première entance. — M. Angel ARALLE (de La Havane).

Une théorie de l'audition. — M. BONAIN (de Brest).

L'activité pharmaco-dynamique de l'ergotanine cristallisée et de l'ergotamine cristallisée. — M. Raymond HAMET.

Rapports : **Sur les travaux hydrologiques envoyés à l'examen de la Commission des Eaux minérales.** — M. CARNOT.

27 juillet.

CORRESPONDANCE

Le sérum antitétanique dans le tétanos.

Je lis dans le numéro du *Journal des Praticiens* du 10 juillet, au cours de l'article signé (Zœller) sur La thérapeutique curative des maladies infectieuses, les lignes suivantes : « L'action du sérum antitétanique est beaucoup plus aléatoire et *presque nulle* quand le tétanos est déclaré ». Or, en décembre dernier, à l'hospice de Fumel, mon confrère, le Dr Cassagne, a traité et guéri, pour tétanos confirmé, un homme de 28 ans qui depuis a repris son travail et va très bien. Cet homme, à la suite d'une blessure de la plante du pied gauche par un clou, avait fait un tétanos typique avec trismus rendant l'alimentation très difficile, contracture des muscles de la face, opisthotones, et pendant plusieurs jours début de contracture des muscles inspiratoires.

Dès le diagnostic posé, une injection de 60 cc. de sérum antitétanique intrarachidienne fut pratiquée après évacuation de 60 cc. du liquide céphalo-rachidien.

Les jours suivants la contracture des muscles vertébraux empêcha la ponction lombaire. Pendant trois semaines on fit chaque jour de 40 à 60 c. c. de sérum intra-veineux. Ce ne fut qu'après ce temps que les symptômes s'amendèrent brusquement, le malade quitta l'hôpital environ un mois après son entrée, et actuellement est en très bonne santé et n'a jamais eu d'accident sérique.

Dr D.

BIBLIOGRAPHIE

La tuberculose pulmonaire latente, par J. RIEUX, *Médecin-Inspecteur, Ancien Professeur au Val-de-Grâce.* — Avec XII planches hors texte. — Paris, Gaston DOIN, édit., 1 vol. in-8. Prix : 32 francs, (Maj. de 20 %).

Une monographie d'ensemble sur la tuberculose latente n'existait pas. Rien de plus important, toutefois, qu'une étude fortement poussée sur ces signes, avant-coureurs d'une maladie grave. Un double écueil jusqu'aujourd'hui attendait les médecins. Ou le diagnostic de tuberculose était tardivement posé, ou quand on parlait de tuberculose latente, c'était sur la foi de données imprécises qui couvraient une erreur.

Ayant adopté une méthode qui multiplie les voies lumineuses, M. J. RIEUX est arrivé à associer leurs clartés pour l'établissement de conclusions fermes. Une quatruple direction permet d'atteindre le but : la *clinique* qui pose plus souvent le problème de la tuberculose qu'elle ne le résoud ; la *bacilloscopie* qui, en dépit de ses résultats souvent négatifs, doit être renouvelée fréquemment dans ses méthodes d'examens ; la *réaction de fixation* avec un antigène tuberculeurx ; la *radioscopie*. La bacilloscopie demeurant négative, le concours de la clinique, de la réaction de fixation à la tuberculose et de la radiographie suffit à orienter le diagnostic. Si les trois procédés d'investigation sont concordants, les plus grandes présomptions s'ouvrent en faveur de la tuberculose latente. M. J. RIEUX depuis 1919, a procédé à des recherches étendues qui confirment la valeur de cette notion primordiale. Quant au pronostic de la tuberculose pulmonaire latente, il doit être réservé. Favorable dans ses conséquences immédiates, il apparaît plus ou moins sombre quant à l'avenir. Mais une évaluation précise des risques échappe à l'estimation. Le degré de latence, de la lésion tuberculeuse ne peut être affirmé en formules absolues. Tout ce que l'on peut dire, c'est que les reliquats calcifiés de la tuberculose pneumoganglionnaire de l'enfance, expose à des périls moindres.

Ce beau livre, fruit de longues recherches poursuivies avec un esprit de continuité, sagace à la fois et toujours attentif, fait avancer d'un pas considérable l'étude de la tuberculose pulmonaire latente. Il fait honneur à la fois à son auteur, le Pr RIEUX et à cette Ecole du Val-de-Grâce, d'où sortent tous les ans des phalanges de jeunes médecins doués des plus hautes aptitudes.

Diathermie et diathermothérapie, par M. le H. Dr BRODIER, *Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.* — Préface de BERGONIÉ, 3e édition, 1926. — 1 vol. in-8° de 600 pasges avec fig. Prix : 45 fr. (*Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris*).

Troisième édition de cet excellent livre. Les méthodes diathermiques, à peine connues en France il n'y a pas plus de cinq ans, sont aujourd'hui partout hautement prisées et appliquées, grâce au livre du Pr BORDIER. Cette 3e édition, tout en suivant le plan général des deux précédentes, a été encore profondément remaniée, modifiée et complétée dans toutes ses parties. Avec cela des figures particulièrement démonstratives, et qui parlent aux yeux. Ecrit dans le style alerte, ce livre se lit aisément et avec grand profit.

En le fermant, chacun applaudira à cette entrée triomphale de la diathermie dans le champ thérapeutique.

Précis de Radiothérapie profonde, par Iser SOLOMON, *Radiologiste à l'Hôpital Saint-Antoine.* — Préface du Dr A. BÉCLÈRE, *membre de l'Académie de Médecine.* — Un volume de 512 pages, avec 174 figures (MASSON et Cie, éditeurs).

Véritable traité à l'adresse non seulement des radiologistes, mais aussi et surtout des médecins, chirurgiens, gynécologues, pour lesquels la radiothérapie est devenue une arme indispensable.

La première partie est consacrée à la technique radiothérapique, la 2e partie, très importante, traite des applications cliniques. Pour chacune des affections on saura quand il faudra intervenir, comment, quelle technique il faudra suivre.

Il fallait pour réaliser ce travail une connaissance approfondie du domaine si vaste de la pathologie et une longue expérience de cette methode de traitement.

M. Solomon n'a manque ni de l'une ni de l'autre. Son livre est excellent.

Cancer de l'utérus par J.-L. FAURE, *Professeur à la Faculté de Médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Broca.* — Un volume in-8° de 232 pages avec 113 figures dans le texte et 4 planches hors texte. — Gaston DOIN, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris (6e). — Prix : 20 fr.

Ce livre est un travail original.

La question si controversée du traitement par le radium est sérieusement exposée. L'auteur ne cache pas sa préférence pour l'hystérectomie large. qui lui a donné de très beaux résultats. La technique en est donc complètement étudiée. De nombreuses figures permettent de la suivre dans tous ses détails. Une place importante est faite à la question du drainage de Michulicz, dont l'emploi systématique a complètement transformé la question en réduisant la gravité opératoire.

Ce bel ouvrage constitue le cinquième volume paru dans la *Bibliothèque du Cancer*, dirigée par les Prs HARTMANN et BÉRARD.

Les Feuillets du Pédiâtre (1re *série*), par le docteur Germain BLECHMANN, *ancien Chef de clinique à l'Hospice des Enfants-Assistés.* Préface de M. le Docteur J. NOIR. — Un volume in-16 de 150 pages. — Prix : 10 francs. — Gaston DOIN et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e). — R. C. Seine N° 38.954. — Chèques postaux N° 201.74.

Série de consultations (au nombre de 60) qui répondent à des questions courantes.

C'est court, pratique, exposé simplement. Petit livre utile et dont les conseils sont d'application quotidienne.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. FIESSINGER
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Le syndrome de l'hémorragie dans le corps vitré et de l'hémorragie cérébrale

Par le Dr A. Terson,

Ancien interne des hôpitaux,
Ancien chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu.

Il semble qu'au cours d'une hémorragie intra-crânienne, l'examen du fond de l'œil devrait toujours donner des résultats positifs et intéressants, réaliser une véritable *cérébroscopie*, selon le nom que Bouchut donnait, avec un enthousiasme souvent, mais non constamment justifié, à l'ophtalmoscopie.

En réalité, l'on observe, et nous avons observé quelquefois, en pareil cas, un engorgement des veines rétiniennes, un œdème du disque optique, des hémorragies rétiniennes de forme, de nombre et de siège variés, mais dans un nombre restreint de cas. Ce qui est le plus fréquent, c'est une amblyopie assez forte, sans lésions perceptibles à l'endoscopie la plus soignée. Ordinairement cette amblyopie se dissipe lentement : la vision, de loin et de près, s'améliore et redevient même normale. On peut cependant, très exceptionnellement, voir le nerf optique atteint d'une atrophie peu à peu complète.

En somme, dans la majorité des cas d'hémorragie cérébrale, les troubles fonctionnels, portant sur l'acuité visuelle et le champ visuel, donnent lieu à plus de constatations que les troubles objectifs, lésionnels et visibles à l'endoscopie.

Mais il est une éventualité frappante, typique, dont nous avons, autrefois, longtemps poursuivi l'observation, publiée sous un titre très explicite (1), mais que peu d'auteurs ont cependant citée ou connue. C'est celle d'un sexagénaire **à la fois** atteint d'une hémorragie *cérébrale* et d'une hémorragie *intra-oculaire centrale*, transformant *le corps vitré* en un véritable *hématome*.

L'épanchement, aussi complet que dans l'hémorragie intra-oculaire récidivante dite « des jeunes sujets », mit beaucoup plus de temps à se résorber. Depuis 1900, divers travaux et spécialement ceux de Dupuy-Dutemps (2), de Riddoch et Goulden (1), ont donné de nouvelles observations de ce syndrome, dont j'ai, le premier je crois, décrit la forme *spontanée*, et Talko la forme traumatique.

Or, cette question n'intéresse pas seulement les ophtalmologistes, d'abord pour sa comparaison si instructive avec l'hémorragie intra-vitréenne profuse des *adolescents*, ensuite pour ses rapports avec l'hématome des *gaines* du nerf optique, mais, en outre, les neurologistes et tous les médecins pour sa valeur diagnostique dans les diverses formes d'hémorragies intra-crâniennes spontanées.

Je résume mon observation parue en 1900, comme preliminaire :

« Homme de 60 ans, garçon de recettes, souvent atteint de rhumatisme articulaire important : cœur cependant normal. Pas de syphilis, acquise ou héréditaire, démontrable. En février 1898, hémiplégie complète gauche, paralysie faciale inférieure droite. Coma. Le malade, quand il reprend connaissance, constate que son œil droit ne voit plus rien. A l'endoscope, l'œil droit est bondé de sang : l'œil gauche est absolument normal. L'hémiplégie s'amende lentement, sans disparaître tout à fait. L'*œil droit met plus de dix mois à s'éclaircir*, mais, contre toute attente, en février 1900, il était devenu assez bon pour avoir, malgré quelques flocons, deux tiers d'acuité visuelle et pour *lire*, de près, le 2 de l'échelle à main. Le disque optique était un peu pâle, mais les vaisseaux étaient alors sans altération bien nette : champ visuel physiologique. Le malade se retira en province où une seconde « attaque », sur laquelle je n'ai que des détails imprécis, l'emporta, deux ans après, en quelques heures. »

Plusieurs observations postérieures doivent être retenues.

Dupuy-Dutemps a observé une abondante hémorragie dans le corps vitré, au cours d'une hémorragie *sous-arachnoïdienne* chez une femme qui succomba un mois après.

Riddoch et Goulden ont noté deux autres cas analogues, toujours pour des épanchements *sous-arachnoïdiens* ; dans d'autres, les hémorragies seulement rétiniennes avaient manifestement leur origine aux veines rétiniennes, inférieures ou supérieures.

Il existe donc bien un *syndrome hémorragique oculo-cérébral*, assez intense pour imbiber le corps vitré comme une éponge.

Si le diagnostic est évident, le pronostic est variable, *vital* et *visuel*, puisque la restitution visuelle peut être, quoique lente, presque totale.

(1) A. Terson. L'hémorragie dans le corps vitré au cours de l'hémorragie cérébrale. *La Clinique ophtalmologique*, 10 novembre 1900.
(2) Dupuy-Dutemps. *Annales d'Oculistique*. 1914.

(1) Riddoch et Goulden. *British Journal of Ophtalmology*. 1925.

Mais il n'y a pas l'éclaircissement si rapide, habituel aux *premières* trombes hémorragiques dans le syndrome des *jeunes* sujets. Nous savons que la résorption, chez eux, est, au début, surprenante, accélérée, quoique de nouveaux orages assombrissent le pronostic. Nous avons vu des yeux, ou un œil, « tenir » des années; nous avons vu aussi le cas sinistre d'un adolescent, fils unique, et tuberculeux, d'une veuve de phtisique, mourir, totalement aveugle, avec double décollement rétinien par organisation cicatricielle du corps vitré, après une dizaine d'inondations centrales de l'œil.

Je passe vite sur le traitement : d'abord, celui de la syphilis, démontrée ou non, plus tard avec adjonction de thiosinamine, précieuse en injections sous-cutanées et. prudemment, sous-conjonctivales profondes, avec révulsion locale par l'éthylmorphine-dionine. La ponction lombaire. capitale pour le diagnostic cérébral, pourrait jouer un rôle thérapeutique à débattre.

La recherche étiologique et pathogénique nous solliciteront aujourd'hui davantage. La découverte de la syphilis par les moyens que nous n'avions pas jadis, l'étude de l'artériosclérose et de la tension artérielle, avec sa comparaison avec ce que j'appellerai la *tonométroscopie* rétinienne, procédé de Bailliart, devront être envisagés désormais.

Dans l'ensemble des cas, on n'a pas souvent *prouvé* ce qu'on supposait, ni la syphilis fréquente ni une artériosclérose évidente ni une forte hypertension artérielle. Celle-ci a pu être paroxystique au moment de l'accident sur des vaisseaux forcément malades, mais, ordinairement, il s'agit *d'hémorragies sous-arachnoïdiennes*, dont Laurentier (de Toulouse) note, dans un intéressant travail (1), qu'elles « se produisent souvent chez des sujets à tension *basse* ou voisine de la normale ». Je profite de l'occasion pour ajouter que, si, dans la majorité des cas, les sujets atteints d'hémorragies *rétiniennes* ou d'ecchymoses *sous-conjonctivales*, de funèbre augure, sont réellement *hypertendus*, j'en ai vu d'*hypotendus*, en particulier un, mort d'aortite, et dont le père était déjà mort subitement, et un autre, atteint d'ecchymoses sous-conjonctivales en flaques, très récidivantes, ancien syphilitique, observé avec mon ami regretté, Martinet ; la pression artérielle fut toujours très au-dessous de la normale. On sait que nous avons, depuis longtemps, institué le premier, la recherche de la tension artérielle dans les ophtalmopathies (2).

(1) Laurentier. De l'hémorragie méningée et de ses rapports avec la syphilis chez l'adulte. *Bruxelles Médical*, 1925.

(2) A. Terson et Campos. Recherches sur la tension artérielle des glaucomateux. *Arch. d'opht.* 1898.

Que penser maintenant de *trois* problèmes ? La nature et le point de départ de l'hémorragie *intra-oculaire* profuse : la nature et le point de départ de l'hémorragie *intra-crânienne* : la confrontation de l'hémorragie *oculaire centrale* des *jeunes* et des *vieux* sujets.

Pour l'œil, de Wecker qui usait, et abusait, comme d'autres, du diagnostic d' « apoplexie des gaines », prétendait que le corps vitré pouvait je remplir par irruption de l'hémorragie partie des gaines, comme, dirions-nous, une bouteille par le goulot. Il n'allait pas jusqu'à nier la possibilité d'un épanchement venu qu'une veine rétinienne, puisque, comme Haab, comme nous-même (1) et quelques observateurs, il avait pu, de ses yeux, voir, lors de l'éclaircissement, un caillot pendu à la veine, mais il affirmait aussi, d'une rentrée *directe* du sang *par le bord du disque optique* « pouvait transformer le corps vitré en un véritable caillot (2) » et que « l'hémorragie des jeunes sujets se produisait probablement d'une manière analogue ».

Certes, l'on voit, surtout dans les *traumatismes* crâniens et orbitaires, *que nous laisserons systématiquement de côté aujourd'hui*, de véritables ecchymoses tardives dans *le disque optique* (3), analogues à l'ecchymose palpébrale quelquefois, mais non toujours (Rollet), pathognomonique d'une fracture du crâne ou de l'orbite, ou encore, *autour* ou *loin* du disque, des épanchements rayonnés, en flammèches, ou de toutes formes, même traînant dans le corps vitré. Nous sommes encore sceptique sur l'origine réellement sanguine des dépôts et « halos » pigmentés permanents et sur le diagnostic *rétrospectif* et correspondant d' « hémorragie des gaines ».

Mais nous savons positivement que des hématomes spontanés des gaines optiques ont été démontrés par *l'autopsie* (Remak, Michel et Bouveret, Poncet (4), Uhthoff, Dupuy-Dutemps, Riddoch et Goulden, etc).

Pièces en main, *dans aucun cas*, l'épanchement dans les gaines n'a franchi la frontière oculaire. La digue, l'ombilic optiques ont pu subir des infiltrations pariétales, mais l'invasion du ventricule vitréen ne s'est jamais produite. Le conte fantas-

(1) Haab. Atlas d'ophtalmoscopie, *Troisième édition fr.* 1901, avec additions, par A. Terson (v. pl. XXXV, p. 139 et p. 192 *b*).

(2) De Wecker et Landolt. Traité d'opht. II, p. 551.

(3) A. Terson. L'ecchymose secondaire centrale du disque optique. *Annales d'ocul.*, 1912.

(4) Remak. *Berl. Klin. Wochen.* 1886. Bouveret. *Rev. de Méd.* 1895. — Poncet. Atlas d'A. path. de l'œil. pl. XXXII. Les travaux de Dupuy-Dutemps, Riddoch et Goulden contiennent la bibliographie récente.

tique de WECKER, maître si éminent par ailleurs, forçait la réalité, le sens clinique, et même le bon sens, aussi résistants ici que la lame criblée elle-même.

La grande inondation en masse provient, comme TALKO l'admettait pour un cas *traumatique*, de la *rupture d'une veine rétinienne* sous hyperpression, *comme nous le soutenions en* 1900, comme GONIN, LIBBRECHT, DUPUY-DUTEMPS, RIDDOCH et GOULDEN l'ont, depuis, affirmé. C'est la compression, surtout par l'hématome des gaines, mais peut-être quelquefois sans lui, qui fait craquer, sauter la veine, le tuyau de la conduite intra-oculaires; c'est cette violente compression qui les fait longtemps et puissamment saigner.

Comme processus *cérébral*, nous savons que le plus souvent une hémorragie *sous-arachnoïdienne* d'emblée, par rupture d'une artère basilaire, ou une hémorragie cérébrale *devenue* sous-méningée et propagée aux gaines, sont en jeu. Il y a et il doit y avoir des variantes et des inconnues. De même que le grand hématome des gaines, démontré par l'autopsie, n'avait donné quelquefois pendant la vie (PRIESTLEY SMITH, UMTHOFF) que des signes ophtalmoscopiques faibles ou nuls, de même, neurologiquement, il reste plus d'une situation où « CHARCOT eût dit : Que sais-je ? et BABINSKI : Peut-être ! »

Le trocart et la ponction lombaire feront ordinairement le diagnostic d'hémorragie méningée, comme le dit LAURENTIER. Mais il faut ajouter que, dans un trop grand nombre d'observations d'hémorragies méningées, nul ophtalmoscopiste ne fut considéré comme indispensable, et, seul, l'examen approximatif des formes et mouvements pupillaires par le médecin traitant fut exécuté et signalé. Le fond de l'œil et les fonctions sont restés plongés dans un mystère impénétré, qui nous prive de constatations pleines d'enseignement. On nous a très souvent parlé des pupilles, rarement des papilles et de l'état du fond de l'œil, sans préjudice d'un examen fonctionnel complet.

Nous ferons enfin un bref parallèle entre la grande *inondation* hémorragique du *corps vitré* chez les **adolescents** et chez les **vieillards**.

On sait que, chez les *adolescents* et jusqu'aux environs de la vingtième année, il se produit parfois inopinément un accident oculaire profondément impressionnant. Le patient, muni d'yeux normaux, perd brusquement la vision d'un œil. On le conduit chez un ophtalmologiste qui trouve cet œil bondé de sang. Le corps vitré en est imbibé. C'est l'hémorragie intra-oculaire dite « des jeunes sujets » et qui a provoqué déjà maints travaux oculistiques. Ce qui importe d'abord pour le médecin et le malade, c'est l'*évolution* et le pronostic. Cette évolution est parfois d'une rapidité paradoxale, au moins aux premières averses hémorragiques. La résorption de l'épanchement sanguin est rapide ; parfois le malade relit, avec l'œil qui fut bourré de sang, un mois après l'accident (1).

Mais le pronostic *dans l'avenir* n'en reste pas moins des plus sérieux. Les trombes hémorragiques se reproduisent, et leur résorption devient plus malaisée. Le corps vitré s'encombre de flocons, pactise avec l'envahisseur, s'organise, tout en perdant sa transparence initiale, et, finalement, il n'est pas rare, en dépit de tous les traitements, de constater un état presque cicatriciel de ce corps vitré, avec opacité à peu près complète, et décollement rétinien terminal, dans un ou dans les deux yeux.

Il plane encore un mystère étiologique sur cette singulière affection, sur cette « hémoptysie dans le corps vitré ». Elle survient dans des yeux préalablement normaux en apparence. L'examen général montre *quelquefois* la tuberculose, l'hérédo-syphilis, très rarement l'hémophilie. On ne rencontre ni sucre ni albumine dans les urines. A. VALUDE et SCHIFF-WERTHEIMER ont trouvé, dans un cas, une diminution de la perméabilité rénale et une constante d'Ambard au-dessus de la normale. On a parlé aussi de troubles endocriniens. En somme, *rien de régulier* jusqu'à présent, et certains cas, limités à un seul œil, restent encore plus inexpliqués que les autres.

On n'a pas, en général, observé nettement de processus cérébral, mais a-t-on suffisamment recherché s'il ne se produit pas, à défaut d'un hématome des gaines, une crise d'hypertension intra-crânienne qui favoriserait, ici encore, la rupture veineuse intra-oculaire ? Pourquoi cette hémorragie exclusivement oculaire et cataclysmique ? L'examen cérébral et nerveux total des jeunes patients demande une complète étude, ainsi que celui du sympathique, des troubles vasomoteurs et congestifs, des glandes endocriniennes.

Rappelons encore, à propos de ces hémorragies intra-oculaires chez les adolescents, les si intéressantes constatations d'ACHARD (2) sur les hémorragies *méningées*, légères et curables, des *jeunes* sujets.

Enfin la recherche comparée des tensions : sanguine générale, vasculaire rétinienne et oculaire, par le procédé de BAILLIART, pourra peut-être donner ici de nouveaux résultats.

(1) A. TERSON. Ophtalmologie du Médecin Praticien. *Deuxième édition*, 1920, p. 414.

(2) ACHARD. Hémorragies méningées curables des jeunes sujets. *Journal des Praticiens*, 1926.

Je conclurai par mes conclusions de 1900. Je disais :

1° On peut observer le fait exceptionnel d'une *hémorragie* remplissant *tout le corps vitré* de l'œil opposé à une hémiplégie, vraisemblablement due à une *hémorragie cérébrale.*

2° Il n'est pas prouvé que l'hémorragie profuse intra-vitréenne soit due à l'irruption du sang à travers le disque optique; des *hémorragies veineuses* dues à la stase l'expliquent plus probablement.

3° Les troubles du fond de l'œil dans l'hémorragie cérébrale sont divers et inconstants. Ils ne sauraient encore aider au diagnostic précis de l'affection cérébrale originelle.

J'ajouterai aujourd'hui. Ce *syndrome oculo-cérébral* s'est renforcé de nouveaux faits qui le confirment et font davantage pencher *vers l'hémorragie sous-arachnoïdienne.* Il est essentiel, aussi chez les *jeunes* sujets, de faire un examen total du système nerveux, au cours de l'examen d'ensemble, lorsqu'il se produit la grande inondation hémorragique dans le corps vitré.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin. — M. le Pr DELBET.

Diagnostic des fibromes utérins.

Une femme de 52 ans entre à l'hôpital pour des troubles de la menstruation. Elle raconte l'histoire suivante : depuis plusieurs mois, dit-elle, ses règles étaient très abondantes ; elle consulta un médecin qui la mit au traitement radiothérapique. Elle présenta ensuite, pendant six mois, de l'aménorrhée, puis les pertes recommencèrent. Ces phénomènes ne sont pas très exceptionnels. On peut reconstituer le passé de la malade et supposer que le médecin qu'elle consulta pour ses ménorragies avait fait le diagnostic de fibrome de l'utérus, et avait traité ce fibrome par les rayons X.

Que révèle, aujourd'hui, l'examen clinique ?

Par la palpation abdominale, on ne sent pas de résistance profonde annonçant la présence d'une grosse tumeur. Par le toucher vaginal, le col de l'utérus apparaît un peu irrégulier, ce qui tient simplement aux cicatrices des petites déchirures produites au cours d'un accouchement. Du côté gauche, on arrive jusqu'à la région de l'isthme et même du corps. Plus haut, on sent une tumeur manifeste. Du côté droit, on trouve une tumeur insérée sur l'utérus au-dessous de l'isthme, assez régulièrement arrondie. Il n'est pas douteux qu'il s'agit de fibromes multiples.

Ces fibromes à insertion basse, c'est-à-dire au-dessous de la lame sacro-recto-génitale, dans la gaine hypogastrique, peuvent déplacer l'uretère de la manière la plus étrange et la plus imprévue.

Le diagnostic des fibromes utérins est, dans la majorité des cas, extraordinairement facile, lorsqu'on trouve une tumeur comme celle-ci, qu'on peut percevoir nettement son insertion sur l'utérus, l'utérus faisant partie en quelque sorte de la tumeur (et quand cette tumeur est régulière ou parsemée de nodosités, ferme, dure).

Mais il y a des cas où le diagnostic est extrêmement ardu ; il peut présenter même parfois des difficultés à peu près insurmontables.

Il y a d'abord des fibromes qu'on prend pour des grossesses. Le diagnostic différentiel entre le fibrome et la grossesse peut paraître très facile. Il est en réalité dans quelques cas d'une prodigieuse difficulté, si bien qu'il n'y a peut-être pas au monde un chirurgien qui ne s'y soit trompé, et qu'il est arrivé ce phénomène plus singulier qu'un chirurgien, ayant fait le diagnostic de fibrome, veut faire une hystérectomie, et referme le ventre, en disant qu'il s'est trompé, qu'il s'agit d'une grossesse. Et l'évolution montre qu'il n'y avait pas la moindre grossesse, que c'était un fibrome. On voit que, même avec l'utérus dans la main, on peut être dans l'impossibilité de dire s'il y a un fibrome ou une grossesse. Ce sont des fibromes très particuliers comme topographie, et on va comprendre pourquoi ces difficultés de diagnostic sont parfois insurmontables.

Ce sont des fibromes sous-muqueux, qui se développent dans la cavité de l'utérus. Le fibrome la remplit complètement. La muqueuse plus ou moins altérée se réfléchit sur le fibrome, elle a la même disposition qu'une séreuse. Ce fibrome est donc dans la cavité utérine exactement comme un œuf. Aussi GUYON disait-il : « Ce sont des grossesses fibreuses ».

Dans ces cas, pour faire le diagnostic, la première idée qui vient à l'esprit, c'est que le fibrome est généralement hémorragique, c'est-à-dire qu'il augmente les règles, tandis que la grossesse amène, au contraire, la suppression des règles. Quand ces phénomènes sont très nets, personne n'éprouve d'embarras, mais certains fibromes peuvent ne s'accompagner d'aucune hémorragie. Les fibromes sous-muqueux donnent lieu quelquefois à des écoulements de liquide séreux abondant. Ce sont ces myomes qu'on appelle hydrorrhéïques. Ces

écoulements peuvent orienter vers le bon diagnostic.

Mais on a surtout à se demander quelle est la signification des règles. Peut-il exister des fibromes sans augmentation des règles, et des grossesses avec persistance des règles ? Sur cette seconde question, entre les accoucheurs s'élèvent les discordances les plus inattendues. Pour certains auteurs, jamais une femme enceinte n'a ses règles, mais cela ne veut pas dire que jamais elle ne perd du sang ; cela veut dire que ses pertes de sang ne se produisent ni avec la même périodicité, ni avec la même abondance, la même quantité, qu'en dehors de la grossesse. Lorsqu'on en est réduit à ces nuances, pour savoir s'il s'agit de règles ou non, on peut être singulièrement embarrassé dans la pratique. D'ailleurs, on rencontre des femmes affirmant que pendant leurs grossesses elles ont des règles avec la périodicité et les caractères de l'écoulement menstruel habituel. Une malade même, qui avait eu quatorze enfants, affirmait n'être jamais réglée que pendant ses grossesses, c'est-à-dire qu'elle n'avait pas de règles en dehors de la grossesse.

Ainsi, il ne faut pas trop compter sur la modalité de l'écoulement sanguin pour différencier une grossesse fibreuse, c'est-à-dire un fibrome cavitaire, ayant donné à l'utérus la forme d'une grossesse, et une véritable grossesse.

Peut-il se produire des hémorragies irrégulières au cours d'une grossesse ? Oui, dans les insertions vicieuses du placenta.

La consistance de l'utérus suffit-elle pour poser le diagnostic ? Non ; il y a des cas où la consistance de ces grossesses fibreuses ressemble singulièrement à celle d'une véritable grossesse.

Lorsque la tumeur est extrêmement volumineuse, c'est-à-dire correspond à une grossesse de sept ou huit mois, les difficultés deviennent beaucoup moindres, car on peut, par la palpation abdominale, sentir alors les parties fœtales ; dans une grossesse fibreuse, on ne sent rien de tel.

Lorsque la grossesse est moins avancée, il y a des cas où le diagnostic est impossible. Il faut ajouter que certaines malades trompent sciemment. Si on a des doutes, il suffit de laisser évoluer les choses. Il ne faut pas se précipiter sur ces fibromes, mais attendre jusqu'au neuvième mois, pour voir s'il se produit des phénomènes de travail. Ce ne serait peut-être pas un très bon moyen, car ces fibromes peuvent provoquer un phénomène de travail, mais il ne se produit pas dans les temps normaux d'une grossesse. Il se peut que l'utérus entre en contraction et expulse le fibrome, dans l'isthme, dans le col, quelquefois dans le vagin ; on peut être obligé de l'extraire au forceps.

Il arrive bien rarement que l'évolution du fibrome puisse se superposer exactement à l'évolution d'une grossesse. Dans certains cas, il se développe beaucoup plus lentement. Dans d'autres cas, plus rares, il se développe beaucoup plus vite.

Il y a cependant des cas où l'erreur est parfaitement excusable.

On peut encore confondre un fibrome avec une tumeur kystique, ou inversement. En général, la consistance du fibrome est ferme, dure ; mais il y a des fibromes qui sont extraordinairement mous, comme gorgés de lymphe, et qu'on appelle des fibromes lymphangiectasiques. La tumeur, qui peut être parfaitement ronde, peut très bien simuler un kyste de l'ovaire, ou un kyste du ligament large para-ovarien : ces kystes sont beaucoup plus mous, moins tendus que les véritables kystes de l'ovaire. Quelquefois il s'agit de tumeurs énormes, et l'on n'arrive pas à savoir s'il s'agit d'un kyste ou d'un fibrome ramolli avec des géodes. Pour faire le diagnostic, on se basera sur les connexions de la tumeur avec les parties de l'utérus accessibles, c'est-à-dire avec le col et l'isthme : on pourra le savoir par le toucher, et en faisant imprimer des mouvements à la tumeur abdominale. Mais lorsque la tumeur est grosse, il est bien difficile de lui imprimer des mouvements sans que l'utérus ne soit influencé. Les mouvements de déplacement latéral et d'abaissement ne signifient rien. Seul le mouvement d'ascension peut donner un renseignement. Il faut donc faire élever la tumeur par un aide et voir si l'utérus est entraîné.

Mais il y a des tumeurs kystiques de l'ovaire qui contractent des adhérences intimes avec l'utérus. Dans ces grosses tumeurs, le plus souvent le col de l'utérus est élevé, si élevé que dans certains cas on ne peut pas arriver à le sentir par le toucher.

On peut enfin confondre un fibrome avec une salpingite : dans ces cas, il s'agit de petites tumeurs, encore pelviennes. Par le toucher, on sent, fixée sur la partie latérale du corps de l'utérus, une tumeur extrêmement dure. Signe important, elle adhère presque constamment à la paroi pelvienne. Les salpingites, en effet, n'ont pas, en général, la même netteté de circonscription que les fibromes; la tumeur a une immobilité spéciale, qui est rare dans le fibrome, à moins qu'il ne soit enclavé, et encore peut-on ordinairement lui imprimer de petits mouvements. Autre signe différentiel, ces salpingites sont, non pas toujours, mais ordinairement sensibles à la pression. Néanmoins, certains fibromes sont, eux aussi, sensibles. D'ail-

leurs, en même temps qu'un fibrome, il y a très souvent des lésions des annexes et ceci peut expliquer la sensibilité, mais il existe aussi des fibromes ayant des caractères spéciaux, une coloration lie de vin sur la coupe, et qui sont sensibles, mais ils n'ont pas la dureté des salpingites anciennes et ceci pourra aider au diagnostic.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Traitement des ulcères gastriques perforés.

Un malade a été opéré le 3 mars dernier, pour des accidents de *péritonite par perforation*. On a trouvé dans le ventre un gros ulcère calleux juxta-pylorique et du liquide louche. Comme cet ulcère ne répondait pas à la région pylorique, comme on avait la sensation qu'en le suturant on ne rétrécissait pas du tout le canal pylorique, le chirurgien se contenta de faire l'enfouissement de cet ulcère. Le malade, qui était en pleine péritonite, guérit parfaitement. Mafs au mois d'août, il a été repris de douleurs à siège épigastrique, survenant deux à trois heures après les repas et le matin à jeun, ne se calmant qu'avec l'absorption du petit déjeuner, quotidiennes, malgré le régime sévère imposé au malade depuis son opération. Il est donc repris actuellement de symptômes d'*ulcère de l'estomac*.

La perforation aiguë de l'ulcère de l'estomac, a-t-on dit, est souvent un moyen de guérison, et l'on observe des malades qui, opérés de perforation, restent définitivement guéris et n'ont absolument aucun trouble gastrlque. Cela est vrai pour un certain nombre de cas, mais non pour tous. La perforation aiguë d'un ulcère de l'estomac survient dans deux conditions différentes. Il y a des malades qui entrent à l'hôpital avec tous les symptômes qui font diagnostiquer une péritonite par perforation, mais qui n'ont eu auparavant aucun symptôme gastrique, n'ayant jamais souffert de leur estomac. Ces malades, en général, quand on a suturé leur ulcère, sont et restent guéris. Ce sont des malades qui ont un processus aigu, une ulcération aiguë de l'estomac, peut-être un petit abcès de la paroi gastrique. Une fois perforé, l'ulcère est guéri.

A côté de ces cas, il y en a d'autres, au contraire, — représentant 60 *pour cent* des cas de perforations d'ulcères de l'estomac, — qui ont eu avant leur perforation, *depuis des mois ou des années*, des symptômes faisant penser à un ulcère de l'estomac. Le malade que nous vous présentons souffrait de l'estomac depuis quinze ans. Il avait donc un vieil ulcère calleux. Il est de ceux que la perforation ne peut guérir.

C'est pourquoi, toutes les fois qu'on est en présence d'un malade ayant des antécédents gastriques, et atteint d'une perforation de l'estomac, il y a intérêt, si l'état le permet, à faire immédiatement une *gastro-entérostomie*. Ceux chez lesquels on a fait immédiatement une gastro-entérostomie sont restés guéris. Chez celui-ci on n'a pas fait de gastro-entérostomie. Il a des douleurs : douleur le matin à jeun, calmée par le petit déjeuner, puis deux à trois heures après chaque repas, douleurs tardives comme les malades ayant un ulcère pylorique, et cependant on a constaté nettement pendant l'opération que la lésion était du côté de la petite courbure. Cela ne doit pas uous étonner.

Beaucoup d'ulcères de la petite courbure, ne siégeant pas au niveau du pylore, donnent ces symptômes de douleur tardive ; ceux-ci ne sont pas nécessairement liés à l'existence d'une lésion organique du pylore, dans le sens de lésion cicatricielle, de sténose permanente, ils peuvent être dus à un *spasme pylorique*. C'est ce qui arrive dans l'*ulcère duodénal* : il n'y a pas de sténose pylorique, le plus souvent pas de sténose duodénale, seulement il y a des phénomènes de spasme pylorique. Or, ces phénomènes de spasme pylorique peuvent se voir aussi dans les cas où l'ulcère siège au niveau de la *petite courbure* : aussi dans tous les cas d'ulcère de la petite courbure avec douleur tardive traités par gastro-entérostomie on a obtenu la guérison.

Certains chirurgiens préconisent ce qu'ils appellent la cure radciale de l'ulcère. La gastro-entérostomie, disent-ils, n'est pas une cure radicale. Il faut réséquer les ulcères. C'est une erreur, l'excision des ulcères ne constitue pas une cure radicale. D'abord, il y a quelquefois plusieurs ulcères, on n'en excise qu'un, il en reste d'autres ; puis il est facile de constater que les malades, revus quelque temps après une résection, ne sont pas guéris.

Quand la lésion est nettement pylorique, la gastro-entérostomie soulage immédiatement. Si l'ulcère est sur la petite courbure, à une certaine distance du pylore, le soulagement n'est quelquefois pas immédiat, les symptômes ne s'améliorent que quelque temps après.

Chez ce malade, il faut faire une gastro-entérostomie, et peut-être exciser son ulcère, mais sans insistance, car l'important est de ne pas faire

courir de risques au malade par cette soi-disant cure radicale dont on a tant parlé, puisqu'on court des risques plus considérables en excisant l'ulcère et qu'on n'a pas de résultats plus définitifs qu'avec une simple gastro-entérostomie.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la douleur et de la dysphagie de la tuberculose laryngée par les U. V. à faibles doses en applications externes.

Par MM. les Drs C. Colbert et J. Chatard.
Médecins du Sanatorium des Terrasses à Cambo.

Le traitement de la douleur de la tuberculose laryngée a fait l'objet de nombreux essais et plus d'une fois le *Journal des Praticiens* en a exposé les diverses modalités. C'est qu'en effet, si dans de trop nombreux cas, nous ne pouvons prétendre à la guérison de l'affection causale, il est du devoir du praticien, aussi bien que du spécialiste, de savoir instituer une thérapeutique palliative efficace.

Il existe de nombreux traitements depuis les simples pulvérisations calmantes, insufflations de poudres à base de cocaïne, morphine, scuroforme, etc., instillations nasales d'huiles antiseptiques et anesthésiques selon la méthode d'un auteur lillois (Lavrand, *Journal des Sc. Méd. de Lille*) jusqu'à l'alcoolisation du laryngé supérieur qui vise par la destruction du nerf à l'anesthésie parfaite. Cette dernière méthode qui a fait l'objet de nombreux travaux de l'école bordelaise, possède à son actif des résultats intéressants mais, outre que l'injection est quelque peu délicate, il y a souvent des échecs et nous en avons observé personnellement plus d'un.

La résection du nerf laryngé reste la seule méthode qui supprime à coup sûr la douleur, mais c'est déjà une opération qui ne peut pas toujours être tentée et qui reste l'apanage de quelques cas d'exception.

La question en étant là, maints praticiens se sont demandés si l'application de rayons ultra-violets ne pourrait pas être utile à ces malades.

Les tuberculoses laryngées réagissant souvent brutalement aux thérapeutiques trop actives, nous avons eu pour guide, en ce domaine encore peu exploré plutôt un excès de prudence qu'un excès d'audace. Nous avons donc commencé l'insolation artificielle par voie externe et avec des expositions de très courte durée. Nous n'avons eu d'ailleurs qu'à nous louer de cette méthode qui semble parfaitement capable de donner des résultats et qui nous a permis de traiter des malades particulièrement sensibles.

Depuis plus de six mois que nous utilisons ce traitement nous avons pu réunir un certain nombre d'observations favorables qui paraîtront prochainement dans le travail inaugural d'un de nos jeunes collègues.

Nous utilisons une lampe Gallois à allumage par basculement donnant une intensité lumineuse de 3.000 bougies. La distance de la source lumineuse au sujet étant de 50 centimètres environ, on adapte un filtre de 5 centimètres de diamètre qui permet l'irradiation des faces antérieure et externe du cou, tout le reste du corps se trouvant protégé.

Le malade couché sur le dos, la tête en légère extension reçoit le faisceau lumineux perpendiculairement, condition favorable pour obtenir une action maximum.

Suivant l'état plus ou moins congestif du larynx, nous débutons par dix, vingt ou trente secondes, à raison de deux séances par semaine, et, malgré ces doses extrêmement faibles nous avons pu observer, *dès les premières applications*, une action des plus nettes. La durée totale du traitement est variable : une dizaine de séances dans les cas les plus favorables.

La plupart de nos tuberculoses laryngées avec douleur ont été ainsi traitées, depuis les picotements du larynx provoquant des quintes de toux pénibles, quelquefois accompagnées de vomissements, les douleurs spontanées diurnes ou nocturnes, empêchant le sommeil du malade, jusqu'aux dysphagies plus ou moins prononcées dues aux grosses infiltrations postérieures avec ou sans ulcérations.

Nous avons de même soumis à ce traitement les congestifs et les hypertendus, une seule fois nous avons été obligés d'interrompre, quelques filets rouges étant apparus dans les crachats chez un malade très pusillanime.

Chez quelques autres nous avons pu observer une action optima à ne pas dépasser aux environs d'une minute trente secondes.

Chez une malade enfin il a fallu arriver à quatre minutes pour obtenir la sédation complète d'une douleur assez tenace empêchant le sommeil, avec déglutition difficile particulièrement de la salive et du petit déjeuner. L'infiltration des aryténoïdes et des bandes ventriculaires existant dans ce cas semble d'ailleurs avoir été améliorée assez nettement.

Chez tous nos malades, des examens laryngoscopiques pratiqués avant et après les irradiations,

ne nous ont pas permis de déceler de profondes modifications des lésions elles-mêmes ce; pendant chez quelques sujets à épiglotte et larynx fortement congestionnés, nous avons pu voir *un palissement très net* après des applications d'U. V. de courte durée (30 à 60 secondes).

En résumé nous pouvons dire :

1° Que l'élément douleur — si important dans la tuberculose du larynx, si tenace et si résistant aux divers traitements habituellement employés : douleur exaspérant le malade par sa continuité, troublant son sommeil et par conséquent la réparation des forces dont il a si grand besoin, empêchant ou tout au moins gênant l'alimentation qui constitue pourtant la base de la cure — *est amendée d'une façon presque constante et, dans plusieurs cas heureux disparaît complètement* ;

2° Que ces résultats ont été obtenus avec des séances d'irradiation *très courtes* et que jamais on n'a atteint l'érythème. Il n'est donc pas nécessaire d'obtenir cet érythème pour dégager la circulation profonde comme le pensent certains auteurs (Savini) ;

3° Que, par contre, l'action sur la lésion laryngée elle-même nous a semblé ou nulle ou peu marquée, les rayons pénétrant sans doute insuffisamment.

Les recherches de Winter et celles de Janssen en effet, nous apprennent que les rayons U. V. sont arrêtés par une faible épaisseur de tissus ; 5 à 8 dixièmes de millimètre pour Janssen. Pour le Dr Martin du Pan (Congrès français de chirurgie, Paris 1919), les rayons ne traversent pas plus d'un millimètre de peau. Keller après des recherches précises, détermine à 0 m/m 63 leur pouvoir de pénétration.

Si nous admettons ces affirmations, comment expliquerons-nous les modifications vasculaires profondes immédiates que nous venons de signaler plus haut chez les malades présentant une forte congestion laryngée ?

Est-ce que l'action des U. V. sur les terminaisons nerveuses cutanées, sur les terminaisons sympathiques et sur les capillaires superficiels est capable à elle seule d'entraîner ces phénomènes vasomoteurs ?

En l'absence d'éléments plus précis, il semble que nous devions accepter cette interprétation, mais sans doute y a-t-il là un mécanisme plus complexe !

Ce mécanisme en général, a d'ailleurs fait l'objet de nombreuses hypothèses ; Rollier, Miramond de la Roquette pensent qu'au contact de la peau, il y aurait formation de radiations de plus grande longueur d'onde qui seraient de ce fait plus pénétrantes. Pour Rolhmann, les rayons actiniques provoqueraient une diminution du tonus du sympathique pouvant aller jusqu'à la paralysie. Lampé et Bach adoptent la même explication pour l'hypotension consécutive aux U. V.

Quoi qu'il en soit et en attendant une expérimentation plus complète il semble que l'héliothérapie artificielle doive prendre une place importante — sinon la première — dans le traitement de la douleur laryngée. Son inocuité, sa facilité d'applications et son efficacité doivent la faire conseiller *dès le début* et on aura la plupart du temps la satisfaction d'obtenir des résultats positifs.

Même chez les gros dysphagiques à lésions profondes, on pourra espérer une atténuation intéressante de la douleur et chez ces malades voués à la morphine cette action ne doit pas être dédaignée.

FAIT CLINIQUE

Corps étranger (épingle de nourrice) dégluti et retiré partiellement du rectum après 48 heures.

Une mère m'amène sa petite fille, âgée de 4 ans, qui vient d'avaler une épingle de nourrice. Aucune douleur. Pas de crise de suffocation. Certain que l'épingle devait être fermée, je conseille l'expectative avec prière de surveiller l'enfant.

Au bout de 48 heures, l'enfant qui se plaint d'une douleur à l'anus est ramenée par la mère. Le toucher rectal permet de sentir l'aiguille ouverte que je retire facilement à l'aide d'une pince de Péan fixée sur la pointe... Mais à mon grand étonnement incomplète, l'une des pointes étant brisée.

La partie manquante avait dû être rejetée par l'intestin, la surveillance *intermittente* des parents ne me permettant pas de l'affirmer.

Parfait état de santé après trois mois.

Ce cas est à rapprocher de celui publié par le Dr Ragonnet, dans le *Journal des Praticiens* du 20 février dernier.

Les conclusions sont identiques. L'intervention systématique n'est pas toujours acceptée par la famille surtout quand la gaieté de l'enfant contredit l'air soucieux du médecin, et il me fut donné d'observer à la clinique du Pr Froeklich de Nancy, plusieurs cas de corps étrangers de formes diverses, ayant cheminé sans incident à travers l'intestin, rejetés naturellement ou extraits sans difficulté du rectum.

Dr Paulus, de Benfeld (Bas-Rhin).

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Le traitement médicamenteux du diabète.

Les médicaments dans le diabète gras ne sont que l'accessoire. La diététique est l'essentiel. Au contraire dans le diabète consomptif, la diététique devient l'auxiliaire et l'*insuline* tient la tête.

M. Mouriquand (*Précis de Diététique et des Maladies de Nutrition*) comme médicaments de la période glycosurique cite l'*antipyrine* associée au *bicarbonate de soude* ââ : 0 gr. 0 à la dose de 2 gr. par jour pendant trois à cinq jours. S'abstenir dans les cas de dénutrition, d'acétonémie, d'albuminurie.

L'*aspirine* (dose 2 à 3 gr.), le *pyramidon* (3 cachets 0 gr. 25) conviennent aux formes névralgiques sans acidose.

La *quinine*, non pas à hautes doses, mais aux doses de 0 gr. 50 à 0 gr. 75 réussit également. Tous ces remèdes à hautes doses sont des dépresseurs du myocarde.

Les *arsenicaux* inutiles chez les diabétiques gras, sont contre-indiqués chez les consomptifs, les albuminuriques. Le diabète des vieillards nous a semblé en retirer un avantage marqué. Les asthéniques, les prébacillaires prendront III à IV gouttes de *liqueur de Fowler* avant les repas ou un verre d'eau de Bourboule aux repas (quinze à vingt jours de suite) ou 0 gr. 003 à 0 gr. 004 d'*arséniate de soude*. Les doses plus élevées sont nuisibles (Albert Robin).

Les *alcalins* sont contre-indiqués chez les anémiques, les débilités. Les rénaux non lithiasiques les supportent assez bien.

Ils conviennent surtout aux diabétiques gras et aux goutteux (4 à 10 gr. de *bicarbonate de soude* par jour). Chez les lithiasiques rénaux en alcalinisant l'urine, ils risquent de précipiter des dépôts rénaux phosphatés.

Chez les déprimés, conviendront les pilules :

Bioxyde de manganèse	0 gr. 20
Chlorhydrate de quinine	0 gr. 10
Poudre de noix vomique	0 gr. 01

Pour une pilule. Une avant les repas de midi et du soir, dix jours de suite.

Les opiacés à faibles doses diminuent l'appétit vorace (0 gr. 003 à 0 gr. 005 de *codéine* avant les repas, ou 0 gr. 05 de *poudre de Dover*). A haute dose, les opiacés favorisent l'acidose.

Chez le *diabète féminin* où l'élément nerveux prédomine (0 gr. 50 à 1 gr.) de *bromure de potassium* par jour (dix jours de suite).

La *valériane* combat la polydipsie et convient aux diabètes insipides.

Poudre de valériane	0 gr. 30
Bromure de camphre	0 gr. 10

Pour un cachet. Un avant les trois repas.

(Mouriquand.)

Chez les *asthéniques*, association de strychnine et d'arsenic.

Sulfate de strychnine Arséniate de soude	0 gr. 001
Bromhydrate de quinine	0 gr. 01

Pour une pilule. Une avant les repas, dix jours de suite. Dans l'intervalle intercaler une des médications précédentes.

L'opothérapie hépatique, pancréatique, thyroïdienne ne donne rien.

S. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Les azotémies.

L'azotémie ouvre l'occasion à bien des erreurs. Une seule analyse est insuffisante. Pour que l'excès d'urée sanguine ait quelque valeur, il faut au moins qu'il ne soit pas transitoire et que ce chiffre exagéré se retrouve au bout d'une quinzaine dans une seconde analyse.

On sait que la teneur normale du sang en urée est de 0 gr. 25 à 0 gr. 45 par litre. Si ce chiffre est surélevé, on ne s'empressera pas de conclure à une lésion rénale. Comme nous l'avons montré le premier ici même en 1913, les *congestions rénales d'origine cardiaque*, donnent des chiffres d'urée extrêmement élevés ; d'autre part certaines congestions passagères des reins, comme il advient chez les *neuro-arthritiques*, amènent des élévations d'urée sanguine, qui atteignent les chiffres d'un gramme et au-dessus. Dans les *cancers de l'estomac*, où un sujet boit peu, des azotémies légères se produisent également. Il est même possible de se tromper tout à fait. Un homme de 70 ans digère mal. Il n'a pas d'appétit. Ses urines renferment des traces d'albumine ; l'urée sanguine dépasse 1 gramme. Qui ne croirait à des

roubles d'origine rénale ? Pas du tout. C'est un cancer de l'estomac qui débute. Dans toutes les maladies où la déshydratation est intense, l'azotémie se met de la partie (*choléra, athrepsie*). Elle est redoutée du chirurgien, car elle apparaît comme suite des anesthésies et peut compliquer l'acte opératoire, surtout chez les sujets âgés.

Elle se produit encore d'une façon passagère au cours des *néphrites infectieuses*, aiguës ou toxiques. L'azotémie pendant les périodes d'oligurie ou d'anurie peut atteindre les chiffres de 3 à 5 gr. Ces chiffres baissent brusquement, comme dans les congestions d'origine cardiaque, le lendemain ou le surlendemain de la crise polyurique. Dans les *néphrites toxiques*, si l'anurie s'accentue en même temps qu'augmente l'azotémie, le pronostic s'assombrit. Les *rétentions d'urine* provoquent encore des azotémies qui cèdent à la mise d'une sonde à demeure ; d'autres fois un *calcul*, un *néoplasme* forment barrage au niveau de l'uretère. L'azotémie cède à l'expulsion ou à l'intervention.

Si l'obstacle aux voies d'excrétion de l'urine est permanent, l'azotémie se maintient. Mais cette cause est assez rare, en comparaison de celle qui est attachée à l'évolution des *néphrites chroniques*. Ici l'azotémie persiste et les chiffres du Pr WIDAL relatifs à la durée de la vie que cette toxémie sanguine permet, tout en étant un peu trop sombres, peuvent être considérés comme répondant aux éventualités habituelles. De 1 à 2 grammes d'urée sanguine, la vie se prolonge pendant un an environ. De 2 à 3 grammes, la mort survient au bout de quelques mois. Le chiffre de 3 grammes indique le terme ultime de la cachexie. Surtout pour les chiffres de 1 à 2 grammes, le tableau est trop inscrit en noir. Des malades se prolongent pendant de longues années qui présentent ces azotémies moyennes.

On connaît les signes cliniques habituels : torpeur, inappétence, prurit, anémie, rétinite, péricardite.

La *torpeur* est telle qu'on peut croire à des accidents cérébraux primitifs. Un malade venant de province vient se faire soigner à Paris. Il aurait eu un ramollissement cérébral. En réalité, c'était un urémique qui présenta des chiffres d'urée sanguine dépassant 3 grammes à la première analyse et 4 grammes à la seconde. Il succomba au bout d'une quinzaine.

L'*inappétence* est fréquente et précoce. Parfois elle s'accompagne de vomissements. Il se produit de la stomatite ulcéreuse, des hémorragies gingivales.

Le *prurit* est tenace ; il détermine souvent des lésions de grattage. L'*anémie* est marquée. Les muqueuses se décolorent. Ici une cause d'erreur : on peut croire à un état rénal quand il s'agit d'une anémie pernicieuse primitive. Le traitement étant totalement différent, il convient de faire faire une analyse du sang. Les formes de régénération sanguine (myélocytes, globules nucléés), les chiffres globulaires très bas (au-dessous de 1 million 1/2 d'hématies appartiennent plutôt aux anémies pernicieuses primitives.

La *rétinite brightique* est fonction de l'azotémie. Elle est grave et frappe particulièrement les jeunes sujets.

La *péricardite brightique* est grave quand l'azotémie est accusée. La mort survient d'ordinaire dans la huitaine. Mais il existe une péricardite chez les brightiques, évoluant sans azotémie concomitante. Le pronostic est bien meilleur et les malades survivent de longs mois.

Ajoutons des *infections diverses* qui se produisent, des douleurs *musculaires*, des *arthralgies*, voire des *arthrites*, des *névralgies* qui ne s'amendent qu'avec l'institution du régime diététique.

Celui-ci consiste avant tout dans l'emploi du *régime hydrique* et l'*application des ventouses scarifiées*. Il faut cinq à sept jours de régime hydrique (1 litre d'eau par jour) avec *repos au lit*. Les malades étant souvent fatigués, l'application de 6 à 8 ventouses scarifiées au niveau du triangle de J.-L. PETIT sera supérieure à une saignée abondante. Les ventouses scarifiées au niveau de la région rénale décongestionnent directement le rein et permettent de ce fait une filtration meilleure.

Au bout de cinq à sept jours de régime hydrique, le sujet sera soumis au régime lacto-végétarien hypochloruré. Un jour par semaine, *diète hydrique* ou *hydrolactée* (500 gr. de lait et 500 gr. d'eau), ou *régime de fruits* : à 8 heures, midi, 16 heures, 20 heures, une pomme, ou une orange, ou une poire, ou un raisin, ou quelques cerises et après le fruit, un verre d'eau.

Ces malades étant sensibles au froid devront se couvrir de flanelle, car le froid congestionne aisément les reins. Et bien souvent les aggravations ne sont liées qu'à des congestions passagères des reins.

C. F.

CLINIQUE MÉDICALE

La cachexie restrictive.

Par Noël FIESSINGER.

Nous envisageons sous ce terme le syndrome clinique dû à une restriction alimentaire progressive à forme cachectisante. La cachexie résulte de la restriction et exagère la restriction créant un véritable cercle vicieux dont il est difficile de sortir. Nous verrons que cet état se distingue de l'anorexie mentale et des cachexies d'origine véritablement organique. La restriction quantitative et qualitative est à la base et constitue la cause dominante. Nous allons en étudier les caractères dominants d'après une trentaine d'observations que nous possédons.

Le terrain. — Ce syndrome fait partie des petits syndromes anxieux, il appartient à des sujets nerveux. Ce n'est pas dire qu'il s'agisse toujours de sujets intelligents. Nous connaissons certains de ces sujets qui n'ont rien de particulièrement affiné, il n'est pas rare d'observer ce syndrome chez des raisonneurs bavards, d'intelligence primaire. Mais chez la femme, ce syndrome appartient aux émotives. Souvent dans les antécédents on trouve des troubles digestifs du jeune âge, une ancienne constipation et souvent aussi le sujet a fait connaissance avec des régimes dont il cause avec abondance.

Les causes. — Les causes sont toujours doubles : une cause émotive, une cause organique. La cause émotive est très variable, une discussion vive, un deuil, un divorce, une peur se retrouvent dans quelques observations.

La cause organique peut être un embarras gastrique fébrile, une diarrhée saisonnière, une période de dystonie gastrique (1) due à de la tachyphagie, l'exagération d'une constipation. Cette cause aboutit à un régime ou prescrit par un médecin ou observé par imitation. Ce régime est toujours le même, c'est le régime des « bouillies, purées, pâtes et compotes ». Ce régime serait parfait si la plupart du temps comme je l'ai montré avec Henry WALTER (2), il n'exagérait pas et la constipation et l'inappétence. Bientôt le malade ne mange plus suffisamment, il y a déficit calorique. A cette époque, ou le malade ne consulte pas, ou s'il consulte on n'insiste pas assez sur la nécessité de reprise d'une alimentation normale. La cachexie restrictive entre en jeu et plus elle s'accuse plus la restriction augmente.

L'état anxieux. — Le signe dominant est donné par l'état d'anxiété que nous avons déjà étudié dans la dystonie gastrique. Le malade est à l'affût de ses phénomènes digestifs. Je dis phénomènes et non symptômes. Pendant la digestion, il cherche avec insistance et inquiétude son clapotage gastrique, le matin c'est avec insistance qu'il analyse l'importance de l'enduit saburral de sa langue. Va-t-il à la selle ? Ses matières sont soigneusement observées. Tout est-il bien digéré ? Il n'est pas un gaz et son odeur qui ne fasse pas le sujet d'une préoccupation anxieuse. Ajoutons à cette inquiétude, l'étude mal comprise d'un dictionnaire médical, une conservation à la légère sur un pas de porte, le regard affligé d'une famille agitée de sentiments divers et voilà tout créé pour que s'établisse la formule, supprimer ce qui gêne, supprimer ce qui passe, et ainsi tout supprimer.

La cachexie. — Celle-ci est rapide. En six mois, la chute de poids peut dépasser 10 kilogrammes. Les vêtements deviennent trop larges, la figure se tire. La fatigue est profonde. J'ai vu des restrictives atteindre avec une taille normale un poids de 36 kilogrammes. En quelques mois, il ne reste que la peau sur les os. Le ventre s'excave et la palpation fait constater que l'intestin chiffon est vide, que l'estomac clapote, que le foie est normal ou légèrement débordant. Le pouls est petit. La tension oscille entre 10 et 7.

Les troubles digestifs. — L'anorexie est constante, il y a même plus, il y a dégoût de l'alimentation quelle qu'elle soit. Les malades sont condamnés aux bouillies, aux purées légères, quelques pâtes, peu de compotes, de rares biscottes et par une habitude constante qui, d'ailleurs, est encouragée par une diététique absurde, l'alimentation liquide est réduite à un strict minimum. Cette discipline nouvelle a son origine dans l'existence du clapotage gastrique, on conseille au malade de réduire les boissons, dès lors il ne boit plus que sa petite tasse d'eau chaude après le repas. A ce régime il devient oligurique et la constipation est inévitable. Cette constipation entraîne une thérapeutique laxative et le malade ne voit plus son salut que dans les pilules laxatives et les lavements. Des réactions diarrhéiques appa-

(1) Noël FIESSINGER. La dystonie gastrique. *Journal des Praticiens*, 30 janvier 1926.

(2) Noël FIESSINGER et Henry WALTER. La nutrition et le régime des hépatiques. *Journal des Praticiens*, 9 janvier 1926.

raissent et le côlon par suite de ces irritations diverses secrète des peaux et des moules muqueux. Or, dans ces symptômes on ne trouve ni douleur, ni vomissement. C'est à peine si comme unique symptôme on observe de la pesanteuu avec distension gastrique après le repas et du clapotage gastrique pendant quatre ou cinq heures après le repas comme dans la dystonie gastrique.

Aux rayons, nous n'avons trouvé chez ces sujets que des estomacs normaux plus ou moins ptosés, plus ou moins hypotoniques, mais sans signes de rétention ni aucun signe de sténose pylorique.

Ces troubles digestifs ont surtout de caractéristique la sensation d'anxiété qu'ils entraînent. Ces malades n'osent plus manger. Une bouchée de viande, même une cuillerée de purée de pommes de terre déclanchent des phénomènes particulièrement pénibles. L'alimentation devient dramatique.

Les phénomènes consécutifs. — Sous l'effet de l'amaigrissement, une fatigue intense apparaît Les malades sont asthéniques, tristes et bientôt l'insomnie augmente cette fatigue. Des douleurs du dos au niveau des reins ou entre les omoplates apparaissent. Ces douleurs sont de simples expressions des myalgies d'amaigrissement, ces myalgies sont analogues en tous points à celles qui apparaissent après le surmenage musculaire. Elles orientent parfois le diagnostic vers des organes qui en réalité sont indemnes : vers l'utérus ou les trompes, vers un rein mobile physiologique ou vers une ptose gastrique sans personnalité pathologique. C'est alors que les ceintures entrent en jeu, ceintures à pelotes rénales, ceintures à poche gastrique, qui ne soutiennent pas mieux qu'une simple sangle élastique ordinaire. La ceinture cristallise l'obsession, une amélioration apparaît au début, bientôt elle cesse, d'ailleurs l'amaigrissement s'est accusé, il faut une autre ceinture et la guérison ne s'en suit pas.

Les dangers. — Après plusieurs mois ces cachectiques ont un aspect misérable et cependant un examen complet ne décèle pas une cause organique importante. C'est alors qu'apparaissent les deux dangers : la mélancolie anxieuse et surtout la tuberculose pulmonaire. Comme dans l'anorexie mentale, la tuberculose pulmonaire apparaît, elle évolue à bas bruit ne se traduisant au début que par un peu de toux et de la température.

La guérison. — La guérison est cependant possible si on arrive à rompre le cercle vicieux. Telle malade que nous connaissons a repris 16 kilogrammes et digère parfaitement bien sans régime, ni traitement. Des rechutes sont possibles, mais se traitent et peuvent guérir de la même façon.

***

Le diagnostic n'est pas toujours facile et il faut avoir soin de rechercher minutieusement une cause organique.

L'ulcère de l'estomac attirera l'attention par ses douleurs plus précises, dans le temps comme dans leur siège. Les douleurs sont exagérées par des aliments toujours les mêmes et sont calmées par les alcalino terreux. En cas d'hésitation, les rayons X apportent des arguments de plus grande valeur.

Le cancer donne souvent et la même anorexie et la même cachexie. On le cherchera toujours par la palpation, par les signes de sténose pylorique et par l'examen radioscopique. Certaines fois, il faut s'y reprendre à plusieurs examens, rien n'est plus délicat que le diagnostic de cancer au début et il faut toujours maintenir ses malades sous une surveillance médicale. Tant qu'il peut y avoir doute. Pour mon compte l'épreuve du traitement peut suffire sous le contrôle étroit de la pesée régulière.

La tuberculose pulmonaire peut sans grandes lésions donner le même syndrome gastrique et général. Il faut la rechercher avec soin, mais ne pas s'attarder à des nuances de submatité ou de respiration soufflante. Une tuberculose pulmonaire pour donner un pareil tableau clinique est une tuberculose importante et s'accompagne toujours de fièvre.

Nous serons brefs sur les amaigrissements des sympathicotoniques avec tremblement, tachycardie, émotivité, insomnie qui souvent sont des petites basedowiennes. L'anorexie est fréquente çhez ces malades, mais si on peut employer pareille expression, l'amaigrissement déborde la diète.

Nous serons bref avec le diagnostic d'autres cachectiques ; les cholécystites chroniques dont la douleur appelle à droite, les pyélonéphrites dont les urines sont suppurées et enfin les diabètes qui maigrissent tout en mangeant. Il suffit de songer à ces maladies pour les éliminer.

La stase intestinale chronique, les dyspepsies, les dystonies ne sont pas à diagnostiquer, leur syndrome cachectique se fond avec le précédent.

Reste à éliminer l'anorexie mentale. Celle-ci à mon avis est beaucoup plus massive, moins logiquement raisonnée, plus monstrueuse et aussi plus rebelle. L'anorexique mental est un véritable

psychopathe. Le cachectique restrictif est un simple anxieux qui a mal compris. Il est impossible de raisonner le premier, il est facile de raisonner le second.

***

Le TRAITEMENT s'inspire de l'importance de la cachexie.

1° *Dans les grandes cachexies*, au-dessous de 42 kilogrammes par exemple, les malades sont mises dix à quinze jours au repos au lit, avec tous les deux jours une injection sous-cutanée de 2 cc. d'huile camphrée 1/10 dans le but d'activer leur lipogénèse.

2° *Dans les autres cachexies*, moins accentuées, je laisse les malades continuer leur vie habituelle, mais je demande douze heures de lit par jour et recommande d'éviter les fatigues.

Pour l'alimentation, je n'ai jamais eu besoin de recourir au tubage duodénal. Je la reprends rapidement sans graduation. Au début pour l'aider je donne comme chez les dystoniques avant les deux repas X gouttes de teinture de belladone et à la fin du repas de midi soit une à deux cuillerées à café de lactose soit dans un peu d'eau un paquet de la poudre :

Lactose	0 gr. 50
Hydrate de magnésie	0 gr. 30
Sous-nitrate de bismuth	0 gr. 20

Pour un paquet.

Cette thérapeutique à doses minima suffit toujours.

Elle est chargée seulement de favoriser le contact de la reprise alimentaire. Je la continue environ trois semaines.

Mais tout l'effort porte sur l'alimentation. Celle-ci a pour but seulement d'augmenter le volume du bol fécal de façon à lutter contre la constipation. Je suis revenu à plusieurs reprises déjà sur ce que j'appelle avec Henry WALTER le régime des celluloses. On insistera sur les légumes verts en branches, on remplacera les purées par les farineux écrasés mais non passés, et les compotes par des fruits cuits puis crus avec leurs déchets à mastiquer avec soin. On augmente le beurre, l'eau de boisson pendant le repas. La viande est donnée à midi et on reprend le soir les potages paysannes avec un entremets contenant un œuf. Cette reprise alimentaire n'est pas toujours facile ; il faut s'y reprendre à plusieurs fois. Des périodes d'intolérance sont possibles avec aigreurs, renvois ou diarrhées. Le difficile est de se faire comprendre, les restrictifs sont des raisonneurs. Il faut leur montrer leur erreur. Quand ils ont compris, ils guérissent vite. Rapidement dès lors ils reprennent un régime normal et leur guérison complète et définitive est la meilleure preuve que la restriction était toute la cause de leur maladie.

Pendant toute cette reprise alimentaire il faut s'occuper de la constipation. Je la traite autant que possible sans drastique et sans huile de paraffine, les mucilages sont les meilleurs, agar-agar, graines de lin, de psyllium donnés le soir à la dose de deux cuillerées à café dans un légume. L'huile d'olive à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin des deux repas quand elle est supportée est d'un heureux effet. Il faut supprimer les lavements d'eau qui ne font qu'exagérer le spasme intestinal et ne conserver à titre de secours les lavements d'huile et les vulgaires suppositoires. A ces traitements j'associe des remèdes de bonne femme la pomme crue croquée au lever et accompagnée d'un verre d'eau froide quand l'estomac est tolérant, toujours avec la même idée réveiller les contractions intestinales et augmenter le volume du bol fécal.

Pour conclure, la cachexie restrictive est la conséquence d'un abus de régime, c'est la création d'une diététique mal comprise et mal dirigée.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Le traitement des métrites chroniques gonococciques.

Une distinction s'impose entre les métrites du corps et du col.

Pour la **métrite du corps**, on utilise surtout les instillations intra-utérines. Voici comment. E. DOUAY (*Journal médical français*, mars 1926) conseille de procéder.

La canule de Braun étant placée dans l'utérus, on injecte 22 à 3 cc. de la solution de novocaïne au dixième.

Si le liquide sort facilement par le col le long de la canule, il n'y a pas de danger et on remplace la novocaïne par le liquide antiseptique choisi. Si le liquide ne ressort pas, on pousse doucement 3 cc., capacité habituelle de la cavité utérine. Si à ce moment une douleur vive se produit, indiquant que le liquide a reflué dans le ventre, il n'y a pas lieu de s'inquiéter, puisque c'est de la novocaïne, la douleur ne durera pas longtemps, mais il est prudent de ne pas insister davantage.

Si au contraire, il ne se produit aucune douleur, on retire la seringue, on laisse s'écouler par la canule la novocaïne injectée et après deux minutes, on fait doucement l'injection médicamenteuse.

A côté des antiseptiques utilisés couramment (nitrate d'argent à 1/20e, chlorure de zinc à 1/10e, teinture d'iode, etc.), Douay signale le *mercurochrome*. Ces essais datent de dix mois et les résultats sont encourageants sans révolutionner cependant la thérapeutique des métrites.

Dans la *méthode de Lacapère* on se sert du *Nitium* et de la *Leucagine*. Le principe de la méthode est d'introduire, dans la cavité utérine, un crayon de substance soluble, contenant quelques microgrammes de bromure de radium. Ce radium non filtré agit par brûlure superficielle de la muqueuse. Une ou deux applications peuvent amener une amélioration nette de la métrite. Mais la guérison n'a pas toujours été durable. Certaines malades sont revenues avec des douleurs au moment des règles, et même avec des lésions salpingiennes qu'il a fallu opérer dans la suite.

Le *curettage*, dans la métrite chronique sans réaction salpingienne, est souvent utilisé avec profit, malgré toutes les critiques qu'on a pu lui faire. Mais à la condition que le gonocoque ne soit pas en cause. Faire un curettage pour métrite en présence d'un gonocoque virulent, ajoute Douay, c'est aller au devant des complications, périmétrite, salpingite, pelvipéritonite, rhumatisme Avant de faire un curettage pour métrite, il faut rechercher la présence du gonocoque dans les sécrétions du col, immédiatement après les règles. Si l'examen est positif, il est prudent de s'abstenir.

La **métrite cervicale** est habituellement traitée par les pansements, les ovules et les cautérisations intracervicales.

Le *pansement picriqué* à 8 p. 1000 donne des résultats favorables ; il reste vingt-quatre heures en place et est renouvelé une fois ou deux par semaine. Il agit en produisant une desquamation intense de la muqueuse, qui se détache trois jours après le pansement sous forme de lambeaux jaunâtres.

Après quatre ou cinq pansements, on complète le traitement par l'application, le soir, d'un ovule à la glycérine ichtyolee au 1/10e, à raison de deux par semaine. Les attouchements à la teinture d'iode du canal cervical sont souvent irritants. La solution de nitrate d'argent au 1/10e est mieux tolérée.

La *cryothérapie* est une méthode inoffensive et surtout utile dans l'endocervicite catarrhale avec glaires épaisses. La durée d'application est de une minute environ ; l'application est renouvelée chaque semaine. La diminution des sécrétions glaireuses est rapidement obtenue.

Il est très difficile de faire pénétrer la pointe du cryocautère jusqu'au fond de l'utérus par suite de l'adhérence immédiate de la paroi froide à la muqueuse. Pour cette raison, il est pratiquement impossible d'utiliser cette méthode pour le traitement de la métrite du corps.

La cryothérapie est au contraire une méthode à garder pour le traitement de l'endocervicite.

Le caustique de Filhos a sur les métrites du col, qui résistent au traitement habituel, un effet supérieur à toutes les méthodes non chirurgicales, à la condition qu'il soit manié avec prudence.

La présence du gonocoque n'est pas une contre-indication au traitement, mais les résultats les plus favorables sont donnés par les métrites chroniques sans gonocoque.

Voici la technique employée à Broca, d'après Douay : l'application est faite dans le canal cervical avec le crayon lorsque le col est largement ouvert ; la durée d'application est de dix à quinze secondes.

Lorsque le col est étroit, il vaut mieux se servir d'un petit tampon monté, bien imbibé de Filhos ; on le laisse un peu plus longtemps en contact avec la muqueuse, trente secondes environ. L'escarre se détache du cinquième au huitième jour ; la réparation commence à partir de ce jour pour être apparente au quinzième jour. Il faut attendre ce moment pour faire une nouvelle application sans risque de cumuler les effets destructifs de la potasse.

Faire des cautérisations à bref intervalle paraît dangereux, car on peut atteindre la couche musculaire et produire l'atrésie du col.

Douay conseille l'association de la diathermie et de la vaccinothérapie.

La diathermie est appliquée avec l'appareil de Roucayrol. Sans parler de l'appareil producteur du courant de haute fréquence, il comprend un mandrin vaginal, entrée du courant et de deux plaques, l'une ventrale, l'autre dorsale, sortie du courant.

Le mandrin vaginal présente une soudure cuivre-constantan formant couple thermo-électrique, branché sur un galvanomètre gradué en degrés centigrades, et relié d'autre part à une bouteille thermos contenant de la glace. Pour obtenir la température optima de 45° environ, il faut par tâtonnement faire varier l'intensité de 2.500 à 3.500 milliampères.

Ces applications sont très simples à pratiquer. L'appareil de Gaiffe, moins coûteux, peut être

utilisé également, à la condition d'employer une électrode vaginale (mandrin de Renaud) et d'annexer à ce mandrin un thermomètre à alcool qui permette de lire directement la température produite.

Le gonocoque se trouve très mal influencé par une application à 45° pendant quarante-cinq minutes. Le lendemain il devient rare dans les sécrétions, mais il ne tarde pas à revenir.

En réalité, il faut quinze à vingt séances pour le voir disparaître complètement.

Après guérison apparente, il est bon de faire quelques séances supplémentaires après les règles suivantes pour confirmer la guérison.

Les séances de diathermie sont absolument indolores, provoquant une sensation de chaleur locale et générale qui n'a rien de désagréable.

La *vaccinothérapie* antigonococcique se fait avec des vaccins différents.

Parmi les stock-vaccins spécifiques, celui qui a le plus d'effet est le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur. Les réactions locales et générales sont assez fortes ; trois piqûres suffisent à trois jours d'intervalle.

En clientèle, chez les malades qui ne peuvent pas s'aliter, Douay emploie volontiers le vaccin antigonococcique de Bruschettini : il est moins violent, parfaitement toléré, mais aussi moins actif, dix à douze injections à deux jours d'intervalle.

Les auto-vaccins préparés avec les sécrétions du col ont donné des heureux succès. Pour Douay, les vaccins ne suffisent pas à eux seuls, mais s'associent heureusement au traitement local.

Sociétés Savantes

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 juillet 1926.

Dysostose cranio-faciale non héréditaire et non familiale. — M. Comby et Mme Pierrot-Lape. — Un garçon de 9 ans présente tous les caractères de la dysostose cranio-faciale typique : exophtalmie notable avec troubles de la vue, conformation spéciale du crâne, prognathisme exagéré, profondeur de la voûte palatine avec étroitesse du maxillaire inférieur. On ne retrouve aucun fait semblable dans la famille.

Rhumatisme tuberculeux. — MM. Barbonneix et Mornet. — Une jeune femme, à la suite d'une poussée de rhumatisme pluri-articulaire aigu, précédée d'angine, fut prise de douleurs localisées au poignet droit. La radiographie vint montrer qu'il s'agissait de tuberculose des articulations du carpe. La malade était d'ailleurs une ancienne tuberculeuse.

M. Bezançon a vu survenir une localisation tuberculeuse au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Il signale un cas de tuberculose généralisée à type granulique où alternaient des poussées d'iritis et des manifestations articulaires différentes, d'ailleurs, du rhumatisme aigu typique.

M. Netter. — Beaucoup d'érythèmes noueux sont d'origine rhumatismale ; l'épreuve de la tuberculine provoque souvent des réactions violentes chez ces malades.

Etude histologique de deux cas de nodosités para-articulaires au cours du rhumatisme chronique. — MM. Crouzon et Bertrand présentent les préparations histologiques des nodosités para-articulaires observées dans les deux cas de rhumatisme chronique.

M. Jeanselme fait observer que la structure de ces nodules très anciens n'offre rien de très caractéristique.

Forme pseudo-tuberculeuse d'un cancer primitif du poumon. — MM. Loeper et R. Garcin rapportent l'observation d'une malade qui évolua comme une tuberculeuse chronique et chez laquelle l'autopsie montra l'existence d'un cancer primitif du poumon à forme serpigineuse.

Un cas de gangrène pulmonaire guérie par injection de 8 litres de sérum antigangréneux. — MM. Loeper et R. Garcin. — Chez un malade la sérothérapie antigangréneuse, pratiquée précocement, et poursuivie pendant plusieurs mois, a pu atteindre sans aucun incident le total de 8 litres de sérum en trois mois, avec guérison clinique et radiologique se maintenant depuis plus d'un mois.

Forme chronique de la gangrène pulmonaire ; présence de spirochètes dans la lésion gangréneuse. — MM. F. Bezançon, Moreau, Etchegoin et E. Bernard. — Dans 7 observations sur 11, les auteurs ont pu mettre en évidence la présence de spirochètes dans les crachats et dans les lésions gangréneuses en association avec des anaérobies de type banal.

Epilepsie et éclampsie pleurale. — MM. Léon Bernard, F. Coste et J. Valtis. — Chez un jeune homme, tuberculeux pulmonaire et comitial fruste, les insufflations du pneumothorax artificiel provoquaient des absences épileptiques. Cette observation montre qu'il y aurait intérêt chez ces malades exposés aux accidents de l'éclampsie pleurale, à donner, avant la ponction ou l'insufflation, du bromure ou du gardénal.

CORRESPONDANCE

Le danger des injections intraveineuses.

Je me permets de vous rapporter sur les injections intra-veineuses de colloïdaux l'observation suivante d'un vétérinaire de mes amis :

Un cheval breton, fortement constitué, étant atteint d'eczéma végétant sous ungulé, particulièrement rebelle à tout traitement, on résolut d'essayer une injection intrajugulaire d'électrargol.

Dès que l'injection fut faite le cheval tomba comme une masse, on crut à une syncope et on donna les soins d'usage, rien n'y fit et en quelques instants le cheval mourut.

Ce fait s'ajoutant à ceux que citait récemment le *Journal des Praticiens* devrait porter à une certaine réserve quant à la pratique des injections intra-veineuses.

Dr D.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Pathologie Médicale, par MM. F. Bezançon, Marcel Labbé, Léon Bernard, J.-A. Sicard, A. Clerc, P.-Emile Weil, Philibert, S.-I. De-Jong, A. Sézary, Ch. Foix, Valléry-Radot, G. Vitry, M. Bloch, J. Paraf, Thiers.

Tome I. Maladies Infectieuses, par Fernand Bezançon *Professeur de clinique médicale* (Hôpital St-Antoine), *à la Faculté de Médecine de Paris* et André Philibert, *Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.* — Un vol. de 540 pages, avec 74 figures (Masson et Cie, éditeurs). — Broché : 28 fr. ; Cartonné : 34 fr.

Tome II. Maladies Infectieuses, par Fernand Bezançon et André Philibert (*suite*).

Intoxications, par Léon Bernard, *Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Laennec* et Jean Paraf, *ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.* — Un vol. de 648 pages avec 91 fig. — Broché : 28 fr. ; Cartonné : 34 fr.

Les auteurs remanient le plan de l'ouvrage afin de donner aux matières exposées dans l'ouvrage toute l'étendue nécessaire à un enseignement de la pathologie médicale.

L'ouvrage paraîtra en 7 volumes :

Le Tome I et une partie importante du tome II rédigés par le Professeur Bezançon et le Docteur Philibert sont consacrés aux maladies infectieuses provoquées par les bactéries et dues à des parasites autres que des bactéries. Les maladies dues aux spirochètes occupent le tome II, avec les maladies à virus filtrants. Nous ne dirons rien de ces articles, ils sont parfaits, et très au courant des recherches récentes. Le cancer termine la série des maladies infectieuses.

La 2e partie du tome II, écrite par le professeur Léon Bernard et Jean Paraf, est consacrée aux *intoxications*.

Les applications à l'hygiène sociale sont particulièrement développées. Ces nouveaux volumes du *Précis de Pathologie médicale* comme ceux déjà parus s'adressent au médecin et à l'étudiant ; ils y trouveront la même clarté, la même simplicité et le souci de donner la première place aux tableaux cliniques.

La Radiologie du Médecin Praticien. Radiodiagnostic des Maladies de l'Appareil digestif, par R. Ledoux-Lebard. — Un volume de 288 pages avec 101 figures et 12 planches radiographiques hors texte. (Masson et Cie, éditeurs). *Collection Médecine et Chirurgie pratiques.* — Prix : 30 francs.

Ce livre est écrit pour l'étudiant et le médecin. Parm les moyens d'investigation récents l'examen radiologique a pris au cours de ces dernières années un développement impressionnant, et dans le cas où les images radiographiques et radioscopiques, ne révèlent pas un état, elles permettent de confirmer, de préciser, d'interpréter ce que l'examen direct aura indiqué.

Le domaine du radiodiagnostic des maladies de l'appareil digestif est très étendu.

Dans ce livre, les différents modes d'examen et procédés sont indiqués et à propos de chaque affection l'organe est examiné à l'état normal et à l'état pathologique avec ses anomalies réelles ou apparentes, ses différents aspects, les erreurs dont il peut être l'objet.

Le médecin saura ainsi dans quel cas, il devra provoquer un examen radiologique ; il en suivra facilement les différentes phases, et en interprétera facilement les images.

Introduction à la radiologie médicale. Etude simplifiée des notions actuelles sur la nature des Rayons X, par G. Chaumet, *Professeur agrégé au Val-de-Grâce*, — Un volume in-8° raisin 260 pages avec 29 figures. — Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. — Prix : 15 francs.

L'auteur, part d'une comparaison entre les radiations de Roentgen et les ondes lumineuses. Après une incursion dans les nouvelles acquisitions de la théorie atomique, il reprend l'étude des propriétés des rayons X qui se présentent dès lors à l'esprit avec leur pleine signification.

La genèse des rayons de Roentgen se conçoit de même sans difficulté.

Un des mérites de l'ouvrage est d'amener le lecteur à s'intéresser à ces questions sans exiger de lui des connaissances spéciales. A la fin du volume M. Chaumet, parle de la transmutation possible des corps simples. L'idéal des alchimistes un beau jour ne sera plus un rêve.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Firssinger
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

SYPHILIGRAPHIE

Surveillance et traitement des syphilitiques latents anciens (1).

(Syphilis tertiaire latente).

Critères de guérison de la syphilis et Traitement « d'assurance contre la maladie ».

Par H. Gougerot, *Professeur agrégé, médecin des Hôpitaux.*

Tous les médecins ont souligné la gravité si redoutable des syphilis tertiaires et quaternaires : tabes, P. G. P, aortites, etc., cancer sur leucoplasies, etc., et les malades doivent en être prévenus afin d'écouter nos conseils. Puisque la syphilis tertiaire est la période de ces lésions viscérales graves de la syphilis, le but de tous nos efforts doit être de la supprimer et pour ce, il faut non seulement traiter et surveiller les syphilitiques récents, il faut encore surveiller et traiter si besoin, les anciens syphilitiques, car dès le début nous insistons sur cette règle, les anciens syphilitiques doivent être surveillés toute leur vie et traités pendant les premières années de leur syphilis tertiaire latente.

***

Pour nous guider dans cette surveillance et traitement de la syphilis ancienne latente, il est nécessaire d'examiner trois questions préalables.

I. — **Que représente la syphilis tertiaire latente ?** — Le plus souvent le syphilitique traité même avec des cures d'intensité moyenne est complètement guéri ; mais quelques malades, malgré les apparences de la guérison complète, conservent des foyers latents de tréponèmes, reliquats de foyers non détruits de la période de généralisation primaire ou secondaire; l'expérience clinique, confirmée par la bactériologie, a montré que les lieux de prédilection étaient les artérioles surtout du système nerveux et l'aorte, le tégument cutané et surtout muqueux, les méninges et les gaines des racines nerveuses, les tissus hématopoiétiques. Les tréponèmes restent (sous leur forme classique ou sous une forme inconnue et discutée), si peu virulents qu'il n'y a ni signe clinique ni séro-réaction positive ; c'est sans doute dans cette période qu'ils acquièrent une spécialisation de forme (virus ostéotrope, neurotrope, etc.). L'organisme est en état d'immunité décroissante avec réaction allergique intense si bien qu'il devient de moins en moins immunisé et de plus en plus réceptif. Malgré, donc, les apparences cliniques, malgré les séro-réactions négatives et malgré un liquide céphalo-rachidien normal (lorsqu'il n'y a pas méningite commençante), ce sujet reste dangereux pour luimême, pour son conjoint et sa descendance, car il peut même sans accidents visibles avoir des tréponèmes dans le sperme.

II. — **Quelles sont les causes des récidives de syphilis tertiaires ?** — Chez de tels malades porteurs de tréponèmes latents, quelles causes sont susceptibles de réveiller les tréponèmes et de provoquer des syphilides afin d'éviter ces causes ou tout au moins de les combattre ?

On a incriminé :

1° **Maladies chroniques** *amenant un affaiblissement de la résistance générale par l'alcoolisme, le scrofulo-lymphatisme, l'artério-sclérose et poly-scléroses viscérales, le diabète,* etc. : d'où l'utilité de renforcer au maximum la résistance organique des syphilitiques.

2° **Maladies aiguës** *diminuant la défense du syphilitique* ou sensibilisant les tréponèmes : paludisme, *grippe* surtout (1). Hutinel a montré chez l'enfant hérédo-syphilitique la fréquence et l'importance de ces réveils de syphilis latentes. Nous avons observé le même éveil dans la syphilis acquise, la syphilis viscérale se cachant sous le masque d'une aortite typhique, d'une artérite grippale, d'une néphrite postpneumonique, etc., qui s'éternisent malgré les traitements symptomatiques et guérissent rapidement par l'arsénothérapie, d'où la nécessité de ne pas négliger de faire le B.-W. chez tous les convalescents atteints de viscérites, de penser à un réveil de syphilis et de tenter le traitement d'épreuve.

3° **Les traumatismes** *accidentels et opératoires.* — La guerre a fourni de nombreux exemples : syphilis post-traumatiques sous-cutanées, cutanées, musculaires, osseuses et même testiculaires, aortiques, pulmonaires (V. Gougerot et Clara, *Journal médical français*, déc. 1918, n° 5, p. 216). Girard, de Toulon, nous-même nous avons

(1) Leçon faite à la clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis. Voir *Journal des Praticiens* 1926, n° 23.

(1) Certains B.-W. positifs pendant et après une infection aiguë (pneumonie, scarlatine, etc.) que l'on croyait des faux B.-W. paraissent à certains, à Milian et à nous-même des réactivations du B.-W. par la maladie aiguë dont il faut tenir compte.

observé des « syphilides gommeuses ulcéreuses consécutives à des injections médicamenteuses : morphine, etc. et même sels de mercure » (*Annales des mal. vénériennes*, oct. 1923, n° 10, p. 784), d'où utilité d'un traitement préopératoire chez un syphilique ancien surtout si le B.-W. est positif, d'où nécessité de penser toujours à la syphilis dans les complications traumatiques et opératoires et de faire un traitement d'épreuve.

4° **Les chimio-résistances**, *arséno-résistances*, par exemple. — Tel malade est ou devient arséno-résistant.

Tantôt l'*arséno-résistance est complète*, telle notre malade 2066 atteinte de syphilis en 1913, depuis dix ans ; elle vient consulter pour céphalée, Argyl Robertson. En septembre 1923, son B.-W. est positif total. Elle a supporté parfaitement une cure de 914, elle supporte une 2e cure de 914, 0 gr. 15 à 0 gr. 75 totalisant 6 gr. du 2 octobre au 27 novembre 1923 et cette cure a agi puisque la céphalée a disparu. Alors qu'on recommence une 3e cure le 18 décembre 1923 de 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75 apparaît du 21 au 26 décembre une éruption de syphilides papulo-squameuses nombreuses disséminées et le B.-W. est paradoxalement négatif H8-8, H7-6 au Desmoulière.

L'arséno-résistance est évidente et a dû se produire entre les 2e et 3e cures arsenicales. Chaque injection de la 3e cure exaspérait les papules existantes et en faisait naître de nouvelles, cette réaction que nous avons appelé avec M. P. Fernet, réaction de résistance (*Annales des mal. vénériennes*, juillet 1924, n° 7, p. 502) prouve que l'arsenic excitait les tréponèmes. Il y avait donc dans ce cas *facteurs multiples de récidive : incapacité de la malade à utiliser l'arsenic, virus arséno-résistant* et *excitation des tréponèmes par l'arsénobenzène*. Au contraire, elle a guéri avec une merveilleuse rapidité par le bismuth et sans qu'il y ait eu réaction Herxheimer, ce qui prouve que la réaction observée à chaque injection arsenicale n'était pas une réaction d'Herxheimer.

Tantôt, et le cas est beaucoup plus fréquent, c'est une *demi-arsénorésistance* sur laquelle nous avons insisté à plusieurs reprises (*Bulletin général de thérapeutique*, février 1924, p. 49), l'arsenic agit mais incomplètement, par exemple il blanchit les lésions, il arrive plus ou moins lentement à négativer le B.-W. parfois même, il échoue), mais il ne parvient pas à détruire les foyers de tréponèmes. On voit combien ces demi-arsénorésistances sont trompeuses car l'arsenic a semblé suffisant puisqu'il a fait disparaître les lésions visibles et la séroréaction et pourtant il n'a pas eu l'action puissante habituelle puisqu'il n'a pas tué tous les tréponèmes.

Par exemple un de mes malades a reçu quatre cures de 914 de 4 à 5 grammes, avec des arrêts trop longs de deux à trois mois, le B.-W. est partiellement positif H 6-66 au B.-W. classique, H4-44 au B.-W. Hecht, H4 au B.-W. Desmoulière le 20 décembre 1920 ; ne voulant pas d'injections fessières mercurielles qu'il trouvait trop douloureuses, il continue pendant 1921 les cures de 914 0 gr. 15 à 0 gr. 90 totalisant 6 à 7 grammes à chaque cure, le B.-W. ne devient négatif qu'après 4 nouvelles cures, H8-87 au B.-W. classique, H7 au B.-W. Desmoulière, H8-77 au B.-W. Hecht ; le 10 janvier 1922 le malade exaspéré par ces cures répétées d'injections ne prend plus que des comprimés de mercure, le B.-W. est encore négatif en mai et en octobre 1922 (remarquons qu'il y a plus de huit mois de B.-W. négatif). Nous n'obtenons pas de lui une cure d'automne et fin novembre il revient consulter avec un ptosis de la paupière droite, le B.-W. est redevenu positif, H3, H2, H2 au B.-W., H0 au B.-W. Desmoulière, H0-00 au B.-W. Hecht. Le 914, recommencé, ne l'améliore que très lentement, au contraire 4 piqûres de bismuth font disparaître ce ptosis.

D'où la nécessité des cures pluri-médicamenteuse associées ou alternées.

5° **Traitement insuffisant.** — C'est de beaucoup la cause la plus fréquente. Les statistiques démonstratives sont rares.

Avant l'arsénothérapie on peut citer la statistique allemande de Per là la clinique de Neisser à Breslau. Sur 6.203 syphilitiques suivis pendant plusieurs années, 605, donc environ 10 % ont eu des récidives tertiaires et les causes ont été dans 60 % l'absence de tout traitement, dans 17 % une seule cure après le blanchiment, dans 21 % des traitements purement symptômatiques, dans 1 % seulement les malades qui ont récidivé s'étaient « soignés », mais il s'agissait du traitement des pilules mercurielles que nous trouvons actuellement très insuffisant et l'on voit combien cette constatation nous promet d'espoir pour nos nouveaux traitements beaucoup plus puissants.

Depuis l'arsénothérapie, on a la très nette impression que les récidives, sauf les cas ci-dessus d'arséno-récidive, n'existent plus lorsque le traitement a été correct et prolongé par des cures de consolidation ; au contraire, dans les cas de récidive que nous avons observés, les fautes de traitement étaient évidentes. On voit combien ces constatations sont rassurantes pour les syphilitiques qui consentent à se soigner longuement.

III. — **Existe-t-il des critères de guérison complète ?** — Les faits résumés ci-dessus montrent que même avec un traitement insuffisant la

récidive tertiaire est rare, il serait donc désirable après le traitement d'assaut du début d'avoir des critères permettant de reconnaître que tel malade est débarrassé de tous les tréponèmes, qu'il n'a plus besoin ni de surveillance ni de traitement de consolidation, que tel autre au contraire est encore porteur de tréponèmes et doit être rigoureusement traité. Or, malheureusement, ces critères nous manquent : ni le silence clinique pendant de longues années, ni la séro-réaction même négative pendant plus de huit mois, ni le liquide céphalo-rachidien normal ne peuvent nous assurer de la destruction complète de tout tréponème. En effet, quel clinicien n'a pas vu une syphilide gommeuse cutanée ou viscérale apparaître après dix, vingt, trente ans de syphilis muette, qui n'a vu une syphilis tertiaire évoluer avec un B.-W. négatif, et on a publié des cas de syphilis cérébrale artérielle avec liquide céphalo-rachidien normal !

La conclusion s'impose donc de surveiller et de traiter *tous* les syphilitiques comme si tous devaient être l'exception vouée à la récidive. Par ce système on traitera inutilement de très nombreux malades, mais on ne laissera pas sans traitement les malades non encore guéris. Tant que nous n'aurons pas de critère de guérison, il nous semble imprudent de laisser sans traitement et sans surveillance les anciens syphilitiques sous prétexte que les récidives sont l'exception : car cette exception est souvent grave : aortite, tabes, P. G. P, etc.

***

Surveillance des anciens syphilitiques latents.

Tous les syphilitiques doivent donc être surveillés même s'ils semblent guéris, même si leur B.-W. reste négatif, et ils doivent être surveillés *toute leur vie* puisque l'on a publié des récidives trente et cinquante ans après le chancre. C'est là une notion capitale que l'on doit s'efforcer d'inculquer à tous les malades.

On l'examine deux fois par an de la 4e à la 25e année, avec à chaque fois un B.-W. et une fois par an au delà de la 25e année avec un B.-W. annuel.

L'examen clinique sera aussi complet que possible : téguments, toutes les muqueuses y compris le col de l'utérus en faisant très attention aux leucoplasies graines de cancer, aorte, cœur, foie (en recherchant le glycose trois heures après un repas riche en sucre), système nerveux (réflexies-achilléens, pupillaires), reins, etc.

A chaque examen, d'abord bis-annuel, puis annuel, on fera une *séro-réaction de Bordet-Wassermann*, par plusieurs méthodes : B.-W. classique avec trois antigènes ; B.-W. Desmoulière ; B.-W. Hecht perfetionné par Ronchèse ou par Levaditi, Latapie Mutermilch. Tous les trois ans surtout à la 9e, 12e, 15e année *la réactivation* de Milian nous semble très utile.

La *ponction lombaire* a été très discutée, les uns avec Leredde, etc., la recommandent chaque, année ce qui théoriquement est logique, mais la plupart des malades refusent, les autres avec Ravaut la font à la 4e et à la 10e année ; d'autres, dont nous sommes avec Sicard, etc., sont opportunistes nous conseillons la ponction dans trois cas :

Lorsqu'on ralentit l'activité du traitement ou lorsqu'on cesse tout traitement ;

Lorsqu'il y a soupcon de syphilis nerveuse ; céphalée, asthénie. etc. ;

Lorsqu'un B.-W. irréductible du sang fait craindre un foyer viscéral de résistance.

***

Traitement des anciens syphilitiques latents.

Pendant cette surveillance, trois cas peuvent se présenter au point de vue thérapeutique.

1er cas : « malades guéris » avec B.-W. négatif. — Alors que tous les médecins raisonnables s'accordent à trouver nécessaire la surveillance de tous les anciens syphilitiques, on discute sur l'utilité d'un traitement après les premières années.

Les uns jugent inutile tout traitement, ils surveillent leurs malades et attendent ainsi un signe de récidive : séro-réaction redevant positive, signe clinique pour refaire une cure.

Les autres. suivant la tradition de Fournier, croient plus prudents avec Sicard, etc. et avec nous, de continuer le traitement au delà du traitement d'assaut de la première année et du traitement de consolidation des 2 ou 4 premières années (1) : c'est ce que nous appelons le « traitement d'assurance contre la maladie » ou « traitement de sûreté ».

En faveur de cette thèse nos arguments sont :

1° *Observations de récidives ou de contamination conjugale ou de transmission héréditaire* (Noiré, etc.) chez des malades n'ayant pas répété les cures. C'est donc que les traitements de deux à quatre ans et les critères peuvent être insuffisants.

(1) Voir Gougerot. Surveillance et traitement des syphilitiques latents récents. Traitement de consolidation. *Journal des Praticiens*, 5 juin 1926, n° 23, p. 369.

2° *Les statistiques de Fournier prouvant que la période dangereuse de l'éclosion des syphilis nerveuses est de la 5e à la 15e année* (87 % des P. G. P. apparaissent de la 6e à la 15e année avec un maximum vers la 10e année); 65 % de la 6e à la 12e année, 28,5 % de la 13e à la 20e année ; 2,6 % seulement au delà de la 20e année.

3° *L'innocuité des traitements* surveillés de bismuth et de mercure, l'ennui de quelques cures nous paraît amplement compensé par la sécurité obtenue.

En résumé, *tant que nous n'aurons pas de critère de guérison absolue, ou de signes avertisseurs sûrs de récidive nous conseillerons le* **traitement « de sûreté »** *suivant.*

Au delà du traitement de consolidation, c'est-à-dire de la **3e ou 5e année à la 10e année** sans qu'il y ait plus de trois à six mois d'arrêt entre le traitement de consolidation et le traitement de sûreté :

— Deux cures (au printemps et à l'automne, avril et octobre, par exemple) de 12 injections musculaires fessières de bismuth.

— Aux trimestres d'hiver et d'été (janvier et juillet, par exemple), une cure mercurielle, si possible des injections : ou 12 injections de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 d'oxycyanure de Hg veineux ou plus commodément oxycyanure musculaire tous les deux jours ou 6 injections musculaires fessières une fois par semaine de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 de calomel (malheureusement souvent trop douloureux) ou 0 gr. 08 d'huile grise argentique (arqueritol), 6 injections fessières une fois par semaine ou, à défaut d'injections, des frictions, des suppositoires, ou calomel buccal.

L'iodure paraît utile associé au mercure (comme allergique) : 2 à 4 gr. d'iodure de potassium par jour pendant toute la cure de mercure.

De la 11e à la 20e année (ou de la 11e à la 15e année) cure printanière (en avril) et automnale (octobre) de 12 injections musculaires fessières deux fois par semaine de bismuth et aux trimestres d'hiver (janvier) et d'été (juillet), injections mercurielles comme ci-dessus, ou à défaut cure d'injections mercurielles, cure mercurielle sans injections : ou frictions comme ci-dessus ou suppositoires mercuriels, ou calomel buccal avec iodure de potassium.

Facultativement de la 21e à la 25e année (ou de la 16e à la 25e année) cure printanière de 12 injections bismuthiques, cure automnale mercurielle de piqûres ou de frictions mercurielles ou à défaut de suppositoires mercuriels ou de calomel buccal avec iodure de potassium.

2e cas : récidive clinique ou sérologique. — Le malade surveillé présente une récidive clinique ou sérologique (on entend par là une séro-réaction positive sans accidents visibles). Tous les médecins sont d'accord pour le traiter jusqu'à disparition des accidents cliniques et sérologiques (séro-réaction négative), mais les avis diffèrent sur le mode de traitement.

Si le malade a des viscères non fragiles, il faut sans hésiter faire le traitement d'assaut comme dans une syphilis récente, on fera donc :

— Ou le traitement assaut que nous avons déjà conseillé : 1° cure arsenicale (avec ou sans bismuth); 2° cure arsenicale (avec ou sans mercure) ; 3° cure de bismuth ; 4° cure de bismuth ; 5° cure arsenicale.

— Ou la cure alternée : 1° arsenic ; 2° bismuth ; 3° mercure (avec ou sans iodure) et recommencer la même succession. Si un médicament paraît être plus actif on le préférera.

Si le malade a des viscères fragiles *et cette fragilité est fréquente chez les vieux syphilitiques*, les traitements précédents risquent d'être mal tolérés et même nuisibles, on alternera les mercuriaux solubles (oxycyanure veineux ou musculaire) et les bismuths solubles (puis s'ils sont tolérés, les bismuths insolubles) ; les arsenicaux seront utilisés si le bismuth ne suffit pas, on usera de la technique des petites doses lentement progressives ou de la technique de Sicard des petites doses répétées.

Après la négativation du B.-W., il faut consolider les résultats comme dans la syphilis récente, par un traitement de deux à quatre ans suivant la gravité de la récidive :

Tel malade a eu une récidive grave : lésion muqueuse destructive tenace, gommes osseuses à répétition, artérite cérébrale, accidents oculaires, etc., etc. Le traitement sera prolongé par cures successives pendant quatre ans après la disparition de la séro-réaction, cure bismuthique de printemps et d'automne, cure mercurielle d'hiver et d'été. Gaucher préconisait chaque mois dix jours de mercure, dix jours d'iodure, dix jours de repos. Mieux vaut être trop prudent que pas assez : par exemple un de mes malades, déjà atteint d'hémiplégie, qui avait guéri, eut une deuxième attaque d'hémiplégie qui, traitée trop tardivement à la campagne, lui laissa une parésie spasmodique définitive, etc.

Tel autre malade, au contraire, n'a eu qu'un bouquet de papules ou simplement un retour de la séro-réaction, le traitement n'a pas besoin d'être aussi sévère : deux ans du même traitement suffisent.

3e cas : Séro-réaction irréductible — Si, malgré un traitement bien conduit, la séro-réaction reste positive, il faut se méfier d'une lésion viscérale, aortique, méningée ou nerveuse, latente, qui constitue « un centre de résistance au traitement ». On proposera donc la ponction lombaire au malade et on agira suivant les résultats qu'elle fournira.

Si les examens cliniques et la ponction lombaire ne révèlent pas de lésions viscérales et que néanmoins la séro-réaction reste positive dans le sang (*séro-réaction irréductible*); il ne aut pas s'inquiéter et s'acharner à continuer éternellement une thérapeutique massive; après trois cycles de trois cures d'arsenic, bismuth, mercure (avec iodure) (1), on se contentera d'un traitement mercuriel (et iodure) périodique : par exemple une série de 10 piqûres de sels solubles ; (ou douze frictions ou quinze à vingt jours d'ingestion mercurielle) tous les deux mois ; ou mieux encore le « traitement des 3 dix », chaque mois : dix jours de piqûres ou de frictions, dix jours d'iodure, dix jours de repos; au printemps cure arsenicale et à l'automne cure bismuthique.

De même qu'en période secondaire latente, on ne peut donc donner de formule schématique applicable à tous les malades indistinctement, *il faut au contraire graduer sa thérapeutique suivant chaque cas* (2).

Les années suivantes, le malade sera traité, surveillé comme dans le premier cas, c'est-à-dire *examen clinique bisannuel et séro-réaction annuelle.*

***

Toute la vie, le syphilitique sera ainsi surveillé, je l'ai déjà dit, et j'y insiste encore à dessein, car des accidents peuvent survenir quarante, quarante-neuf, soixante ans même, après le chancre !

En résumé, seuls l'examen clinique approfondi de tous les viscères et du tégument cutanéo-muqueux, une séro-réaction négative et, le cas échéant, la ponction lombaire peuvent affirmer que la syphilis reste éteinte.

(1) Chez ces malades à B.-W. irréductibles, Mac Donagh, Marshall et Shera préconisent les injections soufrées de diortao-diamino-thiobenzène(intramine).

On injecte dans les muscles environ deux fois par semaine 1 à 5 cc. d'un mélange extemporané d'une partie de la solution n° 1 et de deux parties de la solution n° 2 ; on fait huit à douze injections.

Dujardin emploie l'iodure de potassium.

Un de nos collaborateurs a proposé quinze à vingt injections veineuses quotidiennes de 2 à 5 cc. d'une solution à 2 % de sulfate de cerium.

Nous-même avec Peyre nous avons essayé deux à six injections fessières hebdomadaires de 1 à 5 cc. d'hémostyl, le lipiodol etc.

(2) Certains recommandent un traitement préventif de la PGP par la « fièvre aseptique ».

C'est seulement grâce à cette surveillance clinique et sérologique durant toute la vie de l'ancien syphilitique, grâce à ce traitement de sûreté pendant les années des échéances dangereuses de Fournier, que l'on se mettra à l'abri des récidives imprévues et que l'on obtiendra la guérison pratique, but de tous nos efforts.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Hôpital Necker. — M. le Pr Legueu.

Lecture d'un cathétérisme de l'uretère.

Quand on fait un *cathétérisme de l'uretère*, on se propose de rechercher deux éléments :

1° La *localisation* de la maladie et son existence même, la question de savoir s'il y a un rein malade, et si c'est le droit ou le gauche ;

2° La *valeur de l'autre côté* au point de vue de la néphrectomie, si la première question a été résolue dans le sens de l'affirmative chirurgicale.

Ce sont là, en effet, les renseignements que l'on doit tirer de la lecture d'une feuille de cathétérisme : un seul rein est-il malade ? Les deux reins sont-ils altérés ? Si oui, quelle est la valeur de l'autre côté ?

Les éléments d'information sont au nombre de trois :

A. Une *cystoscopie.*
B. Un *examen histo-bactériologique.*
C. La *chimie.*

En ce qui concerne la *cystoscopie*, nous avons sur nos feuilles de cathétérisme, le schéma des uretères, de la zone urétérale du côté droit et du côté gauche.

Les deux *orifices urétéraux* sont-ils égaux, ou y a-t-il, au contraire, une différence entre eux ? Trois hypothèses sont à envisager : 1° l'intégrité bilatérale ; 2° des altérations égales des deux côtés, c'est-à-dire une zone d'œdème bulleux qui rend impossible de voir les orifices urétéraux.

3° L'inégalité, c'est-à-dire un orifice très large, d'un côté, un orifice altéré de l'autre. Dans un cas, on note, par exemple une altération prédominante du côté gauche. Ceci a son importance, surtout quand cette indication s'accorde avec celles fournies par la chimie.

Il n'est pas mauvais de voir si dans les indications de la cystoscopie on n'a pas signalé autre chose que des altérations des orifices urétéraux.

Voici, par exemple, sur cette feuille, signalée l'existence dans la *région vésicale supérieure* d'une *ulcération* à fond rouge, signe de tuberculose à peu près inéluctable, quand les signes cliniques sont concordants.

Voilà l'indication cystoscopique. Nous arrivons à l'*examen histologique et bactériologique* des urines séparées, celles du rein droit et celles du rein gauche. D'un côté, on trouve de très nombreuses cellules. Ce sont des cellules de l'épithélium vésical ou urétéral, entraînées par le cathétérisme ; ces éléments n'ont pas d'importance.

De l'autre côté, pas de pus, mais de très nombreux polynucléaires. On peut trouver de très nombreux polynucléaires même dans des reins à peu près sains. Toutefois, en pareille circonstance, cette indication contribue à établir la localisation du côté gauche.

L'examen bactériologique, du reste, confirme les indications précédentes par la constatation des bacilles de Koch du côté gauche, et leur absence de l'autre côté.

Par conséquent, la cystoscopie et l'examen histo-bactériologique ont donné des indications déjà très satisfaisantes : la cystoscopie nous a montré à la partie supérieure de la vessie une ulcération tuberculeuse, qualifiée telle et par la situation et par la clinique. D'autre part, l'examen histo-bactériologique est négatif d'un côté, alors que de l'autre côté il montre des bacilles de Koch et de très nombreux polynucléaires.

De plus la *couleur des urines* est à noter. Du côté droit, elles sont *louches*. Du côté gauche, *sanguinolentes*.

L'aspect louche des urines n'est pas incompatible avec un rein absolument sain. Quant à la présence du sang, elle n'a pas de valeur, pas plus que l'aspect louche, au cours du cathétérisme de l'uretère. L'introduction de la sonde suffit pour rendre l'urine sanguinolente.

Nous arrivons à la *chimie* ; quand tous les autres éléments sont déficients, c'est avec la chimie qu'on peut réaliser la solution du problème.

Faut-il considérer la quantité d'eau fournie dans le cathétérisme, pendant une ou deux heures ? Non, ceci n'a pas de valeur. Il n'y a qu'un élément comparatif qui compte, c'est une *différence de concentration obtenue sur l'urine recueillie dans les premières minutes*. Il faut chercher le degré de *concentration de l'urée au litre*. C'est sur cette donnée seule que l'on jugera, d'accord avec les indications précédentes, de la *localisation. La maladie existe du côté où la concentration est la moindre.*

C'est donc par une valeur purement comparative que l'on juge et que l'on tranche la question jusque-là incertaine de la *localisation*.

Il est inutile de parler des *chlorures* : ils suivent toujours la formule uréique, bien qu'ils aient des conditions d'élimination différentes dans la tuberculose rénale. En règle générale, on trouvera toujours identité entre l'*urée* et les *chlorures*.

Les chiffres recueillis au cours du cathétérisme des uretères sont infiniment variables, suivant les moments, mais la déficience est la même *comparativement* entre les deux côtés.

Voilà pour la localisation.

***

Nous arrivons maintenant à la solution de la deuxième question, qui est également très importante, mais pour laquelle nous allons trouver des difficultés beaucoup plus grandes : c'est la *valeur du côté opposé*.

Nous allons trouver ici des difficultés considérables, parce que nous manquons d'un terme de comparaison, puisque l'autre rein est malade. Il s'agit, ici, de fixer une valeur absolue. Y a-t-il un type de rein, un critérium de fonctionnement rénal ? Evidemment non, parce que le rein sain fonctionne à sa manière, suivant son caprice, suivant les instants. Son fonctionnement varie d'un moment à l'autre, comme qualité, composition, manière. Les données établies jadis se sont effondrées sous les documents actuels.

Ici, nous avons d'abord à nous enquérir de l'*eau*. Evidemment, l'urée ne peut s'éliminer sans eau. Alors se présente l'épreuve de la *polyurie expérimentale*. Mais de nombreuses expériences, et l'observation de nombreux malades conduisent à cette notion, c'est que l'étude de la fonction aqueuse n'a pas une grande importance, parce que le rein s'adapte merveilleusement, dès le lendemain de la néphrectomie, aux nécessités de son nouveau fonctionnement. Quand l'épreuve est défavorable, ce n'est donc pas une raison suffisante pour contre-indiquer la néphrectomie.

La *concentration* est-elle un élément utile ? La concentration, nous l'avons vu précédemment, est utilisée pour la localisation de la maladie rénale ; elle sert à déterminer si cette maladie siège dans le rein droit ou dans le rein gauche. Nous avons cru aussi, à une certaine époque, que la concentration nous servirait à apprécier la valeur de l'autre côté, et qu'un rein ayant une concentration élevée était capable de fonctionner, le lendemain d'une néphrectomie, dans des conditions favorables. Mais depuis longtemps déjà cette indication a perdu toute valeur en pareille

circonstance, parce que les *lois d'Ambard* ont montré qu'une élévation considérable de la concentration, s'associe volontiers à l'*azotémie*, de sorte que la *concentration*, nécessaire pour établir la localisation n'a *aucune valeur* pour déterminer la *valeur fonctionnelle* du côté opposé.

Le *débit* a été opposé à la concentration. Jusqu'à ces derniers temps, on avait cru pouvoir attacher au débit une valeur pour connaître la valeur fonctionnelle de l'autre côté. Du jour où l'on a connu les lois d'Ambard, cet élément a perdu toute signification : le débit est fonction du carré de l'*azotémie*.

***

Les grands principes sont établis. Maintenant nous allons envisager quelques cas d'espèces.

Nous avons vu tout à l'heure que la localisation se jugeait par une déficience de concentration. Mais il faut savoir que dans l'état normal il peut y avoir des concentrations inégales. On n'a pas le droit, parce qu'on trouve une inégalité entre les reins, de dire que l'un d'eux présente une altération. Si cette déficience permet une localisation, c'est seulement chez les sujets qui ont des raisons d'avoir la *tuberculose*, mais non pas chez tout le monde. *A l'état normal*, on peut voir des *inégalités momentanées*, et qui peuvent changer et devenir de sens contraire, du jour au lendemain. Dans l'appréciation de toutes ces données, intervient toujours le sens clinique ; les chiffres n'ont pas une valeur absolue, mais quand une tuberculose existe, la déficience de concentration correspond généralement à la localisation. S'il y a des cas où on trouve le contraire, ce sont des exceptions qui confirment la règle. En général, dans la *tuberculose*, il y a des inégalités très marquées entre les deux côtés. Quand on se trouve en présence d'un malade ayant des urines purulentes, une grande différence de concentration veut presque dire *tuberculose*. Au contraire, quand il y a une déficience faible, il s'agit de *lithiase*.

La *bilatéralité* n'est pas toujours très facile à reconnaître. Il va de soi qu'un sujet ayant des lésions bilatérales, — soit une néphrite d'un côté, avec une tuberculose unilatérale de l'autre côté, soit une tuberculose bilatérale, — est *inopérable*.

Les *concentrations basses*, qu'on considérait autrefois comme la preuve d'un rein défectueux, n'ont qu'une *valeur comparative*. Les *concentrations hautes* correspondent à l'*azotémie*. Les *concentrations basses* peuvent correspondre à un fonctionnement favorable.

Les chiffres de concentration, ou insignifiants, ou énormes, sont aujourd'hui corrigés également par la *constante*.

Il n'y a pas à tenir compte de la *filtration*, tout au moins dans la généralité ; il faut étudier chaque cas en particulier. Quand on recueille les urines dans trois bouteilles, chez un sujet ayant une tuberculose rénale, s'il y a dans la vessie une concentration supérieure aux deux autres, c'est qu'il y a un troisième rein.

Voici un cas, en effet, où il y avait *trois uretères* : la sonde n'avait pas pénétré dans l'urètre du rein le meilleur.

Il y a des problèmes encore plus complexes. Le problème des filtrations ne peut se solutionner que par une interprétation spéciale, personnelle à un sujet. Ce sont des cas d'espèces ; il faut les discuter.

La *bilatéralité*, ou l'*inopérabilité*, ce qui revient au même, ne vient pas de la constatation des chiffres du cathétérisme, mais de la constatation des chiffres de la constante et de l'azotémie.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Coïncidence d'un névrome plexiforme et de la maladie de Recklinghausen.

Un homme âgé de 25 ans se plaint d'une tumeur siégeant à la région parotidienne gauche. Il raconte que cette grosseur, dont le début remonte à l'enfance, a été opérée partiellement. Il semble qu'elle ait débuté vers l'âge de 4 ans. En tout cas, elle a progressé très lentement. Il a fallu des années pour qu'elle atteigne à peu près le volume d'une noix. C'est alors que le malade, s'apercevant de sa difformité, demanda à un chirurgien de l'en débarrasser. Le chirurgien fit une incision verticale, dont la trace est visible, immédiatement au devant de l'oreille. Il enleva la plus grande partie de cette tumeur, après avoir porté le diagnostic de névrome plexiforme de la région parotidienne. L'examen des fragments de cette tumeur au point de vue anatomo-pathologique et histologique confirma ce diagnostic.

Les névromes plexiformes sont une affection rare. Ils siègent principalement sur l'extrémité céphalique. Leur développement remonte à la première enfance ; peut-être même est-ce une maladie congénitale. Ils donnent au palper une sensation particulière, rappelant celle d'un varicocèle. Quelquefois, la peau à leur niveau présente

des altérations éléphantiasques, chez notre malade, il existe encore, au niveau de la région parotidienne, sous la cicatrice opératoire, une tuméfaction un peu mollasse, se perdant dans la profondeur, indolente. En l'examinant complètement on trouve chez lui une autre tumeur, à la face postérieure de la cuisse. Elle est exactement sur la ligne médiane, et à trois travers de doigt environ au-dessous du pli fessier. A la vue, il existe une sorte de voussure ; il n'y a aucune altération de la peau. A la palpation, on sent une tumeur ayant le volume d'un petit œuf de poule, régulièrement arrondie, ferme, douloureuse au palper : la pression à son niveau provoque un soubresaut brusque du malade, qui dit ressentir comme une commotion, une décharge, avec une irradiation douloureuse qui descend dans la cuisse jusqu'au niveau du creux poplité.

Cette tumeur est un peu mobile dans le sens transversal. Lorsqu'on plie fortement la cuisse sur le bassin, en maintenant la jambe du malade étendue, ce qui tend son nerf sciatique, on constate que la mobilité de la tumeur est notablement diminuée. Lorsqu'on met sa jambe en flexion, la mobilité de la tumeur dans le sens transversal devient au contraire plus manifeste, le nerf étant alors relâché.

Etant donné le siège de la tumeur sur la ligne médiane, étant données les secousses ressenties à la pression comme une décharge jusque dans le creux poplité lorsqu'on appuie sur elle, on doit penser à une tumeur siégeant sur le tronc du sciatique.

En arrière et au-dessous de la région mastoïdienne, on trouve une autre tumeur, beaucoup plus petite, de volume d'un pois, mais présentant des caractères identiques à ceux de la tumeur de la cuisse, tumeur à contours arrondis, bien limitée, ferme, un peu élastique, sans adhérence à la peau, mobile en divers sens. Cette petite tumeur paraît développée sur un filet nerveux du plexus cervical, remontant vers la région occipitale.

Sur le tronc, on voit une série de petites saillies disséminées ; dans la région dorsale, notamment, on trouve des petites tumeurs mollasses qu'on attirefacilement avec les doigts. Enfin sur la peau existent de nombreuses taches café au lait.

On trouve donc réunis chez ce malade, en même temps qu'un névrome plexiforme de la région parotidienne, des tumeurs multiples situées sur des trajets nerveux, de petites taches café au lait, de petites tumeurs saillantes et ayant tendance à se pédiculiser. Cette triade caractérise la maladie décrite par Recklinghausen, dénommée pour cette raison maladie de Recklinghausen, et qu'on appelle aussi neuro-fibromatose généralisée.

Non seulement il y a dans cette maladie des tumeurs siégeant manifestement sur les nerfs, mais les petites tumeurs cutanées sont développées aux dépens des extrémités nerveuses. C'est une maladie véritable du système nerveux.

Le névrome plexiforme est très comparable aux tumeurs des nerfs de la maladie de Recklinghausen, sa coïncidence avec celle-ci ne doit donc pas surprendre, mais, comme le névrome plexiforme est extrêmement rare, on n'a pas souvent l'occasion d'observer cette coïncidence. Elle a été notée cependant, plus d'une fois déjà.

Quelle est la véritable nature de la maladie de Recklinghausen ? C'est peut-être une maladie congénitale, car elle remonte toujours à la première enfance. Les petites taches brunes de la peau rappellent les *nævi* pigmentaires, qui sont une maladie congénitale.

Son évolution est d'une lenteur excessive. Quelquefois, la maladie s'accompagne de troubles du côté du système osseux. Ce malade ne présente rien de ce côté. Il est bien développé, et se porte très bien.

Le pronostic est bénin, la maladie marche très lentement, elle dure des années. Il y a dans le service un homme d'une cinquantaine d'années, entré à l'hôpital pour un durillon forcé, et qui présente la triade, — pigmentation, tumeurs le long des nerfs, tumeurs cutanées — caractéristique de la maladie de Recklinghausen, qui ne le gêne pas du tout. C'est ce qui arrive dans la majorité des cas, mais non toujours. J'ai eu l'occasion de traiter autrefois un malade, ayant la même triade, et présentant une tumeur de l'aisselle à évolution rapide, dont je fis l'ablation. L'examen histologique montra qu'elle était en voie de transformation sarcomateuse. La suite démontra que c'était bien une tumeur maligne, car elle récidiva.

C'est là le seul point sombre dans l'histoire de la maladie de Recklinghausen.

Chez le malade que nous vons présentons, la tumeur de la face postérieure de la cuisse a pris un développement relativement considérable ; c'est la seule pour laquelle on pourrait songer à l'ablation, en discuter l'opportunité, d'autant plus que ces tumeurs sont généralement énucléables du tissu nerveux et qu'on peut les enlever sans altérer le nerf et sans avoir à constater à la suite de l'intervention des troubles du côté de la motilité ou de la sensibilité du membre.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Les vomissements.

a) **De l'adulte.** — Les vomissements ont apparu d'une manière *brusque* et constituent le symptôme dominant. Il s'agit d'une indigestion *alimentaire ou toxique*, d'une *hernie étranglée* ou d'une *occlusion intestinale*, d'une *péritonite*. S'enquérir des antécédents, vérifier les orifices herniaires, la région appendiculaire et utérine. Se comporter en conséquence. Réduire la hernie. Nous avons montré il y a vingt-cinq ans l'action efficace des compresses de coton imbibées d'éther, appliquées sur la hernie, l'éther étant renouvelé goutte à goutte pendant une demi-heure à une heure. Dans l'*occlusion intestinale*, *belladone* et *lavement électrique*, ce dernier dans les vingt-quatre premières heures et si toute idée de péritonite peut être écartée. Il n'est pas toujours commode de voir clair. L'occlusion intestinale, l'appendicite, la péritonite se confondent souvent à l'origine par des traits similaires. En cas de doute, diète *absolue même des liquides*, *vessie de glace* et attendre quelques heures. L'intervention chirurgicale immédiate est indispensable dans les péritonites par perforation (ulcère, cancer, grossesses tubaires). Dans la fièvre typhoïde, avec perforation, le traitement médical assure autant de succès que la laparotomie.

De même, l'*hématocèle retro-utérine* guérit souvent par le simple traitement médical. On sait que la péritonite la plus fréquente est d'*origine appendiculaire*. Chez les enfants il est peut être plus prudent d'ouvrir tout de suite. Chez les adultes l'orage se calme avec moins de risques immédiats. Avec les *péricholécystites* de la colique hépatique, le mieux se produit de même avec l'aide du traitement médical.

Dans les *pancréatites hémorragiques*, les *syndromes surrénaux* aigus, le praticien est désarmé. Heureusement ce sont là choses rares.

Si les vomissements *n'ont pas apparu brusquement* et s'accompagnent de troubles dyspeptiques, songer chez la femme à une *grossesse*. Le *repos au lit*, les *bains d'eau tiède* de une heure de durée, le *régime hydrique*, calment d'ordinaire.

Souvent il ne s'agit que de *spasmes pyloriques*. On croit à tort à une *sténose*. Le repos au lit, l'application locale d'une veine de glace, le traitement psychique, l'emploi du régime hydrique, puis hydrolacté par petites quantités de liquide (50 gr. toutes les heures) remettent bien souvent des malades qu'on avait cru justiciables d'une opération.

A l'intérieur, poudres bismuthées :

S.-nitr. bismuth Cod. 1884.	0 gr. 50
Magn. calc.	0 gr. 25
Bellad. pulv.	0 gr. 005

Pour un paquet. Un toutes les trois heures dans une cuillerée d'eau.

La *potion de Rivière* réussit moins bien dans nombre de vomissements d'origine dyspeptiques. Les dyspepsies nerveuses s'en accomodent mal. Elle convient surtout dans les troubles d'origine mécanique ou toxique. En général peu de boissons. Et goutte à goutte rectal (*sérum glycosé* à 48/1000, 250 gr. matin et soir).

En cas de douleurs stomacales concomitantes, on prescrit encore les gouttes.

Chlorhyd. de Morphine.	0 gr. 05
Sulfate d'atropine.	0 gr. 005
Eau chloroformée.	10 gr.

III gouttes toutes les trois heures dans une cuillerée à café d'eau.

Il arrive que les vomissements ne jouent qu'un rôle secondaire dans le tableau morbide. C'est l'histoire des *affections méningées* et du *cerveau*, des tumeurs *cérébrales*, des coliques *hépatiques* ou *néphrétiques*. La *syphilis* est parfois en jeu.

D'autres fois ce sont des vomissements qui accompagnent les *vertiges* (auriculaire, oculaire, migraine) ou qui suivent une injection médicamenteuse (morphine), une émotion, un traumatisme. Chez l'enfant la *pneumonie* ne s'annonce souvent que par de la fièvre et des vomissements. Les *tuberculeux* également ont des intolérances stomacales fréquentes. Le traitement causal et la diète hydrique en viennent d'ordinaire à bout. Chez les tuberculeux le *bismuth* à jeun (8 à 10 gr. de s.-nitrate Cod. 1884), 1/2 heure avant le premier déjeuner réussit bien.

b) **Les vomissements du nourrisson.** — Tout d'abord, régime hydrique quelques heures.

Régler l'allaitement, employer des laits modifiés : hypersucré, écrémé, homogénéisé, poudre de lait

(une cuillerée à soupe arasée pour 50 gr. d'eau) ; la poudre de lait est très utile pendant les fortes chaleurs.

Comme médicaments, le *citrate de soude* (VARIOT).

Citrate de soude	5 gr.
Eau distillée	200 —

Une cuillerée à entremets avant les tétées.

ou :

S.-nitrate de bismuth	6 gr.
Julep q. s. p.	120 cc.

Une cuillerée à entremets avant les tétées. (MARFAN).

La *médication anti-anaphylactique* peut s'employer sous forme de lait : une cuillerée à café une demi-heure avant la tétée.

L'injection sous-cutanée de lait provoque une douleur souvent gratuite. Prônés par quelques-uns, les *rayons ultra-violets* sont d'action tout aussi incertaine.

Le *chlorure de calcium* a réussi (LEREBOULLET).

Chlorure de calcium	6 gr.
Sirop de limons, Sirop de fleurs d'oranger	70 —
Alcool, citron	1 gr. 50

Trois à quatre cuillerées par jour.

On a prescrit l'*adrénaline* (III à V gouttes par prises, le *gardénal* (0 gr. 01).

Si l'enfant est syphilitique, *frictions mercurielles*, lactate neutre *d'hydrargyre* (à 1/1000, X à XII gttes par kilogramme).

S'agit-il d'une *sténose pylorique* ? Epuiser toutes les ressources médicales. Opérer après deux semaines (MARFAN) si plusieurs radioscopies sont confirmatives et que les vomissements persistent.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les doses minima en thérapeutique.

Les doses maxima sont une erreur de la thérapeutique. Il importe peu de connaître à quelles doses un remède fait du mal. L'intérêt pour le médecin est de savoir à quelles doses il fait du bien. C'est la dose minima qui est la dose efficace, non la dose maxima.

Cette dose minima varie au gré des maladies. Les doses minima sont élevées quand la cause du mal peut être atteinte. Elles restent faibles quand non plus le mal, mais le symptôme du mal se montre seul à leur portée.

I. *Doses minima élevées.* — Ce sont les doses dites spécifiques. Elles trouvent leur emploi dans les maladies infectieuses, soit qu'il s'agisse de sérums ou de vaccins, soit que soient prescrites des drogues.

a) *Sérums spécifiques.* — Il faut les ordonner à des doses plus élevées qu'autrefois, l'activité du remède semblant réduite. Jadis, une injection de 20 cc. de sérum antidiphtérique suffisait pour un adulte. Aujourd'hui, il en faut 60 cc.

Sérum antidiphtérique. — Soit : enfant autour d'un an : 10 cc. ; au-dessous de 5 ans : 20 cc. ; de 5 à 15 ans : 40 cc. ; adulte de 60 kgr. : 60 cc. (1 cc. par kilogramme).

Tous les jours une piqûre tant que les fausses membranes persistent et que les symptômes généraux ne s'amendent pas.

Sérum antidysentérique (*Dysenterie bacillaire*). — Adulte : 40 cc. ; dans les formes graves : 80 à 150 cc. le premier jour en plusieurs fois, diminuer de 10 à 20 cc. par jour, l'amélioration survenant.

Sérum antiméningoccique. — Si l'identification du germe est faite, utiliser le sérum monovalent A ou B ou C.

Sinon user du sérum polyvalent. Ponction lombaire, injecter un peu moins de sérum qu'on n'a retiré de liquide : 40 cc. chez l'adulte, 10 à 20 cc. chez l'enfant. En plus injection intra-musculaire de 20 à 40 cc. de sérum.

Continuer trois à quatre jours ; une ponction lombaire ensuite tous les deux ou trois jours pendant douze jours pour contrôler l'intégrité du liquide céphalo-rachidien. Le méningocoque B qui est en cause depuis quelques années se laisse mal impressionner par le sérum.

Sérum antitétanique. — Cent cc. le premier jour, puis 50 à 80 cc. les jours suivants. Ces hautes doses nécessitent l'injection en plusieurs fois : 1 cc. d'abord, 5 cc. une heure après, 10 cc. deux heures après.

Le reste de la dose quatre heures après.

Sérum antipneumococcique. — Le moins actif des sérums spécifiques : 60 à 160 cc. par jour dans les formes graves chez l'adulte ; 20 à 60 cc. chez l'enfant ; 10 à 20 cc. au-dessous de 2 ans.

Sérum antityphoïdique. — Encore peu employé. Il y a le sérum de Rodet et de Vincent. Ce dernier prépare un sérum antityphique, antityphoparatyphique A et B. : 40 cc. par jour pendant quatre jours à un adulte ; avec le sérum mixte, 40 cc. matin et soir.

Il faut injecter avant le dixième jour pour que les effets favorables se produisent (chute de la température, cessation de la diarrhée, etc.).

b) *Vaccins.* — Les vaccins n'imitent pas les sérums. Ils n'introduisent pas des anticorps tout préparés. Ces anticorps, les vaccins en provoquent l'apparition. On connaît la distinction des auto-vaccins préparés avec le germe même du malade et des hétéro ou stock-vaccins préparés à l'avance dans les laboratoires.

On procède par doses progressivement croissantes et habituellement par voie sous-cutanée. Si la dose par centimètre cube est de 1 milliard, la première injection est de 1/4 à 1/5 de cc. Trois à quatre jours après, injecter 1/2, 1 cc., 1 cc. 1/2, 2 cc. On s'en tient à cette dernière dose : six à douze injections.

Si le malade a de la fièvre, la prudence commande de commencer par des doses extrêmement faibles : 50 à 100 millions de germes, sauf à augmenter au bout de deux à trois jours, si la réaction n'a pas été trop vive. Une trop haute dose vaccinale au début peut faire beaucoup de mal. Elle donne un coup de fouet à l'infection qu'elle avait pour but de réduire.

Quand il n'y a pas de fièvre, la dose primitive est plus considérable : 200 à 250 millions de germes.

c) *Médicaments spécifiques.* — *Rhumatisme articulaire aigu.* — *Salicylate de soude.* — La dose habituelle de 6 gr. dans le rhumatisme articulaire aigu est insuffisante. Il faut monter à 10-12 gr. au début, ajouter une quantité égale de bicarbonate de soude pour faire tolérer le remède. Les jours suivants, si la fièvre ne tombe pas, augmenter de 2 à 4 gr. de salicylate jusqu'à concurrence de 20 gr. voire 25 gr. (Rieux et Zoeller). Fractionner la dose totale en doses partielles prises toutes les trois heures (jour et nuit).

Commencer le traitement par 2 gr. pour un enfant de 2 ans ; augmenter de 0 gr. 75 par année d'âge au-dessus de 2 ans ; dans tous les cas augmenter progressivement jusqu'à cessation des accidents rhumatismaux et de la fièvre.

Paludisme. — *Quinine.* — La dose est de 2 à 3 gr. dans les fièvres paludéennes continues ; la dose de 1 gr. suffit au traitement des accidents du paludisme chronique ou dans les infections moyennes.

Syphilis. — *a*) *Mercure.* — La dose de 0 gr. 005 de *bi-iodure* en injections intra-musculaires, jadis employée est insuffisante. Il faut atteindre 0 gr. 02 (tous les jours ou tous les deux jours, dix injections par mois).

b) *Arsenic.* — Il faut de la prudence dans le maniement des composés arsenicaux et commencer par de faibles doses. En général ils réussissent mieux dans les accidents primitifs. Les accidents lointains, comme ceux qui se produisent dans la syphilis du cœur et de l'aorte se trouveraient bien du traitement arsenical, si ce dernier était toujours toléré. Malheureusement, aux doses actives, le remède produit souvent des troubles de divers ordre, et à faibles doses, il n'agit pas. 0 gr. 06 de sulfarsénol en injection sous-cutanée au début, 0 gr. 15 de novarsénobenzol ; monter progressivement de 0 gr. 05 ou 0 gr. 06 tous les quelques jours pour atteindre 0 gr. 75 et parfois 0 gr. 90. Il faut quarante-cinq jours de traitement et dix injections : 6 gr. Repos de trois semaines et deuxième cure semblable.

Le novarsénobenzol s'emploie par la voie intra-musculaire aussi bien que la voie intra-veineuse. Nous préférons la première.

c) Le *bismuth* est un bon médicament, plus maniable que l'arsenic et qui offre sur le mercure l'avantage des injections plus espacées : une tous les quatre jours ; doses : 0 gr. 10, 0 gr. 20 à 0 gr. 30. Séries de 20 piqûres séparées par des intervalles de vingt jours.

Mycoses. — L'*Iodure de potassium* est ici le grand remède dans l'*actinomycose*, les *sporotrichoses*, les *oosporoses*. Il faut de hautes doses : 4 à 6 gr. Dans le phagédénisme syphilitique, l'iodure est supérieur au mercure. Certains syphilomes non améliorés par le mercure, cèdent sous l'effet de l'iodure de potassium. En général le mercure, l'arsenic, le bismuth sont supérieurs.

Anémies. — Le fer est l'agent spécifique de la chlorose et de certaines anémies graves. De hautes doses sont parfois nécessaires quand l'estomac les supporte (0 gr. 50 de fer réduit par exemple au lieu de 0 gr. 10, dose habituelle).

On associe le *fer* à la *craie préparée* pour le faire tolérer de l'estomac. Les doses coutumières suffisent dans la chlorose ordinaire.

II. *Doses minima faibles.* — *Alcaloïdes.* — Aussitôt que la cause morbide n'est pas atteinte, il faut des doses médicamenteuses faibles. Nous entrons dans la thérapeutique des symptômes. Une grande prudence devient indispensable. Cer-

tains alcaloïdes ou médicaments toxiques sont maniés dont la prescription ne doit pas être faite à l'aventure.

La *digitaline* a ses doses minima faibles et actives (V gouttes de la solution à 1/1000 dix jours, suspendre deux jours, reprendre dix jours) cette méthode suffit en général. Dans les formes graves de fléchissement myocardique, on peut donner V gouttes matin et soir les cinq premiers jours. L'essentiel est de ne pas laisser entre les prises digitaliques des intervalles de plus de deux à trois jours.

La *strophantine*, l'*ouabaïne* rentrent dans la même règle. Des morts sont survenues avec des doses de 1/2 milligr. La *strophantine* à 1/10e de milligr., l'*ouabaïne* à 1/4 de milligr. en injections intra-veineuses ou plutôt intra-musculaires remplissent tout leur emploi. Les médecins qui ordonnent la digitaline ou l'ouabaïne à doses plus élevées peuvent se réclamer de quelques succès. S'ils suivaient leurs malades plus longtemps, ils verraient en général la durée courte des améliorations obtenues. La *digitaline* et la *strophantine*, n'agissent en effet pas sur la cause ; ils s'en prennent au fléchissement myocardique qui est un symptôme et une conséquence.

Lorsque la syphilis est en jeu, le traitement spécifique est entrepris, une fois le myocarde remis d'aplomb.

Bien moins dangereuse, la *spartéine* n'a pas besoin des doses habituelles de 0 gr. 05. La moitié (0 gr. 025) suffit amplement.

La *caféine* est trompeuse. Au prix d'un relèvement immédiat, elle entraîne des dépressions consécutives et souvent irrémédiables. La dose de 0 gr. 25 est trop élevée ; celle de 0 gr. 05 matin et soir agit favorablement et d'une façon inoffensive.

L'*opium* et la *morphine* sont toujours employées à doses trop élevées. Avec l'opium toutefois, les morts sont moins à redouter qu'avec le remède introduit par voie hypodermique (pantopon, morphine). Aux doses de 0 gr. 01 de morphine, des morts subites se sont produites dans les crises hépatiques (Chauffard), les fléchissements myocardiques, les crises angineuses, la pneumonie. La dose initiale de 0 gr. 004 à 0 gr. 005 de morphine ne doit pas être dépassée, sauf à y revenir trois heures plus tard. Souvent même la dose de 0 gr. 003 est suffisante. Chez les cardio-rénaux, 0 gr. 001 produit souvent l'effet attendu. Dans les maladies abdominales, quand le cœur est sain, de hautes doses d'opium sont bien tolérées (0 gr. 10 à 0 gr. 15 dans les vingt-quatre heures.

Mêmes considérations pour la *belladone* et *l'atropine*. Toutefois le myocarde n'ayant pas fléchi dans les conditions où on les emploie et l'estomac en général étant seul malade, les doses de 0 gr. 01 d'*extrait de belladone* avant les repas et de 2 à 3/10e de milligr. d'*atropine* sont parfaitement tolérées. Il en va de même dans les crises d'asthme. L'*occlusion intestinale* réclame de hautes doses (0 gr. 15 d'extrait de belladone dans les vingt-quatre heures).

La *théobromine* n'est pas toxique. Parfois elle produit des maux de tête et c'est tout. Mais les hautes doses offrent l'inconvénient de vite épuiser l'action diurétique du remède. Il est inutile de dépasser la dose de 0 gr. 50 par jour qui sera continuée pendant quinze jours à un mois de suite.

III. *Autres médicaments.* — Nous ne ferons pas l'énumération de toutes les drogues utilisées. Quand il s'agit de combattre un symptôme, on peut en général compter que la moitié ou le tiers de dose recommandée ne doit pas être dépassée.

Nous ne parlons pas des *antithermiques chimiques* qui doivent en général être bannis de la thérapeutique ni des *hypnotiques* qui ne valent guère mieux. Les médications causales et la diététique doivent agir contre la fièvre et l'insomnie. Les remèdes ne seront prescrits qu'avec la plus grande modération dans des circonstances exceptionnelles.

Les *analgésiques* ne conviendront que si la fièvre n'existe pas et que les reins filtrent bien : *aspirine*, 0 gr. 50 ; *pyramidon*, 0 gr. 30, etc., à renouveler au bout de quelques heures et la douleur persiste.

Une exception pour un médicament qui doit continuer à être prescrit largement : le *bromure de potassium* dans l'*épilepsie* : 2 à 3 gr. deux fois par jour sont souvent les doses les plus faibles, en-dessous desquelles on ne peut guère descendre. Depuis l'entrée du *gardénal* dans la thérapeutique, on prescrit souvent quinze jours de bromure et quinze jours de *gardénal* : 0 gr. 05 à 0 gr. 10 matin et soir.

Pour les médicaments non toxiques, la dose naturellement est de moindre importance. Les poudres *absorbantes* (craie, bismuth) calment même mieux à hautes doses. Elles remplissent ici un effet mécanique. Quand l'action biologique est seule recherchée il convient néanmoins de ne pas prodiguer un remède dont l'action semble souvent plus active quand une certaine économie en règle l'emploi. Les *phosphates de chaux* semblent opérer mieux aux doses de quelques centigrammes que de quelques grammes. Ce n'est pas à dire que l'activité augmente proportionnellement à la réduction infinie des doses. L'homéopathie soutient la gageure. Nous ne pensons pas qu'elle ait raison.

Au-dessous de certaines limites, que nous pouvons fixer par une réduction de moitié aux deux tiers, les drogues habituelles demeurent inopérantes.

TOXICOLOGIE

L'intoxication par les moules comestibles et la prophylaxie.

Il n'est pas d'aliment aussi recherché que la moule et la consommation en est considérable puisqu'elle dépasse aux Halles centrales de Paris, pour le mois de novembre, 2 millions de kilogr. Pour une aussi grande quantité de coquillages, les intoxications sont relativement exceptionnelles. Une de nos élèves Mlle GAUMONT (*Thèse Paris*, 1926) s'attachait à cette étude et cherchait à en chercher les raisons. Elle distingue les grandes et les petites intoxications.

Pour les GRANDES INTOXICATIONS, l'épidémie de Wilhemshaven en 1885 reste classique. Le 16 octobre 1885 des ouvriers de l'arsenal de Wilhemshaven avaient mangé des moules qu'ils avaient détachées de la coque en bois de deux petits bateaux mouillés dans le port. Ils éprouvèrent, les uns immédiatement, les autres au bout de quelques heures seulement, une sensation de constriction du cou et de lourdeur de la tête, des picotements et des brûlures aux mains puis aux pieds. Chez tous on observa une excitation psychique semblable à celle de l'ivresse accompagnée d'une sensation de légèreté des membres. Les pupilles dilatées ne réagissaient pas à la lumière, l'acuité visuelle était normale, la parole difficile, entrecoupée, le pouls dur à 80-90. Pas de fièvre, pas de douleurs abdominales, pas de diarrhée. Bientôt les malades ressentirent de la raideur dans les jambes, les mouvements devinrent maladroits, les mains manquant les objets que les malades voulaient saisir. Successivement s'ajoutèrent un état nauséeux, une sensation de faiblesse avec angoisse, sueurs abondantes et cyanose. La sensibilité parut exagérée. Il y eut 19 malades : 4 moururent en état de lucidité complète de trois quarts d'heure à cinq heures après l'ingestion ; les autres guérirent par la suite. Certains malades n'avaient mangé que cinq ou six moules.

Un examen anatomique montra une congestion intense et un œdème marqué de la muqueuse intestinale avec une sécrétion abondante de mucus contenant de nombreuses cellules éptihéliales et de petites parcelles de moules.

Une autre épidémie se produisit dans la même ville en 1887. NETTER et RIBADEAU-DUMAS s'attachèrent à l'épidémie de Calais en 1907. Treize personnes mangent des moules. Des troubles digestifs apparaissent avec vomissements. Les malades qui vomissent rapidement se remettent vite. Dans les cas graves, au nombre de 7, on observe des fourmillements, du refroidissement des extrémités, de la mydriase, une légèreté anormale des membres. L'attitude des malades, s'accompagnant de maladresse des mouvements, rappelle celle d'un homme ivre. Ces troubles portent sur tous les muscles, notamment sur ceux des lèvres et des joues.

Puis assez rapidement apparaissent des phénomènes paralytiques, une fatigue indicible, de l'angoisse, de la cyanose. On n'observa ni diarrhée, ni éruptions cutanées. Dans les cas les plus graves la mort survint en pleine connaissance au bout de trois à quatre heures. Chez les malades qui guérirent, la fatigue et les phénomènes paralytiques durèrent plusieurs jours. Il se produisait des secousses tout à fait particulières des muscles du cou, au moment où les malades s'asseyaient.

A Calais comme à Wilhemshaven les animaux : chiens et chats, qui avaient mangé des moules ayant figuré au repas succombèrent. Un habitant de Calais avait recueilli des moules dans le même bassin le 19 : leur ayant trouvé mauvaise apparence il les avait jetées. Ses huit poules qui ont picoré les moules ont succombé en quelques instants. Ces poules ont été mangées par trois personnes qui n'ont été nullement incommodées.

On pourrait citer d'autres épidémies au cours desquelles on retrouva d'une façon constante les mêmes symptômes.

Mlle GAUMONT réunit huit autres foyers épidémiques. Somme toute, ces grandes intoxications sont rares.

Par contre, les PETITES INTOXICATIONS sont fréquentes, Mlle GAUMONT distingue les accidents anaphylactiques, les troubles digestifs et les ictères bénins.

Les *accidents anaphylactiques* relèvent d'une sensibilité personnelle, d'une idiosyncrasie spéciale et constituent la forme exanthémateuse. Le malade est pris subitement deux ou trois heures après le repas, de malaise, d'anxiété épigastrique, de vertiges, d'une sensation de faiblesse avec tendance aux syncopes, aux lypothymies, quelquefois de douleurs articulaires. On observe des frissons, du refroidissement des extrémités, des nausées, des vomissements, de la diarrhée. La soif est vive, le pouls petit et rapide, la respira-

tion accélérée, pénible, convulsive, la tension artérielle basse.

En même temps que ces signes généraux, apparaît soit un érythème surtout marqué à la face, soit le plus souvent une urticaire géante et œdémateuse siégeant sur tout le corps : dans les deux cas le prurit est toujours très intense, l'élévation de température assez marquée, la face plus ou moins tuméfiée. Cet exanthème peut exister seul en l'absence de toute atteinte apparente du tube digestif.

L'urticaire se présente quelquefois sous forme de taches rouge sombre, irrégulièrement arrondies, sans élevure, pouvant alors avoir une certaine analogie avec la roséole syphilitique. Dans les cas graves on voit apparaître du délire, des convulsions, du coma. On a vu la mort survenir au milieu d'un véritable état de choc. MERKLEN rapporte l'observation d'un jeune homme pris après un repas de moules, d'une urticaire accompagnée de signes généraux de la plus haute gravité qui ne cédèrent qu'après plusieurs heures.

Habituellement l'issue est rapidement favorable. Cette anaphylaxie est due à la mytilo-congestine de Ch. RICHET.

La *réaction digestive aiguë* se présente sous trois formes :

La forme gastrique où dominent les vomissements ;

La forme dysentérique avec ténesme, selles glaireuses et sanguinolentes ;

Et la forme cholériforme.

L'ictère bénin a été décrit par Noël FIESSINGER et RAVINA. Il s'agit d'ictère catarrhal bénin survenant chez des sujets n'ayant jamais présenté antérieurement de symptômes hépatiques. L'ictère apparaît généralement deux ou trois jours après l'ingestion. Il est le plus souvent complet, on l'a vu dissocié dans un seul cas. Les malades présentent des vertiges, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, des sueurs abondantes. Il y a décoloration des matières, bradycardie, bilirubinurie et cholalurie. Le foie est augmenté de volume et un peu douloureux. La rate est normale. Il n'y a généralement pas de température, pas d'albuminurie.

Ces accidents n'ont pas le caractère brutal des accidents anaphylactiques ; le plus souvent il n'existe ni urticaire, ni température, ni diarrhée, ni vomissements ; quand ceux-ci existent, ils n'ont pas le caractère d'accidents immédiats et n'apparaissent généralement qu'avec l'ictère.

Après avoir fait l'étude de l'intoxication expérimentale, après avoir suivi l'élevage et l'expédition de la moule, Mlle GAUMONT, préconise comme mesure prophylactique la surveillance des parcs de moule.

La surveillance des parcs est d'autant plus nécessaire que les services d'inspection de l'intérieur ne peuvent que retirer de la vente les moules avariées et non éliminer les moules toxiques.

Il y a d'autant plus nécessité de protéger les parcs que la stérilisation de la moule n'est possible que bactériologiquement, mais que la cuisson courte à la vapeur ne suffit pas pour détruire les protéines toxiques.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Les métrites hémorragiques.

Pour beaucoup de médecins, les hémorragies de l'appareil génital de la femme qui ne sont pas liées à un fibrome, à un cancer, à la grossesse, à l'accouchement, ou à une fausse-couche, sont considérées comme relevant d'une « métrite hémorragique ». A. SIREDEY (1) estime qu'une pareille conception est erronée dans la très grande majorité des cas, l'erreur étant d'autant plus regrettable qu'elle conduit à une thérapeutique inopérante ou nuisible : le curettage.

Les métrites, c'est-à-dire les affections limitées à la muqueuse utérine, ne sont en général pas hémorragipares : elles donnent lieu à une hypersécrétion plus ou moins abondante, visqueuse, parfois striée de sang, mais il est exceptionnel que l'écoulement sanguin soit important, et surtout prolongé. Quand les métrites se compliquent d'hémorragies, il existe le plus souvent des altérations du parenchyme utérin ou des annexes (infiltration myomateuse, sclérose diffuse des parois utérines, salpingo-ovarites, dégénérescence scléro-kystique des ovaires) — ou encore des troubles de la santé générale (affections du foie, des reins, troubles cardiaques d'origine mitrale ou aortique, varices pelviennes, ptoses viscérales).

Les désordres des glandes endocrines, avec leur cortège de règles irrégulières, d'abondance insolite ou de durée successive, la leucorrhée concomitante, la sensibilité anormale des organes génitaux, prêtent plus souvent encore à confusion, faisant songer à une métrite alors que la solution thérapeutique est dans l'opothérapie et l'hygiène générale.

Ne doivent pas être mises sur le compte d'une métrite les pertes de sang qui surviennent au

(1) *La Médecine*, avril 1926.

début d'une grossesse et constituent, en réalité, une menace d'avortement. L'erreur est ici particulièrement grave, parce qu'elle conduit à une exploration intra-utérine au moyen de l'hystéromètre, ou à un curettage, — d'où suppression de la grossesse. *Aussi doit-on apporter un soin tout particulier à l'examen des femmes dont les hémorragies* **succèdent à un retard de règles** ; *si l'on a le plus léger doute, on devra s'abstenir de toute intervention, de toute exploration, capables de compromettre l'évolution de la grossesse, jusqu'à ce que le développement ou le non développement progressif du corps utérin aient permis de fixer le diagnostic.*

Bien entendu, si les pertes relèvent d'une fausse-couche, un curettage assurera la guérison.

Toutes les causes d'erreur éliminées, le nombre des véritables métrites hémorragiques est singulièrement réduit. Ces métrites se rencontrent à tout âge : chez les vierges, chez les jeunes femmes, chez les vieilles femmes. Il s'agit le plus souvent d'une prolifération de la muqueuse, avec véritables formations adénomateuses, ou encore avec production de petites saillies comparables à des villosités (métrite villeuse), ou enfin avec végétations polypeuses pédiculées. Quelquefois, la muqueuse n'offre ni polypes, ni villosités, ni formations adénomateuses ; elle est peu épaisse, molle, friable, et devient sous la curette une sorte de bouillie lie de vin.

Chez les vieilles femmes, toute métrite hémorragique est suspecte, et les débris enlevés par un curettage prudent doivent être soigneusement examinés au microscope, afin qu'un cancer au début ne passe pas inaperçu.

Le curettage est le traitement de choix des métrites hémorragiques proprement dites ; dans les formes graves, donnant lieu à des hémorragies récidivantes, on pourra faire, avec de minutieuses précautions, des applications de faibles doses de radium. Mais il s'agit là d'un traitement exceptionnel qui ne doit être mis en œuvre que dans des cas réellement inquiétants, — pour éviter une hystérectomie.

Sociétés Savantes

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 *juillet* 1926.

Une forme particulière de réduction numérique des vertèbres cervicales (absence de l'atlas et de l'axis). — MM. André Léri et André Escalier. — Un homme de 48 ans se montre sous l'aspect clinique de l' « homme sans cou » du syndrome de Klippel et Feil, avec diminution de hauteur de la colonne cervicale, élargissement en cou de sphinx, dû à la présence d'un véritable thorax cervical. Les mouvements de la tête sont relativement peu gênés.

La radiographie montre une absence complète de l'atlas et de l'axis, avec conservation de toutes les autres vertèbres dites normales.

Un cas de réduction numérique des vertèbres sous-coccygiennes (forme spéciale de dystrophie vésico-fessière). — MM. Baumgartner, André Léri et André Escalier. — Une femme de 36 ans présente des malformations importantes de la colonne lombo-sacrée avec phénomènes douloureux.

Il s'agit de la « dystrophie cruro-vésico fessière par agénésie du sacrum » de Achard et Foix.

Un cas d'amyotrophie post sérothérapique. — MM. André Léri et André Escalier. — Un malade, à la suite d'une injection de 10 cmc. de sérum antitétanique, a été atteint d'une paralysie dissociée avec amyotrophie du grand dentelé droit et des sus et sous-épineux gauches.

Cette paralysie a été précédée, au 6e jour après l'injection, et à l'endroit de celle-ci d'une plaque érythémateuse, mais sans caractères urticariens.

M Netter souligne la rareté extrême de tels accidents chez les enfants.

M. Léri. — Le sérum antitétanique est le seul ou presque à provoquer ces accidents. Si le sérum lui-même était le facteur pathogène en cause, tous les sérums devraient en déterminer.

M. Flandin. — Dans le choc anaphylactique expérimental, on rencontre des lésions en foyer des centres nerveux qui justifient l'importance de l'origine anaphylactique de ces accidents.

M. Comby n'a jamais observé de semblables paralysies chez les enfants.

Séance du 30 *juillet* 1926.

Un cas de paralysie pithiatique à forme pseudo-pottique : les difficultés du diagnostic. — MM. Léon Tixier et P.-R. Bize. — Une malade, depuis trois ans, traînait dans les hôpitaux avec le diagnostic de mal de Pott ; elle guérit complétement en deux séances de psycho-électrothérapie.

Récidive de dysenterie amibienne 33 ans après la première atteinte. — M. Ch. Flandin. — Un veillard déjà atteint de dysenterie amibienne au Maroc, 33 ans auparavant, présenta, sous l'influence d'un coup de froid, une dysenterie typique où l'examen des matières permit de déceler des kystes.

Le mécanisme du coup de soleil acridinique. — M. A.-C. Guillaume revient sur l'étude du mécanisme de production des lésions épidermiques caractéristiques du coup de soleil.

Les lésions des os des membres atteints d'ulcère variqueux. — MM. Sézary et Lichtwitz rappellent la fréquence des lésions osseuses des membres atteints d'ulcère variqueux. Ils les ont trouvées constamment chez leurs malades.

Ces altérations sont difficiles à percevoir à la palpation en raison de la dermato-sclérose et de la pachydermie qui compliquent si souvent les ulcères ; elles ne s'accompagnent d'aucun phénomène douloureux ; aussi, la seule façon de les dépister est-elle de pratiquer un examen radiographique. On voit alors que les lésions siègent le plus souvent sur le péroné et consistent presque toujours en une périostite.

De l'influence des facteurs non spécifiques dans l'apparition et le développement de l'immunité antitoxique. — MM. Chr. Zœller et G. Ramon. — Poursuivant des recherches parallèles sur la diphtérie et sur le tétanos, les auteurs ont observé qu'un bon donneur d'antitoxine diphtérique peut être un mauvais donneur d'antitoxine tétanique et inversement. L'injection d'anatoxine tétanique ne fait pas croître le taux de l'antitoxine diphtérique chez un sujet à Schick négatif. Enfin, une injection de rappel, faite à la période d'état d'une rougeole, d'une grippe, d'une réaction sérique chez un sujet antérieurement vacciné, provoque un bond antitoxique aussi marqué que chez un sujet sain.

Action de la sécrétine purifiée sur la sécrétion externe du pancréas chez l'homme. — MM. Chiray, A.-R. Salmon et Mlle A. Mercier. — La sécrétine purifiée de Penau et Simonnet permet de provoquer, sans risques ni dangers, la sécrétion externe du pancréas chez l'homme aussi facilement qu'on le fait chez les chiens avec la sécrétion non purifiée employée ordinairement dans les laboratoires de physiologie.

L'effet produit est surtout net avec une injection intraveineuse de 3 centigrammes pour un sujet de poids moyen.

L'injection intraveineuse de sécrétine purifiée a une première action, brusque et immédiate, caractérisée par l'écoulement rapide d'un suc duodénal abondant et pâle, une augmentation nette pour la lipase et faible pour la trypsine. Dans une seconde période, au cours de laquelle le liquide sécrété est moins abondant, quoique toujours clair et limpide, la trypsine augmente fortement tandis que la lipase n'est plus que faiblement en excès.

Notes histologiques sur la gangrène du poumon. — MM. G. Caussade et André Tardieu.

Tumeur cérébrale avec localisation gassérienne traitée avec succès par la radiothérapie pénétrante. — M. Paulian (de Bucarest).

Syndrome pédonculaire avec diabète insipide. — M. Paulian.

BIBLIOGRAPHIE

Notions élémentaires d'oto-rhino-laryngologie à l'usage des praticiens, par Georges Liébault, *ancien interne des Hôpitaux de Paris, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'hôpital de la Glacière.* — Un volume in-8° de 240 pages : 22 francs. Gaston Doin et Cie, Editeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Essentiellement inspiré par l'enseignement de l'Ecole bordelaise du Pr Moure, cet ouvrage est écrit spécialement pour le praticien. Il y trouvera des renseignements d'utilité journalière exposés avec précision.

Tous ceux qui désirent pouvoir diagnostiquer une affection oto-rhino-laryngologique courante, ou tout au moins préparer la tâche du spécialiste, devront lire ces Conférences ; elles sont utiles et pratiques, elles s'appliquent à la vie médicale de chaque jour.

La Gastroscopie. *Etude clinique et expérimentale*, par Jean Rachet, *Ancien interne des Hôpitaux de Paris.* — Un volume in-8° de 120 pages, avec 36 figures dans le texte et 10 planches, dont 2 en couleurs hors texte : 20 francs. Gaston Doin et Cie, Editeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Les difficultés diagnostiques, en dépit de tous les modes d'exploration gastrique, arrêtent souvent les décisions du praticien.

L'endoscopie gastrique jette des clartés nouvelles. M. Jean Rachet, depuis deux ans, a poursuivi, dans le service de M. Benzaude, des recherches qui permettent d'espérer de sérieux résultats. En particulier le cancer et l'ulcère de l'estomac reçoivent de ce mode d'exploration des précisions infiniment précieuses.

Les Névroses dans l'Alcoolisme et l'Alcoolisme comme Maladie « sui generis », par le Dr Serge Mikhailoff, *Sous-Directeur de l'Institut Clinique Anti-alcoolique, Chef de la Section et Membre de l'Institut pour l'Etude du Cerveau et des Fonctions psychiques de Petrograd présentement à Monte-Carlo.* — Un volume in-8°. — Prix : 10 francs. — Librairie Félix Alcan.

Cet ouvrage consiste en deux parties : la première est consacrée à l'étude de l'alcoolisme, strictement envisagée au point purement médical, tandis que la seconde partie traite les questions des névroses causées par l'alcoolisme.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Firssinger
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Maternité de l'Hôpital de la Pitié.

M. le Pr Jeannin.

Technique de la version podalique.

En dehors de la présentation de l'épaule, où elle est formellement indiquée, il y a à la version des indications relatives: ce sont les sommets mobiles, certains fronts, la procidence du cordon, le placenta prævia, le bassin rétréci, etc. On doit se rappeler de même que la version podalique ne peut être tentée que si le col est complètement dilaté, la présentation mobilisable, et s'il n'existe ni obstacle prævia, ni *rétraction utérine.*

Pour pratiquer une version podalique, il faut placer la femme en *position obstétricale,* c'est-à-dire en travers ; ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles qu'on peut la laisser en long dans son lit, quand elle a une hémorragie telle qu'on craint que le moindre déplacement ne la tue. Ce cas de force majeure mis à part, il faut donc placer la femme en travers : c'est ce qu'on a appelé la position obstétricale.

L'anesthésie doit être pratiquée, quand elle est possible.

On peut définir la version podalique : une opération consistant à amener en bas la partie du fœtus qui était en haut, dans le fond de l'utérus, et à reporter en haut celle qui était en bas. Il est nécessaire d'insister sur cette notion, parce qu'elle est quelquefois méconnue ; on croit que la version podalique consiste à abaisser le fœtus. La tête du fœtus doit en même temps remonter, sans quoi l'opération serait incomplète et inefficace.

L'extraction du fœtus, dans la majorité des cas de la pratique, se fait immédiatement après la version, et on a l'habitude de décrire l'une et l'autre comme une même opération, mais pour être exact on devrait écrire : *version* podalique *complétée* par l'extraction podalique du fœtus. Si on n'extrait pas le fœtus, c'est une version *avec extraction différée* : laissons de côté ce cas exceptionnel.

La version comporte *trois temps.*

Il y a un premier temps, qui n'est qu'un temps de préparation. Le deuxième est l'évolution du fœtus, ou la version proprement dite. Le troisième est l'extraction podalique du fœtus.

Le *premier temps* comprend l'introduction de la main et la saisie des pieds. Introduisez toujours la main qui naturellement, dans sa position la plus aisée, regarde le ventre du fœtus. En effet, il s'agit de faire tourner un fœtus. Théoriquement, on peut le faire tourner sur son plan ventral ou sur son plan dorsal. Mais comment un fœtus est-il placé dans l'utérus ? Toujours en flexion. On fera facilement tourner un fœtus sur le plan où il est fléchi, c'est-à-dire sur son plan ventral, et très difficilement sur son plan défléchi dorsal. Voilà pourquoi il faut toujours introduire la main ventrale, c'est-à-dire celle qui, en position intermédiaire entre la pronation forcée et la supination forcée, regarde le ventre du fœtus.

Si l'on n'est pas renseigné exactement sur la position du fœtus, si on hésite, on devra commencer toujours par introduire la main droite, qui est la plus habile, excepté chez les gauchers, et c'est après avoir essayé cette main et constaté qu'elle n'est pas favorable aux conditions de l'opération, qu'on la retirera pour introduire à sa place la main gauche.

Il faut reconnaître deux cas différents, suivant que la version est faite pour une *présentation céphalique,* ou pour une *présentation de l'épaule.*

Dans les présentations céphaliques, il y a à considérer deux variétés de présentations de la tête : l'occiput est à droite, ou il est à gauche ; on n'a jamais affaire à des sous-variétés, puisque nous supposons la tête *au-dessus du détroit supérieur,* sans quoi la version ne serait point praticable. Dans ces conditions, le choix de la main à introduire est réglé de la manière suivante : dos à droite, main droite ; dos à gauche, main gauche. Qu'il s'agisse d'un front, d'une mento-supérieure ou d'un sommet, cette règle est invariable.

Voyons maintenant la version dans la présentation de l'épaule. Au point de vue pratique, il y en a deux types. Ou le dos est en avant, ou le dos est en arrière. Les dorso-antérieures sont de beaucoup les plus fréquentes, parce qu'en raison de la saillie de la colonne vertébrale le fœtus met plus volontiers le dos en avant, et même en haut, en dorso-supérieure.

Dans les présentations dorso-antérieures, la bonne main est la main de même nom que l'épaule qui se présente : main gauche pour l'épaule gauche, main droite pour l'épaule droite.

Pour les dorso-postérieures, — d'ailleurs rares, — il est avantageux d'introduire la main de nom contraire : main droite pour l'épaule gauche, et vice versa ; mais on peut faire aussi comme tout à l'heure, prendre la main de même nom que l'épaule qui se présente.

Il arrive que la main tombe sur le bras (variété brachiale) ou sur le coude (variété cubitale), ou sur la main. En règle générale, il y a avantage à prendre le bras et à l'abaisser, d'abord parce que cela permet souvent de compléter un diagnostic, puis parce qu'on peut l'armer d'un lac jeté sur le poignet et qui servira ultérieurement, comme on va le voir tout à l'heure.

Voilà pour l'introduction de la main.

***

Deuxième question : il faut saisir les pieds. Dans une présentation céphalique, les pieds sont dans le fond de l'utérus ; on introduit son bras facilement jusqu'au coude, ce qui rend presque vain l'usage du gant stérilisé. La présentation de l'épaule, contrairement à la définition donnée, n'est pas une présentation transversale ; c'est une présentation oblique ; les pieds sont très loin et toujours du côté opposé à la tête. Si c'est une tête à gauche, ce sont les pieds dans la corne droite ; si c'est une tête à droite, ce sont les pieds dans la corne gauche.

Pour reconnaître les pieds, et ne pas les confondre avec des mains, on se rappellera les remarques suivantes : « Les orteils, disait TARNIER, sont très longs, mais les doigts sont interminables ». La main est en continuité avec l'avant-bras, tandis que le pied est angulairement placé sur la jambe. Le pied seul présente la saillie du talon ; il est plus massif que la main. Le gros orteil ne présente pas le mouvement d'opposition que présente le pouce.

On a discuté autrefois sur le bon ou le mauvais pied, sur la question de savoir s'il fallait saisir un seul pied ou les deux pieds. Avec un pied, on risquerait moins de mettre le fœtus à cheval sur le cordon.

Si l'on ne trouve qu'un pied, on tirera dessus, et s'il ne descend pas, on ira chercher l'autre pied. Si on trouve les deux pieds, on les prendra tous les deux, sans hésiter. Si on ne peut faire passer le cordon au-dessus de la symphyse, il faudra le sectionner.

On doit saisir le fœtus au niveau de ses malléoles et le pincer assez fortement.

Puis, vient le *deuxième temps*, *l'évolution*, la version proprement dite. Elle comporte deux mouvements coordonnés et parallèles : l'abaissement du siège, et l'ascension de la tête. Il est vain de faire l'un sans l'autre.

Il est nécessaire de n'opérer que dans l'intervalle des contractions.

Le fait d'abaisser les pieds fait très souvent remonter la tête, mais pour peu qu'on ait affaire à un utérus un peu moins souple qu'à l'ordinaire, à un fœtus volumineux, il est nécessaire qu'un aide remonte la tête avec sa main placée comme une cuillère au-dessus du pubis et latéralement. A défaut d'aide, l'opérateur fera remonter la tête avec la main qui n'est pas dans l'utérus.

Le *troisième temps* est l'*extraction podalique du fœtus*. L'opérateur à ce moment est autorisé à partir, à laisser la femme accoucher ; certains auteurs lui en font un devoir ; on ne doit jamais tirer sur un siège ; mais en général, on pratique les trois temps, pour de multiples raisons ; la version ne peut pas être assimilée à une présentation du siège naturelle : alors que l'on ne tirera jamais, sauf nécessité absolue, sur un vrai siège, on finira délibérément la version par l'extraction podalique.

Dans cette extraction, du reste, on se conformera aux mêmes principes que dans toute extraction du siège : moins on tire, mieux cela vaut ; plus on pousse, mieux cela vaut. Priez la femme de pousser, de faire tous ses efforts, car ici il ne faut opérer qu'à la faveur de la contraction. L'aide est indispensable pour faire l'expression utérine, demandez-lui la force que vous ne voulez pas appliquer sur les jambes ; soyez le guide et non l'exécuteur. L'extraction du siège se fera par des tractions aussi basses que possible, d'où la nécessité d'avoir mis la malade en travers de son lit, surélevé avec des matelas, ou à la rigueur sur la table de la salle à manger.

Il faut tirer droit, faire des tractions bien basses, bien douces, bien continues, jusqu'à ce que soit aperçue la pointe de l'omoplate ou l'aisselle du fœtus. L'extraction des bras sera facilitée par les lacs que l'on a jeté sur les poignets.

Enfin la sortie de la tête pourra être effectuée au besoin, en utilisant la *manœuvre de Mauriceau*.

L'extraction du fœtus une fois faite, la version n'est pas finie, il lui manque un dernier temps, aussi essentiel que les autres et qu'il ne faut jamais oublier : la révision de l'intégrité de l'utérus. C'est seulement une fois cette révision bien faite qu'on peut considérer la version comme terminée.

Somme toute, la version est une opération extrêmement élégante, difficile, riche en surprises, en accidents, mais en suivant bien exactement les règles sus-énoncées on évitera la majeure partie des insuccès.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Traitement des fractures du maxillaire inférieur.

Ce malade présente une fracture du maxillaire inférieur traitée à l'aide d'un appareil qui n'est pas le meilleur mais qui est évidemment le plus aisé à employer, le seul possible dans bon nombre de cas, l'autre nécessitant l'assistance d'un mécanicien-dentiste. C'est la ligature des dents supérieures aux dents inférieures.

Quel est le but qu'on se propose ici en appliquant un appareil ? C'est d'empêcher le chevauchement, parce que si la consolidation se faisait dans ces conditions, le malade ne pourrait plus mastiquer. Dans les fractures du maxillaire inférieur, en dehors des accidents de suppuration, de septicité du foyer, d'ostéomyélite, (la bouche étant une cavité infectée), le grand accident à éviter, c'est le déplacement des fragments, soit d'avant en arrière, soit de haut en bas, c'est la dénivellation des dents supérieureurs et inférieures ne se correspondant plus, car dans ces ces conditions la mastication devient impossible. D'où la nécessité d'obtenir une consolidation régulière de la fracture, de manière à assurer l'articulation exacte des dents du maxillaire inférieur avec les dents correspondantes du maxillaire supérieur.

La réunion des dents supérieures aux inférieures avec des fils, comme ici, n'est certainement pas l'appareil le meilleur et il exige l'avulsion d'une dent, pour faire un passage dans la bouche. Le malade doit garder cet appareil pendant un mois.

Bien préférables sont les appareils moulés sur le maxillaire inférieur, mais ces appareils sont longs et difficiles à fabriquer. Ils relèvent de la partie mécanique de l'art dentaire, ils sont généralement construits par les mécaniciens-dentistes qui cependant, à l'heure actuelle, n'ont pas le droit de prendre un moulage, de faire un appareil et de le vendre à leur compte, et qui travaillent uniquement sous la direction des odontologistes.

Ces appareils sont obtenus par les procédés suivants. On commence par prendre une empreinte en creux de l'arcade dentaire fracturée, avec le déplacement dû à la fracture. On fait un second moulage dans ce creux. Ce second moulage est par conséquent identique à la mâchoire du malade, avec sa fracture et avec le déplacement des fragments qu'il présentait au moment où l'on a fait le moulage en creux. Puis, on fait un trait de scie au niveau du trait de fracture et l'on réduit la fracture sur le moulage : on a ainsi l'arcade dentaire du malade telle qu'elle devrait être, alors qu'elle n'avait pas de fracture sur ce dernier moulage on refait un nouveau moulage en creux. Alors, on réduit la fracture du malade, et on lui met l'appareil moulé en creux, qui maintient les parties réduites. Le malade peut ouvrir la bouche et n'est pas gêné avec cet appareil.

***

Fibrome saillant dans la cavité vaginale.

L'histoire de cette malade se résume dans ce fait qu'elle a des pertes. Elle est très pâle, ses conjonctives sont complètement décolorées; elle a perdu du sang en abondance; la durée de l'évolution fait penser à un fibrome; comme elle a des pertes dans l'intervalle de ses règles, on doit penser à un fibrome saillant du côté de la muqueuse. D'une manière générale, les fibromes développés dans l'épaisseur du muscle, les fibromes muraux, donnent lieu à des ménorragies, c'est-à-dire à des hémorragies pendant la période menstruelle. Quand les pertes apparaissent dans l'intervalle, il s'agit presque toujours de tumeurs saillantes sous la muqueuse. Ce n'est pas absolu, mais c'est vrai d'une manière générale.

Que révèle l'examen de cette malade ?

Par le toucher, on trouve une tumeur qui remplit le vagin, avec un pédicule qui s'enfonce dans l'intérieur d'un col dilaté : c'est un polype fibreux. Cette femme accouche en ce moment de son fibrome; on peut la guérir par l'ablation vaginale de ce fibrome, opération des plus simples. Il y a cependant de petites précautions à prendre dans certains cas.

Si le pédicule s'implante sur les parties latérales du col, il n'y a rien à craindre. Mais si le fibrome a pour point de départ la cavité utérine, surtout s'il s'implante sur son fond, sous l'influence des contractions de l'utérus, il peut en descendant entraîner son point d'implantation. Dans certains cas, on voit le fibrome complètement sorti du col et son pédicule constitué par l'utérus retourné. Alors le péritoine peut arriver à se déprimer et descendre aussi. C'est ce qu'on appelle les inversions utérines complètes. Aussi, quand on opère un fibrome saillant dans la cavité vaginale, s'il est très gros, s'il descend très bas, il ne faut ni couper, ni tordre ce pédicule, mais, s'amarrant sur deux pinces, inciser sur le fibrome même. On énucléera le fibrome, et ainsi on évitera de couper une inversion utérine.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Les troubles crypto-lésionnels en gynécologie

Par M. Paul PETIT-DUTAILLIS,
Chirurgien de l'hôpital privé St-Michel.

Le terme *trouble essentiel*, pas encore tout à fait mort, ne veut rien dire, ne se rapporte à rien : nous pouvons quelque peu saisir les métamorphoses des choses, mais pas leur essence.

Le terme *trouble fonctionnel, purement fonctionnel*, d'usage courant, ne vaut pas mieux, l'organe étant inséparable de sa fonction tout aussi bien à l'état dit normal que pathologique.

La vérité est que la modification morbide se dévoile cliniquement à l'exercice ordinaire de nos sens, ou non. Dans le premier cas, le trouble est dit *organique*, vocable encore défectueux (tout ce qui se passe de corporel en nous méritant ce qualificatif) mais que je garde, faute d'un meilleur (*macro-lésionnel* n'étant guère euphonique). Le trouble histologique dont le substratum échappe, au lit du malade, je n'hésite pas à le qualifier de *crypto-lésionnel*, pour sortir des nuages.

Etant donnée la symbiose des systèmes vitaux et contrairement aux vues des gynécologues à œillères, le substratum fonctionnel morbide, grand ou petit, de l'organe considéré, ne manque pas d'être influencé par les lésions d'un ou plusieurs autres ou de la constitution entière, par voie sanguine ou nerveuse.

Aux substratums morbides chroniques, nous réservons le nom de dystrophies. Ce sont séquelles d'intoxications ou toxi-infections héréditaires ou acquises.

La dystrophie, grande ou petite, de l'organe envisagé, liée ou non à d'autres, engendre, chez lui, un trouble fonctionnel latent, *préparatoire de la crise* qui se manifeste par une poussée catarrhale, une congestion, une hémorragie, une algie, un spasme, un algo-spasme tel que l'algo-spasme menstruel qualifié de dysménorrhée (encore un mauvais mot, car il n'exprime pas la clef du trouble). *La crise est déterminée* par une cause additionnelle, passagère (qu'il ne faut pas oublier de rechercher, après celle de la prédisposition morbide qui importe le plus) : refroidissement, dispute avec la belle-mère... Celle qui compte le plus, chez la femme, c'est le molimen menstruel, toujours plus ou moins toxique.

Au regard de tout gynécologue attentif, si les infections locales, ascendantes, des voies génitales, chez la femme, vont diminuant de plus en plus en nombre et gravité, depuis le début de l'ère aseptique, les troubles crypto-lésionnels et les lésions trophiques cliniquement avérées augmentent, chez elle, de plus en plus de fréquence et d'importance. Or, il est impossible d'y voir clair et de les bien traiter, sans en pénétrer, non seulement les causes, mais le mécanisme, en partant de ses bases physiologiques.

En fait de physiologie, voici le plus essentiel :

La vie de la femme est divisible en trois périodes : la première, étape de différenciation et de constante progression de son sexe, s'étend de la vie fœtale à la puberté. La seconde, *période d'activité génésique*, étendue de la puberté à la ménopause, est formée par l'incessant renouvellement d'un cycle sexuel à 4 phases : 1° phase de *progression folliculaire*, correspondant au *præ-œstrus* et à l'*œstrus* dans le rut animal, phase terminée par la *ponte* ; 2° *phase prémenstruelle* si l'ovule y meurt, ou *phase prégravidique* si l'ovule y demeure vivant et se trouve fécondé (*post-œstrus* dans le rut animal) ; 3° *phase menstruelle* si l'ovule est mort, ou *gravidique* si l'ovule vivant et fécondé s'est niché ; 4° phase de repos ou *anœstrus*, normalement réduit à rien chez la femme. La troisième période, *période de décrépitude*, s'étendant de la cessation du cycle sexuel jusqu'à la mort, comprend la phase de la *ménopause* et la *vieillesse*.

Dans son évolution, le follicule de DE GRAEF se présente sous 4 modalités principales : *follicule primordial, follicule en route vers la ponte, corps jaune* et *glande théquale*. Le *follicule primordial* est un amas de cellules au repos, provenant de l'*épithélium germinatif* et, au milieu duquel se voit l'ovule. Dans le *follicule en route vers la ponte*, on distingue de dedans en dehors : un liquide, le *liquide folliculaire*, — la *membrane granuleuse* portant, en son *disque proligère*, l'ovule, — la *thèque interne*, formée de cellules ovales ou polygonales, — enfin la *thèque externe* ou cellulo-vasculaire. Après rupture, le follicule devient *corps jaune*, par prolifération, surtout de la granuleuse, accessoirement de la thèque interne. Enfin, la *glande théquale*, uniquement formée par prolifération de la thèque interne, comprend, d'une part des *glandes kystiques*, d'autre part des *îlots glandulaires pleins*. Les *glandes kystiques* sont des follicules arrêtés au cours de leur évolution et dans lesquels la thèque interne s'hypertrophie tandis que la granuleuse s'effrite et se cytolyse. Les *îlots glandulaires pleins* semblent provenir surtout de l'atrésie des glandes kystiques.

L'ovaire n'est pas un organe comme les autres : c'est un organe double : un organe glandulaire

portant, dans la partie la plus vivante de sa glande (constituée par les follicules primordiaux et en évolution), la cellule primaire du sexe féminin. L'ovaire est fait d'un parenchyme *ovulo-glandulaire* dans un stroma. Or tout un ensemble de preuves expérimentales et cliniques semblent démontrer à quiconque dont le jugement n'est pas trop esclave des idées coutumières, que la *direction* du sexe, chez la femme, relève de l'ovule, qu'il joue même par rapport à l'ensemble de son organisme le rôle d'un catalyseur et qu'à la glande ovarique semble dévolue un rôle purement *nutritif*.

C'est l'ovule pondu et fécondé, non l'ovaire, qui actionne le processus de la nidation. Dans un bon nombre de cas, nous dit SCHICKELÉ, la réaction déciduale est d'abord exactement limitée à la zone de nidation. Cette constatation ne cadre absolument pas avec une action trophique venant de l'ovaire ; elle ne s'accorde qu'avec une incitation de l'ovule prise sur le fait, à son début. Non seulement l'ovaire ne fournit pas l'incitation trophique de l'endomètre, mais c'est encore l'œuf, probablement, par son placenta, qui lui fournit la sienne ; je n'en veux d'autres preuves que celles-ci : le *kyste lutéinique* de l'ovaire (simple hypertrophie des glandes théquale et lutéinique) coïnciderait, dans la proportion de 85 %, avec la *môle hydatiforme* (simple hypertrophie des villosités ovulaires) ; or, quand on enlève la môle, ordinairement le kyste lutéinique disparaît. Autre fait encore plus probant : après l'avortement de la grossesse, le corps jaune s'atrophie de façon constante.

La *menstruation* n'est pas une fonction véritable, ce n'est que le résultat d'un accident, *la mort de l'ovule*, qui interrompt le *cycle normal*, le seul cycle normal, dans son ensemble, au cours de l'activité sexuelle de la femme : le *cycle génésique*.

Le conditionnement de la menstruation est à la fois local et général.

Pour le conditionnement local, à la dégénérescence de l'endomètre, s'ajoute, chez les primates, l'existence d'une couche musculaire pléxiforme, sous-muqueuse, qui favorise l'hématorrhée. Mais d'où vient l'incitant dystrophique et fonctionnel sur la muqueuse ? Il était classique jusqu'ici de croire qu'il venait, d'une façon ou d'une autre, du corps jaune constitué après la ponte. Or SCHICKELÉ vient de nous déclarer ceci : le corps jaune peut manquer dans l'ovaire féminin aussi bien avant que pendant et après la menstruation. Quand il existe, il n'y a aucune concordance entre son état de pleine vie ou de régression avec l'état anatomique de la muqueuse utérine. Les lipoïdes extraits du corps jaune et présentés comme doués d'un pouvoir anabolique ou catabolique, hormonique ou chalonique, ne justifient pas suffisamment leurs prétentions spécifiques (SCHICKELÉ a obtenu les mêmes effets avec n'importe quel extrait d'organe : pure action de choc) ; et d'ailleurs, un tissu peut contenir des substances, ayant, à une certaine dose, une action thérapeutique définie, sans avoir une action physiologique, identique, pendant la vie. D'autre part, aucune preuve n'a été donnée de l'intervention de la glande théquale. Chose curieuse : il ne fait doute pour personne que la menstruation succède à la mort de l'œuf et pourtant personne ne s'arrête à cette idée qu'il doit y avoir dans la succession *constante* des deux phénomènes un rapport de cause à effet. Nous croyons, nous, que la menstruation a un déterminisme local et général dépendant de la mort de l'œuf. Reste à en découvrir les raisons bio-chimiques. Au point de vue local, il peut ne s'agir, pour la dégénérescence et de l'endomètre et *du corps jaune* que d'un défaut de l'influx trophique venant de l'*ovule*. Nous allons parler du *conditionnement général* de la menstruation.

CONDITIONNEMENT GÉNÉRAL DE LA MENSTRUATION.

Avons-nous des preuves de la suractivité des glandes endocrines, en vue de la grossesse ? Mais certainement : poussée générale du métabolisme au moment de la puberté ; poussée du côté des seins, au moment de la ponte, vérifiée chez la lapine ; des seins, de la thyroïde, chez la femme, à l'occasion du mariage, de la grossesse, etc.

Quel est l'agent de cette suractivité ? Mais... il semble bien que ce soit le liquide folliculaire : WATRIN, par injection de liquide folliculaire à des lapines impubères et castrées, a déterminé une congestion intense, non seulement du tractus génital, mais d'autres viscères, non sexuels.

Sommes-nous autorisés à croire que des sécrétions internes, non utilisées, puissent donner lieu à une auto-intoxication ? Depuis BOUCHARD, c'est une des données de pathologie générale le mieux établies.

Avons-nous des preuves de l'état d'intoxication des femmes avant la menstruation ? *Preuves cliniques* : élévation de température de quelques dixièmes, chez les plus saines, — diarrhée, chez un certain nombre, — ou sueurs, — rhinorrhée, — ozène, — albuminurie passagère (DALCHÉ), migraines, toxicodermies, psychopathies transitoires, etc. *Constatations expérimentales* : teneur moindre du plasma en CO_2, possibilité de la réaction d'Abderhalden, etc. Il faut n'avoir jamais

fréquenté de femmes pour ne pas les croire plus ou moins intoxiquées à ce moment-là.

Cette intoxication crée une instabilité colloïdale, préparatoire d'une hémoclasie. D'après GUILLAUME, il y aurait successivement, au cours du prodrome des règles, un état vagotonique auquel succèderait une phase sympathicotonique qui céderait la veille ou le jour même. Or la vagotonie accompagne le plus ordinairement les états de choc. D'après BOUCHÉ et HUSTIN, les principaux phénomènes de la colloïdoclasie sanguine seraient facilement constatables au moment du molimen menstruel. Partant de la nécessité fréquente, pour préparer un choc anaphylactique localisé à l'endomètre et aboutissant à une hématorrhée, de l'injection sous-cutanée du sérum équin qui leur sert à l'obtenir, ces auteurs en concluent qu'il doit y avoir aussi une injection préparante des règles ; et faisant état de l'existence, dans le liquide folliculaire, d'enzymes protéolytiques, ils voient, dans la projection de ce liquide, au moment de la ponte, l'injection préparante en question. Mais l'état d'instabilité colloïdale prémenstruel, l'état anaphylactique prémenstruel, se constitue de lui-même, du fait de la non fécondation, et il suffit de l'addition d'un antigène pour que le choc ait lieu. D'où vient-il ? Pour CARLINI de Gênes, il est compris dans des substances mises en liberté par l'*ovule infécondé et mort.*

Si choc hémoclasique il y a, comment agit-il pour produire l'hématorrhée ? Par cette diminution de la coagulabilité sanguine qui est une de ses caractéristiques, -- peut-être par ce floculat dont parle LUMIÈRE et qui mettrait en branle les centres nerveux érecteurs du pelvis, par l'intermédiaire de l'endothélium de leurs capillaires ? En tout cas, l'impulsion ne peut venir que du sang, ne peut venir du système nerveux de l'ovaire, ainsi que le prouve la restitution de la menstruation à une castrée, par une isogreffe, les raccords entre cette greffe et l'organisme féminin ne portant que sur les vaisseaux et non sur les connexions nerveuses naturelles.

Si choc sanguin il y a, on comprend que ses effets se localisent ordinairement sur l'utérus dont la muqueuse est dystrophiée par défaut d'incitation ovulaire et dont le muscle présente, chez les primates, cette structure spéciale dont j'ai parlé ; mais ces effets doivent aussi pouvoir se produire sur la muqueuse d'un autre organe où le conditionnement local, normal, est remplacé par un état morbide de moindre résistance, et c'est bien ce qui a lieu : les règles *complémentaires* ou *vicariantes* du côté de la muqueuse nasale, des poumons, etc. sont bien connues des cliniciens.

Voilà, semble-t-il, à part quelques incertitudes et quelques inconnues, la solution complexe de cette grosse question, la menstruation, sur laquelle l'accord n'est pas fait, parce qu'on veut y voir un résultat fonctionnel, alors qu'elle provient d'un accident, *la mort de l'ovule* ; parce qu'en raison de cet organicisme étroit qui règne encore, on n'en cherche la cause que dans l'ovaire, alors qu'elle dépend aussi du reste de l'organisme ; et que, la cherchant dans l'ovaire, on l'attribue à la glande ovarique, alors qu'elle résulte *de la mort de l'ovule pondu.*

Au cours de l'une ou l'autre des deux modalités de la dernière phase du cycle sexuel, grossesse ou menstruation, j'espère que l'action prépondérante de l'ovule sur la direction trophique et fonctionnelle du sexe féminin, vous paraît maintenant assez probable. Qu'en est-il par ailleurs ?

Pendant la première période de la vie féminine, de la naissance à la puberté, l'ovaire est indispensable à la *différenciation et au développement du tractus génital, de la mamelle et des caractères sexuels accessoires.* Mais, dans l'ovaire, est-ce l'ovule ou la glande qui dirige, qui fournit hormones et harmozones ? Jusqu'en ces derniers temps, il était classique d'attribuer le pouvoir trophique et différentiel du sexe en développement : pour l'homme, à la *glande interstitielle* du testicule et, pour la femme, à la *glande théquale* de l'ovaire (jusqu'à la puberté il ne peut être question du corps jaune). Mais, il y a un grand revirement d'opinion sur la *glande interstitielle* : les conclusions tirées, par ANCEL et BOUIN, de leurs observations sur les cryptorchides ou après ligature des canaux déférents, seraient entachées d'erreurs : la ligature des déférents n'atrophierait jamais complètement l'appareil séminifère. Chez nombre de vertébrés inférieurs, les cellules interstitielles manquent et ils ont pourtant des cellules sexuelles différenciées. D'après PEZARD et CHAMPY, il n'y aurait aucun rapport chronologique chez les oiseaux, les batraciens et même, chez divers mammifères, entre le développement de l'*interstitielle* et celui des caractères sexuels : or, le coq est un mâle qui nous vaut par son potentiel génital et son allure et beaucoup d'hommes se rapprochent singulièrement du caïman. Encore un autre son de cloche qui sonne le retour à l'idée première de BROWN-SÉQUARD sur la concentration de tous les pouvoirs sexuels de l'homme dans la spermatogénie : pour LOISEL, les cellules de Leydig, sises dans l'*interstitielle*, sont purement *nutritives* et les cellules de Sertoli sont chargées de distribuer les matériaux de ces dernières aux cellules séminales. Tel pourrait bien être le rôle, par rapport à l'ovule, des cel-

lules théquales et granuleuses dans le follicule de de Graef. L'idée actuelle de CHAMPY est à peu près la même : pour lui aussi, l'interstitielle a un rôle purement nutritif, envers la spermatogénie et c'est exactement ce que nous avons démontré ; par rapport à l'ovule, pour le corps jaune, de même que nous sommes portés à le croire, en conséquence rationnelle, pour la glande théquale. CHAMPY fait observer que, lorsque la spermatogénie régresse, la glande interstitielle se charge de matériaux de résorption et c'est exactement ce qui se passe pour le corps jaune, quand l'ovule pondu meurt. Voir ainsi, au cours de la première période de la vie féminine, la concentration du pouvoir trophique dans l'ovule qui la prend sans doute ailleurs, en vertu de la symbiose des endocrines, et considérer la glande théquale uniquement comme un réservoir à graisse de premier ordre, ce n'est là évidemment qu'une hypothèse de travail ; mais bien vraisemblable, étant donnés : 1° l'action de l'ovule fécondé sur l'endomètre et l'ovaire même, et le déterminisme de la menstruation par la mort de l'ovule pondu ; 2° la similitude de rapports, dans les deux sexes, de la cellule primaire avec les cellules glandulaires et les modifications actuelles de l'opinion sur l'interstitielle. Cette question du rôle physiologique de la glande théquale et du corps jaune est étroitement liée à celle de l'intervention des micro-kystes ovariques et des hypertrophies lutéiniques dans la genèse des métrorragies. SCHICKELÉ, moi et bien d'autres n'y croient pas plus qu'au rôle hormonique et harmozonique du follicule vide de son habitant. J'en donnerai, le moment venu, les raisons cliniques et histologiques.

La première phase du cycle sexuel, la *phase de progression folliculaire* comprend, ai-je dit, le *prœœstrus* et l'*œstrus*. Au cours du prœ-œstrus : congestion, œdème, du côté de l'ovaire et du tractus génital, un ou plusieurs follicules entrent en évolution, parfois écoulement sanguin chez la bête. Au cours de l'œstrus, dans l'ovaire, le follicule se développe et se rapproche de plus en plus de la surface tandis que, dans le tractus génital, se passe une série de phénomènes trophiques, sécrétoires et moteurs, ayant pour but de faciliter l'insémination, le voyage des deux germes l'un vers l'autre, leur nutrition au cours de ce voyage, et de préparer déjà la nidation de l'œuf ; du côté de l'oviducte : phases successives de ciliation, sécrétion puis excrétion muqueuse, contractions rapides dans les jours précédant l'ovulation ; du côté de la matrice : hypertrophie et hypersécrétion de l'endomètre, hypertrophie musculaire. Vous comprenez donc que, chez la femme la plus normale, un curetage explorateur ne donnera pas le même résultat à ce moment là et après les règles, au cours de l'anœstrus; qu'à ce moment là, un léger catarrhe utérin est normal et ne suffit pas pour imposer à une femme injections et pansements.

C'est le liquide folliculaire qui, par le principe actif qu'il contient (la *folliculine* isolée par COURIER) mène toute la danse. Tous les biologistes semblent d'accord sur ce point. D'où vient la *folliculine* ? Pourquoi pas de l'ovule ? La petitesse de l'ovule n'est pas une raison pour tenir mon idée pour absurde. Les recherches de LIPSCHUTZ, ZAVODOWSKI, PÉZARD, CHAMPY, ne permettent-elles pas de penser que l'hormone sexuelle de l'homme n'a pas une action quantitative, mais uniquement qualitative, que c'est un véritable catalyseur (CHAMPY) qui déclanche un phénomène et l'accélère ?

La ponte a lieu, chez la bête, à époque assez régulière par rapport au début du rut. Quand elle est faite ou va se faire, mais *pas avant*, la femelle accepte le mâle. Chez la lapine, elle ne peut se faire sans son intervention qui est efficace, même après ligature des déférents, c'est-à-dire sans insémination.

WATRIN et HAMANT pensaient avoir démontré, par 146 observations, que la ponte avait constamment lieu, chez la femme, huit jours après les dernières règles. Mais SCHICKELÉ, en scrutant de près ces observations et en y joignant les siennes, vient de nous prouver qu'en réalité elle peut se produire à n'importe quel moment entre les menstrues. La ponte chez la femme, n'est pas seulement irrégulière, elle tend, nous le verrons, à devenir pathologique. La raison en est sans doute que l'humanité n'obéit pas aussi bien à la nature que les animaux, singes compris : à tout moment du cycle sexuel de la femme, l'homme ajoute, aux excitants appropriés qu'elle trouve en elle-même, une certaine excitation endocrino-sympathique qui n'agit tempestivement qu'au moment de la ponte et après. D'autre part, elle fait trop souvent avorter, à l'instigation de l'homme ou après son abandon, son cycle sexuel normal, le cycle gravidique, *même avant fécondation*.

Le *prœ-œstrus*, c'est-à-dire la phase prémenstruelle ou prégravidique, c'est la phase pendant laquelle, dans l'ombre et le mystère, a lieu la réussite ou l'insuccès qui n'est pas toujours imputable aux deux germes en course l'un vers l'autre, mais au moins autant aux organismes, dominés par une volonté responsable, qui les engendrent et sont maîtres de s'opposer à leur mariage. La chienne accepte le mâle pendant toute cette période qui se prolonge plus ou moins longtemps, probablement

tant que l'œuf est vivant. La muqueuse utérine est arrivée au maximum de son développement et la cellule déciduale y apparaît déjà, dit-on, sans qu'on précise si cette apparition peut avoir lieu sans fécondation et nidation. Peut-être la fécondation suffit-elle. En tout cas, nous l'avons vu, c'est sûrement l'œuf, une fois fécondé, qui fait proliférer cette cellule pour se nicher.

Le corps jaune, chez la femme, peut manquer, sans que, pourtant, je sois documenté sur la question de savoir si son absence est compatible avec l'existence, dès cette phase, de la cellule en question.

J'espère que, malgré les idées en cours, vous êtes maintenant un peu portés à croire, comme moi, que c'est à l'ovule qu'est confié le principal de la direction trophique et fonctionnelle du sexe féminin et qu'au point de vue *physiologique*, glande théquale et corps jaune ont tout l'air de n'être que des garde-manger.

(*A suivre.*)

FAIT CLINIQUE

Un cas de cholécystite aiguë et d'hépatite syphilitique associées. Valeur diagnostique et thérapeutique du tubage duodénal.

Par A. HADGÈS (de Vichy).

La pratique du tubage duodénal, dont les applications s'étendent tous les jours, est susceptible d'apporter dans certains cas des éléments diagnostiques d'une réelle valeur. D'autre part, le tubage peut amener la guérison de certaines cholécystites.

A cet égard, l'observation suivante est très instructive.

Il s'agit d'une femme Gill... que M. Rathery a bien voulu nous confier dans son service de l'Hôtel-Dieu.

Agée de 30 ans, ayant eu 2 enfants et pas de fausses-couches, elle présentait, en août 1925, de l'œdème des membres inférieurs sur lesquels apparaissaient, un mois après des pustules d'ecthyma et une adénite suppurée de l'aine gauche. En même temps, la malade avait des nausées le matin, comme à l'état de grossesse, s'accompagnant parfois de vomissements bilieux. Puis, un état fébrile survenait insidieusement, accompagné de frissons, d'ictère, de décoloration des fécès, de grande courbature. La malade entrait à l'Hôtel-Dieu le 20 décembre dernier. Elle présentait au premier examen, un gros foie débordant de 4 travers de doigt le rebord costal, avec un lobe gauche à l'épigastre très sensible, une région vésiculaire également très sensible. Rate normale. La réaction de Wassermann était positive ; les urines ne contenaient ni sucre ni albumine, mais des pigments biliaires. L'examen physique des autres organes ne révélait rien d'anormal. Le diagnostic d'hépatite syphilitique fébrile avec ictère était celui qui s'imposait, du fait d'adénopathies multiples, d'un Wassermann positif, d'un début insidieux avec apparition progressive de l'ictère et de la fièvre, de l'hépatite.

Ainsi était justifié un traitement par le bismuth (3 inj. de Quinby) et cyanure d'Hg. intra-veineux (5 inj. de 1 cent.). Sous cette influence, une amélioration de l'ecthyma se produisit, alors qu'aucune modification marquée ne survenait dans l'état hépatique.

C'est dans ces conditions que nous pratiquâmes un tubage duodénal avec épreuve de Meltzer-Lyon. Dès le lendemain, contre toute attente, la température s'abaissait et l'ictère diminuait manifestement. Deux autres tubages, sans épreuve de M.-L., furent pratiqués à cinq jours d'intervalle.

Ils amenèrent la réduction totale de l'ictère, la recoloration des fécès et la disparition complète de la fièvre. Celle-ci qui, au début, variait entre 38° et 39°05, tombait au troisième tubage à 37°5 pendant huit jours jusqu'à la défervescence complète. En même temps, il était facile de constater que le foie qui, débordait de quatre travers de doigt le rebord costal, s'était considérablement rétracté ainsi que le lobe gauche qu'on ne percevait plus à l'épigastre. La région vésiculaire restait encore sensible.

Nous avons fait sans succès la recharge du spirochète dans la bile. Cet examen a été fait aussitôt le tubage pratiqué. Devant le résultat négatif de ces recherches, nous priâmes M. Levaditi de faire des inoculations au lapin. Mais elles nous furent signalées comme inutiles, l'inoculation d'une bile riche en colonies microbiennes produisant un œdème énorme, une véritable orchite avec de la suppuration, lésions qui ne permettent pas le développement du spirochète.

Cette observation est intéressante par ce fait que le tubage duodénal a mis en évidence une cholécystite aiguë s'étant développée au cours d'une hépatite spécifique. Il y a eu évidemment une association de syndromes ; mais il n'est pas douteux qu'il faut mettre en majeure partie à l'actif de la cholécystite, l'ictère et la fièvre ; et que le tubage est intervenu comme un puissant moyen thérapeutique.

On peut donc penser qu'il y a grand avantage, en présence d'un ictère fébrile dont l'origine est discutable, à pratiquer des tubages en série, qui, en dehors de leur valeur diagnostique, peuvent donner parfois des résultats thérapeutiques inattendus.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La constipation.

Chacun a ses formules et ses traitements particuliers. En nous livrant les résultats de sa pratique, M. Fr. MOUTIER (*Maladies des Intestins*, Poinat, édit.) rajeunit un certain nombre de notions définitives.

Il existe dans la constipation habituelle une *constipation droite* qui est la forme avec intoxication et une *constipation gauche* qui est la constipation banale du côlon gauche et du recto-sigmoïde.

a) *Constipation droite.* — Il faut assurer l'évacuation cœcale et lutter contre la colite. Pour vider le cœcum, rien ne vaut l'*huile de ricin* : une cuillerée à café tous les matins ou l'*huile de paraffine* : une à deux cuillerées à soupe.

La combinaison de la paraffine et des mucilagineux produit d'excellents résultats. Toutefois l'emploi du *psyllium*, de l'*agar-agar*, de la *graine de lin* doit être surveillée dans les stases du côlon ascendant, car ces substances augmentent quelquefois le ballonnement douloureux de la fosse iliaque droite.

Dans la colite se reconnaissent deux éléments : les douleurs, la constipation.

Contre les douleurs, le *repos au lit* est excellent, parfois le décubitus latéral gauche qui favorise l'ouverture de l'angulation sous-hépatique et l'évacuation des gaz dont la tension provoque la douleur cœcoascendante. Des *compresses chaudes* agiront bien ; la *belladone* réussit.

Extrait de belladone . . . . . 0 gr. 01
Pour une pilule. Une avant le repas de midi et du soir.

Pas de gymnastique abdominale, pas de massage du cœcum. Le *kaolin* est excellent. Il est pour le côlon ce que le bismuth est à l'estomac. M. MOUTIER recommande l'adjonction avec le *charbon animal*. L'association suivante nous rend des services journaliers.

Kaolin . . . . . 7 gr.
Sous-nitrate de bismuth . . . . . 2 gr. 50
Magnésie calcinée . . . . . 0 gr. 50
Pour un paquet. Un paquet à jeun dans un verre d'eau chaude.

Augmenter ou diminuer les quantités de magnésie suivant l'effet produit. A cette poudre du matin on peut incorporer la *belladone* en poudre (0 gr. 01) et donner avant les repas des cachets de *salacétol* à 0 gr. 25.

Dans l'alimentation, supprimer le lait, les œufs, les haricots blancs, les lentilles ; diminuer la quantité des viandes.

Recommander des potages au bouillon de légumes avec pâtes ou farines alimentaires (vermicelle, riz, semoule, tapioca), le poisson bouilli avec un peu de jus de citron, des viandes maigres grillées ou rôties, du poulet froid, du jambon maigre, des pommes de terre bouillies, des nouilles avec beurre frais, du riz à l'eau, des confitures en gelée, des infusions tièdes.

Les gâteaux secs que recommande M. MOUTIER sont trop souvent (un fabricant nous en a fait la confession) sucrés à la saccharine, laquelle est irritante pour l'estomac.

b) La *constipation gauche.* — Ici le traitement hygiénique occupe le premier plan. Aux ptosiques convient le port d'une *ceinture abdominale* ; l'emploi des pelotes est souvent traumatisant. *Gymnastique* avec flexion du tronc sur les jambes en position verticale ou en décubitus dorsal. Repas à heures régulières. A jeun un verre d'*eau froide* ou *café au lait*. Si l'estomac digère bien, *fruits*. Ni lait, ni cacao, ni œufs, ni viande en excès. Aux repas, jus de raisin frais ou bières maltées.

Se présenter à la selle à heure fixe, avec les cuisses relevées contre l'abdomen, à l'aide d'un tabouret qui maintient les pieds à 40 centimètres de hauteur.

Les médicaments sont essentiellement la *paraffine* et l'*agar-agar*. La paraffine est prescrite liquide, parfumée, associée à l'agar-agar ou au malt. Des préparations commerciales livrent le mélange tout fait.

Les mucilagineux sont formulés sous forme de *graine de lin*, de *seigle*, de *psyllium*, d'*agar-agar*. M. MOUTIER prescrit l'agar-agar en poudre à la dose d'une à deux cuillerées à café après le repas, mélangées avec de la gelée de confiture.

Des *extraits fluides de rhamnus* (4 gr.), de *cascara* (0 gr. 50 à 2 gr.), l'*huile de ricin* (une cuillerée à café), sont communément employés, si la paraffine ou l'agar-agar ne suffisent pas.

Si l'insuffisance biliaire se surajoute, on prescrira l'*huile d'olive*, une à deux cuillerées à soupe avant les repas, et les *extraits biliaires* (1 à 10 gr.

en pilules). L'*extrait de bile* en lavement (5 gr. pour 300 gr.) a été prôné (BENSAUDE).

La *belladone* combattra les spasmes ; de même l'*atropine* (2 à 4 dixièmes de milligr.). L'*ésériné* (un demi à un milligr.), la *génésérine* soulagent les cas de constipation avec hyperesthésie épigastrique. Mais il arrive aussi que la génésérine exagère les douleurs gastriques. En général la belladone lui semble supérieure.

S'il y a spasme anal, se présenter à la garderobe sur un bassin rempli d'eau chaude. Les lavements mucilagineux seront prescrits.

Les cures à *Plombières*, sédatives, pour les nerveux ; celles de *Chatel-Guyon* dans les constipations atoniques banales ; de *Brides* chez les constipés obèses, connaissent leurs succès annuels.

Quant à l'*opothérapie*, M. MOUTIER l'estime inférieure à sa renommée ; elle échoue fréquemment.

Les complications colitiques ont semblé parfois améliorées par l'usage des auto-vaccins.

S. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Les points douloureux dans les maladies de l'abdomen.

Un point douloureux abdominal peut donner lieu à de multiples erreurs d'interprétation. On connaît la fréquence des points iliaques (fausses appendicites) dans la pneumonie. La cœlialgie des tuberculeux (LŒPER) et des cardiaques, le point phrénique des pleurétiques font croire à une cholécystite. M. Fr. MOUTIER (*Maladies des Intestins*, Poinat, édit.) continue l'énumération. Dans presque toutes les affections gastriques, il existe un point épigastrique situé au milieu de la ligne xiphoombilicale. La station verticale exagère cette douleur chez les ptosiques, par tiraillement du pédicule neuro-vasculaire. D'où soulagement de la douleur par le relèvement de l'abdomen avec une sangle.

Dans les syndromes solaires, on observe encore le point mésentérique supérieur (LŒPER et ESMONET) à 2 centimètres au-dessous et en dehors de l'ombilic sur la ligne de Mac Burney. Un point mésentérique inférieur siège dans la région paraombilicale gauche et semble dépendre de la sensibilité de la masse intestinale grêle.

D'autres points iliaques et symétriques répondent à la pulsation des iliaques, marquée chez tous les amaigris et les ptosiques.

Le point de Mac Burney se trouve à 5 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure sur la ligne unissant cette épine à l'ombilic. Le point de Lanz se trouve à l'union du tiers droit et du tiers moyen de la ligne bi-iliaque. Ces deux points ont été donnés comme caractéristiques d'une lésion appendiculaire sous-jacente. Or, le point de Mac Burney tombe sur le cœcum et même en plein côlon ascendant. Le point de Lanz expose moins à l'erreur, surtout chez l'enfant où la douleur appendiculaire est para-ombilicale et non pas sous-ombilicale.

Le point de Hallé ou urétéral moyen est en dedans du Lanz.

Ajoutons l'hyperesthésie pariétale constante chez certains sujets, particulièrement chez les adipeux, presque physiologique chez la femme. La graisse douloureuse a plus d'une fois fait commettre des diagnostics d'une appendicite qui n'existait pas ; le caractère diffus et étalé de la graisse douloureuse doit faire éviter l'erreur.

Signalons encore la zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard et Rivet, la sensibilité hilaire hépatique, le point cystique, qui se trouve à l'extrémité de la neuvième côte, au retord du grand droit. Ce point répond à la vésicule biliaire et au carrefour sous-hépatique.

La plupart des viscéralgies ont des irradiations dorsales. L'ulcus gastrique se répercute en point douloureux à l'apex inférieur de l'omoplate, les ulcères de la petite courbure irradient vers le scapulum gauche, les lésions de la vésicule biliaire vers le scapulum droit.

Les apophyses épineuses présentent souvent une sensibilité particulière, de la 3e à la 11e dorsale quand la vésicule biliaire est en cause et de la 6e à la 9e dorsale quand il s'agit de l'estomac.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'abcès de fixation.

L'abcès de fixation nous a semblé maintes fois une sorte de trompe-l'œil. C'est un élément de pronostic plus qu'une méthode curative. Quand il se produit, le malade guérit d'ordinaire ; mais il ne guérit pas en vertu de la suppuration locale qui s'est collectée. Celle-ci s'est produite simplement parce que le sujet devait guérir. Telle est l'opinion également exprimée par MM. RIEUX et ZOELLER (*Traitement des Maladies infectieuses*). Ces excellents médecins s'expriment ainsi : « Nous avons supprimé l'abcès de fixation de notre pra-

tique personnelle dans le traitement des maladies infectieuses aiguës. Rien ne nous invite à le reprendre. »

Toutefois, cette méthode thérapeutique ayant l'honneur encore de bénéficier du doute, continue d'être prônée dans des infections de divers ordres : pneumonies, broncho-pneumonies, fièvres puerpérales avec persistance de l'état septicémique, méningites cérébro-spinales où échouent la sérothérapie et la vaccinothérapie ; encéphalite épidémique, septico-pyohémies, intoxications graves (plomb, sublimé, champignon).

On connaît la technique : injection entre le derme et l'aponévrose musculaire, à la partie moyenne externe de la cuisse, de 1/2 à 1 cc. d'essence de térébenthine pure. La douleur, la chaleur, la rougeur, la fluctuation apparaissent dans les jours qui suivent. Ouverture et drainage avec pansement comme pour un phlegmon spontané.

La méthode en excitant, la leucopoièse favorise-t-elle la phagocytose ? Personnellement nous n'avons jamais rien obtenu dans les infections aiguës. MM. Sainton et R. Leclerc (*Journ. des Pratic.*, 13 sept. 1924) estiment que dans certaines infections à évolution traînante, infections pleuro-pulmonaires prolongées, l'abcès de fixation rend service.

Nous serions tenté de partager cet avis, vu les bons résultats des suppurations provoquées dans certaines maladies chroniques. L'application d'un cautère à la pâte de Vienne dans le ramollissement cérébral d'origine athéromateuse, parfois dans certaines formes de l'angine de poitrine semble un procédé thérapeutique d'une efficacité certaine. La maladie étant longue, la suppuration est entretenue pendant plusieurs mois.

Une suppuration qui dure, produirait-elle des effets physiologiques différents ou plutôt les réactions vives qui s'opèrent dans les maladies aiguës, empêchent-elles les bons effets d'une suppuration artificielle ? La question demeure à l'étude.

S. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Périviscérites digestives adhésives.

Les périviscérites digestives adhésives jouent, en gastro-entérologie, un rôle dont les interventions chirurgicales et les examens radiologiques ne cessent de révéler l'importance. Un grand nombre de troubles gastro-intestinaux sont dus à ces péritonites chroniques fibro-adhésives qui, secondaires à l'inflammation d'un organe abdominal ou pelvien, ou traduisant une inflammation péritonéale primitive, évoluent à bas bruit, se propagent à un segment du tube digestif voisin, parfois éloigné, s'étendent sur ce segment, entravent sa mobilité et restreignent plus ou moins son calibre.

Fernand Trémolières et Henri-René Olivier (*Journal médical français*, février 1926), s'appuyant sur de nombreuses observations recueillies à la consultation de gastro-entérologie d'Ambroise Paré, en donnent une revue générale complète. Ils rappellent les nombreux travaux dont les périviscérites ont été l'objet, ne retiennent dans les cadres de cette affection que les formations non systématisées d'origine franchement inflammatoire et, après en avoir étudié l'anatomie pathologique et l'étiologie, ils individualisent plusieurs types cliniques de périviscérites digestives adhésives.

Symptomatologie. — Ils décrivent six formes cliniques principales :

1° Une forme gastro-duodénale ;
2° Une forme typhlo-côlitique ;
3° Une forme entéro-côlitique ;
4° Une forme biliaire ;
5° Une forme pseudo-néoplasique ;
6° Une forme occlusive.

a) Forme gastrique ou gastro-duodénale. — La forme gastro-duodénale s'observe souvent chez d'anciens ulcéreux dont la lésion s'est extériorisée ; mais elle peut apparaître à la suite d'une appendicite, dans laquelle l'inflammation, par l'intermédiaire d'une épiploïte ou par l'intermédiaire des lymphatiques mésentériques, gagne le carrefour sus-mésocolique, ou à la suite d'une côlite.

Elle se traduit par des douleurs, tantôt précoces, tantôt tardives, qui augmentent par l'ingestion des aliments, ne cèdent jamais totalement, et laissent un continuel endolorissement à l'épigastre. Elles sont aggravées par les mouvements d'élévation des bras et d'extension du tronc et irradient vers la colonne dorsale et l'hypochondre gauche. Les vomissements sont rares ; ils sont alimentaires ou bilieux, selon que l'obstacle est sus ou sous-vatérien.

L'examen radiologique met en évidence la perte partielle de la mobilité de l'estomac et diverses déformations de celui-ci : déformations en parasol dans les adhérences phréno-gastriques ; estomac biloculaire des adhérences gastro-coliques ; fixation à la paroi de la périgastrite antérieure ; attraction du pylore ou de tout l'estomac vers

la droite dans les cas d'adhérences péri-cholécysto-péri-pyloriques.

Quand la périduodénite intervient, elle peut se traduire par des signes nets de sténose et de stase duodénales, ou par des déformations de l'image duodénale que l'on ne saisit que sur des radiographies en série.

b) Forme typhlo-côlitique. — Cette forme très fréquente de périviscérite s'observe chez d'anciens entéritiques, opérés pour appendicite et auxquels l'appendicectomie n'apporte qu'une amélioration passagère. Chez ces malades F. Trémolières et Olivier insistent sur trois ordres de symptômes :

1° Douleurs dans la fosse iliaque droite ;

2° Constipation avec débâcles diarrhéiques ;

3° Troubles de l'état général et insuffisances glandulaires liés à l'intoxication chronique.

La douleur siège dans la fosse iliaque droite et s'étend vers le flanc et l'hypochondre droits. Elle consiste en un endolorissement continu, une sensation de pesanteur, « d'encombrement » (Pierre Duval).

Elle est exagérée par l'effort et la station debout prolongée, pendant les périodes de constipation et après les repas.

La constipation est le symptôme dominant ; c'est une constipation rebelle, qui ne cède qu'à l'emploi journalier de laxatifs et qui, malgré cela s'exagère par périodes. Pendant ces dernières, on voit s'accentuer les troubles de l'état général : fièvre, migraines, vertiges et nausées; la langue est sale, la bouche amère, pâteuse, et l'haleine fétide.

A la palpation, le cæcum est douloureux dans son ensemble, distendu et gazouillant ; le côlon ascendant, douloureux et spasmodique, est perceptible sous forme d'un cordon dur. La symptomatologie n'est pas toujours aussi significative ; l'un de ces trois groupes de symptômes peut manquer, les troubles intestinaux être relégués au deuxième plan et, en l'absence de signes objectifs nets, ces malades sont considérés tantôt comme des tuberculeux, des malades imaginaires ou des nerveux.

Dans tous les cas il faut avoir recours à l'examen radiologique.

A la radioscopie, on note de la stase iléale, le cæcum apparaît dilaté, immobile, douloureux à la pression ; parfois l'ascendant et le transverse sont accolés en canon de fusil ; plus rarement, le cæcum, complètement retourné, adhère à la face inférieure du foie.

c) Forme entéro-côlitique. — Au lieu d'être ocalisées à l'épigastre ou à la fosse iliaque droite, il arrive que les douleurs s'étendent à tout l'abdomen. Le malade se plaint de coliques diffuses. La palpation éveille une sensation pénible sur tout le trajet côlique. La constipation chronique, entrecoupée de débâcles de diarrhée ou de fausse diarrhée, et l'excrétion de mucus glaireux ou concrété, font porter le diagnostic d'entéro-côlite muco-membraneuse.

L'on recherche la cause de cette affection, quand la radioscopie révèle l'existence d'adhérences accolant au publis le transverse abaissé en guirlande, ou l'anse sigmoïde à la fosse iliaque gauche, ou fermant l'angle côlique gauche : ainsi s'expliquent les douleurs et la constipation.

Les périviscérites, primitives ou secondaires, figurent évidemment parmi les causes mécaniques qui peuvent provoquer le syndrome de la côlite muco-membraneuse.

d) Forme biliaire. — Les auteurs montrant la fréquence des accidents biliaires au cours des périviscérites distinguent, à ce point de vue, deux catégories de malades :

1° *Les faux lithiasiques*, c'est-à-dire les sujets qui, atteints de périviscérite digestive, présentent toutes les manifestations cliniques de la lithiase biliaire, alors qu'à l'intervention on constate l'intégrité des voies biliaires, et, par contre, des lésions de péritonite plastique sur le cæcum ou le côlon ascendant.

2° *Les lithiasiques vrais*, chez lesquels une péricôlite, associée ou non à une péricholécystite, complique une typhlo-cholécystite, ou n'est peut-être que l'intermédiaire entre les états morbides des deux réservoirs cæcal et vésiculaire.

e) Formes pseudo-néoplasiques. — Les périviscérites pseudo-néoplasiques constituent la majeure partie des tumeurs inflammatoires du gros intestin ; elles siègent surtout sur les régions iléo-cæcale et sigmoïdienne.

Sur l'iléo-cæcum, elles provoquent une altération progressive de l'état général, des troubles du transit intestinal ; la tumeur apparaît tardivement et cet ensemble symptomatique fait invariablement penser au cancer. Même pendant l'intervention le doute subsiste.

Sur le côlon ilio-pelvien, où elles constituent les sigmoïdo-périsigmoïdites, les formes de périviscérites sont relativement fréquentes. On les observe presque toujours chez des côlitiques, des constipés chroniques, qui, depuis quelque temps, ont, en outre, des débâcles diarrhéiques accompagnées de phénomènes dysentériformes. A la suite d'une poussée plus aiguë ou plus tenace, s'installe une douleur profonde et sourde dans la fosse iliaque

gauche, exagérée par les mouvements et les secousses.

Cette gêne douloureuse attire l'attention et l'on trouve, à la palpation, au siège de l'endolorissement, un boudin fusiforme, assez régulier, peu mobile, mais cependant moins adhérent et mieux limité que ne le serait un cancer.

L'examen radiologique après lavement opaque permet de constater des coudures, des rétrécissements, sur l'anse sigmoïde, qui ne peut être dissociée du dôme rectal.

Souvent la seule constatation radiologique d'un rétrécissement au niveau de l'empâtement allongé, perçu par la palpation, impose avec force l'hypothèse d'un néoplasme ; on conçoit qu'il n'y ait alors qu'un seul moyen de porter un diagnostic, c'est la laparotomie exploratrice, premier temps d'une intervention thérapeutique.

Les périsigmoïdites ne sont pas toujours secondaires à des lésions côlitiques ; fréquemment elles succèdent à des lésions du petit bassin, annexite chez la femme, prostatite chez l'homme.

f) Formes occlusives. — Les accidents d'occlusion ne sont pas rares au cours des périviscérites ; ces dernières peuvent en réaliser tous les types depuis la forme aiguë complète d'occlusion intestinale exigeant l'intervention d'urgence, jusqu'à la forme d'obstruction intestinale chronique qui s'installe d'une façon lente et progressive.

Diagnostic. — F. Trémolières et H.-R. Olivier insistent sur la difficulté du diagnostic clinique des périviscérites, qui, ne se traduisent que par des signes d'emprunt et simulent des affections des viscères voisins. Selon le groupement des symptômes par lesquels elles se manifestent, on croit avoir affaire à un ulcère gastrique ou duodénal, à une ptose gastro-côlique, à une appendicite chronique, à une entéro-côlite non compliquée.

Parmi les signes qui peuvent aiguiller vers le diagnostic, il faut citer :

1° La continuité des douleurs et leur exagération par certains mouvements : l'élévation des bras, par exemple ;

2° La ténacité des troubles du transit intestinal et surtout l'existence d'un syndrome de Kœnig même simplement ébauché.

L'examen radiologique reste le moyen capital de diagnostic des périviscérites et seul permet de localiser les lésions.

Traitement. — *a*) Traitement médical. — Le traitement médical consiste d'abord à combattre la constipation sans provoquer d'irritation ntestinale, en donnant de l'huile de ricin à petites doses (une à trois cuillerées à café au petit déjeuner) ou de l'huile de paraffine. Pour diminuer l'intoxication de l'organisme, on diminuera, dans la ration alimentaire, les albuminoïdes au profit des légumes riches en cellulose, et, on s'opposera au développement de la flore de putréfaction en favorisant le développement des ferments acides à l'aide du kéfir, du yoghourt, ou des préparations contenant du lactose et des bacilles lactiques.

Les douleurs peuvent être apaisées par les applications humides chaudes, la belladone ou l'ésérine ; par la diathermie qui modifie en outre les tissus adhérentiels.

A ce traitement symptomatique, il faut adjoindre dans les périviscérites primitives, le traitement de la cause : tuberculose ou syphilis. Dans les périviscérites secondaires à une lésion du tube digestif, on peut essayer de réduire les adhérences par les rayons ultra-violets, la théosinamine combinée au massage et conseiller aux malades Plombières ou Châtelguyon.

b) Traitement chirurgical. — Mais souvent les adhérences sont trop nombreuses ou trop anciennes et déterminent des sténoses trop étroites pour que le traitement médical soit efficace.

Il faut alors supprimer les obstacles qui favorisent l'infection et l'entretiennent, et procéder à la résection des adhérences et à la libération des organes accolés et sténosés.

En même temps, le chirurgien doit enlever, quand il le peut, les foyers infectieux (appendice, vésicule), éviter toute perte de substance séreuse, repéritoniser avec soin.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

L'emploi de l'insuline chez l'enfant.

Le diabète infantile est de tous celui qui bénéficie le plus au traitement par l'insuline. C. Charleux (d'Annemasse) fait récemment une excellente étude des indications et du mode d'emploi de l'insuline chez l'enfant.

Indications. — L'insuline est formellement indiquée :

a) Dans *le diabète consomptif acétonémique.* — Dans ce cas, aucune hésitation n'est permise ; les mesures diététiques ou médicamenteuses se révèlent chez l'enfant comme inopérantes ou à peine palliatives.

L'insuline est non seulement indiquée dans le diabète consomptif évoluant depuis quelque temps, mais aussi *à son début.*

Dans ce cas la dénutrition n'est pas encore intense, l'acétonurie est très faible, la glycosurie et la glycémie sont à des taux modérés.

Deux arguments suffisent à faire pencher en faveur de l'insuline : d'une part si le régime peut combattre quelque temps la glycosurie, ce n'est qu'aux prix de réductions alimentaires importantes. Au contraire, au début de l'évolution du diabète, avec de petites doses d'insuline, on peut prescrire à l'enfant des régimes substantiels, richement hydrocarbonés, favorisant d'autant son développement et son état général.

b) Dans le diabète acétonémique hypotrophique (Nobécourt).

c) Dans les états précomateux et dans le coma déclaré. L'indication est là absolument formelle.

d) Au cours des maladies infectieuses survenant chez un jeune diabétique.

Ni la *tuberculose,* ni la *diphtérie,* la *rougeole,* la *scarlatine,* les *oreillons* ne constituent des contre-indications au traitement insulinien.

e) Avant ou après les interventions chirurgicales chez le jeune diabétique. Chabanier, Lobo-Onnell et Lebert rapportent le cas d'une fille de 13 ans, qui, opérée d'une mastoïdite gauche, présenta dans la phase post-opératoire une forte glycosurie avec grosse acétonurie et signes de précoma ; l'insuline dissipa ces troubles, annula en trois jours l'acétonurie et l'enfant put subir une seconde opération sur la mastoïde droite, dix jours après la première, sans incident.

Technique. — En présence d'un jeune diabétique chez qui l'insuline est indiquée, on procédera à plusieurs recherches chimiques préalables.

1° Le dosage quotidien du sucre et la recherche quotidienne des corps acétoniques dans l'urine.

2° Le dosage du sucre dans le sang une fois par semaine. On peut d'ailleurs espacer la recherche de la glycémie.

En effet, lorsque l'on a fait une fois la glycémie, la simple recherche de la glycosurie suffit ; s'il existe du sucre dans l'urine, la glycémie est à un taux suffisant pour éviter l'hypoglycémie et l'on peut injecter l'insuline sans danger.

Quels seront les buts poursuivis par la cure d'insuline ? On doit : 1° faire disparaître l'acétone ; 2° relever l'état général ; 3° abaisser le taux de la glycosurie et de la glycémie.

Dans le *diabète consomptif,* on commencera le traitement suivant : 10 unités physiologiques réparties avant les deux principaux repas, régime caloriquement suffisant, comprenant au moins 100 grammes d'hydrates de carbone.

Dans les cas moyens, ce traitement permet plus ou moins rapidement la réalisation des buts poursuivis.

Dans les cas plus avancés, cette conduite n'est pas suffisante, l'acétonurie ne disparaît pas, l'état général reste médiocre, la glycosurie et la glycémie demeurent stationnaires. Dans ces cas, on organisera la cure de la façon suivante. On poursuivra d'abord :

1° *L'acétonurie* en diminuant la ration de graisses et de protéiques et en élevant parallèlement la dose d'hydrates de carbone ;

2° *Le relèvement de l'état général* sera obtenu par l'institution d'un régime correspondant aux exigences caloriques de l'âge du jeune diabétique;

3° *La glycosurie.* Jamais on ne devra poursuivre cette glycosurie par la réduction hydrocarbonée, car l'état général en souffrira souvent et la courbe de poids périclitera.

Si la glycosurie persiste malgré de fortes doses d'insuline, il ne faudra pas s'en alarmer, ni s'acharner sur elle en sacrifiant tout à sa disparition.

Dans le *coma diabétique,* on donnera de fortes rations hydrocarbonées (300 à 400 gr. par jour) sous forme de sérum glycosé sous-cutané, de lait sucré ou de jus de fruits. On injectera 10 unités physiologiques et plus toutes les trois heures, dans les muscles, ou, si possible, dans les veines, jusqu'à ce que l'enfant sorte du coma.

En même temps on ne négligera pas le bicarbonate de soude qui sera donné à hautes doses sous forme d'injection intraveineuse ou d'ingestion d'une solution à 15/1.000 et les tonicardiaques sous forme de digitaline, d'ouabaïne ou d'huile camphrée.

PÉDIATRIE PRATIQUE

Les pyélites et pyélonéphrites à gonocoques chez les enfants.

Une grande fille de 15 ans est prise brusquement d'envies fréquentes d'uriner, chaque miction étant suivie d'une sensation de brûlure. Dix jours plus tard apparaissent des douleurs dans la région lombaire droite, irradiant vers le bassin et la vulve ; le rein droit est un peu douloureux ; les urines sont uniformément troubles, et l'examen

bactériologique révèle la présence de gonocoques. Une vulvo-vaginite discrète est à l'origine de cette gonococcie urinaire. Quelle est la cause de cette vulvo-vaginite ? L'enfant est pubère et bien développée : il ne semble cependant pas, d'après l'examen local, qu'elle ait été contaminée par des rapports sexuels ; plus vraisemblable est l'hypothèse d'une contagion réalisée, comme il est d'usage chez les enfants, par des objets de toilette souillés.

Nobécourt (1), à l'occasion de ce cas observé dans son service, étudie les pyélites et pyélonéphrites des enfants.

Les symptômes des pyélites des enfants varient dans une large mesure suivant l'âge des petits malades. *Les pyélites de la première enfance* (jusqu'à 2 ans 1/2 environ) se traduisent avant tout par des phénomènes généraux, et soulèvent de ce fait des difficultés de diagnostic. A la phase aiguë, on pense à une grippe, à une pneumonie, à une méningite à méningocoques ou à une méningite tuberculeuse, ou encore à une affection gastro-intestinale aiguë. Plus tard, on pourra songer à la fièvre typhoïde, au paludisme, à la tuberculose, à une affection gastro-intestinale cachectisante. Si l'on n'examine pas les urines, la pyélite reste ignorée, car les symptômes fonctionnels et subjectifs sont imprécis, trompeurs, difficiles à constater.

Quand la pyélite survient *pendant la moyenne et la grande enfance*, le tableau clinique se rapproche davantage de celui qu'on rencontre chez l'adulte.

La pyélite évolue souvent à la façon d'une maladie aiguë, avec de la fièvre, de la courbature, de l'anorexie, quelquefois des vomissements. Mais les symptômes physiques et fonctionnels, si difficiles à analyser chez les petits enfants, deviennent ici appréciables. Les enfants accusent une douleur lombaire spontanée, d'intensité variable, souvent légère, irradiant le long de l'uretère et s'accompagnant d'une douleur à la fin de la miction qui fait penser à une cystite. La pollakiurie est un autre symptôme important : nocturne, ou à la fois diurne et nocturne, elle acquiert une grande valeur séméiologique. Le nombre des mictions est-il le même la nuit que le jour, même s'il n'y a pas pollakiurie vraie, ce symptôme est assez caractéristique. Les cas les mieux caractérisés sont ceux où l'on trouve des urines troubles et purulentes. Le trouble est généralement modéré et uniforme, comme on le constate par l'épreuve des 3 verres. Au microscope, on constate des polynucléaires altérés, des globules de pus, des cellules épithéliales et notamment des cellules rondes du bassinet, dans certains cas des cylindres épithéliaux ou granuleux. Les urines fraîchement recueillies sont acides à l'émission.

L'exploration de l'abdomen révèle des points douloureux à la pression : point para-ombilical de P. Bazy, point sous-costal, point lombaire ; la palpation bimanuelle réveille la douleur et permet parfois de sentir le rein un peu augmenté de volume, ou simplement un peu abaissé.

Pyurie ne signifie pas toujours pyélite : le pus peut venir de la vessie. Pyélite et cystite peuvent d'ailleurs coexister. Le mieux, dans les cas difficiles ou complexes est de pratiquer, si l'âge de l'enfant le permet, la cystoscopie et le cathétérisme des uretères.

La pyélite est-elle, ou non, tuberculeuse ? Ce diagnostic étiologique est capital, et le laboratoire est indispensable. Parmi les pyélites non tuberculeuses, ce sont également les recherches bactériologiques, souvent très délicates, qui permettront d'établir des classifications.

Les pyélites et pyélonéphrites à gonocoques ne sont pas très communes, et ne se voient pour ainsi dire pas chez les garçons, ceux-ci ne contractant qu'exceptionnellement la blennorragie avant la puberté. Chez les filles, au contraire, les vulvo-vaginites gonococciques, résultant de contaminations d'ordre banal, sont fréquentes. C'est à titre de complication d'une vulvo-vaginite évidente ou discrète que l'on pourra voir survenir une pyélite à gonocoques.

Le traitement des pyélites à gonocoques comporte tout d'abord un régime végétarien, des boissons abondantes, et l'administration d'antiseptiques urinaires tels que formine, bleu de méthylène, benzoate de soude à la dose moyenne de 0 gr. 10 par année d'âge, térébenthine et notamment le sirop de térébenthine à 1/10, à la dose moyenne d'une demi-cuillerée à café par année d'âge.

On peut avoir recours en même temps à la médication spécifique par la sérothérapie antigonococcique, ou par la vaccinothérapie à l'aide d'un stock-vaccin ou d'un auto-vaccin.

L'infection persistante conduirait à pratiquer un traitement local par lavages du bassinet et de l'uretère.

Dans les cas extrêmes et heureusement fort rares, la néphrectomie a pu devenir indispensable (A. Magrassi).

(1) *La Pédiatrie Pratique*, 5 juin 1926.

PETITE NOTE DE PRATIQUE MÉDICALE

La récente communication du Pr Auvray à l'Académie de Médecine, sur le tétanos puerpéral, me rappelle une cause d'infection « postpartum » que je crois utile de répandre, parceque l'on n'y songe pas souvent.

Quand on prépare une injection vaginale pour la parturiente, il est des règles d'asepsie que tout le monde, ou presque, suit, maintenant, automatiquement. L'eau est bouillie, ainsi que le tuyau en caoutchouc, et la canule en verre, à un seul orifice. La douche d'Esmarch est flambée intérieurement avec le bassin plat. Et lorsque tous ces actes indispensables, ont été accomplis, la garde arrive pour préparer son accouchée. Elle va déposer ce bassin sur un meuble ou sur le parquet où il prendra les poussières qui peuvent s'y trouver. Au moment de donner l'injection, avant de savonner la vulve et de la rincer à l'eau bouillie, elle glisse le bassin sous les cuisses de l'accouchée. Et en le retirant, toutes ces poussières adhérentes à l'extérieur du bassin, ont été essuyées et retenues par le drap de lit. La parturiente qui a souvent une déchirure vaginale, peut ainsi mystérieusement se contaminer.

Il serait bon, pour éviter cette cause cryptogénique d'infection, de revêtir l'extérieur du bassin, d'un linge propre et lessivé, comme cela se fait parfois, pas toujours, ou d'une chemise en gaze qui serait fabriquée exprès et livrée par douzaine en boîtes stériles. Cette chemise en gaze chausserait le bassin, chaque fois que l'on s'en servirait et serait rejetée aussitôt.

Ceci serait fait à la commodité de chacun. Mais j'ai cru devoir user de notre très cher *Journal des Praticiens* pour indiquer surtout cette cause peu connue et certaine d'infection chez les femmes accouchées et chez tous les opérés de la région ano-génitale.

Dr Aviérinos (de Marseille).

BIBLIOGRAPHIE

La Cystographie. Etude Radiologique de la vessie normale et pathologique par les Drs H. Blanc et M. Négro du Service Civiale, (Hôpital Lariboisière, Paris). Préface du Dr Marion. — Un volume de 192 pages, avec 108 figures radiographiques. — (Masson et Cie, éditeurs).

La cystographie est l'étude radiographique de la vessie remplie d'un liquide opaque.

Il pourrait sembler superflu d'explorer une vessie par cette méthode, alors qu'elle peut être vue intérieurement au moyen du cystoscope, mais il est des cas où certaines lésions que l'intolérance vésicale ne permet pas de reconnaître au cystoscope, peuvent être précisées par la cystographie : certaines tumeurs, par exemple. D'autre part, si le cystoscope permet de constater des lésions telles que les diverticules, il ne donne aucun renseignement sur leur importance et la situation respective de ces diverticules par rapport aux parois vésicales et aux uretères, renseignements qui sont fournis par la cystographie. La cystographie révélera enfin des lésions insoupçonnées chez les malades atteints de troubles obscurs de la fonction vésicale.

Le Traitement de la Syphilis *par les composés arsénicaux et les préparations bismuthiques. Quatrième édition*, par M. le Dr Lacapère, *ancien chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis*, avec la collaboration de M. le Dr Ch. Laurent, *médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne.* — Un volume de 342 pages avec 14 figures (Masson et Cie, éditeurs). Prix : 16 francs. *Quatrième Edition* de ce bon livre.

La *médication mercurielle* conserve encore des indications précieuses dans certaines localisations viscérales de la syphilis.

Le *traitement par les arsénobenzènes* est exposé dans tous ses détails, leur emploi d'abord limité à un petit nombre de spécialistes s'est largement répandu.

Les *composés bismuthiques*, par leur inocuité, la simplicité de la technique des injections intra-musculaires, l'action persistante des résultats obtenus, ont rapidement recueilli un nombre considérable d'adeptes et ce succès explique le nombre de composés bismuthiques croissant qui voient successivement le jour.

Cette édition nouvelle permet un choix parmi toutes ces préparations et le praticien est renseigné en connaissance de cause.

Démonstrations cliniques et thérapeutiques sur les Actualités médicales. — A. Chahine, 2, place de l'Eglise, Rueil (Seine-et-Oise). — 1° *Conférences* de Noël Fiessinger. Prix : 11 francs. — 2° *Première partie* : Fiessinger-Debré. Prix : 39 francs.

Robert Debré : Rachitisme. Hydrocéphalie. Tuberculose du nourrisson.

Noël Fiessinger : Exploration fonctionne le du foie. Diagnostic des adénopathies chroniques. Protéino et colloïdothérapie. Rétentions rénales. Arythmies cardiaques.

Il s'agit de l'édition sténo-dactylographiée des Conférences du cours d'Actualité de septembre 1924. Le succès de ces conférences a été considérable et les auteurs se sont décidés à les faire dactylographier à la suite des nombreuses demandes qui leur furent adressées. Quelques-unes de ces leçons ont paru dans ce journal. Elles sont essentiellement pratiques et mettent les praticiens au courant des dernières actualités de la médecine.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926

CLINIQUE INFANTILE

Hospice des Enfants-Assistés. — M. le Pr Marfan.

Le scorbut de la première enfance (maladie de Barlow).

Le scorbut infantile, ou maladie de Barlow, est une affection caractérisée par des hémorragies qui se produisent sous le périoste et dans la moelle osseuse, surtout aux membres inférieurs ; ces hémorragies se traduisent par des intumescences des os plus ou moins considérables ; elles déterminent de vives douleurs et une inertie pseudo-paralytique des membres atteints. Elles s'accompagnent d'ecchymoses des gencives qui font défaut si l'enfant n'a pas de dents et d'une anémie souvent très marquée. Le scorbut infantile apparaît en général de 8 à 15 mois. On ne l'observe que rarement avant 6 mois. Le plus souvent il se montre le 10e mois. Il coexiste presque toujours avec des déformations rachitiques.

Le scorbut infantile semble avoir été signalé pour la première fois, en 1920, par Monfalcon qui parle d'un cas où le scorbut s'associait au rachitisme et dans lequel il existait des tuméfactions douloureuses du fémur et du tibia et des ecchymoses cutanées et gingivales. Mais, jusqu'au milieu du XIXe siècle, les cas de cette affection ont été rares ou bien ils n'ont pas attiré l'attention, car c'est seulement à cette époque qu'elle est mentionnée par des médecins allemands et anglais. En Allemagne ce qui frappe les observateurs, en particulier Möller (1859), c'est sa coexistence avec le rachitisme ; aussi la regarde-t-on comme un *rachitisme aigu* ou un rachitisme à forme hémorragique. Cependant, en 1871, le médecin danois Ingerslev, et, en 1878, le médecin anglais Cheadle, se demandent si ces accidents ne sont pas distincts du rachitisme et s'ils n'ont pas quelque parenté avec le scorbut.

En 1883, Thomas Barlow (de Londres), en donne pour la première fois une description détaillée fondée sur l'observation de onze cas et sur trois autopsies ; il distingue ces accidents du rachitisme concomitant et avance qu'ils représentent une forme de scorbut, car ils guérissent rapidement avec le traitement antiscorbutique. Cette manière de voir, défendue en France par M. A. Netter, est aujourd'hui universellement acceptée.

Comme on le voit, c'est en Allemagne et en Angleterre que la maladie a été vue tout d'abord ; la raison en est que, dans ces pays, l'allaitement maternel est délaissé depuis plus longtemps qu'ailleurs, que le lait frais y est très cher et qu'il est remplacé souvent par des farines conservées. En France, c'est surtout depuis l'emploi des laits fortement modifiés par la chaleur ou d'autres actions physiques qu'on a observé d'assez nombreux cas de maladie de Barlow. Aujourd'hui, leur nombre a diminué notablement parce qu'on sait comment on peut en empêcher le développement.

Il importe de bien connaître le scorbut infantile. On évite ainsi des erreurs de diagnostic qui ont des conséquences regrettables pour la thérapeutique. En outre, son étude soulève des problèmes de physiologie et d'hygiène d'un grand intérêt ; elle touche étroitement à certaines questions concernant l'alimentation des jeunes enfants, questions sur lesquelles il est nécessaire de posséder des notions précises.

Description. — Le scorbut infantile apparaît en général entre le 8e et le 15e mois de la vie, plus souvent vers le 10e. En apparence, son début est assez brusque. Un enfant soumis depuis plusieurs mois à une alimentation artificielle exclusive, souvent assez gras et présentant de petites déformations rachitiques, devient très pâle, se met à crier dès qu'on le touche ou qu'on remue ses membres inférieurs. Au bout de quatre ou cinq jours, il est incapable de faire mouvoir ses jambes ; il ne s'agit pas d'une paralysie vraie, mais d'une impotence pseudo-paralytique due à la douleur.

Si on examine alors les membres atteints, on trouve, au tiers inférieur du fémur en général, d'un seul côté ou des deux côtés, un empâtement qui entoure l'os comme une gaine fusiforme, régulière, à surface lisse. Au début cette intumescence a une certaine mollesse et la pression y détermine comme une obscure crépitation. Plus tard, cette masse devient dure comme de l'os. Peu après le début, des altérations analogues, mais plus ou moins marquées, apparaissent au tiers supérieur et au tiers inférieur des os de la jambe. Au niveau de ces gonflements osseux, la peau n'est ni rouge, ni chaude, mais pâle, luisante, un peu tendue, légèrement œdémateuse, parfois avec des veines dilatées. Le gonflement augmente ensuite ; il peut s'étendre dans les deux sens, vers la diaphyse dont il engaine alors la presque totalité, et aussi vers l'épiphyse ; mais l'extrémité épiphysaire est toujours intacte, et l'articulation toujours épargnée.

Dès le début de ces accidents, la palpation des os est douloureuse et provoque des cris ; il en est de même des mouvements qu'on imprime aux

membres. Puis l'enfant devient anxieux. Dès qu'on l'approche, la crainte qu'on le touche ou qu'on le remue, lui fait pousser des cris. Il est pâle, prostré, et ne demande que l'immobilité.

Si la maladie n'est pas soignée quand ces symptômes se sont manifestés, les altérations osseuses vont s'étendre, gagner d'autres parties du squelette, se généraliser ; et alors elle revêt une forme sévère sur laquelle nous reviendrons.

A ces modifications du squelette se joignent d'autres symptômes dont quelques-uns ont une haute signification.

Si le petit malade a des dents déjà sorties ou en voie d'éruption, tout autour d'elles ou à leur niveau, les gencives présentent des taches ou un liséré d'un noir violacé ; ce sont des ecchymoses gingivales ; parfois il s'y forme de petits bourgeons noirs, saignants, un peu fongueux. Si l'enfant a déjà des dents assez nombreuses, il peut présenter une gingivite fongueuse hémorragique, semblable à celle du scorbut de l'adulte. Ce signe si précieux manque malheureusement lorsque le malade n'a pas encore de dents.

La maladie de Barlow peut se manifester par d'autres hémorragies. Le *purpura* ne se voit guère que dans les formes sévères ; il se manifeste soit par de petites taches hémorragiques (petéchies), soit par des ecchymoses assez larges. On peut observer de l'*épistaxis* et du *méléna*. Mais c'est l'*hématurie* qui est la plus fréquente et la plus précoce de ces hémorragies ; seulement il faut la rechercher systématiquement, car si parfois elle est abondante, répétée, et attire vite l'attention, parfois elle ne se révèle que par l'examen microscopique de l'urine.

Un symptôme fréquent de la maladie de Barlow est l'*œdème* des paupières, de la face dorsale des mains et des pieds, des malléoles et de la partie inférieure des jambes ; dans cette dernière région, il se révèle par la dureté de la peau et l'impossibilité de la plisser plutôt que par la formation du godet de pression. Les oscillations du poids si rapides et si considérables, des petits scorbutiques, semblent dues aux variations de cet œdème.

Enfin le dernier symptôme essentiel de la maladie de Barlow est l'*anémie*. Plus ou moins marquée, elle existe toujours. Elle se révèle par la pâleur de la peau et des muqueuses. L'examen du sang montre une diminution du nombre des globules rouges qui, en général, n'est pas excessive (3 à 4 millions), une forte diminution de l'hémoglobine (40 pour 100) ; une leucocytose légère avec prédominance des mononucléaires moyens et des lymphocytes ; une réaction myéloïde se manifestant par la présence de myélocytes surtout neutrophiles et de globules rouges à noyau. Il y a souvent un retard du temps de coagulation et le caillot est ordinairement irrétractile. Le nombre des hématoblastes est diminué (Lenoble). Certains auteurs ont avancé que ces altérations sanguines sont la conséquence, non pas du scorbut lui-même, mais des hémorragies qu'il détermine, et que le degré de l'anémie dépend de leur abondance. Cette manière de voir est contredite par diverses recherches. Cependant, d'après M. Bedson, la diminution des hématoblastes ne s'observerait qu'en cas d'hémorragies abondantes. Quoi qu'il en soit, les altérations du sang se modifient avec rapidité sous l'influence du traitement antiscorbutique.

Pour compléter ce tableau, il faut ajouter que, dans la maladie de Barlow, il y a souvent un état subfébrile, la température oscillant entre 37°5 et 38° ; de temps en temps la température s'élève à 39° ou au-dessus ; mais cet accès est transitoire. Les troubles digestifs, vomissement ou diarrhée, sont inconstants et durent peu. Enfin, le nourrisson barlowien a une irritabilité nerveuse qui ne semble pas déterminée uniquement par les douleurs des os, mais par une sorte d'hyperesthésie. Hess et Miller avancent que ses réflexes sont exagérés, ce qui est difficile à vérifier. Ces auteurs auraient aussi constaté par la radioscopie une dilatation du cœur droit surtout à la base, à l'origine des gros vaisseaux ; elle serait en rapport avec la tachycardie et la polypnée du petit scorbutique ; ce syndrome cardio-respiratoire serait d'ordre nerveux et établirait un certain rapport entre le scorbut et le béribéri.

Pour la description qui précède, nous avons choisi un cas moyen et complet de maladie de Barlow. Mais il y a d'autres formes de cette affection. Il y en a de légères, de frustes, de méconnues. Il y en a d'intenses et de généralisées. D'autres se localisent d'une manière insolite.

Formes légères, formes frustes. — La maladie de Barlow semble débuter brusquement par l'anémie et les douleurs osseuses. Une enquête méthodique montre que ce n'est qu'une apparence ; l'ensemble caractéristique de cette affection représente une période d'état ; celle-ci est précédée d'une période prodromique qui peut durer des semaines, voire des mois. De plus certains faits prouvent que la maladie peut ne pas franchir cette période prodromique et être uniquement constituée par elle.

Les symptômes de cette phase initiale ou de cette forme légère et fruste manifestent un état

de *préscorbut* ou de *précarence*, comme disent MM. E. Weill et Mouriquand. Il est essentiel de les bien connaître pour éviter des erreurs de diagnostic et de traitement, pour ne pas considérer comme un anémique, un nerveux, un paralytique ou un rhumatisant, un nourrisson qui est atteint de scorbut fruste.

Un jeune enfant devient peu à peu pâle et grognon ; il craint qu'on ne le touche et qu'on ne le remue ; il désire l'immobilité ; il crie quand on l'approche. Son appétit diminue, la croissance de son poids et de sa taille s'arrête. S'il marchait déjà, il refuse maintenant de se tenir sur ses jambes. Cependant il n'a pas d'intumescence nette des os des membres et il ne présente pas d'ecchymoses gingivales. Si on ignore qu'un pareil tableau peut être la révélation d'un état scorbutique léger, le diagnostic risque de s'égarer. Un médecin averti fera tout de suite une enquête sur l'alimentation du petit malade ; celle-ci lui découvrira l'origine scorbutique de l'affection et lui permettra de la guérir avec du jus d'orange ou de citron.

Le diagnostic est parfois confirmé par l'examen microscopique des urines qui y fait voir des globules rouges et par la radioscopie des os qui montre une ébauche du signe qu'on a appelé signe de Frœnkel et que nous étudierons plus tard.

Il est probable que nombre d'anémies des nourrissons considérées autrefois comme d'origine alimentaire sont en rapport avec un état préscorbutique.

Formes graves. — A l'opposé de ces formes légères, il y a des formes graves par l'intensité et la généralisation des accidents.

Aux membres inférieurs, les hémorragies osseuses arrivent à produire un décollement de l'épiphyse qui se traduit parfois par de la crépitation. Puis les manifestations s'étendent aux membres supérieurs ; des hématomes se forment sous le périoste à l'extrémité supérieure et à l'extrémité inférieure de l'humérus, à l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. Ensuite d'autres parties du squelette peuvent être atteintes quoique cela soit plus rare et chacune de ses localisations se manifeste par des symptômes propres et parfois singuliers.

Sur le crâne, des hémorragies peuvent se former sous le périoste externe de sa partie supérieure et latérale. Il est exceptionnel qu'il s'en produise sous la dure-mère ; celles-ci se traduisent par des convulsions, du coma, l'apparition du sang dans le liquide céphalo-rachidien. Ce qui est moins rare et bien caractéristique du scorbut infantile, c'est l'hématome sous-périostique de l'orbite déterminant une légère exophtalmie et une ecchymose avec épaississement de la paupière supérieure. L'hématome du maxillaire supérieur se révèle par une tumeur de la joue.

Les hématomes sous-périostiques de l'omoplate produisent des tumeurs dans les fosses sus et sous-épineuses ; ceux du rachis, des tumeurs dans les gouttières vertébrales. Une lésion rare et curieuse est l'enfoncement du sternum et des cartilages costaux dû à la fracture de l'extrémité antérieure des côtes, siège d'hémorragies ; il semble que le plastron sterno-costal rentre dans la poitrine.

Au calcanéum, l'hématome donne au talon une forme globuleuse.

Dans ces formes intenses et généralisées, il est de règle que des hémorragies se produisent sur d'autres parties du corps que le squelette. Presque toujours apparaît le purpura ; puis se montrent l'hématurie, l'épistaxis, le méléna ; parfois se produisent des hémorragies tout à fait graves par leur localisation, telle l'hémorragie cérébrale.

C'est l'observation de ces formes généralisées qui a permis à Barlow de formuler trois lois : 1° dans le scorbut infantile, les altérations osseuses sont le plus souvent symétriques, mais avec une notable différence d'un côté à l'autre ; 2° les lésions symétriques n'apparaissent pas simultanément ; elles se succèdent à un court intervalle de temps ; 3° l'intensité de l'anémie est en rapport avec le nombre et le volume des hématomes.

Formes localisées. — Parfois la maladie de Barlow se manifeste par des accidents très localisés et revêt ainsi une forme insolite. Il y a des cas où elle ne produit que des hématomes orbitaires ; alors, seule une enquête systématique dirigée par un médecin averti, peut la faire reconnaître sous cet aspect singulier. Ailleurs, elle sera plus facile à démasquer parce qu'aux hématomes orbitaires se joignent des ecchymoses gingivales et un léger purpura. Dans d'autres cas, il n'y a pas d'intumescences osseuses, la pseudo-paralysie douloureuse est peu marquée ; il n'y a d'évidentes que les ecchymoses gingivales et les hémorragies viscérales.

Parmi les formes localisées, une des plus curieuses est celle où l'hématurie est le seul symptôme qui attire l'attention. Un jeune enfant est pâle, grognon, crie quand on le remue ; il a un léger rachitisme, mais il ne présente aucune intumescence osseuse ; un jour il se met à uriner du sang ; on en cherche la raison dans une affection des voies urinaires ; on ne peut en démontrer l'existence ; on parle d'hématurie essentielle ou d'hémophilie

et les accidents s'aggravent ; mais, si on songe à une hématurie scorbutique et qu'on prescrive du jus de fruit cru, l'hématurie guérit avec les autres accidents.

MARCHE. DURÉE. PRONOSTIC. — Si la maladie de Barlow n'est pas traitée, ses lésions persistent des semaines, des mois, avec des alternatives de mieux et de pire. Puis se produisent des fractures spontanées multiples ; et la mort survient, soit par hémorragie viscérale (cérébrale par exemple), soit plus fréquemment par une complication infectieuse secondaire, ordinairement la broncho-pneumonie, quelquefois la diarrhée cholériforme.

Traitée par le régime antiscorbutique, la maladie de Barlow s'améliore vite et guérit en trois semaines environ.

Lorsque la cure n'est pas bien conduite, il y a des recrudescences, parfois même des récidives éloignées.

La suppuration des hématomes dont M. AVIRAGNET a rapporté un cas, est exceptionnelle.

E. WEILL (de Lyon) a avancé que les sujets qui ont été atteints de maladie de Barlow gardent très longtemps une disposition à l'anémie.

(*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin. — M. le Pr DELBET.

Traitement des pleurésies purulentes et des fistules pleurales.

En présence d'une fistule pleurale, diverses questions se posent. Il faut déterminer la direction et l'étendue de cette fistule. Il arrive qu'elle se complique d'une fistule bronchique. Lorsqu'on fait une injection dans la cavité pleurale, le liquide passe assez facilement dans les bronches, il en résulte des quintes de toux et même des réactions violentes. Les injections de liquides irritants peuvent produire des accidents graves. L'ouverture large de la plèvre amène quelquefois une syncope fatale. Dans d'autres cas on assiste à des convulsions. On a signalé des hémiplégies passagères, que l'on attribue à l'hystéro-traumatisme. Les fistules anciennes peuvent amener des abcès du cerveau, se traduisant parfois par une hémiplégie, une aphasie, etc.

Pour éviter autant que possible les accidents consécutifs aux injections faites dans les fistules pleurales, on doit prendre les précautions suivantes : injecter un liquide n'ayant aucune propriété irritante, bien à la température du corps, et l'injecter extrêmement lentement, goutte à goutte pour commencer, et au moindre choc, s'arrêter.

On a cru prévenir les fistules en faisant l'incision de la plèvre au point le plus déclive, jusqu'à inciser parfois le diaphragme. Mais dans l'abcès pleural, ce n'est pas la pesanteur seule qui intervient, il faut tenir compte du côté où se fait l'ampliation du poumon pendant la respiration. Dans la règle, les fistules pleurales ne vont jamais en descendant, elles remontent le long des gouttières costo-vertébrales. Ce n'est donc pas en abaissant l'incision, c'est en la reportant en arrière qu'on guérit le pleurétique. On a proposé dans ce but une opération malheureusement compliquée et grave.

La gravité d'une pleurésie purulente dépend d'abord de la nature de l'infection. La plus bénigne est la pleurésie à pneumocoques. Les plus graves sont les pleurésies putrides et gangréneuses, où les anaérobies sont associées aux streptocoques et staphylocoques. L'étendue de la pleurésie est un facteur de gravité. Les pleurésies interlobaires et les pleurésies partielles de la grande cavité sont les moins graves. Un autre élément assombrissant le pronostic est l'état pathologique du poumon sous-jacent.

Le diagnostic se fait par le moyen d'une ponction avec la seringue de Pravaz. L'aspect optique du liquide peut tromper. On peut retirer du pus crémeux à pneumocoques, ou, au contraire, un liquide séreux à peine louche, mais riche en streptocoques.

Quand le liquide contient des microbes, comment faut-il se comporter ? C'est l'éternelle discussion entre les partisans de la ponction, qui sont surtout des médecins, et tous les chirurgiens, qui préconisent la thoracotomie.

La méthode des ponctions répétées est mauvaise, parce que, quand on retarde le drainage, il se produit sur la plèvre viscérale, puis sur toute la plèvre, des fausses membranes fibrineuses, bientôt organisées en néo-membranes, en cicatrices épaisses et rétractiles. Le poumon ne peut se distendre, la fistule est intarissable. On doit par conséquent pratiquer la thoracotomie de façon précoce, aussitôt le diagnostic établi.

On peut ouvrir la plèvre sans réséquer de côtes. Ce n'est pas une bonne méthode, parce que le drain, coincé entre deux côtes, peut y être aplati et coudé dans les divers mouvements. Une bonne thoracotomie pour empyème doit comporter une résection d'un segment de côte. Quand on ouvre

la plèvre, le liquide s'écoule généralement avec une abondance extrême et le chirurgien en est fortement éclaboussé. Souvent il faut tourner le malade sur le côté, le vider comme on ferait d'un tonneau.

La brèche doit être assez large pour voir l'intérieur de la cavité ; il faut la nettoyer. Ensuite, la question est de chercher à rapprocher le poumon de la paroi thoracique. Le poumon est « collabé ». Mais il est susceptible de se distendre. L'élasticité pulmonaire est en réalité très faible, elle n'est capable de faire équilibre qu'à 4 ou 6 cm. d'eau. Cette colonne d'eau de 4 cm. équivaut à une colonne de mercure d'un demi-centimètre de mercure. Le poumon peut donc se distendre dans certaines circonstances. D'abord il peut se distendre sous l'influence de l'effort. En effet, il faut noter qu'à chaque effort d'expiration une partie de l'air du poumon sain passe dans les bronches du côté opposé et reflue dans le poumon collabé, par conséquent le distend. Mais, dès que l'effort cesse, l'élasticité du poumon entre en jeu, le poumon revient sur lui-même, l'air rentre par la fistule, et le léger bénéfice obtenu par l'effort est perdu. On a imaginé un artifice, le système du siphonage, qui permet au malade de bénéficier de cette distension du poumon qui se fait au moment de l'effort. L'appareil employé a pour partie essentielle un drain hermétique relié à un manomètre. Il permet de mesurer à chaque effort de toux ou d'expiration la quantité d'air expulsée de la plèvre. Cette quantité atteint de 90 à 100, et parfois jusqu'à 300 cc. Supposons qu'elle soit de 90.

Si l'élasticité pulmonaire est de 7, le bénéfice sera de 90 — 7 = 83 cm. Tant que l'appareil restera étanche, le bénéfice sera maintenu. Mais il arrive que le poumon se distend mal. On a alors recours à un autre appareil réalisant une pression négative permanente de 10 à 30 cm. d'eau dans la cavité pleurale, agissant sur le poumon comme une ventouse pour l'attirer vers la paroi thoracique.

Les résultats varient selon les cas. S'il y a dans le pus des microbes anaérobies, protéolytiques, le résultat est très précaire, parce que l'étanchéité ne dure pas au delà de vingt-quatre ou trente-six heures, trois ou quatre jours au plus. A ce moment, la souillure du pansement apparaît.

Lorsqu'il n'y a pas de microbes protéolytiques, lorsque l'appareil reste étanche, le malade peut aller ainsi jusqu'à la guérison, sans même qu'on ait besoin de refaire le pansement. Dans certains cas, les résultats sont surprenants. Une fois, dans une pleurésie à pneumocoques, le poumon s'est remis complètement contre la paroi thoracique, en quatre jours, c'est-à-dire qu'en quatre jours la pleurésie a été guérie. Il est rare qu'on observe des résultats aussi remarquables. Dans un grand nombre de cas, certainement, la guérison est accélérée, et, chose encore plus importante, la fistule évitée.

Mais, au lieu de chercher à distendre le poumon pour le rapprocher de la paroi thoracique, on peut chercher à affaisser la paroi thoracique pour lui permettre d'aller à la rencontre du poumon. La plus ancienne opération faite dans ce sens remonte à Roser et à Létiévant, mais elle a été surtout généralisée par Estlander, c'est la résection costale. On résèque 4 ou 5 côtes. On ne dépasse guère la troisième côte en haut, la huitième en bas. On décolle la plèvre de la face profonde des segments de côtes.

On a proposé de faire la résection de la paroi thoracique dans toute son épaisseur, moins la peau et les muscles superficiels, mais avec la plèvre pariétale.

Quenu a proposé de faire simplement la section des côtes, et certains chirurgiens la section des cartilages costaux. Ces procédés visent toujours le même but que l'opération d'Estlander.

La décortication du poumon, imaginée par Delorme, a pour but d'assouplir le poumon, de le rendre plus apte à la distension.

L'examen radiographique de la plèvre est possible soit sans artifice, soit après injection dans la cavité d'un liquide opaque. C'est la première de ces deux méthodes qui donne les meilleurs renseignements.

Lorsqu'on examine sous l'écran une fistule pleurale, il faut aussi examiner soigneusement le poumon lui-même : lorsqu'il est absolument opaque, on en conclut qu'il est très infiltré et probablement peu facilement extensible. Dans les cas où le poumon conserve une certaine translucidité, on peut penser qu'il se redilatera et reviendra au contact de la paroi thoracique. Cette éventualité est de beaucoup la plus favorable. Si on était sûr de l'obtenir en faisant la décortication, c'est certainement à cette méthode qu'il faudrait recourir, mais d'après les statistiques, la décortication pulmonaire a donné plus de mortalité et moins de guérisons que les interventions portant sur la paroi thoracique. Ce n'est pas une raison pour rejeter la décortication pulmonaire, lorsqu'elle se présente facile, lorsqu'on a fait une grande résection à la manière de Schede. Mais l'expérience a montré qu'on ne doit pas la considérer comme la méthode idéale de traitement des fistules pleurales et qu'on doit s'adresser dans bien des cas aux

procédés d'assouplissement de la paroi thoracique.

Lorsque la fistule est étendue, il ne faut pas chercher à obtenir la guérison dans un seul temps, ce qui entraîne à des opérations extrêmement traumatisantes, avec une mortalité considérable. On est alors obligé de faire trois, quatre ou cinq opérations itératives, c'est-à-dire que la cure d'une fistule pleurale demande plusieurs mois et quelquefois plus d'un an.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Néoplasme du rectum.

Cette malade, âgée de 50 ans a commencé, il y a deux ans, à souffrir d'une légère constipation pour laquelle elle fut obligée de prendre quelques laxatifs. C'est un symptôme très important qu'une constipation apparue chez une malade à 48 ans, alors que toute sa vie elle n'a pas été constipée. Quand on voit une constipation survenir après 40 ans, chez une malade qui n'était pas constipée, 99 fois sur 100 il s'agit du début d'un néoplasme de l'intestin. La malade constata en même temps que ses matières contenaient du sang qui venait après la garde-robe. Donc, l'hémorragie venait du rectum et non du canal anal. Les hémorroïdes saignent après la garde-robe. Comme le sang n'est pas mélangé aux matières, on peut en conclure que le point qui saigne se trouve dans une partie du gros intestin où les matières sont déjà solidifiées. Si le sang venait de la moitié droite de l'intestin, les matières étant liquides en cet endroit, le sang serait mélangé à toutes les matières.

Progressivement, la malade a maigri et perdu ses forces. Finalement, elle a eu des envies fréquentes d'aller à la garde-robe, une dizaine de fois par jour. Ceci précise le siège de la lésion dans le rectum ; quand elle est un peu plus haut, dans la région sigmoïdienne, il n'y a pas d'envies fréquentes. Celles-ci existent surtout dans les néoplasmes de l'ampoule rectale et sont malheureusement considérées trop souvent comme des diarrhées liées à une entéro-colite. La malade prenait de l'huile de ricin pour favoriser la défécation. Cette notion de fausses diarrhées n'est pas assez répandue encore dans le monde médical. Il faut se méfier de ces cas où la malade va dix à quinze fois à la selle par jour et ne rend qu'un peu de matières chaque fois. En pareille circonstance, il ne faut pas se borner à une prescription de régime. Un toucher rectal est nécessaire et suffit pour faire constater l'existence d'un épithélioma. Evidemment, il y a des malades qui n'ont qu'une entérite, mais il faut se méfier de l'épithélioma de l'ampoule rectale, car il est *indolent*. La malade était affaiblie, mais n'éprouvait aucune douleur au niveau de l'anus. Ici le diagnostic épithélioma rectal peut être fait avant tout examen direct. Il faut cependant faire celui-ci, car il faut déterminer le siège, l'étendue, les propagations que peut présenter cet épithélioma, parce que c'est la connaissance de ces différents points qui indiquera telle ou telle opération.

Le premier examen qu'on doit toujours faire et qu'on oublie encore quelquefois, c'est de commencer par le *toucher vaginal* pour voir si on a affaire à un épithélioma ayant déjà envahi le vagin. Ici, on constate que la muqueuse vaginale est saine, mais en même temps, à deux travers de doigts au-dessus de l'orifice vulvaire, la paroi postérieure du vagin est soulevée par une tuméfaction dure, arrondie, dont on ne peut atteindre la limite supérieure. La lésion siège bien dans le rectum. Il fauf faire le *toucher rectal*.

Celui-ci permet de constater une saillie que constitue le bord surélevé d'une ulcération inégale, remontant sur une hauteur de 4 à 5 centimètres, et occupant presque toute la circonférence du rectum, laissant cependant intact en arrière un espace de 3 à 4 centimètres environ. Cette ulcération est mobile; on peut, en accrochant son bord supérieur, l'abaisser dans une petite étendue.

Evidemment, en pareil cas, on n'examinera pas les ganglions inguinaux, car les lymphatiques du rectum remontent le long du méso. Seuls les lymphatiques de l'anus abordent les ganglions inguinaux ; mais on doit rechercher s'il existe du côté du foie des noyaux secondaires et examiner aussi les reins.

Il faut non seulement chercher le néoplasme, mais encore en apprécier la *mobilité* : c'est le plus important au point de vue opératoire. Autrefois, on disait opérables ceux qui ne dépassent pas 8 à 9 centimètres au maximum, parce que toute ouverture du péritoine était une opération fatalement mortelle. En fait, peut importe que le néoplasme soit haut ou bas placé, ce qui importe surtout c'est la mobilité, et l'extension des lésions en dehors de la paroi rectale.

Ici la tumeur est mobile, elle est donc extirpable, on a le choix entre deux opérations : une amputation périnéale dont la mortalité immédiate est faible et une opération abdomino-périnéale dont la mortalité immédiate est considérable, mais qui donne plus de chance de guérison définitive.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Pain blanc et tuberculose.

L'expérience de la guerre a prouvé que l'alimentation insuffisante est un puissant facteur de tuberculisation ; elle détermine le fléchissement physiologique chez des individus qui, autrement, auraient résisté au surmenage et au surpeuplement. On peut se demander si une alimentation quantitativement suffisante et donnant toutes les calories voulues, mais carencée en certains éléments, ne produirait pas les mêmes résultats que la sous-alimentation proprement dite. Cela n'est pas douteux. « Appleton, dit L. Bernard, signale que la tuberculose est très fréquente chez les habitants de Labrador et de Terre-Neuve, qui dans d'assez bonnes conditions hygiéniques ont une alimentation partiellement carencée. Il en serait de même, d'après Mac Collum, pour ceux des Iles Hébrides (1).

Actuellement, la grande majorité des civilisés, dans les villes surtout ont une alimentation carencée, quoique abondante, et c'est là sans doute une cause de morbidité trop peu mise en lumière peut-être, et aussi importante, croyons-nous, que le surpeuplement et la contagion. Il est actuellement démontré que *les carences sont solidaires*, c'est-à-dire qu'un déficit en certains sels, par exemple, pourra entraîner une mauvaise utilisation des albumines et des graisses, et une mauvaise hydratation des cellules. Des déficits de ce genre, en sels et en vitamines surtout, sont la règle dans les villes, et aussi bien dans les classes aisées que chez le travailleur manuel, en sorte qu'une multitude de gens à l'aspect floride sont, en réalité, sans résistance, et deviennent des proies toutes désignées pour les bacilles de Koch. Peut-être la diffusion moderne du cancer n'a-t-elle pas, elle aussi, d'autre cause.

Le Français, gros mangeur de pain, doit souffrir plus que d'autres de carence alimentaire, car aucun aliment n'est aussi incomplet, aussi falsifié, que le pain moderne, pour lequel on a tout sacrifié à la blancheur. Les médecins sont souvent obligés de recommander la réduction ou l'abstention de l'usage du pain, de la mie surtout, sorte d'amidon mal cuit, qui provoque dans l'estomac des fermentations acides, d'où dyspepsie et décalcification.

Cette situation tristement paradoxale n'a pas toujours existé. Jusqu'au dernier quart du XIXe siècle le pain était réputé aliment complet et ne semblait jamais nocif. C'est qu'il renfermait 82 % du grain de blé, nourriture essentielle de l'humanité depuis le début des âges.

Le pain actuel ne renferme guère que 55 % du grain. Cette farine blutée à 55 est formée presque totalement d'amidon avec très peu de gluten, si peu même que, pour la rendre panifiable, on est obligé d'y ajouter 2 à 4 % de farine de fèves. Quant aux sels minéraux et aux vitamines et ferments divers, ils en sont à peu près absents, comme d'ailleurs le germe du grain, cette substance riche en vitamines, et qui donne au « pain de ménage » sa saveur et son odeur si appréciées, mais que la meunerie élimine soigneusement dans un but de longue conservation des farines.

J. Roux traite cette question du pain à propos de l'alimentation des tuberculeux (1). « Il n'est pas douteux que l'acide phosphorique joue, dans l'organisme, un des grands premiers rôles, que le tuberculeux surtout au début avant de devenir un caséeux, perd beaucoup plus de phosphates que l'homme normal. On ne devrait donc pas enlever l'acide phosphorique de l'aliment essentiel de la vie quotidienne, surtout chez le pauvre, du pain. Maurel, de Toulouse, s'est élevé contre le blutage trop élevé. Il faudrait, d'après lui maintenir du 85 % ».

Après avoir cité les chiffres de Balland et Droz, qui donnent pour la farine complète 10 grammes d'acide phosphorique par kilogramme et 1 gr. 33 à 1 gr. 82 seulement par kilogramme dans le pain des boulangeries civiles, J. Roux ajoute : « De semblables écarts existent pour l'azote... Le blutage est donc une lamentable erreur. Certains cliniciens rejettent les farines complètes et les autres aliments riches en cellulose, sous prétexte de digestibilité difficile : c'est aussi une erreur ; on entretient ainsi la constipation, source d'ennuis, de soucis pour les malades ». Monteuuis (de Nice), dans une série d'ouvrages très documentés (2), s'est fait l'apôtre du pain complet obtenu avec des farines blutées à 85 %, c'est-à-dire renfermant la totalité du grain de blé sauf l'écorce de gros son.

Une telle farine renferme une certaine quantité de cellulose, mais si fine, qu'elle ne peut nuire

(1) Léon Bernard : La tuberculose pulmonaire (Masson et Cie, Editeurs), 2e édition, page 304.

(1) *Tuberculose*, Tome I, in *Traité de pathologie médicale de* Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, 2e édition, pages 221 et 222.

(2) *La triple hérésie du pain blanc et son remède naturel. Le pain blanc, ses dangers et son remède : le pain naturel. Le péril national pendant et après la guerre. Le vrai pain de France.* (Maloine et fils, Editeurs, 27, rue de l'Ecole-de Médecine, Paris.)

en rien à la digestibilité et ne conserve qu'un rôle excitant sur le péristaltisme intestinal.

Il est évidemment illogique de ne donner à la boulangerie que des farines réduites presque exclusivement à de l'amidon en vendant à part, sous le nom d'*issues*, les substances les plus nutritives du blé pour l'engraissement des porcs et des veaux. L'homme affaibli, le jeune enfant, privés de ces substances précieuses doivent en acheter fort cher des équivalents imparfaits, sous des noms divers (céréalose, phytine, etc.).

Chose curieuse, cette falsification des farines ne semble pas plus émouvoir l'opinion publique que les gouvernants.

Et comment le public aurait-il une opinion ?

Il n'a jamais connu d'autre pain que ce pain blanc, sauf à l'époque où, à la suite d'une campagne du *Petit Journal*, il réclama, un temps, du « pain complet ».

Les boulangers eussent été bien en peine d'en fournir puisque les meules peuvent seules donner des farines à 85 %, la minoterie à cylindres actuelle qui a partout remplacé la meule, ne livrant que la farine blanche à 55 %. On servit alors au public un curieux mélange de farines avariées et de gros son, destiné à le dégoûter immédiatement de ce soi-disant pain « complet ».

Les cylindres pourraient, paraît-il, avec quelques modifications, fournir la farine hygiénique à 85, mais comment penser que les meuniers entreprendront spontanément cette fabrication ? Ils trouvent d'ailleurs, dans la vente séparée des issues et dans le triage des farines, d'énormes bénéfices, et il faut bien avouer que ces intérêts particuliers sont en partie légitimés, puisqu'ils ont pu s'asseoir depuis longtemps sur le silence des médecins, l'indifférence du public et la tolérance des lois.

Il serait puéril de compter sur une action gouvernementale pour imposer aux minotiers les vues des hygiénistes ; seule une forte pression de l'opinion publique mieux éclairée pourrait y parvenir, et non sans lutte.

En attendant, il serait désirable que les ménages, les institutions, les hôpitaux et sanatoriums pussent fabriquer eux-mêmes leur pain à l'aide de farine de meule à 85. Rien ne serait plus simple, d'après Monteuuis. On fabrique actuellement des meules en acier faciles à nettoyer et à « rhabiller » après usure ; elles sont simples, peu coûteuses, faciles à installer partout. Dans le même ordre d'idées il faut citer le moulin « Eclipse » de l'Ingénieur Texier (de Vitré).

Enfin, pour les familles et les petites collectivités, le moulin Rumpel, fabriqué par la Maison Peugeot fils (2, rue Béranger, Paris) est très pratique. C'est un simple moulin à café dans lequel l'engrenage à cônes est remplacé par des olives broyeuses en acier (1). Le blé ou une céréale quelconque en grains y est broyée sans autre manipulation préalable qu'un tamisage pour enlever poussières et grains étrangers. On obtient instantanément une farine complète, très fine, qu'on peut ensuite passer à un petit tamis de ménage (toile métallique n° 30), pour en enlever le gros son (2). Ainsi comme en Angleterre et en Amérique le pain fait chez soi, le « Home made bread », pourrait entrer dans tous les ménages.

On conçoit quelle économie réaliseraient les crèches si, pour le sevrage des nourrissons, elles fabriquaient elles-mêmes des farines complètes, supérieures d'ailleurs à toutes les préparations vendues pour cet usage. Cette farine à 85 est si nourrisante « qu'elle n'a pu, dit Monteuuis, être remplacée dans l'alimentation du premier âge, et amène des accidents de suralimentation quand on l'adopte sans transition ».

Incidemment il convient, avec Monteuuis, d'insister sur le côté social du problème du pain. Un pain réellement nourrissant diminuerait les besoins du public en aliments excitants et coûteux tels que viande, vin, café, alcool.

En outre on utiliserait ainsi au mieux la récolte française et on diminuerait notablement les importations de blés étrangers. Monteeuis notait, en 1917, que le blutage à 85 produirait une économie de 0,13 par kilogramme de pain, soit près d'un milliard de francs par an pour l'ensemble des consommateurs français. Par quel coefficient faudrait-il multiplier ces chiffres actuellement ? Ce serait là une lutte réellement efficace contre la vie chère et la hausse des changes.

Dr H. Thiébaut.

FORMULES

Palpitations nerveuses.

Bromhydr. quinine.	0 gr. 01
Sulfate spartéine.	0 gr. 02
Extrait de valériane	Q. S.

Pour une pilule n° 20. Une avant le repas de midi et du soir, 10 jours de suite. Veiller au bon fonctionnement de l'estomac et de l'intestin.

(1) Dépositaire : J.-B. Lebrand, 26, rue de Bellechasse, Paris (7e).

(2) Les céréales gruées, fabriquées entre autres chez Cartier-Millon, à Grenoble, dispensent de tout tamisage. (Cf. l'ouvrage de Monteuuis : *Le vrai pain de France après la guerre*, auquel nous empruntons ces renseignements.)

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

I. — L'hémorragie cérébrale.

Il est aisé d'ordinaire de faire le diagnostic de l'hémorragie cérébrale, parfois comme dans les formes méningées ou progressives, ce diagnostic demeure en suspens.

Souvent, il s'agit de sujets atteints d'hypertension artérielle. Cet élément de connaissance permet de voir clair. Comme traitement *repos absolu*, obscurité dans la chambre, *vessie de glace* sur la tête, *diète hydrique* (1 litre d'eau) pendant deux à trois jours, puis régime lacto-végétarien très réduit dans la première semaine.

Lavement purgatif, à l'intérieur potion avec de la *trinitrine* :

Solut. alc. trinitrine	L gouttes
Eau dist. 1/100	200 gr.

Trois à quatre cuillerées à dessert par jour.

La trinitrine peut être ordonnée en injections hypodermiques :

Solut. alc trinitrine 1/100	XL gouttes
Eau distillée.	10 grammes

Injecter 1 à 2 cc.

Si le sujet est agité, *bromure de potassium* : 1 à 2 grammes pour la nuit.

Une *émission sanguine* (4 à 6 sangsues) aux oreilles sera pratiquée. Elle satisfera la demande de l'entourage qui n'admet pas qu'une attaque d'apoplexie se produise sans qu'elle soit traitée par une soustraction sanguine. En tous cas, l'émission ne sera jamais abondante.

Un ictus a suivi des saignées de 400 à 500 gr. (C. VINCENT). En cas de *stase pulmonaire*, des *ventouses scarifiées* (6 à 8) sur les épaules seront utiles.

La *trépanation décompressive* a été pratiquée dans les cas de coma prolongé. Les praticiens n'y auront guère recours.

Comme complications, deux principales : les *infections urinaires* et *respiratoires*. Une asepsie soigneuse accompagnera le cathétérisme, si ce dernier est nécessaire, et le malade sera alternativement couché du côté droit et du côté gauche pour éviter l'hypostase pulmonaire.

Ne pas oublier les risques de l'électricité si des signes de spasmodicité se montrent. Dès le premier jour le praticien avertira la famille des dangers qu'entraîne la méthode en si haute faveur dans le public.

***

II. — Le ramollissement cérébral.

Ecartons la syphilis et contentons-nous du ramollissement cérébral à forme thrombosique. Il existe une forme apoplectique bien ressemblante à l'hémorragie cérébrale. Pas de saignées abondantes ; une légère émission sanguine et c'est tout. Outre le traitement hygiéno-diététique de l'hémorragie cérébrale, on prescrira le *citrate de soude*, vu ses propriétés anticoagulantes :

Citrate de soude.	60 gr.
Eau distillée	300 —

Une cuillerée à soupe trois fois par jour dans un demi-verre d'eau.

Au bout d'un mois, *acide phosphorique*, comme tonique nervin, suivant la potion :

Acide phosphorique	5 gr.
Phosphate acide de soude.	10 —
Eau distillée	300 —

Une cuillerée à soupe avant les repas de midi et du soir (dix jours sur vingt).

Laxatifs fréquents. Alimentation modérée. Un *cautère à la pâte de Vienne* au tiers supérieur du bras gauche, au niveau de la partie inférieure du deltoïde. Préparer ce cautère extemporanément ; deux cuillerées à café de poudre de Vienne dans une soucoupe ; ajouter de l'alcool à 90° jusqu'à consistance de mastic demi-fluide. Appliquer sur un carré de diachylon dans lequel a été ménagée une ouverture de la largeur d'une pièce de 2 francs ; laisser en place vingt minutes. Une eschare brune est formée. Pour la faire tomber, 3 fois par jour (et à laisser à demeure) une compresse d'eau chaude couverte de taffetas gommé. L'eschare tombe du quinzième au vingtième jour. Couvrir de gaze sèche enduite de pommade épispastique matin et soir. Maintenir la suppuration de quatre à six mois. Des améliorations inattendues se produisent à la suite de ce traitement si apprécié de nos grands-pères. Ces derniers avaient raison. Dans le ramollissement cérébral d'origine thrombosique, c'est la médication la plus active.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

La diète.

La diète est l'arme la plus puissante contre la maladie. C'est un régime de repos. Il épargne la fatigue des voies digestives, abaisse la température, augmente la résistance de l'organisme dans les maladies infectieuses. Il entrave les fermentations de l'intestin, favorise la résorption des œdèmes dans les maladies cardio-rénales, réduit la glycosurie du diabète, élimine les substances toxiques ingérées. A la *diète hydrique* surtout appartiennent ces avantages. Comme supériorité d'action, aucun médicament ne peut lui être comparé. Au gré des quantités de liquide absorbé, des effets dissemblables se produisent.

Le diabétique a besoin de beaucoup d'eau et son sucre baisse, le cardio-rénal a besoin de peu d'eau et si son cœur était distendu, les œdèmes se dissipent.

Pour la *diète lactée*, d'autre part que d'indications dans les maladies de l'estomac, du foie, de la nutrition, du cœur et des reins ! Nous avons ailleurs longuement insisté sur la prescription du *régime hydrique* et du *régime lacté* (1).

C'est la diète seule que nous voudrions envisager ici, diète non de qualité comme elle est instituée dans les régimes précédents, mais diète de quantité avec la réduction, voire la suppression totale des aliments liquides et solides.

1° *Suppression totale des aliments liquides et solides* — C'est surtout dans les *affections du tube digestif* que cette méthode de traitement réclame son emploi ? Il est deux symptômes où elle s'impose comme une médication d'urgence. Ce sont les *hématémèses* ou *hémorragies intestinales* et les *vomissements*. Quelle que soit la cause du saignement (ulcère de l'estomac, cancer, maladie du foie), il faut l'abstinence complète. Deux ou trois jours sont nécessaires. Dans l'hémorragie intestinale de la *fièvre typhoïde*, régime hydrique. En tout temps, repos absolu et glace en applications locales. Pour combattre la déshydratation des tissus, au bout de vingt-quatre heures, on pratiquera le *goutte à goutte* rectal avec du *sérum glycosé* ou de l'*eau sucrée* (6 morceaux de sucre par litre) : 250 grammes matin et soir. Les *lavements alimentaires* sont de peu d'emploi. Le rectum n'absorbe guère que l'eau, le sel, la glycose. Les matières azotées ne sont absorbées que très faiblement sous forme de peptone, la graisse doit être émulsionnée. Et puis il faut compter avec l'intolérance. Les lavements de lait provoquent très vite de la diarrhée.

Pour complaire au malade et le maintenir dans l'illusion d'une absorption alimentaire en place du goutte à goutte rectal, on pourra donner en lavement 300 grammes de liquide ainsi composés :

Sérum glycosé à 48 p. 1.000.	250 gr.
Peptone sèche, une cuillerée à dessert.	
Lait	50 —
Laudan. de Sydenh	V gttes
Une pincée de sel.	

Ainsi dilué dans le sérum glycosé, le lait est mieux toléré. Inutile de dire que ces lavements seront administrés après un lavement évacuateur qui exonérera l'intestin et à l'aide d'une sonde en caoutchouc molle introduite à 25 centimètres de profondeur.

Même traitement dans les *vomissements*. Quand ces derniers se prolongent, il faut suspendre toute alimentation (appendicite, hernie, occlusion intestinale, grossesse). Seulement vérifier la cause. En matière de *hernie* ou *d'occlusion intestinale*, il ne convient pas de perdre du temps : si la hernie n'est pas réduite et que les signes d'occlusion persistent, il faut opérer ; au delà de vingt-quatre heures à trente-six heures, c'est souvent bien tard.

Toutefois dans l'appendicite, le goutte à goutte rectal avec sérum glycosé ne convient guère ; il nécessite quelques mouvements du malade et peut produire des contractions intempestives de l'intestin. Par voie sous-cutanée, la méthode est préférable. D'ordinaire, il sera inutile d'y avoir recours. Dès le second jour, le sujet atteint d'appendicite peut avaler un peu d'eau. Une cuillerée à dessert toutes les demi-heures. Et rapidement les quantités seront augmentées.

2° *Restriction des aliments solides et liquides.* — On peut dire que la restriction des aliments solides et liquides est la condition essentielle de la santé. Nous buvons trop, nous mangeons trop. Il en va de même dans les maladies où l'alimentation est permise. Elles s'améliorent la plupart du temps avec la simple diminution alimentaire.

Il est certaines affections où les *solides* et *liquides* doivent être réduits simultanément. Telles les *maladies de l'estomac*, des *reins*, de la *vessie*, du *cœur*, du *système nerveux*, la *convalescence des maladies infectieuses*. Il suffit de consommer en petites quantités des aliments même indigestes tels que pâtisseries, graisses, foie gras, pour que

(1) Ch. Fiessinger. Vingt régimes alimentaires. Maloine, édit. 4e édition.

des *estomacs* infiniment vulnérables arrivent à les supporter. Dans les *maladies des reins*, du jour où la filtration de l'organe est compromise, les viandes ne devront pas dépasser 60 grammes par jour et s'il existe de l'azotémie marquée (au-dessus de 0 gr. 60 d'urée sanguine), ne pas être tolérées plus de deux fois par semaine. Quant à la boisson, pas plus de 1 litre à 1 litre 1/4 d'eau par jour. Trop de liquide passant à travers le rein fatigue un organe dont la fonction est déjà compromise. Dans les maladies de la *vessie* et de la *prostate*, les condiments seront interdits et le boissons surtout sont comptées. Il importe de ne pas produire une distension aiguë, laquelle augmenterait la congestion de l'organe. Les *affections du cœur* ne se soumettent à aucun régime tant que le myocarde n'a pas fléchi. Du jour où cet accident s'est produit, peu de liquides (pas plus de 1 litre par jour), peu de viandes et parmi celles-ci choisir de préférence celles dont les fibres peu denses excitent moins la paroi stomacale (poisson, viandes gélatineuses, volaille tendre). Une stimulation vive des parois gastriques entraîne en effet une inhibition à distance dans le pouvoir contractile du myocarde.

Les *maladies du système nerveux* se trouvent également mal d'une nourriture trop abondante. Des phénomènes d'excitation en sortiraient qui risqueraient d'aggraver l'affection primordiale. Certaines affections spasmodiques telles que l'*œsophagisme* n'admettent que des aliments en purées très homogènes et avalées lentement. Même traitement dans les corps *étrangers de l'estomac* où il s'agit avant tout d'éviter le spasme superposé. Des purées épaisses parviennent à ce but. Le grand danger est l'administration du vomitif qui contracte l'estomac sur le corps qui doit cheminer lentement à travers les voies digestives.

Dans la *convalescence de certaines maladies infectieuses*, de grandes précautions s'imposent. Dans la *fièvre typhoïde* attendre que la température soit tombée au-dessous de 37° avant d'autoriser un potage. Dix jours après et si la température n'est pas remontée, la première côtelette. Dans la *scarlatine*, régime lacto-végétarien pendant vingt jours. Le premier potage dans l'*appendicite* ne sera guère permis avant huit à dix jours.

Les *maladies de nutrition* réclament souvent la diminution dans les substances alimentaires et l'abondance dans les boissons. Il suffit de moins manger pour voir le sucre baisser dans le *diabète*.

Les Anglais qui connaissent bien la *goutte* insistent sur cette particularité que les régimes exclusifs ne sont pas nécessaires. La plupart des aliments sont permis. Il suffit de les consommer avec modération. Quant aux boissons, pas plus dans la goutte que dans le diabète, elles ne seront mesurées avec parcimonie. Si la quantité de boisson permise dans le diabète est subordonnée au taux de la glycosurie, on peut dire que dans la *goutte*, une certaine élévation de liquide ne fera que du bien. Le chiffre de 1.500 à 1.800 grammes peut être accepté comme une moyenne.

C. F.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La claudication artérielle des membres inférieurs et leur traitement.

Ce syndrome est souvent méconnu. Trop souvent on l'analyse mal, on le traite comme une banale névralgie. Depuis quelques années, j'en ai vu plusieurs exemples, souvent chez des sujets âgés, parfois chez des sujets de 40 à 50 ans. Tous ces sujets étaient traites pour de banales douleurs. Et cependant il suffit de songer à la claudication artérielle pour en faire le diagnostic.

C'est Charcot qui l'a décrit en 1858. Mais elle était connue depuis le travail d'un vétérinaire, Bouley qui en 1831, signala pour la première fois le fait d'un cheval qui présentait la particularité de se mettre à boiter lorsqu'il avait fourni une course. Les membres se refroidissaient et la chute pouvait s'ensuivre. A l'autopsie, on trouva une oblitération des artères iliaques. Le Pr Vaquez fit récemment une excellente étude de ce syndrome, mais la constatation la plus importante au point de vue technique fut apportée par le Dr Cawadias (de Londres) qui avant la guerre montra les services précieux que rend l'oscillomètre pour le diagnostic des oblitérations artérielles des membres. A. Dumas (de Lyon) dans son très remarquable ouvrage sur la « circulation sanguine périphérique et ses troubles » (G. Doin, 1926) distingue plusieurs types de claudication intermittente :

1° *Claudication intermittente artérielle non compliquée.* — L'homme est plus souvent atteint que la femme et souvent il s'agit de sujets âgés. Cette règle n'a pas une valeur absolue. J'en observe actuellement un fait indiscutable chez une femme de 42 ans, qui n'est pas syphilitique et à peine hypertendue. On peut faire la même constatation chez des hommes jeunes, souvent israélites importés

qui présentent le syndrome curieux connu sous le nom de thrombo-angéite oblitérante.

Le syndrome est facile à reconnaître. Au moment de la marche ordinaire, ou de la marche forcée apparaît assez brusquement une douleur dans le mollet irradiant vers le pied. Cette douleur est violente, constrictive. Elle nécessite un arrêt de quelques minutes, puis disparaît. DUMAS constate que ces accidents sont plus fréquents en hiver. La douleur peut s'accompagner de palpitations ou de gêne thoracique. A l'examen, le pied peut être normal. Nous avons vu deux fois l'avant-pied froid, pâle et décoloré au moment de la marche, tandis qu'il était normal d'aspect et de température en position couchée. Parfois au contraire en position déclive au repos, le pied se congestionne, c'est le phénomène de l'érythrose de déclivité décrit en 1924, par Jean TROISIER et André RAVINA dans la thrombo-angéite oblitérante ou maladie de BUERGER.

A la palpation, les extrémités du pied sont froides. Les battements de la pédieuse font défaut. Mais surtout les oscillations manquent au Pachon quand le brassard est appliqué au cou-de-pied (signe de CAWADAS). Mais il peut arriver comme chez un sujet âgé que je suis depuis plusieurs années que la claudication intermittente soit unilatérale, tandis que le signe de CAWADIAS est positif aux deux membres. Ce fait prouve que dans le membre boiteux la circulation collatérale se fait moins parfaitement que dans l'autre.

On pourrait penser à un spasme, mais l'épreuve du bain chaud proposée par BABINSKI et HEITZ ne réveille pas les oscillations. Il s'agit d'oblitération permanente et le syndrome douloureux n'apparaît qu'au moment de la déficience relative de la circulation collatérale.

Pas de sphacèle, pas de troubles trophiques. Mais répétition de la douleur au même effort sans efficacité des traitements symptomatiques. Dans ces cas, le diagnostic causal est simple : chez le vieillard, il s'agit le plus souvent d'oblitération artérielle athéromateuse, chez les sujets moins âgés, il faut rechercher la syphilis et le diabète (M. LABBÉ et HEITZ), ou songer à la thrombo-angéite oblitérante des israélites importés, ou maladie de BUERGER, maladie diffuse et symétrique, plus sténosante qu'oblitérante.

2° *Artérites thrombosantes localisées.* — DUMAS rapporte un fait qui prouve que brusquement il peut se produire chez une cardiaque une artérite thrombosante localisée donnant le même syndrome. Certaines embolies peuvent aussi se traduire par une claudication intermittente.

3° *Formes associées.* — HEITZ (1924) a rapporté l'association de claudication intermittente avec l'angine de poitrine. Même altération artérielle au cœur et aux membres inférieurs.

DUMAS signale aussi l'association avec une aortite abdominale ou avec un anévrysme de l'aorte. On peut voir que l'association de claudication intermittente et de troubles cérébraux sont le ramollissement cérébral.

La claudication intermittente peut être le prélude d'une gangrène sèche. Nous avons vu le fait apparaître dans deux cas, dans l'un après quatorze mois, dans l'autre après dix mois. Ce sphacèle est limité et régressible ou étendu et progressif.

Le *traitement* peut rendre des services indiscutables.

L'*air chaud* en douches prolongées nous paraît être un des moyens d'action les plus actifs. On fait les douches au séchoir à cheveux, matin et soir pendant vingt minutes.

Nous lui associons des injections intramusculaires à deux reprises par semaine de 2 cc. de lipiodol pendant cinq à six semaines.

Pour enrayer la thrombose, Jean TROISIER et André RAVINA (1924) conseillent d'injecter au début chaque jour 20 cc. par voie veineuse d'une *solution aqueuse stérilisée de citrate de soude à* 30 *p.* 100 en diminuant et en espaçant les doses plus tard.

Dans les cas particulièrement rebelles et progressifs, on peut conseiller l'opération de LERICHE, *sympathectomie périartérielle.* Cette opération est bénigne, se fait au niveau de la fémorale. Dans un cas que j'ai suivi avec mon ancien interne, André LEMAIRE, la sympathectomie rétablit la circulation collatérale au point que le pied reprit une température normale, même plus chaude que le pied opposé et cependant une injection intra-artérielle de lipiodol suivant la technique du Pr SICARD nous avait montré le siège de l'oblitération artérielle à la partie inférieure du creux poplité. Pour ces raisons, nous ne partageons pas l'avis de LERICHE (1923) qui ne pratique pas son intervention lorsque les bains chauds ne ramènent pas les battements ni les oscillations au Pachon sous le prétexte que ce sont les artères iliaques qui sont atteintes.

Nous n'avons pas parlé dans ce traitement des antispasmodiques artériels, le benzoate de benzyle est sans effet; quant aux hypotenseurs, ils sont inutiles s'ils ne sont dangereux, une chute de tension pouvant être la circonstance occasionnelle du début du sphacèle.

Noël FIESSINGER.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

Le traitement d'attente des douleurs dentaires et péridentaires.

Les douleurs à point de départ dentaire ou péridentaire relèvent de causes multiples, et sont souvent d'une singulière intensité. Il est indispensable que le praticien connaisse leurs modalités diverses et sache, en attendant l'intervention du spécialiste, mettre en œuvre un traitement qui soulagera le malade.

La dent normale perçoit des impressions tactiles et thermiques : pour qu'elle puisse renseigner sur ses sensations, il faut que son tissu nerveux (la pulpe) soit suffisamment développé pour réagir à des excitants dont il est séparé par l'épaisse barrière calcaire que constitue la dentine recouverte de l'émail. De fait, la pulpe possède un appareil nerveux fort développé. Chaque fois que l'épaisseur du mur calcaire se trouvera amoindrie, ou que dans ce mur se produiront des fissures, la pulpe réagira à des sensations qui lui arriveront avec une violence anormale.

La pulpe se trouvant, par ailleurs, enfermée entre les parois calcaires d'une dentine inextensible, toutes les causes susceptibles de provoquer une congestion pulpaire entraîneront sa compression, c'est-à-dire une sensation douloureuse.

Ce n'est pas seulement l'organe dentaire lui-même qui peut souffrir par irritation de sa pulpe ; tous les tissus reliant la dent au maxillaire sont des tissus vivants, capables de localiser des douleurs. La gencive sertissant le collet de la dent peut s'infecter ; la muqueuse recouvrant une dent qui évolue peut présenter de la péricoronarite ; le ligament alvéolo-dentaire peut être le siège de lésions infectieuses inflammatoires, donnant lieu aux douleurs de l'arthrite ; l'os maxillaire ou ses annexes (sinus) peuvent réagir aux infections dentaires ou aux tumeurs d'origine dentaire ; l'innervation même des tissus maxillaires et péri-maxillaires peut subir le contre-coup des lésions dentaires, des troubles douloureux se produisant dans tout le domaine des nerfs sensitifs de la face.

La sensibilité de la dent normale doit être connue dans ses modalités diverses : une dent normale perçoit le chaud et le froid, mais cette perception n'est pas douloureuse ; elle est d'autant plus rapide que la dent considérée possède un revêtement calcaire moins épais. C'est ainsi que les incisives réagissent plus rapidement que les grosses molaires, et que les dents mal calcifiées des individus jeunes sont plus sensibles que les dents très fortement calcifiées des individus âgés.

La sensibilité aux pressions est fournie par le ligament alvéolo-dentaire, qui nous renseigne sur le plus ou moins de dureté, de résistance, du corps présenté à la mastication. Normalement, la percussion de la dent saine est indolore ; la percussion ne devient douloureuse que s'il y a lésion du ligament alvéolo-dentaire.

Bescher (1), après avoir exposé ces notions fondamentales de physiologie normale et pathologique de la dent, montre comment il convient de traiter les phénomènes douloureux suivant la lésion causale.

Lésions superficielles de la dentine. — La dent atteinte par ces lésions ne manifestera pas, en général, une sensibilité anormale à la chaleur, mais elle présentera, en revanche, une *sensibilité douloureuse au froid* ; divers agents chimiques (sucre, acides) pourront éveiller la même sensibilité douloureuse, peu violente et passagère. Les douleurs produites par les altérations de l'émail ou de l'ivoire sont immédiatement soulagées par le badigeonnage de la portion de dentine ayant perdu son émail et mise à nu, avec une *solution de nitrate d'argent au dixième.* (Cette solution ne doit être portée qu'au contact même de la lésion dentinaire, car elle colore les tissus en brun ; il faut donc éviter qu'elle atteigne les parties saines de la dent.)

Lésions profondes de la dentine. — Quand l'altération de la dentine arrive jusqu'au voisinage immédiat de la cavité pulpaire, on voit apparaître, en même temps que la sensibilité au froid, la *sensibilité douloureuse au chaud et à la mastication* (l'absorption d'une boisson très chaude congestionne la pulpe mal protégée, et la mastication fait fléchir, par pression des aliments, la mince pellicule protectrice). Mais, ici encore, la douleur est passagère et s'éteint assez rapidement. En attendant l'obturation correcte, par le spécialiste, de la cavité creusée dans la dentine, le praticien soulagera très efficacement son malade en introduisant dans cette cavité une boulette de coton imprégnée de créosote de hêtre, recouverte d'une seconde couche de coton imbibée de benjoin, — le tout constituant un pansement obturateur qui doit être renouvelé chaque jour.

(1) *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, janvier 1926.

Douleurs dans les pulpites. — Dès que la pulpe est en communication directe avec le milieu buccal, elle est infectée, d'où congestion immédiate de l'organe avec une sorte d'étranglement des vaisseaux au niveau du foramen apical.

La pulpite aiguë se manifeste par une douleur lancinante d'une violence telle qu'elle a mérité le nom de « rage de dents ». Le traitement correct et complet de l'infection pulpaire exige la suppression de l'organe infecté, et par suite une instrumentation et une technique qui relèvent de la spécialité. Mais tout praticien doit connaître le *traitement d'urgence des pulpites*. On doit en tout premier lieu recommander l'utilisation du liquide de Bonain :

Acide phénique	ââ
Menthol	
Chlorhydrate de cocaïne.	

ou encore la formule de Bozo :

Créosote de hêtre.	ââ 2 grammes
Laudanum de Sydenham	
Chloroforme.	
Teinture de mastic et de benjoin . . .	8 —

Après lavage de la cavité à l'eau tiède, un petit tampon de coton imbibé de ce mélange est porté au contact de la pulpe douloureuse et laissé en place.

Tous ces procédés ne sont que des palliatifs : le traitement radical consiste dans la destruction de la pulpe par mortification avec un caustique chimique. La formule la plus utilisée est la suivante :

Anhydride arsénieux	ââ 1 gramme
Chlorhydrate de cocaïne.	
Chlorhydrate de morphine.	
Eugénol	Q. s. pour faire une pâte épaisse

Avec une boulette de coton, on porte une *très petite quantité de cette pâte* (gros comme une tête d'épingle) *au contact même de la pulpe*. Un certain nombre de précautions s'imposent : *le caustique*, placé au contact même de la pulpe, *ne doit pas pouvoir diffuser vers la gencive ou vers le ligament alvéolo-dentaire, sous peine de provoquer des escarres gingivales ou de la nécrose osseuse* ; il faudra donc recouvrir le coton imbibé de caustique d'une couche de pâte à l'oxyde de zinc. *Ce coton porte-caustique devra, d'autre part, être enlevé après vingt-quatre heures ou quarante-huit heures au maximum : laissé plus longtemps, il risque de produire de graves nécroses alvéolaires.*

A ce traitement local, on peut, dans certaines circonstances, joindre la médication interne de la douleur (antipyrine, aspirine, etc.).

Altérations des tissus péridentaires. — Chez le tout jeune enfant, au cours du travail de première dentition, la dent qui pousse, au moment où elle arrive sous la gencive et la perfore pour apparaître à l'extérieur, ouvre la porte aux micro-organismes de l'infection, qui vont se loger dans l'espace péricoronaire. De là des sensations d'agacement, de prurit gingivo-dentaire. A un degré plus accusé, un véritable petit abcès se forme. Ces accidents bénins peuvent être traités par des applications répétées de solutions analgésiantes, telles que le sirop de Delabarre :

Safran	3 grammes
Tamarin	30 —
Eau.	100 —
Miel	200 —

ou encore la mixture suivante :

Glycérine	10 grammes
Chlorate de potasse.	2 —

En règle générale, il faut se garder de toutes les incisions, dites préventives, pratiquées sur les gencives : elles ne font, le plus souvent, qu'ouvrir de nouvelles voies à l'infection. Par contre, une petite incision cruciale se trouve parfaitement indiquée et justifiée si l'on a reconnu l'existence d'un petit abcès sous-gingival.

Les gingivo-stomatites de l'adulte, parfois entretenues par un corps étranger (arête de poisson, poil de brosse à dents, etc.) qu'il faut alors enlever avant tout autre traitement, — relèvent de bains de bouche au chlorate de potasse à 5 %, à la liqueur de Van Swieten coupée de 3/4 d'eau, etc. On peut encore utiliser l'attouchement des lésions au bleu de méthylène, à l'acide chromique à 1 pour 20, à la teinture d'iode, et enfin au néosalvarsan mélangé à de la glycérine.

Lésions du ligament alvéolo-dentaire. — Ces « arthrites » sont caractérisées par des douleurs spontanées et provoquées. Spontanément, le malade éprouve une sensation de tension, de gêne douloureuse pouvant aller jusqu'à la douleur vraie. Il a en même temps la sensation que sa dent est allongée, mobilisée, comme reposant sur une masse élastique. Quand la bouche se ferme, cette dent « allongée » arrive la première au contact de ses antagonistes, ce qui provoque immédiatement une exaspération de la douleur ; mais

si les mâchoires sont fortement serrées et maintenues serrées, le malade ne tarde pas à éprouver une impression de soulagement que l'on peut facilement expliquer par la décongestion du ligament alvéolo-dentaire sous l'influence de cette compression.

Les douleurs provoquées sont produites par la percussion de la dent, surtout dans le sens de son axe, et l'on comprend par conséquent que la mastication soit un acte douloureux que le malade s'efforce d'éviter.

Les pointes de feu sur la gencive, appliquées superficiellement sur toute la hauteur de la racine malade, amènent une sédation par la décongestion qu'elles provoquent. Les badigeonnages à la teinture d'iode ou à la teinture d'aconit visent au même but, mais ont une action beaucoup moins efficace.

Lésions de l'os.— L'infection de la racine, propagée d'abord au ligament, finit par atteindre le tissu osseux qui va réagir, à son tour, suivant des modalités différentes. Dans certains cas, l'infection est atténuée, peu virulente ; dans d'autres cas, elle est aiguë et l'on voit apparaître en quelques jours un véritable phlegmon osseux (*ostéophlegmon* du Pr Sébileau).

Le traitement préventif des douleurs de l'ostéophlegmon n'est autre, bien entendu, que l'extraction dentaire pratiquée à temps. On ne saurait trop s'élever contre ce préjugé que l'extraction dentaire est contre-indiquée quand les phénomènes inflammatoires, dépassant la dent, gagnent l'os. En présence de l'ostéo-phlegmon constitué, l'extraction demeure encore le meilleur traitement : enlever la dent, c'est ouvrir une voie de drainage et éviter le cheminement du pus à la recherche d'une issue à travers des zones plus ou moins épaisses des os maxillaires. On prescrira en même temps des bains de bouche *très chauds* avec :

Teinture d'opium	1 gr. 50
Eau distillée	200 gr.

A la suite des extractions dentaires pratiquées au cours d'une arthrite chronique ou d'un ostéophlegmon, il peut arriver que le tissu osseux de l'alvéole s'infecte à son tour. Cette *alvéolite* est extrêmement douloureuse, des plus pénibles pour le malade qui, pensant être soulagé à la suite de l'extraction, continue de souffrir et voit même les douleurs aller en s'accentuant pendant quelques jours. On lavera l'alvéole déshabité avec un liquide antiseptique projeté par une poire en caoutchouc ou une seringue, de manière à le désencombrer des caillots sanguins et des tissus plus ou moins nécrosés qui l'obstruent. Après ce nettoyage, on se trouvera bien de déposer dans la cavité alvéolaire du scuroforme en poudre, médicament qui amène une sédation très manifeste des douleurs. Le scuroforme ne se dissout pas dans la salive, n'est pas toxique, et son application peut être renouvelée aussi souvent qu'il est nécessaire.

THÉRAPEUTIQUE QUOTIDIENNE

Le chlorure de calcium en injections intra-veineuses, dans la tuberculose pulmonaire.

Le cholrure de calcium a été employé, comme traitement de la tuberculose pulmonaire, dans des conditions différentes. On s'est d'abord efforcé de combattre certains symptômes de la tuberculose en se basant sur les propriétés pharmacodynamiques bien connues de ce sel. Le succès des injections intraveineuses de chlorure de calcium dans les hémoptysies et les diarrhées des tuberculeux a été attribué au pouvoir hygroscopique et coagulant de ce sel. Le mécanisme de son action paraît beaucoup plus complexe.

On peut avoir aussi recours à la calcithérapie pour traiter la tuberculose pulmonaire. Bothézat (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 10 juin 1926), emploie des solutions concentrées à 5 et 10 p. 100 préparées en ampoules spéciales de 5 cc. et groupées par séries de 12 ampoule ; son pratique une injection intraveineuse de 5 cc. par jour pendant 12 jours ; après 8 jours de repos une nouvelle série de 12 injections et ainsi de suite. La plupart des malades ont reçu de 3 à 4 séries de 12 injections ; chez deux d'entre eux on a atteint 7 séries. Pas le moindre accident, ni signe d'intolérance quelconque au cours de ce traitement. L'injection est suivie d'une sensation de chaleur généralisée, de sécheresse de la bouche et du pharynx ; le malade présente une vaso-dilatation cutanée. Ces manifestations durent quelques minutes.

Les cavitaires hectiques ne sont aucunement améliorés, au contraire. Parmi les autres on peut observer un temps d'arrêt, parfois une amélioration passagère mais, et Bothézat insiste sur ce fait, aucune guérison.

BIBLIOGRAPHIE

Les Petites Maladies et leur traitement, par Léonard Williams, *médecin de l'hôpital Français* de Londres. Traduit et annoté sur la 5e édition anglaise par le Dr F. Françon, *ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant à Aix-les-Bains.* — Librairie Alcan. — Un volume : 25 francs.

MM. les Drs Françon père et fils, par leurs excellentes traductions, nous initient au mouvement de la médecine anglaise. L'ouvrage actuel a été traduit par M. Françon fils. Il n'apprend rien de nouveau, mais ouvre jour sur la mentalité de nos confrères d'outre-mer. Ils semblent attacher peu d'importance à la marche curative naturelle des petites maladies, en cela différents de leur ancêtre Sydenham. Ce dernier reprochait aux médecins de ne pas assez tenir compte de l'évolution morbide spontanément terminée par la guérison. M. Léonard Williams, sans croire que les choses tourneront mal, s'il n'intervient pas d'une façon active, multiplie les remèdes. Contre les rhumes, les toux et les angines, son arsenal thérapeutique est inépuisable. Il attache une grande importance à l'opium qu'il considère même à la façon d'un spécifique dans la grippe. La faculté de supporter les remèdes semble plus marquée en Angleterre. L'auteur recommande l'acide phénique (pil. de 0 gr. 10) dans les flatulences stomacales et ne lui reconnaît que des avantages. En France bien des malades protesteraient. Par contre, M. Williams, signale les inconvénients du bicarbonate de soude qui augmente la quantité de gaz intra-gastrique et lui préfère avec raison le bismuth. Comme médicaments l'iodure est élevé aux nues. C'est un grand sédatif de la douleur, assure notre confrère anglais. Le bromure de potassium, chez les sujets âgés exerce un effet néfaste et provoque facilement de la confusion mentale. L'arsenic à hautes doses (XV à XX gouttes de liqueur de Fowler) réussit brillamment dans la chorée. Le calomel naturellement est considéré comme le meilleur remède de la constipation occasionnelle. En Angleterre, la faveur demeure acquise à ce produit qui entraîne si souvent des accidents en France.

M. Williams, comme purgatif ne donne jamais le même plus de deux jours de suite ; il prescrit une liste de sept purgatifs, un pour chaque jour de la semaine.

En résumé, un livre d'aspirations modestes, mais fertile en renseignements de pratique quotidienne.

Tout n'est pas à imiter, mais c'est intéressant à connaître. M. Françon a bien fait de nous donner la transcription en français de ces pages, sinon originales, au moins longuement vécues par l'expérience de l'auteur.

Œuvres de Pasteur. Tome IV : Etudes sur les Maladies des Vers à Soie. — Tome IV des Œuvres de Pasteur réunies par le Dr Pasteur Vallery-Radot. Un vol. grand in-8° de 762 pages avec fig. et 16 planches hors texte en couleurs. (Masson et Cie, éditeurs). France : 140 francs, en plus hausse de 20 %.

Les études sur la maladie des vers à soie réunissent un ensemble des plus curieux de l'œuvre de Pasteur. Il avait, en 1865, révélé la cause des fermentations. J.-B. Dumas lui demande de s'occuper de la maladie des vers à soie. Pasteur part dans le Gard, s'enferme dans une maison modeste, au Pont Gisquet, près d'Alais, y travaille à plusieurs reprises pendant cinq ans, et dans ces cinq années découvre la cause de l'épidémie et les mesures qui feront disparaître la maladie. Il faut lire cette étude géniale sur la pébrine et la flacherie. Pasteur y montre dans toute sa puissance son génie de l'analyse et de la synthèse. Le ver à soie c'est l'orientation de Pasteur vers le charbon animal. La méthode se précise, l'expérience obéit à l'idée, confirme, façonne la vision réelle des faits. Ce livre est « le véritable guide de celui qui veut étudier les maladies contagieuses » a écrit M. Roux. C'est aussi un guide pour le savant « qui veut voir ». Il faut être reconnaissant à notre collègue Pasteur Vallery-Radot de continuer avec une patience aussi pieuse et une intelligence aussi avertie, la publication de ces œuvres de Pasteur.

Elles prennent de la vie grâce aux documents sans nombre et aux notes découvertes. C'est là plus qu'un travail de bibliophile. M. Vallery-Radot découvre, groupe, élague. Il conserve ce qu'il faut pour comprendre et aimer l'œuvre de son génial ancêtre. Il réussit dans sa tâche à la perfection. N. F.

Nourrissons. Enfants, par le Dr G. Blechmann. *ancien chef de clinique à l'Hospice des Enfants-Assistés,* — 1 vol. in-16 de 392 pages. — Cartonné : 18 fr., plus hausse de 20 0/0, soit 21 fr. 60. (Collection des Consultation journalières). (Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

Sous une forme claire et condensée, ce volume contient tout ce que le praticien a besoin de posséder de connaissances en pédiâtrie, dans l'exercice courant de la profession médicale.

Les consultations de Blechmann sont courtes et concises, elles ne s'embarrassent pas des inutilités thérapeutiques. Il y a tout ce qu'il faut et rien que ce qu'il faut. Blechmann, pédiâtre des plus distingués, rend un service précieux au praticien en lui dégageant la route encombrée des formules et des médications.

L'Invalidité-Maladie (Législation, Evaluations, Etiologie générale, Pensions militaires, Accidents du travail, Assurances sociales), par le Dr Ch. Daussat, *Médecin principal de l'armée, Président de Commission de réforme.* — Un volume in-16 carré de 176 pages. — Vigot Freres, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. — Prix : 10 francs.

Ouvrage très étudié, riche d'une documentation précieuse. L'auteur s'est proposé, après avoir vu appliquer la loi d'Assurances en Alsace-Lorraine, de rassembler les différentes expériences et de faciliter ainsi aux Médecins Experts et aux Magistrats, l'étude de ces importantes et délicates questions.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Firssinger
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE INFANTILE

Hospice des Enfants-Assistés. — M. le Pr Marfan.

Le scorbut de la première enfance (Maladie de Barlow) (*suite*) (1).

Anatomie pathologique. — Le résultat le plus important des autopsies a été de montrer que les gonflements osseux perçus pendant la vie, sont dus à des épanchements sanguins sous-périostiques. Ceux-ci sont parfois associés à des foyers hémorragiques, situés à l'extrémité du canal médullaire des os longs. Ces lésions hémorragiques s'accompagnent constamment d'une raréfaction considérable du tissu osseux voisin, d'une transformation fibreuse de la moelle rouge et d'un arrêt dans la résorption de la couche chondro-calcaire.

Les *hématomes* peuvent siéger sur tous les os. L'autopsie en révèle parfois, qui n'ont pu être découverts, avant la mort, à cause de leur siège ou de leur petitesse. Le lieu d'élection de l'hématome est *l'extrémité inférieure de la diaphyse fémorale, au-dessus du cartilage de conjugaison.* C'est dans ce point qu'on peut l'étudier le plus facilement. Le périoste est décollé tout autour de l'os ; il apparaît rouge et sillonné de nombreux vaisseaux. Entre le périoste et l'os, on trouve un caillot sanguin en général considérable. Le périoste est incrusté de petits fragments osseux ; ceux-ci sont le point de départ d'une ossification nouvelle qui va donner à la tumeur constatée pendant la vie une dureté si grande qu'on l'a prise parfois pour un ostéo-sarcome. Dans les degrés élevés de l'affection, il y a aussi un épanchement sanguin intra-osseux, situé à l'extrémité inférieure du canal médullaire. Au microscope, dans les caillots sous-périostiques et médullaires, on relève la rareté des leucocytes et la présence de poïkilocytes.

La *raréfaction osseuse* est constante. Elle atteint son plus haut degré dans les points où se sont produits les hématomes; mais elle peut s'observer en d'autres parties. Là où siègent les hémorragies sous-périostiques, l'ostéoporose de l'os sous-jacent peut-être telle qu'il n'y a plus qu'une écaille très mince séparant les deux caillots, le sous-périostique et l'intra-osseux. L'os est parfois fracturé ; tantôt la solution de continuité est diaphysaire ; tantôt elle consiste en un décollement au niveau du cartilage de conjugaison. Le microscope permet de reconnaître la cause de cette ostéoporose : c'est la disparition ou la diminution notable des ostéoblastes sur les travées osseuses en formation ; il en résulte que le dépôt de nouvelle substance osseuse fait défaut ; et, le processus normal de résorption continuant, on s'explique la rapide raréfaction de l'os et la fréquence des solutions de continuité aux points où la maladie atteint son plus haut degré. Dans les parties ainsi atteintes, on ne voit pas de tissu ostéoïde, si abondant dans le rachitisme ; mais comme celui-ci coexiste ordinairement avec la maladie de Barlow, on en trouve en d'autres points.

La *moelle osseuse*, voisine du foyer hémorragique, au lieu d'être uniformément rouge comme elle l'est à l'âge où apparaît la maladie de Barlow, présente des taches grisâtres, parfois gélatiniformes. Le microscope montre qu'en ces points les cellules médullaires ont disparu, ou que leur nombre a beaucoup diminué ; elles sont remplacées par un tissu analogue au tissu conjonctif embryonnaire (tissu muqueux) et formé de cellules fusiformes ou étoilées dans une masse fibrillaire ou presque homogène. Ces altérations de la moelle, peuvent faire défaut. Quand elles existent, elles sont généralement très limitées ; on ne les rencontre guère qu'aux extrémités du canal diaphysaire, comme dans le rachitisme. Partout ailleurs la moelle est rouge et a conservé ses caractères histologiques normaux ; parfois même elle présente des signes de suractivité. Il faut reconnaître que ces altérations médullaires ressemblent à celles du rachitisme et on peut se demander si leur présence n'est pas due à ce que cette affection coexiste ordinairement avec la maladie de Barlow.

L'état des *vaisseaux* ostéo-médullaires est variable. Parfois, surtout au début, ils sont nombreux et dilatés comme dans le rachitisme. Plus souvent, ils sont rares et oblitérés, parce que le sang épanché les a déchirés et comprimés.

Enfin, il existe habituellement un *épaississement notable du cartilage hypertrophique ou calcifié* qui devient plus compact ; cette altération, qui fait défaut dans le rachitisme, est due à ce que la résorption du cartilage calcifié n'a plus lieu comme à l'état normal ; cette couche chondro-calcaire s'arrête net du côté du canal médullaire qu'elle limite ; elle ne donne plus naissance aux travées sur lesquelles se dépose la substance osseuse de nouvelle formation.

Les articulations voisines des os malades sont indemnes. Mais dans les muscles qui recouvrent l'hématome, il y a souvent des foyers d'hémorragie et d'infiltration séreuse. Enfin, l'autopsie peut montrer des hémorragies viscérales multiples, sur les plèvres, dans les poumons, la rate, les reins,

(1) Voir *Journal des Praticiens*, n° 35, page 577.

sur l'intestin (follicule clos et plaques de Peyer), dans les ganglions lymphatiques.

Les lésions de la maladie de Barlow coexistent presque toujours avec des altérations rachitiques. Cependant on a cité des cas de cette affection, où à l'autopsie et même à l'examen microscopique, on ne trouvait aucune trace de rachitisme. Ces faits sont exceptionnels ; mais ils sont intéressants parce qu'ils prouvent que la maladie de Barlow est distincte du rachitisme.

L'analyse chimique des os atteints par le scorbut n'a été faite que dans un petit nombre de cas ; elle a donné des résultats contradictoires. Tandis que, pour Bahrdt et Edelstein, la composition des os dans le scorbut est la même que dans le rachitisme (diminution de la substance minérale particulièrement de la chaux et du phosphore), pour MM. Mouriquand, Michel et Thevenon, il n'y aurait pas de différence chimique entre le tissu osseux normal et celui du scorbut ; celui-ci se raréfie sans qu'il y ait une déminéralisation élective, portant par exemple sur la chaux.

Dans les autopsies d'adultes qui succombent au scorbut, en outre des foyers hémorragiques, on trouve habituellement de la dégénérescence graisseuse des viscères, principalement dans le cœur, les vaisseaux, le foie, les reins et les muscles. Chez l'enfant du premier âge, ces altérations sont très inconstantes. Cependant, M. A. Hess, en se fondant sur l'analyse des urines, croit que le foie est fréquemment lésé dans la maladie de Barlow. MM. Mouriquand, P. Michel et Bernheim ont vu que, dans le scorbut expérimental des cobayes, il y a presque toujours des altérations du foie qui consistent dans une dégénérescence vacuolaire des cellules, de petites hémorragies et un début de sclérose périportale. Ils sont portés à penser que ces altérations contribuent à produire les hémorragies du scorbut. L'étude du scorbut expérimental a montré à quelques auteurs une diminution notable du volume du foie, et à d'autres que cet organe, réceptacle normal du principe antiscorbutique, ne renferme plus ce principe chez les animaux soumis à un régime scorbutigène. En ce qui regarde les autres organes, il faut relever l'intumescence de la glande thyroïde et celle des capsules surrénales qui perdent leur cholestérine ; par contre, le thymus subirait une très grande diminution de volume.

En somme, dans la maladie de Barlow, les altérations osseuses sont les plus importantes. Elles sont limitées aux zones d'ossification, particulièrement aux extrémités diaphysaires ; elles sont caractérisées par des hématomes sous-périostiques et médullaires, par l'arrêt de l'ossification avec continuation de la résorption normale, ce qui aboutit a une raréfaction considérable de l'os, par l'épaississement de la couche chondro-calcaire qui ne donne plus naissance aux travées directrices de l'ossification. Ces altérations sont mélangées presque toujours à des altérations rachitiques ; près du foyer hémorragique, la moelle osseuse est fibroïde ; au delà, on constate la présence en excès de tissu ostéoïde sur les travées osseuses anciennes.

Si, à l'heure présente, il est assez risqué de préciser l'enchaînement des diverses lésions osseuses de la maladie de Barlow et leurs rapports avec les altérations rachitiques, il est toutefois permis de dire que les choses se passent comme si, dans la zone d'ossification d'un os préalablement rachitique, une hémorragie se produisait sous le périoste et dans la moelle osseuse ; ensuite les vaisseaux déchirés s'obturent ; les ostéoblastes disparaissent et la formation d'os nouveau s'arrête; la résorption normale continuant, il en résulte une raréfaction de l'os; l'ossification cartilagineuse s'arrête aussi ; le cartilage calcifié ne se résorbe pas et ne donne plus naissance aux travées directrices de l'ossification.

Diagnostic. — Lorsqu'on en connaît les symptômes, le diagnostic de la maladie de Barlow n'est pas malaisé. Une pseudo-paralysie douloureuse, chez un enfant âgé de plus de six mois et privé du sein depuis assez longtemps, doit toujours en éveiller le soupçon. La constatation des tuméfactions osseuses et de l'anémie, à plus forte raison celle des hémorragies gingivales et de l'hématurie, le confirment et conduisent à faire sur le régime alimentaire une enquête dont le résultat est décisif.

Mais quand on ignore les caractères du scorbut infantile, on peut commettre des erreurs grossières ; on peut le prendre pour un rhumatisme articulaire aigu, qui n'existe pas dans la première enfance, une arthrite aiguë (dans la maladie de Barlow, les articulations sont toujours intactes), une ostéomyélite, une coxalgie, une poliomyélite, un mal de Pott, des ecchymoses ou des fractures traumatiques, un ostéo-sarcome du fémur, une néphrite aiguë (en cas d'hématurie). Il suffit de signaler ces erreurs pour qu'on puisse les éviter.

La seule difficulté qu'on puisse prévoir est la distinction de la maladie de Barlow avec la pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés ou maladie de Parrot, qui est due à une ostéo-chondrite syphilitique de l'extrémité diaphysaire des os longs. Mais celle-ci provoque peu de douleur, peu ou pas

de gonflement ; surtout elle débute toujours avant quatre mois, tandis que le scorbut infantile ne s'observe jamais avant cet âge.

M. E. Weill (de Lyon) a signalé une leucémie infantile à forme scorbutique, dans laquelle l'anémie et la nécrose hémorragique des gencives, peuvent faire penser à une maladie de Barlow ; mais l'absence de douleurs et de gonflements osseux, l'intumescence du foie et de la rate, les résultats de l'examen du sang permettront le diagnostic.

Dans les cas douteux, l'examen radiographique pourra apporter un signe confirmatif. Mais ce qui supprimera toute hésitation, c'est le résultat du traitement antiscorbutique ; dans la maladie de Barlow, ses effets en sont si rapides et si complets, qu'ils assurent le diagnostic de cette affection.

Examen radiologique. — L'exploration aux rayons X permet d'apprécier les lésions des os atteints, et, même, en cas de doute, il peut contribuer au diagnostic. On examine en général l'extrémité inférieure du fémur. Dans les cas typiques et complets, on voit l'image suivante :

1° Une ombre obscure engaine en quelque sorte la partie inférieure de la diaphyse ; elle correspond à l'épanchement sanguin sous-périostique ;

2° En dedans, la diaphyse paraît plus transparente ce qui tient à la raréfaction du tissu compact et, à la place du réseau délicat de l'état normal, il y a une ombre confuse ;

3° A l'extrémité inférieure de la diaphyse, on aperçoit une ombre transversale assez accusée, épaisse de 2 à 3 millimètres, parfois droite, plus souvent sinueuse, à limites irrégulières et d'épaisseur inégale ; elle représente la couche chondro-calcaire épaissie. Ce signe, décrit par E. Frænkel, serait le plus précoce et le plus caractéristique ; il disparaîtrait le dernier ; c'est celui qui pourrait servir au diagnostic.

Il faut noter que, dans le rachitisme, il y a parfois, à l'extrémité de la diaphyse un fin liséré noir, un peu dentelé ou ondulé (os bordé d'Albert Weill) ; on l'observe surtout au début, et il correspond à la couche chondro-calcaire un peu épaissie et non encore morcelée.

Dans l'ostéo-chondrite syphilitique qui donne naissance à la maladie de Parrot, il y a aussi, à l'extrémité de la diaphyse, un liséré noir analogue (chondro-calcose). Mais ce fin liséré n'aurait pas l'épaisseur de la bande de E. Frankel ; sa présence serait transitoire, tandis que celle-ci persisterait assez longtemps après la guérison de la maladie de Barlow.

Il faut rapprocher de la bande opaque qui termine la diaphyse, la bordure sombre, parfois un peu dentelée, qui entoure les noyaux d'ossification des épiphyses. Elle a la même signification et, selon certains auteurs, aurait la même valeur pour le diagnostic.

Nature scorbutique de la maladie de Barlow. — Barlow a avancé que l'affection étudiée par lui est une forme particulière de scorbut. Si elle se distingue par quelques particularités du scorbut des adultes, cela tient au jeune âge du patient. Cette manière de voir a été confirmée par des preuves décisives ; en particulier par des preuves tirées de l'étiologie et de la thérapeutique. Mais ce ne sont pas les seules ; il y en a une autre qui a été donnée la première : c'est *la ressemblance de la maladie de Barlow avec le scorbut, tant au point de vue des lésions que des symptômes.*

Le scorbut et la maladie de Barlow ont les mêmes caractères essentiels : hémorragies des gencives, hématomes osseux, fractures, anémie, œdèmes.

Sans doute entre le scorbut des adultes et la maladie de Barlow, il y a quelques différences ; mais elles sont dues à l'âge des sujets. Chez le jeune enfant, la lésion constante est l'hématome des os ; l'hémorragie gingivale est inconstante ; chez l'adulte la lésion constante est la gingivite fongueuse hémorragique ; les lésions osseuses sont inconstantes ; chez les grands enfants, les deux ordres d'altérations coexistent habituellement. Les différences s'expliquent. L'activité de la circulation et des échanges dans les os en croissance du nourrisson permet de comprendre pourquoi les hématomes sous-périostiques et médullaires sont la règle, et pourquoi ils siègent à l'extrémité des diaphyses, dans la zone juxta-conjugale, là où le processus d'ossification est le plus intense. L'absence ou le faible degré des hémorragies gingivales chez le jeune enfant, tient à l'absence ou au petit nombre des dents. La coexistence avec le rachitisme est propre au premier âge, car cet état n'existe pas chez l'adulte ; j'essaierai, plus tard, de donner les raisons de cette coexistence.

L'étiologie et la thérapeutique vont achever, d'une manière décisive, la démonstration que la maladie de Barlow est une forme de scorbut.

(A suivre.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Traitement des abcès de la région de la hanche consécutifs à la coxalgie.

Ce malade, âgé actuellement de 35 ans, a été autrefois, dans son enfance, soigné pour une coxalgie, à Berck, dont il sortit, à 11 ans, guéri, mais avec une déformation de la hanche. Trois ans plus tard, il a un premier abcès sur la hanche droite ; il est incisé, et cicatrisé au bout de quatre mois environ. Vers l'âge de 15 ans, deuxième abcès, toujours sur la hanche droite, terminé par ouverture spontanée. Puis, à la suite d'un traumatisme, dit-il, survint un abcès de la fesse droite qui fut incisé à l'Hôtel-Dieu et suivi d'un grattage de l'os. Ensuite, encore des abcès, entrecoupés d'une crise d'albuminurie et d'attaques récidivantes de grippe ; enfin, il y a trois mois, survient une pleurésie sèche. Les derniers abcès sont restés longtemps fistuleux. Aujourd'hui, voici ce que l'on remarque :

Quand on regarde le sujet couché sur le dos, on est immédiatement frappé du raccourcissement du membre inférieur droit, qui est en adduction, avec une légère rotation interne. En même temps, il existe une ensellure lombaire considérable, on passe aisément le bras sous la région lombaire, alors qu'à l'état normal cette région devrait toucher la table. Quand on fléchit doucement la cuisse du malade, on fait disparaître cette ensellure : à ce moment, le membre est placé en flexion, suivant un angle de 45° environ.

Poursuivant l'examen, on constate un gros paquet ganglionnaire dans la région inguinale, et on sent aussi des ganglions dans la fosse iliaque. Enfin, à la fesse, dans la région péri-articulaire, on voit une série de cicatrices, et, en arrière de l'extrémité supérieure du fémur, un trajet fistuleux donnant une suppuration abondante ; en même temps, il existe une région douloureuse, donnant lieu même à une douleur très vive, en dehors de l'ischion et plus bas, sur la partie postérieure de la cuisse.

Aucun mouvement n'est possible dans l'articulation de la hanche.

Il est intéressant de constater par une mensuration que le tibia du côté malade est plus court que le tibia du côté sain, ce qui s'explique parce qu'il s'agit d'une tuberculose datant de l'enfance et qui a nui au développement des os. Mais l'important est cet abcès.

C'est un cas où il ne faut pas faire d'injections d'éther iodoformé ; on se trouve en présence d'un abcès entouré d'empâtement phlegmoneux, très douloureux à la palpation ; il y a un petit mouvement fébrile ; c'est un abcès certainement enflammé, secondairement infecté : il est indiqué de l'inciser, car ce n'est plus un simple abcès tuberculeux.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Les troubles crypto-lésionnels en gynécologie (*suite*) (1).

Par M. Paul PETIT-DUTAILLIS,
Chirurgien de l'hôpital privé Saint-Michel.

RAPPORTS DU SYSTEME SEXUEL DE LA FEMME AVEC LE RESTE DE SON ORGANISME.

L'ovaire, du côté du squelette, ne fait pas qu'élargir le bassin ; il modère le développement des os des membres, particulièrement des membres inférieurs, sans que, cependant, d'après les observations de SCHICKELÉ, cette action d'arrêt soit aussi sûre, aussi constante que de la part du testicule. L'action de l'ovaire sur le sympathique est à prédominance vagotrope (CRAINICIANU) ; l'ovaire est hypotenseur. Il relâcherait la musculature intestinale. Il activerait la nutrition générale et, particulièrement hématopoïèse, respiration, digestion, sécrétion rénale, métabolisme du sucre et de la graisse, élimination azotée, calcique, phosphatée. On comprend donc que, par suite, il excite les fonctions intellectuelles, sans qu'il soit besoin qu'interviennent directement, sur le cortex, les hormones sexuelles. Le testicule semble agir plus activement sur celui du sexe qu'il caractérise, sans qu'on puisse en conclure à de moindres facultés de synthèse et de création du cerveau féminin, fait galamment observer H. GODARD dans une revue sur les greffes testiculaires. « C'est là, dit-il, une opinion que semble infirmer l'évolution sociale actuelle. » Hélas ! Elles vont devenir de plus en plus cérébrales, au lieu de se borner à nous charmer et à faire des enfants ! D'après LIPSCHUTZ, la castration des femelles abaisse la température de leur corps, — la greffe testiculaire chez une femelle castrée l'abaisserait encore. La

(1) Voir *Journal des Praticiens*, n° 34, page 564.

castration des mâles ne changerait pas leur température, — la greffe d'un ovaire, chez un mal châtré, élève la température. L'ovaire serait donc thermogène et le testicule ne le serait pas. On comprend que la femelle, destinée au rôle de couveuse, qu'elle soit ovipare ou ovo-vivipare, ait un organe sexuel qui lui assure plus de température centrale que ne le fait le testicule chez le mâle, d'autant que la spermatogonie craint la chaleur.

L'action modératrice de l'ovaire sur l'élimination des phosphates et du calcium est d'accord avec son action, ordinaire, sur la taille. Rationnellement la phosphaturie doit donc faire partie du syndrome de l'hyperovarie et il m'a paru, dans un certain nombre de cas, qu'il en était ainsi ; mais la phosphaturie relève avant tout de l'anoxhémie, de l'hyperchlorhydrie stomachale et de l'infection urinaire (A. MARTINET).

Les rapports du système sexuel de la femme avec ses principales glandes endocrines, non sexuelles, sont du plus grand intérêt pour le gynécologue. Ils se règlent par antagonismes, synergies et vicariances, comme tout ce qui se passe entre un organe quelconque et les autres.

Vous savez que le *thyroïde* active l'ensemble des combustions organiques ; qu'elle exerce particulièrement son action trophique sur la peau et ses dépendances épidermiques, sur le cortex cérébral ; qu'elle est indispensable au développement squelettique, en activant les cartilages épiphysaires et en retenant des phosphates ; qu'elle fixe l'iode et l'arsenic dans ses tissus ; qu'elle a un pouvoir antitoxique sur les toxines microbiennes, les alcaloïdes ; qu'elle est hypotensive et accélère le cœur par excitation de l'ortho-sympathique cardiaque ; qu'elle semble augmenter les globules rouges du sang et ses mononucléaires et qu'elle diminuerait sa coagulabilité ; qu'au point de vue de l'équilibre général du sympathique, elle est d'un amphotropisme nettement labile, et qu'au point de vue cérébral, elle donne l'exubérance et l'entrain, tandis que la surrénale donne peut-être plus de fermeté et de décision ; que, par suite, à l'état pathologique, elle devient la glande de l'instabilité et détermine l'émotivité psychique, plutôt dans le sens de la frayeur, tandis que la surrénale est la glande de l'émotivité coléreuse et agissante. Tout cela est déjà assez important pour qui s'occupe spécialement des femmes et ne veut pas être seulement le vivisecteur de leurs organes génitaux. Mais voici qui l'est davantage encore pour lui :

La thyroïde est indispensable au développement génital qui s'arrête ou régresse si elle est trop insuffisante. Dans l'*infantilisme tardif ou réversif de l'adulte*, le syndrome de l'insuffisance thyroïdienne précède celui de l'insuffisance ovarienne. L'activité de la thyroïde augmente aux diverses étapes de la vie féminine (puberté, retours du molimen menstruel, mariage, grossesse, ménopause). La puberté n'a pas lieu si la thyroïde est absente. La thyroïde se met à hyperfonctionner vers le 5e mois de la grossesse, alors que le corps jaune est en pleine dégénérescence cellulaire, tout en gardant, d'après WATRIN, son taux de cholestorides ; il est possible que le défaut de son hypertrophie physiologique, à cette époque, soit cause d'albuminurie chez la femme enceinte, de souffrance du fœtus, d'accouchement avant terme, s'il ne s'établit pas de suffisantes vicariances. HERTOGHE est arrivé à éviter des avortements à répétition, chez une hypothyroïdienne, avec l'extrait thyroïdien. S'il fallait choisir, je dirais que la thyroïde est la glande endocrine qui intéresse le plus le gynécologue, et pour deux raisons : 1° parce qu'elle a, sur la nutrition de l'ovaire et de l'ensemble des organes génitaux une part au moins aussi active que l'hypophyse ; 2° parce que ses extraits sont particulièrement actifs, à ce point de vue, autrement actifs que ces pauvres extraits d'ovaire. L'extrait thyroïdien est souvent très efficace en cas de difficulté dans l'instauration des règles, en cas d'aménorrhée ou de dysménorrhée au cours de l'activité génitale et pour les troubles de la ménopause quand la glande s'en mêle. Quelle est l'action en retour de l'ovaire sur la thyroïde ?

Autant que l'on peut conclure des effets d'un extrait glandulaire, en injection intra-veineuse, à ceux de la glande dont il provient, pendant la vie, l'expérience suivante d'Hallion semble bien démontrer l'action hormonique, et par voie sanguine, de l'ovaire sur la thyroïde : après avoir sectionné le nerf laryngé supérieur, qui renferme les vaso-dilatateurs de la thyroïde, il injecte, dans une veine, l'extrait ovarien : la thyroïde se gonfle, tandis que les reins diminuent de volume et que la pression artérielle s'abaisse. Cette excitation vaso-dilatatrice artificielle, par voie sanguine, de la sécrétion interne de l'ovaire sur la thyroïde est bien d'accord avec le gonflement de la thyroïde à la puberté, au moment des règles, des premiers rapports, de la grossesse, et du rut chez les animaux. HALLION rappelle que l'arrondissement du cou, à ces occasions, n'était pas ignorée des anciens et que CATULLE en fait la remarque dans ses épigrammes.

Les gonflements successifs d'une thyroïde, au cours de grossesses répétées, finissent parfois par aboutir à un goitre vasculaire définitif.

Mais, pour le métabolisme général, il y a, entre les deux organes, mélange de synergies et d'anta-

gonismes : ils sont d'accord sur le catabolisme des graisses, travaillent ensemble à l'activer. Mais si l'un arrête le développement osseux, en éliminant les phosphates, l'autre l'accroît en adressant ses hormazones aux cartilages dia-épiphysaires. L'un ombragerait volontiers la lèvre de la femme d'un peu de duvet, mais l'autre s'y oppose. Tout cela n'empêche pas qu'ils s'entendent trop bien pour se troubler et se dystrophier, aux dépens du reste de l'organisme, quand ils reçoivent de mauvaises humeurs des autres glandes ou de fâcheux stimulus de la part d'un sympathique lésé pour son propre compte.

L'*hypophyse* et le *tuber cinereum*, s'ils ont leurs fonctions propres, n'en constituent pas moins un seul et même système anatomo-physiologique, car ils sont reliés par un pédicule et en étroites relations nerveuses et sécrétoires. Dans cet appareil glandulo-nerveux, particulièrement bien étudié par Camus et Roussy, l'hypophyse se montre constituée par deux lobes : l'un, postérieur, est nerveux (*neuro-hypophyse*) ; l'autre, antérieur, est glandulaire, de même que la *pars-intermedia* ou *zone hilaire* et fabrique avec elle une substance colloïde qui s'infiltre, non seulement dans la neuro-hypophyse, mais jusque dans les noyaux de cellules nerveuses du tuber. Nous sommes donc en présence d'une glande qui semble agir directement, par sa substance colloïde, sur un double appareil nerveux. Cependant, le lobe postérieur de l'hypophyse, gardant, une fois détaché du cerveau, des propriétés fonctionnelles et différentes de celles du lobe antérieur, on est porté à croire que ses cellules, bien que d'apparence nerveuse, ou bien sécrètent, pour leur part, des autacoïdes, ou bien modifient celles qui lui viennent du lobe antérieur.

Des expériences faites sur les noyaux du tuber (Camus et Roussy) de celles faites sur l'hypophyse par injections intra-veineuses (Schaffer), ablation (Aschner), etc. il semble qu'on puisse conclure, pour le moment :

A une action de la *neurohypophyse*, antagoniste de celle du *noyau propre*, superficiel, du tuber, sur le métabolisme de l'eau, qu'elle modère ; antagoniste de celle du *noyau paraventriculaire*, profond, sur le métabolisme des graisses, — synergique, au contraire, pour l'activation du métabolisme hydrocarboné. La neurohypophyse exerce une stimulation générale sur les fibres lisses : elle augmente l'excrétion du lait, fait contracter l'intestin, l'estomac, la vessie, les bronches, mais particulièrement l'utérus en travail, dilate l'iris. Une action polyurique, contradictoire de celle obtenue dans le diabète insipide, serait exercée directement sur l'épithélium rénal par l'injection intraveineuse d'extrait (Schaffer). Quant à l'action cardio-artérielle elle est des plus irrégulières, des plus désordonnées, si bien que l'injection sous-cutanée de neuro-hypophyse est complètement contre-indiquée en cas d'affection cardiaque et qu'il faut s'en méfier, même chez les non cardiaques, ne l'employer chez eux, pour la première fois, au cas possible d'équilibre sympathique défavorable et insoupçonné, qu'après dilution de l'ampoule de 1 cc. dans 20 cc. de sérum actif et injecter lentement. On emploie assez couramment, à l'heure actuelle, l'injection de lobe postérieur non seulement pour activer le travail de l'accouchement, mais pour faire uriner les opérées ou leur faire rendre des gaz. On connaît trop bien ses contre-indications obstétricales pour que j'y insiste (insuffisance de dilatation, hypertonie, bassins viciés, etc.) mais il faut donc s'en mefier aussi au point de vue cardiaque et pour ma part je n'en veux pas entendre parler en cas de défaut de transit intestinal post-opératoire d'apparence purement fonctionnelle, pour deux raisons : 1° si le défaut d'évacuation est bien de cette nature, il peut être aussi bien dû au spasme qu'à l'atonie ; 2° ce diagnostic peut être erroné, et s'il s'agit d'obstruction, l'emploi de l'hypophyse ne peut être que désastreux.

Le lobe antérieur de l'hypophyse continue encore, pour le moment, à présider à la croissance du squelette. Ce serait aussi lui qui actionnerait le développement génital : il serait en antagonisme, à ce point de vue, avec le noyau paraventriculaire du tuber. L'hypophysectomie, par voie buccale, pratiquée par Aschner sur de jeunes chiennes, a déterminé, chez elles, l'arrêt de développement, non seulement squelettique, mais génital, — l'infantilisme, ainsi réalisé, s'accompagnant de la persistance des instincts du jeune âge, particulièrement de la tétée ; ultérieurement, pas de fécondation après multiples saillies. Le syndrome de l'insuffisance hypophysaire, tout comme la dys-hypothyroïdie a été constaté avant l'infantilisme tardif. Il est donc, en général, tout indiqué d'associer, dans un traitement opothérapique, les extraits de thyroïde et d'hypophyse à l'extrait d'ovaire, quand le trophisme et l'énergétisme des organes génitaux sont en défaut. Le lobe antérieur de l'hypophyse s'hypertrophie pendant la grossesse. Dans les grands dysfonctionnements de l'hypophyse, résultats de la désorientation de sa kariokynèse : l'aménorrhée, la dysménorrhée accompagnent le gigantisme et l'acromégalie. La *dystrophie adiposo-génitale* relèverait des lésions du noyau paraventriculaire du tuber.

L'hypophyse s'hypertrophie, après castration, et la greffe ovarienne s'y oppose : débridement d'un antagonisme, que cette hypertrophie, disent les uns ; action vicariante, disent les autres.

Hypophyse et ovaire sont en parfait désaccord dans le fonctionnement général de l'organisme, sauf sur le métabolisme des graisses. L'hypophyse augmente la tonicité de la contraction utérine et l'ovaire sa clonicité : l'extrait d'hypophyse est donc indiqué (toutes choses favorables par ailleurs), dans l'accouchement atonique, — complètement contre-indiqué dans l'arrêt du travail par hypertonicité où l'emploi de l'extrait d'ovaire est rationnel.

L'extrait de lobe antérieur d'hypophyse retarderait la coagulation du sang, et celui du lobe postérieur l'accélère à n'en pas douter. Dans le mécanisme des métrorragies et de leur traitement, l'hypophyse peut donc intervenir au double point de vue vaso-moteur et plasmatique.

Passons à la *surrénale.*

Envisager son action générale, trophique, antitoxique et hormonique m'entraînerait beaucoup trop loin. Je me bornerai donc, pour rester strictement dans mon sujet, à ses rapports fonctionnels avec le système sexuel de la femme.

Après castration, chez la lapine, la surrénale quadruple en trois mois (Tainère) : débridement d'un antagonisme pour les uns, et, pour les autres, action vicariante. Il semble que l'un ou l'autre de ces rapports puisse exister, suivant la période de la vie féminine, suivant que la surrénale est normale ou néoplasique :

Antagonisme : c'est la surrénale qu'on accuse principalement des troubles de la ménopause où l'hypertension domine ; — tandis que la thyroïde joue le tour à l'hypoovarique, d'ombrer ses lèvres, c'est peut-être bien la surrénale qui développe, par ailleurs, son système pileux, qui enlève, à ses gestes, leur grâce, durcit sa voix, donne, à l'ensemble de sa personne, le cachet d'un virilisme plus ou moins discret. Sa kariokinèse s'anarchise-t-elle, elle n'y met plus de discrétion du tout (c'est l'histoire de ces pauvres femmes à barbe de la foire), trouble même complètement les cartes, dans le domaine sexuel, et crée l'hermaphrodisme.

Vicariance : d'après Watrin, durant toute la grossesse, le corps jaune renfermerait un taux de cholestérine uniforme et très faible de 2 °/₀₀, celui qu'il présente tout au début de sa formation, à sa période hémorragique, le taux minimum de toute cellule. Or, pendant la grossesse, d'après Chauffard et Grigaut, la cholestérine serait particulièrement surproduite par la surrénale dont le cortex en contiendrait jusqu'à 95 % et agirait en symbiose avec le corps jaune et d'autres glandes. D'après Watrin, les surrénales, sensibilisées par le corps jaune, subiraient ensuite l'incitation directe de l'œuf.

Ovaire et surrénale sont en désaccord, sur bien des points, dans le fonctionnement général de l'organisme, particulièrement sur le métabolisme des graisses et la tension vasculaire.

Encore quelques mots sur la coopération des glandes endocrines extrapelviennes, autres que thyroïde, hypophyse et surrénale, avec le système sexuel de la femme.

Le *thymus*, centre de régulation et de distribution des nucléo-protéines, riches en phosphore, — organe antitoxique, — active la croissance générale, mais particulièrement celle des organes génitaux jusqu'à la puberté, époque à laquelle il commence à régresser alors que l'ovaire entre en activité. Le thymus est l'organe dont l'extrait a l'effet hypotenseur le plus net, semblant autre qu'un banal effet de choc, et qui dépendrait d'une action entravante sur la sécrétion d'adrénaline.

L'*épiphyse* exerce, jusqu'à 7 ans, son action sur le développement général, mais surtout intellectuel et génital, y compris celui des caractères sexuels secondaires. A partir de 7 ans, il régresse.

Le *foie* ne manque pas d'intérêt non plus, pour le gynécologue, au point de vue de son action antitoxique et coagulante, en ce qui concerne les algies et les métrorragies. Ash accuse ses défaillances de diminuer beaucoup les désirs sexuels.

Les *ganglions lymphatiques*, la *moelle osseuse*, la *rate*, nous intéressent aussi, non seulement par les éléments figurés qu'ils engendrent, mais par les sécrétions internes de ces éléments, sécrétions bactériolytiques, cytolytiques, immunisantes, — sans compter l'action coagulante de la moelle osseuse par la thrombine que fournissent ses mégakaryocites. Chez toute anémique, toute intoxiquée, toute ménorragique, l'emploi de ces trois sortes d'organes, à titre excito-sécrétoire, est indiqué. La rate, par ses dysfonctionnements est cause d'ictère hémolytique et d'hémogénie, deux maladies du sang génératrices d'hémorragies, particulièrement de métrorragies et qui *disparaissent immédiatement, dans presque tous les cas, après ablation de la rate malade.*

Enfin n'oublions pas que le *pancréas* tout en activant, par son insuline, la combustion du sucre, est hypotensive et que, d'après les derniers cris de la Société de Biologie, les *poumons*, particulièrement les poumons d'animaux maigres, ont un pouvoir destructeur, le plus destructeur, semble-t-

il, sur les matières grasses : l'esthétique féline étant à la mode, chez ces dames, ces pauvres chats vont manquer de mou.

J'espère en avoir assez dit jusqu'ici pour être arrivé à vous convaincre que la physio-pathogénie gynécologique est inséparable de la physio-pathogénie générale, — que le pouvoir de l'ovule, dans la *direction* du fonctionnement génital, prime celui de la glande théquale et du corps jaune, simples gardes-manger, plus ou moins riches en lipoïdes de choix, — et que même l'ovule, par rapport à tout l'ensemble de l'organisme féminin, semble jouer le rôle d'un véritable catalyseur.

En somme, tous les énergétiques étudiés, à l'heure actuelle, dans les sécrétions internes, ne sont que la monnaie, plus ou moins bien déterminée, de ce *principe vital* que conçut la Renaissance. Emis par la cellule, en constante élaboration, ils se concentrent dans ce milieu humoral dont Hippocrate ne méconnut pas l'importance, — mettent en jeu les réflexes moteurs et sécrétoires de la vie organique qui, pour les *iatro-mécanistes* étaient toute la vie, — et ce sont bien toujours leurs altérations chimiques qui causent nos maladies, comme le voulait l'*iatro-chimisme* de Van Helmont. Ce que nous savons de plus utile encore, c'est que ces fâcheuses transformations ont leur origine dans des infections ou intoxications héréditaires ou acquises qu'il s'agit, avant tout, de mettre en lumière.

Les principes de la vie sociale de nos cellules nous sont, à l'heure actuelle, en partie objectivés, soit dans des corps chimiquement définis, tels que l'adrénaline, la thyronine, la cholestérine, soit dans de puissants extraits, tel celui du lobe postérieur de l'hypophyse qui n'a pas encore livré le sien. Il faut, parmi ces substances, ne pas oublier, à côté des excitants trophiques et fonctionnels, hormazones et hormones, les éléments purement alimentaires, passifs pour ainsi dire, destinés à être transformés en matière vivante et qui seuls comptaient pour Claude Bernard, l'inventeur des sécrétions internes. La cellule primaire du sexe, ovule ou spermatogonie, s'impose en tant qu'animateur trophique et fonctionnel. Ce pouvoir elle l'emploie à diriger l'évolution de son enveloppe (follicule, puis endomètre, chez la femme, — glande interstitielle chez l'homme) dont elle tire une nourriture de choix et qui nous paraît réduite à cette modeste fonction, alors que la plupart des physiologistes actuels, par une singulière obnubilation (contre laquelle on a déjà pas mal réagi, en ce qui concerne le sexe mâle) tendent à lui faire jouer le rôle de son habitant. Ce pouvoir, cette cellule primaire l'exerce aussi sur le reste de l'organisme pour en tirer, par voie sanguine, une contribution de même ordre ou de l'énergétisme tout préparé. Aussi bien chez les végétaux enracinés au sol que chez les animaux qui se déplacent, la cellule de la reproduction attire tout à elle, se comporte aux yeux du biologiste qui ne les a bouchés par aucun système, comme une véritable gale, un parasite greffé sur l' re adulte auquel la nature ne s'intéresse pour ainsi dire plus comparativement à l'espoir de la race ; tant et si bien qu'elle le livre à celui-ci de toutes les façons imaginables.

Je résumerai mes idées sur la question dans l'aphorisme suivant :

La femme est-elle toute entière dans son utérus, comme le croyaient nos pères ? Non. Dans son ovaire ? Non. La femme vit tout entière par son ovule et pour l'ovule qui vit et dirige, d'abord dans l'ovaire (le testicule féminin) puis dans l'utérus. *Ovarium*, en latin, veut dire œuf ; les latins n'avaient pas de mot spécial pour désigner l'ovaire, comme s'ils eussent déjà compris qu'il ne comptait pas devant l'œuf. Assurément, en tant qu'animal et de son sexe, la femme toute entière est ordonnancée par ce qui vient du royaume de Vénus et de Lucine, sous la direction de son ovule ; mais, en retour, tout organe chez elle, toute sécrétion a pour but l'ovule et la grossesse. Autrement dit, dans cette langue, mère de la nôtre, qu'on ne parle plus, et c'est dommage :

Totane mulier in utero ? Nego ; in glandula muliebri ? Nego. Mulier tota per ovarium et ad ovarium quod regnat : primum, in glandula muliebri ; deinde, in utero. Sane, hactenus femellam, mulier tota, Veneris Lucinœque rebus, ovario ducente, ordinatur ; retrorsum, enim vero, ad ovarium, quidquid humidum est aut solidum, in muliere, Lucina expectante, contenditur.

Le *tota mulier in glandula muliebri* ne me paraît pas plus juste que le *tota mulier in utero*. Je reviendrai sur mon opinion quand on me démontrera que c'est son habitation qui dirige l'habitant. Je ne le pense pas plus que je ne crois la femme toute entière dans son animal.

Felix qui potuit rerum cognoscere causas et mulieris arcana de animali et animo.

Pour pénétrer tous les replis pathogéniques des troubles crypto-lésionnels chez les femmes, il faut toujours tenir compte de leur neuro-psychisme ; dans leur animal, la connaissance préalable du sympathique, de tout ce qui vit et fonctionne, n'est pas moins utile que de suffisantes notions sur le système endocrine, — sur les liens si étroits, dans ce système, entre tout ce qui est génital et ne l'est pas.

(*A suivre.*)

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La broncho-pneumonie infantile.

La médication spécifique n'existe pas. Le sérum *antipneumococcique* (20 à 40 cc. le 1er jour, 20 à 40 les jours suivants, aux enfants de 2 ans) ; ne pas dépasser 200 cc. (MARFAN). Le remède améliore l'état général, mais son action directe sur la broncho-pneumonie demeure incertaine. La *vaccinothérapie* a été recommandée (vaccins pneumococciques, streptococciques, staphylococique, tétragènes associés), 1 milliard de germes par centimètre cube. L'injection de 1/4 de centimètre cube est continuée le lendemain par l'injection de 1/2 cc., tous les jours augmenter de 1/4 de centimètre cube jusqu'à 1 cc. qui est poursuivie quelques jours. Des réactions vives se produisent, quelques succès semblent justifier la méthode, les échecs sont fréquents.

En fait la médication la plus sûre est l'emploi des *bains chauds* (bain à 38°, de six à dix minutes de durée et répété toutes les trois heures tant que la température atteint 39°. Sur la tête, mouchoir imbibé d'eau fraîche.

A côté des bains, les *enveloppements humides* à 39° toutes les trois heures ; entourer de coton et couvrir de taffetas gommé. Si le pansement est laissé en permanence, enduire la peau de vaseline pour éviter la macération de l'épiderme (MARFAN). Les bains valent mieux et il est commode de les administrer à des enfants.

Le *cataplasme sinapisé* réussit moins bien que les bains chauds ; il est réservé aux formes subaiguës.

En plus, injections d'huile éthéro-camphrée :

Camphre	0 gr. 50
Ether sulfur.	2 cc
Huile d'olives	8 —

Avant six mois 1/2 à 1 cc. en vingt-quatre heures. Après cet âge, on peut monter au double.

(MARFAN.)

A l'intérieur la potion :

Acétate d'ammoniaque / Teinture de cannelle	1 gr.
Sir. d'éther	15 gr.
Infusion de café	30 —
Sir. simple q. s. p.	90 cc.

A un enfant de 6 mois, 4 à 5 cuillerées à café par jour. On peut ajouter de l'*adrénaline* (sol. à 1 p. 1.000) avant 6 mois III gouttes 3 fois par jour.

Contre l'état *toxémique*, frictions sur un pli des membres avec une pommade au collargol (15 %), deux fois par jour, après un bain. Couvrir de taffetas gommé et de coton. Vu les bains, la chose est peu pratique.

A la convalescence, et pour combattre la toux grasse :

Terpine	0 gr. 30
Benzoate de soude	0 gr. 30
Julep gommeux	60 cc.

Trois à quatre cuillerées à café par jour.

Matin et soir, frictionner la poitrine légèrement avec :

Essence de thérébenthine	500 gr.
Huile camphrée	50 —

Mais rien ne vaut l'emploi des bains chauds.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Fondements physiologiques de l'électrothérapie gynécologique.

Par M. le Dr Henri VIGNES.

L'électricité peut rendre de grands services en thérapeutique gynécologique. Tantôt, agissant par ses effets chimiques, ou fortement thermiques, elle permet, comme le radium ou les rayons, mais avec une moindre pénétration, de détruire ou de modifier certaines lésions superficielles. Tantôt, au contraire, comme la chaleur modérée, comme le froid, comme le massage, elle corrige indirectement certains phénomènes morbides par la mise en jeu de réactions physiologiques salutaires.

Ce sont ces réactions, surtout, que je voudrais passer en revue parce que leur connaissance permet au médecin de comprendre ce qu'il peut demander à cette thérapeutique (1).

(1) Je ne me pose pas, ici, en professeur d'électrothérapie. J'ai emprunté ma documentation aux grands classiques, DUCHENNE, CHAUVEAU, aux excellents manuels de NOGIER et de LABORDERIE, aux leçons convaincantes de LAQUERRIÈRE. Ce que j'ai voulu, c'est souligner les mécanismes mis en action par l'électricité, pour que le médecin, connaissant quelle fonction est troublée dans un cas gynécologique donné, provoque la mise en œuvre du mécanisme curateur.

Les effets des divers courants peuvent se ramener à une théorie unique, car il s'agit toujours d'une même force, cette force donnant des effets divers suivant son intensité, son débit, sa densité, la fréquence des interruptions et, d'autre part, suivant la résistance des tissus. Nous allons étudier successivement les effets des divers courants avec le souci de montrer cette unicité primordiale.

Le **courant galvanique** est un courant de faible intensité et qui agit de façon continue. Son principal effet est de produire une dissociation électrolytique et de faire voyager les cations en direction du pôle négatif et les anions en direction du pôle positif.

1° *Il se produit de ce fait, au niveau des pôles, des actions chimiques* : l'anion Cl, au pôle +, se combine à l'eau pour donner HCl avec mise en liberté d'O^2; cet HCl exerce une action caustique acide et détermine la formation d'une escarre sèche ; de plus, il y a accumulation d'ions H. Au pôle —, le cation N réagit sur H^2O pour former de la soude, d'où escarre humide. Si d'autre part, l'électrode + est formée d'un métal oxydable il y a formation et pénétration d'oxychlorures de Cu, Zn, As, etc.

Application gynécologique : cette action polaire permet de modifier la muqueuse dans certaines affections utérines ; on peut ainsi modifier la muqueuse du corps, par galvanocaustique positive dans les métrites hémorragiques ou par action d'ions coagulants ; on peut détruire la muqueuse cervicale infectée par l'action basique du pôle, analogue en somme à l'action du caustique Filhos ou par la pénétration d'ions antiseptiques.

2° *L'afflux des ions au voisinage des pôles détermine des actions dites circumpolaires*, qui peuvent être seules à se manifester, si, par un habillage convenable des électrodes, on empêche les actions polaires.

L'afflux des ions au pôle + se produit de telle façon qu'il y a, dans la région circumpolaire, une modification du rapport de Na et K à Ca et Mg, en sorte que ces derniers sont en excès. Il en résulte qu'il y a une moindre excitabilité des nerfs et des muscles au voisinage du pôle + et une plus grande excitabilité au pôle —.

D'autre part, l'apparition d'ions H au voisinage du pôle + exerce un effet de vaso-constriction, alors qu'il y a vaso-dilatation et congestion au pôle — par effets d'ions OH.

Applications gynécologiques : le pôle + a été employé comme sédatif en cas de névralgies pelviennes ; le pôle — a été employé dans l'aménorrhée, voire même dans l'infantilisme à cause de ses effets vaso-dilatateurs.

3° *Le voyage électrolytique des ions d'un pôle à l'autre détermine tout le long du trajet des modifications de la concentration des électrolytes au niveau des membranes* : ces modifications réalisent une excitation locale et cette excitation appliquée à un nerf moteur ou à un muscle détermine des phénomènes moteurs. C'est ainsi qu'un pôle appliqué sur un muscle et l'autre étant organisé en électrode vaste, indifférente, toutes précautions étant prises d'ailleurs pour que la petite électrode n'ait pas d'action chimique, le passage du courant, après un temps perdu, détermine une contraction, puis un état permanent de contraction (1), et enfin à la rupture du courant, une décontraction.

Voilà le fait essentiel, vrai pour le muscle strié et pour le muscle lisse (2).

Ce phénomène n'a pas *d'application gynécologique*, car la contraction, étant surtout une affaire d'établissement du courant, le courant faradique est d'un emploi plus intéressant.

Accessoirement, le « voyage des ions » laisse, après lui, un vaso-dilatation. C'est dire son utilité dans les angiospasmes et aussi, lorsqu'il s'agit de stimuler un tissu en augmentant sa circulation.

Applications gynécologiques : c'est dans l'idée d'utiliser cette vaso-dilatation que pour certains syndromes douloureux, Delherm a préconisé la galvanisation transabdominale, qui régularise la circulation abdominale et, par corollaire, la circulation pelvienne. La galvanisation de la colonne lombaire, par vaso-dilatation, stimulerait les centres nerveux : c'est ce qui expliquerait l'augmentation des règles, obtenue, grâce à ce moyen, par Onimus.

Le **courant faradique**, employé en médecine, a une intensité faible ou peu forte, mais il exerce son action de façon très brève et très souvent répétée.

1° *Le courant galvanique donnae un effet de contraction au moment de son établissement et de sa rupture. Donc, pour réaliser un « bénéfice » de contraction, il faut s'adresser au courant faradique, puisqu'il est caractérisé par de nombreuses alternatives d'établissement et de rupture.* Nous obtiendrons alors les éventualités suivantes :

a) si les alternatives sont de faible fréquence il y aura, entre chaque contraction un retour à l'état normal et on réalisera ainsi une gymnastique par contractions successives ;

(1) Pour des intensités faibles, il n'y a contraction qu'à la fermeture et à l'ouverture du courant galvanique ; ce n'est que pour de fortes intensités que la contraction subsiste pendant le passage du courant.

(2) Peu importe dans cet article qui n'est pas destiné aux techniciens les dosages de la force employée.

b) si la fréquence est un peu plus forte, il n'y aura pas relâchement entre les contractions et le muscle restera en contracture (de 20 à 30 excitations par seconde : début de la contracture).

b bis) la même fréquence employée pendant un temps assez long fatiguera le muscle et l'amènera à une contraction paralytique ;

c) A haute fréquence, enfin, il n'y a pas d'effet moteur (à 3.500 excitations le tétanos décroît ; au delà de 10.000, il n'y a plus d'effet moteur).

Applications gynécologiques. — *A*) On peut fatiguer le releveur de l'anus et les muscles satellites au cas de vaginisme par une faradisation à forte intensité et moyenne fréquence.

B) On peut augmenter le tonus du muscle utérin au cas de subinvolution utérine ou de certaines métrorrhagies (fibrome, métrites hémorragiques) par la faradisation à basse fréquence (1).

2° *Agissant sur les vaso-moteurs, la faradisation* donne des effets de gymnastiques analogues à ceux que nous venons de signaler :

basse fréquence, séance courte, vaso-constriction (anti hémorragique) ; basse fréquence, séance longue, vaso constriction permanente (décongestionne) ; moyenne fréquence, vaso-dilatation.

Applications gynécologiques. — *A*) Troubles menstruels : le courant faradique à basse fréquence en séance courte peut exercer sur les vaso-moteurs les mêmes effets toniques qu'il exerce sur la musculature utérine et contribuer à arrêter les métrorragies ; de même le courant de moyenne fréquence peut donner des effets de vaso-dilatation permanente, favorisant la congestion pelvienne (2).

B) Infantilisme utérin : la gymnastique faradique utéro-lombaire ou vagino-lombaire à basse fréquence et application longue réalise une gymnastique de l'utérus et des vaso-moteurs fort utile.

C) Sécrétions anormales : une meilleure circulation utérine peut améliorer certaines leucorrhées. C'est ainsi que la faradisation améliorerait certaines leucorrhées rebelles avec douleurs lombaires et asthénie.

D) Etats d'engorgement post-infectieux (3) ; la faradisation congestionnante peut agir comme les grandes irrigations d'eau chaude.

E) Les phénomènes douloureux dépendant d'un trouble circulatoire peuvent être améliorés en modifiant la circulation locale (suivant le cas, faradisation congestionnante, faradisation décongestionnante).

(1) Par exemple, Doumer, en cas de fibrome, préconise : électrode positive abdominale et électrode négative utérine ; intensité aussi forte que possible ; 6 interruptions à la seconde : séance courte.

(2) Application lombo-sus-pubienne ou utéro-lombaire.

(3) D'une façon générale l'infection aiguë est une contre-indication à toutes les modalités de l'électricité, car celle-ci détermine des « flambées » dangereuses.

3° *La faradisation locale, à forte densité, exerce une action révulsive, en créant une vaso-dilatation paralytique.*

Application gynécologique à certains syndromes douloureux et à certains cas de prurit.

L'électricité statique met en jeu une forte différence de potentiel et une faible intensité.

Un sujet isolé du sol est mis dans un circuit statique (haute tension : plusieurs milliers de volts et intensité extrêmement faible).

1° Si l'on fait des décharges localisées vers le sol ou vers un objet chargé d'électricité de non contraire, on a, au point de la décharge, un effet localisé, brutal, de forte vaso-constriction (tache blanche de vaso-constriction et sensation de coup de poing), puis une vaso dilatation secondaire.

Application gynécologique. — Révulsion de la région lombaire en cas d'aménorrhée, révulsion en cas d'algies, révulsion en cas de prurit vulvaire.

2° Si l'on ne fait pas de décharge, le sujet se décharge dans l'air par ses poils, son duvet, etc. (bain statique). Ce n'est plus le coup de poing, c'est le fourmillement et, au lieu d'une tache localisée rouge de vaso-dilatation locale secondaire, on obtient une vaso-dilatation périphérique (1) généralisée.

Cette gymnastique des vaso-moteurs régularise la circulation.

Application gynécologique. — Le bain statique, en agissant sur la circulation générale et combiné à l'etincellage lombaire, donne des résultats parfois étonnants, en cas d'aménorrhée.

Doumer (2), étudiant 400 femmes traitées par ce moyen pour des raisons diverses, constate que :

274 soit 68,5 % virent leurs règles avancer ;

308 soit 77 % virent leurs règles augmenter.

Le bain statique est la pratique qu'il faut essayer avant toute autre, si nous en croyons certains électrothérapeutes.

D'autre part, le bain statique fortifie l'organisme tout entier et l'invigore, d'où les bénéfices de cette thérapeutique en cas d'infantilisme.

On a pu, également, améliorer par ce moyen certaines dysménorrhées. Dans la statistique de Doumer, citée plus haut, sur 178 règles dysménorrhéiques, il y eut 130 améliorations.

Haute fréquence et basse tension. — 1° Le sujet, mis dans le courant ou influencé par induc-

(1) D'où en même temps, augmentation des combustions, du pouls et de la tension.

(2) Cité d'après Laborderie. *L'électricité médicale en clientèle.* Collection *Comment guérir.*

tion, subit des effets analogues à ceux du bain statique, mais plus brefs et plus multipliés. Tous les vaso-moteurs sont soumis, non plus à une gymnastique, mais à une microgymnastique, d'où résulte une rééducation de la circulation et une augmentation des échanges.

Applications gynécologiques : rééducation de la circulation dans certaines dysménorrhées.

2° Dans d'autres conditions d'applications plus localisées, on obtient des effets de diathermie : la chaleur détermine une hypérémie locale avec ses effets secondaires sur la circulation, comme le ferait l'eau chaude ou toute autre application de chaleur. Pour être plus précis, la diathermie a une mode d'action différent de celui de l'eau chaude : sa chaleur est due à l'effet joule (transformation de l'énergie électrique en énergie calorique), c'est-à-dire qu'elle prend naissance dans l'intimité des tissus, tout le long du passage du courant et ne résulte pas d'une pénétration par conductibilité.

Applications gynécologiques analogues à celles de l'eau chaude, c'est-à-dire, effets congestifs dans les cas d'aménorrhee et d'infantilisme ou effets décongestifs, dans certains états post-infectieux.

Dans les cas où l'infantilisme est favorablement modifié, l'utérus augmente de grandeur en peu de temps, ses parois se ramollissent, les déviations congénitales se redressent et se corrigent, l'activité fonctionnelle de l'ovaire augmenterait.

Certains cas de dysménorrhée sont très améliorés, d'autres sont, au contraire, fâcheusement impressionnés.

Haute fréquence et haute tension. — La haute fréquence et haute tension a des effets analogues à l'étincellage statique

1° Si on l'applique pendant un temps limité, on produit des effets révulsifs.

Application gynécologique : algies, prurit.

2° Si on l'applique à forte densité et pendant un temps un peu prolongé, on obtient des effets de coction (diathermo-coagulation).

Applications gynécologiques. — La diathermo-coagulation (haute fréquence, haute tension) peut détruire certains foyers infectés superficiels et en particulier certaines métrites du col.

Tels sont les services que peuvent rendre les divers courants. Ce travail n'étant point destiné à guider les médecins dans la pratique de l'électricité, mais uniquement à leur rappeler le pourquoi de son action, je ne discuterai pas la valeur relative des divers procédés. Certains de ceux que j'ai indiqués sont périmés ou ne sont que peu employés.

Si l'on met à part les effets chimiques et les électro-coagulations, qui permettent des actions topiques, comparables à celle de la chirurgie, il reste un bon nombre de cas où l'électricité agit en mettant en jeu divers mécanismes physiologiques. Par cette thérapie, on peut obtenir :

1° des phénomènes de contraction et de décontraction, s'exerçant sur les muscles génitaux ;

2° des phénomènes de contraction et de décontraction s'exerçant sur les vaso-moteurs, avec effets secondaires sur la menstruation et sur la trophicité des organes génitaux ;

3° des effets sensitifs de révulsion ;

4° des effets sensitifs de sédation.

Tous les effets salutaires de l'électrothérapie physio-gynécologique ressortent de ces mécanismes : l'électricité ne guérit pas les fibromes, mais elle améliore certains troubles fonctionnels associés aux fibromes ; l'électricité ne guérit pas l'infection génitale, mais elle améliore certaines de ses séquelles ; l'électricité n'a pas d'effet sur l'ovulation, mais elle réalise une rééducation de la circulation pelvienne ; parfois, cette rééducation est salutaire ; mais, parfois, elle a des effets nuisibles et, en particulier, les douleurs de l'ovarite sclérokystique sont souvent exacerbées.

Tel est le bilan de cette thérapie, un peu négligée aujourd'hui et qui nécessiterait une collaboration étroite des gynécologues et de l'électricien pour permettre d'en fixer avec précision les indications dans les divers troubles fonctionnels : peut-être pourrait-elle permettre de dissocier certains des syndromes observés en clinique et de mieux connaître la nature même du mécanisme physiologique déréglé.

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Les pleurésies.

Il faut être court quand la substance du discours ne comporte pas de développements. Nous diviserons le traitement en deux paragraphes : celui des pleurésies séro-fibrineuses, celui des pleurésies suppurées, ces dernières séparées en pleurésies de la grande cavité pleurale et en pleurésies enkystées.

a) *Pleurésies séro-fibrineuses.* — L'étiologie

tuberculeuse n'est pas constante. D'après notre expérience personnelle, elle existe dans un peu plus de la moitié des cas. Cette étiologie impose la circonspection. Pas de thoracentèse en général. En décomprimant le poumon, elle laisse la voie libre à la germination tuberculeuse. Et puis la tuberculose ne fût-elle pas en jeu, la maladie guérit spontanément. Il suffit d'immobiliser les malades au lit et pendant la période fébrile, de les soumettre au régime lacté. Le traitement médical par les drogues pharmaceutiques est inopérant. Dans la *pleurésie rhumatismale*, seule, le *salicylate de soude* agit : 6 grammes par jour. La ponction, au contraire de l'opinion répandue, n'est point indiquée par une légère déviation du cœur. Un cœur dévié, cela se remet en place, une fois l'épanchement disparu. Il faut, en plus de la dyspnée, de la tachycardie, des signes d'asphyxie. Or ces symptômes appartiennent surtout à la pleurésie purulente. L'indication la moins problématique de la thoracentèse est dans la lenteur de résorption de l'épanchement, une fois la fièvre tombée. Dans ces cas, l'évacuation de 1/4 à 1/2 litre de liquide favorise la résorption du reste. Et si l'épanchement se reproduit, la ponction suivie d'injection d'air stérilisé (une boulette de coton interposée dans le tube de verre qui injecte l'air) suffit à en entraver la récidive. On évacue 400 grammes de liquide ; on injectera environ 250 grammes d'air. Soit 10 coups de piston avec la pompe de l'appareil de POTAIN.

b) *Pleurésies suppurées.* — On en distingue au point de pratique, quatre grandes classes : 1° celles qui suivent la pneumonie ou pleurésies à pneumocoques ; 2° celles qui appartiennent aux divers germes de suppurations (streptocoques, staphylocoques); 3° les pleurésies tuberculeuses ; 4° les pleurésies circonscrites. Dans toutes ces formes, le traitement médical se réduit à la médication tonique.

Les vaccinations sont insuffisantes. La pleurésie suppurée est un abcès. Il faut la traiter comme telle.

a) *Pleurésie à pneumocoques.* — Des ponctions simples ont suffi pour amener la guérison. Si l'épanchement se reproduit, opération de l'empyème. Une résection costale est inutile. Il suffit d'introduire deux gros drains dans la cavité et de les maintenir en place par une épingle de nourrice qui traverse leur épaisseur et demeure arrêtée par la paroi costale. Drains d'une longueur de 9 centimètres. La guérison est habituelle.

b) *Pleurésies à germes de suppuration.* — Avant de pratiquer l'empyème, il faut ponctionner et injecter dans la cavité pleurale des solutions de vaccins filtrés. M. RIEUX (1) a guéri la pleurésie à streptocoques par l'injection dans la cavité pleurale de 150 grammes de filtrat vaccin streptococcique. Cette injection est renouvelée vingt-quatre heures après. Si l'épanchement augmente, nouvelle thoracentèse suivie d'une injection intra-pleurale de 100 à 150 cc. de filtrat-vaccin. On renouvelle, si nécessaire, plusieurs fois. Une méthode analogue s'emploiera pour la pleurésie à staphylocoques. Il sera toujours temps de recourir à l'opération de l'empyème si cela ne va pas mieux. Si la pleurésie est *putride*, aucun doute. Il faut ouvrir, drainer, laver largement. La solution tiédie au *chlorure de zinc* (1/1000), 1/2 litre, injectée très lentement et répétée jusqu'à ce que le liquide ressorte clair, amène de nombreuses guérisons. L'injection intra-pleurale massive d'*huile goménolée* (4 p. 100, 50 à 300 cc.), de M. A. BERNOU, semble surtout convenir à des plèvres rendues moins susceptibles par un pneumothorax ancien ou épaissies d'un pyothorax.

c) *Pleurésies tuberculeuses.* — L'opération de l'empyème ne réussit pas. Il faut ponctionner et faire suivre la ponction d'une injection modificatrice (naphtol camphré, 1 à 5 cc). On recommencé au bout de huit à dix jours, si l'épanchement se reproduit.

d) *Pleurésies enkystées.* — Il s'agit surtout des pleurésies *interlobaires*, *médiastines*, *diaphragmatiques*. Une vomique guérit le malade ; mais cette vomique, si elle se produit au bout de quinze à vingt jours dans la pleurésie interlobaire, peut tarder plusieurs mois, comme nous l'avons observé dans la pleurésie médiastine. Et la malade qui présente dans ce dernier cas, des signes de broncho-pneumonie diffuse est considérée, ainsi que nous l'avons vu dans un cas, comme atteinte de tuberculose aiguë. L'examen du sang qui avait révélé une leucocytose abondante (24.000 globules blancs) nous avons fait porter le diagnostic d'abcès pleural. En général l'opération est inutile. Le malade se débarrasse spontanément par une vomique. Il faut savoir attendre. Néanmoins des accidents peuvent se reproduire. En 1892, nous avons publié l'histoire de malades atteints de polynévrites suite de suppurations pulmonaires ou pleurales (2). Pareilles conséquences sont tout à fait exceptionnelles.

C. F.

(1) Pr RIEUX et CLAVELIN. Le traitement de la pleurésie septique à streptocoques par un filtrat vaccin streptococcique. (*Journal des Praticiens*), 19 déc. 1925.

(2) Ch. FIESSINGER. Polynévrites consécutives aux suppurations pulmonaires ou pleurales. (*Revue de Médecine*), 1892.

TOXICOLOGIE

Les délires alcooliques.

« Tous les délires des alcooliques ne sont pas des délires alcooliques ». C'est ainsi que LÉVY VALENSI, (*Les délires*, 1926) commence une excellente étude des délires alcooliques.

L'alcool est susceptible de *révéler* une tare mentale d'un autre ordre (manie, mélancolie, psychose hallucinatoire chronique, démence précoce, etc.), que ce processus se manifeste dans toute sa pureté ou qu'il s'associe à certains éléments du délire alcoolique.

Tout buveur ne devient pas alcoolique, même après un usage prolongé et immodéré d'alcool ; il existe des prédispositions héréditaires, certains buveurs ont des centres nerveux particulièrement vulnérables à l'alcool. L'excès de boisson, en outre, peut résulter de conditions nettement pathologiques (excités maniaques, paralytiques généraux, dipsomanes, etc.).

A. *Alcoolisme aigu, délirant ou ivresse délirante.*

L'ivresse est susceptible de se caractériser par un certain degré d'excitation, d'euphorie, en un mot d'*hypomanie* ; quelques idées de satisfaction, voire mégalomaniaques, peuvent accompagner cet état. Quand, au contraire, l'ivresse prend la forme dépressive, elle peut donner des idées délirantes de ruines, de malheurs, etc. On dit alors que le sujet a le vin triste.

La forme *confusionnelle*, avec hallucinations visuelles, est une ébauche des variétés que nous envisageons avec l'alcoolisme chronique.

L'*ivresse délirante* proprement dite, rare, est une sorte de délire d'interprétation passager qui revêt la forme du délire de persécution, de jalousie, d'auto-accusation.

B. *Alcoolisme chronique délirant.*

Il s'agit d'épisodes *aigus*, *subaigus* ou *prolongés*, survenant sur le terrain de l'alcoolisme chronique.

L'alcoolisme chronique, en effet, constitue un terrain mental tout particulier dont la démence terminale n'est que l'accentuation.

L'alcoolique est un sujet *irritable*, *égoïste*, *impulsif*, *jaloux*, *amoral*. C'est aussi un *anxieux*.

a) Alcoolisme aigu ou delirium tremens. — L'accès du délirium tremens, comme d'ailleurs la plupart des épisodes de l'alcoolisme, ne se produit pas sans cause.

« Le fusil est chargé, écrit BALL, le coup part, mais il ne part pas tout seul. Il a fallu un choc pour déterminer la décharge. » Ce choc, ce sera un excès de boisson, ou peut-être l'abstinence, un accident, une fracture, une opération, une infection (pneumonie, érisypèle), plus rarement le surmenage, les émotions, l'insolation, etc.

L'accès de delirium tremens s'annonce par des prodromes : insomnie, céphalée, agitation, anxiété, parfois sommeil agité avec cauchemars, *rêve délirant*, précédant *le délire de rêve*.

Le délire proprement dit, débute généralement le soir au crépuscule, pour disparaître le matin ; puis il se prolonge toute la journée avec maximum vespéral.

L'aspect du malade atteint de délirium tremens ajoute LEVY VALENSI, est caractéristique. Le patient a le visage vultueux et couvert de sueurs, le regard terrifié, comme par l'apparition de visions effroyables, innombrables et mobiles.

« Ces fantômes, *il les voit*, il les entend, il les sent. Des adversaires l'injurient et le menacent ; il leur répond par des injures et par des coups. Des animaux monstrueux se précipitent sur lui, des flammes l'entourent, des abîmes s'ouvrent sous ses pas. Il fuit, se heurte aux murs, lutte contre les infirmiers. *Il moule son délire sur ses hallucinations* (FOURNIER) ». Ce n'est pas un rêveur passif, mais un *rêveur éveillé*.

Son rêve est du type *somnambulique*, c'est un *rêve en action*. On peut l'interrompre un instant par une injonction impérieuse, ce qui permet d'obtenir une réponse brève, mais exacte ; on peut le modifier, l'orienter, créer une nouvelle hallucination, grâce à la *suggestibilité* extrême du malade.

Ce délirant est aussi un *trembleur*. Tout son corps est agité d'une *trémulation* continue.

La *température* est de 39° dans les formes moyennes et dans les formes graves atteint 41° et plus.

L'*insomnie* est constante ; sa disparition annonçant la guérison qui se produit généralement du quatrième au cinquième jour.

« Du moment que le malade à dormi, ne fût-ce que quatre heures, on peut être certain qu'il ne mourra pas (LASÈGUE). » La mort, en dehors de la cause initiale (pneumonie, par exemple) peut résulter d'un accident (défenestration) ou de l'épuisement. Cette dernière évolution se voit surtout chez les malades qu'on a le tort impardonnable d'attacher.

La *récidive* est fréquente et se fait, à l'ordinaire, dans la même forme.

Enfin, caractère commun à tous les délires du type confusionnel, le patient perd *généralement* le souvenir de son délire.

Cette règle n'a rien d'absolu, et Levy Valensi en rapporte un exemple.

On pourrait multiplier les formes de cet alcoolisme aigu : variétés *atténuées paroxystiques*, accès survenant généralement le soir, pour disparaître le matin, avec le plus souvent récidive les soirs suivants, le malade étant normal dans la journée. Ce sont des crises de délire pantophobique, avec anxiété, se reproduisant chaque soir avec les mêmes caractères.

C'est à cette catégorie qu'appartiennent la plupart des anxieux fugueurs, poursuivis par des malfaiteurs, des ennemis, des policiers ; les délires de *poursuite* devront toujours vous faire penser à l'alcoolisme.

Le *diagnostic* du delirium tremens s'impose, on n'aura aucune peine à le distinguer de la manie, de la fureur épileptique, de la paralysie générale agitée.

Le plus souvent, le diagnostic est étiologique : reconnaître par exemple, chez un délirant alcoolique, la pneumonie qui a déclenché le délire.

b) Alcoolisme subaigu. Délire professionnel. — Ce délire est, très *arbitrairement*, isolé par Levy Valensi des autres variétés de l'alcoolisme délirant. Il pense que le délire alcoolique subaigu, peu dramatique, est un délire professionnel.

« Voici un malade entré ce soir même à l'Hôtel-Dieu. C'est un menuisier âgé de 29 ans. Regardez-le, son regard est étonné, *absent* ; je l'interroge, il ne sait où il est, il ignore la date, il est *désorienté* dans le temps et l'espace. Cependant, j'obtiens son nom, son âge, sa profession. Voyez cette agitation, ce tremblement. « Où êtes-vous, lui dis-je ? — Je ne sais pas. » J'affirme : « Vous êtes dans votre atelier. » Le voilà qui entre dans mon jeu. Cette table devient son établi, cette règle son rabot. Voyez-le raboter cette baguette de bois, taper avec un marteau imaginaire, clouer, etc. Vous assistez à un épisode de délire professionnel. » (Levy Valensi).

Ce délire ressemble au délire onirique des vieillards.

c) Alcoolisme prolongé. — Deux formes : le délire systématisé alcoolique, le syndrome de Korsakoff.

1° *Délire systématisé alcoolique.* — C'est un délire à systématisation faible, où, le plus souvent, prédominent les hallucinations auditives et visuelles. Ce délire, qui revêt la forme du délire de persécution, de *jalousie*, d'*auto-accusation*, se distingue de la psychose hallucinatoire chronique par la systématisation moins solide, les hallucinations visuelles, l'anxiété, la curabilité.

2° *Syndrome de Korsakoff.* — Le syndrome décrit par Korsakoff, sous le terme de *psychose polynévritique*, peut se rencontrer au cours de la plupart des intoxications et des infections, mais il est plus particulier à l'alcoolisme.

La polynévrite n'est pas constante.

Les deux éléments prédominants sont : *l'amnésie de fixation* ou *amnésie antérograde, et la fabulation.*

« Regardez cette malade au visage jovial, souriant, fortement coloré. C'est une blanchisseuse âgée de 43 ans. Je l'interroge sur la date de sa naissance, le nom de la maîtresse d'école qui l'instruisit, du curé qui lui fit faire sa première communion ; les réponses sont parfaites, et cependant elle ne se rappelle pas m'avoir vu ce matin. Je lui fais lire devant vous une phrase de journal. Elle l'oublie aussitôt : *amnésie de fixation.*

Elle nous raconte qu'elle est venue à pied ce matin ici, à l'Hôpital Saint-Louis du Petit-Andelys, venant de Fresnes-l'Archevêque : *fabulation.*

Je lui dis que je l'ai rencontrée ce matin aux Halles, et elle dirige sa fabulation dans ce sens. Elle a de *fausses reconnaissances*, ce qui est fréquent dans les états confusionnels. L'interne du service est un abbé, l'infirmier un M. Martin, sa voisine de lit sa sœur, etc.

Il est probable que cette fabulation est faite de *réminiscences*, la malade ayant perdu la notion du temps et de l'espace. »

Cette malade a de la parésie des membres inférieurs avec abolition des réflexes tendineux, et de l'hyperesthésie cutanéo-musculaire : *polynévrite.*

La *guérison* peut survenir au bout de plusieurs mois ; dans certains cas, c'est l'*incurabilité* ; exceptionnellement, la mort subite par *névrite du pneumo-gastrique.*

Séquelles. — Idées fixes, hallucinations, délires systématisés, dits post-oniriques.

En présence d'un délire, un certain nombre de faits doivent vous faire penser à l'alcoolisme.

1° Commémoratifs (aveux, profession) ;

2° Tremblement ;

3° Troubles digestifs (dyspepsie, pituites, troubles hépatiques) ;

4° Hyperesthésies ;

5° Cauchemars zoopsiques et professionnels ;

6° Anxiété du matin et du soir ;

7° Délires oniriques, pantophobiques et professionnels ;

8° Délires de jalousie et d'auto-accusation.

Conséquences médico-légales. — 1° De l'irritabilité du sujet : injures, rixes, etc. ;

2° Du besoin d'alcool ; grivèlerie, vol ;

3° De l'amoralité : vol, abus de confiance, etc. ;

4° De l'excitation génitale (attentat à la pudeur, viol) ;

5° De l'hallucination : fugue, mort accidentelle (chute d'une fenêtre, dans une rivière) ;

6° Du délire (meurtre, souvent sur la femme, auto-dénonciation).

Traitement. — Il faut calmer le malade (opiacés, chloral), soutenir son cœur (digitaline, strychnine, éther, etc.) ; supprimer l'alcool, quoi qu'on en ait dit, et faire de la désintoxication (régime lacto-végétarien, laxatifs, etc.).

N'attacher les malades sous aucun prétexte.

Le traitement prophylactique a une importance plus grande encore, qu'il s'agisse de défendre le malade contre la récidive, la société contre le malade, la race contre la tare mentale.

BIBLIOGRAPHIE

Aux Confins de la Médecine, par M. le Dr Pierre Mauriac. — Bernard Grasset, édit., 1 vol. : 10 francs.

Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, M. Pierre Mauriac sous le titre *Confins de la Médecine* a écrit un livre fort intelligent. C'est l'intelligence d'un homme qui dépasse de beaucoup la valeur de ses titres et sait que la richesse des connaissances techniques constitue une fortune bien réduite si elle n'est mise en valeur par la culture générale de l'esprit. Les études diverses qui composent le volume : *La vie intellectuelle en province, le scepticisme en médecine, médecins et philosophes*, etc. témoignent toutes de cette supériorité qui échauffe les notions scientifiques aux rayons de l'étincelle intérieure. La médecine n'est point un domaine fermé ; elle s'ouvre sur un horizon très vaste où tout ce qui touche au problème de la vie lui apporte des sources de lumière. La spécialisation à outrance, telle qu'elle règne de nos jours, s'inscrit comme un défi à l'envergure de cet essor. Elle rapetisse, rétrécit, est un agent de diminution et de misère intellectuelle. Il n'est même point exact que la spécialisation constitue un avantage. Ici, M. Pierre Mauriac invoque à l'appui de son idée, l'exemple tiré du monde biologique. Dans ce dernier domaine et la société n'est qu'une colonie biologique, la différenciation annonce la fin de l'espèce. La faculté d'adaptation, c'est-à-dire l'espoir de vivre, diminue avec la rigueur de la spécialisation. Aussitôt qu'une lutte s'engage avec des individus d'une autre espèce, les êtres les plus spécialisés n'ont qu'à rendre les armes. Ils sont sûrs de la défaite. Dans la collectivité médicale, pour que la spécialisation ne fût pas signe de régression intellectuelle, il faudrait à celui qui s'y adonne, un cerveau dont la curiosité domine de beaucoup le cercle réduit de ses occupations. Sinon, c'est une concordance fâcheuse qui s'établit entre la myopie de l'esprit et la pauvreté du travail. Les Anglo-Saxons, les Germains, ont une mentalité construite sur un pareil type. Les Français n'ont qu'à rester eux-mêmes pour échapper à cette régression. Ayant l'habitude de converser avec les nobles esprits, Montaigne, Pascal, Laënnec, Claude Bernard, Bergson, M. Pierre Mauriac a rapporté de ces fréquentations une hauteur de pensée tout à fait remarquable. Jugeant d'une constatation non pas suivant son aspect isolé, mais d'après les attaches et les multiples rapports qu'elle affecte avec les constatations voisines, il voit large et s'impatiente quelque peu contre ceux dont l'ambition unique, quand ils prennent leur chevalet, est de peindre jusqu'au moindre caillou de la route. Le livre de M. Pierre Mauriac compte à cet égard comme un excellent stimulant de la pensée. Il apprend qu'il est d'autres chemins que l'ornière coutumière et que, bien comprise, la médecine grandit singulièrement celui qui la pratique comme il convient.

Hygiène oculaire et Inspection du travail appliquées à toutes les Professions : Commerce, Industrie, Agriculture, Administrations, par le Dr H. Truc, *Professeur de clinique ophtalmologique à l'Université de Montpellier, correspondant de l'Académie de Médecine.* — Un volume de 184 pages avec 19 figures. — (Masson et Cie, éditeurs). — Prix : 12 francs, plus 20 %.

Dans ce livre, l'auteur étudie les conditions oculaires et visuelles pour le travailleur et le travail dans les diverses spécialités : bureaux, magasins, ateliers, usines, mines, champs, chemins de fer, armée, marine.

Les mesures prophylactiques sont complexes et diverses chez le travailleur et préoccupent toujours davantage la médecine sociale et les pouvoirs publics. Des prescriptions nouvelles s'imposent actuellement en raison de l'hygiène du travail, de la concentration industrielle, de la multiplicité des métiers et de leurs outillages perfectionnés.

La Médecine légale des délinquants anormaux ou aliénés et leur responsabilité, par M. le Dr Etienne Gay, *Chef de clinique des maladies nerveuses de la Faculté de Médecine.* Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine de Paris, 1925. Un volume in-8° broché. Prix : 15 francs ; franco : 16 fr. 25 (Compte Chèques postaux : Paris, 3319). Société Anonyme du Recueil Sirey, 22, rue Soufflot, Paris (5e), Léon Tenin, Directeur de la Librairie.

Cet ouvrage couronné par l'Académie de Médecine de Paris s'adresse à tous ceux avocats, magistrats, médecins, philosophes qu'intéresse le problème de la Délinquance psychologique. Illustré d'exemples nombreux et pittoresques il est écrit dans un style simple et clair, qui en rend la lecture facile et attrayante pour tous.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

CLINIQUE INFANTILE

Hospice des Enfants-Assistés. — M. le Pr Marfan.

Le Scorbut de la première enfance. (Maladie de Barlow) (*suite*) (1).

Etiologie. — L'observation et les résultats des autopsies ayant montré de grandes analogies entre la maladie de Barlow et le scorbut des adutles on fut conduit à rechercher si ces deux états n'ont pas les mêmes causes. On sait, depuis plus de deux siècles, que le scorbut est dû à la privation prolongée d'aliments frais, particulièrement de légumes et de fruits frais. C'est surtout chez les marins des bateaux à voiles que le scorbut a été observé du XVIe au XVIIIe siècle. Ces navires, peu rapides, faisaient de longs voyages ; ils emportaient des vivres en abondance ; ceux-ci ne faisaient donc pas défaut ; ce qui manquait c'était les aliments frais. Quand ces bateaux restaient plusieurs mois sans toucher terre, le scorbut se déclarait à bord. Mais, s'ils faisaient escale, si les marins pouvaient manger des légumes et des fruits frais, le scorbut guérissait. Les fruits crus, surtout un peu verts, furent reconnus merveilleusement efficaces. Lorsque la traversée recommençait, après un certain temps, l'épidémie de scorbut réapparaissait jusqu'à une nouvelle escale.

Thomas Barlow a avancé que le scorbut infantile a une étiologie analogue et aujourd'hui cette manière de voir est à peu près universellement acceptée. Cet état ne s'observe que chez *des enfants nourris exclusivement et depuis longtemps, soit avec des farines conservées, soit avec du lait profondément modifié par des actions mécaniques ou chimiques, soit avec du lait conservé trop longtemps après stérilisation.*

Les cas observés par Barlow sont antérieurs à la pratique systématique de la stérilisation ; ils se sont produits chez des enfants exclusivement nourris avec des « farines alimentaires spéciales ». Quand le développement de l'industrie, l'émigration des campagnes vers les villes, l'abandon de la vie rurale pour le séjour à l'usine, détournèrent beaucoup de mères du devoir d'allaiter leurs enfants, ceux-ci, d'abord et surtout, en Angleterre, furent alimentés avec des « farines spéciales pour nourrissons ». Ces préparations, dont le nombre devint très grand, sont le plus souvent un mélange de farines diverses qui après avoir été séchées et chauffées, sont mises en boîtes scellées et y sont conservées plus ou moins longtemps.

La farine est un bon aliment qu'il est utile d'employer, *comme appoint*, au moment où commence l'ablactation progressive, c'est-à-dire vers le sixième ou le septième mois. Mais, au début, on ne doit en donner qu'une quantité modérée et, en aucun cas, elle ne doit servir longtemps d'aliment exclusif. La farine, même fraîche, est très pauvre en principe antiscorbutique ; le peu qu'elle en renferme se détruit par la dessiccation et la conservation.

Ce qui atténue l'action scorbutigène de la farine, c'est que le plus souvent elle sert à faire des bouillies avec du lait qui n'a pas été modifié et qui renferme encore le principe antiscorbutique. Dans ce qu'on appelle « farine lactée », la farine est mélangée à de la poudre de lait demi-maigre ; celle-ci, nous le verrons, quand elle est préparée d'une certaine manière, est peu scorbutigène ; cependant, dans certains cas, la maladie de Barlow a été provoquée par l'emploi exclusif et prolongé de la farine lactée. Dans une statistique établie par M. Comby, sur 72 cas, 8 étaient dus à cet aliment. La bouillie maltée, préparée suivant la formule de M. E. Terrien, peut aussi produire le scorbut.

Mais, aujourd'hui au moins en France, l'alimentation à la farine en est très rarement la cause. Ce sont surtout *les laits profondément modifiés par des actions mécaniques ou chimiques, suivies de stérilisation*, qui déterminent le scorbut. Le type de ces laits scorbutigènes est le lait homogénéisé ou fixé. Pour préparer celui-ci, on soumet le lait de vache à des manipulations qui ont pour but de le conserver très longtemps après sa stérilisation en lui gardant l'aspect extérieur du lait frais, particulièrement en empêchant l'agglutination de la matière grasse en beurre. Pour obtenir ce résultat, on soumet le lait de vache à des pressions considérables qui ont pour effet de briser les globules gras, de les fragmenter en une poussière graineuse, dont les grains sont si petits qu'ils n'ont plus de force ascensionnelle et restent indéfiniment suspendus dans le plasma lacté. Après qu'il a subi cette modification, le lait est stérilisé aux environs de 108°. Le lait homogénéisé est agréable à l'œil ; il est de digestion assez facile et convient même à certains nourrissons dyspeptiques. Mais son usage exclusif et prolongé détermine le scorbut, comme l'ont montré M. Variot, M. Comby, M. Bernheim-Karrer. A l'heure présente, c'est même un des aliments les plus scorbutigènes. Sur 72 cas de maladie de Barlow observés par M. Comby, 39 avaient été

(1) Voir *Journal des Praticiens*, n° 35, p. 577 ; n° 36, p. 593.

déterminés par l'emploi du lait homogénéisé. Les expériences de M. E. Weill et Mouriquand, de M. E. Lesné et Vaglianos, confirment les résultats de l'observation clinique.

Toute une série de laits modifiés par des manipulations plus ou moins compliquées ont une action analogue à celle du lait homogénéisé ; mais on n'a plus que de rares occasions de le constater, parce qu'ils ne sont plus guère employés ou qu'ils le sont moins souvent et moins longtemps : tels sont les *laits maternisés* du type Gârtner (Moizard, Netter, Comby), les *laits humanisés* du type Backhaus (Morquoi, Comby, 7 cas sur 72), les *laits stérilisés au contact d'une astmosphère d'oxygène sous pression* (Louis Guinon).

Depuis quelques années, on emploie assez souvent *la poudre de lait desséché* dans l'alimentation des nourrissons. Ce produit étant préparé à une haute température et étant conservé semble devoir être très scorbutigène. Cependant des discussions ont eu lieu sur ce point. Tandis que A. Hess affirme que le lait sec est antiscorbutigène comme le lait ordinaire, MM. Burnes et Hume, MM. Lesné et Vaglianos disent qu'il est scorbutigène ; il le serait faiblement, il est vrai, mais il le serait. Ce désaccord pourrait provenir de ce qu'il y a deux sortes de lait sec. L'un, préparé par le procédé dit du tambour (Just Hatmaker), est porté vers 140° pendant deux secondes, c'est-à-dire si peu de temps que le principe antiscorbutique n'est pas détruit ; celui-ci ne serait pas scorbutigène ou fort peu. L'autre obtenu par le procédé du « spray » (Bevenot, Merrel) est bien plus scorbutigène, ce qui s'explique par son mode de préparation ; le lait, préalablement homogénéisé par surpression, est projeté en fin brouillard dans un courant d'air chaud.

Le *lait condensé* est également très employé depuis quelques années, surtout depuis la guerre, dans l'alimentation des jeunes enfants. Il y en a de deux sortes : le lait condensé non sucré, préparé avec du lait de vache ayant tout son beurre ; le lait condensé sucré, préparé avec du lait de vache partiellement écrémé. Que le premier soit scorbutigène, personne ne le conteste ; il est facile de s'expliquer son action quand on sait comment il est préparé ; du lait de vache préalablement homogénéisé par surpression, est soumis pendant vingt-cinq à quarante minutes à des températures de 110° à 115° qui ont pour but à la fois de le stériliser et de lui faire perdre une partie de son eau de constitution, c'est-à-dire de le concentrer.

Le lait condensé sucré est préparé avec du lait de vache d'abord partiellement écrémé, ensuite additionné d'une quantité considérable de saccharose et enfin évaporé dans le vide par un chauffage prolongé au bain-marie qui ne dépasse pas 80° et qui souvent ne serait que de 60°. MM. Lassablière et Variot ont avancé que le lait condensé sucré n'est pas scorbutigène et ils l'attribuent à ce que, préparé à une assez basse température, il a conservé son principe antiscorbutique. M. Lesné ajoute que la dessiccation dans le vide et la mise en boîte à l'abri de l'air contribuent à la conservation de ce principe, car, comme l'ont montré M. Bezssonoff et M. Rousseau, l'oxydation le détruit rapidement. L'addition de sucre, corps réducteur, concourt au même résultat. M. Lesné, se fondant sur des expériences de laborasoire, croit pouvoir affirmer que le lait condensé sucré, ainsi conservé à l'abri de l'air, garde son pouvoir antiscorbutique de douze à quinze mois. Il est certain que la maladie de Barlow est fort rare chez les enfants qui sont nourris avec ce lait. Cependant, il y en a des exemples. Le 12 décembre 1922 j'en ai présenté un dans une leçon ; il s'agissait d'un enfant de 9 mois qui avait été nourri pendant cinq mois avec du lait condensé sucré d'une marque étrangère ; de l'enquête poursuivie par MM. Salès et J. Florand, il semble résulter que ée lait condensé employé provenait de la liquidation de stocks de guerre et avait été conservé longtemps en magasin, ce qui prouverait que c'est la longue conservation qui a été ici la principale cause de destruction du principe antiscorbutique. Depuis, des cas analogues ont été publiés.

Le *lait stérilisé dans l'industrie* par simple surchauffage — à 108° 110° pendant vingt minutes environ, est peu scorbutigène ; il ne l'est que lorsqu'on le conserve longtemps. Quand il est consommé dans la quinzaine qui suit sa récolte et sa stérilisation, il ne produit jamais le scorbut. Les choses se passent comme si ce chauffage ne détruisait pas le principe antiscorbutique, mais le rendait seulement plus fragile et comme si, par le vieillissement, il disparaissait peu à peu.

Une observation de M. Carel démontre bien cette influence du vieillissement sur le lait stérilisé. Une fillette, enfant d'un pharmacien très soigneux, ne prenait que du lait stérilisé et se portait très bien. A la fin du mois de juillet, elle partit pour la campagne, et on emporta une provision de lait stérilisé pour six semaines. A la fin d'août, quelques symptômes de scorbut apparurent, entre autre, un bourrelet ecchymotique des gencives ; mais la provision de lait ayant été renouvelée dans les premiers jours de septembre, ils disparurent. Après trois mois de séjour à la campagne, l'enfant fut ramenée en plein scorbut avec tuméfactions osseuses, purpura, gingivite hémorra-

gique. Avec le lait frais et le jus d'orange, la guérison fut rapide. M. CAREL, en rapportant cette observation, fait remarquer que le même lait stérilisé, distribué dans les dispensaires et fréquemment renouvelé, ne paraît jamais donner le scorbut.

Il y a longtemps, j'ai demandé que l'étiquette des bouteilles de lait stérilisé indiquât la date de la stérilisation. Cette demande n'a pas été entendue.

Le *lait bouilli*, même assez longtemps, même une demi-heure, doit être consommé dans les vingt-quatre heures qui suivent ; dans ces conditions, il ne produit jamais le scorbut ; il y a plus : le lait bouilli guérit le scorbut. Donc l'ébullition, c'est-à-dire un chauffage à 100°, laisse au lait son principe antiscorbutique. Sur ce point les expériences de M. LESNÉ et VAGLIANOS ont confirmé les données de l'observation.

Le *lait chauffé au bain-marie à* 100° dans un appareil du genre de celui de Soxhlet, le *lait simplement pasteurisé*, c'est-à-dire porté de 65° à 80° un certain temps, ne sont point scorbutigènes.

On a pourtant cité des cas où la maladie de Barlow est apparue chez des enfants qui ne prenaient que du lait bouilli, ou chauffé au bain-marie à 100° (DE BRUIN, A. NETTER, NEUMANN) ou même pasteurisé (A. HESS). Ce sont des faits sur lesquels il importe de s'arrêter ; ils ont un très grand intérêt.

NEUMANN (de Berlin), en a donné une explication qui a été confirmée par des observations ultérieures. Depuis longtemps, les producteurs de lait, pour assurer à ce liquide une conservation un peu plus longue, le pasteurisent dans leur dépôt en le portant pendant un certain temps à une température qui varie entre 70° et 80° ; ée lait est vendu dans les crèmeries, deux ou même trois jours après la pasteurisation, comme lait frais. Ceux qui l'achètent, suivant les règles de l'hygiène alimentaire, le font bouillir ou le chauffent au bain-marie à 100° pendant une demi-heure environ. C'est chez les enfants nourris exclusivement et pendant plusieurs mois avec du lait qui a subi *ces deux chauffages séparés par un intervalle parfois assez long*, qu'on peut observer le scorbut. PLANTENGA a confirmé les assertions de NEUMANN et a publié 23 cas de scorbut dû à l'emploi d'un lait d'abord pasteurisé, puis chauffé à 100°. Il semble donc que ces deux chauffages successifs, séparés par un certain intervalle, détruisent le principe antiscorbutique plus sûrement qu'un surchauffage unique et court.

Dans l'explication de ces faits, peut-être faut-il encore faire intervenir le vieillissement comme un des facteurs de la destruction de ce principe. M. A.-F. HESS avance que le simple lait pasteurisé, quand il est consommé trop longtemps après sa préparation peut déterminer la maladie de Barlow. Il croit, comme nous l'avons avancé, que l'influence du vieillissement est peut-être plus importante que celle du chauffage ; selon lui, le lait cru lui-même perd ses propriétés antiscorbutiques si on le laisse vieillir.

On a enfin cité des cas de scorbut infantile apparus chez des enfants nourris de babeurre ou de lait albumineux.

De cet exposé, on peut conclure que, dans le premier âge, le scorbut est provoqué par l'alimentation exclusive et prolongée avec un des produits suivants :

Aliments scorbutigènes :

Farines pures (sans addition de lait) ;
Lait homogénéisé ou fixé ;
Lait maternisé ou humanisé ;
Lait stérilisé industriellement consommé plus de trois semaines après sa préparation ;
Poudre de lait préparée par le procédé du « spray » ;
Lait condensé non sucré (entier) ;
Lait chauffé deux fois à un intervalle de quelques jours.

Par contre, ne produisent pas le scorbut, les laits suivants :

Aliments non scorbutigènes :

Lait bouilli ou chauffé au bain-marie à 100°, même longtemps ;
Lait stérilisé industriellement par simple surchauffage, s'il est consommé moins de trois semaines après sa préparation ;
Poudre de lait préparée par le procédé du tambour ;
Lait condensé sucré s'il n'est pas consommé trop longtemps après sa préparation.

De l'analyse des faits qui ont permis de dresser cette liste, il faut enfin déduire trois lois :

1° Les aliments scorbutigènes le sont d'autant plus qu'ils sont conservés plus longtemps ; le *vieillissement* est le plus sûr agent de destruction du principe antiscorbtique ; il agit d'autant plus vite que ce principe a été rendu plus fragile par des actions mécaniques, physiques ou chimiques.

2° Pour déterminer la maladie de Barlow, les aliments scorbutigènes doivent être ingérés seuls.

3° Ils doivent l'être pendant longtemps, au moins trois mois, parfois dix ou huit mois.

Nous chercherons plus loin la raison de ces lois. En attendant, remarquons qu'elles expliquent pourquoi la maladie de Barlow ne s'observe pour ainsi dire jamais avant quatre ou cinq mois, pourquoi elle apparaît le plus souvent vers le neuvième ou le dixième mois et pourquoi elle devient exceptionnelle après quinze mois. Il faut plusieurs mois pour que l'alimentation scorbutigène développe ses effets. Pour être scorbutigène, il faut aussi que l'alimentation soit très uniforme, ce qui n'a plus lieu en général après le quinzième mois.

Pour compléter ce qui a trait à l'étiologie, il faut mettre en lumière un fait auquel on n'a peut-être pas attaché une attention suffisante : c'est l'importance de la *prédisposition*. Certains enfants sont nourris longtemps avec des aliments scorbutigènes et pourtant ils échappent à la maladie de Barlow. Deux jumeaux sont nourris exactement de la même manière ; l'un est atteint de scorbut ; l'autre reste indemne. Deux nourrissons du même âge prennent les mêmes aliments scorbutigènes ; l'un est gravement atteint de maladie de Barlow après trois mois ; le second ne présente après six mois qu'une forme fruste. Le premier avait donc une prédisposition spéciale. Les jumeaux sont plus fréquemment frappés que les autres ; mais ils le sont différemment, l'un l'étant légèrement ou même étant épargné, et l'autre pouvant présenter des accidents sérieux.

Il faut aussi relever l'influence des maladies infectieuses. Souvent la maladie de Barlow apparaît au cours d'une grippe, d'une diphtérie nasale, d'une vaccination. La syphilis congénitale y prédispose aussi. L'ingestion en excès de l'aliment scorbutigène hâte l'apparition de la maladie et la rend plus grave. Nous essaierons plus tard de préciser aussi comment agissent ces facteurs adjuvants.

Scorbut expérimental. — L'expérimentation est parvenue à reproduire chez les animaux une affection analogue au scorbut infantile.

Il semble que le scorbut expérimental ait été réalisé par Théobald Smith en 1895. Mais, c'est surtout Axel Host et Frölich qui, en 1907, ont réussi à reproduire cette affection chez les animaux. Ils nourrissent de jeunes cobayes exclusivement avec des graines de céréales (riz, seigle, froment, avoine, orge), entières ou en gruaux, écrasées ou réduites en farines, administrées en bouillies, ou même sous forme de pain obtenu à l'aide de levure ; au bout de quelque temps, les animaux maigrissent, présentent de l'œdème, leurs dents se déchaussent ; des ecchymoses se forment sur leur peau ; à l'autopsie, on trouve des hémorragies dans les os, les alvéoles dentaires, les muscles et les viscères. Si on additionne le régime d'aliments frais, tels que choux, herbe fraîche, jus de citron, le scorbut ne se produit pas ; ou, s'il s'était développé, il guérit. L'alimentation avec la pomme de terre desséchée est aussi scorbutigène que la précédente.

Le scorbut ainsi déterminé se distingue de celui de l'homme et particulièrement de l'enfant par sa marche aiguë. MM. E. Weill, Mouriquand et Michel ont cherché à reproduire chez l'animal un scorbut chronique semblable à celui du nourrisson. Ils y sont parvenus en nourrissant des cobayes avec des céréales, du foin sec et du jus de citron stérilisé ; les animaux soumis à ce régime finissent par être atteints d'un scorbut à évolution très lente, avec d'énormes gonflements juxta-épiphysaires ; on empêche la maladie de se produire ou on la guérit si elle était déjà développée en ajoutant au régime des choux, de l'herbe fraîche, du jus de fruits.

MM. E. Lesné et Vaglianos nourrissent les cobayes avec un mélange de foin, d'avoine et de son stérilisé une heure à 120°. Au bout de dix jours, leur poil se hérisse ; leur poids fléchit ; les os de leurs pattes sont gonflés et douloureux ; leurs dents deviennent mobiles et fragiles ; il se produit des hémorragies gingivales et des hématuries. Après quinze à dix-huit jours, ils ne mangent plus, se couchent sur le côté, la tête sur le plancher. Ils meurent vers le vingtième jour. A l'autopsie, on trouve des hématomes sous-périostiques sur le fémur, le tibia et les côtes ; il y a des disjonctions épiphysaires ; on voit un piqueté hémorragique sur la muqueuse de l'intestin et sur celle de la vessie. On peut empêcher ce scorbut de se produire en ajoutant au régime du lait frais ou du lait bouilli en quantité suffisante.

L'intérêt de ces expériences est considérable. Elles confirment la nature scorbutique de la maladie de Barlow. De plus, elles permettent d'étudier les facteurs scorbutigènes et les principes antiscorbutiques. Cependant, comme nous le verrons, l'action de ces derniers, tout au moins de quelques-uns, est différente suivant qu'on les fait agir sur l'homme ou sur les animaux.

(*A suivre.*)

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Les troubles crypto-lésionnels en gynécologie (*suite et fin*) (1).

Par M. Paul PETIT-DUTAILLIS,
Chirurgien de l'hôpital privé Saint-Michel.

LES ALGIES PELVIENNES INTERMENSTRUELLES.

Je voudrais persuader le lecteur de la fréquence de ces algies, sans lésion pelvienne cliniquement reconnaissable ou avec infimes lésions, tout à fait hors de proportion avec les douleurs. Je vais m'efforcer d'en résumer, non seulement la pathogénie, mais les causes, les rapports avec le cycle sexuel, le diagnostic général et le diagnostic de localisation, pour le plus grand intérêt des malades et de la repopulation qui n'est pas en hausse. Combien en ai-je arrêté, depuis quarante ans, à la porte de salles opératoires où l'on n'y croit pas, de ces algies qui, depuis, ont guéri toutes seules ou avec de simples soins médicaux dont, parfois, une psychothérapie des plus élémentaires a fait tous les frais !

Leurs *causes premières* ? Mais, cherchez-les dans l'étiologie générale de tous les troubles du même ordre chez les femmes. Ces causes, de nature très variée, se synthétisent en une *action physique* ou une *intoxication héréditaire ou acquise d'ordre chimique, infectieux, psychique.* Cherchez-les dans les *genitilia*, les *gesta*, les *ingesta*, les *excreta*, les *circumfusa* et n'oubliez surtout pas les *cogitata.*

Les *genitilia* ? Brutalité, maladresse ou impuissance du mari qui, aussi parfois, mais rarement, est vraiment par trop mal informé de ce qu'il doit faire ; les procédés anticonceptionnels ; l'excès de coït chez les jeunes mariés... Pensez-vous que soient indifférentes, pour l'équilibre endocrino-sympathique d'une jeune fille, ces danses nègres avec accompagnement de jazz-band, ces contorsions œstriennes de cannibales ou de chimpanzés, ces tortillements de serpents à sonnettes qui nous viennent d'outre-mer ? Les *gesta* ? Sédentarité ou abus des sports, abus du piano qui énerve, les secousses d'auto. Les *ingesta* ? Alimentation défectueuse, toxiques à la mode, vers intestinaux, toutes les toxi-infections possibles mais surtout le rhumatisme et la syphilis : j'ai vu une ovaralgie pure ne guérir que par le traitement spécifique. Les *excreta* ? Retard dans le transit intestinal. Les *circumfusa* ? Toutes les forces physiques ont leur action sur le sympathique : froid et chaud, pression atmosphérique, électricité atmosphérique. La nature humaine, surtout la féminine, n'a pas eu le temps de s'adapter à toutes ces inventions, téléphone, télégraphie sans fil, bousculades dans le métro et le reste, qui révolutionnent ses insécables. Les *cogitata* ? Ne tenez pas pour négligeables toutes les formes actuelles de l'intoxication mentale et dont sont aussi bien responsables la famille, l'Etat et tous ceux qui prétendent par leurs écrits, leurs discours, un art quelconque, un mode quelconque d'expression de la pensée, attirer l'attention de leurs contemporains. Pensez à l'égoïsme du mari, aux disputes avec la belle-mère, à la mauvaise éducation, aux mauvais livres, aux mauvais spectacles, etc., etc.

Les *intermédiaires morbides* ? Beaucoup d'algies, sans lésions appréciables, relèvent, ai-je dit, d'intoxications diverses : or les fonctions de désintoxication sont particulièrement actives dans le foie, les parathyroïdes, la thyroïde, la surrénale. Mais pensez particulièrement aux lésions cliniquement indécelables du sympathique. N'a-t-on pas constaté l'imprégnation du ganglion semi-lunaire par l'acide oxalique, l'imprégnation d'autres ganglions par des toxines microbiennes ? (LOEPER).

Je voudrais attirer votre attention sur les rapports de ces algies avec les diverses phases de la période intermenstruelle. Il y a un *dysœstrus*, ou œstrus douloureux et difficile, se traduisant par des ondes douloureuses au cours de l'œstrus et surtout à la fin, probablement du fait d'une trop grande activité du liquide folliculaire, d'une profondeur trop grande entre le follicule et la surface de l'ovaire, ou de par la sclérose de son cortex. Il peut même arriver qu'à la fin de l'œstrus, la ponte ne se fasse pas, que le cycle soit bloqué à ce moment, d'où des douleurs ou au moins une gêne, une irritabilité grande : ce bloquage du cycle est normal chez la lapine qui ne peut coïter et l'on comprend par suite que, s'il a lieu chez une demoiselle, le mariage soit appelé à lui réussir très bien à ce point de vue. En attendant, au cours du dysœstrus et surtout à son acmé, donnez des bains tièdes, des antispasmodiques et, dès après les règles, de l'extrait d'ovaire pour régulariser le molimen (SCHICKELÉ), si vous croyez à son efficacité thérapeutique.

Il y a des *algies de la ponte*, des douleurs abdominales au moment de la ponte, probablement du fait

(1) Voir *Journal des Praticiens*, n° 34, p. 564 ; n° 36, p. 596.

d'un liquide folliculaire trop abondant, trop irritant, projeté trop violemment. Parfois ces algies de la ponte s'accompagnent de métrorragies. Il s'agit alors de véritables *dysmétrorrhées* à mettre en regard des dysménorrhées. J'ai observé un cas d'*algie de la ponte avec hydrorrhée*, survenant très régulièrement, le dixième jour de l'intermenstrum; et un autre cas d'*algie de la ponte avec répercussivité réflexe* consistant en épreintes rectales, vésicales, état nauséeux, grande irritabilité de la sensibilité générale et psychique.

Diagnostic général des algies pelviennes intermenstruelles. — A l'algie pure conviennent particulièrement les caractères généraux attribuables à l'ensemble des troubles crypto-lésionnels : intermittence, variabilité au cours même de l'examen, coïncidence ordinaire avec d'autres phénomènes névropathiques à d'autres étages du corps. Ces caractères, très précieux, en cas de doute sur l'objectivité de la lésion, sont opposables à la fixité de la douleur organique, à son augmentation par la mobilisation de l'organe malade et coïncident d'ordinaire avec un dérèglement général du sympathique : *sympathicotonie*, rare ; *parasympathicotonie*, plus fréquente ; ou *disneurotonies* (des deux), variables et plus fréquentes. Donnez-vous la peine de les reconnaître à leurs syndromes spontanés dans le détail desquels je ne puis entrer ici et par leurs révélateurs physio-dynamiques quand elles sont latentes, tout au moins par le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe solaire.

Diagnostic des localisations. — L'algie est située sur le trajet d'un nerf (*névralgie*) ou non : en ce dernier cas, correspond à un point de la paroi pelvienne (*topoalgie*) ou à un viscère, par l'intermédiaire de cette paroi (*viscéralgie*).

Viscéralgies. — a) *Hystéralgie.* — Un utérus n'est pas douloureux du fait qu'il est atteint d'une métrite chronique. Un utérus non enclavé, douloureux par mobilisation, a dans son voisinage un foyer inflammatoire chronique. Une douleur utérine, au simple palper, peut être due à une rétention de sang, de muco-pus, d'un fibrome qui demande à sortir, à un cancer nodulaire. Mais toutes ces douleurs organiques ne peuvent guère être confondues avec une simple *hysteralgie*. On la provoque à l'état d'esquisse chez la plupart des femmes d'un équilibre quasi-normal, mais elle prend, chez les névropathes, une telle acuité qu'elle donne facilement le change, à qui n'est pas prévenu, pour une douleur d'origine inflammatoire : siégeant nettement au fond de l'utérus, au contact de la main qui le palpe et le renvoie vers les deux doigts placés sous le col, on l'attribue volontiers à une métrite inexistante. La confusion avec une douleur périmétritique n'est pas permise, car si, abandonnant toute pression sur le fond de l'organe, on le fait osciller, à droite ou à gauche, avec la main abdominale, ou si on le soulève avec les doigts vaginaux, la douleur ne se manifeste plus, tandis que c'est alors seulement ou par le palper des culs-de-sac qu'elle apparaît en cas d'annexite.

b) *Ovaralgie.* — Généralement, chez les névropathes, et contrairement aux leçons de la clinique du bureau, quand l'ovaire, ni infecté, ni néoplasique, est à sa place, et qu'on arrive sur lui, sans brutalité, il n'est guère plus sensible que chez une femme quasi-normale; il peut même l'être moins. Mais il devient *extrêmement douloureux* (même chez des femmes d'un équilibre à peu près normal), au moindre toucher gynécologique, au coït ou du fait d'une secousse quelconque, quand il est prolabé sur le ligament ou jusque dans le cul-de-sac de Douglas, en coïncidence *ou non* avec une rétroversion utérine. L'extrême acuité de la douleur contraste avec la parfaite mobilité de l'organe, l'intégrité de sa forme, de son volume et de sa consistance. En cas de doute, mobiliser l'utérus. Le *prolapsus algique de l'ovaire*, sans lésions apparentes de l'organe, sans adhérences ou varices périphériques, encore une fois, n'est pas une entité imaginaire : je l'ai plus d'une fois vérifié par une laparotomie que j'ai fait suivre d'une ligamentopexie abdominale avec le ligament rond ou d'une simple ovaropexie, suivant que l'utérus était rétroversé ou non. Quand il n'y a pas rétroversion, la chute semble due au relâchement du ligament ovaro-pelvien : l'hypersensibilisation s'explique par les tractions exercées sur les filets sympathiques qui s'y trouvent.

c) *Cystalgie.* — Très commune chez la femme. Comme seuls symptômes : envies fréquentes d'uriner et douleurs en urinant. Le diagnostic se fait surtout par l'intermittence de ces phénomènes et par élimination : pas de signes objectifs : urine claire et aseptique ; les trois sensibilités à tension, pression et contact sont silencieuses ; examen cystoscopique, négatif. Ni concentration des urines, ni richesse en acide oxalique. Pas de tumeur pelvienne. Ni lithiase, ni polype muqueux de l'urètre qui puisse faire penser à un réflexe urétro-vésical, réno-vésical ou uretéro-vésical.

Algies pariéales. a) *Algies du mur et du plancher du petit bassin.* La *névralgie du nerf honteux interne* est *assez fréquente* et sa méconnaissance peut engendrer,

comme je l'ai déjà bien des fois constaté, une bien grosse erreur : à l'état normal, si on appuie successivement l'index, introduit dans le vagin, sur le bord inférieur de l'épine sciatique, au point d'entrée du nerf dans l'aponévrose de l'obturateur interne, puis sur le bord interne de la branche ischio-pubienne, vers son 1/3 ant., au point où le nerf l'aborde avant de se terminer sur le dos du clitoris, on détermine, en ces deux endroits, une certaine sensibilité; mais il faut pas mal insister pour que la malade se plaigne. Si le nerf est algique, dès la moindre pression, la malade accuse une vive douleur, fait un mouvement de défense et parfois se met en arc de cercle. Qui n'est pas averti et, se portant à l'exploration du cul-de-sac vaginal, frôle du doigt le bord inférieur de l'épine, c'est-à-dire le nerf, croit à une douleur annexielle. L'erreur est des plus faciles.

Ordinairement, les points douloureux *latéro-cervicaux* correspondent à des reliquats de paramétrite chronique, fréquents autrefois, beaucoup plus rares aujourd'hui, parfois à peine perceptibles, et en relation avec des déchirures infectées du col. Mais il en est d'autres, plus postérieurs, siégeant manifestement, soit sur le flanc rectal, au niveau du ganglion hypogastrique, soit un peu plus en avant, à la base du ligament utéro-sacré, au point où les nerfs utérins émergent du ganglion.

Coccycodynie. — Assez fréquente chez la femme. Les lésions avérées arrière-mises (vices de position, fractures, luxations, ostéites et ostéoarthrites, kystes dermoïdes rétro-coccygiens), restent : l'action, sur les plexus nerveux coccygiens, d'une contusion simple, du froid, du rhumatisme chronique, — l'irradiation, dans ces plexus, de douleurs provenant de lésions nerveuses du sympathique pelvien (annexite et paramétrite chronique), de la queue de cheval, — des lésions du tabes. La douleur provoquée par la position assise, le décubitus dorsal, la marche (tiraillements exercés par les grands fessiers), la défécation, — par le toucher, appuyé, vagino ou recto-dorsal, des bords et des faces du coccyx, — fait soupçonner une lésion du coccyx ou un kyste dermoïde. Une fistule, une crépitation, une mobilité anormale, une douleur très limitée sur l'os, les signes ordinaires d'une péri ou paramétrite permettent de préciser la lésion causale, qu'il faut toujours chercher.

b) *Algies de l'enceinte du grand bassin (hypogastre, fosses iliaques et région lombo-sacrée).* — Sicard a très justement dénommé le *lumbago : la maladie des trous de conjugaison lombaires.* C'est là, en effet, que sont les centres des irradiations douloureuses et qu'il faut faire de la révulsion. Le lumbago *traumatique*, le *tour de reins* est fréquent chez la femme de ménage et même, en ces temps difficiles, chez la maîtresse de maison. Le lumbago dû à l'intervention du froid sur une prédisposition rhumatismale est encore plus commun. Le lumbago *dû à une affection de la colonne vertébrale ou de son contenu* est beaucoup plus rare ; il faut cependant y penser, même si l'on prétend n'être que gynécologue, quand un lumbago se prolonge : l'étude des mouvements, des déformations de la colonne, de la radiographie, des réflexes tendineux, du liquide céphalo-rachidien permet de faire le diagnostic de cette origine multiple du lumbago. Enfin s'il y a un *lumbago viscéral* attribuable à la lithiase biliaire ou aux maladies des reins, je n'en ai jamais constaté, d'origine pelvienne, chez la femme.

De même et contrairement à ce qu'on lit encore dans certains livres, la *névralgie lombo-abdominale* n'est-elle jamais due aux lésions de ses organes génitaux internes. Les différents chefs originels de cette névralgie sont les mêmes que pour le lumbago qui en représente l'élément radiculaire à l'état isolé. Sa forme *humorale, diathésique*, est *extrêmement fréquente* chez les femmes ; je vous rappelle ses points vallexiens : *costo-vertébral* (angle dernière côte et colonne vertébrale) ; *costo-musculaire* (angle dernière côte et masse sacro-lombaire) ; *sus-iliaque latéral* (au-dessus du milieu de la crête iliaque) ; *intra-épineux* (entre les deux épines iliaques antérieures) et *inguinal* (orifice inguinal externe).

Quand la vésicule biliaire est en jeu, on trouve un autre point douloureux au niveau de l'extrémité antérieure de la 11e côte (Hartmann) ; quand c'est le rein, à la pointe de la 10e côte, au-dessous du rebord costal.

L'uretérite de nature lithiasique ou autre se révèlera sous votre doigt, par : le point *para-ombilical* de Bazy (sur l'horizontale passant par le nombril, en dehors du grand droit), le *point uretéral moyen* (à la bifurcation de l'iliaque primitive) et le point *urétéral inférieur* ou *vésico-vaginal* (à l'abouchement de l'uretère dans la vessie).

Le confluent algique de la fosse iliaque droite. — Pour toute douleur dans la fosse iliaque droite, il faut penser, non seulement à l'appendicite, mais à la typhlo-colite, la stase colo-cœcale, l'uretérite, la cholécystite et la *simple algie sympathique.*

Le diagnostic d'appendicite chronique est facile quand on a suivi la crise aiguë ou s'il persiste d'importantes séquelles (défense pariétale, empâtement profond, *formule hématologique*). Autrement,

la localisation de la douleur au point de Mac Burney ou de Lanz ne suffisant pas, la *localisation radioscopique après lavement baryté* serait de rigueur et il faudrait, dit-on, pour que le diagnostic « appendicite » soit admissible : que, sous l'écran, la douleur se localise sur l'appendice si on le voit, ou sur son point normal d'implantation, et qu'elle se mobilise avec l'un ou l'autre ; que l'examen sous l'écran, combiné aux renseignements cliniques permette d'éliminer le reste. Je voudrais pouvoir dire que l'examen sous l'écran met à l'abri de toute erreur. Il n'en est malheureusement rien. Il m'est arrivé plusieurs fois qu'un radiologiste distingué me déclarât : ou que l'appendice était adhérent et il ne l'était pas, et douloureux et il n'était guère malade, — ou bien qu'il était parfaitement libre et sain, et il ne l'était pas du tout. Je préfère m'en tenir à la fixité de la douleur au point de Mac Burney, à la défense pariétale, si légère soit-elle, à l'absence d'algies pures en d'autres points, à la coïncidence de troubles digestifs, particulièrement après les repas et, au besoin, à l'étude de la leucocytose.

S'il y a *typhlo-colite*, l'intestin est douloureux sur une grande étendue ; il se contracture sous votre main, il rend des glaires, des fausses membraues, du sable.

S'il y a *stase colo-cæcale*, de quelque ordre que ce soit, on peut déjà la diagnostiquer, en bloc, à la sensation du boudin cæcal rempli de gaz et de matières, au bien-être éprouvé par la malade après évacuation d'une selle ou s'un simple gaz, et à la constipation du côlon droit constatée sous l'écran : cæcum et côlon ascendant doivent être vides, douze à quinze heures après le repas baryté.

La stase colo-cæcale peut être due : à l'*insuffisance fonctionnelle de la valvule de Bauhin* (reflux sous l'écran et la stase atteint la fin de l'iléon) ; à la *ptose cæcale*, avec ou sans *mobilité anormale du cæcum*, le déplacement pouvant être de 9 à 11 cm. (DE MARTEL et ANTOINE) ; à la *ptose du côlon droit*, avec ou sans *accolement en canon de fusil au côlon transverse* ; réductibles ou non, ces stases se constatent sous l'écran.

La stase peut encore être due à des obstacles divers à la périphérie du cæco-côlon : *bride de Lane* (sous l'écran : contracture spasmodique de la terminaison de l'iléon, coudure en V au delà, point douloureux correspondant) ; — *fixation du cæcum par adhérences inflammatoires* (mobilisation impossible ou très limitée) ; ces adhérences peuvent n'être pas seulement péricæcales et s'étendre à tout ou partie du pelvis, donnant lieu à cette pelvipéritonite d'origine appendiculaire (je l'ai plusieurs fois constatée) qui, respectant souvent les pavillons tubaires, ne nécessite, en pareil cas, qu'une libération des annexes et l'extirpation de l'appendice. Le gynécologue doit toujours en faire le diagnostic par mobilisation de l'utérus. *Epiploïte chronique* (douleur en dedans du cæco-côlon). *Membrane de Jackson*, que j'ai rencontrée une fois, jetée, comme un voile membraneux, sur le côlon ascendant (sous l'écran : dilatation du cæco-côlon, au-dessous, et sténose au-dessus). *Péricolite de l'angle droit du côlon* (points douloureux — disséminés dans la région sous-hépatique, — impossibilité d'ouvrir, par pression, sous l'écran, l'angle colique droit).

La douleur de la fosse iliaque droite peut *relever de l'uretère* ou du rein : informez-vous si les urines sont troubles ou sanglantes, chargées de brique pilée, s'il y a pollakiurie et dysurie, douleurs provoquées par les cahots ; — examen bactériologique, même si les urines sont claires (colibacillurie d'HEITZ-BOYER) ; recherchez les différents points douloureux dont j'ai parlé plus haut et, au besoin, demandez le cathétérisme urétéral pour dépister le calcul ou l'hydronéphrose.

Pensez aussi à la *cholécystite*.

Enfin, si toutes les recherches précédentes sont négatives, dites-vous que vous avez affaire à une *douleur purement sympathique*, ou à une névralgie du *dernier nerf intercostal* (BROCA) qui vient s'épanouir au devant du cæcum, névralgie dont le diagnostic, facile, a souvent lieu d'être fait : en plus de la douleur de Mac-Burney, il en existe deux autres déjà indiquées : *point costo-vertébral* et *susiliaque latéral*, à l'émergence de la principale perforante du nerf.

Pour confirmer le caractère crypto-lésionnel des algies pelviennes de toute nature, ne manquez pas de rechercher les cœlialgies, de même ordre, ordinairement concomitantes : point *solaire* ou *épigastrique* très fréquent, ordinaire même chez les névropathes, situé à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde. Ce point ne varie pas de siège quand la malade est couchée ou debout.

Quand il dépend d'une ptose, si fréquente chez les déclanchées de partout, il s'atténue si, la malade étant debout, et vous plaçant derrière elle, vous soulevez la masse intestinale avec les deux mains faisant ceinture (*épreuve de la sangle*). Interrogez aussi le point *para-ombilical droit* ou *mésentérique supérieur* (à droite et à 5 cm. de l'ombilic, se confondant avec le point urétéral de Bazy) et le point *para-ombilical gauche* ou *mésentérique inférieur* : à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La lithiase rénale.

Pendant la crise : *repos au lit*, *injection* avec 0 *gr.* 005 *de morphine*, à renouveler au bout d'une heure si la douleur persiste.

Compresses humides et chaudes sur la région rénale, couvertes de taffetas gommé et de coton. A renouveler toutes les trois heures.

La crise douloureuse s'accompagne de vomissements. Contre ces derniers, *pilules de glace* toutes les heures.

Quand les vomissements auront cédé, *boissons abondantes* : Eau de *Vittel* (Grande Source), de *Contrexéville*, de *Martigny*, de *Capvern*, deux verres de 150 grammes à jeun et à vingt minutes d'intervalle. En plus un verre à 4 heures.

Les eaux minérales pourront être remplacées par une tasse de 250 grammes de tisane : *fleurs de fèves des marais* (5 gr. p. 1000), *chiendent*, *busserolle*, *stigmates de maïs* (20 gr. p. 1000), etc.

Théoriquement, car il faut prescrire quelque chose : cachets d'*acide thyminique* à 0 gr. 25 ou potion avec du *quinate de piperazine* (dissolvants uratiques).

Quinate de piperazine.	3 grammes
Eau distillée	300 —

Une cuillerée à soupe avant le repas du midi et du soir : 10 jours.

Les dix jours suivants, cachets avec l'*acide thyminique*. Alterner ainsi.

Se méfier des eaux *alcalines* fortes, telles que Vichy. En alcalinisant les urines, elles risquent de de précipiter des phosphates alcalins qui viendront s'incruster sur le calcul urique primitif.

Régime alimentaire végétarien avec du lait au premier déjeuner et des viandes tendres, grillées ou rôties à midi. Eviter l'oseille, riche en oxalates. Les viandes chargées en purines (ris de veau, cervelles) n'ont pas d'influence fâcheuse. Les composés uratiques qu'elles produisent sont éliminés à mesure de leur absorption, par les tisanes diurétiques absorbées en même temps.

S'il se produit des *accidents infectieux* : *compresses chaudes* sur les reins, piqûres de *septicémine* : 2 par jour. Les piqûres de vaccin anticolibacillaire réussissent souvent, 500 millions de germes par centimètre cube, 1/3, 1/2, 1 cc., 1 cc. 1/2, 2 cc., tous les trois ou quatre jours : 10 à 12 piqûres en tout.

Si possible, station hydro-minérale à une des eaux énumérées plus haut.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'aérophagie et son traitement.

Par M. le Dr Pierre Lowys,

Ex-médecin adjoint du Sanatorium de Gorbio (Menton).

Le fait banal en apparence d'avaler de l'air en quantité immodérée peut amener une série de désordres susceptibles de faire errer le diagnostic et partant la thérapeutique. On peut ainsi se trouver en présence de troubles variés que l'on étiquète : appendicite, dyspepsie hyperchlorhydrique, vomissements incoercibles de la grossesse, hoquet à type épidémique, colique hépatique, crise d'asthme ou d'angor, etc. Aussi Leven a-t-il eu le mérite d'étudier avec précision cette autre « grande simulatrice », et nous nous inspirerons de ses travaux au cours de cette étude sommaire mise au point.

I. — Un sujet « nerveux » souffrant, ou croyant souffrir, de l'estomac, voit son attention se fixer sur cet organe. Il remarque un jour que les renvois de gaz le soulagent ; désormais, il va provoquer ces bienfaisantes expulsions d'air, consciemment d'abord, puis réalisant sans s'en rendre compte un véritable tic. Mais, pour pouvoir donner issue au gaz intra-gastrique, il lui faut préalablement déglutir de l'air avec sa salive, pour ouvrir le cardia ; l'éructation bruyante, mais inoffensive, est précédée d'une « inructation » silencieuse, mais cause de tout le mal. En surprenant le sujet en flagrant délit d'avalement d'air, on le voit brusquement incliner le menton sur la poitrine, « il se recueille pour avaler » (Soupault).

Lorsque l'inflation gazeuse, si nous osons dire, ainsi réalisée est telle que les renvois ne peuvent évacuer l'excès de gaz, l'estomac distendu à l'excès va provoquer, soit directement par com-

pression, soit indirectement par voie réflexe, une foule de troubles variés (1).

Nous voyons se présenter à nous un sujet « nerveux » (LIVET a justement fait remarquer que les crises d'aérophagie coïncidaient souvent avec des périodes de dépression). D'une voix émue, il nous raconte avec une avalanche de détails aussi précis que superflus, qu'il a des digestions lentes et pénibles, que, fréquemment, il a des vomissements, alimentaires ou muqueux, que son intestin fonctionne irrégulièrement, et brusquement, au milieu de son discours, éclate une salve de renvois *inodores* et *insipides*, qui amènent un soulagement momentané (la pression du creux épigastrique peut amener cette décharge gazeuse). Voilà la signature de l'aérophagie.

Une fois notre malade dévêtu, nous notons un abdomen volumineux et tympanique, l'hypersonorité mordant sur l'espace de Traube ; l'estomac est atone et clapote bruyamment, la pression du plexus solaire est pénible. Si l'aérophagie se complique d'*aérocôlie* (LEVEN), autrement dit si l'air contenu en excès dans l'estomac force le pylore et vient distendre les côlons, on relève deux zones douloureuses, une dans le flanc droit, l'autre dans l'hypocondre gauche ; elles correspondent aux angles hépatique et splénique, espaces rétrécis au niveau desquels l'air sous tension se fraie douloureusement passage.

Enfin, la radioscopie apportera la dernière certitude; l'écran fluorescent nous montre, sautant aux yeux, par sa vive clarté et ses dimensions anormales, une poche à air gastrique soulevant le diaphragme gauche (qui est paresseux) et le cœur, tassant le poumon gauche. L'ingestion de bouillie opaque montrerait son accumulation dans la portion inférieure de l'œsophage, extériorisant un spasme du cardia, qui coexiste souvent d'ailleurs avec un spasme pylorique (2).

(1) On a signalé d'autres causes provoquant l'aérophagie : la tachyphagie, l'air pénétrant avec les volumineux morceaux de nourriture non mâchés ; la rhinopharingite chronique, où les mucosités qui coulent le long du pharynx entraînent de l'air avec elles ; le port d'un appareil dentaire mal adapté que le sujet « rumine » constamment avalant ainsi de l'air (JOSSERAN).

(2) LEVEN a décrit des petits signes d'aérophagie que nous avons souvent retrouvés : sensibilité spéciale du cou, par irritation laryngée (le malade ne peut porter de col serré ; quant aux dames, nous n'en parlons pas, parce qu'avec la mode actuelle, toutes les femmes seraient aérophages !) ; aspect brillant et humide, comme fardé, des lèvres et de la langue, dû à la sialorrhée ; celle-ci se traduit aussi par le signe de l'oreiller que le patient trouve mouillé de salive, au réveil ; impossibilité de dormir en décubitus latéral gauche, le poumon gauche étant encore plus comprimé, et amenant ainsi un brusque réveil en sursaut, avec vive angoisse précordiale.

Lorsque l'aérophagie se présente sous cette forme, pseudo-dyspeptique, le diagnostic est généralement aisé. Il n'en est pas de même quand on est en face des accidents réflexes, parfois fort impressionnants : LEVEN cite plusieurs cas de vomissements incoercibles de la grossesse qui, vu la profonde dénutrition causée, allaient faire interrompre la grossesse quand le traitement approprié de l'aérophagie amena une prompte et complète guérison.

Schématiquement, on peut grouper ainsi ces accidents : cardiaques (palpitations, arythmie, fausse angine de poitrine), pulmonaires (dyspnée d'effort, surtout après les repas, faux asthme), nerveux (vertiges, bourdonnements d'oreille, tendances syncopales).

Pour découvrir leur vraie nature, il faut comme toujours, d'abord y penser, rechercher les signes énumérés et employer un procédé très simple indiqué par LEVEN : rechercher si la douleur — ou tout autre symptôme morbide — disparaît par un changement d'attitude (décubitus ventral ou dorsal, latéral droit ou gauche). On déplace ainsi l'air bloqué dans une portion du tube digestif, réalisant une prompte épreuve à la fois diagnostique et thérapeutique.

TRAITEMENT

II. — 1° *Calmer l'éréthisme nerveux.* — Outre l'hygiène générale et la psychothérapie, indispensables, il faut faire appel aux médicaments antinervins. Nous donnons la préférence à ceux qui avant tout sont inoffensifs : le benzoate de benzyle, l'aubépine et la valériane.

a) Benzoate de benzyle : trois, quatre fois par jour, XX-XXX gouttes de Rhodazil, dans un peu d'eau ou de lait (a également une action hypotensive nette) ; *b*) aubépine (agira encore mieux si prescrite sous son nom latin de « crataegus oxyacantha ») : X-XX gouttes de teinture avant les deux grands repas, ou le soir au coucher. On peut l'asso;ier à la passiflore (« passiflora incarnata »), à parties égales ; *c*) valériane : préférer au classique, mais bien peu actif valérianate d'ammoniaque (2-4 cuillers à café, au coucher, dans un peu d'eau, d'un mélange à P. E. de valérianate et eau de fleurs d'oranger pure, aromatisée avec un peu d'essence de menthe), l'extrait de valériane, qui représente le suc frais de la plante (3-4 cuillers à café p. d. dans une infusion calmante).

2° *Supprimer le tic d'avalement.* — Une fois que l'on a démontré au malade la réalité de ce tic, il faut lui interdire d'avaler sa salive. Comme il est impossible d'avaler, la bouche ouverte, il

suffit de maintenir les arcades dentaires écartées, surtout pendant la digestion, avec un morceau de bois quelconque (crayon, ou fume-cigarettes...). Et naturellement on écartera tout ce qui peut favoriser la sécrétion salivaire exagérée : rhino-pharyngite, tabac, aliments épicés, alcool, etc.

3° *Stimuler l'appétit.* — Tout praticien possède dans son arsenal thérapeutique de nombreuses formules, mélangeant les teintures de colombo, quassia, noix vomique, ipéca, cascarille, etc. En voici, une, moins connue, de L. MEUNIER :

Teinture de gentiane		7 cc.
— badiane	ââ	10 cc.
Alcoolature de citron		

XX-L gouttes dans un verre à bordeaux d'eau sucrée.

Dans les cas fréquents de digestions lentes, avec pesanteur gastrique, céphalée et narcolepsie post-prandiales, selles molles, la médication acide réussit bien : soit tout simplement, X-XV gouttes d'acide chlorhydrique avant les deux grands repas dans un peu d'eau (prévenir le malade que « cela pique »), ou la mixture que DETTWEILER préconisait contre l'anorexie des tuberculeux :

Chlorhydrate de quinine		0 gr. 10
HCl	ââ	1 gr.
Pepsine		
Sirop d'éc. or. am.		20 gr.
Eau dist.		190 gr.

Par cuillers à soupe, ou la Dyspeptine (suc gastrique de porc). Elle se donne à la dose de 1-2 cuillers à soupe, avant les deux grands repas, dans un peu d'eau acidulée de préférence, et possède une action stomachique nette.

4° *Favoriser le transit gastrique.* — Manger lentement en mastiquant bien ; pas de régime féroce, mais une bonne nourriture de famille, en évitant seulement les aliments « lourds », faisandés, conservés, et les préparations indigestes ; rectriction au maximum du pain, avec suppression de la mie. Comme régime des boissons, une heure avant les deux grands repas, un verre d'eau (de Pougues si l'on veut), et, à la fin du repas, une tasse d'infusion *très chaude* (feuilles d'oranger, verveine odorante, anis étoilé, menthe, tilleul) ; ne pas boire entre les repas, et ne jamais boire froid ou glacé. Après le repas, rester allongé confortablement, pendant une, deux heures (de préférence en décubitus latéral droit qui « ouvre » davantage le pylore) avec de la chaleur abdominale, sous une forme quelconque (brique chaude, sac de cendres ou sable chauds, cataplasme de farine de lin, compresses humides chaudes recouvertes d'un imperméable, taffetas gommé ou, à défaut, vulgaire papier huilé, puis de deux couches de coton, cardé, puis hydrophile).

5° *Calmer les douleurs gastriques.* — Dans les cas de spasme intense, on peut utiliser soit l'eau chloroformée saturée, dédoublée avec P. E. d'eau de tilleul ou de menthe, ou de chaux, 3-6 cuillers à soupe p. d., soit la teinture de belladone, à doses progressivement et prudemment croissantes, puis décroissantes après un « plateau » de plusieurs jours.

Toujours se méfier des idiosyncrasies possibles ; s'en abstenir chez les individus âgés, à œil dur, les cardiaques ou hypertendus.

LEVEN donne la préférence au bromure *de sodium* (souligner « de sodium » sur l'ordonnance, pour que le pharmacien ne risque pas de donner du *H*Br, plus irritant pour l'estomac). Il formule, d'une solution à 20/300, une cuiller à soupe *au milieu* des deux grands repas. On peut aussi faire appel au sédobrol, dont chaque tablette, délayée dans un litre d'eau chaude, donne une assiette de bouillon renfermant 1 gramme de NaBr.

Il est utile de réaliser un pansement gastrique. Et, au lieu des coûteuses doses massives de bismuth, LEVEN prescrit :

Carbonate de bismuth	10 gr.
Gomme arabique pulvérisée	20 —
Eau distillée	300 —

Verser peu à peu le Bi dans la solution gommeuse en agitant chaque fois. Fermente vite ; agiter avant de s'en servir. Doses : 3 cuillers à soupe par jour, une à chaque repas ; on peut en donner deux supplémentaires, à 10 heures et 17 heures et, dans les cas graves, on peut aller jusqu'à dix cuillers par jour (une toutes les heures et demie, de 7 h. 30 à 21 heures).

6° Enfin, LEVEN conseille cette *physiothérapie* après une inspiration nasale légère, expiration prolongée comme si on voulait courber la flamme d'une bougie sans l'éteindre. Automatiquement, ce mouvement est suivi d'une rentrée d'air brutale. Rythme : une série de cinq expirations successives de demi-heure en demi-heure, soit en tout 15-20 séries par jour (ce chiffre peut être dépassé).

Ne pas pousser trop loin les mouvements respiratoires pour éviter les vertiges avec tendance syncopale par anémie cérébrale. Il est préférable d'exécuter ces mouvements en position allongée, à son aise. En même temps que le ventre diminue de volume et que les symptômes s'effacent, on voit l'épigastre qui se projetait à l'extérieur lors de l'inspiration, devenir peu à peu immobile puis se rétracter, comme à l'état normal.

THÉRAPEUTIQUE QUOTIDIENNE

Le facteur ano-rectal dans la constipation.

Parfois la constipation est liée à des lésions ano-rectales (excoriations, hémorroïdes). Un traitement sédatif de la région permet d'obtenir la détente du sphincter. LEVEN recommande, chez tous les constipés, la *compresse chaude* appliquée pendant une heure avant le lever. Les *courants de haute fréquence* donnent d'excellents résultats contre l'élément spasmodique ano-rectal et permettent la guérison des fissures, décongestionnent nettement les hémorroïdes. Restent encore les *pansements rectaux* dont nous empruntons la description au livre de MM. Victor PAUCHET et GAETLINGER (*La Constipation*). Les suppositoires réussissent, mais il ne les faut pas à la glycérine qui irrite et congestionne la muqueuse. On emploie les suppositoires au beurre de cacao auxquels on incorpore 0 gr. 01 à 0 gr. 02 d'*extrait de belladone*. Chez d'autres malades, les petits *lavements d'huile* réussissent (au coucher 60 à 100 gr. d'huile tiédie et pure, à garder la nuit).

La *méthode de Friedel* consiste à employer la *gélose* en émulsion crémeuse, à laquelle on ajoute des poudres inertes absorbantes (*oxyde de zinc, talc*). On incorpore à la masse ainsi obtenue des médicaments calmants (*laudanum, antipyrine, cocaïne, teinture de belladone*). Après avoir brassé le mélange avec une seringue de Guyon, on pousse le contenu d'une seringue dans le rectum, à l'aide d'une sonde rectale molle.

Ce pansement administré à la température du corps et sous faible pression est bien supporté ; on le donnera de préférence le soir au coucher. Ce pansement réalise, quand le malade va à la selle, une couche isolante qui protège le rectum et le met à l'abri des irritations. Le spasme diminue très vite et les médicaments calmants seront remplacés par des antiseptiques (*goménol*).

Contre les *hémorroïdes* volumineuses, le traitement chirurgical s'impose. MM. BENSAUDE et OUDRY recommandent les injections sclérosantes. Injecter au pourtour des hémorroïdes 3 à 5 cc. d'une solution à 5 p. 100 de chlorhydrate double de quinine et d'urée. Cette injection indolore ne nécessite ni anesthésie ni repos au lit. Une injection tous les huit jours. Il suffit de six à douze pour obtenir la disparition des paquets nerveux.

Les extirpations chirurgicales ne font courir aucun risque puisqu'elles peuvent se faire sous anesthésie locale, mais elles exigent un repos de huit jours.

CLINIQUE MÉDICALE

Le rose bengale dans l'exploration fonctionnelle du foie.

L'exploration fonctionnelle du foie au moyen des épreuves colorantes consiste à étudier le mode d'élimination par cet organe de colorants introduits directement dans la circulation générale. Le colorant doit être évidemment un colorant à élimination biliaire prépondérante sinon exclusive ; la capacité fonctionnelle du foie est mesurée soit en aval, par étude du mode d'élimination du produit de la bile prélevée par tubage duodénal, soit en amont par colorimétrie du sérum sanguin et constatation de la vitesse de disparition du colorant.

L'une et l'autre méthode ont leurs avantages ; l'étude de la bile paraît à première vue plus précise : le colorant que rejette le foie semble témoigner directement du rendement hépatique sans que puissent intervenir d'autres facteurs. Ce n'est là qu'une apparence, et l'étude de l'élimination biliaire ne supprime nullement la cause d'erreur provenant des autres émonctoires. La fuite du colorant qui peut se produire par ceux-ci modifie considérablement la pression de ce dernier (si l'on peut dire) au niveau du filtre hépatique, autrement dit, le milieu coloré dans lequel puise la foie. Les causes d'erreur sont donc les mêmes dans les deux cas ; mais par contre l'examen du sérum est considérablement plus simple (il est plus commode de prélever quelques centimètres cubes de sang que de faire un tubage duodénal). Aussi est-ce là le procédé le plus généralement pratiqué. La technique la plus répandue est celle de ROSENTHAL à la phénoltétrachlorephtaléine. Noël FIESSINGER et Henry WALTER (*L'exploration fonctionnelle et l'insuffisance hépatique*, Masson édit. 1924) en ont discuté la valeur.

D'une part, au point de vue général la fonction explorée est peu importante : la fonction d'élimination ne paraît qu'accessoire à côté des fonctions glycogénique ou protéique, par exemple ; de plus, l'épreuve à la phénoltétrachlore est considérablement troublée par l'intervention d'un élément rénal compensateur ; enfin, la technique est difficilement applicable en raison des prix de revient.

Pour ces différents motifs, Noël FIESSINGER et Henry WALTER (*Société Médicale des hôpitaux*, s. du 19 mars 1926), ont étudié un autre colorant, le rose bengale, ou diiodotétrachlorefluorescéine des séries triphénylméthane, préconisé en Amé-

rique par KERR, DELPRAT, EPSTEIN et DUNIEWITZ ; le rose bengale en effet présente entre autres avantages celui d'être commun et peu coûteux, et de s'éliminer presque exclusivement par le foie.

La technique américaine étant trop compliquée, les auteurs la simplifient de la manière suivante (*Soc. de Biologie*, 20 février 1926).

Ils injectent une dose de colorant proportionnelle au poids du sujet (1,5 miligramme par kilogramme ; la solution employée est concentrée à 15 milligrammes de colorant par centimètre cube). Après quarante-cinq minutes on recueille un peu de sang sur oxalate, et après centrifugation on dose colorimétriquement le rose restant dans le sang. Ainsi pratiquée, la méthode est d'une très grande simplicité, elle ne nécessite qu'une instrumentation minime, elle peut être exécutée très rapidement.

Le rose bengale est un colorant qui présente en outre des avantages incontestables sur la phénoltétrachlorephtaléine :

La facilité avec laquelle on peut se procurer le produit en France et son bas prix de revient ;

Son innocuité absolue : sur plus de 50 observations pas le moindre ennui : pas d'incidents, pas de malaises, pas de thromboses veineuses, aucun trouble si quelques gouttes de colorant filtrent dans le tissu cellulaire sous-cutané. La seule précaution à prendre est de laisser le malade une à deux heures après l'injection du produit, sinon dans l'obscurité, du moins à l'abri de la grande lumière : l'activité photodynamique du produit serait susceptible de produire une légère hémolyse qui, si elle est sans conséquences pour le sujet, du moins fausserait les résultats colorimétriques.

En ce qui concerne l'élimination urinaire, elle est la règle. Sur 50 cas, 4 seulement ne la présentaient pas, et encore étaient-ils tous 4 atteints ou suspects de lésion rénale. Néanmoins, si cette élimination est la règle, elle n'est jamais très abondante : il est tout à fait exceptionnel, sauf dans les cas d'ictère, qu'elle atteigne 5 p. 100. On peut donc dire pratiquement que si l'élimination urinaire est la règle elle reste toujours à des taux assez minimes pour n'être pas une cause d'erreur importante.

Des observations rapportées par ces auteurs, il résulte qu'une rétention de 2 à 3 milligrammes par litre correspond à un fonctionnement normal, que dans les coirrhoses, les ictères, les grandes insuffisances hépatiques, l'élévation de la rétention s'élève à 11,10 milligrammes par litre.

Souvent dans ces cas Noël FIESSSINGER et Henry WALTER faisant une étude fonctionnelle du foie par l'exploration de la fonction pigmentaire : urobilinurie, bilirubinémie jugée à l'indice biliaire plasmatique d'Henry WALTER ;

Par l'exploration de la fonction sanguine : temps de coagulation et temps de saignement ;

Par l'exploration de la fonction glycogénique : glycosurie alimentaire étudiée dans son temps ;

Par l'exploration de la fonction protéique par le coefficient anmoniacal corrigé dans l'épreuve du miel de Noël FIESSINGER, Ch. O. GUILLAUMIN et Henry WALTER,

Constatent le parallélisme de la déficience fonctionnelle dans les grandes insuffisances hépatiques, contrastant avec l'asynergie fonctionnelle des petites insuffisances hépatiques.

A la fin de leur mémoire, Noël FIESSINGER et Henry WALTER montrent les renseignements que l'on peut tirer de cette exploration fonctionnelle.

1° *Orientation diagnostique.* — Une malade entre dans le service avec une circulation sous-cutanée abdominale de dérivation, du type « cave-cave » ; léger œdème malléolaire, grosse rate, foie paraissant de dimensions normales. Le diagnostic s'oriente vers une cirrhose atrophique avec grosse rate, et compression portale. Mais l'épreuve du rose est normale : 2,5. On cherche à confirmer cette épreuve par d'autres ; or, la bilirubinémie est normale, les temps de saignement et de coagulation normaux. L'hypothèse de cirrhose est écartée et la suite des événements confirme le diagnostic.

Une malade présentant un état général fort mauvais se présente avec une ascite sans circulation collatérale ; impossible de se rendre compte du volume du foie et de la rate ; une ponction exploratrice montre un liquide chyleux. On pense à une péritonie bacillaire. Mais le taux de rose est très élevé, à 13 ; on fait d'autres épreuves qui corroborent la première. Il s'agit donc d'une ascite cirrhotique, ce que confirment d'ailleurs les événements.

Une gastrique éthylique ne présentait aucune manifestation clinique d'atteinte hépatique, mais ses antécédents nous faisaient rechercher d'autant plus une lésion possible que cette malade présentait un début de polynévrite. Ses conjonctives et ses muqueuses ne présentaient aucune trace du moindre subictère ; d'ailleurs, la bilirubinémie était normale aussi bien au van den Bergh qu'à l'indice biliaire du plasma ; l'urobilinurie aussi était normale. Le « rose » est très au-dessus de la moyenne, à 5,5. La glycosurie alimentaire est très fortement positive. Le coefficient de Maillard et le C. A. C., sont proportionnellement plus élevés encore, et malgré l'absence d'atteinte de

la fonction biliaire, on a pu affirmer l'atteinte relativement marquée de la cellule hépatique.

2° *Orientation pronostique.* — Une malade est atteinte de cirrhose de Cruveiller-Baumgarten, forme habituellement d'évolution bénigne et prolongée ; mais elle est très fatiguée, elle a un peu de subictère, elle présente des hémorragies ; on fait un rose bengale : il montre un taux très élevé, de 12 ; on fait alors d'autres épreuves ; toutes, qu'elles s'adressent à la fonction glycogénique, protéique, pigmentaire ou sanguine, viennent confirmer un pronostic réservé.

Un malade en traitement au cyanure pour une cirrhose ascitique, avec gros lobe gauche ; à son arrivée le taux rétentionnel du rose est de 6,5 ; un mois plus tard quand il part débarrassé de son ascite le taux est passé à 5,5. Les autres épreuves corroborent cette amélioration clinique et permettent d'affirmer que le pronostic est moins sombre.

Ainsi ces auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

L'épreuve du rose bengale constitue pour l'exploration de la fonction d'élimination du foie une méthode simple, facile et sans danger.

C'est une épreuve qui, si elle ne peut permettre de « doser » l'insuffisance, est toujours très positive dans les atteintes marquées du foie, et négative chez les individus à foie sain ; elle sera donc souvent d'une aide précieuse au diagnostic : un taux de rose au-dessus de 3 devra toujours faire rechercher une atteinte hépatique souvent latente.

Du point de vue pronostique, elle n'aura de valeur immédiate que :

Comme épreuve d'une fonction, par conséquent comme épreuve employée non pas isolément, mais parallèlement à d'autres explorant les autres fonctions ;

Et comme épreuve pratiquée dans le temps, c'est-à-dire sur un même malade dont on suit la maladie, elle permettra, même seule, de connaître d'une façon assez précise l'évolution de l'atteinte du parenchyme hépatique.

Les observations de ces auteurs dans l'étude de l'exploration fonctionnelle du foie, sont des plus intéressantes. Malgré les grandes difficultés techniques, elles semblent lentement arriver au but qu'ils se proposent : explorer la fonction de la cellule hépatique. Mais pour le praticien, la conclusion de leur préface dans le livre de l'*Exploration fonctionnelle du foie et l'Insuffisance hépatique* reste toujours exacte : « L'étude fonctionnelle du foie pathologique reste le triomphe de la clinique, mais d'une clinique bien comprise, bien observée et dégagée de cette hâte superficielle qui pour voir vite, examine mal ».

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Le test de transsudation.

Les études modernes démontrent de jour en jour la complexité plus grande du déterminisme des œdèmes. Les travaux classiques du Pr Achard et du Pr Widal ont fixé la part de la crase sanguine, ceux de Mayer et Schoeffer ont indiqué les lois de l'imbibition tissulaire. Mais, il est un facteur sur lequel ces auteurs ont peu insisté et sur lequel N. Fiessinger, J. Sandor et H.-R. Olivier ont attiré l'attention, c'est la part de la membrane endothéliale qui sépare le milieu sanguin des espaces tissulaires (*Sc. méd. des Hôpitaux*, 8 juillet 1926). Pour mettre en relief cette part de la membrane endothéliale ils ont utilisé l'épreuve qu'ils proposent de nommer le test de transsudation.

Ce test a pour but d'apprécier le volume atteint par une main après stase veineuse dans un temps limité.

On trace au niveau du poignet au crayon dermographique une ligne circulaire horizontale, passant au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus. Cette main est alors plongée verticalement dans un récipient cylindrique de 20 centimètres de diamètre rempli d'eau et maintenu dans une position strictement verticale, jusqu'à ce que le niveau de l'eau atteigne le trait du poignet. On trace alors sur le récipient au crayon le niveau atteint par l'eau. C'est le niveau d'origine.

La main étant sortie de l'eau, on place sur la ligne du poignet un lien élastique circulaire de façon à entraver la circulation veineuse sans gêner la circulation artérielle. Ce lien est laissé en place dix minutes, la main étant maintenu en position horizontale. Puis on l'enlève cinq minutes. Après ces cinq minutes que nous avons arbitrairement admis comme suffisantes pour permettre l'affaissement vasculaire, la main est plongée dans le récipient d'eau. Lorsque l'épreuve est négative, l'eau ne dépasse pas le niveau marqué, lorsque l'épreuve est positive, le niveau d'eau s'est élevé notablement et après sortie de la main on mesure avec une éprouvette graduée la différence des deux niveaux.

De cette façon on peut mesurer le volume de l'œdème provoqué dans des conditions mécaniquement comparables. Le chiffre exprimé par TT

correspond à l'augmentation de volume évaluée en centimètres cubes.

Chez les *sujets normaux*, la striction ne provoque dans les conditions précédentes, aucun œdème, aucune augmentation de volume. Même immédiatement après la striction de dix minutes sans les cinq minutes réservées à l'affaissement vasculaire, on n'observe aucune modification du volume.

Dans les *néphrites avec oedème*, le test de transsudation est constamment positif.

Par contre, dans les *néphrites chroniques sans oedème*, l'épreuve reste négative.

Chez les *cardiaques avec oedèmes* les résultats sont moins constants :

Trois fois sur quatre l'épreuve est positive chez les cardiaques en insuffisance cardiaque avec œdème. Elle est par contre négative chez les cardiaques sans œdèmes.

On peut observer le même phénomène au cours des *affections du foie avec ascite et oedème* ou avec ascite sans œdème.

Dans les *affections du foie sans ascite ni oedème*, le phénomène est encore possible. Il n'est alors pas subordonné à l'ictère.

Lorsqu'il existe de l'ictère, les épreuves positives se rencontrent dans les formes graves où il existe des signes d'insuffisance hépatique.

Par contre, dans trois ictères rétentionnels et un ictère infectieux sans signe d'insuffisance hépatique,

Un ictère au cours d'un kyste hydatique,

Un ictère par compression dans une linite plastique,

Un ictère lithiasique avec fièvre, l'épreuve TT fut négative.

Ce test met en relief la résistance de l'endothélium sanguin à la transsudation plasmatique. On ne peut en effet faire intervenir dans une expérience aussi courte le phénomène d'hydrophilie tissulaire. Cette résistance ne diminue que dans certaines conditions nettement déterminées.

Cliniquement ce sont surtout les maladies à œdèmes, cardiaques, rénaux, hépatiques. Mais les œdèmes ne sont pas nécessaires, dans l'insuffisance hépatique profonde le même phénomène peut s'observer. Certes, dans les néphrites, dans les cachexies on peut incriminer une altération de la crase sanguine. Chez les cardiaques et chez les hépatiques, cette modification de la crase sanguine est pour le moins imprécise. D'autre part dans cette même idée les résultats négatifs obtenus chez des sujets fébriles et emphysémateux, dont les constantes physico-chimiques sont opposées, montrent que le test de transsudation est indépendant de la constitution chimique du sang.

Ainsi donc la crase sanguine ne suffit pas, Noël Fiessinger, J. Sandor et H.-R. Olivier incriminent le dynamisme de la membrane endothéliale. Chez les cardiaques sous l'effet d'une pression continue, la résistance diminue et l'œdème apparaît. Une cure digitalique affaisse la circulation veineuse, la résorption se produit par reflux en sens inverse et après quelques jours l'endothélium recouvre sa résistance normale et le test de transsudation jusqu'alors positif devient négatif.

Chez les hépatiques la diminution de résistance endothéliale est certaine. Dans le test de transsudation nous saisissons une forme d'insuffisance de résistance de l'endothélium, c'est une diminution minima qui ne laisse que transsuder le plasma. Cette diminution de résistance est en général chez les hépatiques sans œdème et sans ascite étroitement subordonnée aux signes d'insuffisance fonctionnelle.

Dans la résistance endothéliale interviennent des influences multiples, influences physiques, permanence des pressions, influences chimiques, altérations de la crase sanguine ou présence de substances toxiques.

On ne peut plus considérer la membrane endothéliale comme une membrane obéissant passivement aux lois de l'osmose. La vitalité de cette membrane la doue d'un pouvoir de résistance, la disparition de cette résistance est la condition nécessaire des œdèmes aussi bien œdèmes mécaniques, qu'œdèmes dyscrasiques, ces derniers faisant en plus intervenir les phénomènes d'hydrophilie tissulaire.

LARYNGOLOGIE PRATIQUE

Les accidents des injections intra-trachéales.

Les injections intra-trachéales, qui autrefois constituaient exclusivement une méthode thérapeutique, sont devenues depuis trois ans un procédé de diagnostic des affections broncho-pulmonaires, par application du lépio-radio-diagnostic de Sicard.

Un premier champ d'action est la recherche des corps étrangers des voies aériennes transparents aux rayons X.

Des résultats extrêmement intéressants ont été obtenus dans les dilatations des bronches, l'examen clinique seul donnant trop souvent lieu, dans certaines formes tout au moins, à la confusion entre la bronchectasie et la tuberculose pulmonaire.

Enfin, l'injection intra-trachéale peut être utilisée pour la recherche des cavernes ouvertes, des pleurésies enkystées, des abcès du poumon.

Certes, les renseignements fournis par le lipio-radio-diagnostic en matière de lésions broncho-pulmonaires ont des limites, et SERGENT et COTTENOT ont insisté à juste titre sur les erreurs d'interprétation. Il n'en est pas moins vrai que la méthode a aujourd'hui droit de cité.

Deux techniques sont employées : injection sous le contrôle du laryngoscope ; injection par fonction intercrico-thyroïdienne. Dans les deux cas s'impose une bonne anesthésie du trajet de l'instrument et du trajet de l'huile ; les voies respiratoires inférieures ont deux zones hypersensibles qui constituent des obstacles à l'injection : le larynx, que l'on évite dans la fonction intercrico-thyroïdienne, et l'éperon de la bifurcation trachéale, qui provoque à l'arrivée de tout liquide le réflexe tussigène décrit par ROSENTHAL. Ce réflexe vérifie bien l'arrivée du liquide dans la trachée, mais il en provoque le rejet, d'où nécessité d' « arroser » cette bifurcation de 2 ou 3 c.c. de novocaïne à 1 p. 100.

Une autre précaution est de faire tiédir le liquide à injecter.

Les critiques adressées à la méthode laryngoscopique sont trop évidentes pour être détaillées : nécessité d'un bon entraînement pour le non-spécialiste ; anesthésie longue et parfois fatigante pour le malade.

Par contre, la méthode intercrico-thyroïdienne est facile et tentante. Mais L. LEROUX et M. BOUCHET (1) font remarquer qu'elle n'est pas exempte de dangers ; ils citent l'observation d'un homme qui, atteint d'infection bronchique chronique, présenta, après injection de lipiodol par voie intercrico-thyroïdienne, un phlegmon gangréneux du cou rapidemment suivi de mort.

Ils estiment donc qu'il est préférable d'employer, chez l'adulte, le procédé laryngoscopique. La ponction intercrico-thyroïdienne reprend tous ses droits chez l'enfant, l'indocilité du sujet, la toxicité de la cocaïne, la conformation anatomique du larynx, interdisant ici la méthode laryngoscopique.

BIBLIOGRAPHIE

Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire, fondées par MM. Emile SERGENT et Th. TUFFIER. Gaston DOIN, Editeur. Ab. 100 fr. France. Paraît tous les deux mois.

Cette nouvelle revue répond à un besoin. L'appareil respiratoire depuis l'entrée en jeu de la radiographie est devenu une science de spécialiste. Il faut une éducation spéciale ou du moins certains le pensent, pour ausculter avec fruit un poumon. Les nouvelles Archives ont à leur tête un chef, le Pr SERGENT, dont les lecteurs du *Journal des Praticiens* connaissent à la fois l'esprit de pondération et la puissante envergure clinique. Pour définir ses tendances, dans le premier article des Archives le Pr SERGENT interprète les souffles respiratoires. Un article chirurgical sur le décollement pleuro-pariétal en chirurgie et deux revues critiques sur la phréniectomie (indications, techniques) complètent ce remarquable fascicule. Plusieurs pages sont consacrées à des analyses et un index bibliographique. Nous aurons l'occasion de revenir sur certaines idées qui inspirent le premier fascicule des Archives. Elles en valent la peine. Tous nos vœux de succès accompagnent l'envolée des nouvelles Archives.

Les Cinq Sens. *Les curiosités de la médecine*, par M. le Dr CABANÈS, 1926, in-16, 308 pages. Prix : 10 francs. En vente à la Librairie LE FRANÇOIS, 91, boulevard Saint-Germain, Paris.

Beaucoup de faits curieux, d'anecdotes amusantes dans ce livre. M. CABANÈS n'a pas ménagé sa peine. Nous y apprenons que l'invention des bésicles remonte à la fin du XIIIe siècle, que les jeteurs de sorts continuent de recruter des adeptes, que les cyclopes se rencontrent en dehors de la mythologie et représentent une monstruosité fœtale assez répandue, qu'il existe un type de nez lyonnais, petit, provocant et retroussé, qu'un odorat subtil sert au diagnostic de maintes affections morbides, qu'une odeur de chloroforme chez certaines femmes annonce l'approche des règles. Mille détails ayant trait à l'exercice de nos sens et extraits de l'histoire ou rapportés d'après des observations médicales. Réparti en petits paragraphes, ce volume distrait le lecteur en l'instruisant et en lui apprenant des faits qu'il ignorait.

IIIe Conférence internationale de la Lèpre. — *Communications et débats.* — J.-B. BAILLIÈRE, éditeur.

Ce volume réunit les travaux des léprologues du monde entier qui se sont efforcés de mettre en lumière les résultats de leur expérience. Il forme une sorte de traité de la lèpre rédigé et mis à jour en collaboration par tous les membres de la Conférence. Les matières y ont été rangées dans un ordre logique de façon à en faciliter la lecture et à permettre les recherches. Les chapitres au nombre de six, comme les séances, embrassent la statistique, l'étiologie, la pathologie, le traitement, la prophylaxie et la législation. Les documents qui y sont contenus peuvent être rapidement retrouvés grâce à trois tables de matières.

(1) *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhincologie*, 31 mai 1926.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : CH. FIESSINGER.
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926

CLINIQUE INFANTILE

Hospice des Enfants-Assistés. — M. le Pr Marfan.

Le scorbut de la première enfance (Maladie de Barlow) (*suite et fin*) (1).

Pathogénie (la Vitamine C.) — Ainsi l'observation montre que l'emploi prolongé et exclusif d'aliments éloignés de leur état naturel par certaines actions physiques et chimiques et par le vieillissement peut déterminer le scorbut. Elle fait voir également que l'usage d'aliments naturels et frais empêche ou guérit le scorbut. Elle conduit donc à penser qu'il y a dans ces aliments naturels et frais un principe indispensable à la nutrition et que ce principe est détruit par certaines actions physiques ou chimiques et par le vieillissement.

La nature de ce principe est inconnue. Cependant, la découverte des vitamines et l'étude du scorbut expérimental ont permis de lui attribuer certains caractères.

La première vitamine étudiée a été celle du béribéri. Le béribéri est une polynévrite périphérique accompagné d'accidents cardiaques. Il règne dans certaines régions chaudes, particulièrement à Manille. En 1897, un médecin hollandais, Eykmann, a montré qu'il est dû à l'alimentation par le riz décortiqué. En 1912, Casimir Funck (de Londres) parvint à isoler dans l'écorce du riz une substance soluble dans l'eau, qui, à doses infinitisémales, empêche ou guérit le béribéri ; il essaya d'en déterminer la composition chimique et lui donna le nom de *vitamine*.

Depuis ces découvertes, on a rapproché du béribéri les maladies qui ont été imputées à la carence dans les aliments de principes inconnus : tels le scorbut des marins, le scorbut infantile, la pellagre.

Le nom de vitamine n'a plus été appliqué au seul principe antibéribérique ; par extension, on l'a employé pour désigner tout un ensemble de principes contenus dans les aliments frais en quantité minime (substances minimales) et cependant indispensables à la nutrition et à la croissance.

Aujourd'hui on admet trois sortes de vitamines. On les désigne sous les noms de vitamines (ou facteurs) A, B et C.

La vitamine B (facteur B ou vitamine hydrosoluble) est antibéribérique ; elle paraît identique au produit isolé par C. Funck. Elle est contenue dans le son de riz, le lait, le jaune d'œuf, la cuticule ou l'embryon des graines de céréales, la levure de bière. Elle est très résistante à la chaleur ; pour la détruire, il faut la porter à 120° pendant une heure et demie ; en milieu alcalin elle est détruite plus vite qu'en milieu acide. L'oxydation, la dessiccation, le vieillissement, les fermentations hâtent sa destruction (1).

La vitamine A (facteur A ou vitamine liposoluble) est soluble dans les corps gras et les lipoïdes ; on la trouve dans le beurre, l'huile de foie de morue, dans les graisses d'origine végétale (en moins grande quantité), les tissus glandulaires actifs (testicules), les parties vertes des plantes. Sa constitution est inconnue. Elle est aussi résistante à la chaleur que la précédente. Sa privation entraîne un arrêt de la croissance et de la xérophtalmie (2).

La vitamine C serait le principe antiscorbutique ; elle n'a pu être isolée. Elle se distinguerait des deux autres parce qu'elle est moins résistante à la chaleur ; cependant elle n'est pas détruite par un chauffage à 110° pendant trente minutes. Toutes les actions oxydantes la font disparaître rapidement. Elle existe dans le lait frais de femme ou des animaux ; mais elle n'y est pas en grande quantité ; elle ne siège ni dans le beurre, ni dans la caséine, ni dans le lactose purifié ; elle est dissoute dans l'eau du lait avec les sels. Elle est abondante dans le jus de fruits crus, surtout s'ils sont un peu verts, particulièrement dans le jus de l'orange, du citron, du raisin ; on la trouve dans la pomme de terre fraîche, le chou, la tomate, la viande crue. Elle fait défaut dans les graines de céréales ou de légumineuses.

En ce qui regarde l'origine des vitamines, un fait capital a été mis en lumière : les animaux sont incapables d'en faire la synthèse ; ils doivent les recevoir du dehors, même pendant la vie fœtale.

(1) Voir *Journal des Praticiens*, n° 35, page 577 ; n° 36, page 593 et n° 37, page 609.

(1) Funck et Dubin pensent qu'il existe dans la levure de bière, à côté de l'hydrosoluble, une autre vitamine, la *vitamine D*, qui serait nécessaire à la croissance du rat, de certains animaux et de certaines bactéries ; elle aurait pour effet d'activer la fermentation par la levure. Ce corps, appelé « Bios » par Wildier, est mal connu et son existence même n'est pas bien établie.

(2) Mellamby avait pensé que le facteur A, contenu en abondance dans l'huile de foie de morue, est antirachitique, ce qui a été reconnu inexact. Certains auteurs, persistant, malgré les expériences contradictoires, à regarder le rachitisme comme une avitaminose, supposent qu'il est dû à la privation d'une vitamine inconnue, contenue dans l'huile de foie de morue à côté de la vitamine A ; c'est une conjecture. En tout cas, il ne faut pas appeler ce corps hypothétique vitamine D, car ainsi que l'indique la note précédente, ce dernier nom a été réservé par Funck et Dubin à une autre substance (voir Marfan, Rachitisme et huile de foie de morue, *La Presse Médicale*, 7 février 1925, n° 11, p. 161).

les vitamines n'existent dans le lait qu'autant qu'elles sont présentes dans les aliments de la mère. Les végétaux supérieurs semblent eux aussi incapables d'élaborer les vitamines. Celles-ci paraissent produites par les bactéries aérobies du sol.

Bien que la question des vitamines renferme encore beaucoup de parties obscures et qu'elle ait donné naissance à trop de conjectures sans fondement, son étude a vivement éclairé certains points concernant la maladie de Barlow.

Le lait renferme les trois sortes de vitamines dont on admet l'existence. Mais il ne renferme qu'en faible quantité la vitamine C. Ainsi quand on veut préserver les animaux du scorbut, en introduisant du lait cru dans leur régime, il faut leur en donner des doses très considérables. Encore n'y réussit-on pas toujours. Mais certaines expériences montrent avec quelle prudence il faut appliquer à la pathologie de l'homme les résultats des expériences faites sur les animaux, surtout en ce qui regarde les carences alimentaires. FRANK soumet des cobayes à un régime scorbutique et y ajoute du lait de femme ; les animaux ne sont pas préservés et meurent du scorbut ; le même lait de femme donné à un enfant atteint de scorbut le guérit rapidement.

La présence du principe antiscorbutique dans le lait est d'abord sous la dépendance de l'alimentation de la nourrice ou des laitières. Quand les vaches sont nourries avec du fourrage frais, pour préserver du scorbut un cobaye en expérience, il suffit d'ajouter à sa ration 15 à 20 cc. de leur lait ; si elles sont au fourrage sec, il en faut 50 à 75 cc. C'est ce qui explique pourquoi le lait d'hiver est plus scorbutigène que le lait d'été. Ces faits justifient une pratique que l'expérience clinique nous avait conduit à adopter, celle qui consiste à prescrire aux nourrices de manger des fruits crus et des salades crues.

Ici se pose une question : *la maladie de Barlow peut-elle s'observer chez les enfants au sein* ? BARLOW le nie, mais CONCETTI avance que quelques cas bien observés ne permettent pas d'être aussi absolu. Il semble en effet que, très exceptionnellement, le scorbut infantile peut s'observer chez un enfant au sein. Autrefois ce fait paraissait inexplicable ; aujourd'hui on peut en donner une raison. Les vitamines dont le nourrisson a besoin lui viennent de sa mère par deux voies ; pendant la vie intra-utérine, il les emprunte à son sang par la veine ombilicale ; après la naissance, il les reçoit avec le lait de sa mamelle et on sait que les vitamines du lait viennent du sang de la nourrice. Ces vitamines, l'enfant ne les utilise pas toutes ; il en met une partie en réserve. Cette réserve est plus ou moins abondante; si elle est faible et si la mère, mal nourrie ou malade, est atteinte d'une avitaminose relative, l'enfant finira par être privé de principe antiscorbutique et par devenir malade ; il faut noter que le nourrisson a beaucoup plus besoin de vitamines que sa mère, car sa nutrition est beaucoup plus active.

Un auteur américain, H.-K. FABER, prétend avoir vu un cas de maladie de Barlow chez un enfant nourri de lait de vache cru. Si d'autres faits de ce genre étaient observés, on pourrait leur appliquer l'explication précédente (1).

Ces faits permettent aussi de se rendre compte de certaines particularités concernant l'étiologie du scorbut du premier âge. Et d'abord de l'importance de la *prédisposition* dans sa genèse ; la réserve de vitamines qu'accumule l'enfant pendant la vie intra-utérine et qu'il accroît après sa naissance est sans doute très variable ; elle suffit en général pour le préserver du scorbut jusqu'à six mois ; mais, ensuite, sa disposition au scorbut dépend de la quantité en réserve ; si elle est abondante, il pourra échapper à la maladie, même s'il est nourri assez longtemps avec des aliments privés de vitamine C ; si elle est faible, elle sera vite épuisée et après quelques mois, d'alimentation carencée, l'enfant devient scorbutique.

Certaines conditions font varier cette réserve. Elle est diminuée chez les jumeaux qui ont dû se partager la provision que pouvait fournir leur mère et c'est pourquoi ils sont plus fréquemment atteints que les autres. Elle est moins considérable chez les hérédo-syphilitiques, ce qui explique leur prédisposition au scorbut. Si les maladies infectieuses favorisent l'action du régime scorbutigène, c'est sans doute parce qu'elles diminuent la réserve du principe antiscorbutique. Si la suralimentation avec un lait carencé hâte l'apparition du scorbut et le rend plus grave, c'est probablement que le besoin de l'organisme en vitamines est d'autant plus grand que la quantité de

(1) Au mois d'octobre 1902, à la Société de pédiatrie de Paris, au cours d'une discussion sur le scorbut infantile, nous fondant sur certaines observations, nous nous demandions si l'alimentation des vaches avec certains résidus industriels, particulièrement avec des drèches, ne rendait pas leur lait scorbutigène. On peut remarquer à ce propos que les graines qui sont l'origine des drèches de brasserie ou de distillerie (orge, maïs, avoine) sont très pauvres en vitamine C ou en manquent complètement. Et on peut rappeler à ce propos les expériences de M. PANARU qui, ayant soumis des bœufs au régime exclusif des drèches, observa des accidents graves, parfois mortels et les rattacha à une carence alimentaire, car ils disparaissaient dès qu'on ajoutait au régime de la paille hachée, du foin et du son (*C. R. de la Soc. de biologie*, t. 86, p. 640, 5 janvier 1922).

nourriture est plus élevée. Les expériences de MM. MOURIQUAND et MICHEL permettent de penser que l'hyperthyroïdie exagère la consommation de vitamine C ; ces auteurs ont vu que chez les cobayes soumis à un régime de carence et additionné d'extrait thyroïdien, le scorbut apparaît très vite et atteint un haut degré. D'après eux, l'addition d'une forte dose d'huile de foie de morue a les mêmes effets.

Mais cette réserve native de principe antiscorbutique, même assez petite, semble suffisante pour subvenir un certain temps aux besoins de l'enfant qui en est privé plus tard puisque en cas d'alimentation scorbutigène, la maladie de Barlow n'apparaît guère qu'après trois mois.

Nous avons appris que l'alimentation exclusive avec les *farines* est scorbutigène ; c'est que les graines ordinaires, même avec leur enveloppe, sont très pauvres en vitamine C. Si elles sont réduites en farine après décortication, et surtout si elles sont séchées et conservées, elles perdent complètement le peu de principe antiscorbutique qu'elles pouvaient renfermer auparavant. Dans les graines de céréales et de légumineuses, ce n'est que pendant la germination, qu'il se développe une petite quantité de vitamine C.

L'étude expérimentale du scorbut a permis de préciser certains facteurs de conservation ou de destruction du principe antiscorbutique ou vitamine C.

Complétant les résultats de l'observation clinique, l'étude du scorbut provoqué chez les animaux a montré quelle est l'action de la *température* sur ce principe. Le lait animal étant toujours souillé par des microbes pour lesquels il est un milieu de culture favorable, surtout pendant l'été, pour éviter certaines maladies infectieuses graves qui déciment les enfants du premier âge, particulièrement la diarrhée cholériforme, il faut le purifier, le dépouiller de ces microbes, c'est-à-dire le stériliser ; le seul moyen pratique d'y parvenir, c'est l'emploi des hautes températures. Mais si on soumet le lait à des températures élevées et longtemps appliquées, on risque de détruire le principe antiscorbutique. Toutefois, si celui-ci est moins résistant à la chaleur que les autres vitamines, il n'est pas détruit par une ébullition de plus de trois quarts d'heure, par un chauffage à 110° pendant vingt-cinq minutes. Donc les procédés de stérilisation complète ou incomplète dans lesquels on ne dépasse pas ces températures et ces temps d'application peuvent être employés sans qu'on ait à craindre que le lait qui y a été soumis soit scorbutigène.

Certains enseignements découlent en outre de ces recherches. Il semble que, pour la destruction de la vitamine C, le degré de la température auquel est porté le lait soit moins important que le temps pendant lequel on le chauffe.

Dans la préparation de la poudre de lait par le procédé du tambour, le lait frais est porté à une température de 140° pendant *deux secondes* ; le produit conserve ses vitamines ; mais si on fait cuire du lait à 80° à 90° pendant plusieurs heures, son principe antiscorbutique est détruit. Tout ce qui favorise l'oxydation pendant les opérations de stérilisation hâte la destruction de la vitamine C. M. ROUSSEAU avance que si le lait homogénéisé est particulièrement scorbutigène, c'est que son mode de préparation favorise l'action de l'oxygène. D'après M. ROSSI, le chauffage du lait en vase clos, empêchant l'évaporation de l'eau, est beaucoup moins destructeur de la vitamine C que la cuisson à l'air libre.

Enfin, nous savons déjà que le principe antiscorbutique est détruit par deux chauffages successifs, pratiqués à deux ou trois jours d'intervalle, même si les températures auxquelles on a porté le lait ne sont pas très élevées. C'est une notion capitale à une époque où tous les laits vendus dans les villes comme frais ont été pasteurisés.

Le *vieillissement* est aussi un agent destructeur du principe antiscorbutique et peut-être est-il le plus important. Même dans le lait cru, le principe disparaît avec le temps ; à plus forte raison quand le lait a été chauffé. Les températures qui ne le détruisent pas ont tout de même pour effet de le rendre plus fragile, de lui faire subir un commencement d'altération, et le vieillissement en achève plus vite la destruction. Celle-ci est beaucoup plus rapide lorsque le lait conservé n'est pas soustrait au contact de l'air, c'est-à-dire à l'oxydation.

Le jus de citron est riche en principe antiscorbutique et il garde son pouvoir presque indéfiniment ; on a attribué cette stabilité à sa réaction acide et on en a conclu que l'*alcalinisation* contribue à la destruction de la vitamine C. C'est un point à vérifier. Les *actions oxydantes* favorisent sa disparition.

La *dilution* du lait diminue beaucoup son pouvoir antiscorbutique ; c'est un fait que BARLOW a indiqué et qui se comprend aisément.

Coexistence de la maladie de Barlow et du rachitisme. — La maladie de Barlow coexiste presque toujours avec le rachitisme ; cette coexistence avait tellement frappé les premiers observateurs qu'ils considérèrent le scorbut infantile comme une forme de rachitisme, comme un rachitisme aigu ou hémorragique. Mais cette manière de voir ne résiste pas

à la critique. Le rachitisme et la maladie de Barlow sont deux états distincts. Le premier est très fréquent, le second est assez rare ; le scorbut peut exister sans rachitisme ; le fait est tout à fait exceptionnel, cependant il est démontré par deux autopsies avec examen microscopique (M. Stooss, Schmorl). Reste à expliquer leur habituelle coexistence. Dans certains cas, elle peut être fortuite ; un enfant peut être atteint d'un rachitisme à début précoce, accompagné de cranio-tabes et de mégalosplénie, c'est-à-dire d'un rachitisme de cause syphilitique ; s'il est soumis à une alimentation scorbutigène, il pourra plus tard être atteint de maladie de Barlow ; en pareil cas, l'association des deux états doit être considérée comme fortuite.

Mais il faut reconnaître que, le plus souvent, le rachitisme qui coïncide avec la maladie de Barlow est assez spécial et présente presque toujours les mêmes caractères ; il débute un peu tard, vers le 6e ou 7e mois ; il épargne le crâne ; il atteint surtout les côtes, déterminant le chapelet rachitique, et les épiphyses des os des membres ; il ne produit pas d'incurvation des diaphyses ou il n'en produit que de légères ; de plus, il s'améliore assez rapidement par le traitement antiscorbutique (1). Ce rachitisme est somme toute assez léger. Voici comment on peut en concevoir la genèse et les rapports avec le scorbut (2).

Mes recherches m'ont conduit à avancer que le rachitisme a pour cause une infection ou une intoxication chronique survenant à la période la plus active de l'ossification, à celle qui va des derniers mois de la vie intra-utérine à la fin de la première année. Uue alimentation carencée, comme l'alimentation scorbutigène, trouble fortement le métabolisme ; le trouble des échanges qui en résulte met en liberté des produits anormaux dont certains sont nocifs et agissent comme des poisons ; ils déterminent donc une auto-intoxication chronique ; celle-ci, agissant sur un organisme à la période active de l'ossification, déterminera les réactions de la moelle osseuse et du cartilage que provoque toute infection ou iutoxication chronique et qui aboutissent au rachitisme. La même explication peut s'appliquer au rachitisme qu'on peut provoquer chez les rats blancs par une alimentation privée de phosphore.

Les caractères du rachitisme barlowien : intégrité apparente des os du crâne, petites déformations des côtes et des membres, le rapprochent du rachitisme tuberculeux et du rachitisme dyspeptique. C'est que ces caractères dépendent surtout de l'âge auquel s'exercent les causes de ces formes de rachitisme ; contrairement à la syphilis qui commence à agir avant la naissance, celles-ci interviennent en général après le 5e ou le 6e mois, c'est-à-dire à une période où le développement des os du crâne est déjà plus avancé et où la structure du squelette, plus solide, se laisse moins modifier par les causes du rachitisme.

Prophylaxie et Traitement.

La prophylaxie et le traitement de la maladie de Barlow découlent naturellement des notions précédentes.

I. — La plus sûre prophylaxie du scorbut infantile est l'allaitement naturel. Si le nourrisson a le malheur d'être privé du sein, il faut régler l'allaitement artificiel de manière à éviter les conditions qui produisent la maladie de Barlow.

Quelques médecins ont pensé que le meilleur moyen d'y parvenir est de donner le lait animal cru. C'est un point sur lequel il est essentiel de s'expliquer. Nous laissons ici de côté le lait d'ânesse, excellent dans certains cas, mais qui, par sa faible teneur en beurre et par son prix élevé, ne peut être qu'un aliment transitoire d'enfant débile ou malade. Nous mettons aussi à part le lait de chèvre, difficile à se procurer dans les grandes villes et sur la valeur duquel nous sommes encore mal éclairés. Nous ne nous occupons que du lait de vache, qui, par la facilité avec laquelle on se le procure et par son prix, est le seul dont l'emploi soit pratique dans l'allaitement artificiel. L'expérience montre que, lorsqu'on essaie de nourrir un jeune enfant avec du lait de vache cru, il arrive presque toujours un moment où des troubles digestifs obligent de cesser ; parfois ces troubles sont graves ; il peut s'agir d'une diarrhée cholériforme mortelle. On évite ces accidents en dépouillant le lait des microbes qu'il renferme au moyen de la chaleur et en le soustrayant à toute souillure après la stérilisation.

La stérilisation relative ou absolue, du lait de vache, destiné à l'alimentation des nourrissons est donc une opération nécessaire. Mais nous avons

(1) Mais il est assez long à disparaître, contrairement à ce qu'ont soutenu MM. A.-F. Hess et L.-I. Unger. Ces auteurs, frappés de l'action du traitement antiscorbutique sur les déformations rachitiques du thorax en cas de maladie de Barlow, avancent que le scorbut infantile peut produire le chapelet costal au même titre que le rachitisme. Cette manière de voir ne nous paraît pas justifiée. Dans toutes les autopsies, nous avons pu nous assurer que le chapelet costal nettement accusé est toujours produit par des lésions rachitiques (Hess et Unger, Chapelet costal dans le scorbut, *American Journal of Disease of Children*, mai 1920.)

(2) Marfan. Le rachitisme expérimental. *Le Nourrisson*, mars 1923, p. 132.

appris comment elle doit être conduite et comment doit être employé le lait stérilisé pour que le scorbut soit évité. Je n'y reviens pas. Je me borne à rappeler deux points :

1° Non seulement quand on emploie des laits modifiés, comme le lait homogénéisé, la poudre de lait, le lait condensé, mais même quand on se sert des laits simplement chauffés ou surchauffés, pour que leur usage ne détermine pas le scorbut, il faut qu'ils soient consommés le plus rapidement possible après leur préparation;

2° Les laits scorbutigènes ne produisent la maladie de Barlow que si leur usage est exclusif et prolongé plus de trois mois. Il faut donc les employer autant que possible comme des aliments transitoires ou complémentaires. Si cette règle ne peut être appliquée, on est presque assuré de prévenir le scorbut en faisant prendre à l'enfant du jus de fruits crus suivant les règles qui conviennent pour le traitement même de la maladie de Barlow.

II. — Dès que celle-ci est établie et reconnue, le *traitement* consiste essentiellement : 1° à supprimer l'alimentation scorbutigène ; 2° à associer à la nouvelle alimentation des principes antiscorbutiques.

1° Au lieu du lait modifié et conservé, au lieu des farines dont l'emploi exclusif et prolongé a déterminé le scorbut, on fera prendre du *lait de femme ou du lait de vache frais, bouilli une ou deux minutes*;

2° On prescrira l'ingestion de principes antiscorbutiques, particulièrement *le jus de fruits crus*.

Le jus de citron est un puissant antiscorbutique et il a l'avantage qu'on peut se le procurer en tout temps. En raison de son goût âpre, on le fait prendre dilué dans de l'eau sucrée ; on en donne quatre à six cuillerées à café par jour, environ une demi-heure avant un repas. Le jus d'orange et celui de mandarine sont aussi très actifs ; on peut les donner purs et un peu sucrés. Les jus de raisin, de prune, de cerise ou de tomate peuvent être employés également. Le choix entre ces divers fruits dépendra de la saison. Il faut noter que les fruits un peu verts sont particulièrement riches en principe antiscorbutique.

Quand le malade a plus d'un an, on peut adjoindre à son régime de la purée de pommes de terre ; s'il a plus de 15 mois, un peu de jus de viande crue.

On est souvent surpris de la facilité avec laquelle ces aliments sont acceptés et digérés par les petits scorbutiques.

A ces parties essentielles du traitement il faut joindre quelques prescriptions auxiliaires. En attendant que le traitement ait pu agir, les membres atteints seront immobilisés ; on les enveloppera d'une couche d'ouate et l'enfant sera placé dans son berceau. On ne le remuera pas ; on le lavera sans le baigner ; et pour pouvoir lui donner ces soins, on l'habillera sommairement avec une chemise de flanelle largement fendue. Comme l'air pur et la lumière hâtent la guérison, on ouvrira les fenêtres avec les précautions nécessaires. Si la gingivite hémorragique est assez marquée, on la guérira par des attouchements biquotidiens au jus de citron.

La plupart des auteurs considèrent tout médicament comme inutile. Cependant, MM. P. Merklen et L. Tixier, MM. Mouriquand, Michel et Bertoye conseillent d'administrer du fer ; le remède hâterait la guérison de l'anémie si profonde parfois dans la maladie de Barlow. On fait prendre chaque jour 0 gr. 20 de protoxalate de fer ou XX gouttes de teinture de Mars tartarisé.

Mais, somme toute, l'usage d'un lait aussi peu modifié que possible et non conservé, l'ingestion de jus de fruits crus, sont les deux parties essentielles du traitement. L'efficacité de ces pratiques est si complète et si rapide que, dans les cas difficiles, elle permet d'établir le diagnostic. Le premier symptôme d'amélioration est la suppression des douleurs ; après quarante-huit heures, elles sont déjà atténuées; elles disparaissent vite les jours suivants. Puis cesse l'inertie pseudo-paralytique ; vient ensuite la résorption des hématomes. L'anémie persiste plus longtemps; mais, sauf celle-ci, en une dizaine de jours, les symptômes de la maladie de Barlow ont disparu.

Il faut maintenant signaler deux particularités de la cure importantes à connaître.

La première est la fièvre transitoire occasionnée par le traitement anti scorbutique. Dans la maladie de Barlow, la température est variable ; avant le traitement, tantôt elle est normale, tantôt elle dépasse 38° ; mais ce qui est, sinon constant, au moins fréquent, c'est que le 2e ou le 3e jour après le début du traitement, il se produit une élévation de la température qui approche de 39° ou dépasse ce chiffre. On craint une complication ; mais après un ou deux jours, la fièvre baisse et en quelques jours, la température devient normale. Il est probable que cette fièvre est due à la résorption rapide du sang épanché sous le périoste et dans la moelle osseuse.

Un second point à mettre en lumière est que le traitement doit être continué pendant un mois sans interruption sous peine de rechutes. L'examen

radiologique montre d'ailleurs qu'après la guérison apparente, longtemps persistent les images qui révèlent les hémorragies sous-périostiques et l'épaississement de la couche chondro-calcaire. Mais, au bout d'un mois, on peut cesser le traitement. D'ailleurs, il est tout à fait remarquable que l'enfant, qui jusque-là prenait très volontiers le jus de fruits crus, finit par le refuser, comme si, dit BARLOW, son besoin antiscorbutique était satisfait.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Gangrène par artérite chez un diabétique.

Le malade entre à l'hôpital parce qu'il a des engourdissements dans les pieds et les jambes. Le pied présente un aspect violacé, marbré. La sensibilité tactile est abolie dans le pied et la partie inférieure de la jambe. On note sur la jambe une plaque cyanique insensible.

Ces symptômes font penser tout de suite à une gangrène commençante, tout au début, datant de quelques jours à peine.

Que doit-on chercher ? Le pouls de la pédieuse et de la fémorale. Or, on ne sent pas les battements de la pédieuse, ni ceux de la poplitée, mais on sent les battements de la fémorale à la base du triangle de Scarpa, Les oscillations ont disparu au pied gauche, elle sont très faibles au cou-de-pied droit. Elles ont disparu sur la jambe et la moitié inférieure de la cuisse gauche. Elles sont très faibles au bras droit. Il semble y avoir un léger retard du pouls à droite. Les bruits du cœur sont assourdis. Les urines contiennent du sucre.

Est-ce une gangrène diabétique ? En général, celle-ci est humide. La gangrène que présente ce malade ne l'est pas; elle présente tous les signes d'une oblitération artérielle. Ce n'est pas une gangrène diabétique. La présence du sucre dans l'urine ne permet pas de dire qu'il s'agit d'une gangrène diabétique. C'est une gangrène par artérite chez un diabétique.

Pourquoi est-ce une gangrène par artérite, et non par embolie ? Parce que depuis longtemps ce malade a des troubles, des fourmillements, des douleurs dans les mollets. L'embolie frappe un membre sain, brusquement. Ici, la gangrène est lente et progressive.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Maladie de Bang et Maladie de Bruce.

Par M. le Dr Edgar LEROY
(*de Saint-Rémy-de-Provence*).

L'espèce bovine présente parfois une affection grave, la maladie de Bang ou Avortement épizootique, désastreuse pour les éleveurs puisqu'il peut se produire dans leurs troupeaux une moyenne de 30 % d'avortements, puisque les femelles avortées demeurent par la suite, généralement stériles, puisque les jeunes qui arrivent à terme naissent débiles et que les mâles peuvent être également touchés par la maladie et la transmettre sans présenter apparemment aucun signe morbide. Contaminés par « des porteurs de germe » de l'espèce bovine, les porcs, les chevaux et les moutons, ces derniers, surtout dans la région méditerranéenne peuvent payer parfois un lourd tribut à cet « Avortement épizootique » (1).

D'autre part, les premiers observateurs de la fièvre ondulante à Malte, comme en France (2), avaient noté que les épidémies de Mélitose étaient toujours précédées de quelque épizootie d'avortements chez les caprins, et maintenant encore, les cas isolés de fièvre ondulante que nous pouvons observer de près, se rattachent si souvent à des avortements de chèvres et de brebis qu'on s'est demandé s'il n'existait pas quelque étroite parenté, peut-être même une identité complète entre ces deux affections épidémiques et leurs agents pathogènes.

***

Une remarque s'impose en premier lieu : la grande ressemblance des microbes de ces deux maladies : Bacillus abortus, cause de l'avortement épizootique ou Maladie de Bang, découvert par BANG et STRIBOLD en 1896 et Micrococcus Melitensis découvert par BRUCE en 1887.

Les caractères morphologiques de ces deux microbes sont tout à fait comparables : l'un et l'autre sont immobiles et présentent à la fois des microcoques types et des bacilles courts.

Leurs propriétés biologiques sont analogues : le cobaye infecté par B. Abortus ou par M. Meli-

(1) Cf. M. RINJARD. Avortement épizootique causé par le B. Abortus. *Revue de Pathologie comparée*, 5 déc. 1925, p. 1064 à 1087.

(2) Dr Paul CANTALOUBE. La fièvre de Malte en France. Paris, Maloine, 1911.

tensis réagit de la même façon à l'injection intradermique avec la Mélitine comme avec l'Abortine. On sait aussi que chez l'homme, le diagnostic de la fièvre de Malte peut se faire aussi bien avec une culture du Micrococcus de Bruce qu'avec une culture du Bacille de Bang.

Les réactions pathogéniques des deux microbes sont également semblables : le bacille de Bruce est responsable de la plupart des Avortements épizootiques des chèvres qui précèdent les épidémies de fièvre de Malte chez l'homme. Le Bacille de Bang, bacille de l'Avortement épizootique des bovidés se retrouve aussi à l'origine de certaines épizooties d'Avortements des chèvres et des brebis ; et ces épizooties ne peuvent pas se distinguer cliniquement des Avortements causés par le Micrococcus melitensis.

A son tour, le Bacille de Bang peut déterminer, chez l'homme, une affection superposable à celle que déclanche le Micrococcus de Bruce, une fièvre ondulante en tout semblable à la fièvre de Malte. Ne connaît-on pas, en effet, des fièvres ondulantes qui surviennent chez des buveurs de lait de vache, n'ayant jamais eu le moindre contact avec des hcèvres ou des brebis, n'ayant jamais pris soit du lait soit du fromage de chèvre oude brebis.

En période d'épizooties d'avortement des bovidés, on a trouvé chez des buveurs de lait de vache un pouvoir agglutinant de leur sérum pour le B. Abortus.

VIVIANI rapporte deux observations de maladies fébriles prolongées où l'hémoculture a donné un microbe type Abortus (I).

Tout récemment, un médecin américain, le Dr HUDDLESON (2) a rapporté deux cas d'infections par le B. Abortus, contractées par des étudiants qui travaillaient dans son Laboratoire, caractérisées par des formes cliniques sévères et prolongées. L'un de ces deux cas, consciencieusement suivis et très bien étudiés, est particulièrement instructif.

Il s'agit d'un jeune bactériologiste qui travaillait depuis plus d'un an dans le Laboratoire d'HUDDLESON sur des Cultures d'organismes isolés d'utérus de vaches pleines, parmi lesquelles 3 ou 4 cultures de B. Abortus.

Le 24 octobre 1925 ce jeune homme tomba brusquement malade : douleurs musculaires, douleurs dans le dos, à la nuque, à la région sacro-iliaque, malaises divers, maux de tête, fièvre, frissons, pouls élevé, un peu de rhume et d'enrouement.

Les quatre jours suivants, la température était normale, le matin, et s'élevait progressivement l'après-midi. Le 29, il se sentait dans son état normal. Le 31, second accès avec, cette fois, température de 40°. Le 5 novembre tout est de nouveau rentré dans l'ordre sauf une prostration marquée. Puis la maladie évolue avec des poussées successives de recrudescences et de défervescences. Cultures de sang et d'urine négatives le 11 novembre 1925. Le sérum agglutinait à la fois B. Abortus et M. Melitensis au 1/100. Le 23 novembre suivant, une hémoculture positive donne un microbe qu'on ne peut pas différencier de B. Abortus. Culture d'urine négative. Nouvelle hémoculture positive le 8 décembre 1925. Le sérum sanguin agglutinait B. Abortus au 1/200. En recherchant l'origine de cette infection, HUDDLESON élimine le lait de chèvre, inconnu dans la localité du Laboratoire ; et dès lors retient soit l'inoculation directe au cours de manipulations au Laboratoire, soit la consommation de lait cru de vache que faisait l'étudiant. Un échantillon prélevé à la crémerie où il se fournissait se montra extrêmement riche en B. Abortus.

Il s'agissait donc bien d'une fièvre de Malte causée par le Bacille de Bang.

D'autre part, la thérapeutique pourra peut-être essayer avec succès, dans certains cas de fièvre de Malte rebelles l'injection d'endo protéines préparées avec le Bacille de l'avortement épizootique des bovidés. C'est ce qu'on peut espérer, après la communication récente de M. COURTOIS-SUFFIT à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (1).

Un de ses malades âgé de 23 ans, n'ayant jamais été aux colonies, n'ayant pas visité la région méditerranéenne, mais en contact journalier à la Villette avec des vaches, des chèvres, des moutons, a présenté de février à mai 1926 une affection fébrile à caractère nettement ondulant, avec sueurs profuses, splénomégalie, orchite, arthralgies diverses, mononucléose sanguine, etc. Sérodiagnostic négatif pour Eberth Para A et Para B. Sérodiagnostic négatif pour le M. Melitensis après deux mois de maladie, positif au 1/100e, un mois plus tard. Deux hémocultures négatives.

Le malade était considérablement affaibli, asthénié, amaigri, quand le 17 avril, M. COURTOIS-SUFFIT lui injecta 2 cc. d'une endoprotéine préparée avec une souche de B. Abortus par M. REILLY, chef de Laboratoire à l'Hôpital Claude-Bernard. 1

Après une violente réaction à type hémoclasique le malade fut guéri presque immédiatement et d'une façon définitive.

Bien qu'il s'agisse là d'un cas de protéinothérapie, peut-être banal, comme l'a expliqué M. NETTER dans la discussion qui a suivi la communica-

(1) VIVIANI. *Policlinica*, 1925.
(2) I. FOREST-HUDDLESON, East Lansing, Michigan « Is Bacterium Abortus Pathogenic for Human Beings ? » *Journ. of Amer. Med. assoc.*, 27 mars 1926.

(1) Un cas de fièvre de Malte guéri à la suite de l'injection unique d'une endo protéine préparée avec le B. de Bang, par MM. COURTOIS-SUFFIT, GARNIER et LIÈGE. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 23 juillet 1926.

tion de M. Courtois-Suffit ; et, avec les réserves qu'il convient de faire toujours en matière de guérison et de traitement de fièvre de Malte, on doit retenir provisoirement qu'une injection de Bacilles de Bang a pu guérir nettement une infection très vraisemblablement causée par le Microbe de Bruce.

***

Cependant, quoique très voisins par leurs caractères morphologiques, leurs propriétés biologiques et leurs réactions pathogéniques, les deux microbes de Bang et de Bruce présenteraient pour les Bactériologistes quelques petites différences.

En effet, M. Melitensis peut pousser en milieu aérobie dès sa première culture, tandis qu'il faut Co^2 à B. Abortus pour pousser une première fois. Au cours des repiquages, ces différences s'effacent.

D'autre part, Ficai et Alessandrini (1) ont montré que les agglutinines de B. Abortus sont détruites à + 75°, tandis que celles de M. Melitensis ne résistent pas à + 65°.

Enfin le pouvoir pathogène des deux microbes, étudié d'un peu près, dans les Laboratoires et en clinique ne paraît pas absolument identique.

Si B. Abortus et M. Melitensis communiquent la même maladie au lapin et au cobaye, il n'en va pas tout à fait de même chez le singe. Chez ce dernier, une faible dose de Melitensis (5.000) suffit pour produire notre mélitose. Pour rendre malade le même singe avec de l'Abortus, il faut des doses massives de l'ordre des milliards. Et encore, les symptômes cliniques ne sont pas toujours appréciables, l'infection ne pouvant parfois se démontrer que par la recherche de l'agglutinine du sang et l'ensemencement positif des organes.

Chez l'homme, on sait combien le M. Melitensis est pathogène et les bactériologistes qui le manipulent exposés à contracter des fièvres ondulantes prolongées et sévères. Le B. de Bang, sans doute, peut aussi déterminer des fièvres analogues chez ceux qui l'étudient, le cas des étudiants d'Huddleson le témoigne, mais d'une façon générale, ces fièvres de laboratoire dues à l'abortus, sont moins fréquentes et souvent moins graves que celles, dues au Micrococcus Melitensis.

Ch. Nicolle, Burnet et Conseil (2) ont inoculé cinq hommes avec du B. Abortus. Dans les cinq cas, les hémocultures sont restées stériles, mais dans un cas sur cinq, le séro-diagnostic s'est montré positif.

Par ailleurs, le B. de Bang, universellement répandu chez les bovidés, éliminé par leur lait et très abondamment (Wilson et Nutt (1) le trouvent dans 5.5 % des laits simples « single milks » examinés par eux et 8.8 % des mélanges de lait « mixed milks ») ne s'attaque pas aussi souvent, toutes proportions gardées et autant que notre ignorance relative permet de l'affirmer, à notre espèce humaine, que son parent le microbe de Bruce. L'aire de distribution géographique de l'Avortement épizootique ne coïncide pas exactement avec celle de la Mélitose.

***

De tout ce qui précède, on peut tirer cette modeste conclusion — peut-être provisoire — qu'il existe, à la manière du groupe des fièvres typhoïdes, un groupe de fièvres ondulantes, de gravités diverses, difficilement différenciables, toutefois, du point de vue clinique et même du point de vue bactériologique, dont peuvent être rendus responsables deux éléments pathogènes, extrêmement voisins, peut-être même identiques : B. Abortus et M. Melitensis.

Pour le moment, rien ne permet d'assurer que ces microbes soient spécifiquement pareils ou distincts ; rien ne permet d'affirmer ou de nier définitivement que la maladie de Bang et la maladie de Bruce, l'avortement épizootique des bovidés et la fièvre de Malte soient une seule et même entité nosologique.

Dès lors, il importe donc plus que jamais : 1° de déclarer, comparer, étudier minutieusement tous les cas d'avortement épizootique et de fièvre ondulante ; 2° d'éviter la consommation du lait cru : vache, chèvre ou brebis ; de faire le caillé et les fromages avec du lait chauffé à 65° pendant un quart d'heure, ce qui paraît-il, ne nuit pas à la fabrication ; 3° de faire vacciner préventivement les troupeaux de caprins, d'ovins, de bovidés soit contre le M. Melitensis, soit contre l'Abortus ; 4° de mettre un peu d'hygiène dans l'habitation de l'homme et les étables des animaux domestiques (2).

Comme on le voit, la question des maladies de Bang et de Bruce est une des plus actuelles et des plus importantes puisqu'elle intéresse à la fois le vétérinaire, le médecin, le bactériologiste, l'hygiéniste, l'éleveur et même le législateur.

A tous ces titres, il était bon « de faire le point ».

(1) *Annales d'Hygiène*, 1925.
(2) *C. R. Ac. des Sc.*, 16 avril 1923.

(1) Wilson and Nutt. Abortus and Tubercle Bacilli in Cow's Milk. *J. of Pathol. and Bact.* Edinb., avril 1926.
(2) Dr Edgar Leroy. Les microbes des Avortements épizootiques et des fièvres ondulantes. *Echo médical des Cévennes*, juin 1926. — *Id.* Hygiène et habitations rurales en France. Mouvement sanitaire, 30 avril 1926 et 31 mai 1926.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La rougeole.

Comme préventif, le sérum de convalescent. Il n'est pas aisé à se procurer. Si dans une famille, un enfant a eu la rougeole, il sera souvent trop tard pour vacciner les autres. La contagion aura fait son œuvre avant que soient prises les mesures de préservation. La récolte de sang se fait par ponction veineuse au pli du coude : 30 cc. à un enfant, 100 cc. à un adulte. Le sérum recueilli après coagulation sera réparti en ampoules de 3 à 8 cc. et conservé à la glacière. On choisira pour ce prélèvement des malades par ailleurs sains et parvenus au dixième ou douzième jour. L'injection préventive se fait sous la peau. Une seule est nécessaire : 3 cc. au-dessous de 3 ans, 5 cc. jusqu'à 10 ans, 8 cc. chez l'adolescent ou l'adulte.

L'injection doit être pratiquée avant le cinquième jour d'incubation. A partir du huitième, la maladie n'avorte plus, mais elle reste bénigne.

Isolement dans une chambre spéciale. Badigeonnages 3 fois par jour des amygdales et du pharynx avec de l'*huile goménolée* à 1/10. Désinfecter le nez par quelques gouttes d'*huile goménolée* à 1/10 ou de *protargol*, V à VI gouttes d'une solution à 1 gramme pour 30 grammes.

S'il y a douleurs d'oreille, *compresses humides et chaudes* sur l'oreille couvertes de taffetas gommé.

En cas d'agitation, *bains chauds* à 37° dix minutes de durée 2 à 3 fois par jour. Si la toux est pénible, la potion par cuillerées à café (autant de cuillerées à café que l'enfant a de semestres d'âge).

Teinture de drosera	XL gouttes
Sirop de codéine	15 grammes
— lactucarium	15 grammes
— fleurs d'oranger	30 —

(A. Dufour.)

Chez l'adulte :

Extrait thébaïque	0 gr. 10
Teinture de belladone	XL gouttes
— de drosera	1 gr.
Bromure de potassium	2 gr.
Sirop de tolu	150 gr.
Eau de fleur d'oranger	Q. s. p. 50 gr.

A prendre en trois jours par cuillerées à soupe.

(A. Dufour.)

Chez le *nourrisson*, combattre l'*impétigo* fréquent par des attouchements à l'*eau d'Alibour* ou au *nitrate d'argent* à 1/30. Puis appliquer la pommade :

Oxyde jaune de mercure	1 gramme
Axonge	100 grammes

La *conjonctivite* sera traitée par les instillations :

Bleu de méthylène	0 gr. 01
Eau distillée	10 gr.

ou :

Argyrol	0 gr. 50
Eau distillée	30 gr.

Contre la *diarrhée*, diète hydrique, *bouillon de légumes*, une cuillerée à café de *gélatine* par biberon (A. Dufour) ou paquets de *tannigène* à 0 gr. 10.

Contre l'*otite*, cataplasmes de farine de lin chauds sur l'oreille. Introduction dans le conduit auditif du mélange :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10
— de morphine	0 gr. 01
Acide phénique neigeux	0 gr. 30
Glycérine	30 gr.

Dans les rougeoles graves, bains frais à 28°-30° toutes les trois heures, tant qu'il y a 39°.

Contre la *broncho-pneumonie*, la *vaccination* et la *sérothérapie* jouissent d'une action précaire. Si des *diphtéries* coexistent dans le même milieu, injection préventive de 10 à 15 cc. de sérum antidiphtérique.

CLINIQUE MÉDICALE

Les hépatites toxiques d'origine anesthésique

Il a fallu longtemps aux chirurgiens parisiens pour qu'ils s'aperçoivent des dangers du chloroforme. Une bonne étude de M. René Bénard sur les *hépatites toxiques d'origine anesthésique* (*Revue médico-chirurg. des Maladies du foie*, janv., mars 1926) nous permettra de revenir sur ce sujet. On sait que MM. Noël Fiessinger et Montaz comptent parmi ceux qui se sont le plus occupé du problème.

On distingue trois formes dans l'hépatite chloroformique :

I. *Forme grave.* — Deux variétés se montrent suivant que prédominent les phénomènes généraux ou les phénomènes hépatiques.

a) Type nerveux grave. — Il consiste en délire et en convulsions. Délire violent avec cris et agitation ou calme et tranquille. Convulsions prémominantes à la face, mais qui peuvent se généraliser. Pouls petit, rapide, arythmique. Extrémités froides et cyanosées.

Les symptômes hépatiques n'attirent pas tout d'abord l'attention. L'ictère est peu intense. Il n'y a ni prurit ni tachycardie. Les vomissements sont précoces ; d'abord bilieux, ils deviennent bientôt marc de café. L'haleine a une odeur de chloroforme ou d'acétone. Les urines rares et foncées contiennent de l'albumine, des pigments biliaires, de l'urobiline. L'hypo-azoturie est la règle. La mort survient en trois à sept jours. La guérison n'est pas impossible, mais elle est exceptionnelle.

b) Type ictère grave. — Le symptôme ictère domine la scène. Il est précoce et s'installe dès les premières heures. Mêmes caractères urinaires que dans la variété précédente. Il y a du prurit, de l'anorexie, quelques vomissements. L'état général reste longtemps satisfaisant sans élévation thermique. Puis les phénomènes se précipitent, le pouls s'accélère, la respiration s'embarrasse, devient stertoreuse. Du délire, des convulsions apparaissent. Mort dans le coma, dans un délai de trois à six jours.

II. *Forme bénigne.* — Elle a été bien étudiée par MM. Quénu et Kuss. — Elle rappelle un ictère du type infectieux bénin qui apparaît le lendemain de l'opération. Les urines sont peu foncées, les matières, loin d'être décolorées sont hyperpigmentées. Pas de prurit ni de bradycardie. En quelques jours (trois à quatre), tout rentre dans l'ordre.

III. *Forme fruste.* — Décrite par MM. Chevrier, Sorrel et Bénard, elle ne se distingue par aucun signe clinique. Seuls se montrent des stigmates hématologiques ou urinaires. Cette forme est constante et indique la nocivité du chloroforme; elle se décèl déjà au cours de l'opération ; la cholémie croît pendant les trente-six premières heures et atteint son acmée au cours de la seconde journée. La disparition s'opère graduellement. L'urobiline et les sels biliaires urinaires diminuent, la fonction protéopexique du foie est en déficience, comme l'apprend la méthode de l'hémoclasie digestive.

Comme *prophylaxie*, avant tout, il faut abandonner le chloroforme. L'*éther*, tout en étant moins nocif pour le foie, n'est pas absolument innocent. Mais les lésions hépatiques qu'il produit ne sont pas aussi graves.

Avec le *protoxyde d'azote*, le foie n'est touché que dans le cas d'une anesthésie prolongée. Le *chlorure d'éthyle*, semble sans grande influence fâcheuse ; mais il faut ajouter que ces substances ne sont d'ordinaire en usage que dans les anesthésies courtes.

A titre de moyens préventifs, citons l'emploi du *sucre*. Il bourre le foie de glycogène et augmente de ce fait l'activité des autres fonctions hépatiques, de manière à accroître la résistance du foie contre l'infection. La cholémie est notablement atténuée par l'administration au malade, la veille et le matin de son opération, de 150 gr. de sirop de sucre. On peut encore renforcer cette action par l'emploi post-opératoire d'un goutte-à-goutte glycosé. L'administration simultanée d'*extrait hépatique*, en une seule prise, la veille de l'opération, aboutit à la disparition presque complète de la cholémie. L'usage de la morphine après l'opération, détruit ces heureux effets (Chevrier).

En résumé, suppression du jeûne et de la purgation préopératoire, administration de sucre la veille et le matin de l'opération, opothérapie faite la veille, restriction de la morphine post-opératoire, tels semblent les moyens les meilleurs. Ils permettent souvent d'éviter les accidents hépatiques dûs aux anesthésiques.

L'inanition pré et post-opératoire ne valent rien. Le supplice de la faim, loin d'être utile, est nuisible à ceux qui vont être opérés.

CLINIQUE INFANTILE

Au sujet des convulsions de l'enfance.

Il n'est pas d'affection plus fréquemment rencontrée en clinique, que les convulsions de l'enfance, il n'en est pas non plus sur lesquelles les divergences soient plus grandes tant au point de vue de l'étiologie, que de la pathogénie et du pronostic.

Il est évidemment facile de rattacher à leur cause les convulsions apparaissant au cours d'une lésion grossière du névraxe. Mais les auteurs sont loin d'être d'accord sur les convulsions dites essentielles, et rattachées suivant les tendances de chacun, tantôt à la tétanie, tantôt à l'hérédo-syphilis, tantôt encore à une infection, une intoxi-

cation, un trouble glandulaire ou une cause réflexe.

On conçoit en face de ces incertitudes étiologiques, combien reste incertaine la question toujours angoissante du pronostic. Dans un travail récent, Jean LONGCHAMPT (1) apporte les conclusions cliniques qu'il a tirées de l'examen d'observations d'enfants, présentant ou ayant présenté des convulsions, ces derniers suivis pour la plupart un long intervalle de temps, jusqu'à vingt ans après le début des accidents.

Au point de vue symptomatique tout d'abord, il insiste sur l'impossibilité de différencier cliniquement les convulsions de l'enfance, de l'épilepsie. Ce sont les mêmes symptômes que l'on observe dans les deux cas : même brusquerie du début, même *perte de la conscience*, le phénomène fondamental qui traduit l'inhibition des centres supérieurs, même obtusion post-paroxystique, enfin mêmes phénomènes associés, troubles respiratoires, spasme de la glotte, émission d'urines. Les seules différences portent sur les manifestations motrices. Les formes toniques pures caractérisées par une raideur généralisée, plus rarement localisée, rares chez l'adulte, sont les plus habituellement rencontrées chez l'enfant (60 p. 100 de convulsions toniques, contre 12 p. 100 de convulsions tonico-cloniques, et 21 p. 100 de convulsions simplement cloniques).

Le passage de l'une dans l'autre de ces diverses formes, les constatations tirées de la physiologie expérimentale, réduisent à néant toute différenciation entre épilepsie et convulsion basée sur ces seules manifestations symptomatiques.

Sur le plan de l'étiologie la même assimilation reste possible. Qu'apparaît en effet l'épilepsie de nos jours ? A la conception dualiste d'une épilepsie maladie, dite essentielle, et d'une épilepsie symptomatique, les auteurs modernes substituent la notion d'un syndrome épileptique unique, syndrome d'inhibition corticale, déclanché par un facteur spasmogène, biologique, chimique, infectieux, tonique ou glandulaire, dont une épine cérébrale, quand elle existe, localise l'action.

La même conception, traits pour traits, s'applique aux convulsions qui suivant la juste expression de BABONNEIX, elles aussi, ne traduisent qu'un état de souffrance de l'écorce.

Comme l'indiquaient en effet les classiques, les convulsions sont provoquées par une cause biologique plus ou moins banale, infection, auto ou hétéro-intoxication, troubles glandulaires, troubles réflexes, diathèse spasmogène. Mais ces divers facteurs n'ont qu'un rôle adjuvant ; incapables à eux seuls de provoquer la crise, ils ne la déclanchent qu'à la faveur d'une épine nerveuse, J. LONGCHAMPT trouve la preuve de cette épine nerveuse dans la fréquence des séquelles neuropsychiatriques qui grèvent l'avenir des anciens convulsifs. Celles-ci vont de la plus typique sclérose cérébrale infantile jusqu'aux manifestations les plus atténuées du syndrome de débilité motrice, de DUPRÉ, en passant par l'hémiplégie cérébrale infantile, l'épilepsie, les troubles psychiques, troubles du caractère, perversions, retards, etc.

Dans sa statistique, 20 p. 100 seulement des anciens convulsifs sont indemnes de tares neuropsychiatriques grossières.

D'autre part, la fréquence des stigmates dystrophiques, mais surtout la presque constance d'antécédents pathologiques, vient affirmer la réalité de cette épine irritative cérébrale. Tantôt en effet c'est un traumatisme obstétrical ou une infection acquise dans les premiers mois, qui est venu léser la névrose. Mais le plus souvent, c'est en fouillant soigneusement l'hérédité directe ou collatérale de l'enfant que l'on retrouve la trace soit d'un facteur dysgénésique infectieux, la syphilis dans la moitié des cas, soit d'une lourde hérédité névropathique organique dans l'autre moitié, telles que sclérose cérébrale, aliénation mentale, épilepsie ou manifestations convulsives.

Quelles conclusions entraîne une telle manière de voir ? Tout d'abord au point de vue du pronostic, sans vouloir faire de tous les convulsifs des épileptiques ou des idiots, il semble que toute convulsion engage l'avenir de l'enfant et doit toujours imposer d'importantes réserves. Une même étiologie généralement infectieuse, détermine chez ses ascendants et chez les descendants, toute une série d'accidents dystrophiques et névropathiques, aliénation, sclérose cérébrale, tabes, épilepsie et dont les convulsions ne sont qu'un terme. Le pronostic sera essentiellement lié à cette cause et *à la manière dont l'atteindra notre thérapeutique*.

Peut-on de la modalité même de la crise préjuger de l'avenir ? Cette thèse avait été soutenue par M. A COLLIN et Mlle Thérèse REVON (*Archives de Méd. des Enfants*. TXX à 6 juin 1917).

D'après ces auteurs, les convulsions toniques seraient seules l'indice d'une lésion du névraxe donc graves. Les convulsions cloniques, au contraire, ne traduiraient qu'un certain état d'hyperréflectivité physiologique du système nerveux, et n'auraient aucune valeur pronostique fâcheuse. Contrairement à l'avis de ces auteurs, J. LONG-

(1) Thèse Paris 1926 (A. Legrand, éditeur).

CHAMPT ne pense pas qu'une telle opposition entre convulsions toniques et cloniques soit justifiée. De l'examen de ses observations, il n'a pu tirer bien au contraire un seul fait en faveur de cette thèse. D'autre part, il critique les arguments tirés de la physiologie expérimentale, que M. A. COLLIN et Mlle Th. REVON apportaient à l'appui de leur thèse, toute leur démonstration reposant sur une interprétation très discutable des textes.

Pratiquement quelle conduite tenir en face d'un enfant qui présente des convulsions ? Tout d'abord traiter l'affection qui a provoqué la crise, fièvre éruptive, infection rhinopharyngée, broncho-pneumonie, ou otite dont on connaît chez l'enfant l'extrême fréquence. La percussion de la tranche motrice du facial (signe de CHVOSTEK) met facilement en évidence la tétanie avant le sixième mois. Dans le doute d'ailleurs, l'administration de chlorure de calcium met rapidement fin aux accidents de la diathèse spasmogène. Mais souvent la cause provocatrice est loin d'apparaître nettement, l'on est réduit à invoquer d'autres causes plus obscures, troubles glandulaires, auto-intoxication d'origine intestinale, troubles réflexes, tels qu'helminthiase, éruption dentaire, phimosis, irritation cutanée, etc., et à appliquer un traitement symptomatique. Avec les médications habituelles J. LONGCHAMPT s'est bien trouvé de l'administration du gardénal (de un à quatre centigrammes par année d'âge).

Mais si ce traitement peut prévenir ou éviter le retour des accès, il n'agit en rien sur la lésion nerveuse dont les convulsions, comme a essayé de le démontrer l'auteur, ont révélé la présence. C'est sur la découverte de cette épine cérébrale et de la cause qui l'a engendrée que va porter tout l'effort clinique. Examen neurologique complet, recherche d'une hérédité pathologique, réactions biologiques, en première ligne de toutes la *ponction lombaire*, le plus précieux moyen d'exploration du névraxe, le seul souvent qui traduise la lésion, tout sera mis en œuvre. La découverte de l'étiologie des accidents nerveux, permettra alors une thérapeutique appropriée, qui longuement poursuivie permettra seule de guérir l'enfant et dans une large mesure de protéger son avenir.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les douleurs viscérales et leur traitement.

Dans ces dernières années, la thérapeutique des douleurs viscérales est en complète transformation. Pour comprendre cette transformation, il est nécessaire de reprendre les recherches de MACKENZIE sur le *concept viscéro-sensitif*.

Les sensations viscérales ne sont pas conduites à la conscience par des voies propres. Toute excitation viscérale, pour être ressentie, se réfléchit *dans la moelle*, sur les voies centrales de relation par le mécanisme d'un *réflexe viscéro-sensitif*. Ce réflexe, qui est un concept, non pas physiologique, mais clinique, se compose de deux arcs également afférents : un arc viscéral, représenté par une fibre sensible végétative et un arc central, représenté par un neurone de la vie de relation ; l'excitation du premier se réfléchit sur le second qui la conduit jusqu'à la conscience.

En fin de compte, *la sensation viscérale n'est pas ressentie dans le viscère lui-même, mais rapportée à la périphérie*. L'excitation splanchnique produit une douleur somatique.

Le concept du réflexe viscéro-sensitif a reçu sa première consécration expérimentale chez l'homme dans l'observation suivante de DANIÉLOPOLU.

Chez un porteur d'angine de poitrine, aisée à provoquer par l'effort, l'anesthésie des deuxième et troisième nerfs intercostaux à gauche, pratiquée loin des ganglions spinaux, c'est-à-dire l'insensibilisation d'une partie de l'aire dermatomérique du cœur, a supprimé complètement la crise douloureuse et empêché sa réapparition pendant toute la durée de la narcose locale. Seules ont duré ou réapparu : les sensations d'angoisse précordiale et de palpitation. L'auteur considère, dès lors, la douleur sténocardique comme l'équivalent d'un réflexe viscéro-sensitif de Mackenzie.

M. LEMAIRE (*Bullet. de l'Acad. royale de Médecine de Belgique*, 27 février 1926) reprend cette étude à l'occasion de nombreux faits cliniques du plus haut intérêt.

Ses expériences sont inspirées par celle de DANIÉLOPOLU. Il se propose :

1° De rechercher si les douleurs viscérales abdominales disparaissent par l'anesthésie locale des neurones sensibles pariétaux de la vie de relation ;

2° Dans l'affirmative, d'établir, dans la mesure de nos moyens, les voies d'accès suivies par l'excitation viscérale pour parvenir jusqu'à la conscience.

Toutes les anesthésies locales ont été pratiquées à l'aide d'une solution de novocaïne à un demi pour cent. A la méthode d'anesthésie tronculaire employée par DANIÉLOPOLU, LEMAIRE préfère l'anesthésie pariétale locale de l'aire abdominale où le patient accuse des douleurs.

Prenons une observation de LEMAIRE comme exemple démonstratif :

Observ. VI. — Marie A., 72 ans. Souffre de crises de lithiase biliaire depuis un an. Durée de deux-trois heures. Intervalles de santé de huit jours à un mois. Quatre crises ont été accompagnées de jaunisse passagère, constatée par le médecin(Dr Duchêne, de Grez-Doiceau). Crises douloureuses sub-intrantes depuis quinze jours, qui motivent son entrée à l'hôpital. Aux rayons X, la vésicule biliaire ne montre pas de calculs après injection de tétra-iodophénophtaléine. Adhérences nettes entre la vésicule et la première portion du duodénum à l'examen de l'estomac. Pas de contrôle laparotomique.

L'anesthésie superficielle est pratiquée à l'entrée de la patiente dans le service, avant donc les examens radiologiques, le 10 février 1926. A ce moment, la douleur très vive est accusée dans l'aire dermatomérique classique des crises de lithiase biliaire, entre D. VII et D. IX, c'est-à-dire, à droite de l'épigastre le long du rebord costal ; elle ne déborde pas latéralement la ligne axillaire antérieure. Points cystique et phrénique douloureux. Rigidité abdominale droite. C'est courbée en deux par la douleur que la patiente s'approche de la table d'opération.

L'aire anesthésiée est représentée par un quadrilatère limité en hauteur par les dermatomes D. VI et D. IX, en dehors, par la ligne axillaire antérieure, en dedans, par une verticale située à deux travers de doigt de la ligne médiane.

Moins de cinq minutes après l'anesthésie la douleur, qui durait depuis quinze jours, a cessé complètement ; seule une sensation profonde, indéfinissable, persiste. Le point cystique et la rigidité musculaire ont disparu ; le point phrénique subsiste.

D'autres observations sont aussi curieuses. Mais il est aussi des échecs, en voici un exemple :

Observ. IX. — Juliette G., 60 ans. Dyspepsie flatulente banale depuis deux ans. En novembre 1925, une première crise de lithiase biliaire. Depuis lors, jusqu'à son entrée dans mon service (13 janvier 1926), sept crises classiques se sont reproduites, d'une durée moyenne de une heure et demie. Aux rayons X la vésicule ne marque pas après une injection de tétra-iodophénophtaléine. Diagnostic : lithiase biliaire avec obturation du cystique, confirmée par la laparotomie.

L'anesthésie superficielle est pratiquée le 17 janvier 1926, au cours d'une crise douloureuse très vive, étendue à tout l'épigastre, à l'hypochondre droit dans sa totalité, avec irradiations jusque dans la fosse iliaque droite. Dans l'impossibilité d'anesthésier efficacement une surface aussi étendue, nous nous sommes contenté d'insensibiliser le rebord costal droit de D. VI à D. IX, sur une largeur de 8 centimètres. *L'échec est complet : cette anesthésie ne modifie la crise en rien.* Par suite de l'étendue de l'aire douloureuse, nous avons renoncé à pratiquer une anesthésie profonde.

La lecture du mémoire de Lemaire est cependant des plus captivantes. On en tire cette notion que la projection périphérique des douleurs viscérales se conçoit parfaitement bien grâce au réflexe viscéro-sensitif.

Mais au point de vue pratique, un point doit nous arrêter :

C'est la disparition des douleurs provoquées après anesthésie superficielle ou profonde de la paroi. Ces points sont encore considérés, à tort, *comme des points viscéraux*, alors qu'ils sont en réalité *des points pariétaux*. On doit les concevoir comme des équivalents renforcés des zones d'hyperalgésie de Head. Celles-ci sont la conséquence de la réflexilon continue des excitations viscérales dans leurs correspondances métamériques.

Il est un dernier point sur lequel Lemaire attirer l'attention, *c'est le relâchement musculaire après ces anesthésies superficielles*. C'est à tort que l'on considère la rigidité des muscles abdominaux comme des réflexes partis de l'irritation du péritoine pariétal exclusivement. Certes, ce mécanisme peut être indéniable ; mais le relâchement musculaire signalé dans certaines observations, exclut entièrement la genèse de ces rigidités par une voie semblable. Dans ces cas, il s'est agi, sans aucun doute, de réflexes viscéro-moteurs, c'est-à-dire de rigidités créées par la réflexion de l'excitation viscérale dans les cornes antérieures des correspondances neuromériques.

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Les indications de la transfusion du sang.

La transfusion du sang prend chaque jour une plus grande importance. Mais comme toute technique délicate, il ne faut l'employer que sur des indications précises. Les voici, telles que les expose avec un excellent esprit critique le Pr G. Jeanneney (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 juin 1926).

La transfusion est indiquée :

Dans les *diathèses hémorragiques* au premier rang desquelles il faut placer l'hémophilie. Mais il faut savoir qu'en cas d'hémophilie la correction obtenue par transfusion n'est que passagère.

De même les syndromes hémorragiques toxiques ou infectieux graves.

Enfin, *les anémies*, sauf peut-être avec spénomégalie et hémolyse, bénéficient des transfusions répétées. Citons en particulier les anémies de la convalescence des maladies infectieuses (rhumatisme articulaire aigu, fièvre typhoïde), les anémies tuberculeuses, cancéreuses, les anémies et hémorragies du nouveau-né et de l'enfant. Enfin, des anémies cryptogénétiques doivent être traitées par la méthode de la transfusion.

Dans bon nombre d'*infections graves*, l'*immuno-transfusion* de Wright, c'est-à-dire l'injection de

sang d'un convalescent ou d'un sujet immunisé contre l'infection du malade, permet d'apporter, outre le secours immédiat de la transfusion, les anticorps que le sujet est lui-même incapable de fabriquer contre son infection.

Dans les affections chirurgicales et obstétricales. — Dans les *grandes hémorragies.* où la transfusion remplace non seulement la quantité de sang perdu, mais encore les qualités de ce sang, elle amène de véritables résurrections. JEANBRAU a bien marqué, dans son rapport au Congrès de chirurgie de 1923, ses indications.

On l'emploiera dès que l'état général restera inquiétant, le pouls misérable et rapide, en dépit des traitements habituels. L'oscillomètre complétera utilement ces indications cliniques. La chute progressive des valeurs sphygmomanométriques et oscillométriques malgré le sérum intraveineux, chez un sujet qui ne saigne plus, indique la transfusion.

D'ordinaire, dès que M*x* s'abaisse au-dessous de 7 et M*n* au-dessous de 4, le pronostic est très grave. Il le devient surtout lorsque le cœur ne peut plus lutter, lorsque les systoles deviennent insuffisantes, ce qui se traduit par une M*x* très basse proche de M*n*. Lorsque la pression variable (M*x* — M*n* = P. V.) est inférieure à 2, on dit l'*hypotension décompensée.* Le plus souvent, dans l'hémorragie simple, métrorragie par inertie utérine ou par rétention placentaire, hématémèse par ulcus gastrique, hémothorax par plaie de poitrine, l'hypotension est *compensée.* Le pronostic est relativement bon et le traitement ordinaire suffit en général : les courbes s'élèvent sous l'influence de ce traitement. Mais si, pour des raisons particulières : émotions, refroidissement, surmenage, intoxication, etc., le cœur cède, le sujet devient un *décompensé* ; il entre dans le collapsus hémorragique, dans le *choc hémorragique.* « Dans ces cas, les courbes sphygmomanométriques s'abaissent suivant différents types, la courbe oscillométrique s'aplatit et se resserre. *Dans tous ces cas la transfusion doit être tentée sans délai.* » (JEANBRAU.)

Enfin, l'examen du sang (numération globulaire) donne d'importantes indications dont le praticien ne peut d'ailleurs qu'exceptionnellement bénéficier.

En somme, c'est dans l'*hémorragie* qu'on peut attendre les plus beaux résultats de la transfusion ; soit qu'il s'agisse d'hémorragies externes (plaies vasculaires, hémorragies de la délivrance, etc.) soit d'hémorragies internes.

Dans le choc, la transfusion s'est montrée utile, à condition d'être précoce.

PAUCHET a encore montré tout ce qu'on peut attendre de la transfusion dans les *soins pré ou post-opératoires* (goitre toxique, fibrome, cancer, opérations graves), comme aussi dans bon nombre d'*intoxications exogènes* (empoisonnements aigus par les champignons, l'oxyde de carbone).

En somme, les indications de la transfusion sont très nombreuses. On devra toujours y avoir recours, chaque fois que l'état général sera menacé. On ne se repentira jamais de l'avoir faite avec les précautions habituelles, alors qu'on pourrait se repentir de ne l'avoir pas tentée.

SÉMÉIOLOGIE

Diagnostic étiologique des adénopathies inguinales.

Reconnaître l'existence d'une adénopathie inguinale, en la différenciant des lésions qui peuvent la simuler, est, d'ordinaire, assez aisé ; en déterminant la cause reste le problème le plus délicat, car de nombreuses affections locales ou générales peuvent s'accompagner de tuméfaction des ganglions de l'aine. Il est donc indispensable de pratiquer un examen clinique très complet et très détaillé du malade ; à cet examen clinique devront s'ajouter dans un certain nombre de cas, des examens de laboratoire (numération globulaire, formule leucocytaire, Wassermann).

Après avoir éliminé les diverses lésions qui pourraient être confondues avec une tuméfaction ganglionnaire (hernies, dilatation de l'ampoule de la saphène, lipome, tumeurs de la peau, abcès non ganglionnaires, abcès ossifluents, anévrysme artériel ou artério-veineux, lymphangiome), on se trouve devant le diagnostic capital : quelle est la cause de l'adénopathie ?

J. ROBERTI (1) montre comment doit être conduit l'examen du malade, et distingue tout d'abord deux grandes classes d'adénopathies inguinales :

— Adénopathie inguinale accompagnée d'autres tuméfactions ganglionnaires ;

— Adénopathie inguinale isolée ou prépondérante.

I. — **Adénopathies multiples.** — Si l'adénopathie inguinale s'accompagne de tuméfactions

(1) *Revue Médicale française,* mai 1926.

ganglionnaires multiples ou généralisées, il faut immédiatement rechercher d'une part l'*augmentation de volume de la rate*, et établir d'autre part une *formule leucocytaire avec numération globulaire*. Le diagnostic s'orientera de façon différente suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas de modifications sanguines.

1) Il y a des modifications sanguines. C'est alors une *leucémie*. Qu'il s'agisse de leucémie myéloïde ou de leucémie lymphatique, le début est le même, et l'interrogatoire du malade apprend que l'affection s'est installée lentement par de la fatigue, une asthénie progressive, quelques troubles digestifs. Des manifestations cutanées extrêmement nombreuses et importantes sont communes aux deux formes ; ce qui permet de différencier la leucémie myéloïde de la leucémie lymphatique, c'est l'examen des ganglions, du foie, de la rate, et surtout la formule sanguine.

La leucémie myéloïde ne s'accompagne pas de ganglions ; cependant, Sabrazès en a rapporté des cas avec adénopathies, et par suite elle doit être retenue. L'examen du sang est typique : anémie très intense, puisque les érythrocytes tombent de cinq millions à deux millions et moins ; les globules blancs, par contre, passent de 7.000 à 200.000, et même 500.000 et plus, le pourcentage des polynucléaires étant de 50 p. 100.

La leucémie lymphatique est beaucoup plus importante dans le sujet qui nous occupe, car l'augmentation de volume des ganglions est ici l'un des gros symptômes (leucémie ganglionnaire de Wirchow). Les ganglions sont volumineux, formant des masses lobulées, isolées ou agglomérées, de consistance molle, indolores. On trouve des adénopathies semblables aux aisselles, au cou, dans les régions sus-claviculaires, épitrochléennes ; enfin, la radiographie montre de volumineuses masses mésentériques et trachéo-bronchiques, ces dernières pouvant créer un syndrome de compression médiastinale.

Tout le tissu lymphoïde est d'ailleurs tuméfié : amygdales, tissu lymphoïde pharyngien, quelquefois glandes salivaires, lacrymales, testicule, thymus. La rate, qui diffère de l'énorme rate de la leucémie myéloïde, est peu augmentée de volume. Le chiffre des globules rouges tombe à 2.000.000 ; les globules blancs, moins nombreux que dans la série myéloïde, atteignent 100 à 200.000, exceptionnellement 500.000, et sont presque uniquement représentés par des lymphocytes (95 à 98 p. 100).

2) Il n'y a pas de modifications sanguines. Il sera facile d'éliminer rapidement l'adénolipomatose symétrique de Launois et Bensaude, la tuberculose de la rate, les cancers en général. Beaucoup plus important et plus intéressant est le *mycosis fongoïde*, dont le début est marqué par un prurit intense, généralisé, avec érythrodermie et éruptions érythémato-lichéniennes. Dès ce moment les ganglions sont augmentés de volume, indolores, sans périadénite. La formule sanguine est normale, sauf une leucocytose assez marquée et une très forte éosinophilie. Plus tard apparaissent les tumeurs disséminées caractéristiques du mycosis fongoïde.

L'adénie de Trousseau doit se ranger dans cette classe. Leur forme plus rapide de la maladie a été décrite sous le nom de *maladie de Hodgkin*, ou lymphogranulomatose de Paltanf-Sternberg.

II. — L'adénopathie inguinale existe seule ou est prépondérante. — L'adénopathie, en pareil cas, peut ou non être inflammatoire.

1) Adénopathie inflammatoire : elle accompagne soit une *plaie infectée* des membres inférieurs de la fesse, de l'anus, de la verge, de la paroi abdominale, — soit un *bubon chancrelleux*.

2) Adénopathie non inflammatoire : *Les ganglions tuberculeux*, souvent facilement reconnaissables, peuvent aussi être d'un diagnostic extrêmement difficile, au point qu'une biopsie devient indispensable.

La syphilis, dont l'accident primitif siège aux organes génitaux dans 93 p. 100 des cas est une grande cause d'adénopathie inguinale. Les caractères cliniques du ganglion syphilitique sont des plus nets : pléiade ganglionnaire consituée par un volumineux ganglion, entouré de plusieurs petits, ganglion dur, sans périadénite, indolore, ne suppurant jamais. Bien plus difficile est le diagnostic quand on se trouve en présence d'un chancre mixte.

A côté de ces deux affections vénériennes se place une affection assez récemment décrite par Nicolas et Favre (de Lyon) : la *lymphogranulomatose inguinale*, qui débute par une lésion génitale minime, souvent disparue quand on est appelé auprès du malade. Au moment où l'érosion disparaît, les ganglions se tuméfient, confondus en une masse volumineuse qui s'étend le long de l'arcade crurale et se continue par des ganglions iliaques. D'abord dure, ligneuse, cette masse se ramollit

ensuite non pas en bloc, comme un bubon chancrelleux, mais en plusieurs points séparés, qui se fistulisent.

Le *lymphosarcome*, ou cancer primitif des ganglions, est très rare. On peut voir aussi des *adénopathies cancéreuses secondaires* à un néoplasme de la région.

Il est enfin une maladie à laquelle on ne pense pas volontiers sous nos climats, mais dont certaines formes peuvent donner lieu à une adénopathie qui ferait songer à la syphilis : il s'agit de *peste* à forme ambulatoire.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène mentale, par M. POTET, *Médecin principal de l'armée, Médecin spécialiste des Hôpitaux militaires* — Un vol. 600 p. LE FRANCOIS, édit. Prix ; 40 francs.

Cet ouvrage est consciencieux et fortement documenté. Peut-être même, un excès se glisse-t-il dans la documentation. M. POTET a voulu être complet. Et quand on écrit, il faut se résigner à l'élimination. On ne peut tout dire et quand on y prétend, des oublis se montrent quand même. Sur l'organisation de l'hygiène dans les différents pays du monde, nous puisons des renseignements intéressants. Où nous chercherions quelque chicane à l'auteur, c'est dans l'importance qu'il accorde aux méthodes de laboratoire. Sans doute, ces dernières fournissent quelques lumières, mais avant tout pour préciser et renforcer les résultats de l'analyse psychologique. Les facultés de l'attention, de la mémoire, la hauteur du niveau intellectuel sont bien mieux appréciées par une simple conversation avec le sujet qu'après toutes les petites épreuves expérimentales combinées à plaisir ; celles-ci tendent à ramener à des notations sensorielles les jugements d'ensemble portés sur une capacité de résistance cérébrale. La psychologie expérimentale rétrécit, rapetisse. Elle déforme même parce qu'elle prétend à des conclusions générales. L'examen du détail parvient malaisément à dégager la signification de l'ensemble. A lire l'*Année psychologique*, qui paraît tous les ans, cette impression fâcheuse se fortifie. Les mémoires compacts et hérissés qu'elle publie trop souvent, n'apprennent rien et s'excitent sur des sources d'information qui compliquent au lieu d'éclaircir. M. POTET s'est un peu trop laissé prendre à l'illusion de ce labeur mécanique circonscrit dans une série de petits cercles minuscules et rigides.

Il cite du reste M. KANTOR qui estime que les tests mentaux (p. 121) ne sont que d'un secours très restreint pour le développement de nos connaissances psychologiques. De bonnes pages signalent l'hygiène des psychopathes et des enfants anormaux. En résumé, l'ouvrage de M. POTET témoigne d'un grand effort servi par un esprit qui connaît bien son sujet et aspire à rendre justice à chacun.

La sécrétion interne du pancréas et l'insuline, par M. André CHOAY. MASSON, Editeurs.

Ce n'est pas facile de mettre actuellement au point la physiologie du pancréas. Le sujet est en complet remaniement. Il faut à une étude minutieuse de tous les documents accumulés joindre un esprit critique sans acrimonie, mais aussi sans aveuglement. André CHOAY vient de mettre au point cet énorme labeur et l'a réalisé à souhait. Son chapitre sur l'insuline est une perfection de mise au point. La note originale de l'ouvrage réside dans l'étude des relations entre l'action des différentes glandes encodrines et celle de la sécrétion interne du pancréas. Les surrénales et l'hypophyse exercent des effets nettement opposés à ceux de l'insuline. Ces relations ne sont pas directes, seuls s'opposent les effets. L'antagonisme n'est pas primitif mais secondaire. Nous signalerons aussi dans cet ouvrage un indice bibliographique d'une rare perfection. A tous ces points de vue, le livre de M. CHOAY est un livre bien précieux, et cela autant au chercheur qu'au médecin curieux des recherches modernes.

L'Oxyde de Carbone et l'Intoxication Oxycarbonique. *Etude chimico-biologique*, par M. le Dr Maurice NICLOUX, *Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg, Membre correspondant de l'Académie de Médecine.* — Un volume de 254 pages avec 34 figures. (MASSON et Cie, Editeurs). Prix : 22 francs.

Cet ouvrage complet et très travaillé ouvre jour sur des conséquences pratiques. L'auteur démontre que l'oxyde de carbone asphyxie à la façon de l'azote. Comme traitement M. NICLOUX préconise la respiration de l'oxygène pur. L'oxygène chasse le gaz toxique, se dissout dans le plasma et augmente la capacité respiratoire du sang. On peut employer également les injections sous-cutanées d'oxygène. La respiration d'oxygène pur est le plus souvent suffisante. Quant à la transfusion sanguine, sa nécessité peut se soutenir au point de vue théorique. Pratiquement, elle est bien inférieure à la respiration d'oxygène pur.

L'anatomie en poche, par MM. Victor PAUCHET et S. DUPRET. — Un vol. O. DOIN, édit., 1 vol. in-16 314 p. et 297 planches. Prix : 25 francs.

Voici un ouvrage étonnant. Toute l'anatomie sans texte et avec planches excellentes par M. S. SUPRET. Il n'y a qu'à se reporter aux dessins expliqués par une ligne d'information technique à propos de chaque saillie osseuse, chaque point d'insertion musculaire, chaque trajet de vaisseau ou de nerfs. L'ensemble représente un livre qui ne dépasse pas les dimensions d'un portefeuille.

Anatomie en poche comme le dit fort bien le titre. Les notes du cours que jadis M. V. PAUCHET professait à l'Ecole de Médecine d'Amiens composent la substance du petit volume.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : CH. FIESSINGER.
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Formes atypiques non papuleuses du lichen plan.

Prurit lichénien sans éruption. Formes érythémateuses et érythémato-squameuses sans papules. Glossodynie et névralgies muqueuses sans lichen muqueux (1).

Par M. H. Gougerot,
Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.

Le lichen plan, contrairement à l'opinion de beaucoup, n'est pas une dermatose rare qui n'intéresse que les dermatologistes ; il est fréquent et il a en pratique une grande importance diagnostique et thérapeutique, il mérite d'être connu de tous. En effet il est source d'erreurs de diagnostics graves : le lichen cutané est pris souvent pour une syphilide secondaire et le lichen plan de la bouche est confondu presque toujours avec la leucoplasie syphilitique avec toutes les conséquences lamentables de ces erreurs. Méconnaissant la nature lichénienne de ces lésions on applique pas les nouveaux traitements du lichen plan : arsenicaux à hautes doses, radiothérapie, applications locales chrysophaniques et le lichen méconnu s'éternise laissant le malade sous la menace des préjugés de la syphilis. Il importe donc de reconnaître le lichen plan sous toutes ses formes :

Plus on étudie le lichen et plus on découvre de formes nouvelles. Ce sont ces formes nouvelles que ce travail décrit en résumant les nouveaux traitements.

***

A côté du lichen plan, bien connu depuis les descriptions classiques et caractérisé par ses papules (2), à côté de ses formes cliniques nombreuses où la papule se retrouve caractéristique (3) : lichen striatus (en bandes) de R. Crocker ; lichen enplaques, lichen en nappe, lichen circiné, lichen planus annulatus et planus marginatus, lichen planus érythématosus de Crocker, lichen aigu de Lavergne (lichen papuloérythémateux de Hallopeau-Leredde, lichen miliaire aigu de Dubreuilh), lichen pemphigoïde, lichen compliqué lichénifié, il existe des formes atypiques où la papule lichénienne est plus ou moins transformée : lichen planus obtusus d'Unna ; lichen ruber moniliformis de Kaposi (discutable) ; lichen ruber obtusus corné que Brocq a montré être une variété spéciale de prurit avec lichénification nodulaire circonscrite (ou Prurigo nodularis de Zeisler ou Urticaria perstans) ; lichen planus et acuminatus de Brocq ; lichen ruber acuminatus neuroticus d'Unna (aigu) ; lichen ruber acuminatus de Neisser-Neumann ; lichen plan atrophique (3), lichen plan porcelainé (4) ; lichen planus corne hypertrophique de Vidal (ou lichen chronique circonscrit hypertrophique ou lichen ruber verruqueux).

---

(1) Présentations de malades et conférences de mardi, vendredi 21 heures à Saint-Antoine.

(2) Voilà la description classique de Brocq dans son *Précis-Atlas de Pratique Dermatologique*.

Le lichen plan cutané est caractérisé par une « petite papule (de 1 à 3 mm.) d'un rouge tirant sur le jaune, de forme irrégulière polygonale nettement limitée, à surface aplatie, brillant sous les incidences de lumière » (Brocq, p. 772), « dure et sèche » avec parfois au centre de pression « sorte de petit trou ou d'ombilication minuscule » et « à la surface des plaques (par confluence) des ponctuations et des stries blanchâtres » étoilée ou irrégulièrement ramifiées se détachant sur le fond rouge de la lésion (signes du réseau de Wickham).

Les sièges de prédilection sont les faces antérieures des avant-bras près du poignet.

L'évolution est chronique durant des mois et des années procédant par poussées irrégulières plus ou moins intenses ou discrètes rarement aiguës.

(3) Parfois des formes atténuées et localisées embarrassent le diagnostic. Par exemple nous montrions récemment à notre consultation du soir de Saint-Antoine :

Un homme atteint seulement de lichen plan circiné très discret du gland pris pour des syphilides secondaires ;

Un homme n'ayant qu'au dos des mains des papules très larges mais à peine saillantes, blanc liliacées, ressortant sur une peau rouge irritée de campagnard, formant des nappes confluentes;

Une femme atteinte, à la lèvre inférieure et seulement sur son bord rouge, de lichen muqueux dessinant des arceaux circinés sans autre lésion de la peau ni de la bouche.

(4) Depuis longtemps nous demandons que l'on distingue le lichen plan atrophique du lichen porcelainé. (Voir Gougerot : Lichen Porcelainé, *Paris-Médical*, 30 déc. 1916, n° 53, p. 571).

Toutes les formes des lichens plans, le papuleux vulgaire aussi bien que le porcelainé, peuvent secondairement ou d'emblée évoluer vers l'atrophie. Cette deuxième variété, dit justement Brocq, est le seul « Lichen plan atrophique digne de ce nom » (p. 780). En tous cas on ne devrait appeler lichen plan atrophique que les lichens évoluant vers l'atrophie et ceux-là seuls.

Le lichen porcelainé (décrit aussi sous le nom de lichen alfus de Zumbusch) est caractérisé par un infiltrat blanc porcelainé, il n'évolue pas obligatoirement vers l'atrophie il n'a donc pas comme caractéristique l'atrophie et lui donner cette épithète par définition est inexact.

Il y a donc intérêt à différencier les deux ordres de faits. Hallopeau qui semble avoir décrit le premier ce lichen porcelainé sous le nom de lichen planus atrophicus puis de lichen planus sclerosus a mêlé ces faits. Les auteurs classiques avec Darier ne me semblent pas faire la distinction suffisamment (*Précis*, p. 152-153).

A côté de ces formes papuleuses il existe, croyons-nous, des formes *sans* papules : formes atypiques *non* papuleuses.

I. — **Prurits lichéniens *sans* éruption cutanée** (dont nous avons présenté des exemples à la Société de Dermatologie, le 13 novembre 1924, p. 404, et résumé les caractères dans *Paris-Médical*, 21 mars 1925, n° 12, p. 268).

II. — **Formes érythémateuses** et **érythématosquameuses** sans papules de lichen.

III. — **Névralgies muqueuses** : *glossodynie*, etc., sans lichen muqueux ni papules cutanées.

En l'absence de critère étiologique, la démonstration de la nature lichénienne de ces formes nouvelles atypiques ne peut qu'être clinique, évolutive et thérapeutique, car la nature du lichen plan est très discutée. Brocq se demande s'il ne s'agit pas de dermatose microbienne : « Nous avons vu, dit-il, des faits qui nous ont porté à croire qu'il peut se transmettre du sujet malade au sujet sain » (p. 788), l'allure évolutive du lichen plan, l'immunité qu'il semble conférer sont en faveur de l'origine parasitaire. Mais ce n'est encore qu'une hypothèse et l'on peut s'en servir comme critère de démonstration.

Ce groupement nouveau des formes *non* papuleuses du lichen est comparable à celui des formes atypiques de l'herpès que nous avons décrit il y a plusieurs années : « *Herpès sans vésicules* : formes frustes et atypiques de l'herpès » (*Journal des Praticiens*, 12 nov. 1921, p. 753). Autrement dit la maladie inconnue qui provoque le lichen plan typique *papuleux* peut donner d'autres lésions cutanées que les papules de lichen, de même que le virus filtrant de l'herpès peut provoquer d'autres lésions que les vésicules d'herpès.

I

Prurits lichéniens *sans* éruptions cutanées de papules et de lichen.

Le prurit est infiniment variable chez les lichéniens: tantôt nul, tantôt et le plus souvent d'intensité moyenne, tantôt exaspérant et il est considéré à juste titre par les auteurs classiques comme le seul symptôme grave du lichen plan (sauf dans ses formes aiguës). Il est parfois si intense, qu'il provoque la lichénification secondaire du lichen plan, et le lichen corné qui n'est qu'une lichénification secondaire, ainsi que Brocq l'a magistralement démontré. Il a donc au point de vue pronostique la plus grande importance, car il aggrave singulièrement son évolution ; il « chronifie » le lichen et rend la thérapeutique difficile.

L'importance du prurit a donc été maintes fois soulignée dans le lichen plan ; mais on n'a pas assez insisté sur le prurit lichénien *sans* lichen cutané.

I. — **Prurit lichénien précédant l'éruption de papules.** — Le prurit sans lichen peut annoncer quelques jours, quelques semaines, voire quelques mois auparavant, l'éruption lichénienne ; l'interrogatoire des lichéniens apprend en effet que souvent, mais non toujours, le prurit a précédé l'éruption, et cette période de prurit prodromique est parfois très longue. Nous avons observé en 1919 la femme d'un officier atteinte de lichen classique cutané et muqueux qui, très attentive à son tégument, affirmait avoir ressenti pendant dix-neuf mois des démangeaisons généralisées permanentes, plus ou moins marquées, avant le début aux poignets des premières papules du lichen plan et ce prurit prédominait aux faces antérieures des avant-bras et sur la zo e du dos où l'éruption de lichen fut par la suite la plus intense (observation I) (*prurit précurseur ou annonciateur*).

II. — **Prurit parapapuleux.** — Le prurit sans lichen en dehors des papules lichéniennes est fréquent, si on interroge les lichéniens en pleine éruption ? Presque toujours le lichénien qui se gratte (car il y a des lichéniens qui n'ont pas de prurit) accuse des démangeaisons en dehors des papules de lichen, en des points ou zones qui paraissent dépourvus de papules lichéniennes même à la loupe.

Tantôt ce prurit sans lichen est précurseur de papules qui apparaîtront les jours ou les semaines suivantes ; un de nos malades, par exemple, atteint depuis deux mois d'un lichen classique avec papules disséminées un peu partout, nous demandait toujours d'examiner son dos près de la fosse sous-épineuse gauche ; cette région était indemne, et le prurit resta pendant près de douze semaines ; à ce moment apparurent des papules de lichen caractéristiques mais petites, peu nombreuses, éparpillées (observation II) ; à ce propos, il nous paraît intéressant de faire remarquer que souvent dans les poussées successives du lichen les dernières papules s'atténuent, comme dans les maladies infectieuses donnant l'immunité. Dans ces cas, le prurit a été annonciateur du lichen.

Tantôt le prurit reste prurit sans lichen : nous l'avons remarqué à plusieurs reprises, et les malades vous indiquent souvent plusieurs régions

qui, quoique prurigineuses, restent indemnes. Deux fois ce prurit a guéri très rapidement en vingt et un et dix-huit jours, par la traumaticine chrysophanique que les malades employaient sur les papules et qu'ils avaient appliquée sans même nous le demander dans les zones sans lichen (observations III et IV). Or, on sait que l'acide chrysophanique est un irritant et que les prurits diathésiques augmentent par irritation.

III. — **Prurit lichénien post-papuleux.** — Le prurit sans lichen post-lichénien persiste parfois après l'éruption : le fait nous a paru très rare et nous ne l'avons noté que deux fois.

Le premier malade atteint de lichen depuis huit mois environ avait guéri en deux mois par le cacodylate de soude à l'intérieur et l'acide chrysophanique à l'extérieur : le prurit survécut cinq mois après la guérison du lichen (observation V).

La deuxième malade atteinte de lichen depuis seize mois à poussées successives guérit par le même traitement en six semaines environ, mais elle conserva du prurit à poussées plus ou moins fortes pendant environ douze mois (observation VI).

IV. — **Prurit lichénien annonciateur de récidive de papules.** — Le prurit lichénien sans lichen cutané est parfois précurseur de récidive. Un de nos malades atteint de lichen depuis six mois semblait guéri, les papules étaient résorbées, pigmentées, quand le prurit, qui n'avait jamais disparu, reprit intense et six semaines après, des papules nouvelles réapparaissaient et dans les seules régions qui démangeaient : prurit (observation VII) précurseur et annonciateur de récidive ; ce fut la dernière poussée.

V. — **Prurit lichénien sans papules cutanées mais *associé* au lichen plan muqueux.** — Le prurit sans jamais d'éruption cutanée de papules peut exister pendant toute la durée d'un lichen muqueux. Nous en avons suivi 3 cas démonstratifs, le dernier en collaboration avec le Dr Bonnemaison (de Saint-Germain-en-Laye).

Deux de ces malades étaient venus consulter pour leur prurit généralisé, intense, datant de trois et cinq mois ; ils ignoraient leur lichen buccal qui fut découvert par un examen complet ; le troisième avait été effrayé par « les taches blanches » de sa langue et négligeait un prurit cutané peu intense datant de plusieurs mois. L'examen minutieux à la loupe ne montra aucune lésion à des examens répétés et les malades guérirent de leur prurit par le cacodylate de soude en deux, trois et deux mois sans que les papules apparussent. Chez les deux premiers, le prurit était intense, gênant le sommeil, et tous deux furent traités par des pommades chrysophaniques (procuta renforcée de 1 p. 100 d'acide chrysophanique) : chez le troisième, le prurit était ennuyeux mais trop peu marqué pour troubler le sommeil (observations VIII, IX, X).

Les *faits de passage* rapportés ci-dessus, la *coexistence du lichen plan buccal*, l'*évolution parallèle du prurit et du lichen muqueux*, la *guérison du prurit par le cacodylate à l'intérieur et l'acide chrysophanique à l'extérieur* qui sont les meilleurs traitements antilichéniens connus, la *non-récidive de ce prurit malgré l'absence de régime*, sont d'après nous des preuves que ce prurit est du « *lichen sans lichen* ». La maladie « lichen plan » d'origine inconnue (et que nous croyons avec beaucoup parasitaire) donnerait tantôt des papules cutanées, tantôt du prurit sans papules lichéniennes.

VI. — **Prurit lichénien sans papules cutanées ni muqueuses.** — Ces faits de prurit lichénien sans lichen cutané visible, nous incitent à admettre l'existence de prurit dû à la cause inconnue de lichen sans papules cutanées de lichen et sans lichen buccal.

Un de nos malades (observation XI) âgé de 39 ans souffre depuis onze mois d'un prurit généralisé mais plus marqué aux avant-bras, au cou et aux faces latérales du thorax. Acaphobe, il a été « frotté » trois fois sans résultat, il vient nous consulter à quatre reprises et l'examen le plus minutieux à la loupe ne décèle aucune éruption de papules ni sur la peau ni sur les muqueuses. Les traitements habituels : régime, antianaphylaxie digestive, autohémothérapie, cacodylate de soude à petites doses, calomel, opothérapie, sédatifs, baumes, goudrons, colles, etc., etc. restent inefficaces... Quinze mois après le début, le malade est toujours dans le même état profondément frappé, insomnique et maigrissant. J'essaye alors le sulfarsénol en injections veineuses (0,06 à 0,72 totalisant plus de 6 grammes) et extérieurement le procuta chrysophanique, la guérison est rapide en vingt-sept jours et s'est maintenue depuis juillet 1925 malgré l'absence de tout régime alimentaire.

Les arguments en faveur de cette hypothèse du lichen prurigineux sans papules sont :

L'apparition de prurit sans les causes habituelles des prurits ;

La guérison par l'arsenic à hautes doses à l'intérieur et l'acide chrysophanique à l'extérieur ;

La non-récidive malgré l'absence de précautions et de régime alimentaire sévère ;

Le caractère inattendu d'une poussée isolée de prurit alors que dans les prurits diathésiques autotoxiques les récidives sont constantes.

II

Lichen de muqueuses *sans* éruption de papules (troubles sensitifs ; brûlures, névralgies, etc).

Le lichen plan des muqueuses est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit et facile à reconnaître lorsqu'on y pense (1).

« Fait remarquable : le lichen plan buccal est presque toujours indolore. C'est à peine si le malade, quand il éprouve quelque sensation anormale perçoit une certaine gêne des mouvements, un léger picotement, une légère brûlure de la muqueuse buccale. Nous avons cependant observé quelques exceptions à cette règle et nous avons vu des malades souffrir véritablement de plaques de lichen situées au niveau des grosses molaires » (Brocq, p. 777).

Le lichen des muqueuses est donc d'ordinaire indolent et souvent le malade atteint de lichen cutané prurigineux ignore l'existence des lésions bucco-linguales que découvre le médecin. Mais les exceptions sont incontestables : tantôt et c'est le cas le plus fréquent, le malade accuse seulement des picotements, sorte de prurit muqueux, plus ou moins marqués ; tantôt il se plaint de véritables brûlures douloureuses plus ou moins intenses, parfois « intolérables », disent des malades nerveux ; exceptionnellement à cette sensation de flux s'ajoutent des pointes douloureuses névralgiques de glossodynie par exemple.

Ces troubles sensitifs peuvent-ils exister sans éruption de lichen cutané ou muqueux ? Nous le croyons en nous appuyant sur les arguments suivants :

1° Troubles sensitifs de la muqueuse précédant de plusieurs mois l'éruption de lichen muqueux ;

2° Troubles sensitifs de la muqueuse existant en des points différents du lichen muqueux et en disproportion manifeste avec l'éruption bucco-linguale.

3° Guérison de ces troubles sensitifs muqueux par les arsénobenzènes qui, on le sait, constituent le meilleur traitement du lichen ; guérison chez des malades atteints par ailleurs de lichen cutané muqueux ou exclusivement muqueux et, chez deux malades n'ayant ni lichen cutané ni même de lichen muqueux, parallélisme de la guérison des troubles muqueux et du lichen cutané ;

4° Persistance des brûlures après guérison du lichen.

1° Troubles sensitifs de la muqueuse *sans lichen muqueux*, précédant *de vingt et un et de dix-sept mois le début du lichen muqueux.* — Il est tentant d'admettre que ces troubles sensitifs n'étaient que le début atypique non papuleux du lichen d'autant mieux qu'ils sont guéris par l'arsénothérapie.

Déjà plusieurs malades prétendaient que leurs brûlures de la bouche avaient précédé de longs mois le début du lichen muqueux, mais on pouvait objecter qu'ils n'avaient pas su remarquer un lichen muqueux déjà exisstant, les deux observations suivantes ne peuvent recevoir cette critique.

Observation XII. — Cet homme de 43 ans, fait le tour des consultations hospitalières et neurologiques de Paris tourmenté par ses « douleurs » buccales. C'est un ancien éthylique avoué, qui aurait même eu le « foie malade ». Mais il est devenu sobre depuis cinq ans et l'examen viscéral ne révèle rien, la tension est de 18 Pachon, 15 Vaquez, 9 minima ; on le dit « nerveux » dans sa famille. C'est un phobique qui a fait faire maintes fois son B.-W. toujours négatif ; cette réaction de B.-W. reste négatif le 19 juin 1922 = H 888 au B.-W. classique, H 7 au B.-W. Desmoulière, H 888 au B.-W. Hecht Ronchèse. Plusieurs cures de bismuth et d'oxycyanure d'Hg n'ont pas amélioré ses douleurs.

Le 29 juin 1922, je ne constate absolument rien, la muqueuse semble normale et il en sera ainsi à quatre examens successifs, et cependant il détaille ses douleurs qu'il dit intolérables : ce sont des brûlures diffuses surtout de la moitié gauche de la langue avec deux points très douloureux névralgiques sur le bord gauche, les joues surtout la droite « brûlent ».

Enfin à un cinquième examen le 1er mai 1923, vingt et un mois après le début des « douleurs », j'aperçois sur

(1) Toutes les muqueuses peuvent être atteintes mais surtout la langue et la face internes des joues. Le lichen y revêt deux aspects principaux : à la langue par exemple il forme :

1° Taches opalines arrondies de 3 à 10 mm. (« pain à cacheter de Fournier »). « Sorte d'épaississement de l'épiderme lingual qui submerge les papilles. Parfois les papilles sont moins développées à leur niveau et subissent même un processus réel d'atrophie. En somme presque toujours le lichen plan de la langue, au début, ressemble à la lésion que produit sur cet organe une cautérisation légère avec du nitrate d'argent » (Brocq 775).

2° « Petites ponctuations minuscules (blanches) qui semblent reposer sur une muqueuse en apparence saine et qui peu à peu, se réunissent de manière à former un réseau, un véritable lacet de stries, blanches extrêmement irrégulières d'une largeur de 1/4 à 1 mm. dont la longueur varie de 2 à 10 mm. et plus » (Brocq).

A la face interne des joues surtout près de la dernière grosse molaire il ne revêt que cet aspect pointillé méticulé.

La forme circinée (Brocq) est exceptionnelle.

la moitié gauche de la face supérieure de la langue et sur les deux points si douloureux du bord gauche, trois taches laiteuses « en pain à cacheter » de lichen lingual indiscutable, et quelques étoiles pointillées de lichen sur les deux joues. Aucun trouble cutané : ni lichen, ni prurit, aucun trouble viscéral : le B.-W. refait le 1er mai 1926 est encore totalement négatif.

L'arsénothérapie est aussitôt commencée : 0,12 à 0,84 de sulfarsénol veineux dépassant la dose totale de 6 gr. : les douleurs disparaissent, les lésions muqueuses s'atténuent plus lentement, le malade se sent « renaître à la vie », débarrassé de ses « douleurs abominables », il n'y a pas eu de récidive (août 1926).

Observation XIII. — Femme de 37 ans, non mariée, sans enfant, elle est « nerveuse » mais l'examen viscéral ne révèle aucune lésion : tendance à la pigmentation et à l'hypotension, 12 Pachon, 11 Vaquez, 6 minima ; quelques pertes blanches et règles faibles ; B.-W. réaction négatif = H 888 = H 7 = H 877 le 1er février 1925.

Elle se plaint depuis plusieurs mois de brûlures de toute la bouche et de la langue variant sans raison connue mais toujours intenses, l'examen ne montre aucune lésion muqueuse et il en sera ainsi à trois examens successifs.

Enfin à un quatrième examen le 10 août 1925, dix-sept mois après le début des brûlures, ces douleurs restant les mêmes, on aperçoit du lichen lingual discret mais indiscutable : six lésions pointillées et réticulées et une tache en pain à cacheter. On ne voit rien aux joues qui pourtant sont le siège des mêmes brûlures qu'à la langue. Aux deux poignets et aux genoux sont apparues en même temps des papules de lichen cutané typique.

Une cure de sulfarsénol est aussitôt instituée : 0,06 à 0,72 dépassant 5 grammes ; les douleurs disparaissent dès que l'on totalise 3 grammes en même temps que guérissait le lichen cutané, ce parallélisme de guérison est à souligner et la récidive n'a pas eu lieu depuis septembre 1925.

2° Troubles sensitifs de la muqueuse en des points non atteints par le lichen muqueux. — Plusieurs fois nous avons été frappé de l'existence des brûlures et points névralgiques en des régions que n'envahissait pas le lichen buccolingual et dernièrement encore le Pr Sicard et M. Haguenau nous envoyaient un malade atteint de lichen plan pointillé de la face interne des joues surtout à gauche et de la langue surtout le long du bord droit qui se plaignait de violentes douleurs et brûlures *sous* la langue. Or l'examen à la loupe n'y montrait aucune lésion.

Nous insisterons sur 3 observations (XIV, XV, XVI) parce que dans ces 3 cas il y a eu la preuve du traitement : tous 3 suivis pendant plusieurs mois ont guéri par les arsenicaux et de leurs douleurs muqueuses et de leur éruption lichénienne cutanée, la guérison du lichen cutané et celle des brûlures muqueuses étant parallèles.

Chez le premier malade, le lichen ne parsemait de ses papules que les deux joues, respectant la langue, les brûlures depuis trois mois tourmentaient toute la muqueuse y compris toute la langue.

Chez la deuxième malade, le lichen pointillé et réticule n'envahit que la joue droite, les « douleurs brûlent » depuis six mois les deux joues presque également.

Chez le troisième malade, le lichen réticulé et pointillé ne parsème que le côté gauche de la langue très discrètement, les brûlures envahissent toute la langue et la joue gauche.

3° Guérison de ces troubles sensitifs muqueux par l'arsénothérapie et parallélisme de guérison de ces troubles muqueux et du lichen cutané. — Chemin faisant nous avons souligné dans les observations précédentes que l'arsénic avait guéri les douleurs et brûlures de la muqueuse parallèlement avec les papules cutanées. Chez deux malades atteints de ces troubles muqueux sans lichen muqueux ou cutané décelables le même arsenic a amené la guérison rapide alors que les autres traitements étaient restés inefficaces. Ne peut-on en conclure que ces troubles étaient du lichen sans lichen visible ?

Observation XVII. — Un homme de 32 ans sans lésions viscérales avec un B.-W. réactivé négatif (le 7 février 1924 = H 888, H 8, H 888) souffre depuis sept mois de douleurs et brûlures de la langue. Une cure à Saint-Christau et des traitements innombrables ont été inefficaces. Revue 7 fois, la muqueuse paraît toujours normale, mais les douleurs persistent empêchant souvent le sommeil. De guerre lasse, il accepte du 13 octobre au 11 décembre 1925, une cure arsenicale : 0,15 à 0,90 de 914 veineux dépassant la dose totale de 7 grammes, la guérison est obtenue en dix-huit jours avant la fin de la cure.

Observation XVII. — Un homme de 52 ans sans lésions viscérales avec B.-W. négatif réactivé le 27 août 1925, se plaint de douleurs tantôt abominables, tantôt lancinantes, agaçantes, dans la moitié droite de la langue et diffusant vers la joue droite. Aussitôt nous lui proposons une cure arsenicale : 0,18 à 0,72 de sulfarsénol veineux dépassant 5 grammes du 27 août au 30 septembre 1925, la guérison est rapide et complète sans récidive.

4° Persistance des « *brûlures* » *muqueuses* apres *guérison du lichen muqueux*. — Une de nos malades atteinte de lichen vulvaire a des lésions papuleuses en nappe de 20 mm. sur la face interne de la grande lèvre gauche et des lésions plus discrètes pointillées et réticulées des petites lèvres et de la grande lèvre droite. Elle se plaint de douleurs, prurit et brûlures diffuses variables mais sans arrêt. Intolérante à l'arsenic elle refuse tout essai de traitement général mais avec une grande

patience elle applique jour et nuit des cotons imbibés d'eau de Saint-Christau; elle guérit lentement en un an environ, mais complètement de ses lésions visibles. Mais les brûlures ont persisté deux ans après en s'atténuant progressivement (observation XIX).

Tels sont les arguments qui nous font admettre l'existence de lichen muqueux sensitif sans éruption visible et, devant tout syndrome semblable, même en l'absence de lichen cutané ou muqueux classique nous demandons de tenter le traitement du lichen : l'arsénothérapie.

(*A suivre.*)

CLINIQUE UROLOGIQUE

Hôpital Necker. — M. le Pr LEGUEU.

Hermaphrodisme.

L'hermaphrodisme vrai est rare. En voici un cas récent, qui vient d'être opéré à la clinique de Necker. Ce malade fut envoyé à l'hôpital dans les conditions suivantes. Le docteur F... reçoit un jour la visite d'un individu qui est ennuyé parce que depuis quatre ou cinq mois il a des écoulements de sang revenant tous les mois, périodiquement, comme les écoulements menstruels. Cet homme, petit, trapu, présente en effet une série de symptômes assez troublants. Il a 23 ans ; a des frères bien conformés, mais lui-même sait depuis longtemps qu'il n'est pas conformé comme les autres. L'ensemble est celui d'un homme, il a la musculature d'un homme, des mains volumineuses ; mais il a des seins tellement développés et saillants sous ses vêtements, que ses camarades l'ont remarqué ; il est l'objet de toutes sortes de plaisanteries. La figure est glabre. Il a un membre viril, un scrotum fendu au milieu et qui contient, à droite, un testicule. C'est un hypospade scrotal.

L'hermaphrodite, tel que l'art l'a consacré par les sculptures magnifiques qu'on voit au Louvre, à Florence, à Rome, à Athènes, c'est l'individu qui a les deux organes, testicules et ovaires. Le pseudo-hermaphrodite, forme beaucoup plus fréquente, n'a qu'une apparence d'hermaphrodisme. On en distingue deux catégories : les gynandroïdes et les androgynoïdes.

Le gynandroïde a des ovaires, mais extérieurement, par le développement de son clitoris, il se présente comme un homme. L'androgynoïde porte des testicules.

Cet homme, au point de vue de ses aptitudes, de ses préférences ou de ses désirs, s'est orienté, incontestablement dans le sens mâle. Il a des affinités pour le sexe féminin. Ce caractère n'a pas une réelle valeur pour le diagnostic, car il est très curieux de voir que les individus de cette catégorie n'ont guère que les aptitudes de leur organe extérieur, l'organe fondamental, — testicule ou ovaire, — semble jouer un rôle extrêmement faible dans leurs aptitudes et désirs. Beaucoup de ces pseudo-hermaphrodites se sont mariés avec des individus du même sexe. Voici, par exemple, un cas de MEYER : c'est un gynandroïde, ayant des ovaires, qui, profitant d'un examen médical qui lui laissait un doute, et poussé par une sorte de vanité, a pris les vêtements et la manière de vivre de l'homme, allant boire au cabaret, parlant de conquêtes et d'aventures qu'il n'avait jamais eues. Entre temps, il était taciturne et presque apathique. Dès son enfance, il était préoccupé de cacher ses parties génitales ; il cachait des parties qui n'existaient pas.

Voici le cas d'un homme de 47 ans, qui va mourir à l'hôpital d'une affection pulmonaire ; il était marié et père de trois enfants. Quand on fit son autopsie, on trouva exclusivement des organes féminins, normalement développés.

La suggestion, l'éducation, le costume, peuvent arriver à donner à un individu les apparences d'un homme, alors qu'il n'en est rien.

Chez le sujet que voici, il y a dans la partie droite du scrotum un testicule avec son épididyme et son canal déférent. En ouvrant son ventre, on y a trouvé un utérus et un ovaire avec la trompe et le ligament large du côté gauche. Ces organes ont été enlevés.

Pour perfectionner ses caractères masculins, selon son désir, on pourrait avoir recours à une greffe de singe. A ce propos, on sait qu'on peut changer le sexe de certains animaux : si à un coq on greffe des ovaires de poule, il perd tous les caractères de la masculinité, il évolue vers un sexe intermédiaire.

Voilà un cas rare d'hermaphrodisme vrai ; il y en a seulement deux ou trois cas rapportés. FOLLIN disait que le diagnostic d'hermaphrodisme ne peut être fait qu'à l'autopsie. Il est possible, avec les opérations actuelles et leur bénignité, d'arriver à faire ce diagnostic avant.

On voit plus souvent des pseudo-hermaphrodites. Un jour arrivèrent à la consultation des femmes de Laënnec, deux jeunes Bretonnes en leur costume primitif, robe noire, petit caraco de velours, grand chapeau, deux sœurs, croyait-on. C'étaient deux frères. L'erreur de sexe avait été

faite à leur naissance ; il fallut donc réformer leur état civil. A l'examen, on s'aperçut que c'étaient des androgynoïdes. Pour les faire admettre sans scandale dans la salle des hommes, on dut immédiatement se procurer des vêtements masculins et les leur faire revêtir. C'étaient des hypospades. La robe fait le moine, ils s'étaient crus filles, jusqu'au jour où ils furent poussés à faire des investigations. Le scrotum était fendu au niveau de l'hypospadias ; la verge, toute petite, ratatinée, comme elle est toujours dans les hypospadias. C'est ainsi que les androgynoïdes se présentent presque tous. Si les testicules sont en ectopie, l'erreur de sexe est beaucoup plus facile à commettre.

Il y a vingt ans, on réparait l'urètre par le procédé de DUPLAY, avec des lambeaux de peau pris à droite et à gauche de l'orifice ; vieux procédé, excellent. Actuellement, on peut faire ces autoplasties avec une veine (saphène interne ou jugulaire externe), avec la muqueuse vaginale, ou avec des aortes de chiens. Quand on employa la muqueuse vaginale, pour la première fois, à l'hôpital Laënnec, en 1909 (LEGUEU et TANTON), on préleva un lambeau chez une femme atteinte de cystocèle et chez laquelle il fallait faire la périnéorraphie.

La greffe d'aorte de chien donne des résultats magnifiques. Là encore, l'aorte n'est qu'un élément intermédiaire ; les fibres élastiques disparaissent, l'aorte devient le siège d'une infiltration de tissu spongieux ; par suite d'une merveilleuse propriété de l'organisme pour l'adaptation fonctionnelle, un développement vasculaire se produit, qui transforme ce tissu en tissu érectile.

Voici maintenant un autre sujet, qui représente le degré le plus simple de ces difformités. Il s'agit d'un malade qui avait des troubles des sécrétions internes (troubles du thyroïde et des capsules surrénales), avec un développement des poils de la région péri-anale anormal, et un hypospadias. Il a 14 ou 15 ans, âge où les érections sont faciles et se montrent sous la moindre influence, et font casser toutes les sutures. Lorsqu'on opère les sujets vers leur septième ou huitième année, il n'existe pas cette cause de désunion.

Il y a bien des manières de réparer cet hypospadias, même beaucoup trop, car lorsqu'il s'offre une grande multiplicité de méthodes, cela veut dire souvent qu'elles sont presque toutes défectueuses. Ici, l'urètre a été réparé avec de la peau, par un procédé très bon, qui est le procédé dit de CHOCHOLKA, de Prague. Il consiste essentiellement à constituer un canal cutané, avec la peau face à la sonde, la partie cruentée face à l'extérieur, et à l'apporter dans une tunellisation faite avec un trocart.

La tunellisation est un grand principe de toutes les autoplasties urétrales. La tunellisation et l'avivement sont des méthodes tout à fait opposées.

Il faut, chez ces malades, faire la *dérivation* qui, après la tunnellisation, doit être considérée comme une mesure avantageuse et nécessaire, même la dérivation hypogastrique, toutes les fois que l'autoplastie réalisée doit mettre longtemps à se guérir. Lorsqu'on peut penser que, vraisemblablement, cela s'arrangera assez rapidement, on peut faire une dérivation périnéale, qui est moins mutilante et moins disgracieuse que la dérivation hypogastrique.

La tunnellisation et la dérivation sont nécessaires pour le traitement de ces hypospadias, et c'est avec la combinaison de ces deux méthodes qu'on peut obtenir des résultats par l'un ou l'autre des procédés d'autoplastie réalisés.

FAIT CLINIQUE

Appendicite par corps étranger volumineux.

« Le vrai n'est pas toujours vraisemblable ».

M. C..., 34 ans, doué d'un robuste appétit, mange très vite, avale sans mâcher, toutefois n'a jamais « senti son estomac », pas de constipation.

Dans la dernière quinzaine de janvier 1926, il éprouve quelques vagues malaises digestifs entremêlés de courtes crises douloureuses. Le 2 février, il est pris de douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite avec légère défense musculaire, sensibilité au point de Mac Burney. Pas de température. Mis à la diète absolue et à la glace. Dans le courant de la nuit suivante, il se tord dans son lit, en proie à des douleurs atroces, vomit un liquide porracé. Je le revois le lendemain matin. On ne peut toucher le ventre qui est d'une dureté de bois avec sensibilité maxima à droite de l'ombilic, au-dessus de la région iléo-cæcale. La température axillaire marque 37°. Le pouls bat à 96.

Transporté d'urgence dans la salle d'opération, assisté de mon confrère BELLOUARD, je pratique l'incision classique à 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque. Le péritoine est enflammé et rouge, un pus fétide s'écoule, les anses intestinales sont agglutinées devant une cavité pleine de pus, s'étendant en arrière du cæcum, se prolongeant par en bas vers le Douglas. En relevant le cæcum épaissi, rouge, tomenteux, j'arrive sur l'appendice dont il ne subsiste plus qu'un moignon de 1 centimètre environ, gangréné, grisâtre, effiloché. L'autre partie de l'organe, séparée du moignon, éloignée de lui d'un bon

travers de doigt, est englobée dans des masses inflammatoires d'où on ne peut l'isoler en raison de l'hémorragie qui se produit de toutes parts. La grande cavité péritonéale renferme un exsudat louche, abondant.

Je me borne à lier et à enfouir le moignon appendiculaire, abandonnant l'autre extrémité de l'appendice que je ne peux extraire. Un gros drain est introduit dans la direction du foie ; un autre est dirigé dans la cavité péritonéale ; un troisième plonge dans le Douglas, dans la direction du prolongement inférieur de l'abcès ; un quatrième est insinué au voisinage de l'appendice. Entre tous ces drains, de longues compresses sont enfoncées.

Les suites opératoires sont excellentes. Le malade a seulement, pendant les trois premiers jours, une température de 37, 5, le soir.

La cicatrisation se fait dans de bonnes conditions. Bientôt l'opéré peut se lever, puis reprendre ses occupations. Son appétit est bon, il n'a plus aucune douleur, ne ressentira jamais plus aucun malaise digestif.

Malgré cet ensemble de signes favorables, il persiste dans la cicatrice opératoire deux trajets fistuleux, donnant écoulement à un pus bien lié, dans lequel on n'a jamais rencontré de matières stercorales. Ces fistules nécessitent pendant les premières semaines des pansements journaliers que l'on espace ensuite de plus en plus. Une de ces fistules tarit ; l'autre est devenue plutôt une fistulette. Préoccupé de sa persistance, je me décide à l'explorer avec un fin stylet. A 2 centimètres de profondeur, l'instrument rencontre un corps dur, volumineux, résonnant sous lui.

Le 27 août, je procède, sous cocaïne, à l'ablation de ce corps. Il est placé en travers, à la hauteur de la cicatrice opératoire et immédiatement en dehors d'elle, est enkysté dans une sorte de cavité ménagée entre les muscles de la paroi. Au cours de son extraction, à cause de sa friabilité, je le brise en plusieurs morceaux. Reconstitué, il forme un cylindre aplati sur l'une de ses faces, légèrement étranglé en son milieu, surmonté par deux surfaces articulaires arrondies. Sa longueur totale mesure 25 à 30 millimètres. Une de ses faces articulaires a 13 millimètres de largeur sur 11 millimètres d'épaisseur. Il s'agit d'une deuxième phalange de mouton dont les parties organiques ont été digérées par les tissus et dont il ne subsiste que la trace calcaire. M. C... a mangé en novembre 1925 des pieds de mouton, l'os dégluté, sans que M. C,.. en eût conservé le souvenir, aurait été toléré dans le tube digestif jusqu'à la fin de janvier.

Crise d'appendicite aiguë avec gangrène de l'appendice, persistance d'une fistule et présence dans la paroi d'une pièce osseuse enlevée à 6 mois de distance, quelle relation existe entre ces faits ?

Certes, le volume que l'on connaît de l'appendice, paraît s'opposer à première vue à l'idée de la sortie du corps étranger par un passage aussi étroit. En dépit des apparences contraires, nous ne voyons cependant pas d'autre explication que celle-ci :

L'os s'est insinué peu à peu dans l'appendice qui s'est distendu au-devant de lui, à la façon d'un tube de caoutchouc dans lequel on enfonce par force un corps volumineux. Cette pénétration a été suivie de la gangrène de l'organe vermiculaire rendant possible la chute de la phalange dans la cavité péritonéale. Cachée dans un des culs-de-sac de l'abcès, probablement dans le prolongement vers le Douglas elle n'a pu être aperçue au cours de l'opération. Expulsée par les seuls efforts de l'organisme elle est sortie du ventre, est venue se loger dans une poche qu'elle s'est arrangée dans l'épaisseur de la paroi.

L'expulsion du corps étranger par un autre point de l'intestin, le cœcum par exemple, l'appendicite une fois constituée, ne peut être soutenue. Son rejet en effet par cette voie, outre d'autres symptômes plus ou moins bruyants, se serait accompagné d'un écoulement de matières par la plaie opératoire, puis de l'établissement d'une fistule pyo-stercorale. Donc malgré la disproportion entre le calibre de l'appendice et le volume du corps étranger, nous devons nous en tenir à cette explication.

Dr Le Calvé (de Redon).

FORMULES

Laryngite striduleuse.

(Pour un enfant de 3 ans.)

Deux préparations l'une anticatarrhale, l'autre antispasmodique.

a) Benzoate de soude	1 gr. 25
Teint. de racines d'aconit	XII gttes
Eau de laur. cerise	1 gr.
Sir. diacode	20 gr.
Julep gommeux q. s. p.	60 —
b) Antipyrine	0 gr. 15
Bromure de sodium	0 gr. 40
Sir. d'éther	5 gr.
Sir. Tolu q. s. p.	30 cc.

Première dose : une cuillerée à entremets, puis une cuillerée à café de chaque toutes les vingt minutes jusqu'à la fin de l'accès. (Blechmann.)

***

Poussées fluxionnaires du rhumatisme chronique

Huile ricin	50 gr.
Acide salicylique	1 gr. 50

Etendre sur l'articulation. Couvrir de taffetas gommé.

A l'intérieur : *aspirine* (2 à 4 cachets de 0 gr. 50) ; *salophène*, cachets de 1 gr., 2 à 3 par jour.

Continuer cinq jours.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Traitement des eczémas du nourrisson.

Le traitement de l'eczéma du nourrisson s'inspire de quelques règles générales simples que nous résumons d'après une étude de F. Lesné et A. Boutelier (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 2 juillet 1926).

Traitement local : 1° Opérer par segments d'eczéma, ne pas traiter la totalité à la fois ;

2° Pansements minutieux de propreté ;

3° Eviter les bains.

Pour décaper la peau, on peut employer un corps gras (huile d'olive, vaseline). Lesné applique pendant quelques heures des pansements humides avec :

Sulfate de zinc	0 gr. 50
Chlorure de sodium	7 gr. 50
Eau distillée	1 litre

4° Après le décapage appliquer un topique. Il faut distinguer suivant les types d'eczéma.

Eczéma vésiculeux vulgaire, siégeant en général sur le front, les joues, les tempes.

a) Avec réaction inflammatoire aiguë et œdème :

Pansements humides de sérum physiologique ou avec de l'eau distillée additionnée de son quart de glycérine pure et neutre.

Renouveler ces pansements plusieurs fois par jour.

b) Avec réaction inflammatoire aiguë et rougeur vive, suintement, mais sans œdème.

On nettoie la surface eczémateuse avec de l'éther ; on touche les lésions avec une solution de *nitrate d'argent* assez concentrée, puis on applique la pâte.

Pâte à l'eau de Darier :

Talc Oxyde de zinc Glycérine neutre Eau distillée	âà P. E.

Pâte de Drew :

Oxyde de zinc	30 gr.
Huile d'olives	50 —

Lorsqu'on veut refaire un pansement, on nettoie avec un corps gras (huile d'olives par exemple).

c) Avec prurit :

Après avoir nettoyé à l'éther, touché les points suintants à la solution de nitrate d'argent, on applique le goudron au pinceau plat, on laisse sécher et on poudre.

Il faut avoir soin de bien suivre les règles fixées, n'employer cette méthode que s'il n'y a ni gonflement œdémateux, ni impétiginisation, n'utiliser que du *goudron de houille pur et lavé*.

d) Avec réaction subaiguë ou torpide :

On tâtera le terrain d'abord avec des pâtes faibles puis on augmentera le taux du topique actif.

Pâte faible :

Ichtyol	1 gr.
Oxyde de zinc	6 —
Lanoline anhydre	âà 8 —
Vaseline pure	8 —

Pâte forte :

Goudron de houille Oxyde de zinc	âà 4 gr.
Lanoline anhydre Vaseline pure	âà 6 gr.

Dans les formes torpides, on peut employer :

le soufre de 2 à 5 %,

les mercuriaux (oxyde jaune, turbith minéral de 2 à 5 %),

l'huile de cade (de 2 à 10 %).

Eczéma séborrhéique. — On prescrira les pâtes ichtyolées et au goudron après décapage et attouchement au nitrate d'argent. Voici la formule des 2 goudrons de Brocq :

Goudron de hêtre purifié	0 gr. 50 à 2 gr.
— de houille brut lavé	1 gr. à 2 gr.
Oxyde de zinc Lanoline pure anhydre	âà 6 gr.
Vaseline pure	8 gr.

Traitement général. — *L'enfant est alimenté au biberon* : régler l'horaire et la quantité.

Un jour de bouillon de légumes.

Remplacer dès que possible le lait par des bouillies.

Avant chaque biberon donner une cuillerée à café de jus d'oranges ou de raisins.

L'enfant est au sein : surveiller l'alimentation et la boisson de la nourrice.

Si ces mesures sont insuffisantes, on laissera l'enfant pendant un ou deux jours au bouillon de légumes, puis on le remettra à une alimentation mixte : on remplacera un certain nombre de tétées au sein par des biberons de lait écrémé ou de babeurre. On sèvrera progressivement dès que ce sera possible.

L'insuffisance fonctionnelle du foie commandera l'administration de calomel à doses tout à fait minimes, presque homœopathiques. On prescrira, comme dose journalière, 0 gr. 001 par mois d'âge jusqu'à 6 mois, de 0 gr. 006 à 0 gr. 010 entre 6 mois et 1 an, de 0 gr. 010 à 0 gr. 020 entre 1 et 3 ans. S'il y a intolérance, on n'a qu'à ajouter 0 gr. 05 de carbonate de bismuth par paquet.

L'insuffisance thyroïdienne, il faut y penser chez les nourrissons bouffis et dont les téguments sont comme infiltrés. L'opothérapie thyroïdienne employée prudemment par petites doses fractionnées, donne souvent de bons résultats.

On peut combiner ces différents traitements et prescrire, par exemple chez un nourrisson de 2 mois, obèse, atteint d'eczéma séborrhéïque :

Calomel à la vapeur	0 gr. 02
Extrait thyroïdien	0 gr. 01
Extrait pancréatique	5 gr.

M. s. a. à diviser en 20 paquets ; deux par jour délayés dans un peu de lait. Continuer pendant vingt jours, cesser dix jours, et recommencer. Ajouter un peu de bismuth en cas de diarrhée.

Lorsque ces divers traitements ont été employés sans succès, on peut essayer certaines médications qui ont été préconisées tour à tour.

Le *lactate de chaux* (0,50 par tétée, 3 à 4 gr. par jour). De même les *alcalins* (eau de Vichy, bicarbonate de soude).

On pourra essayer différentes médications agissant sur le métabolisme général : l'*iode* (sous forme de sirop iodotannique) et que l'on emploie guère que chez les nourrissons lymphatiques âgés de plus de un an ; l'*hyposulfite de soude*, dont les résultats sont nuls ou incertains.

Variot et Quinton ont obtenu des résultats favorables quoique de façon inconstante, avec des *injections d'eau de mer isotonique*: On les fait à la dose de 5 à 20 cc., d'abord de deux jours en deux jours, puis deux fois par semaine, puis une fois.

Enfin, dans les cas tenaces, on ne devra pas se priver d'utiliser l'aide précieuse que peut donner la *cure d'air*.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les splénomégalies.

Les splénomégalies renferment quatre grandes classes : 1° celles qui s'accompagnent d'ictère ou d'ascite ; 2° celles qui dépendent d'une maladie du sang ; 3° celles qui sont dues à une infection chronique ; 4° celles qui dépendent d'une maladie directe de la rate.

Le traitement varie suivant la cause :

1° *Celles qui s'accompagnent d'ictère ou d'ascite.* — *a) Ictère.* — Il s'agit d'un *ictère hémolytique* et le traitement ferrugineux réussit. La *splénectomie* entraîne une amélioration immédiate. L'*ictère disparaît*, l'*anémie se dissipe*, mais la fragilité globulaire demeure la même (Aubertin, *Journal Médical français*, juillet 1926). Ou bien est en jeu un *ictère infectieux* ou par *obstruction*. Et ce sont les *laxatifs* avec repos au lit et régime lacto-végétarien qui sont indiqués. Le traitement causal quand il est possible, et en cas de *calcul du cholédoque*, ne pas hésiter devant l'intervention chirurgicale. Ou bien on se trouve en présence d'une *cirrhose biliaire* ou d'une *angiocholite chronique* et le médecin songera à la syphilis possible.

b) Ascite. — La rate est grosse dans la *cirrhose atrophique*. Elle l'est encore dans la *cirrhose hypertrophique* de Hanot et Gilbert. Or comme l'a démontré M. Letulle, la syphilis est bien souvent en cause. Les injections intra-musculaires d'*oxycyanure de mercure* (à 0 gr. 01) alternées de dix jours en dix jours avec les injections d'*extrait hépatique* de Choay sont susceptibles de rendre de grands services.

2° *Celles qui dépendent d'une maladie du sang.* — La grande famille des *leucémies* (myéloïde ou lymphoïde) de la *lymphadénie* produit le mal. Il faut le traitement par le *benzol* (LX à XC gouttes par jour, quinze jours de temps) alterné avec la *liqueur de Fowler* (X à XXV gouttes par jour et au delà). Le traitement par les rayons X, les *injections de thorium* (200 à 600 micro, une injection tous les six jours, 10 injections en tout) opèrent sur l'heure de véritables miracles. L'opothérapie splénique également recommandée, assure des résultats beaucoup plus incertains. Au lieu de sujets anémiés, on rencontre des malades avec grosse rate et polyglobulie abondante. Un trouble de l'hématopoièse est à l'origine. La maladie évolue lentement vers l'issue fatale. Les traitements

médicamenteux sont sans grande action. La splénectomie a été tentée dans la leucémie et l'anémie pernicieuse ; mais si les malades résistent et vont parfois mieux les rechutes habituelles et fatales continuent de se produire (AUBERTIN, *Journ. Médic. Français*, juillet 1926).

3° *Celles qui sont dues à une infection chronique.* — Il s'agit du *paludisme*, de la *syphilis héréditaire* (tardive ou acquise tertiaire), de la *tuberculose*, d'une *dégénérescence amyloïde*.

Pour la *dégénérescence amyloïde*, rien à faire. Il faut s'adresser à la suppuration initiale qui provoque de la diarrhée, de l'albuminurie, une hypertrophie du foie. Régime tonique. L'albuminurie de la dégénérescence amyloïde ne contre-indique pas d'ordinaire l'emploi d'une alimentation réparatrice. A la suite d'une erreur de diagnostic, la splénectomie a été pratiquée. Mort immédiate.

Dans la *tuberculose*, on peut être astreint à la nécessité d'une ablation chirurgicale, si le reste de l'organisme est sain. M. le Pr HARTMANN a opéré un de nos malades atteint d'une rate énorme, alors que l'analyse révélait un sang normal. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de tuberculose. Le sujet a survécu de longues années et a succombé plus tard à des accidents de myocardite avec insuffisance cardiaque.

Dans le *paludisme*, le changement de pays est souverain. *Quinine* contre les accès paludéens, *arsenic* contre l'anémie paludéenne. La splénectomie a amélioré 202 sujets sur 250 opérés. Il s'est produit 43 morts post-opératoires (AUBERTIN). C'est beaucoup pour un état qui de lui-même s'améliore à la longue.

La *syphilis* trouve ses ennemis dans les sels de *mercure*. Le *bismuth* convient en cas d'intolérance mercurielle ; dans les formes tertiaires de la syphilis, qui produisent les grosses rates, les *arsenicaux* sont de maniement plus délicat. Aux hautes doses où ils sont indispensables, ils produisent souvent des accidents toxiques.

4° *Celles qui dépendent d'une maladie directe de la rate.* — Les *kystes séreux*, *séro-sanguins*, *hydatiques* réclament une intervention chirurgicale. S'il s'agit d'un *cancer* avec masse lisse ou bosselée, accompagné d'un gros foie et compliqué d'hémorragies, mieux vaut s'abstenir. Le *sarcome* sous l'influence de la radiothérapie profonde semble susceptible d'une amélioration passagère. La splénectomie a guéri quelques malades. La *maladie* de BANTI, d'origine infectieuse appartient au groupe des anémies spléniques. La rate est grosse, l'anémie considérable avec cirrhose atrophique. Songer à la syphilis. Si celle-ci est écartée, la splénectomie a maintes fois réussi (293 cas avec 173 améliorations et 40 morts post-opératoires, AUBERTIN, *loc. citat.*). Il est vrai que l'ablation de la rate a même amélioré des splénomégalies syphilitiques (6 améliorations sur 7 et 1 mort opératoire). Méfions-nous toutefois de ces statistiques admirables. Bien des insuccès n'ont pas été publiés.

S. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Le syndrome pancréatique chronique avec ictère.

Rien n'est plus difficile et aussi plus décevant que le diagnostic des ictères chroniques. On doit se prononcer entre trois grands diagnostics : la lithiase du cholédoque, le cancer de la tête du pancréas et il faut ajouter quoique souvent associé à la lithiase la pancréatite chronique. Un prosecteur de Lyon, Pierre MALLET-GUY (*Lyon Médical*, 29 août 1926) compulse 106 observations et en isole le syndrome de la pancréatite chronique avec ictère. Il distingue trois étapes : avant, pendant et après l'intervention.

1° *Avant l'intervention*, le malade se présente avec un ictère chronique par rétention datant souvent de quelques mois.

L'apparition de cet ictère peut avoir été précédée par un passé douloureux vésiculaire : sur ce tableau clinique, se sont greffés peu à peu des signes analogues à ceux d'une lithiase cholédocienne, crises douloureuses, un peu différentes il est vrai, ictère passager, frissons et élévation thermique. L'état général décline et le sujet qui supportait bien sa maladie vésiculaire doit souvent cesser son travail.

Mais plus souvent le début de l'affection apparaît en pleine santé et sans antécédent d'aucune sorte. Ce sont d'abord, cinq à six mois avant le début de l'ictère, des crises douloureuses, symptôme à peu près constant dont le degré seul est variable. La douleur s'étend à droite, mais aussi sous le rebord costal gauche, irradie avec une fixité particulière en arrière, dans la région lombaire parfois entre les deux épaules. Elle reste en tous cas surtout *médiane* et s'apparente par la sensation de transfixion qui l'accompagne des réactions douloureuses de l'ulcus de la petite courbure avec lesqulles elles ont pu prêter à confusion.

La douleur dure quelques heures, est parfois suivie d'une élévation thermique et même de frissons. Il est rare que l'ictère se montre alors.

Les crises douloureuses apparaissent irrégulièrement et sans rapport avec l'ingestion alimentaire. Elles entraînent l'installation progressive de signes digestifs et généraux.

L'*ictère* une fois apparu, échappe à toute description d'ensemble : variable ou progressif, peu intense ou, au contraire visant à l'ictère noir. La vésicule est dilatée ou rétractée.

La température reste normale, avec quelques clochers très espacés.

Les malades maigrissent de 10 à 20 kilogrammes. On peut observer de la glycosurie témoignant d'un trouble pancréatique.

L'exploration au tube de Einhorn peut fournir quelques renseignements pour évaluer la teneur en trypsine du suc pancréatique.

On sent rarement une tumeur.

2° *L'exploration chirurgicale* montre une vésicule distendue ou rétractée, atteinte de cholécystite lithiasique. On trouve au niveau de la tête pancréatique soit un noyau limité soit une tuméfaction globale de toute la tête.

Le cholédoque ne contient pas de calcul, la région vatérienne apparaît saine.

Le foie est gros et peut être, rarement, le siège d'une cirrhose plus ou moins discrète.

Enfin l'on note souvent des signes d'inflammation du péritoine sous-hépatique et une adénite du petit épiploon.

Les conditions anatomiques, l'état du malade permettent parfois le prélèvement d'un fragment de la tuméfaction pancréatique et l'examen histologique montre habituellement des lésions de pancréatite interstitielle diffuse non systématisée, beaucoup plus rarement une inflammation interstitielle péricanaliculaire ou une sclérose atrophique ayant détruit le parenchyme.

3° *L'étude des suites opératoires éloignées* est particulièrement intéressante dans nombre de cas, pour confirmer le diagnostic.

Le traitement se trouve réalisé par un drainage ou une dérivation biliaire qui amènent dans le plus grand nombre de cas une prompte amélioration. L'ictère disparaît, l'état général s'améliore rapidement, on note une reprise de poids importante, la guérison ne se démentira point.

Si un drainage biliaire a été établi à l'extérieur, il se tarira bientôt le plus souvent. Si la vésicule a été anastomosée à l'estomac, l'exploration radiologique, après ingestion de bouillie barytée et chimique, par le tubage duodénal, montrera parfois l'oblitération de la bouche anastomotique.

Cette amélioration rapide par le drainage sans ablation de calcul prouve nettement qu'il s'agit d'une lésion inflammatoire. Il est donc particulièrement important d'en faire le diagnostic.

Avec le calcul du cholédoque inclus dans une gangue pancréatique, le diagnostic clinique est impossible, les deux syndromes ont souvent les mêmes caractères. Il faut recourir au diagnostic chirurgical et celui-ci n'est pas toujours facile, il peut être nécessaire de faire une ponction à l'aiguille, ou une cholédocotomie, ou une pancréatotomie. Ce diagnostic essentiellement opératoire se présente sous un jour un peu différent, lorsque le syndrome pancréatite chronique sténosante ne se manifeste pas par un ictère, mais par une fistule biliaire : la première intervention a été une cholédocotomie pour calcul de la voie biliaire principale et il a persisté une fistule. Cette fistule est-elle due à un calcul oublié ou à la réaction inflammatoire glandulaire qui a été constatée lors de l'intervention et aurait été rebelle au drainage prolongé ?

L'exploration radiologique, au lipiodol par exemple, du trajet biliaire permettra alors, avant l'intervention de fixer le diagnostic montrant soit la stricture du cholédoque pancréatique, soit la lacune régulière d'un calcul.

Avec l'obstacle au niveau de l'ampoule de Vater.

Les méthodes modernes d'examen des hépatiques permettent de faire un tel diagnostic avant l'intervention. Pierre MALLET-GUY insiste sur les caractères suivants :

a) Absence de sécrétion biliaire et pancréatique, signe bien rarement rencontré dans les pancréatites chroniques autonomes ;

b) Présence de sang dans le miliéu duodénal ;

c) Existence d'une image lacunaire à l'étude radiologique du duodénum injecté de baryte par le tube d'Einhorn. L'ampoule oblitérée par une tumeur ou un calcul se présentera sous la forme d'une lacune à contours réguliers ou non.

Opératoirement on vérifiera ces données précieuses et on reconnaîtra la cause de la réaction inflammatoire développée au niveau du pancréas. Le plus souvent, en effet, il s'agira d'un calcul enclavé, les tumeurs de l'ampoule ne s'accompagnant que rarement de réactions inflammatoires de la tête du pancréas.

Avec le cancer de la tête du pancréas, Pierre MALLET-GUY aborde avec prudence ce diagnostic.

On connaît les caractères classiques de ce cancer : ictère complet, irrémédiable, intense, décoloration complète des matières, grosse vésicule.

Les caractères de diagnostic de la pancréatite chronique apportés par l'auteur lyonnais sont inégaux comme valeur. Quand il vient dire qu'un ictère chronique évoluant depuis un an et demi sans signes de généralisation est un signe en faveur d'une lésion inflammatoire, il a certes raison théoriquement, mais quelle monstruosité pratique. Je préfère lui voir insister sur l'argument *discordance entre les signes cliniques et les données opératoires* : l'histoire est celle d'une lithiase, ictère oscillant, fièvre, frisson, points douloureux, à l'opération on trouve une tuméfaction de la tête. Dans ce cas le cancer est peu probable, la pancréatite possible. La *lésion pancréatique* peut parfois avoir des caractères suffisamment caractéristiques, état inflammatoire du péritoine sous-hépatique ou diffusion de l'inflammation pancréatique en faveur de la pancréatite. La *biopsie* peut être exposée à des erreurs faciles. Somme toute, il ne reste qu'un argument qui tranche en faveur du diagnostic, *l'argument évolutif*. Ce n'est souvent qu'après l'intervention que doit se juger en dernier ressort la question du diagnostic différentiel si délicat entre le cancer pancréatique et la pancréatite chronique avec ictère. Le rétablissement de la perméabilité cholédocienne sera le meilleur témoin de la résolution de la tumeur sous l'action du traitement chirurgical qui est véritablement un traitement d'épreuve.

Certains faits qui datent du début de la connaissance de la pancréatite chronique avec ictère sont très impressionnants : une intervention n'ayant pas détourné le cours de la bile, parfois même une simple laparotomie exploratrice ont suffi à faire rétrocéder et disparaître l'ictère.

Une cholécystostomie a été pratiquée : le retour des fonctions cholédociennes est très nettement illustré par la fermeture de la fistule bilaire ou en tout cas par le passage à nouveau de la bile dans les fèces.

Beaucoup plus complexe apparaît la recherche de ce test « résolution de la tumeur pancréatique », lorsque l'intervention a consisté en une anastomose de la vésicule avec un segment du tube digestif, — en fait, l'estomac.

Point n'est besoin aussi d'ajouter à ce test, le test « *survie prolongée* » de Pierre Mallet Guy, c'est une *traduction* terminale du précédent. Le cancer ne guérit pas, la pancératite peut guérir.

Le diagnostic du syndrome pancréatite chronique avec ictère, passe donc par trois phases, sur lesquelles insiste à juste titre Pierre Mallet Guy : phase préopératoire, au cours de laquelle toute tentative de diagnostic formel est interdite ; deuxième phase, celle de l'exploration chirurgicale qui permet de limiter le problème exclusivement entre pancréatite et cancer, parfois de trancher, toujours d'orienter ce diagnostic différentiel ; enfin, phase post-opératoire qui, précocement ou au contraire par l'étude des suites lointaines, affirmera définitivement la nature de la tuméfaction pancréatique.

Le diagnostic étiologique ne commence donc qu'après l'exploration chirurgicale et se trouve, de ce fait, singulièrement facilité.

Les causes les mieux connues de la pancréatite chronique avec ictère sont représentées, en effet, par les *lésions biliaires, lithiase vésiculaire ou cholécystite chronique non calculeuse.*

En dehors de ces faits, en dehors de quelques cas de pancréatite post-typhique, l'étiologie est assez discutable : tuberculose rarement, mais surtout *syphilis* qui doit être incriminée dans près de 10 % des cas. Il faudra donc songer à cette étiologie possible dont l'intérêt thérapeutique est évident. On s'orientera particulièrement vers cette hypothèse lorsque les réactions thermiques, les frissons ont fait défaut avant ou après l'évolution de l'ictère, lorsqu'on trouve en outre une vésicule dilatée, et enfin si le tableau clinique est complété par l'adjonction de signes de déficit externe et même parfois de glycosurie.

Une fistule biliaire, persistant après le traitement chirurgical, serait alors heureusement modifiée par l'institution d'un traitement spécifique.

Ces faits sont cependant exceptionnels et les arguments sur lesquels s'appuie Pierre Mallet-Guy pour en affirmer la nature syphilitique ne sont pas à l'abri des critiques. N. F.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

Les bases d'un régime hypo-azoté.

On abuse certainement en pratique et du régime déchloruré et du régime hypo-azoté. Ils sont l'un et l'autre entrés à ce point dans la pratique qu'ils appartiennent à leurs réflexes médicaux. Ce ne sont pas toujours ni des réflexes heureux, ni des réflexes raisonnables. Un albuminurique sans œdème, sans hypertension, sans azotémie est souvent condamné à vivre sans sel et sans viande. Il en résulte une dénutrition progressive, de l'oligurie et par la force des choses, la dénutrition s'accompagnant de désintégration protéique d'une part, d'oligurie

de l'autre, le faux azotémique s'élève en raison du fait connu, le « plafond » de concentration maxima uréique des urines. Cette azotémie, qui peut atteindre 0.50 à 0.60, est encore un nouvel argument pour serrer le régime et de là le cercle vicieux de ces petits rénaux persécutés par une interprétation irraisonnée des découvertes modernes.

Le régime déchloruré ne doit être prescrit que dans les néphrites avec œdèmes, ou chez les cardiaques avec œdèmes de stase. Je ne suis pas partisan de déchlorurer les hypertendus, c'est une mesure inutile. Il suffit de restreindre la consommation du sel dans des doses de 4 à 6 gr. par vingt-quatre heures.

Passons au régime hypo-azoté. J'ai vu souvent des malades rénaux qui pour une azotémie de 0.60 étaient mis au régime sans viande, sans œufs, sans lait, quand le régime hypo-azoté de cette importance doit être réservé aux azotémies dépassant 1 gr. 30, 1 gr. 50 d'urée par litre. Il ne faut pas croire qu'en se montrant très sévère on ira plus vite. Car un régime déficitaire au point de vue calorique est plus nuisible qu'utile. Il faut un régime calculé et suffisant pour la vie demandée au rénal.

Dans un travail récent, Ch. Richet fils et R. Monceaux (*La Presse Médicale*, 10 juillet 1926) étudient deux régimes : un régime hypo-azoté strict, et un régime hypo-azoté mitigé.

Dans le régime hypo-azoté strict, la base du régime est formée par un pain sans azote, de la crème et des fruits.

Le pain sans azote se prépare avec de l'amidon 100 gr., du beurre 30 gr. et sucre 25 gr. Ce sont des sablés à grand rendement calorique, 500 calories pour 100 gr. Ils ne contiennent que 0 gr. 25 de matières protéiques.

La crème ne contient que 2,4 de matières protéiques pour 100.

Quant aux fruits, on choisira la pomme et les autres fruits sauf les noisettes, amandes, noix, marrons et dattes.

Les confitures sont excellentes.

On peut joindre des aliments pauvres en azote :

Le bouillon de légumes aux poireaux, carottes, navets et pommes de terre, avec du tapioca, de la crème ou du beurre.

Le petit lait.

Les légumes : pommes de terre, carottes et choux.

La pomme de terre ne contient que 1 gr. 9 p. 100 de matières protéiques et donne 100 p. 100 de calories.

Les carottes contiennent peu d'azote (0 gr. 11 pour 100, et fournissent 50 calories pour 100 gr.

Les choux ont une teneur azotée de 0 gr. 11 p. 100 et donnent 30 calories pour 100 gr.

Il faut déconseiller le riz, le pain, les pâtes, les farines, les haricots verts et surtout les lentilles, fèves, haricots secs et autres légumineuses à haute teneur protéique.

Le *sucre* est un aliment parfait dans ce régime, mais le malade s'en dégoûte rapidement, et il nous paraît malaisé d'en absorber plus de 100 gr. par jour.

Dans le régime hypo-azoté, par suite de la quantité de fruits absorbée, les besoins en eau de l'organisme sont largement satisfaits, et la polyurie est de règle. Ch. Richet et Monceaux conseillent la prise de 3 centilitres par jour de cognac ou de 15 centilitres de vin, ce qui correspond à 100 calories.

Le *lait* est tout à fait contre-indiqué à cause de sa richesse en azote.

Voici un menu fixé par Ch. Richet fils et Monceaux :

	Quantité de matières protéiques.	Valeur calorigène
Petit déjeuner :		
30 gr. de pain sans azote. . .	0,07	150
1 potage de 250 gr. de bouillon de légumes avec 25 gr. de tapioca	0,50	100
Déjeuner :		
50 gr. de pain sans azote. . .	0,12	250
100 gr. de pommes de terre avec	1,9	100
40 gr. de beurre.	0,4	320
50 gr. de crème.	1,2	220
20 gr. de sucre.	»	80
100 gr. de confitures ou de marmelades	0,2	220
1 infusion avec 20 gr. de sucre.	»	80
1 centilitre d'alcool sous forme de cognac ou de vin. . . .	»	70
Goûter (facultatif) :		
30 gr. de pain sans azote. . .	0,07	150
20 gr. de miel.	0,26	64
1 infusion avec 20 gr. de sucre.	»	80
Dîner :		
50 gr. de pain sans azote. . .	0,12	250
Potage de 250 gr. de bouillon de légumes avec 25 gr. de tapioca.	0,50	100
100 gr. de carottes	0,7	50
avec 15 gr. de beurre. . . .	0,15	120
50 gr. de crème.	1,2	220
20 gr. de sucre	»	80
100 gr. de confitures ou de marmelades	0,2	220
1 infusion avec 20 gr. de sucre.	»	80
1 centilitre d'alcool.	»	70

On arrive ainsi au total de 3.000 calories (goûter compris).

Ce régime est bien équilibré : les protéiques qu'il apporte ont une valeur biologique suffisante.

Ce régime est un régime très strict, que l'on n'emploiera qu'exceptionnellement. Prolongé huit jours, il est très aisément supporté sans souffrances; mais il excite peu l'appétit et, même avec une ration calorique suffisante, il détermine une certaine diminution de poids qui, chez les sujets normaux, peut aller jusqu'à 2.000 gr., mais oscille entre 500 et 1.000 gr. en général. Il ne *faut pas le prolonger plus de huit à dix jours.*

A côté de ce régime, il est facile d'en composer un autre, *régime hypo-azoté mitigé* renfermant de 15 à 30 gr. de protéiques. Ce régime peut être prolongé sans inconvénients et il est très facilement supporté par les malades.

Le lait, avec ses 34 gr. d'albumines au litre, les fromages, les œufs, les haricots secs, les pois, les fèves, lentilles (qui ont de 20 à 25 pour 100 de matières protéiques) doivent être sévèrement proscrits.

On conseillera, par contre, les choux-fleurs (2,30), les topinambours (1,5), les haricots verts, et, à petites doses, le riz (8 pour 100), les pâtes (12 p. 100). Le pain sans azote peut encore dans ce cas remplacer le pain ordinaire.

Comme il est indispensable de varier l'alimentation, on tolérera, sauf contre-indications particulières, deux fois par semaine, 75 gr. de viande ou de poisson (15 à 17 p. 100 de matières protéiques)

Ces excellents conseils de Ch. Richet fils et Monceaux ne peuvent qu'être médités avec fruit. Ces auteurs signalent que ces régimes quoique parfaitement équilibrés au point de vue calorique ne vont pas sans entraîner des amaigrissements si on les continue longtemps. Je suis entièrement de leur avis, un régime de restriction quel qu'il soit doit éviter la monotonie. La monotonie engendre l'inappétence et l'inappétence a comme corollaire l'amaigrissement. Le médecin ne doit pas abandonner un malade à une discipline permanente. Il faut savoir, aussi bien dans les régimes hypo-azotés que dans tous les régimes, intercaler des périodes de plus grande liberté qui permettent au malade de reprendre de l'appétit, un peu de poids et ceci sans élévation notable de leur azotémie.

N. F.

CORRESPONDANCE

Sur l'alimentation lactée dans la première enfance.

Dans « la *Nouvelle Zomothérapie* » le Pr Ch. Richet rapporte le résultat d'expériences qu'il a faites sur des chiens, nourrissant les uns à la viande crue, les autres à la viande cuite. Si, dit-il, le poids « des 3 chiens « nourris à la viande crue pendant 44 jours était de « 100 au premier jour, il était de 114 au 44e. Si le « poids global des 3 chiens nourris à la viande cuite « était de 100 au premier jour, il était de 48 au 44e car « un des chiens est mort le 27e.

« Si au lieu de viande cuite bouillie, on donne de la « poudre de viande (comme unique aliment) le résultat « est plus éclatant encore. Les chiens nourris à la « poudre de viande seule meurent en quatre ou cinq « semaines, quelquefois en trois semaines ».

(Le Pr Richet ne conclut pas à l'intolérance de ces animaux pour la viande de bœuf.)

Et il en est de même pour l'enfant : l'expérience a été faite... en Allemagne, et le résultat, c'est que : le poids d'un nourrisson nourri au lait de femme stérilisé pendant dix minutes à 100° augmente moins (33 0/0) que lorsque l'enfant est nourri au sein directement.

(Moro. *Jahrb. für Kinderheilkraukeiten* 1902, vol. 6.)

Le lait surchauffé, qu'il soit bouilli, stérilisé, passé au tambour à 140°, n'est plus du lait. Il a perdu ses propriétés physiques, chimiques et organoleptiques. Ainsi par exemple, si l'on verse dans 20 cm3 de lait bouilli, XX gouttes de solution fraîche d'Hélatéine et comparativement dans 20 cm3 de lait cru, XX gouttes de la même solution, le lait bouilli perd la coloration en quelques secondes, tandis que le lait cru reste rose. Avec le lait stérilisé à 110°, la coloration persiste mais tourne au jaune café au lait (Bordas).

Et ce qui tiendrait à prouver que ce lait falsifié sous les auspices de la science, ne constitue pas un aliment, c'est cette statistique de la mortalité des enfants assistés et moralement abandonnés pour l'année 1901.

Je relève de 0 à 1 an 898 morts de diarrhée entérite infantile.

De 1 an à 2 ans 80 morts de diarrhée entérite infantile.

De 2 ans à 3 ans *0*.

La première année, les enfants reçoivent l'alimentation lactée 898 décès. La seconde année (à partir d'un an) ils reçoivent une autre alimentation, il n'y a que 80 décès, reliquat de la première, puis la *gastro-entérite* disparaît de la statistique.

N'est il pas naturel d'accuser l'alimentation, c'est-à-dire le lait ?

Si encore toutes ces manipulations que l'on fait subir au lait, mettaient le consommateur à l'abri d'affections redoutables ! Mais il n'en est rien, puisque M. CALMETTE a déclaré que le cadavre de microbes est aussi dangereux que le microbe lui-même ; que le Dr SCHREIBER dit que l'ébullition ne détruit pas tous les germes, que les spores résistent à son action, que le lait bouilli peut être nocif, etc., etc.

Simple praticien, étudiant la médecine depuis un demi-siècle, je me creuse la tête pour arriver à comprendre que la cuisson ne modifie pas la constitution des aliments azotés. Supposition que le professeur traite d'absurde dans l'ouvrage cité plus haut.

Et je m'adresse au guide que j'ai choisi dans le *Journal des Praticiens*, en m'excusant de la liberté grande.

Dr WILLETTE.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Psychiatrie, par M. le Dr LÉVY-VALENSI, *Médecin des Hôpitaux*. — J.-B. BAILLIÈRE, 1 vol. 504 p.

S'il fallait un exemple pour apprendre que la stagnation d'une science n'empêche la profusion des publications à son endroit, nous n'aurions qu'à prendre pour modèle les ouvrages de Médecine Mentale. Jamais il n'en a tant paru en peu de temps. Le livre actuel de M. le Dr LÉVY-VALENSI continue la série, mais d'une façon heureuse et telle que la comprend un esprit entraîné, dont la compétence s'avère à chaque page. Comme dans les publications de cet ordre, la thérapeutique demeure le côté faible. Se rendant compte de cette lacune, l'auteur nous confie dans son Avant-propos qu'il aurait voulu écrire un « long et réconfortant chapitre » de traitement. Nous retrouvons au cours des pages, une vieille connaissance, la neurasthénie. Tout un chapitre lui est consacré. Au fait, il s'agit là d'un symptôme de fatigue attribuable aux causes et aux maladies les plus diverses. D'ici peu d'années, sans doute, la description sous forme de maladie de l'épuisement nerveux, sera biffé aussi délibérément des volumes de l'avenir que la dilatation de l'estomac dans les maladies du tube digestif. Le texte bien présenté s'enrichit d'un grand nombre de figures.

Comme notations thérapeutiques à signaler, disons que M. LÉVY-VALENSI déclare s'être bien trouvé de l'hémaéthyroïdine chez les maniaques et quelques mélancoliques. L'ensemble de l'ouvrage est intéressant.

Toutefois nous ne pourrions considérer comme signe prodromique de la démence sénile la monotonie de la production chez les artistes et la répétition des formules de création qui leur sont chères. Il est rare qu'à partir de soixante ans, un homme se renouvelle. Cela ne veut pas dire qu'il ouvre les portes à la démence.

Les affections de la colonne vertébrale, par André LÉRI. — MASSON, éditeurs.

« Il faut saluer ce nouvel effort fait par un Médecin pour annexer à la Médecine un nouveau territoire dans un domaine qui jusqu'alors dépendait presque exclusivement de la chirurgie. » C'est la phrase par où Pierre Marie commence la Préface. André Léri s'est spécialisé dans la médecine osseuse. Le nombre de ses travaux originaux sur ce sujet est considérable. Tous les chapitres de ce livre sont essentiellement personnels. Nous citerons parmi les plus frappants le *Spina bifida occulta*, la lombalisation de la 1re sacréo et la sacralisation de la 5e lombaire, la cyphose traumatique et les maladies ankylosantes du rachis. André Leri met richement à contribution la radiographie et en tire une élégante illustration.

Son livre ne contient pas toute la pathologie vertébrale, mais l'œuvre de André Leri est assez riche pour alimenter ce livre de 526 pages, qui réunit aussi des productions éparses dans la littérature médicale et en les présentant dans un travail d'ensemble, leur confère une valeur de haute marque.

Gros ventre et Obésité chez les arthritiques, par MM. les Drs P. BOULOUMIÉ et A. BAUHE, *médecins consultants à Vittel*. Paris, Norbert MALOINE, 1 vol., 270 pages.

Il est certain que l'activité dépensée par eux, au cours de la guerre, a amélioré nombre d'arthritiques. La goutte avait disparu, l'embonpoint s'était desséché. Et voici que le repos est aujourd'hui conseillé comme une cure de l'obésité. Pour quelques jours, la médication a raison d'être. Le repos au lit favorise la diurèse, la diurèse favorise la déshydratation et la perte de poids, par l'épuration urinaire. Seulement, un certain sentiment de la mesure doit présider à l'institution du traitement. L'exercice, un exercice modéré est favorable à la plupart des obèses. Ajoutons-y la cure de diurèse telle qu'elle est organisée à Vittel et la prescription du régime alimentaire requise. Bien vite les obèses auront recouvré la santé. Telles sont les lignes directrices de ce petit livre où MM. P. BOULOUMIÉ et A. BUCHE ont enfermé les vues d'une longue expérience.

L'amibiase intestinale et ses Localisations extra-intestinales. *Etude biologique et clinique*, par Mme le Dr A. PANAYOTATOU (d'Alexandrie), *lauréate de l'Académie des Sciences de Paris*. (VIGOT frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris). In-8 carré de 160 pages avec 3 figures, 12 francs.

L'amibiase ne localise pas ses effets à l'intestin. L'auteur décrit en plus l'amibiase des voies respiratoires, l'amibiase familiale des voies urinaires. Bon travail auquel l'auteur habitant Alexandrie a apporté tous ses soins et les ressources d'une compétence autorisée.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : CH. FIESSINGER
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Pr Bezançon.

Les pleurésies au cours du pneumothorax thérapeutique.

De l'avis unanime des auteurs, il est exceptionnel que le pneumothorax spontané reste à l'état gazeux pur. Presque toujours il entraîne une réaction liquidienne. Dans certains cas, cet exsudat est très peu abondant, il échappe à l'examen clinique et n'est guère révélé que sur l'écran. Dans d'autres cas il est abondant et s'accompagne de signes généraux donnant l'impression d'une véritable pleurésie. Voici, par exemple, l'histoire d'un jeune homme qui était soigné dans un sanatorium pour des lésions tuberculeuses importantes, malgré son aspect floride. Un jour, il est pris brusquement d'une dyspnée, avec tous les signes d'un pneumothorax dit en soupape ; on dut mettre en permanence pendant plusieurs jours une canule facilitant la sortie de l'air de la plèvre. Cependant, les lésions tuberculeuses semblaient s'améliorer. Tout à coup, la température se mit à monter à 38°, 38°5, 39°, et l'on perçut les signes d'un épanchement. La maladie avait l'allure d'une véritable pleurésie. La ponction retira un liquide légèrement louche, ne renfermant pas de bacilles de Koch par les procédés habituels, exactement comme l'exsudat d'une pleurésie séro-fibrineuse ordinaire.

Ce malade a guéri. Il est probable qu'il a conservé un épanchement peu abondant, susceptible de varier d'importance de temps à autre sous des influences diverses, mais en somme permanent, ce qui n'est pas rare à la suite du pneumothorax spontané. Le plus souvent il n'y a pas de pus véritable, mais un liquide trouble, contenant des polynucléaires altérés. Il est rare d'y trouver des bacilles de Koch par les méthodes ordinaires. Dans certains cas, on voit de véritables pyothorax à pus de couleur verdâtre, véritables pleurésies purulentes tuberculeuses. Il peut y avoir pénétration dans la plèvre non seulement du bacille de Koch, mais aussi des bactéries pyogènes, pneumocoques, streptocoques, staphylocoques. Dans ces cas, la température s'élève à 40°, il y a de grands frissons. Ce sont les formes septiques. On observe même des formes putrides, à bacilles anaérobies associés.

L'hydro-pneumothorax peut d'emblée simuler une véritable pleurésie. Voici, par exemple, l'observation d'une malade, originaire de la province. Elle avait commencé par présenter pendant plusieurs semaines des signes d'imprégnation tuberculeuse, de l'amaigrissement, de petits états subfébriles, de la fatigue ; puis, elle ressentit un point de côté, accompagné d'une élévation thermique à 39°, avec frissons, un peu d'oppression. On trouva tous les signes d'une pleurésie séro-fibrineuse : grosse matité, absence de vibrations ; pas de souffle amphorique, pas de succussion hippocratique, aucun signe de pneumothorax. Le liquide retiré par ponction contient des polynucléaires assez abondants (80 %). La radiographie montre une ligne de niveau typique, et un décollement du poumon. Il s'agit d'un hydro-pyo-pneumothorax tuberculeux. Jusqu'ici on n'a pas trouvé de bacilles de Koch dans le liquide.

On considère volontiers le pneumothorax spontané comme extrêmement redoutable. C'est vrai pour nombre de cas, mais il y en a de beaucoup moins sévères. Bien mieux, la compression du poumon est favorable. Talamon et Sabourin avaient déjà parlé de la pleurésie tuberculeuse bienfaisante : la compression du poumon empêche le développement des lésions tuberculeuses pulmonaires.

C'est précisément ce rôle bienfaisant manifeste de certains hydro-pneumothorax spontanés qui a conduit à la découverte de Forlanini, au traitement de la phtisie pulmonaire par le pneumothorax artificiel.

Dès qu'on a connu le pneumothorax thérapeutique, on a eu l'impression qu'il était une arme admirable, mais qu'il était exposé à une complication redoutable qui en assombrissait le pronostic : la pleurésie. La crainte de la pleurésie est devenue une véritable hantise. Cette préoccupation est peut-être un peu exagérée.

L'épanchement liquide est fréquent, en effet, au cours du pneumothorax thérapeutique. Il existe, selon les divers auteurs, dans 60 à 80 % des cas. La production d'un épanchement liquide dans le pneumothorax n'est pas rare avec les formes broncho-pneumoniques de la tuberculose. Elle semble favorisée par l'exposition au froid, la fatigue, les influences saisonnières, la menstruation.

On voit très souvent, dès le lendemain ou le surlendemain de l'insufflation, s'épancher dans la cavité pleurale quelques gouttes d'un liquide citrin. C'est ce qu'on appelle l'épanchement traumatique. Il se produit sans fièvre, ou avec une élévation thermique de quelques dixièmes de degré. On n'y trouve pas de bacilles. MM. Huard et Dumdret ont pu l'inoculer au cobaye et ne l'ont pas tuberculisé. On y trouve généralement des cellules éosinophiles.

Dans d'autres cas, on voit un épanchement très important, prenant l'allure d'une véritable pleurésie. Voici, par exemple, une malade qui était atteinte d'une tuberculose à début pneumonique très grave. On lui fait un pneumothorax artificiel. Il est suivi d'une grande amélioration, puis, tout d'un coup, la température monte à 39°, 40°, avec de grandes oscillations du type intermittent. La ponction retire un liquide à lymphocytes (90 %) ; il n'y a pas de bacilles de Koch visibles par les méthodes usuelles. C'est une réaction comparable à la pleurésie séro-fibrineuse ordinaire. Au bout de quelque temps, la température descend, présentant un véritable stade amphibole. Cette malade a guéri complètement, et elle a fait une symphyse pleurale.

De même, chez un homme atteint d'une tuberculose très sévère, avec hémoptysie à répétition, on se décide à faire un pneumothorax. Au cours de ce pneumothorax, la température devient oscillante (38°, 39°,5). Une ponction retire un liquide séro-fibrineux à lymphocytes, ne contenant pas de bacilles tuberculeux.

Là encore, la défervescence est semblable à celle d'une pleurésie. Là encore il s'est agi d'une pleurésie bienfaisante.

On voit donc tantôt un petit épanchement traumatique sans importance, tantôt un épanchement important, prenant l'allure d'une véritable pleurésie séro-fibrineuse, et suivi soit de symphyse, soit de petit épanchement persistant.

Pour la plupart des auteurs, la symphyse constitue une complication, elle empêche de continuer le pneumothorax. Sans doute, il faut, dans un grand nombre de cas, pouvoir continuer le pneumothorax, pour enrayer l'évolution tuberculeuse du poumon sous-jacent, mais il y a des symphyses heureuses, comme chez la malade précédente, restée guérie depuis deux ans.

Il existe donc, au cours du pneumothorax thérapeutique, de véritables formes de pleurésie séro-fibrineuse, à lymphocytes, sans bacilles de Koch, par conséquent bienfaisantes. A côté de cela, il peut se produire, comme au cours du pneumothorax spontané, une tuberculisation lente de la plèvre, souvent sans réactions, avec un épanchement qui rarement restera complètement séro-fibrineux, mais qui souvent, au bout d'un certain temps, prendra l'aspect séro-louche, contenant des polynucléaires altérés et des bacilles de Koch en plus ou moins grande quantité.

Ici encore, comme au cours du pneumothorax spontané, il y a parfois des accidents septiques, dus à l'infection par les pyogènes, sous l'influence d'une infection générale ou d'une infection pulmonaire. Enfin, on peut voir des pleurésies putrides.

Les petits épanchements, de quelques grammes, doivent être respectés.

En présence d'un épanchement abondant, on est tenté de l'évacuer, de le remplacer par de l'air, Eh bien, il semble que dans ces conditions, c'est-à-dire chez un tuberculeux traité par le pneumothorax, on doit être très sobre de ponctions. En somme, il faut traiter le malade comme un pleurétique, ne faire de ponctions qu'en cas de danger tenant à la grande quantité de liquide, mais on peut être ici moins interventionniste que dans les pleurésies séro-fibrineuses ordinaires, parce que le malade qui a subi un pneumothorax peut supporter souvent une grande quantité de liquide dans sa plèvre sans en être gêné. Il y a alors intérêt à laisser ces pleurésies continuer leur rôle bienfaisant.

On a insisté sur la ponction comme moyen préventif de la symphyse. On a proposé dans le même but d'injecter dans la cavité pleurale un liquide oléagineux.

En somme, on voit que ces épanchements séro-purulents ne sont pas aussi dangereux qu'on l'a dit, et peuvent être bienfaisants. Quand il y a des pyogènes, on peut faire une ponction et injecter 5 ou 6 cc. d'huile goménolée dans la plèvre pour la désinfecter.

D'une manière générale, on doit être sobre de ponctions, le plus souvent, respecter ces épanchements au cours du pneumothorax thérapeutique, ne pas craindre la symphyse, qui peut être quelquefois le commencement de la guérison.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Formes atypiques non papuleuses du lichen plan.

Prurit lichénien sans éruption. Formes érythémateuses et érythémato-squameuses sans papules. Glossodynie et névralgies muqueuses sans lichen muqueux.

(*Suite et fin.*)

Par M. H. Gougerot,
Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.

III

Lichen érythémateux et érythématosquameux *sans* papules cutanées.

Existe-t-il des érythèmes et des lésions érythémato-squameuses sans papules de lichen dus à la

cause du lichen (1). Nous le croyons en nous appuyant sur les 3 arguments suivants :

1° Lésions érythémateuses et érythématosquameuses en larges placards ou nummulaires précédant de plusieurs semaines l'apparition des papules de lichen ;

2° Lésions érythémateuses et érythématosquameuses associées aux lésions classiques du lichen plan papuleux ;

3° Guérison de ces érythèmes par le traitement arsenical du lichen contrastant avec l'échec des autres médications et parallélisme de guérison de ces érythèmes et des papules de lichen plan.

1° Placards érythémateux (érythème simple) et érythématosquameux précédant de plusieurs semaines les papules de lichen plan. — Des malades, et notamment deux médecins, nous avaient affirmé l'existence de placards érythémateux ou érythématosquameux avant le début des papules ; mais on pouvait objecter que non spécialistes ils avaient laissé échapper des papules de lichen naissant à peine visibles et décelables seulement à jour frisant. Les deux observations ci-dessous que nous avons suivies pendant plusieurs mois ne prêtent pas à cette erreur.

Observation XX. — Une dame d'une quarantaine d'années des environs de Nantes se plaint de dyspepsie, constipation et troubles hépatiques depuis plusieurs années, elle vient nous consultr le 16 janvier 1924 pour du prurit diffus surtout au thorax et aux membres supérieurs et elle montre de larges placards prurigineux, érythémateux sur les bras et avant-bras, inégaux, ovalaires, orientés suivant l'axe du membre, 7 au bras droit, 5 au bras gauche, 10 au thorax sans prédilection pour la face des tensions ou de flexions. Ces placards ont de 10 à 16 centimètres de longueur sur 6 à 10 de largeur, ; leurs bords sont diffus sur 2 à 3 millimètres, la teinte est rouge clair sans reflet violacé, sans desquamation visible ni décelée par le grattage, sans papules, sans infiltrat.

Ces lésions datent de huit semaines et sont apparues sans causes connues.

On ne sait quel diagnostic porter, il n'y a ni les vésicules, ni la desquamation de l'eczéma, ni les signes au grattage du psoriasis, ni les facettes papuleuses du lichen, etc., etc. On pense à des érythèmes autotoxiques (?) et l'on institue la médication générale de l'eczéma, la médication réductrice locale (goudron, baume de Baissade), et calmante (pâtes et colles mentholées camphrées) qui restent inefficaces : la malade est revue sans changements notables, le 22 février ; le 21 mars, le prurit s'est atténué, mais l'érythème persiste.

Or le 25 avril, cinq mois après le début du prurit et des placards érythémateux, nous découvrons sur ces placards des papules de lichen plan d'abord aux faces antérieures des poignets que la malade n'avait pas remarquées et qui se généralisent rapidement sur le reste des bras et au thorax et aux jambes (indemnes), de placards érythémateux. Les papules sont typiques le 18 mai et la preuve qu'il s'agit de lichen plan et non de lichénifications, et non seulement l'aspect des lésions cutanées, mais la constatation d'un pointillé blanc réticulé sur les deux joues.

Elle reçoit du sulfarsénol veineux 0,06 à 0,60 totalisant près de 6 grammes.

Toutes ces lésions, érythème et papules lichéniennes guérissent rapidement et parallèlement, l'érythème en trois semaines laissant une teinte pigmentée très légère, diffuse, les papules en cinq semaines laissant des points pigmentés brun-foncé.

Observation XXI. — Une dame américaine d'une soixantaine d'années sans autres maladies que de la dyspepsie, des douleurs goutteuses, la ménopause, se plaint de prurit avec « rougeurs », depuis environ sept semaines, survenu sans cause connue. Elle montre, le 29 juin 1925, sur les faces latérales du cou, sur les bras et les avant-bras, une vingtaine de médaillons ovalaires inégaux de 10 à 30 millimètres et quelques-uns plus petits aux cuisses sans topographie spéciale, sur la face antérieure du cou et du thorax. Sur le dos, deux placards triangulaires correspondant au décolleté irrité par la lumière solaire.

Qu'il s'agisse des médaillons disséminés ou des placards triangulaires du décolleté l'aspect est le même : érythème rose ou rouge, rouge plus foncé avec teinte violacée au triangle cervicothoracique antérieur, bords nets s'estompant en 2 à 3 millimètres dans la peau saine, desquamation minime pauvre en squames fines de 2 à 5 millimètres sans vésicule visible ni palpables, ni décelables par le grattage méthodique de Brocq, sans infiltrat ni papules. Tous sont fortement prurigineux.

Le diagnostic reste en suspens. On penche vers les érythèmes autotoxiques proches des eczémas, le traitement général et local de l'eczéma (baume de Baissade, colles mentholées) restent inefficaces tout en diminuant le prurit et la malade est revue le 27 juillet et le 12 août toujours mécontente et toujours se grattant.

Or, le 27 août, elle nous montre sur ces placards et médaillons des papules évidentes de lichen plan, elle refuse les injections et le lichen progresse, se généralise

(1) Ces formes nouvelles ne me paraissent pas avoir été décrites. Brocq écrit p. 771 de son admirable *Précis-Atlas de Pratique Dermatologique* : « Le lichen plan ou lichen de Wilson est une dermatose bien nettement définie au point de vue objectif par une lésion élémentaire caractéristique : c'est une petite papule d'un rouge tirant sur le jaune, de forme irrégulière polygonale, nettement limitée à surface aplatie, brillant sous les incidences de lumière... » (p. 771-772).

« Quand les papules apparaissent dès leur début, elles sont petites, de la dimension d'une pointe d'aiguille, d'une toute petite tête d'épingle, elles sont à peine colorées en rose tirant un peu sur le jaunâtre ; mais elles brillent déjà comme de minuscules facettes de verre... » (p. 772).

Il ne s'agit pas des poussées aiguës « compliquées ou non d'urticaire » simulant « les diverses formes d'érythrodermies généralisées », Brocq, p. 785, ni des larges placards érythémateux criblés de papules des formes aiguës.

en dehors des placards érythématosquameux (16 septembre 1925) elle accepte alors des injections de cacodylate à doses croissantes 0,10 à 0,90 et déjà vers le début d'octobre les placards et médaillons érythématosquameux s'effacent, les papules de lichen ne s'affaissent que plus lentement ; le 19 octobre 1925, les lésions érythématosquameuses ont disparu, les papules sont encore visibles, mais se résorbent.

2° Lésions érythémateuses et érythématosquameuses associées aux papules classiques de lichen plan. — Rarement, mais nettement, en cherchant attentivement, on découvre des placards ou médaillons d'érythème simple ou érythématosquameux associés aux papules de lichen plan, leur servant de base ou distincts d'elles (1).

Observation XXII. — C'est un homme de 38 ans « nerveux » mais sans lésions viscérales. Depuis un an environ, il est atteint de lichen plan indolent, et depuis un mois il se plaint d'un lichen plan disséminé un peu partout, discret, mais prurigineux, les papules sont classiques. Mais en outre il montre au thorax, au cou, aux coudes, aux avant-bras quelques placards érythémateux, rarement érythématosquameux, rouges assez foncés, de 30 à 100 millimètres, à bords diffus. Ces placards, sauf deux, sont semés de papules de lichen ; deux placards près du mamelon droit et à la face postérieure du coude droit sont indemnes de la moindre papule de lichen.

Le 914 aussitôt administré (0,15 à 0,75 totalisant 6 gr.) guérit le tout en un peu plus d'un mois effaçant d'abord l'érythème puis plus lentement les papules.

3° Guérison de ces érythèmes et lésions érythémato-squameuses par les 914, sulfarsénol, cacodylate de soude. — La guérison signalée dans les observations précédentes est *rapide, plus rapide que celle des papules*, où existe un processus de néoformation plus lent à se résorber; cette guérison contraste avec *l'échec de tous les autres procédés* (or les arsenicaux constituent le traitement de choix du lichen plan); enfin il faut souligner le *parallélisme de la guérison des lésions d'érythème et des papules de lichen.*

(1) Dans une même semaine d'août 1926 nous avons observé avec nos internes M. Ducourtioux et Mlle Tisserand à la consultation de Saint-Louis deux malades de cet ordre :

Un homme, atteint de lichen buccal et lingual intense, a de larges placards d'érythème diffus des membres surtout aux grandes articulations. Or à la face antérieure des poignets on découvrait des papules de lichen qui manquaient partout ailleurs ; ce malade n'a pas été retrouvé.

Une femme est atteinte depuis sept mois de lichen du cou typique avec papules dessinant un vague collier. Or cette femme a depuis plusieurs semaines aux avant-bras de larges placards érythémato-squameux prurigineux. Cette malade a pu être suivie et traitée par les arsénobenzènes et l'observation en sera présentée à la Société de Dermatologie (observation XXIII).

Tous ces arguments nous font admettre l'existence d'érythème lichénien et de « lichen » érythémato-squameux non papuleux.

Ces lésions atypiques ont des caractères communs : placards larges de plusieurs centimètres ou médaillons de 10 à 30 centimètres, ovalaires, à bords diffus ou nets s'estompant sur 2 à 3 millimètres, rose rouge ou rouge clair, parfois rouge foncé, parfois mêlé de violacé, érythème simple, sans desquamation ou desquamation pauvre avec squames fines de 2 à 5 millimètres.

Aussi devant de telles lésions durables, devra-t-on penser désormais à des formes atypiques de lichen et ne pas admettre sans preuves évolutives les diagnostics d'érythème autotoxique.

Nous sommes persuadé que de telles lésions lichéniennes existent sans lichen papuleux cutané ou muqueux, mais la démonstration en est encore difficile à donner faute de critère étiologique du lichen. Nous citerons par exemple une malade atteinte d'érythème semblable qui a guéri par le sulfarsénol alors que l'érythème résistait au régime et aux traitements locaux depuis sept mois.

Observation XXIV. — Femme de 32 ans « nerveuse », sans lésions viscérales, a un B.-W. négatif qu'elle a même réactivé, car elle est syphilophobe.

Depuis un mois (janvier 1925) elle a vu apparaître deux placards, larges de 80 à 100 millimètres, aux faces antérieures des deux poignets, 3 médaillons de 1,0 à 26 millimètres à la face antérieure de l'avant-bras gauche, un large placard de 80 à 120 millimètres à la face postéro-externe de l'avant-bras et coude droits, 4 petits médaillons à la face externe de la jambe gauche, 3 à la face antérieure de la jambe droite. Tous ont les mêmes caractéres : érythème simple rouge vif foncé, ovalaire, à bords nets s'effaçant en 3 millimètres environ, ou desquamation très pauvre, prurit variable parfois marqué. Les recherches les plus minutieuses ne montrèrent en sept mois aucune papule de lichen cutané ou buccal.

Les réducteurs (sauf la chrysarobine) échouèrent et 6 disques nouveaux apparurent successivement en sept mois. Au contraire le sulfarsénol (0,06 à 0,60 totalisant 5 gr.) guérit ces lésions en 48 jours.

***

Intérêt pronostique et thérapeutique.

Les nouveaux traitements du lichen. — Pour avoir la démonstration absolue de la nature lichénienne de ces prurits lichéniens, de ces troubles sensitifs muqueux, de ces éruptions érythémateuses et érythématosquameuses sans lichen cutané, il faudrait connaître le critère de la cause du lichen plan et le retrouver dans ces prurits sans papules de lichen cutanéo-muqueux,

mais en attendant ce critère, ces faits nous semblent suffisamment prouvés pour en tirer des déductions pronostiques et thérapeutiques.

Cette connaissance des prurits sans lichen n'est pas qu'un amusement de dermatologiste.

Au point de vue pronostique, le lichen plan a une évolution spéciale, par poussées, guérissant plus ou moins lentement, mais semblant guérir sans récidiver lorsqu'il est vraiment guéri, d'où l'importance pronostique de ce diagnostic.

Au point de vue thérapeutique, le lichen plan doit être traité et guéri par l'arsenic à l'intérieur et l'acide chrysophanique à l'extérieur (sauf intolérance) et ces deux traitements nouveaux actifs sont la sanction du diagnostic de lichen plan dans ses formes typiques (papuleuses) et dans ses formes atypiques (non papuleuses) ci-dessus décrites. Alors que les lésions souvent désagréables, prurigineuses, souvent douloureuses s'éternisent lorsqu'un diagnostic inexact ne permet pas les nouveaux traitements, ces traitements guérissent en quelques semaines le lichen typique ou atypique.

Ces traitements nouveaux qui s'ajoutent aux traitements anciens : régime, sédatifs nerveux, pâtes et colles antiprurigineuses sont au nombre de trois principaux :

I. **Arsénobenzènes ou 190** (ou cacodylate de soude) **à hautes doses.** — Le traitement le meilleur est le 914 ou le sulfarsénol à doses croissantes comme dans la syphilis secondaire : 0,06 (ou 0,12) à 0,72 et 0,96 de sulfarsénol, ou 0,15 à 0,90 de 914 en progressant d'après la tolérance par 0,06 à 0,12 de sulfarsénol ou 0,10 à 0,15 de 914 pour atteindre une dose maxima de 0 gr. 015 par kilo de poids du malade, en espaçant de vingt-quatre heures par 0,12 à 0,15 centigrammes (par exemple on espacera de 4 à 5 jours entre 0,60 et 0,75) en totalisant 0 gr. 10 par kilo de poids du malade.

Si les injections veineuses ne sont pas tolérées ou difficiles ou refusées, on obtiendra d'excellents résultats avec le 190 (acétylarsan des Usines du Rhône) 10 à 12 injections fessières deux fois par semaine de 1 puis 2, puis 3 cc. et parfois 4 cc.

Le cacodylate de soude nous a paru moins efficace. A hautes doses il doit être injecté dans les veines, mieux vaut donc les arsénobenzènes. A doses faibles et moyennes on peut le tolérer dans les muscles à l'hypoderme, mais il est inférieur à l'acétylarsan. On usera d'une solution aqueuse à 10 % : 1 puis 2, puis 3, puis 4 cc. et jusqu'à une dose de 0 gr. 015 par kilo, en injectant trois fois par semaine et en totalisant 0 gr. 10 par kilo.

Tous ces arsenicaux y compris le cacodylate peuvent être mal tolérés et les malades doivent être surveillés attentivement comme dans les cures antisyphilitiques (voir Gougerot : Pathogénie et traitement des accidents de l'arsénothérapie, *Journal des Praticiens*, 7 et 14 nov. 1925, nos 45 et 46, p. 737 et 754). Le cacodylate aussi bien que les autres arsenicaux peut provoquer, quoi qu'on en ait dit, des accidents redoutables : crises nitritoïdes, érythrodermies arsenicales, névralgies arsenicales abominales et tenaces (dont nous avons suivi un cas avec notre ami Léon Lévy), etc. Un médecin canadien nous a rapporté un cas de mort par le cacodylate chez une jeune femme atteinte de lichen plan qui pourtant paraissait indemne de tares viscérales.

II. **Radiothérapie rachidienne.** — Pautrier a publié un cas de guérison en un mois d'un lichen plan cutané, à la suite d'une irradiation de la colonne dorsolombaire à la dose de 5 H filtrés ; dans deux autres cas la dose de 2 H filtrés resta inefficace, mais les deux malades guérirent avec des doses de 3 H appliquées non plus perpendiculairement aux apophyses épineuses mais sur les lames latérales. Chez un quatrième malade la guérison du lichen cutané et même buccal survint par irradiation de tout le rachis (*Réunion dermatol. de Strasbourg*, 9 mars et 20 juillet 1924, p. 67 et 159).

Gouin, de Brest, a guéri des cas de lichen cutané par *une* irradiation de 5 H *sans filtre sur la région interscapulaire* au niveau des 4e et 5e vertèbres dorsales et par une deuxième seance sur la région lombosacrée s'il existe des papules des membres inférieurs (*Bulletin Médical*, 10-13 sept. 1924).

Souvent cette irradiation est suivie dans les vingt-quatre heures d'une poussée, sorte de réaction d'Herxheimer : prurit qui dure de trois à soixante-douze heures. Parfois survient une brusque généralisation du lichen cutané, deux jours après l'irradiation, dans un cas d'Hufschmidt qui guérit un mois plus tard (*Réunion dermatol. de Strasbourg*, 18 mai et 20 juillet 1924). Dans le cas d'Hudelo et Kourilski, le lichen irradié fut momentanément transformé en lichen plan aigu généralisé avant de disparaître complètement (*Soc. Dermatol.*, 15 janvier 1925).

Des échecs ont pu être observés comme chez trois de nos malades.

Enfin la radiothérapie a pu déclencher l'éruption comme dans le cas que nous avons publié avec Filliol (*Soc. Dermat.*, 11 mars 1926, no 3, p. 191).

Ce malade âgé de 45 ans, présentait depuis 1925 des lésions de lichen plan buccal, jugal et lingual indiscutable

sans papules cutanées. Le 1er décembre 1925 un examen minutieux ne nous montre aucun lichen cutané.

Il reçoit du 5 au 23 décembre 1925 9 séances de radiothérapie à Saint-Antoine, dans la région radiculaire des premières dorsales et dernières cervicales « distance focale 22, étincelle équivalente 27, intensité 3,5, filtre 5 millimètres d'aluminium, localisation 12, temps 6 minutes, quantité 500 H. »

Les lésions muqueuses ne sont pas influencées ; il y a donc échec de la radiothérapie : Gouin, Hudelo, Sabouraud, Cottenot, nous-mêmes avons observé d'autres échecs semblables.

Au début de février 1926, donc six semaines après la dernière séance de radiothérapie rachidienne, apparaissent du prurit sur les bourses et du lichen plan circiné typique, puis quelques jours plus tard du lichen plan papuleux classique sur la région dorsale irradiée. La radiothérapie n'a donc pas empêché l'éclosion du lichen cutané et semble même l'avoir favorisée et localisée dans la région irradiée et irritée par les rayons X.

Au contraire, le sulfarsénol commencé le 21 février a guéri les lésions cutanées en six semaines, ne donnant qu'une amélioration lente du lichen muqueux.

L'arsénothérapie nous semble donc supérieure à la radiothérapie rachidienne.

III. Applications locales de préparations chrysophaniques. — Sauf pour le lichen plan invétéré chronique, la tradition réserve au lichen plan habituel des topiques calmants : pommades, colles antiprurigineuses. Nous croyons, contrairement à cette contume, qu'on peut et qu'on doit employer une thérapeutique locale active dès que la période aiguë est apaisée.

Il est classique de recommander dans les lichens rebelles l'*acide salicylique* à doses croissantes : pommade contenant 1 à 10 % et même 20 % d'acide salicylique ou emplâtres salicyliques, auxquels on peut associer des antiprurigineux : menthol, camphre, gaïacol, par exemple :

Menthol	2 gr.
Camphre	4 à 10 gr.
Acide salicylique	2 à 10 gr. (et même 20 gr.)
Vaseline	100 gr.

Il est préférable, si le lichen est tolérant, et dès que possible, d'employer la chrysarobine ou l'acide chrysophanique que nous croyons avoir été des premiers à conseiller systématiquement (1) dans les formes typiques et atypiques (ci-dessus décrites de lichen plan). On usera de pommades ou de pâtes, par exemple du procuta de Brisson additionné de 1 à 2 % d'acide chrysophanique dans les cas habituels ou de la pâte forte de Drew modifiée par Duret et nous, dans les cas rebelles mais tolérants :

Acide salicylique	5 grammes
Huile de cade	10 —
Oxyde de zinc	10 —
Laseline	12 —
Vanoline	12 —
Savon vert de potasse	12 —

M. S. A. en pommade et en dernier lieu ajouter dix grammes de chrysarobine.

Mais la forme que préfèrent les malades est la traumaticine (1) : on décape les lésions si besoin par une application de douze à vingt-quatre heures de vaseline salicylique, on peint de deux couches au pinceau avec la solution chloroformique de 1 à 10 % d'acide chrysophanique, on laisse sécher deux à cinq minutes et on recouvre au pinceau de deux couches de traumaticine (solution à 10 % de gutta-percha dans le chloroforme). Une excellente traumaticine chrysophanique spécialisée est le tectan de Brisson.

Il faut, comme dans toutes les applications chrysophaniques, surveiller la tolérance, arrêter en cas d'irritation, par exemple si le halo rose qui entoure les lésions devient rouge; il faut faire attention aux viscères, ne pas toucher aux yeux (et ménager le linge).

En cas d'irritation, on calme avec une pâte ichtyolcamphrée :

Camphre	1 à 2 gr.
Ichtyol	4 —
Talc, oxyde de zinc	ââ 10 —
Lanoline	30 —
Huile qs pour pâte molle.	

et on recommence les applications chrysophaniques dès que la peau est calmée.

Grâce à ces procédés nouveaux qu'il est facile d'associer, le traitement du lichen plan a fait de grands progrès et la guérison est la règle en quelques semaines d'où la nécessité de savoir reconnaître le lichen plan dans ses formes typiques (papuleuses) et atypiques (non papuleuses) : prurit lichénien, érythème simple et érythème squameux, troubles sensitifs des muqueuses, glossodynie, névralgies, etc.

(1) Gougerot. Acide chrysophanique et chrysarobine dans le traitement des lichens plans et des lupus érythémateux. *Revue médico-chirurgicale des Praticiens*, nov. 1923, n° 2, p. 35.

(1) Voir notre livre : Dermatologie en clientèle. Traitement local du psoriasis.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement des algies pelviennes.

Par M. Paul PETIT-DUTAILLIS,
Chirurgien de l'hôpital privé Saint-Michel.

Traitement causal. — Ne manquez pas, tout d'abord, de rechercher la *cause première*, en vous reportant aux données générales que je vous ai fournies, sans en excepter la syphilis. Combattre la cause pourra suffire.

Ne croyez pas que j'exagère en attirant votre attention sur la syphilis latente. J'ai cru que LEREDDE exagérait ses méfaits. Mais mon attention ayant été éveillée par ses affirmations soutenues, j'en ai tenu compte dans mes observations journalières et, à l'heure actuelle, je partage absolument son avis. Il est indéniable que la syphilis latente intervient souvent dans les métrorragies qui ne coïncident pas avec des lésions cliniquement reconnues ; j'en ai plusieurs exemples, absolument probants à mon actif et SÉJOURNET en a dernièrement publié une série dans la « Gynécologie ». Mais c'est pour tout l'ensemble des troubles crypto-lésionnels qu'il faut penser au grand fléau qui dissimule si bien ses séquelles et parfois sous les grâces les plus exquises. Je vous ai dit avoir guéri par le traitement spécifique un prolapsus algique de l'ovaire très pénible, rebelle à toute autre thérapeutique médicale et que la ligamentopexie abdominale n'avait fait qu'améliorer ; aucun stigmate chez le sujet, mais je savais que le père était mort de tabes ; en même temps s'est trouvée guérie une psychopathie à allures alarmantes ; et voilà deux ans que la guérison persiste. L'hérédo-syphilis latente peut être cause d'hypoplasie vasculaire généralisée et par suite d'hypophyxie (A. MARTINET) avec ses conséquences hypocriniques dont l'aménorrhée, la dysménorrhée, tandis que la vascularite, de même origine, engendre les métrorragies. D'après le Pr G. HERROTI, l'hérédosyphilis latente peut ne se traduire que par des névralgies, l'aménorrhée, la dysménorrhée, la stérilité, l'impuissance, la frigidité, et un état d'asthénie que rien n'explique et rien n'améliore, sauf le traitement spécifique. Il a été dernièrement question, à la Société médicale des hôpitaux, de ces manifestations de syphilis latente purement asthéniques (PAUTRIER et FLANDIN, SÉZARY, GUINON). En l'absence de signes objectifs suffisants et de séro-réaction positive, n'oubliez pas les antécédents familiaux et pratiquez le traitement d'épreuve durant le temps voulu, si ces antécédents vous y incitent. Mais, bien entendu, pas de traitement de ce genre, sans raison suffisante, comme je l'ai vu faire : pas d'exagération. Evidemment, pour les séquelles syphilitiques, il faut compter sur des échecs nombreux ; mais on ne sait jamais si une syphilis héréditaire ou acquise n'est plus en activité suffisante pour être sensible au traitement. SIREDEY estime que, lorsqu'il s'agit de métrorragies syphilitiques, l'ancienne méthode thérapeutique basée sur l'emploi de mercure et de l'I. K. donne de meilleurs résultats que la médication par l'arsénobenzol et le bismuth : ce doit être aussi vrai pour tous les autres troubles que nous avons en vue. Je signale, en passant, l'excellente idée de RAVAUT, de faire alterner le traitement de la syphilis, quand elle est seulement soupçonnée, avec l'un des procédés de désensibilisation par la thérapeutique générale du choc. J'ai mis son idée à profit.

BABINSKI a fait observer avec raison que le salicylate de soude fait merveille pour le rhumatisme articulaire, non seulement à l'état aigu, mais à l'état de séquelles douloureuses, comme il s'en voit dans le pelvis féminin.

Pensez à toutes les intoxications ou toxi-infections, à toutes les causes prédisposantes ou occasionnelles dont peut relever l'algie. Je ne puis insister davantage, mais c'est bien là le plus important. Je vous répète que j'ai guéri nombre d'algies chez les femmes par une psychothérapie très simple : en les rassurant.

Traitement pathogénique. — N'oubliez pas le rhumatisme thyroïdien. Voyez donc si cette algie n'est pas *régulièrement* en rapport avec l'une des phases intermenstruelles du cycle sexuel, l'œstrus ou la ponte, ce qui est beaucoup plus fréquent qu'on ne croit. En pareil cas, usez, à temps, de l'opothérapie régulatrice, du grand bain tiède quotidien et des antispasmodiques : dès après les règles, s'il s'agit de *dysœstrus* ; dès le septième jour de l'intermenstruum, s'il s'agit d'algie d'une ponte qui se fait à l'époque la plus habituelle, du huitième au dixième jour. Le prolapsus algique de l'ovaire, suivant qu'il y a ou non coïncidence de rétroversion utérine, est justifiable de la ligamentopexie abdominale ou de l'ovaropexie suivant un procédé très simple que j'ai publié et qui consiste à fixer, par un simple fil en U, le ligament de l'ovaire au ligament rond, avec interposition de la base de l'aileron tubaire. Pour la coccycodynie : quand on aura éliminé le petit kyste dermoïde, la lésion du coccyx (enlever le kyste, enlever l'os), l'annexite et la paramétrite, user, comme seuls traitements

efficaces : des pointes de feu dans l'épaisseur des parties molles latéro-coccygiennes, ou de la sections sous-cutanée de ces parties, et, en cas d'échec, de l'ablation de l'os que j'ai pratiquée plusieurs fois avec succès.

Traitement symptomatique. — Pour la thérapeutique générale de la douleur, inspirez-vous, dans votre choix, de l'hypertonie sympathique de la malade, si elle se découvre : l'atropine est particulièrement indiquée chez la vagotonique.

En principe, pas *d'hypnotiques*, mais un de ces antispasmodiques inoffensifs, aux vertus desquels président les nymphes des bois qui confient tous leurs secrets à notre très sympathique confrère Henri LECLERC et qu'il nous révèle de temps à autre dans ce journal. « Cependant, nous dit Ch. FIESSINGER, il existe dans l'insomnie des épuisées une sorte d'habitude de ne pas dormir ; en la rompant de temps à autre, l'amélioration se produit plus aisément ». Suivez, à l'occasion, comme je l'ai fait avec profit, cet excellent conseil ; donnez un hypnotique tous les quatre ou cinq soirs, avec l'intention de le supprimer assez rapidement ; le somnifène est peut-être, à l'heure actuelle, le moins mauvais : XV à XX gouttes dans une tasse de tisane, au coucher.

Pensez à la radiothérapie ou à la galvanisation lombo-sacrée, au bain statique, à la crinothérapie.

Traitement vaginal. — Injection chaude de 48° à 50° et même 53° avec canule à double courant, toutes les trois heures, sans quoi l'effet se perd. Pansement à la glycérine ichtyolée à 1/20. *Emploi du courant continu avec l'ion salicylé* : « Application vaginale négative avec un tampon de coton entourant un électrode en charbon d'Apostoli et imbibé d'une solution à 2 % de salicylate de soude dans une eau distillée pure et fraîchement préparée. Intensité de 10 à 40 m. a. suivant la tolérance. Durée des séances, dix à quinze minutes. Répétition : au début, trois par semaine » (LAQUERRIÈRE).

Traitement rectal. — Excellent lavement analgésique à prendre et garder trois quarts d'heure après lavement évacuant : antipyrine 1 gr., laudanum XV gouttes et eau 50 gr. Lavement décongestif : au coucher, après lavement évacuant, lavement chaud, de 48° à 50°, 3/4 de verre, à garder un quart d'heure ; le donner avant la dernière injection vaginale chaude.

Traitement externe. — Badigeonnage à l'essence de moutarde, très efficace, très pratique, très facile à localiser. Pulvérisation au chlorure de méthyle. Compresses à base d'acide élaïérinique, recommandées par DOUMER de Lille et dont je me suis bien trouvé. Ventouses (la malade bénéficie, en même temps, d'une action protéinothérapique). Enveloppement humide avec eaux-mères de Salies-de-Béarn. Cataplasmes chimiques à chaleur prolongée. Compresses thermo-électriques. Bains de lumière électrique, avec caisse articulée et modelée sur la forme du ventre, graduation avec un rhéostat : excellent moyen. Le *bain de siège chaud* est des plus efficaces, *s'il est bien donné* : durée, une heure ; température élevée rapidement et maintenue à 40° ; malade trempant jusqu'au nombril et recouverte d'une couverture de laine.

Ne voulant pas abuser de la bienveillante hospitalité qui m'est offerte dans ce journal, je ne reprendrai que dans quelque temps d'ici la suite de ces études. Il nous reste à parler, en fait de troubles crypto-lésionnels, en gynécologie : de troubles sensitivo-moteurs (dont l'algo-spasme menstruel qualifié de dysménorrhée), — de congestions, — de métrorragies, — de troubles sécrétoires, — des conséquences navrantes de l'intoxication menstruelle trop répétée et des dérivations de potentiel attenantes, probablement génératrices du fibrome et de l'adénome utérin, — du choc post-opératoire et post-partum, — des troubles de la ménopause, — de réflexes très intéressants à point de départ ou point d'arrivée pelvien. Vous voyez que le sujet est assez vaste. A mon regard, il intéresse au moins la moitié des malades qui viennent consulter les gynécologues. Or, c'est certainement celui qu'ils connaissent le moins et que je vous engage à étudier, que vous soyez ou non spécialiste en la matière, si vous voulez éviter à vos malades, non seulement bien des opérations inutiles, mais pas mal de médications à rebours.

FORMULES

L'Idiotie mongolienne.

Pour un enfant de 5 ans, pendant cinq jours faire prendre par semaine, de 0 gr. 01 à 0 gr. 05 centig. d'extrait thyroïdien.

Les quinze jours suivants avant chacun des deux principaux repas, un cachet :

Ext. thyroïdien	0 gr. 01
Poudre de surrénale Poudre d'hypophyse	0 gr. 02
Lactate de chaux purifié	0 gr. 20

Pour un cachet n° 30 (BLECHMANN.)

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Traitement des adénoïdites aiguës chez l'enfant.

L'inflammation aigue des végétations adénoïdes chez l'enfant donne lieu souvent à des réactions fébriles intenses, gêne respiratoire, réactions ganglionnaires cervicales. Le Pr E. Moure (de Bordeaux) (*Journal médical français*, mai 1926), fixe de la façon suivante les règles du traitement :

a) *Chez le nourrisson*, ce sont les troubles respiratoires qui prédominent.

Mettre dans les fosses nasales du bébé, quelques minutes avant de l'allaiter (sein ou biberon), gros comme un petit pois d'une pommade composée comme suit :

Adrénaline au 1/1000e	III gouttes
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 01
Camphre pulvérisé	0 gr. 02
Benzoate de soude	0 gr. 25
Vaseline stérile	15 gr.
(En tube).	(Moure.)

Pour l'introduire, mettre la tête de l'enfant en arrière et pousser à l'aide du tube une petite parcelle de pommade dans chaque narine ; maintenir l'enfant la tête renversée jusqu'au moment où la pommade commencera à fondre.

On peut aussi instiller III ou IV gouttes de chaque côté d'une solution composée comme suit :

Adrénoléine	V gouttes
Chlorétone	0 gr. 05
Goménol	I goutte
Huile neutre de paraffine stér.	15 gr.

Pommade ou huile pourront sans inconvénient être appliqués trois à quatre fois par vingt-quatre heures. Bien entendu, l'enfant sera gardé à la chambre pendant au moins quatre à cinq jours.

b) *Chez les enfants de 2 à 7 ans.* — En dehors du traitement général qui consistera surtout à tenir l'enfant, au lit d'abord et à la chambre ensuite, on pourra conseiller l'emploi de fumigations qui seront faites, matin et soir, pendant cinq minutes.

Baume de térébenthine	10 gr.
Baume du Pérou	4 —
Teinture de benjoin	200 —
	(Moure.)

Mettre une cuillerée à café de cette solution dans un demi-litre d'eau chaude, pour être employée en inhalations.

Introduire dans chaque fosse nasale, d'une pommade composée comme suit :

Chlorhydrate de cocaïne	de 0 gr. 01 à 0 gr. 10 suiv. l'âge de l'enfant
Adrénaline au millième	III gouttes
Camphre pulvérisé	0 gr. 05
Benzoate de soude	0 gr. 50
Vaseline stérilisée	15 gr.
	(Moure.)

Mettre cette pommade dans un tube et en introduire chaque fois gros comme un pois, dans chaque narine.

c) Enfin il sera utile de tenir de la ouate dans les oreilles et surveiller attentivement ces organes.

Dans le cas où la fièvre persisterait, ainsi que les douleurs d'oreilles, instiller matin et soir dans le conduit X à XV gouttes d'une solution composée comme suit :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10
— de morphine	0 gr. 05
Acide phénique neigeux	0 gr. 50
Glycérine neutre	15 gr.
	(Moure.)

Ce liquide ne devra être instillé *que dans une oreille parfaitement sèche.*

Dans le cas où se produirait un écoulement, *cesser immédiatement* l'emploi de ces gouttes qui deviendraient caustiques et irritantes. Par contre, les remplacer alors par des *injections* faites matin et soir avec de l'eau boriquée ou boratée à 5 p. 100.

D'autre part, si les douleurs d'oreilles sont trop violentes, s'il a une température élevée de 39 à 40°, faire d'emblée une paracentèse d'un ou des deux tympans de manière à donner issue au liquide contenu.

Si l'écoulement est très abondant et séreux, on pourra se borner à appliquer simplement au-devant de l'oreille une couche de ouate destinée à protéger le conduit et la caisse contre l'entrée de l'air extérieur.

Dès que l'écoulement deviendra un peu moins abondant et plus épais, faire pratiquer des injections qui seront faites avec précautions cependant, pour ne pas traumatiser la membrane tympanique, et qui *seront supprimées dès que l'écoulement aura disparu.*

Pendant ce temps, surveiller attentivement les mastoïdes.

En cas de complication, on agira comme au cours d'une otite moyenne aigue suppurée compliquée de mastoïdite, c'est-à-dire qu'on pratiquera l'antrotomie pour éviter toute complication ultérieure.

Comme corollaire de ce traitement local, il pourra être utile suivant l'état général de l'enfant de conseiller une saison thermale à La Bourboule, Saint-Honoré-les-Bains, au Mont-Dore ou à Salies-de-Béarn ; les eaux sulfureuses, sans être contre-indiquées, ne devront être employées qu'à bon escient.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les endocardites malignes de l'enfance.

La gravité des maladies de cœur chez l'enfant est commandée par une complication de *symphyse cardiaque*, ce qui est fréquent ou l'apparition d'une *endocardite maligne*, ce qui heureusement est bien plus rare. Un petit valvulaire, aortique ou mitral qui ne se remet pas et dont le cœur est dilaté avec son cortège de tachycardie, de cyanose et de gros foie court tout risque d'être atteint de symphyse cardiaque. S'il a un mouvement fébrile qui se prolonge sans cause et s'il montre en même temps un souffle aortique ou mitral, il y a fort à craindre que ce mouvement fébrile soit l'effet d'une *endocardite maligne*.

Celle-ci se développe sur un endocarde antérieurement sain et plus souvent sur un endocarde lésé depuis longtemps. Il s'agit en général d'enfants de 8 à 13 ou 14 ans. Trois formes s'observent : une forme fruste, une forme embolisante, une forme infectante subaiguë. La mort survient habituellement au bout de deux à quatre mois.

La forme fruste appelle peu l'attention sur l'état cardiaque. L'enfant est délicat. On peut songer à une fièvre tuberculeuse. Une analyse du sang est nécessaire. Mais l'hémoculture est souvent négative. Il faut se méfier de toute fièvre qui s'installe chez un enfant qui présente une lésion valvulaire. La *forme fruste* décèle souvent sa nature par l'apparition d'une *embolie*. Une fillette de 12 ans atteinte d'insuffisance mitrale d'origine rhumatismale fait tous les jours une légère fièvre de 38° à 38°4 ; cela dure six semaines, bronches libres, tube digestif normal, puis un matin, douleur vive dans le côté gauche. La rate est volumineuse et très sensible. Il venait de se produire une embolie de la rate.

La forme infectante subaiguë se traduit par un état général infectieux et des manifestations viscérales multiples attribuables à des embolies miliaires (symptômes hépatiques, spléniques, hémorragies intestinales, purpura, etc.).

Comme traitement, le médecin est désarmé. Les vaccinations par les *auto-vaccins* (en général il s'agit d'un streptocoque) aggravent pour l'ordinaire. Les injections intra-veineuses de collargol, de ferments métalliques, de collobiase d'or sont inopérantes et celles de collobiase donnent lieu à des collapsus inquiétants. La *digitaline* sera prescrite à très faibles doses : II à III gouttes six à huit jours de suite, suspendre deux jours, reprendre huit jours. Ainsi de suite. Repos au lit avec régime lacto-végétarien. En dépit de toutes les précautions, le cœur un beau jour défaille rapidement.

Chez l'adulte, une fièvre qui se prolonge quand il s'agit d'un valvulaire a chance d'être liée à une endocardite rhumatismale. Bien que pareille chance ne coure pas les rues ici, le *salicylate de soude* fait merveille. Une fièvre qui dure depuis trois à quatre mois peut tomber en huit jours. Nous avons cité l'histoire de ce malade venant d'Oran et atteint d'une insuffisance aortique ancienne. Pendant trois mois, il fut considéré comme un paludéen. Il avait 39° de température tous les soirs. La quinine échouait. Le salicylate de soude amena la guérison en huit jours.

Ces formes heureuses chez l'enfant semblent plus rares. Sans doute les accidents de symphyse cardiaque qui apparaissent empêchent-ils la guérison de se produire comme chez l'adulte.

Ch. FIESSINGER.

CLINIQUE MÉDICALE

Le lipiodol comme moyen d'exploration thoracique.

Le lipiodol est employé couramment comme moyen d'exploration depuis les remarquables travaux du Pr SICARD et de son école. Le lipiodol inoffensif par lui-même a l'énorme avantage d'être imperméable aux rayons X et de permettre la localisation de certains trajets ou de certaines cavités. Le Pr SICARD après l'avoir employé comme moyen d'exploration rachidienne, l'a injecté dans la plèvre des pleurésies, mais n'en a pas retiré de renseignements suffisants pour en préconiser l'emploi.

Noël Fiessinger et André Lemaire (*Presse Médicale*, 17 février 1926) ont recours au lipiodol dans l'exploration des sérites tuberculeuses chroniques. Ils utilisent deux densités différentes de lipiodol : L. léger (0.11 d'iode par cc.), L. lourd (0.44 d'iode par cc.). Les doses ont été de 10 cc. : en général, ils injectent 5 cc. de L. léger puis 5 cc. de L. lourd. Les injections ont été chez certains malades répétées trois et quatre fois après des intervalles de quinze à vingt jours. Un premier fait doit être signalé, c'est l'innocuité immédiate de ce traitement ; ils ont sans aucun inconvénient injecté non seulement 5 hydropneumothorax, 1 pyopneumothorax, une pleurésie chronique sans épanchement gazeux, mais aussi (et ceci sur le même malade) une péricardite à épanchement suppuré tuberculisant le cobaye et une péritonite tuberculeuse accompagnant une hépatite hypertrophique.

Au point de vue de l'exploration radiologique, cette technique de l'injection de lipiodol de densités différentes a été très précieuse. De même que le phénomène se produit dans un tube à essai, le lipiodol lourd tombe au fond du cul-de-sac, le léger s'étale à la partie supérieure du liquide. Cette situation respective des produits injectés persiste longtemps dans les grands épanchements ; elle est moins durable dans les petits épanchements où, par suite des changements de position du malade, les deux lipiodols s'agglomèrent le plus souvent dans le cul-de-sac inférieur et y persistent durant des mois. Quoi qu'il en soit, l'examen radiologique, pratiqué aussitôt après l'injection, permet de déterminer la topographie de l'épanchement. Cette méthode de radio-diagnostic des séreuses est intéressante à répandre pour deux raisons :

1° *Elle montre incontestablement les dispositions plus ou moins enkystées de nombre de collections pleurales.* Elle permet de voir d'une façon très objective les logettes multiples des culs-de-sac, soit par le lipiodol lourd qui s'arrête sur les fonds, soit par le lipiodol léger qui trace les niveaux supérieurs des logettes. Ceci est surtout très net dans les hydro ou pyopneumothorax. Les auteurs ont, en particulier, dans un petit pyopneumothorax très limité de la base gauche, vu très bien dessinées les hauteurs et l'étendue du liquide, qu'avant l'injection de lipiodol on distinguait mal. Chez un autre malade, ils ont mis en évidence l'existence de deux niveaux liquides dont, grâce au lipiodol léger, ils pouvaient constater la nivellation dans les diverses attitudes.

Dans un cas récent, Noël Fiessinger dans son service de la Maison Dubois a utilisé cette méthode dans les circonstances suivantes. Chez un confrère présentant une pleurésie à pneumocoque enkystée qu'on avait dû ouvrir à deux reprises, il persistait au niveau du dernier foyer un petit drain et la température oscillait autour de 38°. S'agissait-il d'une température de résorption ou d'une température de rétention ? La collection était-elle bien drainée ? Les signes physiques ne pouvaient renseigner. On fit par le drain une injection de 5 cc. de lipiodol lourd. Ce lipiodol aux rayons se réunit autour du drain et dans une cavité minime en communication facile avec le drain. C'était une indication formelle de bon pronostic et de suppression du drainage. L'évolution ultérieure justifia cette attitude.

2° Cette méthode permet encore de déceler *le siège exact de certains épanchements liquides intrathoraciques.* Un des malades des auteurs sans aucun signe fonctionnel qu'une dyspnée banale, présentait une matité débordant sur le contour gauche du cœur et au-dessous de la pointe. Etant donné qu'il s'agissait d'un tuberculeux pulmonaire ayant fait une pleurésie gauche quelques années auparavant, que cette matité empiétait nettement sur le poumon gauche et comblait partiellement l'espace de Traube, le diagnostic clinique pouvait hésiter entre épanchement péricardique et épanchement pleural enkysté antérieur. On a injecté dans cette poche (contenant environ 250 cc. de liquide purulent tuberculisant le cobaye) successivement 1 cc. de lipiodol lourd et 5 cc. de lipiodol léger. La radioscopie montra que ces produits se déposaient respectivement dans les culs-de-sac inférieur et supérieur du péricarde.

Mariano Castex rapportait récemment un fait analogue et montra aussi quels précieux renseignements apporte l'exploration radiologique du péricarde par le lipiodol.

Récemment Noël Fiessinger et Olivier observant un sujet qui présentait des vomiques putrides avec une submatité suspendue, firent une injection des deux lipiodols dans le foyer dont la ponction fit retirer du pus fétide. L'exploration radiologique fit dessiner un abcès intrapulmonaire avec pyopneumothorax dont le lipiodol démontrait l'anfractuosité. Ce malade guérit après pneumothorax. L'observation complète en sera publiée ultérieurement.

De tous ces faits, il résulte que dans le cas de collection intrathoracique, la délimitation topographique est très aidée par l'exploration radiologique après injection de lipiodol combinée lourd

et léger. Il faut seulement savoir, comme l'ont montré Noël Fiessinger et André Lemaire, que chez les sujets atteints de tuberculose évolutive avec bacilloscopie positive la méthode peut être dangereuse et provoquer une poussée aiguë de tuberculose.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

La fétidité de l'haleine.

La fétidité de l'haleine se manifeste au cours d'un certain nombre d'affections de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire. Elle n'est parfois qu'un symptôme accessoire d'une maladie bien caractérisée : abcès amygdalien, stomatite ulcéro-membraneuse, cancer de la face et de la langue à leur période terminale, etc. Plus souvent, elle se présente à l'état de symptôme isolé, préoccupant de bonne heure le malade, dont elle gêne d'une manière parfois extrêmement pénible la vie sociale.

A. Moulonguet (1), dans son étude si pratique et si claire des grands syndromes oto-rhino-laryngologiques, consacre un intéressant chapitre à la cacosmie.

Avant de rechercher la cause d'une fétidité de l'haleine, il faut s'assurer que cette fétidité existe réellement, et qu'on n'a pas affaire à un simple trouble parosmique, c'est-à-dire à une perversion du sens olfactif, véritable daltonisme de l'odorat, qui fait percevoir les odeurs sous une forme anormale. L'entourage du malade fournira à cet égard des renseignements précieux. On n'oubliera pas cependant que le foyer de puanteur peut être assez limité pour ne pas imprégner l'air expiré, tout en gênant le malade lui-même.

Quel est le point de départ de la fétidité de l'haleine ?

Le tableau suivant doit servir de guide au praticien :

Fétidité à point de départ nasal ou sinusal :
- Ozène ;
- Syphilis nasale ;
- Sinusite maxillaire ;
- Corps étranger de la narine.

Fétidité à point de départ buccal :
- Caries dentaires ;
- Gingivo-stomatites ;
- Pyorrhée alvéolo-dentaire.

Fétidité à point de départ pharyngien :
- Rétention caséeuse dans les cryptes amygdaliennes ;
- Rétention caséeuse dans les fossettes de Rosenmüller.

Fétidité à point de départ œsophagien ou stomacal.

Fétidité à point de départ pulmonaire.

I. — Fétidité à point de départ nasal ou sinusal. — *C'est de beaucoup le cas le plus fréquent,* celui auquel il faut immédiatement penser : l'examen au speculum nasi décèlera une des causes suivantes, groupées par ordre d'importance.

Ozène. — L'ozène ou punaisie débute avec une prédilection particulière chez les fillettes de 8 à 10 ans, frappe souvent plusieurs membres d'une même famille, et se rencontre surtout dans les milieux pauvres, plus ou moins entachés de tuberculose. Mais on l'observe aussi dans la clientèle aisée ; « méfiez-vous, dit G. Laurens, des jeunes femmes élégantes aux mouchoirs imprégnés d'essence hyperodorante, et qui viennent vous consulter pour un coryza chronique ».

A la période d'atrophie, le diagnostic est facile ; reconnaître l'ozène à ses débuts, pendant la période d'hypertrophie, est beaucoup moins aisé. Il semble bien, en effet, que pendant quelques mois ou quelques semaines l'ozène évolue sous les apparences d'une rhinite muco-purulente, avec hypertrophie des cornets ; le diagnostic peut se faire dès ce moment sur l'odeur caractéristique des sécrétions qui imprègnent les mouchoirs et sur leur aspect assez spécial, qu'on a comparé à du blanc d'œuf mal cuit.

A une période plus tardive, l'ozène se présente avec sa physionomie bien particulière : le nez est aplati, sa pointe retroussée ; les dimensions des fosses nasales sont considérablement augmentées grâce à l'atrophie de la pituitaire et des cornets, et la rhinoscopie antérieure donne une large vue sur le cavum. Les parois de la fosse nasale sont tapissées par d'épaisses croûtes noirâtres ou verdâtres qui obstruent plus ou moins sa lumière ; ces croûtes, dures et sèches à leur superficie, se ramollissent dans leur partie profonde et reposent sur la muqueuse sous-jacente par l'intermédiaire d'une couche de muco-pus ; elles sont assez faciles à détacher à la pince. Au-dessous d'elles, la muqueuse est pâle, amincie ; elle fait corps avec le plan osseux sous-jacent et est peu dépressible au stylet ; l'examen, même conduit avec une certaine brutalité, ne fait pas saigner la muqueuse et ne détermine pas de douleurs, car il existe une hypo-

(1) Les grands syndromes oto-rhino-laryngologiques. G. Doin, édit.

esthésie marquée. Jamais l'examen au stylet ne décèle d'os dénudé.

Le processus atrophique descend plus ou moins loin dans le pharynx, parfois même jusque dans le larynx ; la pharyngite ozéneuse est généralement moins fétide que la rhinite, mais elle est plus résistante au traitement et revêt de ce fait une signification pronostique fâcheuse. Il ne s'agit pas, bien entendu, du pronostic « vital », qui est bon, mais du pronostic « fonctionnel » de l'ozène, pronostic qui reste réservé malgré les armes souvent efficaces dont dispose la thérapeutique moderne. Spontanément, d'ailleurs, la fétidité de l'ozène diminue au bout de dix à vingt ans ; souvent, chez la femme, après la ménopause.

Le traitement de l'ozène peut être curatif ou palliatif. Une seule méthode curative a suffisamment fait ses preuves pour pouvoir être conseillée : c'est la vaccinothérapie. La vaccinothérapie découle de l'idée que l'ozène est une maladie infectieuse, due à la localisation de certains germes sur la muqueuse nasale, sans que d'ailleurs l'accord soit fait sur la nature de ces germes (bacille de Lôwenberg, bacille pseudo-diphtérique de Belfanti, bacille de Perez, etc.). C'est donc aux *auto-vaccins* que l'on aura recours, et il y aura avantage à associer à l'immunisation générale, par voie sous-cutanée, l'immunisation locale selon la technique de Doniol (ablation des croûtes qui encombrent les fosses nasales, badigeonnage de la muqueuse avec un tampon imbibé de bile de bœuf stérilisée, afin de décaper cette muqueuse, et enfin application de lames d'ouate hydrophile imbibée de vaccin, ce pansement étant laissé dans les fosses nasales pendant une heure. (Pendant ce temps, le malade évitera de se moucher et respirera par la bouche.)

Le *traitement opothérapique* de l'ozène, surtout préconisé par Halphen, repose sur l'hypothèse que l'ozène relèverait d'un trouble endocrinien.

Le *traitement chirurgical* n'est pas conseillé par Moulonguet.

Quant à la thérapeutique palliative, elle dispose de procédés multiples : modifications de la muqueuse par irritation traumatique ou chimique, aérothérapie, injections de paraffine, badigeonnages modificateurs, pulvérisations antiseptiques avec :

Acétotartrate d'alumine	1 gr.
Acide borique pulvérisé	20 gr.

Viennent ensuite les essais de modification de la flore microbienne, soit par badigeonnages avec une solution de glycérine glucosée forte (glucose : 10 gr. ; glycérine : 40 gr.). Soit à l'aide de la bactériothérapie (faire priser des corps microbiens desséchés — bacilles lactiques par exemple — mélangés à un excipient pulvérulent, afin que leur pullulation gêne le développement des germes putrides.)

Le nettoyage des fosses nasales peut se faire soit à sec, par tamponnement, soit par irrigation au bock, sous faible pression, la canule dirigée bien horizontalement et la tête penchée en avant. En cas d'ozène pharyngé, on se sert de la canule rétro-nasale de Vacher. Moulonguet s'est bien trouvé du mélange de Billard : un litre d'eau bouillie dans laquelle on verse successivement une cuillerée à café de sel, une cuillerée à café de bicarbonate de soude, une cuillerée à café de teinture d'iode.

Le *traitement général* de l'ozène ne doit jamais être négligé : beaucoup d'ozéneux sont des anémiés qui bénéficieront de l'arsenic et du fer.

La crinothérapie n'est qu'une médication de second plan ; toutefois, un séjour à Challes, Cauterets ou Luchon sera utile à certains sujets.

Syphilis nasale. — La cacosmie constitue le symptôme fonctionnel le plus gênant de la gomme ulcérée nasale ; peu intense, elle peut être due à la fermentation des croûtes et du pus ; presque constamment, elle traduit l'existence d'un séquestre, et l'odeur disparaît une fois le séquestre éliminé.

Sinusite maxillaire. — On peut presque affirmer l'existence d'une sinusite maxillaire odontogène quand, chez un malade à haleine fétide, on constate la présence d'une traînée de pus dans le méat moyen. Mais ce signe peut manquer quand l'écoulement de pus est très peu abondant, et l'on ne doit par conséquent pas hésiter quand un examen soigneux n'a pas permis de déceler d'autres causes de cacosmie, à explorer les sinus maxillaires par la diaphanoscopie ou la radiographie, ou même à les ponctionner par voie transméatique. Cette règle de conduite est très importante en pratique, car la sinusite maxillaire est une des causes les plus fréquentes de la fétidité de l'haleine.

Parfois, il s'agit de sinusite caséeuse ; la cavité du sinus est remplie de masses caséeuses qui débordent dans la fosse nasale correspondante. Cette forme est particulièrement bénigne.

II. — **Fétidité à point de départ buccal.** — Dans quelques cas il s'agit de *caries du quatrième degré*, c'est-à-dire de celles où la cavité de carie

communique largement avec la chambre pulpaire déshabitée, devenue le siège de fermentations putrides.

La *gingivostomatite* se caractérise cliniquement par la tuméfaction de la gencive qui est rouge, saignante au moindre contact, et séparée de la dent qu'elle entoure par une cavité dont la pression fait sourdre un liquide séro-purulent. Le traitement doit être dentaire, gingival et général (cure des affections qui prédisposent aux infections buccales : diabète, insuffisance rénale, dyspepsie, anémie, ou suppression des toxiques responsables : plomb, bismuth, etc.

La *pyorrhée*, ou polyarthrite alvéolo-dentaire, se caractérise par une infection de l'articulation alvéolo-dentaire qui débute au voisinage du collet de la dent et s'enfonce progressivement vers l'apex en détruisant les ligaments, érodant le ciment, et élargissant la cavité alvéolaire.

III. — **Fétidité de l'haleine à point de départ pharyngien.** — Rétention caséeuse dans les cryptes amygdaliennes. — Chez certains sujets, le drainage des cavités amygdaliennes se fait mal, soit que les cryptes s'ouvrent dans l'oropharynx par un orifice trop étroit, soit que l'existence d'un pli triangulaire de His anormalement développé, ou l'encapuchonnement de l'amygdale entre ses deux piliers, s'opposent à l'évacuation des sécrétions amygdaliennes. Celles-ci s'accumulent dans les cryptes qu'elles dilatent, et forment des concrétions blanchâtres plus ou moins dures, d'odeur fétide du fait des fermentations microbiennes. Pour déceler la présence de ces concrétions, il faut récliner soigneusement en dehors les piliers antérieurs, et avec un mince stylet explorer les orifices des cryptes ; on peut encore, avec le doigt introduit dans la bouche, comprimer l'amygdale contre le plan osseux du maxillaire inférieur, et par cette « expression » la vider de son caséum.

Le traitement consiste dans des badigeonnages « appuyés » des amygdales, faits quotidiennement avec un porte-coton imbibé d'une solution astringente (tannin : 1 gr. ; glycérine : 50 gr.). Si ce traitement paraît insuffisamment efficace, on peut à l'aide d'un crochet amygdalien pratiquer la « discision » c'est-à-dire la « mise à plat de l'amygdale », en faisant pénétrer la pointe du crochet dans un crypte pour la faire ressortir par une autre crypte, et sectionner le pont intermédiaire. En cas d'amygdales très enchatonnées mieux vaut, sans perdre de temps, faire d'emblée une amygdalectomie.

Rétention caséeuse dans les fossettes de Rosenmuller. — Il s'agit là d'une éventualité fort rare ; après évacuation des masses caséeuses, quelques badigeonnages de la muqueuse de la fossette avec une solution au centième de nitrate d'argent ou d'acide trichloracétique viennent en général à bout de la lésion.

IV. — **Fétidité de l'haleine à point de départ œsophagien ou stomacal.** — En pratique, elle est extrêmement rare. Elle peut être permanente dans les affections de l'œsophage, mais dans celles de l'estomac elle n'existe qu'au moment des régurgitations gazeuses ; c'est là un phénomène dont le malade se rend facilement compte, et qui éclaire le diagnostic étiologique.

V. — **Fétidité à point de départ pulmonaire.** — Deux cas sont à distinguer :

Il existe un foyer infectieux. — Ces foyers se manifestent en général par une symptomatologie assez riche, dont la cacosmie ne constitue qu'un facteur, et qui permet de faire le diagnostic.

La *bronchite fétide* se traduit par l'expectoration de mucosités purulentes très abondantes, jaunes ou verdâtres, d'odeur repoussante. C'est surtout le matin au réveil que la puanteur de l'haleine est extrême : elle diminue quand le malade a fait, par des efforts de toux, la toilette de ses bronches. Cette affection, que l'on rencontre chez les vieillards, est compatible avec un bon état général et peut persister pendant de longs mois : elle est due à la pullulation de germes anaérobies spéciaux dans les sécrétions bronchiques.

La dilatation des bronches revêt bien souvent le masque clinique de la bronchite fétide, mais l'expectoration est ici tellement abondante qu'elle peut simuler de véritables vomiques.

L'abcès du poumon, la gangrène, le pyopneumothorax, ouverts, peuvent s'accompagner de cacosmie ; mais dans ces maladies ce symptôme ne constitue jamais qu'un épiphénomène.

La fétidité de l'haleine est essentielle. — C'est le diagnostic auquel on arrivera par exclusion, quand l'examen systématique et soigneux des voies respiratoires et digestives n'aura rien montré d'anormal. Ces cas sont relativement assez fréquents, et l'on observe tous les degrés de cacosmie, cacosmie très accusée et permanente, plus souvent peut-être cacosmie modérée et n'apparaissant qu'à certaines heures de la journée, notamment le matin au réveil. La pathogénie de

ces troubles est assez obscure, mais il semble bien qu'il s'agisse d'une *viciation du métabolisme des graisses* (Roger). On sait qu'à l'état normal les poumons fixent une quantité importante des graisses qui circulent dans le sang et les brûlent grâce à un ferment lipasique spécial : les termes ultimes de cette combustion sont de l'eau et de l'acide carbonique (C_{55} H_{104} O_6 + 756 O = 55 CO_2 + 52 H_2O).

Dans certaines conditions, la combustion est incomplète, et la molécule graisseuse, insuffisamment oxydée, est transformée en un corps de la série acétonique, acide oxybutyrique, acide acétylacétique, etc. Ce sont ces acides, dont quelques-uns sont volatils et d'odeur très fétide, qui se dégagent au niveau des alvéoles pulmonaires et impuantissent l'haleine.

Le traitement de ces cas de fétidité essentielle doit donc viser un triple but : augmenter la ventilation pulmonaire ; surveiller l'activité fonctionnelle des autres organes lipasiques, du pancréas, du foie ; diminuer la teneur du sang en graisses.

SYPHILIGRAPHIE

L'augmentation de la syphilis en France.

Dans ces dernières années, certains syphiligraphes nous avaient fait espérer une diminution de la syphilis sous l'effet d'une thérapeutique plus efficace et d'une organisation plus méticuleuse. Ces espoirs sont déçus du moins pour le moment. Cette conclusion découle d'une excellente étude de Marcel Petit (*Thèse Paris*, 1926).

Il résulte de ce travail que la syphilis est en augmentation nette en France, à Paris et en province.

A Paris, toutes les statistiques démontrent cette augmentation. Les cas de syphilis récentes (chancres et roséoles) qui étaient de 614 cas en 1920, maximum, descendent au cours des années 1921, 452 cas ; 1922, 345 cas ; 1923, 269 cas ; 1924, 248 cas, minimum, puis remontent brusquement depuis un an pour atteindre 459 cas, c'est-à-dire presque au niveau de l'année 1919, 502 cas.

Il en est de même en province. Dans toutes les grandes villes, à Lyon, à Saint-Etienne, à Marseille, à Lille, à Bordeaux, au Havre, les médecins ont remarqué une nette augmentation de la syphilis et surtout en ce qui concerne les cas de syphilis récentes : 29 cas de plus à Lyon qu'en 1923 ; à Saint-Etienne, le nombre des cas de syphilis récentes est également passé de 94 en 1922, à 132 en 1925 ; à Marseille, ce chiffre est passé de 474 cas en 1923 à 705 cas en 1925.

Dans les Pays étrangers par contre, la courbe exprimant le taux de la syphilis a continué à décroître régulièrement dans certains pays, ou bien est restée au moins stationnaire dans d'autres.

Les Pays Scandinaves ont vu disparaître presque complètement la syphilis.

En Suisse, la décroissance est rapide et continue. Le nombre des chancres syphilitiques est passé de 104 cas en 1919 à 2 cas en 1925.

En Belgique, dans toutes les villes et dans toutes les provinces, la syphilis est en nette décroissance. Pour la province d'Anvers, par exemple, le nombre des chancres qui était de 203 cas en 1920 est seulement de 10 cas dans les huit premiers mois de 1925 et est tombé à zéro au mois de septembre de la même année.

En Espagne, diminution également.

Dans les autres pays : Autriche, Tchéco-Slovaquie, etc., la courbe de la syphilis est stationnaire.

Les syphiligraphes étrangers attribuent cette décroissance, d'une part à l'abolition de la réglementation de la prostitution et, d'autre part, aux bons effets de la médication salvarsanique.

Les causes qui peuvent expliquer l'augmentation de la syphilis en France sont de deux ordres :

1° Causes connues depuis longtemps : ignorance du malade qui ne connaît pas sa maladie, et abandonne précocement le traitement, ou se traite insuffisamment et irrégulièrement ; ignorance des médecins dont certains ne savent pas reconnaître la syphilis et ignorent les techniques de laboratoire nécessaires au diagnostic précoce de la maladie.

2° Des causes plus spéciales à ces dernières années : immigration étrangère active et insuffisamment surveillée composée surtout de gens (Polonais, Arabes, etc.) qui par indolence naturelle, ou une hygiène élémentaire négligée, ne se soignent pas et propagent la syphilis.

Augmentation de la prostitution due aux conditions économiques actuelles pour une grande part, et dont la réglementation en vigueur s'est révélée très nettement insuffisante.

Abandon des injections intra-veineuses arsenicales par les praticiens par crainte des accidents.

Il importe donc de prendre des mesures énergiques pour combattre cette augmentation.

A côté des moyens ordinaires de lutte contre cette véritable épidémie, éducation de la jeunesse, propagande dans le public, dans l'armée, création de dispensaires, de stations prophylactiques, on devra prendre des mesures qui, s'inspirant de celles prises à l'étranger, s'attaqueront directement aux causes d'augmentation de la syphilis.

Mesures contre l'immigration empêchant l'accès du territoire français aux vénériens contagieux ou les expulsant à leurs frais ou à ceux des compagnies responsables.

Mesures contre la prostitution consistant dans la surveillance médicale des prostituées, par l'application de la loi réprimant la prostitution dans les cabarets, cafés, etc., le traitement libre et volontaire des prostituées avec certificat du médecin, etc.

Création par une loi d'un délit spécial, dit *délit de contamination* punissant sévèrement l'individu coupable d'avoir transmis la syphilis ; création également du *délit de racolage*.

Le Parlement devra organiser la creation de dispensaires.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de thérapeutique clinique, par G. LEMOINE et Jean MIVET, *Professeur à la Faculté de Médecine de Lille*. — Un vol. grand in-8°, 848 pages. — Vigot, édit. Prix : 60 francs.

Ce volume n'est pas un exposé théorique. Il résume l'expérience des Prs G. LEMOINE et J. MINET. Le lecteur ne s'étonnera pas de voir recommandées certaines médications chères à leurs auteurs, telles que la vaccinothérapie dans les bronchites chroniques et l'emploi de la paratoxine dans la tuberculose. Mais sur l'ensemble de la thérapeutique, un regard méthodique est jeté qui embrasse d'un œil averti la multiplicité des indications à suivre. Un léger reproche, dans ce volume destiné aux praticiens, est le maintien de certaines médications théoriques, comme par exemple la théobromine dans les pleurésies séro-fibrineuses. Par ailleurs, des conseils qui pourraient valoir quelque ennui à ceux qui s'en inspireraient dans leur pratique. Ainsi la caféine dans l'asystolie recommandée à la dose de 1 gr. à 2 gr. C'est beaucoup trop. La caféine est un excitant passager qui laisse après lui une dépression fâcheuse. Les auteurs qui prescrivent avec raison la digitaline à très faible dose, en recommandant de hautes doses de caféine, s'inscrivent contre la vérité des idées qu'ils défendent avec une si saine connaissance des éventualités cliniques; « tous ceux, écrivent-ils, qui utilisent les petites doses de digitaline ont eu la satisfaction de voir s'améliorer peu à peu des malades qu'à première vue ils auraient estimés incurables ». De cet hommage à la vérité, qu'il nous soit permis de remercier. MM. les Prs LEMOINE et MINET. Depuis vingt et un ans, nous défendons ces mêmes procédés de guérison. A Lille, l'atmosphère officielle de Paris ne pénètre pas. Il est permis de voir clair. Cet éloignement de la capitale a valu aux deux professeurs de Lille de juger par eux-mêmes et d'édicter des notions journellement vérifiées par les résultats. C'est par ces qualités que le livre de MM. G. Lemoine et J. Minet se recommande à l'attention du Corps Médical et qu'un succès de bon aloi récompensera leur effort

Thérapeutique des maladies vénériennes, par le Dr M. CARLE (de Lyon). — Un volume in-8° (16×25) de 472 pages. — Prix : 35 francs. — Gaston DOIN, éditeur, 8 place de l'Odéon, Paris (6e).

Le Dr CARLE a passé au crible de sa longue pratique les travaux passés et présents. Il montre par une expérience déjà ancienne que les recherches de laboratoire trop minutieuses, les procédés thérapeutiques trop compliqués sont plutôt une gêne, quelquefois même un danger, pour le médecin traitant. Aussi, s'est-il efforcé de réunir dans ces pages l'ensemble des méthodes simples, à la portée de tous, se contentant de rappeler les autres, avec leurs indications propres. Avec cet ouvrage, et même en supposant pour demain de nouvelles découvertes, tout praticien doit guérir toutes les maladies vénériennes et empêcher les complications.

Il doit même les prévenir, car une part importante est faite dans ce volume à la prophylaxie. On retrouvera sous cette rubrique les idées personnelles de l'auteur, où il a su glisser sous une forme aimable la plus scientifique documentation et les plus sages conseils.

Souvenirs d'un Médecin sur la plus grande guerre, par M. le Dr L. BARRAS. Librairie Norbert MALOINE, 1 vol. 202 pages.

Livre curieux, écrit d'une excellente plume.

Il est certain que la guerre a amplifié les mésententes, les discordes, les rivalités. Rivalités de castes, d'administrations, de professions, d'individus. Le fonds des natures s'est révélé dans sa nudité stricte et celle-là n'est point belle. La femme par exemple, à de rares exceptions près, n'a point grandi au point de vue moral. M. le Dr BARRAS lui accorde des avantages exclusivement physiques et des mérites avant tout liés, aux particularités de ses dispositions anatomiques. « Et tout le reste, ajoute notre auteur, n'est que littérature. » Beaucoup de traits heureusement groupés et saisis directement dans ce livre écrit par un confrère qui était aux premières lignes.

Hygiène sociale du premier âge, 2e édition, par G. LABEAUME, *ancien interne des Hôpitaux de Paris, Chef de Clinique à la Faculté*. — Préface de M. le Dr Jules RENAULT. *Deuxième édition*. — Un volume de 216 pages (MASSON et Cie, éditeurs). — Prix : 17 francs. Hausse : 20 %.

Ce livre, à la fois documentaire et pratique, offre non seulement une vue d'ensemble très complète sur la manière dont on a tenté de résoudre la question de l'hygiène sociale du premier âge ; mais encore il donne un aperçu sur l'avenir et la voie qu'il faudra suivre.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : CH. FIESSINGER
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon. — Ch. Achard.

Maladie de Recklinghausen et sarcomes profonds

Une femme de 29 ans est entrée le 9 octobre 1923, salle Debove, n° 1, pour des vomissements qui depuis deux semaines se répétaient plusieurs fois par jour et empêchaient toute alimentation. En général, ces vomissements se produisaient aussitôt après les repas et rejetaient les aliments, sans douleur gastrique ni œsophagienne. D'autres fois, ils survenaient loin des repas, rejetant alors des matières muqueuses ou bilieuses.

L'examen de la région épigastrique ne révélait rien d'anormal. D'autre part, comme on pouvait songer, chez une jeune femme, à la possibilité d'une grossesse, cause fréquente de vomissements tenaces, à répétition, l'interrogatoire et l'examen objectif furent dirigés vers la recherche de cette cause mais avec un résultat entièrement négatif : les règles notamment n'avaient pas cessé d'être régulières.

En examinant complètement la malade on remarquait, sur le tronc, le cou, la racine des cuisses, des taches de couleur café au lait, de forme et de dimensions variables, auxquelles s'associaient de petites tumeurs pédiculées, molles, du type du *molluscum pendulum*, dont les plus volumineuses avaient la grosseur d'un gros pois. En outre, au palper, on sentait d'autres petites tumeurs plus fermes, enchassées dans le derme, et siégeant particulièrement sur l'abdomen et la face postérieure des cuisses. L'association de tumeurs cutanées multiples avec des pigmentations est habituelle dans ce qu'on appelle la maladie de Recklinghausen et l'on sait que les tumeurs, attribuées tout d'abord à des neurofibromes, peuvent être dépourvues d'éléments nerveux et consister simplement en des dermo-fibromes, ou en diverses variétés de tumeurs conjonctives.

Cette maladie est quelquefois familiale : mais notre malade n'a le souvenir de rien de semblable dans sa famille. Il est vrai qu'elle n'a jamais prêté grande attention à ces petites lésions tégumentaires et qu'elle ignore complètement quand es taches et les tumeurs sont apparues. Notons aussi qu'on ne trouve chez elle aucune scoliose, accident fréquent dans la maladie de Recklinghausen, ni aucun indice de dégénérescence psychique, comme on en constate aussi assez souvent en pareil cas.

En poursuivant l'examen de notre malade à son entrée à l'hôpital, nous ne relevions rien d'anormal au cœur, au foie, à la rate. Les urines ne renfermaient ni sucre ni albumine. Le système nerveux paraissait aussi normal : les réflexes tendineux et cutanés, ceux des pupilles n'étaient point troublés.

Par contre, l'examen du thorax révélait, dans la région du hile à droite, une zone de submatité, avec un léger souffle interscapulo-vertébral, se prolongeant un peu à gauche et s'accompagnant de bronchophonie. Partout ailleurs, le murmure vésiculaire était conservé.

De ces symptômes thoraciques on pouvait rapprocher un détail particulier que la malade indiquait au sujet de ses vomissements : c'est qu'ils étaient souvent précédés de petites secousses de toux sèche. Il y avait donc lieu de soupçonner dans le mécanisme de ces vomissements une action nerveuse dépendant de lésions intra-thoraciques.

Pour préciser la nature de cette lésion, qui n'avait rien ni d'une lésion aiguë, ni d'une lésion cavitaire, puisqu'on n'observait ni douleur, ni fièvre, ni expectoration, il était indiqué de faire un examen radiologique.

Cet examen confirma d'abord l'absence de troubles gastriques, car l'estomac avait une forme, une contractilité, une mobilité, une aptitude à l'évacuation tout à fait normales. L'œsophage, de même, était normal.

Mais au thorax, on était d'emblée frappé par la présence d'une ombre anormale un peu au-dessus du hile, à droite. Cette ombre, régulièrement arrondie, homogène, à contours bien nets, grosse comme une orange, faisait corps, vue de face, avec l'ombre des gros vaisseaux, mais n'était douée d'aucun battement. Rien de pathologique ne se remarquait dans le reste des champs pulmonaires, ni dans les cul-de-sac costo-diaphragmatiques, ni dans l'ombre cardiaque.

En pratiquant l'examen en position oblique antérieure droite, ce qu'on doit toujours faire quand on veut se bien rendre compte de l'état des gros vaisseaux, on constatait que l'ombre anormale se détachait nettement de celle des gros vaisseaux, dont elle se séparait par une bande claire, en continuité avec l'espace clair médian. De même en position oblique postérieure droite, on voyait l'ombre anormale se dégager de celle du rachis. Par conséquent, cette tumeur thoracique — et par tumeur j'entends ce mot dans son acception clinique et non dans le sens de néoplasme, car l'examen radiologique ne pouvait nous donner à cet égard aucune précision — cette tumeur était indépendante à la fois des gros vaisseaux et de la

colonne vertébrale ; elle pouvait siéger dans le médiastin ou encore, peut-être, dans le poumon immédiatement au-dessus du hile.

Par ses contours arrondis et nettement limités, cette ombre anormale évoquait l'idée d'une collection liquide : abcès ou kyste. Mais on ne voit guère d'abcès de ce siège, quoique WITTICH ait observé un abcès du thymus qui offrait les signes d'une tumeur solide. Les adénopathies de hile ne causent guère d'abcès froids et quand elles sont volumineuses, elles ont des contours moins nets et plutôt polycycliques. Parmi les kystes, on connaît surtout des kystes hydatiques du poumon. On devait y songer, car ces kystes ont précisément des contours nets et régulièrement arrondis, ils évoluent d'une façon sourde sans altérer l'état général. Aussi avons-nous fait pratiquer chez la malade la réaction de Weinberg qui fut négative, de même que la recherche de l'éosinophilie, autre caractère fréquent dans les hydatides.

En fait de lésions syphilitiques, on ne pouvait guère songer à une gomme, à cause du volume de la tumeur et de l'absence d'indices radiologiques de la médiastinite qui accompagne ordinairement les lésions intra-thoraciques de la syphilis. De plus, la réaction de Wassermann se montra négative.

Le goitre plongeant n'a pas non plus ce siège.

C'était donc l'idée d'un néoplasme qui paraissait la plus vraisemblable et, vu la présence de petites tumeurs cutanées, nous nous demandions si la tumeur thoracique n'était pas de même nature, car les tumeurs profondes ne sont pas rares dans la maladie de Recklinghausen.

Mais avant d'adopter ce diagnostic, il était nécessaire d'envisager les autres tumeurs du médiastin, qui sont variées quant à leur nature, car les tumeurs de Recklinghausen intra-thoraciques paraissent vraiment une exception.

En fait de tumeurs bénignes, on connaît, outre les kystes hydatiques et les goitres plongeants, des lipomes, des fibromes, des hypertrophies du thymus qui n'ont pas ce siège unilatéral, des kystes congénitaux qui peuvent occuper ce siège et qui sont d'ailleurs de nature diverse, dermoïde ou mucoïde, des tumeurs mixtes qu'on rapporte à une origine congénitale. On ne saurait faire un diagnostic exact de pareilles tumeurs sans avoir en main la pièce anatomique.

Plus fréquentes, les tumeurs malignes se voient le plus ordinairement dans le médiastin antérieur : deux fois plus souvent selon Wilson Fox, six fois sur neuf selon ROLLESTON. Ce sont des épithéliomas, des sarcomes et des lymphadénomes. H.-A. HARE donne la proportion suivante :

134 cancers dont 48 dans le médiastin antérieur;
98 sarcomes dont 33 dans le médiastin antérieur,
21 lymphadénomes dont 11 dans le médiastin antérieur,

Et, par rapport aux tumeurs bénignes, RIEGEL indique :

33 sarcomes ou épithéliomas (68 %);
4 fibromes;
5 kystes.

Les tumeurs malignes peuvent être secondaires, soit par contiguïté, par extension d'un cancer de l'œsophage, du poumon, de la plèvre, du rachis, des côtes, du sein, du corps thyroïde, soit par métastase ganglionnaire d'un cancer éloigné. Dans ce dernier cas, on peut voir postérieurement le cancer ganglionnaire envahir le poumon. Ce sont les cancers du sein, de l'estomac qui en sont fréquemment l'origine. On peut aussi, comme l'a vu MARFAN, observer des néoplasmes du hile, dont le point de départ est dans les ganglions et qui se prolongent en forme de cône dans le médiastin et qui sont des lymphadénomes.

Les tumeurs malignes primitives ont pour siège habituel la loge thymique, comprise entre le péricarde, les vaisseaux de la base du cœur et la trachée, le bord antérieur des poumons et le squelette thoracique, et la base du cou. Fréquemment, d'ailleurs, on leur attribue une origine thymique.

Elles forment une masse dure, fibreuse, adhérente, bosselée enserrant les gros vaisseaux ou la trachée, ou bien une masse molle, où se voient des hémorragies, des dilatations vasculaires, des parties ramollies et kystiques. Souvent des épanchements pleuraux ou péricardiques les accompagnent. Elles atteignent les veines, les nerfs, la trachée, plus rarement le grand sympathique et l'œsophage.

Leur symptomatologie est d'abord obscure. Pendant une phase latente, les malades ont une petite toux, quelquefois des suffocations par accès, simulant une bronchite chronique, la tuberculose, l'asthme et l'emphysème, la laryngite striduleuse. Ils souffrent d'une oppression qui fait songer à une cardiopathie. En fait de signes physiques on ne trouve rien ou seulement un peu de matité et de souffle. Parfois une pleurésie masque la tumeur. On peut observer un peu de fièvre qui prenait même le type intermittent dans un cas de sarcome globo-cellulaire rapporté par WITTHAUER.

Les symptômes se précisent quand la tumeur atteint le plan antérieur, vasculaire. Alors apparaissent la dilatation des veines thoraciques, la circulation collatérale, la cyanose de la tête, parfois l'œdème. Les malades ressentent une douleur rétro-sternale, fixe, constrictive, sans irradiations d'après RENDU. On peut apercevoir quelquefois

une saillie mate de la poignée du sternum et des extrémités internes des clavicules.

Quand le plan trachéo-bronchique est atteint, on observe de la dyspnée, de la suffocation par lésion du pneumogastrique, de la raucité vocale ou de l'aphonie par lésion du récurrent, du rétrécissement pupillaire par lésion du sympathique, de la dysphagie par spasme ou compression de l'œsophage, du tirage et du cornage par rétrécissement de la trachée ou des grosses bronches.

Comme en toutes les régions, les tumeurs malignes ont une évolution moins lente que les tumeurs bénignes ; elles se développent plus volontiers après cinquante ans, excepté toutefois les tumeurs congénitales et certains lymphadénomes qu'on observe dans le jeune âge.

Or, chez notre malade, l'évolution de la tumeur était nettement progressive.

En effet, si au bout de quelques semaines de séjour à la clinique, les vomissements s'étaient un peu calmés, de nouveaux symptômes étaient apparus successivement.

La toux était plus fréquente, sèche, quinteuse, exagérée par les changements d'attitude, la parole et surtout la percussion du thorax, particulièrement dans la région sous-claviculaire.

Puis, la toux était devenue douloureuse et la douleur avait le caractère angoissant de la névralgie phrénique. La pression était, d'ailleurs douloureuse entre les chefs du sterno-cléido-mastoïdien et provoquait immédiatement la toux ; on trouvait aussi les points douloureux en dedans des espaces intercostaux, jusqu'au point xiphoïdien.

Ensuite, la voix devint bitonale, puis enrouée, presque éteinte, et l'examen laryngoscopique, fait à plusieurs reprises par le Dr Baldenwrck, révélait une paralysie de la corde vocale droite.

En même temps on constatait le syndrome oculo-sympathique du côté droit, avec rétrécissement de la fente palpébrale, énophtalmie légère et myosis, sans troubles photo-moteurs ni paresse d'accommodation à la distance. Aucun trouble vaso-moteur n'était visible à la face ni à l'oreille. La main droite, cependant, était habituellement un peu plus froide que la gauche. Le pouls des deux côtés était égal et la tension peu différente à droite (11-8 1/2) et à gauche (12-7 1/2). Un peu de larmoiement s'observa du côté droit vers la fin de décembre.

A ce moment se développa une dilatation permanente et pulsatile des jugulaires externe et interne de ce côté droit, sans modification connexe de la température locale, mais avec une sensation de chaleur à la face et au crâne. Sur le thorax on ne constatait aucune dilatation vasculaire collatérale.

La matité s'étendait en dedans de l'épine de l'omoplate droite et dans la fosse sus-épineuse ; elle était franche et s'accompagnait d'une exagération des vibrations vocales et d'un souffle rude aux deux temps de la respiration. Dans le dos ce souffle se percevait aussi à la région du hile gauche. Le murmure vésiculaire était très affaibli à droite dans tout le champ pulmonaire.

La radioscopie montrait que la tumeur avait manifestement augmenté, en conservant néanmoins les mêmes caractères.

La malade maigrissait ; sa toux incessante et douloureuse gênait le sommeil et l'alimentation. Les règles étaient suspendues depuis l'entrée à l'hôpital. Il y avait un peu de tachycardie, le pouls s'élevant à 112 et même 124 et la température montait de temps en temps à 38°2.

Devant l'aggravation régulièrement progressive de la situation, et considérant la limitation très nette de la tumeur indiquée par la radioscopie, nous pensâmes à proposer une intervention chirurgicale. Le Dr Michon l'accepta et pratiqua l'opération le 5 janvier.

La malade fut endormie au chloroforme. Une incision en U à concavité tournée en haut et en dehors fut faite sous la clavicule droite et les deux premières côtes ainsi que la clavicule furent sciées et réclinées pour mettre à nu le poumon qui se rétracta complètement vers le hile sans être retenu par aucune adhérence. Aucune modification du pouls ni de la tension artérielle ne se produisit au moment de l'entrée de l'air dans la plèvre.

Sous le feuillet médiastinal de la séreuse, au-dessus du poumon rétracté, on aperçut alors la saillie sphérique d'une tumeur dont le phrénique longeait un des méridiens et dont la consistance était fluctuante. Une ponction avec une aiguille n'ayant permis d'évacuer qu'une petite quantité de liquide colloïde et brunâtre, on ouvrit au bistouri la tumeur après avoir pris soin de protéger la plèvre avec des compresses. Au moment de cette ouverture, l'oscillomètre appliqué à la jambe ne donna plus que des oscillations presque imperceptibles et le pouls radial devint incomptable, tandis que les extrémités se refroidissaient. Toutefois le facies restait bon, sans cyanose, et la respiration se faisait régulièrement.

La tumeur, une fois vidée de son contenu, fut séparée minutieusement du feuillet pariétal de la plèvre et de la veine cave supérieure, puis elle fut extirpée par lambeaux, complètement et sans hémorragie.

Pendant l'opération, on avait injecté à la malade

20 cc. d'huile éthéro-camphrée et 1 litre de sérum adrénaliné.

Dans la soirée, le pouls reparut, mais battant 140 à 160. La respiration était à 48 par minute. On constatait que le syndrome oculo-pupillaire avait presque disparu, et la malade ne toussait pas.

Les jours suivants, la dyspnée s'atténuait. Le 9, elle n'était plus qu'à 32, mais le pouls restait à 140. On donna XL gouttes de solution de digitaline au millième du 14 au 18 janvier, et le pouls descendit peu à peu à 100 ou 96 au début de février, la respiration devenant à ce moment tout à fait normale.

La température se maintint au-dessus de 38° jusqu'au 14 janvier. On entendait des râles sous-crépitants dans la région du hile droit, mais sans signes d'épanchement liquide.

Le syndrome oculo-pupillaire, la dilatation jugulaire, la névralgie phrénique, la toux et les vomissements ont complètement disparu. Seule, la paralysie de la corde vocale droite persiste.

L'état général est en voie d'amélioration. Le poids a augmenté de 5 kil. du 15 au 29 février.

La sonorité du poumon droit est redevenue normale et l'auscultation n'indique plus qu'un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire.

L'examen radiologique montre que l'hémithorax droit est rétracté dans son ensemble ; la coupole diaphragmatique apparaît immobile et surélevée, mais les culs-de-sac costo-diaphragmatiques sont clairs. On ne trouve plus aucune trace de l'ombre médiastinale que formait la tumeur.

Voilà un beau succès opératoire, dont il convient de féliciter le Dr Michon, car il s'agissait d'une intervention fort délicate et la chirurgie thoracique n'est pas toujours aussi heureuse.

La malade est vraiment transformée, de sorte que le succès justifie pleinement la conduite que nous avons tenue en proposant l'intervention. Abandonnée à elle-même, une tumeur du médiastin qui progresse expose à des accidents singulièrement graves et souvent rapides. Quand le plan trachéo-bronchique est atteint, quand les voies aériennes et les nerfs sont comprimés comme c'était ici le cas, la mort peut survenir par asphyxie progressive, par accès de suffocation dû à un spasme glottique, ou même par syncope. En outre, des épanchements de la plèvre et du péricarde peuvent ajouter de nouveaux dangers.

La radiothérapie et la curiethérapie peuvent être appliquées, mais ces moyens paraissent convenir plutôt aux tumeurs lymphadéniques, riches en cellules, plutôt qu'à des tumeurs bien circonscrites comme celle de notre malade.

Quant à l'extirpation, elle a été faite surtout pour les kystes et pour le thymus hypertrophié. Elle est fort délicate pour les tumeurs qui adhèrent plus ou moins aux gros vaisseaux et aux nerfs.

Il est donc certain que notre malade courait des risques opératoires, mais elle était vouée à la mort, on peut le dire, si elle n'avait été traitée que par les moyens palliatifs qu'on appelle le traitement médical.

Si maintenant nous cessons de nous placer seulement au point de vue du présent et si nous envisageons l'avenir de la malade, le même optimisme est-il permis ?

Tout dépend, évidemment, des possibilités de récidive et pour cela, c'est la nature de la tumeur qu'il importe de préciser.

Cette tumeur est nettement encapsulée par une coque d'épaisseur variable et formée d'un tissu lardacé, dur, blanchâtre, homogène. Cette coque renferme une masse colloïde demi-liquide, dont les frottis montrent au mircoscope, au milieu d'une substance homogène, de rares leucocytes altérés et des débris protoplasmiques vacuolaires.

Sur les coupes du tissu formant paroi, se voit la texture typique du sarcome, formée de cellules fusiformes et d'autres qui suivant leur coupe optique apparaissent rondes. Ces cellules sont incluses dans un stroma conjonctif dont les trousseaux fibreux s'orientent comme les éléments sarcomateux. Des lacunes vasculaires remplies de sang sont creusées sans paroi dans la néoplasie. En plusieurs points, le tissu a subi des dégénérescences : on y voit des plages de substance colloïde amorphe, d'autres de matière mucoïde où les cellules ont disparu, où les fibres conjonctives dissociées ont un aspect réticulaire et contiennent dans leurs mailles la substance homogène. En d'autres points, enfin, les lacunes du tissu sont le siège d'hémorragies.

Il s'agit, par conséquent, d'un sarcome en voie de dégénérescence, c'est-à-dire d'une tumeur maligne.

Les tumeurs malignes primitives du médiastin ont d'abord été considérées comme développées aux dépens des ganglions ; c'était l'opinion de Lobstein (1835) et de Cruveilhier (1840), qui fut adoptée par Eger et par Rendu (1875). Puis on les attribua plus volontiers au thymus et à ses débris, lorsque Hahn et Thomas (1879) eurent trouvé dans de telles tumeurs des corpuscules de Hassal qui sont particuliers à cet organe. Le plus souvent ce sont des épithéliomas ; mais Paviot et Gérest (1896) ont décrit plusieurs variétés de tumeurs malignes dont une forme sarcomateuse à cellules rondes et petites, une forme à corpuscules concentriques de Hassal et une forme à type

malpighien avec des globes épidermiques. DE-MANTKE et LESIMPLE (1893) ont observé le sarcome fasciculé thymique, qui, suivant ROLLESTON, ne renferme pas nécessairement des corpuscules de Hassal. Pour cet auteur, les tumeurs thymiques sont souvent complexes comme celles de la parotide et peuvent être à la fois sarcomateuses et épithéliomateuses.

Ne soyons donc pas trop surpris de trouver dans notre cas un sarcome un peu atypique, avec des dégénérescences qu'on ne voit habituellement pas dans ce genre de néoplasmes.

Mais je vous ai dit que notre malade portait en différents points du tégument de petites tumeurs et des pigmentations qui permettaient de faire le diagnostic de maladie de Recklinghausen, et je me suis demandé, vous ai-je dit encore, si la tumeur intra-thoracique n'était pas elle-même un des éléments néoplasiques de cette affection.

Aussi ai-je fait enlever à l'anesthésie locale deux de ces petites tumeurs sous-cutanées, l'une à la région hypogastrique, l'autre à la face postérieure de la cuisse, toutes deux grosses comme un pois.

L'examen histologique, fait par M. MOUZON, a montré qu'elles sont formées d'un tissu conjonctif très riche en cellules rondes ou ovalaires, quelquefois fusiformes, régulières, sans noyaux bourgeonnants ni caryocinèses. Les fibres conjonctives sont ténues et ne s'ordonnent nulle part en véritables trousseaux fibreux. En certains points, et particulièrement dans la tumeur de la cuisse, les fibres conjonctives se réduisent à de simples tractus réticulés dont les mailles logent des pelotons adipeux. Par places, le tissu néoformé englobe des follicules pilo-sébacés, des conduits et des pelotons de glandes sudoripares, sans les altérer. Les vaisseaux y sont rares, mais pourvus d'un endothélium. La néoplasie n'envahit pas le derme.

Il s'agit, vous le voyez, de tumeurs conjonctives, ressemblant au sarcome, mais en évolution moins active que la tumeur médiastinale, et il semble permis de considérer celle-ci comme le produit de l'évolution maligne d'une tumeur de Recklinghausen.

Par un singulier hasard, un autre cas analogue s'est récemment offert à notre observation.

Un jeune homme de 21 ans était entré le 27 novembre, salle Barth, pour des hématuries persistantes accompagnées de douleurs dans la fosse iliaque droite et de vomissements. La recherche du bacille de Koch dans l'urine par la coloration et par l'inoculation étant restée négative, l'examen cytoscopique et le cathétérisme urétéral ayant montré que le sang venait du rein droit et que ce rein éliminait moins d'urée, le palper révélant une masse volumineuse au pôle inférieur du rein droit et la radioscopie donnant aussi une image plus opaque de ce côté, on fit le diagnostic de tumeur rénale.

Or, ce malade était porteur de taches pigmentaires et de petites tumeurs disséminées sur les téguments, et sa mère, paraît-il, avait elle-même ces stigmates de la maladie de Recklinghausen.

M. MICHON, ayant décidé l'intervention, trouva une tumeur encapsulée, en dedans du rein auquel elle adhérait sans l'englober. Cette tumeur était fluctuante : incisée, elle donna issue à du sang liquide, à des caillots et à des fragments de tissu nécrosé. Le rein, ayant été incisé sur la convexité, apparut marbré de zones blanches, sèches, et de zones violacées, saignantes. Rein et tumeur furent enlevés en totalité.

L'examen histologique, fait par M. MOUZON, montre que la tumeur est enveloppée d'une épaisse coque fibreuse et qu'elle est formée de sarcome à petites cellules rondes à noyaux bourgeonnants, avec des lacunes vasculaires remplies de sang et sans paroi. Un volumineux hématome occupe le centre de la tumeur. Le rein est altéré : on y trouve des infiltrations hémorragiques dans les tubes et le tissu interstitiel et des zones scléreuses avec atrophie glomérulaire, dilatations kystiques des tubes et reliquats d'hémorragies.

Voilà donc deux exemples de tumeurs sarcomateuses, développées chez deux sujets jeunes atteints de maladie de Recklinghausen. Or, nous connaissons, dans cette maladie, l'évolution maligne de tumeurs qui paraissaient primitivement bénignes ; nous savons que cette évolution a lieu d'ordinaire avant l'âge de 40 ans ; nous savons aussi qu'elle se fait sous la forme des différents types de sarcome et de tumeurs conjonctives, parfois avec un certain polymorphisme.

Nous sommes donc amenés à tenir pour vraisemblable l'opinion que j'émettais au début, et qui attribue ces deux tumeurs profondes, l'une juxta-pulmonaire, l'autre juxta-rénale, à l'évolution maligne de tumeur de Recklinghausen.

Dans ces deux cas, le traitement opératoire a été suivi d'un excellent résultat. L'avenir n'est, sans doute, pas aussi brillant que le présent ; mais ces deux tumeurs étaient bien circonscrites, elles ont pu être enlevées en totalité, de sorte qu'on pouvait espérer pour les malades une survie d'une assez longue durée. Il n'en a rien été malheureusement et ces deux malades ont succombé par la suite avec une généralisation des néoplasmes.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Fracture des deux os de l'avant-bras.

Ce malade, chauffeur d'auto, a été victime d'un accident. Il a été renversé. Le choc a porté sur l'avant-bras gauche. Avant de l'examiner, j'attire votre attention sur l'appareil avec lequel il se présente. Il arrive avec la main sur ce qu'on appelle une palette. Cet appareil antique doit être rejeté de la pratique chirurgicale, car voici ce qui se passe avec lui : on ne surveille pas beaucoup le malade, on le laisse ainsi pendant huit ou dix jours, et au bout de ce temps il a les articulations des doigts complètement raides. Même si la lésion est guérie, il faut des mois et des mois pour rendre les mouvements aux doigts. Quand on a un motif d'immobiliser la région du poignet ou de l'avant-bras, il faut que l'appareil immobilisateur s'arrête au niveau de l'extrémité des métacarpiens, et laisse les doigts libres, de façon que le malade les fasse mouvoir.

L'appareil enlevé, nous constatons que l'axe de l'avant-bras est dévié à l'union du quart inférieur avec les trois-quarts supérieurs. On constate une mobilité anormale des os. Il n'est pas douteux que ce malade, qui se plaint d'impotence fonctionnelle, a une fracture des deux os de l'avant-bras, par choc direct.

On voit souvent des fractures en ce point chez l'enfant au-dessous de 10 ans. Ce sont alors des fractures en bois-vert, sans déchirure du périoste ; il suffit de redresser l'angle des fragments et de mettre le membre dans un plâtre. Contrairement à ce qu'on voit chez l'adulte où les fractures des deux os de l'avant-bras succèdent souvent, comme chez notre malade, à un choc direct, les fractures de l'avant-bras en bois-vert de l'enfant surviennent généralement à la suite d'une chute sur la paume de la main.

A 15 ou 16 ans, on ne voit plus de fractures en bois vert, mais on observe une lésion rappelant beaucoup, comme aspect symptomatique, la fracture de l'extrémité inférieure du radius de l'adulte. C'est un décollement épiphysaire. Il se fait au même point que la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Si on ne voit pas cette lésion chez les enfants de 10 ans, c'est qu'ils n'ont pas d'épiphyses ossifiées. Le décollement ne se produit que vers l'adolescence, quand l'épiphyse est partiellement ossifiée et non réduite à un simple point d'ossification.

L'essentiel, en présence d'une fracture des deux os de l'avant-bras, est de savoir si les fragments sont bien en rapport par leurs extrémités. On sait qu'à l'état normal le cubitus est à peu près droit, le radius présente une légère convexité externe. Quand il y a une fracture des deux os souvent les fragments se déplacent, il en résulte une synostose ou au moins un rapprochement des deux os tel que les mouvements de pronation et de supination se trouvent, sinon complètement abolis, tout au moins très diminués. Même avant la radiographie, ce déplacement des fragments vers l'espace interosseux avait frappé les chirurgiens ; NELATON, pour y remédier, conseillait de mettre des compresses graduées sur la face antérieure de l'avant-bras, de façon à refouler le radius d'un côté, le cubitus de l'autre. C'est souvent insuffisant, il en est de même de l'appareil plâtré même quand on a soin de mettre la main en supination. Aussi dans certains cas, est-il nécessaire de faire une ostéosynthèse.

Ici, la radiographie ne montre qu'un léger déplacement du radius vers le cubitus, il y a moins à craindre que chez d'autres la suppression des mouvements de pronation et de supination.

Cependant, il faut y faire attention. Quand on brique un appareil plâtré il ne faut pas, comme on a une tendance naturelle à le faire, mettre l'appareil sur un avant-bras en demi-pronation. Il faut avoir soin de le mettre sur un avant-bras en supination complète. Si les fragments ne se maintiennent pas écartés, il faudra faire une ostéosynthèse sur chacun des deux os. Cette fracture qui a l'air peu importante, si elle n'est pas soignée avec beaucoup d'attention, peut laisser une infirmité très réelle.

PSYCHIATRIE

Surmenage et courbature. Asthénie chronique.

Par M. le Dr R. BENON,

Médecin du quartier des Maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes.

Lorsque le surmenage, physique ou intellectuel, détermine de l'épuisement nerveux, de l'asthénie nerveuse générale, c'est, d'ordinaire, d'une façon lente et progressive : c'est à la suite de plusieurs semaines, de plusieurs mois d'excès de travail, que le syndrome asthénique insidieusement se

développe, grandit et parvient à annihiler l'activité du sujet. L'asthénie par surmenage, qui apparaît dans ces conditions de développement lent et insidieux, chez les travailleurs acharnés, chez les militaires en temps de guerre, chez les gens de sport, etc., constitue pour nous la neurasthénie vraie, c'est-à-dire la neurasthénie telle que l'a conçue le grand neurologiste américain Beard (1).

Le surmenage intense, quotidien, détermine aussi, parfois, en quelques jours, en quelques heures, des accidents aigus d'ordre divers. Ce sont spécialement :

a) Les accidents d'ordre cardiaque (cœur forcé) ;

b) Les accidents d'ordre respiratoire (asphyxie mortelle) ;

c) Les fièvres de surmenage ou la courbature fébrile. C'est un exemple de cette dernière sorte que nous voulons rapporter et étudier dans notre article. Chez ce sujet très jeune et non préparé aux exercices physiques, le fait d'un surmenage intensif, d'une durée de quelques jours, est indiscutable ; seule, l'existence d'un mouvement fébrile concomittant est restée incertaine, mais elle est très probable.

Les accidents observés chez ce militaire, accidents certainement mal connus, de plus une anamnèse insuffisante avaient orienté le diagnostic, à cause sans doute de l'acuité des phénomènes douloureux, vers la méningite cérébro-spinale. La céphalée, les algies diffuses, la constipation, expliquent bien pareille erreur : l'examen du liquide céphalo-rachidien, pratiqué à deux reprises, a permis d'éliminer tout syndrome méningé. Il est regrettable que le dosage et l'analyse des albumines de ce liquide céphalo-rachidien n'aient pas été exécutés ici : il est possible que ces états de courbature augmentent la quantité d'albumine du liquide céphalo-rachidien et en modifient la qualité.

Les fièvres de surmenage, la courbature fébrile, guérissent généralement très vite et sans laisser de trace. Il se pourrait donc que la courbature fébrile, comme la fatigue, présentât une utilité biologique en soustrayant l'individu aux conséquences d'excitations trop fortes, susceptibles de devenir nuisibles et fatales. Tous les cas cependant de courbature avec ou sans fièvre évidente ne se terminent pas par un retour rapide à l'état normal : notre patient en est un exemple, et de tels faits ne sont peut-être pas exceptionnels. Notre jeune soldat, après les accidents aigus de surmenage qu'il a présentés, a fait un syndrome asthénique nettement caractérisé qui a duré environ deux ans. Un tel syndrome névropathique aurait pu se prolonger davantage et même rester incurable. Nous pensons également que d'autres affections mentales ou nerveuses doivent succéder parfois aux accidents aigus de courbature : par exemple, un accès asthéno-maniaque, et ultérieurement une forme quelconque de psychose dysthénique, et encore la démence précoce (ou hypothymie chronique juvénile), et des formes variées de délire, épisodique ou chronique. La question de pareilles causes occasionnelles ou déterminantes, — causes immédiates à proprement parler, — a été trop négligée en pathologie mentale et nerveuse : la prédisposition, le terrain sont dignes de retenir l'attention du chercheur, mais ils sont trop distants, trop obscurs pour avoir un grand intérêt pratique, et puis ils conduisent à un fatalisme étiologique que l'homme d'action ne saurait admettre.

L'asthénie prolongée ou chronique qui suit l'accès de courbature fébrile, peut être une séquelle du surmenage lui-même, ou une séquelle de l'infection spéciale, ou encore une séquelle des douleurs atroces qui accompagnent l'état morbide : les facteurs d'épuisement nerveux apparaissent dans ces cas assez complexes.

(1) Benon (R.). La neurasthénie vraie. Diagnostic et traitement, Paris, 1926, édit. M. Maloine.

Résumé de l'observation. — *Soldat, 17 ans (1915). Engagé volontaire. Surmenage à la caserne. Courbature : état aigu. Phénomènes d'épuisement nerveux secondaires bien caractérisés : amyosthénie, anidéation, algies diverses, insomnie, etc. Asthénie prolongée. Guérison en deux ans environ.*

Odatd..., Georges, soldat du n^e^ régiment d'infanterie, étudiant en droit, 17 ans, entre à la C. P. B., le 11 mai 1915.

Antécédents. — Son père, capitaine d'infanterie coloniale, a été porté comme disparu aux armées, en février 1915. Sa mère est morte à 36 ans d'une affection cardiaque : elle était d'un naturel coléreux. Enfant unique, le soldat O... n'a jamais eu de maladie grave, sauf une pneumonie à 4 ans. Il a fait ses études au collège Saint-Louis, à B..., et obtenu son baccalauréat ès lettres à 17 ans.

Histoire de la maladie. — Engagé volontaire pour la durée de la guerre après la disparition de son père, il est incorporé le 27 mars 1915. Pendant les dix jours qu'il a passés à la caserne, avant qu'il tombe malade, il a subi un surmenage « complet », suivant sa propre expression. Inscrit au peloton des élèves caporaux, il a fait de suite tous les exercices, toutes les marches. De plus, à ce moment, il a dû changer à deux reprises de cantonnement : il lui fallait porter son équipement, ses affaires personnelles. Il était excédé, il n'en pouvait plus : il souffrait de céphalées violentes. Enfin il perdit l'appétit, puis le

sommeil. Il conclut justement : « Les forces physiques m'ont manqué ».

Cette histoire clinique étant méconnue ou négligée, il entre à l'hôpital le 6 avril 1915 avec le diagnostic de méningite cérébro-spinale. On note, à l'arrivée, céphalée, constipation, mais pas de raideur de la nuque, pas de signe de Kernig. Une ponction lombaire donne les résultats suivants : liquide d'aspect clair, sans dépôt visible après centrifugation ; rares éléments cellulaires constitués par des lymphocytes ; pas de germe. Les cultures pratiquées n'ont pas poussé. L'analyse des urines décèle des traces d'albumine. La température oscille, du 6 au 10 avril, entre 37° et 37°5.

Le 10 avril, la température atteint 38°. Une deuxième ponction lombaire est exécutée. Voici les résultats : liquide incolore sans dépôt ; à l'examen direct, pas d'éléments cellulaires, sauf des hématies ; pas de germes. Les cultures restent négatives. L'élévation de la température paraît avoir été d'origine intestinale (constipation).

Du 12 au 27 avril, la température reste au-dessous de 37°. Le 28, on constate une légère angine rouge avec 37°8. Les jours suivants, la température redescend au-dessous de 37°, mais le sujet ne cesse de se plaindre de troubles nerveux divers et tenaces, et cela depuis son entrée. Le 11 mai, il est évacué sur le service de psychiatrie.

Etat actuel : 12 mai 1915. — On constate un syndrome asthénique très nettement caractérisé.

Le patient accuse d'abord des douleurs variées : dans la colonne vertébrale, dans le dos, dans le cou, dans les os, dans les articulations, dans la tête. Puis il dit :

« Je me sens très affaibli. Je manque de force. C'est une faiblesse générale. J'ai tous les organes usés, complètement. Je ne peux plus lire. J'écris encore, mais je tremble. Je suis anémié. Je me sens aller au dépérissement. C'est comme si j'allais mourir. Je suis fichu...

J'ai la mémoire complètement perdue. Il me semble que je n'ai plus d'idées, et la tête vide en quelque sorte...

Cela me donne des idées noires. J'ai le moral aussi attaqué que le physique. Je me demande si je n'ai pas le tétanos, ou une maladie de cœur comme ma mère, car j'éprouve des essoufflements, des palpitations... Le matin, il me semble que le sang se retire de mes jambes.

A chaque instant j'ai des sensations de froid, très pénibles. Cet état me fait du chagrin et me rend nerveux (il a présenté plusieurs crises de désespoir ; il est très irritable).

Je souffre de maux d'estomac et de constipation. Je dors peu et mal : au réveil je ne me sens pas reposé... J'ai des bourdonnements d'oreilles, des brouillards devant les yeux. Plusieurs fois, j'ai perçu des odeurs bizarres, des odeurs de cadavre... »

Ces divers symptômes, il les éprouve presque tous depuis qu'il est tombé malade : actuellement, ils ont atteint un tel développement qu'il se considère comme frappé d'une maladie qui ne guérira jamais. Il le dit, il le répète à chaque instant dans la journée à ceux qui veulent bien l'écouter.

Lorsqu'on l'examine physiquement, notamment en un point où il accuse des douleurs, il sursaute et se montr hyperesthésique. La motilité, la réflectivité sont normales.

Evolution : 1915-1919. — Le 28 mai 1915, le malade, légèrement amélioré, est évacué sur un hôpital de Brest à la suite d'une demande formulée par sa famille. Mis en congé de convalescence de trois mois, puis de deux, il n'a repris du service qu'à la fin de novembre 1915 : il était fatigué au moindre effort, il ne pouvait travailler intellectuellement ; par intervalles, il souffrait de maux de tête et d'insomnie. Versé dans les services auxiliaires, il a été affecté à un bureau où il n'avait aucun effort à fournir.

Le 3 mai 1916, il est passé du 66e régiment d'infanterie au 118e, puis au 20e, le 7 juillet 1916 : là il se trouvait près de sa famille.

Il se considère, en mai 1917, comme guéri ; il se sent actif, vigoureux, depuis cette époque. Il est passé le 10 mai 1918 à la ne section de Secrétaires d'état-major, où il a servi jusqu'au 16 mars 1919.

Chez ce jeune soldat, le retour à l'état sthénique normal s'est fait progressivement et en deux ans environ. Nous n'avons aucune nouvelle du malade depuis 1919.

Les fièvres de surmenage, la courbature fébrile représentent une des variétés d'accidents aigus du surmenage : ils marquent, assez rarement croyons-nous, le début d'un syndrome d'asthénie nerveuse générale chronique. Le surmenage, qui engendre l'asthénie chronique, exerce son action néfaste sur le système nerveux plutôt d'une manière lente et progressive. Il ne faut pas prendre pour des accidents méningés les phénomènes de courbature fébrile. Les fièvres de surmenage peuvent se compliquer d'affections nerveuses ou mentales variées : c'est un point d'étiologie très insuffisamment étudié. Physiopathologiquement, la courbature fébrile a-t-elle son utilité biologique, au même titre que la fatigue simple qui avertit l'homme sain de la nécessité du repos ? On ne saurait le dire, mais l'observateur incline à cette interprétation. Dans l'exemple rapporté, l'asthénie durable qui a suivi une courte période de surmenage intensif à la caserne, s'est terminée par la guérison complète, mais extrêmement lentement, en deux ans environ.

FORMULES

Rigidité parkinsonienne.

Poudre de stramoine. . . . . 0 gr. 10
Pour une pilule. 3 à 6 pilules par jour.
Continuer 3 semaines et alterner avec l'hyosime ou la c opolamine.

s

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La scarlatine.

Le sérum des convalescents par voie intra-musculaire diminue la gravité des formes toxiques (30 à 70 cc.). On utilise le sérum frais conservé à la glacière après chauffage à 50° ou le sang total citraté frais ou conservé de même.

Deux à trois injections à vingt-quatre heures d'intervalle. L'amélioration survient rapidement. Mais il est difficile de se procurer du sérum humain.

Le sérum antistreptococcique n'agit pas.

En dehors des injections de sérum de convalescent, il n'y a guère que les bains tièdes ou frais (35° à 28°) dix minutes de durée toutes les trois heures et tant que la température atteint 39°. Faute de bains, enveloppements dans le drap mouillé, une à deux minutes de temps toutes les trois heures.

La désinfection du naso-pharynx est indispensable. On use de la *glycérine phéniquée* à 1/10 en badigeonnages de la gorge 4 fois, puis au bout de quelques jours, 3 et 2 fois par jour. La désinfection de la peau s'opère moyennant des désinfections à l'*huile d'eucalyptus* matin et soir (Milne).

Comme alimentation, régime hydro-lacté tant qu'il y a de la fièvre. Potions à l'*extrait de quinquina*, en cas d'adynamie ; voire emploi de l'*adrénaline* (XX à XL gouttes par jour) si l'hypotension est accusée. A Paris, la scarlatine est d'ordinaire une maladie fort bénigne ; les formes apyrétiques sont fréquentes. Repos au lit et diète lactée et c'est tout avec les soins de la gorge toujours indispensables.

S'il se produit une *néphrite*, *saignée* (300 cc.) ou 8 à 10 *ventouses scarifiées* sur les reins, régime hydrique, puis hydrolacté.

Le *rhumatisme scarlatin* est amendé par l'emploi de l'*aspirine* (3 cachets de 0 gr. 50) ou de *salicylate de soude* (4 à 6 gr.) par jour chez l'adulte. Immobilisation des articulations douloureuses, onctions avec la pommade :

Extrait d'opium	3 gr.
— de belladone	2 —
Lanoline, Vaseline	15 —

Pansements chauds et humides dans le *bubon scarlatin* ; ouverture aussitôt qu'il y a suppuration.

S'il se produit des *ulcérations pharyngées*, badigeonnages avec une solution d'arsénobenzol à 1/10.

CLINIQUE MÉDICALE

L'hygiène du tuberculeux.

Par M. le Dr Pierre Lowys,
ex-médecin-adjoint du Sanatorium de Gorbio.

Le malade soumis à la cure sanatoriale se voit automatiquement inculquer les règles d'hygiène à observer ; mais s'il ne peut ou ne veut aller se soigner en sanatorium, voici donc un foyer de contagion bacillaire, dangereux pour le sujet lui-même (risques d'inoculation laryngée ou intestinale) et pour son entourage, soit immédiat (membres de la famille, garde-malade) soit lointain (ex. : blanchisseuse manipulant le linge souillé). Heureusement, la plupart des adultes, vaccinés par une contamination antérieure discrète sont plus réfractaires à la contagion qu'un individu « neuf » (jeune enfant, noir n'étant jamais entré en contact avec les européens). Il serait excessif de verser dans la « tuberculophobie » qu'a si finement analysée Sabourin (tel ce malade, ne touchant les boutons de porte qu'avec les mains gantées et après leur essuyage à l'alcool) ; la tuberculose n'est tout de même pas contagieuse comme la peste ou la scarlatine (Kuss). Et l'on fait déjà de la bonne prophylaxie anti-bacillaire en augmentant la résistance générale des individus susceptibles d'être contaminés.

Néanmoins, il vaut mieux en pratique pêcher par excès de sévérité. Car, soyons bien assurés que, presque jamais, on n'exécutera intégralement toutes les prescriptions hygiéniques formulées. On se heurte généralement à une « résistance passive » étonnante ; nous nous souvenons encore du désespoir d'une jeune infirmière visiteuse à ses débuts : elle avait distribué, avec des conseils précis, des crachoirs et des marmites pour les faire bouillir. Horreur ! à sa seconde visite, elle put voir que les premiers étaient transformés en vases à fleur, et les seconds servaient tout bonnement à la confection du bouillon familial !

Aussi, ne faut-il pas craindre d'insister. On fera valoir au malade qu'il peut ainsi s'éviter des loca-

lisations, qu'il lui est possible de rester au milieu des siens, sans danger pour eux (un tuberculeux actif peut cracher jusqu'à plusieurs milliards de bacilles de Koch, par jour). Il est peu utile de lui parler de l'utilité sociale de ces règles ; l'égoïsme habituel ne s'émeut guère devant cette perspective lointaine...

Nous allons donc exposer ci-dessous les différentes précautions hygiéniques à observer : et nous ferons souvent appel aux travaux de Kuss, aussi scientifiquement conçus que clairement réalisés (1).

I. — Hygiène du corps.

a) Hygiène cutanée.

Il peut paraître superflu d'insister sur la nécessité d'une rigoureuse propreté corporelle (toilette quotidienne, bains fréquents), mais, paraphrasant la célèbre formule de Renan, nous dirions volontiers que la « crasse » humaine donne parfois la notion de l'infini.

Il est bon que le malade soit complètement rasé ou, tout au moins, porte la barbe très courte et coupe sa moustache à ras de la lèvre supérieure. Lavages soigneux des mains avant chaque repas et après chaque selle.

b) Hygiène rhino-pharyngée.

La respiration devra être strictement nasale, les poils placés à l'entrée du nez jouant le rôle de filtres naturels qui réchauffent, humidifient, et débarrassent de ses poussières l'air extérieur.

Un procédé commode de désinfection nasale est l'emploi des pulvérisateurs à poire, type Vaast, projetant profondément un nuage huileux (huile goménolée à 5 %, avec, si l'on veut, un peu d'eucalyptol et d'essence de menthe). Bien inspirer en même temps que l'on presse brusquement sur la poire, le jet étant dirigé horizontalement d'avant en arrière.

Voici, d'autre part, une formule qui donne de bons résultats :

Argyrol	} ââ	2 grammes
Goménol	}	
Camphre pulvérisé.		1 —
Vaseline		20 —

Recouvrir l'extrémité d'une allumette d'une floche de coton, l'enduire d'un peu de pommade, et en badigeonner, très profondément, l'intérieur de chaque narine.

Quant à la question du tabac, il vaut certes mieux en interdire l'usage (interdiction absolue en cas de lésion laryngée). Si le malade ne peut s'y résoudre, lui permettre 2, 4 cigarettes par jour, mais jamais à jeun.

c) Hygiène buccale.

On ne saurait trop insister sur son importance. Il faut exiger au moins deux nettoyages par jour (après le petit déjeuner ou au réveil, et après le repas du soir ; ce dernier est le plus important, pour éviter la pullulation microbienne intra-buccale pendant la nuit), et si possible, un troisième, après le repas de midi. Employer une brosse petite et dure, dure pour pouvoir réaliser une friction énergique des gencives et des dents, en insistant sur leur insertion gingivale, petite pour pouvoir nettoyer non seulement la face externe mais aussi les faces interne et triturante, par des mouvements horizontaux puis verticaux. Les brosses interchangeables du commerce sont recommandables, et elles se stérilisent facilement avec des nécessaires aux vapeurs de trioxyméthylène ; après usage, la brosse est séchée et suspendue à un porte-brosse, recouvert d'une fine gaze. Il est utile d'avoir deux brosses, servant à tour de rôle, et séchant ainsi plus complètement.

On peut se servir ou de poudres (craie menthée ou camphrée), ou de savons (vulgaire savon de Marseille, arrosé de quelques gouttes d'alcool de menthe ; pour les personnes à qui répugne son goût nauséeux, plus agréable est le savon au goménol). Jamais de produits irritants comme le salol. L'eau utilisée sera tiède ; trop chaude, elle ramollit les gencives, trop froide, elle nuit à l'émail. Si l'on ajoute un élixir dentifrice, c'est plus pour parfumer l'eau que pour réaliser une désinfection buccale bien illusoire ; il suffit d'ajouter quelques gouttes d'un bon alcool de menthe.

Chez les grands bacillaires, il y a intérêt à leur faire bien rincer la bouche avant chaque repas.

II. — Hygiène de la toux et de l'expectoration.

a) Hygiène de la toux.

Le malade doit arriver à discipliner progressivement sa toux, s'abstenir de râcler inutilement sa gorge, car chaque secousse de toux représente un véritable coup de poing asséné de bas en haut par le diaphragme dans le poumon. On peut essayer le « coup de la carte de visite » que nous a indiqué le Dr Mantoux de Cannes : chaque fois

(1) Nous laissons de côté la cure d'air et l'hygiène alimentaire qui seront étudiées ultérieurement. Bornons-nous à signaler que le tuberculeux ne doit consommer que du lait bouilli ; nous disons « bouilli », par ébullition de 10 minutes à feu doux, et non pas seulement « monté » et hâtivement retiré du feu.

que le malade tousse, il fait un trou avec une épingle dans une carte de visite. A la fin de la journée, il sera surpris de leur grand nombre et extériorisant ainsi ses coups de toux, il se surveille mieux.

Lors de la toux, pour éviter la projection de bacilles, le malade obture sa bouche avec sa main, ce qui n'est pas parfait puisque celle-ci souillera secondairement les objets qu'elle touchera, soit, ce qui est mieux, avec son mouchoir, ou ce qui est l'idéal, avec l'ingénieux « toussoir » imaginé par le médecin-major Zoeller. Il fait souder, à l'union du 1/3 inferieur et des 2/3 supérieurs, d'un quart, un croisillon en fil de fer ; par-dessous, il fait glisser une compresse de gaze imbibée d'un liquide antiseptique. Le quart se stérilise facilement par ébullition ou flambage, et est percé d'un trou en son fond, pour qu'il ne puisse plus servir à table. Lors de la toux, la malade saisit le quart par son anse et le place devant sa bouche. La compresse sera changée frequemment.

Les personnes situées dans la chambre du malade se tiendront à une distance d'au moins 80 centimètres, distance maximum que peuvent atteindre les plus fines particules salivaires projetées par la toux.

b) Hygiène de l'expectoration.

Le malade qui doit attentivement veiller à ne pas avaler ses crachats, mêmes salivaires, ne doit pas non plus les répandre au dehors, qu'ils soient ou non bacillaires. Le malade devra donc « toujours et partout » (Cantonnet) cracher dans un crachoir, de poche pour la journée, de table pour la nuit.

Le meilleur modèle de crachoir de poche est celui de Leune, à verre bleu et fermeture à baïonnette, de prix modique. Il faut en avoir toujours au moins trois, un qui sert, un second qui est à la désinfection et un troisième, mis de côté en cas de casse. Pour faciliter la désinfection des crachats, il sera rempli, en son fond, d'un peu de solution antiseptique. On le porte dans une poche spécialement réservée à cet effet, doublée intérieurement d'une poche détachable en tissu imperméable, facile à désinfecter (Kuss). Enfin, il faut souvent vérifier leur étanchéité.

Pour la désinfection, deux procédés peuvent être utilisés :

1° *Désinfection par la chaleur* : placer dans le fond d'un récipient, vieille marmite ou casserole, le crachoir, tel quel, avec le couvercle à côté ; remplir d'eau pour le couvrir complètement, et ajouter une petite poignée de cristaux. Mettre sur le feu et retirer après 20, ou 30 minutes d'*ébullition*, laisser refroidir, jeter le liquide désormais inoffensif dans les cabinets, rincer et essuyer le crachoir.

2° *Désinfection par un antiseptique à froid* : cette cuisine un peu spéciale ne plaît guère et on préfère une formule plus élégante. On fait alors appel aux antiseptiques ; il faut d'abord rejeter la lessive de soude, qui ne tue pas le bacille de Koch mais favorise le développement des microbes de la putréfaction (Kuss). Le meilleur, est le lusoforme à 40 p. 1.000. Plus économique est la préparation de la solution savonneuse alcaline de Kuss : on fait fondre dans un peu d'eau chaude, en battant le mélange, 10 grammes de savon noir et 8 de cristaux ; compléter à environ 900 cc. et ajouter, au moment de l'emploi seulement, 40 cc. 3 de formol du commerce. Agiter. Si le crachoir n'est plein qu'à moitié, compléter avec la solution et laisser agir 15 heures au moins ; s'il l'est complètement, le placer dans un récipient et le remplir du liquide. Après rinçage du crachoir, bien essuyer avec un chiffon imbibé d'antiseptique, le couvercle sur toutes ses surfaces et le pourtour des bords.

Si, par mégarde, le malade a projeté une parcelle de crachats sur un linge, la ramasser aussitôt avec un chiffon quelconque qui sera ensuite brûlé et nettoyer soigneusement la tache avec le liquide de Kuss. Un crachoir est-il cassé par terre, répandre par-dessus une bonne couche de sciure de bois (à défaut, de sable, cendres ou terre), y verser la solution antiseptique, et recouvrir d'uue deuxième couche de sciure ; après quelques instants de contact, ramasser le tout à la pelle.

Toutes ces prescriptions sont faciles à exécuter dans l'intimité du logis ; au dehors, avec les préjugés actuels, il n'en est pas de même. Le seul fait de sortir son « petit bleu » de sa poche produit souvent une panique, qui n'est guère appréciable qu'en voyage. On se résigne alors à laisser le malade cracher dans de petits mouchoirs, enfermés dans la poche spéciale et changés au moins une fois par jour, et de préférence plusieurs fois. Le soir, on les fait tremper dans la solution de Kuss, contenue dans un vase en verre, ou en grès ; après 24 heures de contact, on les laisse, jusqu'au lessivage, dans cette même solution au dixième. Le jour venu, on les brosse sous un filet d'eau et on les envoie au blanchissage (Kuss).

Enfin, dans un milieu trop fruste pour désinfecter les crachoirs, il existe un procédé grossier certes, mais tout de même préférable à la projection de crachats par la fenêtre ou sur le plancher. Le malade a, à portée de la main, une série de

petits carrés découpés dans des journaux; au fur et à mesure qu'il y crache, il les dépose dans une caisse quelconque, garnie intérieurement d'un grand papier et recouverte d'un autre papier pour que les mouches n'y viennent pas. Le soir venu, on prend les papiers en bloc et on brûle le tout.

III. — Désinfection des objets entrant en contact avec le malade.

a) *Thermomètre* : il sera maintenu en permanence dans son étui, dans le fond duquel on peut mettre une boulette de coton, arrosée de quelques gouttes de formol, et changée tous les 2 ou 3 jours. Quand le thermomètre est retiré du rectum, ne l'essuyer qu'avec un chiffon « ad hoc » et non avec le mouchoir, le drap ou la chemise. On voit parfois des choses bien curieuses au sujet du thermomètre : nous avons vu un malade avant de l'introduire dans son rectum, pour le lubréfier, cracher dessus, réalisant les meilleures conditions pour avoir une fistule anale. Tel autre, n'ayant pas de cuiller sous la main, pour faire fondre un morceau de sucre, sortit simplement son thermomètre de l'étui et remua l'eau avec puisque, ajouta-t-il « c'est *mon* thermomètre ! »

b) *Livres* : difficiles à désinfecter sans les abîmer. Le mieux est de les brûler. Préférer aux vapeurs humides de formol à 65 ou la chloropicrine, l'exposition prolongée au soleil, en variant les surfaces insolées. Recommander au malade de ne pas tourner les pages avec le doigt mouillé de salive ; éviter aussi de mouiller les timbres et enveloppes avec la langue.

c) *Objets de table* : le malade aura son couvert personnel et une serviette de table, marquée à son nom, et enfermée constamment dans une pochette, également marquée (ne jamais laisser traîner avec des couverts, qui se souilleraient à coup sûr). Désinfecter le couvert et le porte-couteaux (il évite un contact direct des couverts, avec la nappe ou la table) par ébullition de 20 ou 30 minutes, au moins, dans de l'eau de cristaux à 10 %, qui désinfecte et dégraisse en même temps après ébullition, rinçage dans deux eaux successives ; laisser sécher et essuyer. Agir de même pour la vaisselle. Pour les verres, plus fragiles et qui se graisseraient si on les mélangeait aux objets précédents, il suffit d'une immersion de 15 ou 20 heures dans cette même solution de cristaux (l'eau de javel à 1/5 « encrasse » le verre) en cas de besoin, un flambage rapide à l'alcool peut être utilisé, mais avec risque de casse).

IV. — Désinfection du linge et des vêtements.

a) *Vêtements.*

Recommander le port de vêtements simples et aérés, en évitant l'accumulation de sous-vêtements sous le prétexte de « ne pas avoir froid » Fuir surtout les caches-nez, foulards, tours de cou, qui se souillent facilement au contact des expectorations et « fragilisent » la gorge. Pour le nettoyage des lainages, les savonner dans une eau tiède alcalinisée avec un peu de cristaux.

Pour brosser les vêtements, opérer dehors, à l'air, ou, sinon, dans la chambre devant la fenêtre ouverte même du malade.

b) *Lit.*

Ne rien y laisser traîner pouvant être contaminé : pas de journaux étalés sur les couvertures, pas de portefeuille glissé sous le coussin. Et surtout pas de mouchoir ; les bacilles qu'il renferme se répandent sur l'oreiller et les environs et le malade en dormant est sûr de les respirer. Il faut donc le maintenir en permanence, enfermé dans une pochette en toile, fermant exactement grâce à une double coulisse ; elle est ou glissée à l'ordinaire sous le coussin ou suspendue, par les cordons, aux barreaux du lit. Même observation que pour la pochette renfermant la serviette de table : n'y mettre que le mouchoir et non pas, avec, le thermomètre, le portefeuille, etc...

Si l'on est en présence d'un grand bacillaire affaibli semant au hasard ses crachats, on protège le devant du lit avec une serviette mise en travers et fixée avec des épingles anglaises (Kuss). On recouvre de même, les couvertures, de laine ou de coton, difficiles à désinfecter, d'une enveloppe facilement lavable ; enfermer le couvre-pieds ou l'édredon dans une toile très serrée, et le matelas dans une alèze ou une toile caoutchoutée, ce qui est coûteux (id.).

c) *Linge.*

Voici comment Kuss conseille d'agir : le malade a un sac à linge, personnel, en toile souple et peu épaisse pour se laver facilement, mais en tissu serré pour ne pas laisser passer les poussières, et fermant avec une double coulisse. Si on ne dispose pas d'un sac assez grand pour les draps, on peut les réunir en un paquet serré qu'entoure comme enveloppe extérieure le drap le moins contaminé.

Pour supprimer toute manipulation dangereuse, on compte le linge au fur et à mesure qu'il est mis dans le sac. Le jour du blanchissage venu, on étale par terre un drap mouillé, on y pose les différentes pièces en les aspergeant modérément, une à une

avec une poire en caoutchouc remplie d'eau ; en intercalant entre chaque tas une serviette mouillée. Laver ensuite soigneusement le parquet.

En cas de linge très souillé, le faire tremper préalablement, 24 heures, dans la solution de Kuss.

V. — Hygiène et désinfection de la chambre.

a) Dispositions générales.

Théoriquement, le malade doit disposer d'une chambre qui lui est *exclusivement* réservée, bien aérée et ensoleillée (mais si le malade doit voir le soleil, le soleil ne doit pas le voir, directement), orientée au midi. Elle sera fournie du strict minimum de meubles, dont une bonne chaise-longue, sans aucun objet pouvant engendrer de la poussière: rideaux, tentures, tapis même lavables. On peut tolérer des petits vitrages aux fenêtres.

b) Entretien de la chambre.

Il faut absolument proscrire le balayage ordinaire qui se contente de mettre provisoirement les poussières en suspension dans l'air de la pièce. Donc, pas de balais, plumeaux, torchons secs, mais une serpillière, enroulée autour d'un morceau de bois fixé perpendiculairement sur un manche à balai. On la trempe fréquemment dans une solution faiblement antiseptique (ajouter à l'eau du seau un peu d'eau Javel ou de cristaux). Il ne faut pas brosser de long en large, au hasard, mais, commençant par les endroits les plus éloignés de la porte, on s'en rapproche progressivement, la serpillière n'entrant en contact avec le sol que pour ramener vers soi les poussières humidifiées, qu'on enlève ensuite en bloc, à la pelle. Au moins une fois par semaine on fait un brossage énergique, avec une brosse dure, en ne négligeant aucun interstice ; comme solution, on emploie de l'eau bien chaude, additionnée de savon noir et cristaux ; rincer à l'eau javellisée. Pour les petits recoins utiliser un chiffon ou une éponge *humides*.

c) Lutte contre les mouches.

Comme elles représentent un agent particulièrement actif de dissémination bacillaire, il ne faut laisser traîner aucun débris de nourriture susceptible de les arrêter. On disposera des assiettes contenant un peu de mie de pain étalée dans du lait formolé à 10 % et sucré. Il existe, dans le commerce, des produits tue-mouches qui donnent de bons résultats (solutions de styx, pulvérisations de fly-tox...). Pour protéger les pots, tout en assurant leur aération, on prend un carré de gaze ; à chaque coin, on place un petit caillou qui est ensuite roulé dans une petite portion de tissu et fixé par un point de couture ; on a ainsi quatre légers poids qui maintiennent tendue et strictement appliquée la gaze contre l'ouverture du pot.

d) Désinfection de la chambre.

Rien ne nous paraît mieux illustrer la formule : « il n'y a que la foi qui sauve » que de voir une personne convaincue allumer quelques morceaux de soufre, dans une chambre à orifices clos à peine, ou pas du tout. Pour notre compte, nous préférons de beaucoup la simple exposition de la pièce à la lumière solaire, toutes fenêtres ouvertes, pendant un délai d'au moins deux mois. Mais si l'on doit habiter rapidement une chambre laissée vide par le départ du malade, soit par décès, soit par une autre raison, ou que le malade tardivement prévenu ait copieusement souillé la chambre, il faut désinfecter la pièce. Le meilleur procédé est celui au formol.

Première manière : on fait bouillir une solution de formol, dans un récipient à larges bords placé sur un réchaud à alcool, bien rempli. Automatiquement, la flamme s'éteindra quand la saturation de l'air par les vapeurs de formol aura atteint son maximum. On compte par mètre cube de pièce, 5 grammes de formol ; mais comme le rendement n'est que de 80 %, il faut multiplier ce chiffre par 10, et le diviser par 8, et, comme de plus, la solution du commerce n'est qu'à 40 %, il faut encore multiplier par 10 et diviser par 4. La quantité voulue de formol sera étendue de 4 fois son volume d'eau, pour éviter sa polymérisation.

Deuxième manière : on utilise la réaction du permanganate de potasse sur le formol. On étale, par terre, des journaux, qui arrêteront les éclaboussures ; dans un vieux récipient (seau à ordure, à charbon, vieux tonneau coupé en deux), on verse, par 100 mc. de local à désinfecter, 2 litres de formol et 1 d'eau ; au dernier moment, on verse rapidement 2 kilos de MnO 4 kilos par 100 mc. (en cristaux de moyenne grosseur et non en poudre, pour éviter une réaction trop vive). On a 10 ou 15 secondes pour sortir avant que la réaction ne commence. Comme on compte un récipient par 100 mc., s'il en faut plusieurs, il faudra une personne par récipient pour qu'elles puissent verser le permanganate simultanément. Après une demi-journée de contact, l'opération est terminée. Si l'on veut éviter la demi-journée suivante d'aération, faire évaporer par ébullition 8 cc. d'ammoniaque par mc. de local, pendant une heure, et aérer pendant trente minutes (naturellement, dans les deux procédés, on aura préalablement bien obturé tous les orifices avec des bandelettes de papier, collées à la colle de pâte).

Enfin, nous terminerons cet exposé par deux recommandations : 1° que jamais le tuberculeux n'entre en contact avec les enfants, même les siens ; que d'enfants tués par les embrassades de leurs parents ! On ne saurait être trop sévère à cet égard, et, chaque fois qu'on le peut, l'éloignement de l'enfant est souhaitable (pour les classes pauvres, l'œuvre Grancher joue utilement). S'il naît un enfant dans un milieu contaminé, recourir, *avant le dixième jour*, au nouveau vaccin B. C. G. de CALMETTE, absolument inoffensif. — 2° Se méfier des animaux familiers, qui peuvent semer la contagion autour d'eux soit par les bacilles qu'aura projeté sur leur toison la toux du malade, soit par leur propre tuberculisation. Il faut bien se méfier des chiens ou des chats qui maigrissent, ont une toux et une diarrhée incessantes et présentent des ulcères rebelles de la face et du cou, d'où s'écoule un pus fourmillant en bacilles de Koch.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les laxatifs dans la constipation.

Certes, quand il est possible, mieux vaut se passer de laxatifs irritants. Les lavements également ne sont point indispensables. Tout de même quand MM. Victor PAUCHET et H. GAETLINGER (*La Constipation*), affirment qu'en principe, il ne faut user ni des uns ni des autres (p. 105 et 117) et qu'ils sont nuisibles, nous les arrêtons.

Les lavements auraient l'inconvénient de refouler les matières vers le transverse. Ils réhydratent le milieu et le rendent plus favorable à la pullulation microbienne. « Ils ont souvent un rôle néfaste ». Alors le XVIIe et XVIIIe siècles, grands siècles des lavements se seraient traduits, chez tous ceux qui usaient de ce gargarisme inférieur, par toute sorte d'accidents désagréables. Voltaire du moins n'en a jamais parlé. Et combien prenait-il de lavements par jour ?

De même pour le danger des pilules, poudres laxatives, infusions, décoctions à base d'aloès, de séné, de rhamnus, etc., vraiment il convient de ne pas exagérer. Bien des vieilles grand'mères de quatre-vingt-dix ans prennent depuis leur jeunesse une pilule tous les soirs et elles se portent à merveille.

Que les laxatifs mucilagineux soient favorables, à cela aucun doute. Mais souvent ils ne réussissent pas. En dépit du régime végétarien et des pruneaux ingérés avec respect, l'intestin réagit mal à l'action débonnaire de ces substances innocentes. Quand il répond à leur excitation faible, c'est très bien. Il n'y a qu'à continuer.

L'*huile d'olives* (30 à 100 gr.) à jeun est un stimulant de la fonction biliaire et un excellent lubrifiant mécanique. Beaucoup de sujets ne l'absorbent qu'avec dégoût. L'*huile de paraffine* est mieux acceptée (1 à 2 cuillerees à soupe) soit administrée pure, soit incorporée au malt ou associée aux mucilagineux.

L'*agar-agar* (10 à 15 gr. par jour, chaque cuillerée à café correspond environ à 2 gr. par jour, 5 à 6 cuillerées à café) est excellent. Il convient de se méfier de l'agar-agar en pastilles, où l'effet est obtenu moyennant l'adjonction d'un laxatif.

La *bile* en ingestions est un bon remède. Nombre de spécialités la contiennent. On peut encore employer des petits lavements avec des extraits biliaires, voire les suppositoires biliés.

Extrait fluide de *bile* 2 à 4 cuillerées à café pour un lavement de 300 grammes.

MM. PAUCHET et GAETLINGER estiment que les autres procédés mécaniques (*graines de moutarde blanche, graines de lin, psyllium*) sont souvent irritants pour l'intestin et peuvent donner de véritables obstructions mécaniques. Cela, nous ne l'avons jamais constaté tout en ayant noté que les graines de psyllium agissent souvent mieux et sont mieux tolérées que la graine de lin.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Résultats thérapeutiques de la phrénicectomie.

On peut maintenant se faire une opinion sur les résultats de la phrénicectomie dans le traitement des affections respiratoires. Francis BORDET (*Arch. méd. chirurg. de l'appareil respiratoire*, n° 1, 1926) nous fournit les éléments d'une opinion.

Dans la tuberculose pulmonaire la phrénicectomie est d'une façon générale suivie dès les premiers jours d'une atténuation des signes fonctionnels et généraux, on peut en particulier observer une brusque cessation des hémoptysies. Cette amélioration rapide, qui a parfois la brusquerie de celle que l'on voit suivre une première insufflation pleurale, est plus ou moins nette suivant la nature et le siège des lésions ; elle n'a qu'une importance secondaire, car elle n'implique pas forcément la guérison définitive et ne peut par conséquent suffire à juger la valeur de ce traitement.

Dans les tuberculoses caséeuses aiguës avec

prédominance unilatérale marquée, les chances de succès sont forcément très réduites. Néanmoins il existe déjà dans la littérature médicale quelques améliorations.

Dans les formes chroniques, la phrénicectomie a été pratiquée sur une plus grande échelle, soit comme succédané d'un pneumothorax ou d'une thoracoplastie reconnus impossibles, soit de préférence à ces deux dernières interventions. GŒTZE aurait ainsi obtenu 50 % d'améliorations parmi lesquelles de nombreuses guérisons.

En France les quelques statistiques que l'on possède, bien que toutes assez récentes, tendent plutôt à faire admettre que les améliorations obtenues sont transitoires et les résultats éloignés assez médiocres. AMEUILLE et LARDENNOIS ont déjà perdu six malades sur sept. La même impression se dégage des observations de GUILLEMINET et J. MADINIER. Sur 8 malades opérés ils ne signalent qu'une amélioration ; pour eux cette opération est « un « petit moyen » à reléguer plutôt au rang des traitements symptomatiques et pour lequel on ne saurait abandonner la règle de l'unilatéralité indispensable ». Leur jugement, basé sur des cas dont le pronostic était des plus réservés, est un peu sévère. ROLLAND, MAURER et VALTIS, tout en se gardant de conclure trop tôt, ont été plus favorablement impressionnés par les premiers résultats qu'ils ont obtenus chez leurs 10 opérés. Ils ont entre autres vu une caverne de la base diminuer de moitié.

Certains auteurs ont conseillé d'associer phrénicectomie et pneumothorax, phrénicectomie et thoracoplastie, mais le recul manque pour juger de ces méthodes thérapeutiques.

Dans la *dilatation des bronches*, depuis l'observation favorable de RIST en 1924, la phrénicectomie a été employée.

MM. CHAUFFARD et RAVINA rapportent un cas analogue ; toutefois l'expectoration n'étant pas complètement tarie, ils n'osent prononcer le mot de guérison. Les 4 cas de MM. SERGENT, BAUMGARTNER, BORDET, GOUVERNEUR et ALARY ne comportent pas encore de guérison complète. Si dans deux d'entre eux on a obtenu de très grandes améliorations, que l'on peut espérer voir aboutir à la guérison, il en est d'autres où la situation ou bien ne s'est en aucune façon modifiée, ou bien même a paru s'aggraver. Toutefois comme l'amélioration ne s'affirme que sept mois après la phrénicectomie et *un mois après une accentuation importante de l'ascension du diaphragme*, il faut encore attendre.

MORONE qui a pratiqué la phrénicectomie dans cinq cas de dilatation des bronches de la base avec symphyse, considère que c'est là une de ses principales indications. Il estime qu'elle est à même de pouvoir à elle seule obtenir quelques guérisons, bien qu'il fasse surtout allusion à des améliorations.

La troisième indication importante est représentée par les *suppurations chroniques de la base pulmonaire* avec ou sans fétidité. SERGENT, BORDET et BAUMGARTNER en ont observé deux cas encore trop récents pour qu'on puisse conclure. Un seul est en voie d'amélioration certaine. Opéré dans le courant de juillet 1925, il présenta dans les deux mois suivants une aggravation si sérieuse de son état que l'on essaya d'instituer un pneumothorax complémentaire. Celui-ci qui resta très limité par des adhérences marqua le début et d'une élévation plus rapide du diaphragme et d'une diminution considérable de l'expectoration avec amélioration franche de l'état général : on ne peut cependant encore parler de guérison. MORONE, qui a également eu recours à la phrénicectomie pour des abcès de la base, la croit indiquée. Il signale aussi des aggravations passagères au cours des premières semaines. Les documents sont encore trop insuffisants pour permettre une opinion.

La résection du nerf phrénique a reçu quelques autres applications. Dans le cadre des affections thoraciques, il faut encore citer les pyopneumothorax fistulisés, les déviations médiastinales consécutives au pneumothorax.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

De la nécessité d'informer les médecins de l'apparition de la variole dès que sa présence est reconnue. — M. L. CAMUS. — C'est vers la fin de la deuxième semaine de septembre qu'ont apparu, presque simultanément, dans 6 arrond. de Paris et dans 3 communes de la banlieue, les premiers cas de variole de l'épidémie actuelle. Cette multiplicité des foyers d'infection fit tout de suite craindre que les victimes fussent nombreuses, elle est l'indice que des germes varioliques ont échappé dès l'origine à la désinfection ou que certains malades, légèrement atteints, sont restés inconnus, n'ont pas été isolés, et ont propagé l'infection.

Il n'a pas été possible d'informer en temps voulu, rapidement et discrètement comme il convient, tous les médecins de Paris et c'est à grand'peine que le service des épidémies de la Préfecture de Police, malgré son zèle bien connu a pu, en quelques jours,

adresser aux praticiens des 18e et 19e arrondissements une notice destinée à leur faciliter le diagnostic de la variole.

Depuis trois mois existe, à peu de distance de Paris, un foyer de variole qui a été découvert par le médecin départemental d'hygiène. Ce foyer a peut-être contribué à provoquer l'épidémie parisienne actuelle ; il a été le point de départ d'une longue série de transmission de germes infectieux qui eût été facilement interrompue si les médecins eussent été avertis de l'existence de la variole dans la région.

Augmentation de la consommation du poisson. — MM. LOIR et LEGAUGNEUX (du Havre).

5 octobre.

BIBLIOGRAPHIE

Les Fonctions de la vie, par le Dr CABANÈS, Paris. — Le François, 91, boulevard Saint-Germain. — Prix : 12 francs.

Nous savons que des discussions s'étaient élevées. Adam et Eve, avaient-ils un nombril ? La question est d'importance. M. Cabanès la résout avec les documents inspirés par cet inquiétant problème. Avant le XVe siècle, les figurations des peintres et des sculpteurs représentaient Adam et Eve sans nombril.

Cet astre du ventre comme l'appelait Th. GAUTIER n'a apparu que vers le XVIe siècle. D'autre part, et pour parler des sécrétions humaines, nous savions que les déjections entraient dans la pharmacopée d'autrefois. La plupart ignoraient que ces produits d'élimination étaient déifiés dans le monde antique. Les excréments des vestales étaient pieusement recueillis et transportés dans une ruelle fermée par une porte sacrée. Celle-ci avait pour nom le stercoraire.

Sur les différents appareils de l'organisme (digestif, circulatoire, urinaire, nerveux), les renseignements abondent. Et beaucoup d'anecdotes curieuses égaient la suite des pages.

Eléments de microbiologie générale et d'immunologie, *Morphologie et Physiologie des microbes. Pathologie générale des infections microbiennes*, par M. NICOLLE, Professeur à l'Institut Pasteur. Deuxième Edition, revue et augmentée, par A. BOQUET, Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur. Un vol. in-8° de 360 pages. Prix : 35 francs. (Gaston DOIN et Cie, Editeurs.)

Cette deuxième édition n'a point d'analogue dans la littérature médicale française. Conçue dans un esprit très général, elle initie le lecteur aux propriétés essentielles des germes saprophytes et pathogènes, à leurs effets sur les milieux inertes et sur les êtres vivants, aux réactions organiques qu'ils provoquent, dont le terme est l'immunité, enfin aux moyens de combattre les infections, c'est-à-dire à la thérapeutique spécifique.

D'une lecture facile, bien que concis et complet, il s'adresse à tous ceux qui désirent accroître leurs connaissances dans le vaste domaine de la microbiologie et acquérir des notions claires, précises sur les multiples problèmes de l'infection et de l'immunité.

Les Angines de Poitrine et leur traitement, par le Dr Arthur LECLERCQ. — Un vol. — Doin, édit. — Prix : 15 francs.

M. Arthur LECLERCQ est un praticien qui observant par lui-même, cherche à se rendre compte. Les lectures qu'il a faites n'entrent pour rien dans les éléments d'information qu'il saisit au cours de sa carrière professionnelle. Le volume sur les *Angines de poitrine* qu'il publie aujourd'hui témoigne de ces mêmes tendances dignes d'applaudissement. Les angines de poitrine ne sont qu'un syndrome apparaissant à l'occasion des causes les plus diverses : névrosiques ou organiques, et parmi les unes et les autres, appartenant à des variétés distinctes. Le traitement s'inspire de ces variabilités d'origine. Il est exposé par M. Arthur LECLERCQ avec cette prudence avisée qui, animée par l'expérience personnelle, tient avant tout compte de l'intérêt du malade.

Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen. La région lombaire et le petit bassin, par M. Raymond GRÉGOIRE, *Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux.* — Un vol. in-8° 304 p., 81 planches noires et coloriées. Paris, Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils.

Les chirurgiens publient peu de livres d'anatomie. Et pourtant qui la connaît mieux ? Ils voient journellement les organes dans leurs rapports vivants et des connexions qui les relient, nulle ne leur échappe. M. GRÉGOIRE, dans le livre actuel, a condensé les fruits de son expérience. C'est ainsi que la région lombaire et le petit bassin, il les décrit dans un même ouvrage. Les affections pathologiques des organes pelviens réagissent souvent sur ceux des lombes et inversement. De belles planches illustrent ce beau volume qui transcrit directement dans des descriptions originales les constatations opérées par l'œil et la main des chirurgiens.

Les soins gratuits aux victimes de la guerre par le Dr QUIDET. — Une brochure de 44 pages (Librairies : LAVAUZELLE, 124, boulevard Saint-Germain, et LEGRAND, 54, rue Bonaparte) (2 fr. 50).

Cette brochure de 44 pages constitue un guide extrêmement précieux où se trouvent résumés de façon claire, concise — et surtout pratique — tous les renseignements nécessaires sur les droits à faire valoir, le cas échéant, et les obligations à remplir.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : CH. FIESSINGER
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926

PRATIQUE CHIRURGICALE

La cellulite gangréneuse du plancher buccal (phlegmon diffus hyperseptique sus-hyoïdien, dit « Angine de Ludwig »).

Par M. P. Soubeiran,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Personne n'ignore plus l'histoire clinique de cette grave affection, si redoutée des praticiens, qu'est la cellulite gangréneuse du plancher buccal ; malgré cela on voit encore de temps en temps des malades arriver trop tard chez le chirurgien, lequel, malgré une thérapeutique énergique, intervient lorsqu'est passée l'heure H, où il peut espérer sauver le malade.

L'origine de l'infection. — Chacun sait aussi que l'appellation d'angine de Ludwig, « d'étrange fortune », restée malgré tout courante, cache une double erreur ; car bien que la dysphagie qui avait frappé les premiers observateurs, en soit un des signes, il n'y a pas d'angine à proprement parler, ensuite ce n'est pas Ludwig, mais Gensoul qui la décrivit le premier, en 1829, six ans auparavant.

Deux grandes causes sont signalées partout :

1° L'origine dentaire : carie dentaire, ostéo-périostite, avulsion d'une dent, plombage et aurification ;

2° La propagation d'une angine ;

3° Nous ajoutons un troisième facteur que nous avons observé plusieurs fois : la propagation d'un *phlegmon sous-maxillaire.* On sait combien peu comptent dans les extensions des phlegmons du cou les loges aponévrotiques, barrières fragiles et surtout théoriques ; mais il a y plus, la dissection de la loge sous-maxillaire nous montre que cette glande envoie un prolongement antérieur qui s'insinue au-dessus du bord postérieur du muscle mylo-hyoïdien, et se dirige vers la glande sublinguale avec laquelle il entre en contact (*fig.* 1 *et* 2). Ce chemin est tout tracé pour que l'infection sous-maxillaire s'étende dans la loge sublinguale, vers le plancher buccal, au-dessus du mylo-hyoïdien.

4° Restent les autres facteurs, moins fréquents : plaies de la muqueuse buccale, corps étrangers (arêtes de poisson), fractures du maxillaire inférieur qui sont toujours ouvertes ; interventions sur la région du plancher buccal.

Le rôle du *terrain* (débilités, convalescents diabétiques, alcooliques) ne peut être nié, mais peut-être a-t-il été exagéré, car ce sont des personnes

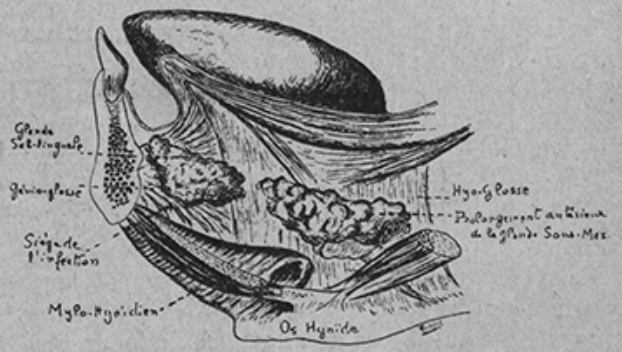


Fig. 1. — Le creux sublingual gauche, la glande sublinguale, le prolongement antérieur de la glande sous-maxillaire. La langue vue par sa face latérale gauche après enlèvement du maxillaire inférieur et abaissement du mylo-hyoïdien. (D'après une planche inédite de Farabeuf in Girard.)

encore jeunes et robustes chez lesquelles on voit fréquemment évoluer cette infection. C'est plutôt à la *virulence du microbe*, due à un milieu buccal très septique, qu'il convient d'attribuer le principal rôle, chez des sujets dont l'hygiène buccale et l'état dentaire sont détestables.

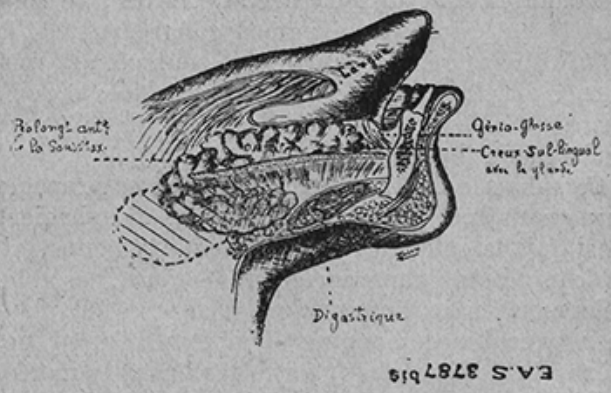


Fig. 2. — La région sublinguale ; le mylo-hyoïdien n'est pas rabattu. La glande sous-maxillaire avec son prolongement antérieur, en fer à cheval, embrassant le bord postérieur du muscle mylo-hyoïdien ; elle entre ainsi en contact avec la glande sublinguale (Propagation possible d'une infection de la loge sous-maxillaire à la loge sublinguale).

Depuis longtemps on sait enfin que l'*agent microbien* n'a aucune spécificité ; le streptocoque pur est le plus fréquemment rencontré (Chantemesse et Widal) ; mais on y trouve aussi associés le colibacille, le staphylocoque et les *anaérobies* ; en particulier, le vibrion septique de Pasteur, le

perfringens, le Bellonensis de Sacquépée (Dufourmentel et Frison, Astériades, *Journal de Chirurgie*, 1924, t. II, p. 276) ; enfin dans un cas personnel nous avons constaté la présence du bac œdematiens.

Le siège anatomique de la cellulite gangréneuse et les lésions constatées. — Ces notions constituent un des points capitaux de la question. Quand on incise le phlegmon gangréneux du plancher buccal on trouve de l'œdème sous-cutané, lardacé, grisâtre, infiltrant la zone superficielle sus-hyoïdienne, jusqu'au muscle mylo-hyoïdien.

Mais dès que l'on a perforé le muscle mylo-hyoïdien on aperçoit le foyer des lésions qui sont donc situées au-dessus de ce muscle, dans la région sublinguale.

Or, dans cette loge il n'y a pas de ganglions, il ne s'agit donc pas d'un adéno-phlegmon.

Il n'existe pas de pus, pas de collection vraie, sauf tardivement quand le phlegmon a dépassé les limites de la zone sublinguale et qu'il est trop tard pour intervenir, le pus est alors noirâtre, fétide, et accompagné de gaz. Donc pas de collection véritable, les tissus sont infiltrés d'une sérosité louche, peu abondante, d'odeur repoussante, il existe des gaz ; la glande sublinguale surélevée est altérée ; les veines sont thrombosées, les fibres musculaires sont dissociées et détruites ; ce sont bien là les lésions du phlegmon gangréneux, de la cellulite gazeuse. La langue est soulevée ; la muqueuse du plancher buccal est œdématiée, le doigt mis dans le foyer s'en coiffe et elle seule le sépare de la cavité buccale.

Ce sphacèle du tissu cellulaire peut se propager aux tissus péripharyngiens et péri-œsophagiens ainsi qu'à la gaine des vaisseaux ; il existe un véritable processus gangréneux, il ne s'agit pas d'un phlegmon, mais d'une gangrène gazeuse du plancher buccal, accompagnée cliniquement de phénomènes d'intoxication générale entraînant la mort.

Etudions de plus près le siège anatomique du foyer.

Espace sublingual et prolongement antérieur de la glande sous-maxillaire. — La face inférieure de la partie libre de la langue repose sur une surface triangulaire allant des gencives à la base de la langue : c'est la région sublinguale ou plancher de la bouche. Au-dessous de la muqueuse se trouve le creux sublingual, espace triangulaire, à base incurvée qui s'insinue entre la langue et les arcades dentaires inférieures et dont le sommet est derrière les incisives (*fig.* 1 *et* 2).

Extérieurement, il paraît divisé en deux moitiés symétriques par le frein de la langue ; en profondeur, il repose sur le muscle mylo-hyoïdien, il est recouvert par la muqueuse linguale. Il y a donc deux loges sublinguales ; chacune est limitée en bas par le mylo-hyoïdien, en dedans par les muscles génio-glosse et génio-hyoïdien, en avant par la symphyse du menton ; en arrière elles communiquent largement avec la loge sous-maxillaire au niveau du prolongement antérieur de la glande sous-maxillaire.

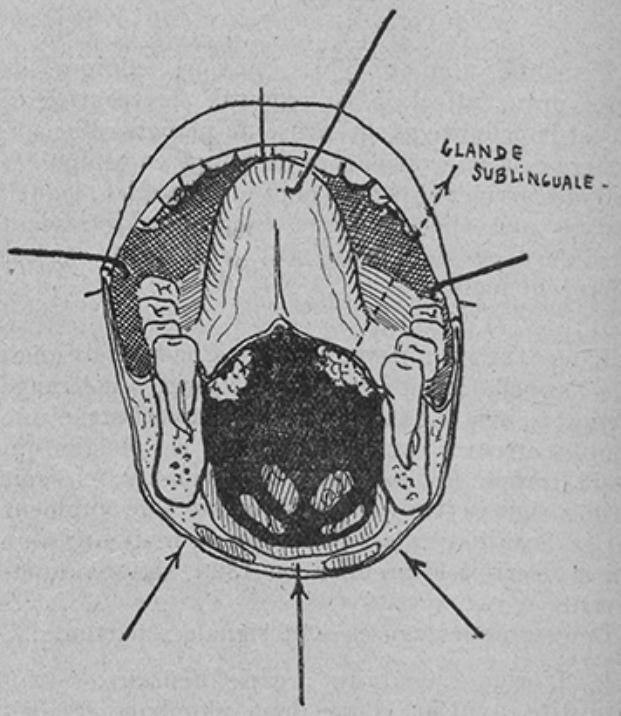


Fig. 3. — Le foyer dans la cellulite gangréneuse du plancher buccal. Coupe frontale du plancher buccal, en avant de la langue au niveau du frein. Les deux loges sublinguales réunies affectent la forme d'un fer à cheval dont le milieu, ici représenté, est sous le frein de la langue et les deux branches contre les faces internes de l'arc du maxillaire inférieur ; elles communiquent sous la muqueuse du frein derrière la symphyse du menton. Les flèches indiquent l'orientation des incisions.

Les deux loges sublinguales communiquent entre elles sous la muqueuse du plancher buccal, au-dessous du frein de la langue ; il en résulte que les deux loges sublinguales réunies au-dessous du frein, affectent en somme la forme d'un fer à cheval, ou d'un croissant dont la partie moyenne (*fig.* 3 *et* 4) est derrière la syphyse du menton et les deux branches latérales ou les deux cornes, sont contre la face interne du maxillaire et sur les côtés de la langue.

Tout le creux est comblé de tissu cellulaire lâche, propice au développement des infections, et ré-

parti autour des organes qui l'occupent : glande sublinguale, canal de Wharton, nerf lingual, artères et veines sublinguales, rameaux terminaux du nerf grand hypoglosse.

La communication de l'espace sublingual avec la loge sous-maxillaire est intéressante à consi-



FIG. 4. — Le siège de la cellulite gangréneuse du plancher buccal ; le muscle mylo-hyoïdien limite en bas l'infiltration de la loge sublinguale ; la langue est refoulée en haut. La coupe passe en arrière du frein de la langue et intéresse la partie postérieure du plancher buccal et des fosses sublinguales, qui sont ici séparées par la base de la langue ; l'infiltration plus marquée à droite où elle a débuté gagne le côté gauche.

dérer ; elle se fait par l'interstice musculaire séparant le mylo-hyoïdien de l'hyoglosse (*fig.* 1, 2 *et* 8). On sait en effet que la glande sous-maxillaire comprend deux parties, l'une superficielle contenue dans sa loge sous-maxillaire, l'autre profonde située sur l'hyoglosse et sous la muqueuse buccale ; ces deux parties, formant une sorte de fer à cheval, se réunissent sur le bord postérieur du muscle mylo-hyoïdien.

La portion profonde de cette glande, ou prolongement antérieur est en réalité située aussi dans le creux sublingual entre le mylo-hyoïdien et l'hyoglosse (*fig.* 2), au-dessous de la muqueuse du plancher buccal ; son extrémité antérieure est assez rapprochée de la glande sublinguale pour qu'il soit difficile à première vue de le distinguer (GÉRARD). On comprend dès lors *la propagation* possible des inflammations de la loge sous-maxillaire à la loge sublinguale et *inversement.*

ASPECT CLINIQUE ET ÉVOLUTION. — Il peut exister une forme foudroyante qui tue en quarante-huit heures : tuméfaction dure du plancher buccal, fine crépitation sus-hyoïdienne, intoxication rapide ; ces cas désespérés d'emblée, malgré des débridements immédiats, sont analogues à certaines gangrènes gazeuses observées pendant la guerre.

Habituellement, le début se fait par une phase de phénomènes généraux variables d'intensité et qui peut faire défaut : frissons, température élevée, pouls 110-120, facies verdâtre, grippé, yeux cernés, douleurs plus ou moins fortes, inappétence, nausées, vomissements, état saburral, agitation, insomnie, délire.

Les signes locaux ne tardent pas à se manifester ; le malade respire bruyamment, la bouche entr'ouverte, la langue surélevée ; à la région mento-hyoïdienne apparaît une *tuméfaction* qui augmente rapidement (*fig.* 5) ; elle est diffuse, mal limitée ; unilatérale au début et plaquée contre l'un des côtés du maxillaire suivant que l'inflammation est née dans la loge sublinguale droite ou gauche, elle s'étend ensuite à toute la région, à tout le plancher buccal, gagnant ainsi la fosse sublinguale du côté opposé ; si l'on fait ouvrir la bouche un peu plus, et s'il n'y a pas encore de trismus, on aperçoit un bourrelet sous la langue en arrière du maxillaire inférieur ; la langue est couverte d'un enduit grisâtre, refoulée en arrière et comme soulevée en bloc par le plancher buccal œdématié.

A la région sus-hyoïdienne, la tuméfaction s'étend et envahit les espaces voisins ; après avoir pris tout l'espace sous-mental, elle gagne les partie latérales, les régions sous-maxillaires, les joues, le cou, les régions profondes de la face, par les voies lymphatiques et veineuses (région ptérygo-maxillaire, PEYRE. *Presse Médicale*, 1920, n° 80).

Au *toucher* la tuméfaction est dure comme une pierre, ceci est caractéristique ; elle est collée à la mâchoire, la région semble prise en masse. Pour



FIG. 5. — Aspect du malade ; tuméfaction mento-hyoïdienne ; bouche bée, langue refoulée en haut.

faire ce toucher les deux mains sont nécessaires (*fig.* 6), on introduit un index dans la bouche (ou le petit doigt, si l'écart dentaire est insuffisant) qui va se placer sur le plancher buccal, derrière la symphyse mentonnière ; l'autre index palpe la région mento-hyoïdienne et l'on apprécie ainsi la

consistance et l'épaisseur du plancher buccal ; il ne faut pas chercher la fluctuation, elle est nulle ; l'induration perçue est peu douloureuse. L'importance de ce toucher bi-manuel est capitale, car il arrive que la région sus-hyoïdienne se présente avec un aspect normal, la peau en est intacte, à peine existe-t-il un léger œdème ; il ne faut pas se méprendre à cet aspect trompeur : le palper bimanuel révèle aussitôt l'induration totale du plan profond ; il ne faut pas attendre plus longtemps, pour inciser la région mento-hyoïdienne, bien qu'elle paraisse indemne.

Le trismus s'établit ensuite, surtout s'il y a eu ablation d'une dent, et l'on constate l'apparition de troubles fonctionnels inquiétants : respiration difficile, cyanose, aphonie, dysphagie, mastica-

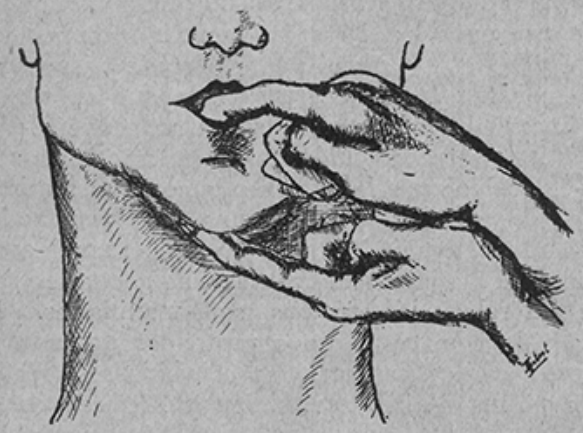


Fig. 6. — Le palper bimanuel du plancher buccal dans a cellulite gangréneuse de ce plancher.

tion et déglutition impossibles, salivation hors de la bouche, asphyxie ; puis il s'établit du délire, le malade devient adynamique, le pouls se croise avec la température, la fin approche.

Si le malade n'est pas opéré, la peau de la région sus-hyoïdienne devient livide et se couvre de marbrures, puis la peau des régions voisines revêt aussi le même aspect ; vers le 5e ou 6e jour elle se sphacèle, se couvre de phlyctènes, il y a de la crépitation gazeuse et elle se perfore ; des liquides noirâtres s'écoulent avec des débris sphacéliques d'odeur fétide ; il se fait des fusées purulentes au cou et la mort survient par septicémie, par broncho-pneumonie, ou par asphyxie (œdème de la glotte).

Il est inutile d'insister sur la sévérité du *pronostic* ; il est fatal si on laisse évoluer la maladie ; mais même si l'on opère à temps, Huguet et de Bovis comptent 4 morts sur 14 opérés ; si l'on opère tard ou timidement ces mêmes auteurs comptent 3 morts sur 5. Dans les cas hyperseptiques tout traitement est impuissant.

L'allure spéciale de cette affection, en rend le *diagnostic* facile. Dans les abcès superficiels mento-hyoïdiens le plancher est intact ; c'est la langue seule qui est tuméfiée dans la glossite aiguë. L'abcès sous-maxillaire est latéral (craindre l'extension en avant). Dans la périostite alvéolo-dentaire il n'y a pas de phénomènes généraux, le pus apparaît bientôt ; dans l'ostéo-myélite du maxillaire inférieur, la tuméfaction est sur l'os, mais on ne négligera pas dans ces deux dernières affections de surveiller l'extension au plancher buccal.

Reste l'abcès sublingual, bien circonscrit, l'ancien hygioma aigu de la bourse séreuse de Fleischmann : il y a ici du pus, la collection est située dans le sillon sublingual, entre l'arcade dentaire et la langue, la muqueuse est soulevée, la fluctuation existe, tandis que la cellulite gangréneuse, l'angine de Ludwig est dure comme une pierre ; la région sus-hyoïdienne est intacte, ni induration, ni œdème, pas de phénomènes généraux ; le pus pointe vers la bouche c'est par là qu'on ouvrira la collection.

Le Traitement. — Il n'est pas dicuté, mais certains points méritent une précision. Il faut opérer immédiatement, d'*urgence* dès l'apparition : 1° des phénomènes généraux et des troubles fonctionnels ; 2° de la tuméfaction indurée, du plancher buccal.

Surtout il ne faut pas attendre la collection et la fluctuation qui n'existent jamais.

Nous connaissons le foyer de l'infection, sa situation profonde — dans les loges sublinguales ; de latéral, il devient médian, puis bilatéral.

Il ne faut pas hésiter à délaisser la *voie buccale*, car elle est insuffisante ; elle pourrait à première vue tenter si la zone sous-mentale est d'aspect indemne et trompeur ; sur le plancher buccal on voit une voussure tentante pour le bistouri. Par cette voie étroite l'incision sera illusoire et inutile ; c'est à la zone mento-hyoïdienne qu'il faut aller d'emblée pour bien ouvrir le foyer.

La question *de l'anesthésie* est un point délicat à trancher, car le malade respire mal et il est intoxiqué déjà. S'il est encore résistant on peut endormir à peine : quelques doses légères d'éther ou de chloroforme suffiront car l'intervention est courte et facile — que l'on se méfie du chlorure d'éthyle !

Si le malade est affaibli : quelques injections de cocaïne très diluée mento-hyoïdiennes, et même pas d'anesthésie du tout car ces malades sont très sensibles à de nouveaux agents toxiques.

Comment faire l'incision? — Le plancher buccal étant presque toujours pris en bloc dans toute son étendue (2 loges communicantes) il faut commencer par une grande incision médiane.

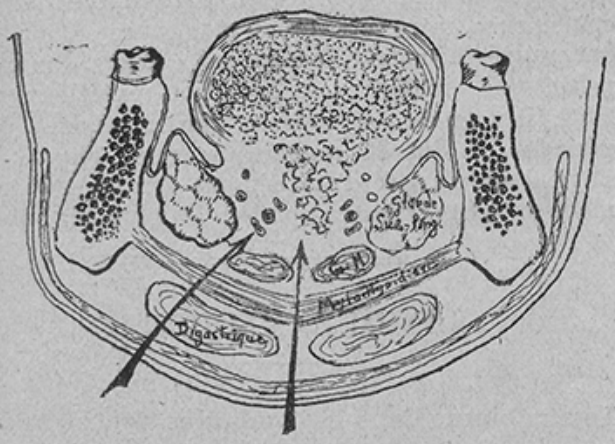


Fig. 7. — La voie d'accès du plancher buccal dans la cellulite gangréneuse de ce plancher. Plans à sectionner. On n'a pas représenté la voie buccale qui est à rejeter car elle est insuffisante.

1° *Incision médiane.* — Elle sera verticale, et ira du menton à l'os hyoïde, pas de boutonnière étroite !

Il faut procéder plan par plan, car le foyer est profond.

2° La raphé du mylo-hyoïdien est ensuite incisée (*fig.* 8) en se tenant sur la ligne médiane ; puis avec le doigt ganté, ou avec la sonde cannelée, on

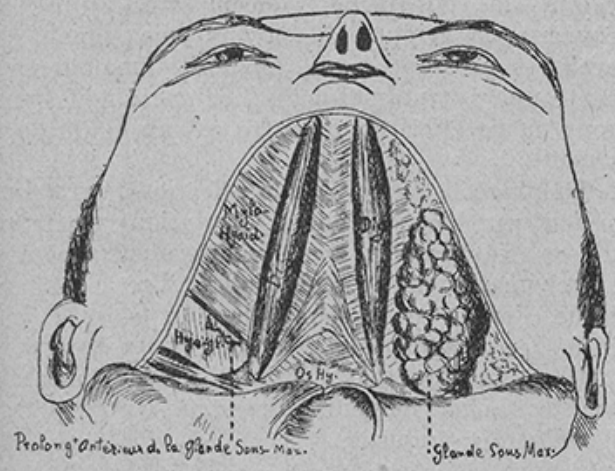


Fig. 8. — Région sus-hyoïdienne, plan sous-aponévrotique (d'après Testut et Jacob). La sangle musculaire du mylo-hyoïdien à sectionner pour aborder le plancher buccal et la loge sublinguale.

décolle les deux muscles génio-hyoïdiens et on pénètre dans la loge sublinguale, c'est là qu'est le foyer avec son odeur fétide, ses tissus noirâtres et sphacélés ; il n'y a pas de pus collecté mais de la sérosité. Le doigt ne doit s'arrêter que sous la muqueuse buccale.

3° Avec le même doigt ganté, ou avec une grosse pince mousse courbe, il faut ensuite explorer et chercher les décollements latéraux, de façon à faire les contre-ouvertures latérales (*fig.* 9) le long du maxillaire inférieur, jusqu'à l'angle si c'est nécessaire ; à ce niveau on incise (sur la pince), le ventre antérieur du digastrique, puis le muscle mylo-hyoïdien, on pénètre en plein dans la loge sublinguale (*fig.* 4 *et* 7).

4° Il ne reste plus qu'à placer des drains ou des lames de caoutchouc ondulé pour tenir la plaie ouverte.

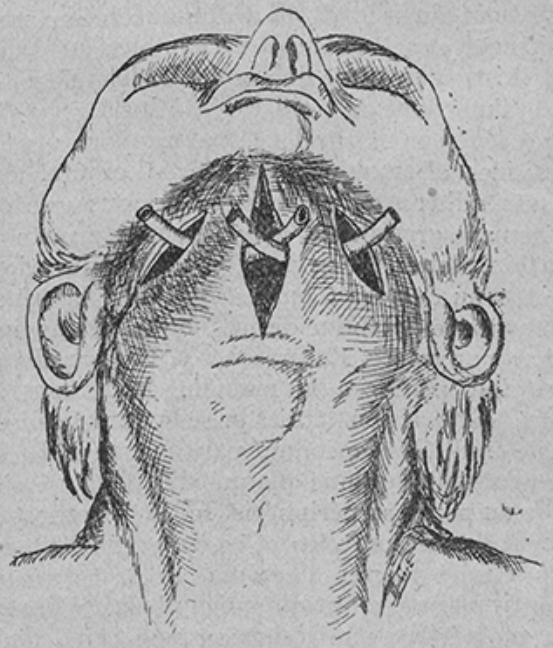


Fig. 9. — Les incisions dans la cellulite gangréneuse du plancher buccal.

On pourra pratiquer des lavages à l'eau oxygénée, irriguer avec le liquide de Dakin, etc. ; il est nécessaire de faire des pansements journaliers ; ne pas employer d'antiseptiques forts. Surtout ne pas oublier la sérothérapie dès qu'on se trouve en présence de cette terrible infection. On emploiera la sérothérapie antigangréneuse, c'est-à-dire dirigée contre les pyogènes et les anaérobies (vibrion septique, perfringens œdématiens, bellonensis).

Dès que l'on est appelé, avant même d'opérer : injecter une dose des 4 sérums antigangréneux de l'Institut Pasteur ; il ne faut pas craindre d'injecter des doses massives : 50 à 70 cc. par voie sous-cutanée. Dans les cas urgents, on peut faire

l'injection intraveineuse en diluant une dose de sérum antigangréneux de Weinberg dans 200 cc. de sérum physiologique.

Il faut répéter les jours suivants les injections de sérum antigangréneux et enfin soutenir le cœur par l'huile camphrée, la caféine, l'adrénaline.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Maladie de Paget.

Cette malade, âgée de 54 ans, présente au niveau du sein droit une lésion assez curieuse. Le bout du sein droit a diminué beaucoup, s'est rétracté, et actuellement il a complètement disparu. Il existe à sa place une croutelle brumâtre, entourée d'une zone de peau rosée, à bord polycyclique, très légèrement surélevée par rapport aux parties voisines. Lorsqu'on détache la croûte, qui est assez adhérente, on voit au-dessous une surface finement granuleuse, constituant une sorte d'ulcération plane. On ne trouve pas d'induration bien nette au-dessous ; on a cependant la sensation, dans toute l'étendue de la plaque, d'une infiltration papyracée. En présence d'une pareille lésion, on doit penser à la maladie de PAGET. Autrefois, cette lésion était prise pour de l'eczéma. Elle en diffère cependant par son aspect. Il est bien exceptionnel qu'une plaque d'eczéma ne s'égrène pas un peu à sa périphérie. Ici la lésion est nettement limitée partout, et ce caractère seul suffirait pour faire rejeter l'eczéma. Il se trouve encore confirmé par ce fait que voici plusieurs années que la malade a cette lésion, et que celle-ci n'a pas varié. Dans l'eczéma, il y a des poussées, des moments où la lésion augmente, et d'autres où elle diminue. Ici, l'état est tout à fait stationnaire. De plus, PAGET y a insisté, cette maladie ne reste pas limitée à la peau, à un moment de son évolution il se développe dans l'épaisseur de la glande mammaire une tumeur, et c'est la réunion de la lésion cutanée et de la lésion de la glande mammaire qui constitue la maladie de PAGET. Chez cette malade, on ne sent pas nettement de tumeur dans le sein, sauf en bas et en dehors, où l'on trouve manifestement une partie de la glande mammaire qui est un peu plus ferme, un peu plus dure que le reste de la glande. Dans l'aisselle, on constate quelques petits ganglions.

On ignore la cause de cette maladie. Au début, les études histologiques avaient montré dans les cellules des formations ressemblant à des coccidies, et on avait pensé que c'était une sporospermie, cette opinion est abandonnée. La maladie a une évolution très lente, et qui se complique souvent de cancer du sein. Les uns ont parlé d'une simple coïncidence, entre cette lésion et le cancer. D'autres ont rangé la maladie dans les cancers. LECÈNE pense que, malgré son évolution extrêmement lente (il a vu de ces malades garder pendant des périodes de dix et quinze ans cette plaque, il s'agit d'une variété d'épithélioma à marche extrêmement lente. C'est l'opinion la plus probable.

CLINIQUE MÉDICALE

Le strabisme dans les maladies neurotropes.

Par M. le Dr A. GUÉRIN.

Lorsque chez un enfant de 3 à 5 ans on voit apparaître au déclin d'une maladie aiguë une déviation oculaire, deux questions se présentent à l'esprit du clinicien :

1° Quelle est la cause de ce strabisme ?

2° Comment y remédier ?

La cause immédiate peut être trouvée dans une maladie aiguë neurotrope : une grippe, une rougeole ou une affection aiguë spasmodique comme la coqueluche, l'encéphalite. En ce qui concerne la grippe nous avons déjà signalé son action neurotrope même lorsque la maladie présente une symptomatologie bénigne : nous pourrons même en citer un autre cas au cours de ce travail.

La rougeole est aussi une affection neurotrope, si l'on veut bien réfléchir à l'évolution symétrique de son exanthème, a son envahissement progressif et schématiquement réglé j'allais dire si métamérique, l'on ne peut s'empêcher de penser à une influence proùable du système nerveux central.

Il ne faut donc pas s'étonner que les ophtalmologistes aient souvent remarque la rougeole à l'origine du strabisme.

Si l'on veut bien s'intéresser aux yeux au cours de cette affection on observera parfois des symptômes curieux. Tel était le cas d'un enfant de 5 ans qui au cours d'une rougeole accusa de la *micropsie* : les objets et les personnes lui paraissaient beaucoup plus petits qu'à l'ordinaire.

Que la coqueluche également soit signalée à

l'origine de certains strabismes, cela ne doit pas nous surprendre :

La toux spasmodique de la coqueluche a été remarquée au cours de l'encéphalite.

La coqueluche est bien individualisée cliniquement, elle l'est moins dans son anatomie pathologique. On ne sait à quel endroit de la voie motrice laryngée agit le virus neurotrope de cette affection.

Est-ce au centre cortical qui siège au niveau du pied de la 3e frontale et de la partie inférieure de la frontale ascendante ?

Est-ce dans les centres d'association des noyaux gris centraux ? ou dans le pédoncule ou dans l'entrecroisement de ses fibres au niveau de la protubérance ?

Quel que soit le trajet de la voie phonatoire et respiratoire qu'excite le virus neurotrope, il peut intéresser les fibres nerveuses qui forment l'organe extrêmement complexe de la vision binoculaire.

C'est ici le moment de pénétrer plus avant dans notre pathogénie et de nous demander comment le strabisme peut être interprété anatomiquement.

La pathogénie du strabisme peut être interprétée différemment suivant que l'on en place la cause :

1° Au niveau des noyaux d'origine des nerfs moteurs de l'œil ;

2° Dans les fibres d'association placés en arrière des noyaux d'origine ;

3° Dans l'écorce cérébrale.

Nous éliminons ainsi les paralysies musculaires et radiculaires qui ne sont pas observées dans l'encéphalite et les affections neurotropes que l'on peut étudier conjointement avec elle.

Les encéphalies donnent des paralysies *nucléaires* mais ce sont des paralysies *dissociées*.

Il faut entendre par là qu'elles n'intéressent pas la totalité des fonctions du noyau intéressé, mais quelques-unes seulement. Il ne faut donc pas nous attendre à trouver dans ces cas la netteté des schémas de paralysies pédonculo-protubérantielles.

Donc pas de syndrome pédonculaire de Weber avec paralysie du moteur oculaire commun, d'un côté et paralysie du facial et des membres du côté apposé.

Pas de syndrome protubérantiel de Milliard Gubler avec paralysie du moteur oculaire externe et du facial d'un côté, paralysie des membres du côté opposé.

On n'observe pas non plus, et encore moins pourrait-on dire, d'ophtalmologie nucléaire progressive.

La paralysie dans les encéphalites frappe électivement le noyau d'origine d'une façon parcellaire et d'une façon fugace.

La constatation de ces faits a inspiré au Dr Cantonnet une explication très séduisante (*Journ. des Pratic.*, 17 nov. 1923).

Les paralysies oculaires des encéphalites auraient le plus souvent une origine supra-nucléaire, c'est-à-dire que la lésion intéresserait non plus les noyaux d'origine des nerfs moteurs de l'œil, mais les voies d'association et les centres de coordination, placés en arrière de ces noyaux dans le mésocéphale et le cerveau.

Elles constitueraient, suivant son expression, des *paralysies oculaires de fonction*.

Il compare suivant le schéma de Grasset l'ensemble des systèmes neuro-musculaires de motricité des deux globes oculaires à la disposition des rênes de deux chevaux attelés à une même voiture.

La grande rêne droite entraîne les deux têtes des chevaux (les yeux) vers la droite (fonction du regard binoculaire à droite). La grande rêne gauche commande la petite rêne gauche de chaque cheval (regard binoculaire à gauche).

Un dispositif analogue entraînerait en haut et en bas les deux têtes.

Pour faire converger l'une vers l'autre les deux têtes il suffit d'agir sur la petite rêne interne (droit interne).

En poursuivant cette comparaison on est amene à dire que les deux mains du cocher sont représentées par les centres mésocéphaliques d'associations réflexes, par les oculodextrogyres et les oculolinogyres qui donnent les syndromes pédonculaires et protubérantiels de Foville.

Mais, en dernière analyse, c'est de l'écorce cérébrale que viennent les impulsions premières.

En effet, ces centres mésocéphaliques sont reliés à des centres cérébraux oculogyres : l'un antérieur situé à la partie postérieure de la 2e circonvolution frontale ; l'autre postérieure, dans la région occipitale.

Arrivé à ce point de notre exposition, nous pouvons nous demander si l'écorce cérébrale n'a pas une importance plus grande dans la pathogénie du strabisme et si certains *strabismes alternants* qui ne sont ni d'origine nucléaire ni supranucléaire ne doivent pas être rattachés à une poussée méconnue d'encéphalite ou à une affection neurotrope.

Cette asthénie frapperait particulièrement les centres corticaux régulateurs de la vision binoculaire. On sait que cette fonction exige une complète synergie des mouvements et réclame sans

effort apparent une continuelle tension de la motricité.

Si cette accommodation n'est plus obtenue, si par exemple, on lit dans la fatigue et l'inattention un texte, non seulement le sens du texte n'est plus compris (cécité verbale), mais les caractères ne seront plus au point (asthénopie accommodative) et la diplopie même pourra s'observer. « **C'est que la vision binoculaire exige suivant l'expression du Pr Gérard, de Lille, non seulement l'intégrité moléculaire des deux cerveaux occipitaux, mais encore l'intégralité fonctionnelle des deux cerveaux occipitaux.** »

Ce que l'inattention et la fatigue produisent d'une façon fugace, l'encéphalite ou une affection neurotrope peut-elle le produire d'une façon plus complète ?

Est-ce que le jeune enfant n'est pas prédisposé par l'incomplète évolution de son développement cérébral à cette dissociation de la vision binoculaire ?

Ne peut-on pas trouver là encore une cause de la plus grande fréquence du strabisme chez le jeune enfant ?

En réponse à cette question nous apportons l'observation suivante :

Un enfant de 5 ans pré sentant sur le membre inférieur gauche les traces d'une paralysie infantile antérieure (atrophie du quadriceps fémoral et du triceps sural) est atteint dans la deuxième quinzaine de mai d'une grippe sans gravité apparente. La température ne dépasse pas 38° et on n'observe ni tendance au sommeil ni myoclonie.

Ces renseignements ont été recueillis par l'interrogatoire, car je ne vis le petit malade qu'après la chute de la température le 28 mai, à l'occasion d'un strabisme interne alternant, se manifestant tantôt sur l'œil gauche, tantôt sur l'œil droit.

L'enfant est purgé et soumis au traitement par le salicylate de soude *per os*.

Le 11 juin l'enfant est complètement guéri de son strabisme.

Fin de septembre, nouvelle poussée de fièvre, nouvelle poussée de strabisme alternant qui est encore traité par le salicylate de soude.

En même temps que ce petit malade, sa sœur âgée de 10 ans et qui couche dans la même chambre est atteinte au mois de mai dernier de fièvre légère. Pendant sa convalescence elle se plaint de douleur au mollet gauche. Les muscles de la partie postérieure de la jambe font un relief moins accentué et les fléchisseurs plantaires sont légèrement parésiés. Lorsque l'enfant est couché sur le ventre les plantes des pieds relevées et qu'on lui commande de fléchir les doigts de pieds, la plante du pied se creuse manifestement moins du côté malade.

Voici donc deux enfants atteints en même temps d'une affection fébrile légère, chez l'un on observe les symptômes d'une paralysie infantile, chez l'autre un strabisme qui dure une dizaine de jours, cède au salicylate de soude, et récidive deux mois après au cours d'une nouvelle poussée fébrile.

L'alternance de ce strabisme écarte l'idée de destruction d'un centre des nerfs moteurs de l'œil, elle ne nous permet pas non plus de le ranger dans les *paralysies de fonction* décrites par le Dr Cantonnet au cours du strabisme.

Il semble plutôt que l'on soit en présence de la déficience d'un centre cortical qui tiendrait sous sa dépendance les deux centres corticaux : oculo-dextrogyres et oculolévogyres.

Cette hypothèse peut rendre compte de *l'alternance du strabisme, de l'absence de diplopie* et expliquer comment l'éducation de la vision binoculaire par le stéréoscope peut à la longue le corriger.

Mais auparavent il est légitime d'appliquer le traitement du salicylate de soude qui nous a donné un succès précédemment.

Le salicylate de soude peut être donné en potion, c'est le mode d'administration qui nous a paru préférable. Il peut encore être donné en injection intra-veineuse, mais ce dernier procédé est plus difficilement applicable chez les jeunes enfants.

N.-B. — J'ai revu l'enfant depuis l'envoi de cet article et je puis confirmer la guérisou de son strabisme sous l'influence du salicylate de soude.

FORMULES

Blennorragie (traitement préventif).

Cyanure de Mercure	0 gr. 10
Thymol	1 — 75
Calomel	25 —
Lanoline	50 —
Huile de vaseline	4 —
Vaseline q. s. p.	100 —

Après le rapport sexuel, friction avec la pommade des régions exposées. En introduire une certaine quantité dans l'urètre jusqu'à une profondeur de 2 centimètres.

Utilisée dans deux régiments de Paris, cette méthode aurait donné des résultats satisfaisants.

(F. Marsan).

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La diphtérie.

Les médications se simplifient avec l'efficacité du remède. Pour la diphtérie, le sérum antidiphtérique fait des merveilles. Seulement il ne les accomplit plus aussi aisément que dans les premières années. Jadis une injection de 20 cc. suffisait à un adulte, 10 cc. à un enfant. Aujourd'hui il faut 60 à 80 cc. à l'adulte et 40 à 60 cc les jours suivants. Des sujets ont reçu jusqu'à 800 et 1.000 cc. A un nourrisson, 10 cc., 20 cc. à un enfant de 3 ans. Et cela dès le début, sur le moindre soupçon, avant toute analyse confirmative. M. MARTIN (de l'Institut Pasteur), attribuait devant nous la nécessité de ces hautes doses à l'intervention trop tardive du médecin. Ce dernier hésite, demande l'analyse préalable avant de se décider. C'est possible. Mais cette cause n'est pas constante. Dans la nature même du sérum, il semble y avoir quelque chose de changé et son efficacité est moindre. Il faut de très hautes doses pour atteindre les effets qu'il produirait à l'origine.

On se souviendra que le sérum n'agit guère sur les lésions locales qu'au bout de trente-six heures. Raison de plus pour ne pas attendre. Sinon et dans les cas de croup, il faut encore maintes fois pratiquer la trachéotomie pour laisser au sérum le temps de réaliser son effet.

Une autre raison de continuer les injections quelques jours, en dépit des allures bénignes est la possibilité des complications ultérieures. Des accidents toxiques graves, des paralysies peuvent survenir. La meilleure manière de les éviter est de ne pas s'être montré ménager du sérum les premiers jours. Toutes les complications nécessitent l'emploi du sérum à hautes doses.

Vu les accidents sériques, M. RAMON a proposé de substituer au sérum une anti-toxine purifiée, c'est-à-dire un sérum partiellement désalbuminé et ne contenant plus que des pseudo globulines. Ce remède est présenté dans le commerce en ampoules (1.000 à 10.000 unités). Injecter 1.000 unités à titre prophylactique, 8.000 à 10.000 unités à titre curatif. Néanmoins des accidents sériques bénins se montrent encore avec ce nouveau produit.

Localement, attouchements de la gorge avec du *sérum antidiphtérique pulvérulent* (MARTIN), associé à l'*arsénobenzol* :

Sérum antidiphtérique pulvérulent. . .	10 gr.
Arsénobenzol	0 gr. 50
(Us. ext.)	

On peut encore faire des lavages de la bouche à l'aide d'un bock avec la solution :

Liqueur de Labarraque.	50 gr.
Eau bouillie.	1.000 —

Contre la *broncho-pneumonie*, bains chauds à 38° toutes les trois heures tant qu'il y a 39° ; contre le *syndrome malin*, *extraits de capsules surrénales* (0 gr. 10 à 0 gr. 20) en piqûres.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La périsigmoïdite aiguë.

La périsigmoïdite aigue réalise le syndrome clinique de l'appendicite à gauche. M. G. FRIEDEL (*Périviscérites digestives*) en fait une bonne description. Le début est brutal. Un malade qui jusque-là se plaignait d'alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques est pris d'une douleur aiguë, généralisée à tout l'abdomen, avec frissons, nausées, vomissements, suppression des matières et des gaz. D'abord diffuse, cette douleur devient plus nette vers la fosse iliaque gauche. Le ventre est ballonné, présente une tension de défense dans la fosse iliaque gauche.

Le *repos*, la *diète absolue*, la prescription de *quelques centigrammes d'opium* calment l'orage. La palpation permet alors de sentir une tumeur allongée ou plutôt un plastron qui plonge dans le bassin. La température est à 39°5-40°, pouls 110-120, urines rares. Inappétence absolue.

Le malade guérit totalement, ou il se forme des adhérences ou un abcès.

Vers le cinquième jour, les phénomènes généraux s'amendent, la température descend graduellement, le pouls devient meilleur, le ventre s'assouplit, la sensibilité dans la fosse iliaque s'atténue, surtout lorsqu'un lavement mucilagineux prudemment administré a provoqué l'évacuation d'une selle abondante souvent muqueuse. L'ap-

pétit revient peu à peu et vers le quinzième ou vingtième jour, le malade commence à se lever.

Les rechutes sont à craindre, à la suite d'un écart de régime ou d'une fatigue.

D'autres fois, les symptômes endosigmoïdiens deviennent plus marqués. Des adhérences se forment et fixent le côlon en mauvaise position, en exagérant ses coudures et la stase. Une périsigmoïdite plastique s'est organisée.

Un abcès se produit chez d'autres malades. Au bout de cinq à six jours, l'état aigu ne s'améliore pas, la fièvre reste élevée, le malade dépérit, a des sueurs froides, prend un teint terreux avec des yeux excavés. Le pus se collecte et le tableau clinique varie suivant la région où le pus se fixe. L'abcès est *pelvien*, la constipation et le météorisme sont prononcés. Le toucher rectal montre une tuméfaction pelvienne, bien limitée, fluctuante. Ou l'abcès est *antérieur*, bombe au-dessus de l'arcade crurale, la paroi abdominale est tendue, œdématiée. Ou l'abcès est *postérieur* et tout se passe dans la profondeur de la fosse iliaque. Douleurs irradiées dans la cuisse, les organes génitaux, le périnée. On constate les signes d'une infection profonde qui ne s'extériorise que lentement par l'apparition d'un empâtement et d'un œdème de la paroi lombaire inférieure.

La résorption de ces abcès est rare. Livrés à eux-mêmes, les abcès pelviens peuvent s'ouvrir dans la cavité péritonéale et provoquer une péritonite généralisée ou ils se vident dans l'intestin, la vessie, le vagin. Les abcès antérieurs s'ouvrent dans le voisinage du canal inguinal. Les abcès postérieurs s'ouvrent dans la gaine du psoas, ou en arrière dans le triangle de J.-L. Petit ou fusent derrière le côlon descendant vers le haut et produisent un abcès sous-phrénique gauche.

PÉDIATRIE

Carence solaire et infections infantiles.

Le rôle de la lumière solaire dans la vie des organismes supérieurs est encore une des questions les plus obscures de la physiologie générale. L'observation clinique, bien plus que l'expérimentation a montré que les rayons solaires et parmi eux avant tout les radiations à courtes longueurs d'onde exercent, malgré leur faible pouvoir de pénétration, une influence considérable sur de nombreux processus vitaux qui se déroulent dans la profondeur des tissus. On a constaté par exemple que ces rayons stimulent l'hématopoièse, qu'ils accélèrent la guérison des plaies, qu'ils renforcent la résistance de l'organisme vis-à-vis de la tuberculose ; on a appris plus récemment qu'ils régularisent les échanges minéraux et guérissent le trouble qui est à la base du rachitisme et de la spasmophilie. Il peut presque paraître banal de répéter aujourd'hui que les enfants exposés régulièrement au soleil sont plus vigoureux, mieux portants et plus résistants vis-à-vis de nombreuses maladies, que ceux qui restent confinés à la chambre. Tous les médecins peuvent confirmer ce fait, et déjà la thérapeutique tire large profit de cette action mystérieuse du soleil.

Pierre Woringer (de Strasbourg) (*Revue française de Pédiatrie*, n° 2, 1926) dans un remarquable article sur l'influence du soleil sur l'évolution des infections.

En dehors du rachitisme et de la spasmophilie, Woringer constate chez l'enfant une dystrophie par manque de lumière sans rachitisme ; la carence solaire revêt à cet âge une forme plus légère et à manifestations cliniques plus discrètes que chez le nourrisson. Sa symptomatologie semble être peu caractéristique, elle se retrouve dans d'autres affections chroniques. Ce sont avant tout des phénomènes généraux et cutanés qui en sont l'expression. Une fatigabilité excessive, une flaccidité anormale de la musculature, une anorexie opiniâtre sont les principaux éléments de ce tableau clinique. Les sujets carencés manquent d'entrain, présentent souvent une certaine dépression psychique, sont las après le moindre effort et redoutent tout exercice fatigant ; ils se tiennent mal, accusent souvent une nervosité anormale, souffrent d'insomnie.

A côté de ces symptômes d'un malaise général, les enfants carencés présentent un aspect particulier de leur revêtement cutané. Tout le corps, notamment le visage, est pâle sans qu'il y ait un degré notable d'anémie. La turgescence de la peau est diminuée. On a l'impression que l'irrigation sanguine du derme est réduite ; il y a comme un manque d'érection de tout le système cutané. Assez régulièrement on trouve une certaine rougeur de la paroi postérieure du pharynx ne s'accompagnant ni de fièvre ni d'aucun symptôme subjectif et qui peut-être est l'expression d'une modification de la répartition sanguine plutôt que d'une inflammation de la muqueuse.

Woringer montre combien la résistance de ces enfants aux infections est diminuée. Il distingue les « *infections héliophobes* » les infections qui ont une prédilection pour les mois d'hiver et de printemps et « *infections héliophiles* » celles qui présentent un maximum estivo-automnal.

Au point de vue bactériologique, le groupe des infections héliophobes comprend les germes les plus variés. A côté de cocci gram-positifs et gram-négatifs, nous y trouvons le bacille de Koch, le virus de l'encéphalite léthargique, le bacille de Yersin, le germe encore inconnu de la variole, l'agent des oreillons. Ces microbes ne présentent aucune ressemblance entre eux, ni au point de vue morphologique, ni au point de vue biologique.

Pour le groupe des infections héliophiles, c'est la même variété d'espèces. On ne connaît, au point de vue bactériologique, aucun lien de parenté entre les bacilles typho-dysentériques, le bacille virgule et le germe de la poliomyélite. Ce n'est donc pas un caractère biologique commun aux germes d'un même groupe et faisant défaut à ceux de l'autre groupe qui peut expliquer le type saisonnier si caractéristique des deux sortes d'infections. De même, il est difficile d'admettre que des influences du milieu ambiant sur des agents pathogènes, aussi différents les uns des autres, puissent donner l'explication pour la répartition de la morbidité.

Dans la carence solaire, le revêtement cutané ne reçoit pas l'énergie récidivante solaire. Woringer admet que ce revêtement est capable de conférer sous cette énergie une immunité pour les germes héliophobes. Il propose d'appeler cette fonction cutanée la dermophylaxie. Le stimulant de la dermophylaxie est la lumière solaire.

Une carence solaire prolongée fait fléchir les fonctions dermophylactiques qui se rétablissent dès que la lumière agit de nouveau sur la peau. Ainsi s'explique que les variations annuelles de l'insolation déterminent, dans des intervalles réguliers, des hauts et des bas du pouvoir dermophylactique des individus et par conséquent des oscillations importantes dans la morbidité de toute une population.

Le fléchissement de la dermophylaxie sous l'influence de la carence solaire est comparable, à beaucoup de points de vue, à l'anergie qui s'établit à la suite de certaines maladies infectieuses. Dans la rougeole, par exemple, qui est la maladie anergisante la mieux connue, l'éruption cutanée épuise en quelques jours le pouvoir dermophylactique comme le fait la carence solaire en trois mois environ.

De ces notions curieuses, Woringer tire d'excellentes conclusions pratiques. Si on considère la carence solaire comme un état pathologique grave, même comme l'affection la plus meurtrière parmi toutes, par le fait qu'elle prépare le terrain aux broncho-pneumonies, aux méningites, aux septicémies, à la tuberculose, etc., une lutte contre ce fléau s'impose avec tous les moyens dont nous disposons. Le chemin est tout indiqué : il faut exposer régulièrement au soleil tous les enfants. Malheureusement l'exécution de ce programme est singulièrement compliquée dans nos pays et dans l'état de civilisation auquel nous nous trouvons.

En été l'insolation régulière de tous les enfants pourrait encore être chose relativement facile. Il suffirait d'amener les mères par une propagande bien menée à sortir leurs enfants dès le premier âge, à les habiller légèrement, à les dévêtir autant que possible pendant les belles journées. Il faudrait en outre faire pénétrer largement le soleil dans toutes les habitations, notamment partout où vivent des enfants, créer des places de jeu ensoleillées, multiplier des écoles de plein air, envoyer, bien plus qu'actuellement, les enfants des villes à la campagne, dans la montagne ou à la mer.

Par contre, en hiver l'insolation régulière rencontre des difficultés insurmontables. Dans les pays de la zone tempérée la plupart des enfants sont à peu près complètement privés de soleil pendant toute la saison froide, d'abord parce que la plupart du temps les radiations actives sont considérablement diminuées d'intensité par l'atmosphère de brouillard et de nuages qui recouvre la terre, mais aussi par suite du confinement à la chambre auquel les obligent le froid et l'humidité. Dans les régions où depuis le mois de novembre jusqu'au mois d'avril le soleil ne perce que très rarement, notamment dans les grandes villes à atmosphère chargée de fumée, on peut admettre que tous les enfants sont atteints de carence solaire vers la fin de l'hiver. Dans ces conditions il faut recourir à l'héliothérapie artificielle, c'est-à-dire aux rayons ultra-violets.

CLINIQUE MÉDICALE

Les cavernes pulmonaires tuberculeuses du nourrisson.

L'extrême latence de l'infection tuberculeuse chez le nourrisson est bien connue. Il s'ensuit que les lésions rencontrées aux autopsies sont presque toujours beaucoup plus étendues, plus disséminées et plus profondes que l'examen clinique, le plus minutieux et le plus averti, permet de le soupçonner. C'est ainsi que l'inspection des poumons révèle fréquemment la présence de cavernes.

André Dufourt (*Lyon médical*, 18 avril 1926), insiste sur les difficultés de leur diagnostic.

Sur 11 cas de grosses cavernes, RIBADEAU-DUMAS ne constata que six fois des signes répondant à une altération pulmonaire : râles cavernuleux (1 cas), râles sous-crépitants (2 cas), abolition du murmure respiratoire (2 cas). Chez 7 enfants, il existait une matité restreinte.

Cette latence n'est d'ailleurs pas pour surprendre. Elle ne concerne pas uniquement les cavernes mais tous les processus pulmonaires tuberculeux des nourrissons. Il est classique de voir mourir de phtisie des nourrissons qui n'ont présenté, du côté de leurs voies respiratoires, que des signes extrêmement imprécis. Aussi le diagnostic de tuberculose pulmonaire doit-il s'appuyer sur des preuves tirées en dehors de l'auscultation, et tout spécialement sur des contrôles radiologiques.

Dans bien des cas, la matité est le seul signe réellement appréciable. Dans les cavernes du sommet, il est rare qu'on ne constate pas une notable diminution de la sonorité sous la clavicule. Il est, par contre, tout à fait exceptionnel d'obtenir le bruit de pot fêlé. Les cavernes de la base s'accompagnent plus rarement de matité. Ce n'est d'ailleurs pas la caverne elle-même, mais la lésion anatomique, aux dépens de laquelle elle se forme (pneumonie, infiltration broncho-pneumonique confluente avec adhérences pleurales) qui suscite les changements de la sonorité normale.

L'auscultation reste parfois entièrement muette pendant toute la durée de l'évolution des lésions tuberculeuses. Les nourrissons, fébriles ou non, semblent mourir de troubles digestifs, d'athrepsie, sans que l'examen le plus attentif ait permis de situer dans les poumons la cause de leurs phénomènes morbides. D'autres fois, il n'y a que des signes de bronchite plus ou moins intense, plus ou moins profonde et plus ou moins disséminée : râles sibilants, sous-crépitants. La persistance de râles sous-crépitants humides fixes doit faire penser à l'extrémité d'une caverne chez le nourrisson tuberculeux.

Dans environ un tiers des cas, les signes accusent plus nettement les cavernes. Il y a alors des râles cavernuleux et un souffle caverneux amphorique ou simplement tubaire. Le souffle peut exister à l'état isolé.

Il est superflu d'insister sur l'importance des rayons X. Tout nourrisson suspect de tuberculose doit être passé à l'écran. Les cavernes, à condition d'avoir une certaine dimension, sont le plus souvent parfaitement visibles. L'aspect varie suivant leur importance et leur nombre.

Les symptômes fonctionnels et généraux sont des plus variables. Ce sont ceux qui accompagnent la tuberculose pulmonaire du nourrisson en général. Tantôt ils sont accusés, tantôt ils sont à peu près nuls. La plupart des enfants toussent, quelques-uns sont dyspnéiques. Chez beaucoup, ce sont plutôt les troubles digestifs et l'amaigrissement progressif qui dominent. La fièvre revêt très rarement le type hectique de l'adulte. Dans la plupart des observations, on note une température irrégulière plus ou moins élevée, à courbe capricieuse. Mais il est des sujets qui se contentent d'une fébricule et, parfois, la température s'élève à peine au-dessus de la normale. On sait que la tuberculose pulmonaire du nourrisson est fréquemment apyrétique dans la plus grande partie de son évolution : toutefois l'apyrexie tend habituellement à disparaître lorsque les cavernes apparaissent.

Il faut mentionner quelques formes cliniques particulières, décrites par BARBIER et AINE. Ce sont les formes digestives ou dyspeptique, diarrhéique, athrepsique et cachectique progressive.

La mort survient soit dans la cachexie, soit du fait d'une poussée de granulie pulmonaire, soit par méningite. Elle peut être hâtée par l'apparition d'une complication hémophysée ; vomiques ou pneumothorax.

PÉDIATRIE PRATIQUE

L'inanition chez le nourrisson.

Les quantités de lait nécessaires à l'entretien et à la croissance des nourrissons sont aujourd'hui bien connues, grâce surtout aux recherches de VARIOT, et à son active propagande. Et cependant, on observe encore des accidents d'inanition, soit chez les nourrissons sains, parce que l'inanition est méconnue, malgré des connaissances théoriques exactes, soit chez les nourrissons malades, en raison d'une alimentation restreinte ou de la prolongation abusive de la diète hydrique.

Or, une ration alimentaire insuffisante chez le nourrisson a pour immédiate conséquence un retard dans le développement, retard d'autant plus marqué que l'enfant est plus jeune ; la dénutrition du tout petit enfant est extrêmement rapide, car la déperdition en calorique est proportionnelle chez lui au carré de la surface cutanée, et non pas seulement à cette surface elle-même.

H. ESCHBACH (1) (de Bourges) insiste sur les erreurs commises, et sur les moyens de les reconnaître et de les réparer.

(1) *La Pédiatrie Pratique*, 25 juillet 1926.

Une lactation déficiente ignorée de la nourrice, chez l'enfant au sein ; un lait trop coupé ou trop faible, chez l'enfant au biberon, sont la cause habituelle de la sous-alimentation. L'erreur est d'autant plus facile que les bébés insuffisamment nourris sont souvent des « vomisseurs » et que ces vomissements sont mis sur le compte d'une alimentation trop riche. Les vomissements par hypoalimentation s'accompagnent de troubles de l'évacuation intestinale : constipation opiniâtre, ou au contraire selles glaireuses et brunâtres, voire même selles diarrhéiques véritables évacuations « en fusée » de jets d'eau teintés de jaune, verdissant rapidement.

L'enfant maigrit, devient irritable et nerveux, crie nuit et jour, porte sans cesse ses doigts à sa bouche ; la peau, privée de graisse, colle aux muscles du tronc et flotte trop lâche autour des bras et des jambes.

Des nourrices pusillanimes conduisent leurs bébés à la sous-alimentation par crainte de troubles digestifs. Parce qu'un peu de lait est rejeté après les tétées, parce que les selles présentent quelques grumeaux de lait, on réduit progressivement la ration, dans l'espoir que régurgitations et grumeaux disparaîtront. Or, il suffit d'ajouter deux ou trois biberons au lait de la mère si l'enfant est au sein, d'augmenter la ration s'il est au biberon, de mépriser d'insignifiants incidents digestifs, pour que tout rentre dans l'ordre en quelques jours.

L'inanition peut encore résulter d'une intolérance pour le lait employé, ou d'un défaut d'assimilation. Deux nourrissons de même âge sont élevés par la même femme et soumis au même régime : l'un se développe normalement ; l'autre, à 4 mois, et encore à son poids de naissance et présente l'aspect de l'atrophique. Que l'on donne à ce dernier du lait hypersucré ou du lait condensé, on le verra prendre très vite un poids normal.

Un autre type d'atrophie par inanition est consécutif à une atteinte réelle de gastro-entérite. La crainte d'une rechute fait anormalement prolonger la diète hydrique ; on attend que les fonctions digestives soient redevenues normales. Mais du fait même de l'alimentation purement aqueuse, les évacuations intestinales gardent un caractère diarrhéique, et souvent quelques vomissements se produisent. A la première tentative de réalimentation lactée, un peu de lait est rejeté, les selles renferment des grumeaux mélangés à des mucosités. La diète hydrique est alors rétablie, et l'enfant continue de s'étioler.

C'est qu'une alimentation insuffisante reproduit des accidents analogues à ceux de la suralimentation ou des infections digestives. Trop peu nourris, les organes inanitiés sont sans doute incapables d'assurer une digestion convenable : l'estomac, distendu par la gloutonnerie d'un enfant affamé, empli d'air plus que de lait, présente un spasme aérophagique, ne relâche pas son pylore, et se vide en bloc par vomissement ; la muqueuse intestinale à sécrétion déficiente, irritée par le contact des premières matières alimentaires réintroduites, évacue des selles encore glaireuses, liquides, grumeleuses. Si l'on interprète ces troubles comme une rechute de gastro-entérite, on revient à la diète hydrique et l'on aggrave l'état de l'enfant.

En fait, il faut réalimenter de bonne heure ces nourrissons. Sans doute, au cours d'une crise d'entérite, on ne saurait revenir d'emblée à l'alimentation lactée sans s'exposer à des réinfections digestives graves. Mais il est des régimes de transition qui, sans risquer d'être nocifs pour l'enfant, lui apportent les éléments essentiels à la vie. Les bouillons de légumes, décoctions de céréales, eau de riz, ne représentent qu'une diète hydrique déguisée. C'est encore au lait qu'il faut avoir recours, mais à un lait modifié par la fermentation lactique ; les transformations subies par les laits aigres ôtent à cet aliment sa putrescibilité, et lui apportent au contraire des propriétés antiseptiques favorables au milieu intestinal. Le babeurre, le lait caillé, le képhyr peuvent être utilisés très tôt dans ces conditions. Le lait en poudre, le lait condensé représentent encore des formes de lait très modifié facilement utilisables, alors que le lait frais, stérilisé ou homogénéisé, ne l'est pas encore. Les bouillies de farines de céréales fermentées par addition de maltose, à l'eau ou au lait, possèdent une valeur nutritive complète, sont très vite supportées, et peuvent être continuées jusqu'à reprise de l'alimentation normale.

Le nourrisson atteint de troubles dyspeptiques ou infecté par une gastro-entérite aiguë peut et doit être réalimenté de bonne heure ; il reçoit ainsi les principes nutritifs grâce auxquels il cesse de vivre sur ses réserves, et il échappe à cette étape vers la cachexie qu'est l'atrophie par inanition.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le traitement chirurgical des périviscérites adhésives de l'abdomen.

Il y a longtemps que médecins et chirurgiens connaissent l'existence d'inflammations péri-

tonéales chroniques qui tendent à produire des adhérences anormales entre les viscères, mais c'est surtout depuis quelques années que leur fréquence et leurs conséquences ont frappé l'attention de tous ceux qui s'occupent de pathologie digestive. On ne saurait exagérer l'importance de l'étude des *périviscérites abdominales chroniques adhésives*. Elle intéresse le médecin comme le chirurgien : le médecin en raison des difficultés de diagnostic qu'elle permet de résoudre, le chirurgien parce qu'elle soulève d'intéressants problèmes de pratique et conduit à de profitables perfectionnements de techniques.

G. LARDENNOIS (*Journal médical français, février* 1926), étudie des différents types de ces périviscérites, périduodénites, adhérences iléales, péri-colites, péri-sigmoïdites.

Au point de vue du traitement, l'auteur distingue un traitement préventif et curateur.

Traitement préventif. — Il faut faire opérer « opportunément » les appendicites chroniques, cholicystites, ulcères gastriques ou duodénaux susceptibles d'infecter chroniquement le péritoine.

Traitement curatif. — Ce serait une grande erreur de croire que tous les cas de périviscérite relèvent nécessairement de la chirurgie. Beaucoup de cas d'adhérences restent silencieux et sans complications. Dans nombre de cas légers une cure médicale méthodique avec atropine, génésérine, une diète bien comprise, le repos prolongé surtout, l'engraissement donnent des résultats entièrement satisfaisants.

Dans certains cas la diathermie, les rayons infra-rouges, la galvanisation ont remporté des succès convaincants.

En cas d'échec du traitement médical et d'aggravation de la situation, force est de recourir au traitement chirugical.

L'expérience montre que le traitement chirurgical peut guérir la plupart des périviscérites même graves, mais il faut : 1° des précautions minutieuses ; 2° un traitement médical consécutif ; 3° beaucoup de temps.

A part les sections simples de brides épiploïques et les dégagements d'adhérences très limitées, on doit considérer une opération pour adhérences comme une intervention importante. Il faut une préparation soignée pour être sûr d'*opérer à froid*, condition capitale de succès.

On se trouvera bien d'exiger, dans les cas sérieux, un repos de plusieurs jours avec glace sur le ventre. L'intestin sera évacué très prudemment sans produire d'entéro-colite par purgation.

On ne passera pas par l'ancienne cicatrice. Les adhérences seront dégagées méthodiquement. On suivra les plans de clivage de manière à libérer les organes sans dépéritonisation et sans diffusion de sang.

Si une adhérence cicatricielle doit être sectionnée, on s'efforcera de recouvrir la surface dépouillée par une plastie séreuse.

Au besoin on utilisera les *greffes épiploïques* libres, en se souvenant que pour être bien tolérées elles doivent être petites et empruntées à des parties saines et minces d'épiploon.

En général le dégagement des adhérences est suffisant pour assurer la guérison, mais il faut employer tous les moyens utiles pour qu'elles ne se reproduisent pas. Certains auteurs ont conseillé de verser de l'huile dans l'abdomen. Mais l'huile provoque la formation d'adhérences. Au contraire le sérum physiologique retarde les coalescences. LARDENNOIS se sert habituellement d'un sérum isotonique fait de chlorure de sodium de chlorure de calcium et de chlorure de magnésium.

CARNOT a proposé d'injecter un pneumo-péritoine, surtout pour éviter les adhérences à la paroi.

L'intervention terminée, l'apposition d'une vessie de glace durant les trois premiers jours, en même temps qu'elle diminue la douleur, doit éviter la congestion exsudative de l'intestin.

La pratique semble se répandre d'utiliser, dès les premières heures qui suivent l'opération, la diathermie et les rayons infra-rouges ; les résultats à en attendre ne sont pas encore contrôlés.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Compte rendu de mission en Extrême-Orient. — M. ACHARD, de retour du Japon, conte les différentes suggestions qu'il a inspirées aux médecins japonais, son désir de voir des relations scientifiques plus suivies s'établir entre les deux pays, de recevoir en France des groupements de médecins japonais. Il a montré l'esprit de la médecine française qui place toujours la clinique au premier plan, et il a fait un certain nombre de conférences sur l'insuffisance glycolytique et divers autres sujets. Il remercie toutes les personnes qui se sont intéressées à sa mission et en ont favorisé l'accomplissement, En Chine, l'enseignement médical est loin d'être aussi bien organisé et les étudiants en médecine

y sont peu nombreux. En Indochine, au contraire, les formations sanitaires sont infiniment plus développées. Des médecins annamites instruits à l'Ecole de Médecine de Hanoï, apportent une aide précieuse à leurs confrères français.

Augmentation de la consommation du poisson. — MM. Loir et Legangneux (du Havre).

M. le Président lit une notice nécrologique sur M. Petrini Galatz, membre correspondant étranger.

12 octobre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 octobre 1926.

Acrocéphalie avec limitation de l'extension du coude. — M. Apert rapporte des nouvelles observations d'acrocéphalie avec limitation de l'extension du coude.

M. Léri a observé cette limitation dans d'autres malformations congénitales.

L'encéphalite aiguë post-vaccinale. — M. Comby a observé chez une petite fille un état méningitique avec syndrome encéphalitique après la vaccination Jennérienne. Cette encéphalite s'améliora rapidement et guérit sans séquelle. Il existe d'autres faits semblables après la vaccination.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Deux observations de coxa vara de l'adolescence. — M. Sorrel rapporte deux observations de M. Delahaye concernant : la première un enfant de quatre ans, atteint de coxa vara en évolution, avec décalcification de la tête et du col. Traitement par la méthode dite de réinfraction, occasionnant un décollement épiphysaire. Résultat final mauvais avec accroissement du raccourcissement et raideur articulaire.

Le deuxième cas concerne un enfant de 17 ans, avec coxa vara arrêtée dans son évolution : traitement par ostéotomie oblique sous-trochantérienne ; excellent résultat.

M. Sorrel se montre ennemi de la réinfraction, et lui préfère, soit la méthode de Whitemann patiemment appliquée, soit mieux, quand la coxa vara a terminé son évolution, l'ostéotomie sous-trochantérienne.

Un cas de suppuration pleuro-pulmonaire guérie par décollement pleuro-pulmonaire. — M. Roux-Berger rapporte une observation de M. Moiroud (de Marseille) concernant une jeune fille de 20 ans, présentant des signes de suppuration à la base du poumon droit, avec cavité décelable sous l'écran. Pas de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Après plusieurs tâtonnements thérapeutiques, et l'échec d'un pneumothorax, l'intervention est décidée.

Résection de la 5e côte, décollement pleuro-pulmonaire. Guérison.

Ce traitement semble applicable à de nombreux cas de bronchites chroniques et de dilatations bronchiques, sous réserve d'un diagnostic précoce.

Plaies des hypocondres par balle de revolver. — Trois observations de M. Moiroud en sont rapportées par M. Roux-Berger. Dans un cas, mort par plaie de la face postérieure du foie passée inaperçue. Dans deux autres cas, on constate, avec d'autres lésions, une double perforation, antérieure et postérieure du deuxième duodénum. Suture après décollement duodéno-pancréatique, sur l'intérêt duquel insiste le rapporteur. Guérison.

Des indications de l'incision para-péritonéale de Bazy. — M. Lawedski (de Varsovie) fait un plaidoyer en faveur de cette incision, non seulement dans les interventions portant sur le rein ou le pédicule rénal, mais encore dans un certain nombre d'interventions sur le foie ou même le côlon, dont il rapporte des observations personnelles.

Un cas de phlegmon profond de la jambe dû à la diphtérie. — M. Abadie (d'Oran) rapporte une observation personnelle ayant trait à un malade, en convalescence d'angine suspecte, atteint de gonflement douloureux de la jambe, avec état général sévère.

A l'intervention, on constate une infiltration purulente des muscles au niveau de la loge antéro-externe de la jambe. Drainage. Pas d'amélioration. Quinze jours plus tard, apparition, sur les bords de la plaie opératoire, de fausses membranes, au niveau desquelles on constate la présence de bacilles de Klebs Loëffler. A la même date, apparition chez l'infirmière d'une angine diphtérique grave.

Sérothérapie. Guérison du malade.

M. Lecène n'admet pas l'origine diphtérique du phlegmon, et croit à la diphtérisation secondaire de la plaie par l'infirmière. Il conteste la valeur scientifique d'un examen bactériologique tardif.

M. Bazy s'associe aux restrictions de M. Lecène.

Présentation de malades. — M. Baumgartner : malade opéré pour rupture du ligament croisé antérieur du genou, par transplantation d'un lambeau de fascia lata. Excellent résultat fonctionnel.

M. Roux-Berger. — Malade opéré par M. Houdard pour luxation récidivante de l'épaule, par allongement de la coracoïde. Guérison après cinq mois.

13 octobre 1926. E. Theillier.

BIBLIOGRAPHIE

Cancer. Généralités, par P. MÉNÉTRIER, *professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin à l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de Médecine.* Deuxième édition. Revue et considérablement augmentée, 1 vol. 432 pages avec 345 fig. Prix 48 francs.

Le livre de M. MÉNÉTRIER est bien l'ouvrage le plus travaillé, le plus consciencieux, le plus riche en une documentation impartiale. L'auteur tient à être complet. Il cite aussi bien les partisans de l'origine irritative du cancer, que les partisans de l'origine infectieuse. On sait qu'il est un ardent convaincu de l'origine irritative. Les cancers du goudron, des radiodermites, lui donnent jusqu'à un certain point raison. Mais l'irritation n'est pas tout. Le goudron, la radiodermite, sont loin d'aboutir fatalement au cancer. Il faut le germe encore inconnu du mal pour achever les dégâts. S'agit-il d'un virus filtrant ? En tout cas, les deux camps opposés n'ont pas rendu les armes. Les anatomo-pathologistes maintiennent leurs positions sur la nature irritative ; les cliniciens demeurent convaincus de l'origine parasitaire. Comme nous l'avons établi, il y a plus de trente ans, le cancer primitif apparaît surtout dans les localités boisées, humides, situées le long d'eaux stagnantes. Pourquoi cette fréquence accrue dans ces régions ? Depuis, on a appris que les souris et les rats, à partir de l'âge de trois ans, sont atteints de cancers de la mamelle dans la proportion de 70 %. Les eaux, le cresson, les légumes qui poussent à ras de sol, sont-ils souillés par le passage des rongeurs malades et la tumeur maligne dont ils sont atteints pourrait-elle de cette façon se transmettre à l'homme ?

Nous avons établi jadis, la grande fréquence des jardiniers qui mouraient cancéreux. Les statistiques allemandes ont confirmé ce fait. Or, la mortalité par cancer chez les jardiniers ne figure pas dans le tableau que cite M. MÉNÉTRIER des diverses professions qui paient leur tribut à la maladie. L'avenir décidera. Même si la théorie parasitaire, comme nous l'attendons, est un jour établie sur des bases irréfutables, le livre de M. MÉNÉTRIER n'en conservera pas moins sa haute valeur. Il représente la meilleure mise au point actuelle de la question. On ne défend pas, d'autre part, avec plus de talent, une théorie dont les fondements chancellent chaque jour davantage sous les assauts de la clinique. C. F.

Annales de l'Institut d'Actinologie. — O. DOIN, édit.

Une nouvelle revue concernant les rayons ultra-violets (actinologie) paraît sous la direction de MM. SAIDMANN, DUFESTEL, COLANERI, ROBINÉ. Dans le premier numéro, articles de MM. les Prs JEANSELME, LEGUEU, GOUGEROT. Applications des rayons ultra-violets dans les prurits (CHARBONNIER), la sclérose en plaques (M. LINET) etc., etc. Fascicule abondamment pourvu et nourri de notions utiles au praticien. Nous souhaitons bonne chance aux *Annales de l'Institut d'Actinologie.*

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les alcalins dans l'hyperchlorhydrie et quelques affections gastro-intestinales.

On connaît bien aujourd'hui l'action du chyme gastrique sur le mécanisme de l'évacuation stomacale : les méthodes des fistules duodénales et la radioscopie ont montré que l'estomac se vide *progressivement* et par *intermittence*, sans intervention des ondes musculaires gastriques.

La cause de l'évacuation paraît devoir être attribuée à un relâchement du pylore, relâchement provoqué par l'action du chyme acide sur la muqueuse gastrique prépylorique.

L'acide, agissant ensuite sur la muqueuse duodénale, provoque secondairement une contraction du pylore, et celui-ci ne s'ouvre à nouveau que lorsque les sécrétions alcalines déversées dans le duodénum ont neutralisé l'acidité du chyme.

L'acidité du chyme gastrique apparaît donc comme nécessaire aux phénomènes de l'évacuation gastrique.

De ce mécanisme physiologique résultent certains des troubles constatés en cas d'hyperacidité chlorhydrique, troubles qui peuvent être ramenés à trois groupes :

1° Entrave de l'action des ferments gastriques ;

2° Diminution de l'élaboration des hydrates de carbone par les ferments gastriques ;

3° Exaspération de la sensibilité gastrique et exacerbation du spasme pylorique entravant l'évacuation normale de l'estomac.

Quel traitement convient-il d'instituer?

La première idée qui se présente à l'esprit est de saturer les acides gastriques en excès par des alcalins. D'où la vogue ancienne et passagère du bicarbonate de soude.

On s'est vite aperçu, en effet, que d'une part il fallait des doses énormes de bicarbonate de soude pour faire diminuer le taux de l'acidité et que, d'autre part, si cette diminution était immédiate, elle n'était que momentanée.

C'est pourquoi la méthode des alcalins fut absolument abandonnée par certains auteurs, qui lui substituèrent le régime déchloruré, afin de diminuer l'élaboration de l'acide chlorhydrique en diminuant les apports de chlore à l'organisme.

Les effets du régime déchloruré furent indéniables, mais lents, et bien vite on se rendit compte que le régime déchloruré n'excluait pas le traitement par les alcalins ; *à un malade qui souffre, il faut en effet une action thérapeutique immédiate* en attendant que le traitement général ait eu le temps de produire son action. (*A suivre*).

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : CH. FIESSINGER
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon. — Ch. Achard.

Syndrome de Recklinghausen et altérations du squelette.

Vous avez sous les yeux, au n° 9 de la salle Barth, un malade de 69 ans qui présente des symptômes complexes et particulièrement des déformations osseuses, dont la plus apparente est l'aspect singulier de son crâne. Ces déformations appartiennent à des types divers, parmi ceux que distinguent les decriptions de la pathologie, et, par suite, elles fournissent l'occasion de discuter les rapports mutuels de ces divers types. Il faut bien avouer, d'ailleurs, que la pathologie médicale du système osseux reste encore assez confuse. N'englobe-t-elle pas sous le nom de rhumatismes des ostéopathies de formes et de causes probablement très différentes ? N'applique-t-on pas les mots d'ostéoporose et d'ostéomalacie à des cas également différents par leurs causes ?

Si, d'autre part, l'on envisage les ostéopathies, non plus du point de vue de la pathologie spéciale, qui distingue des types cliniques et étiologiques, mais du point de vue de la pathologie générale qui recherche la nature des processus pathologiques frappant le système osseux et y déterminant des lésions diverses suivant cette nature de processus, les incertitudes et les confusions ne sont pas moindres.

Deux ordres d'altérations osseuses peuvent être surtout envisagées.

Le tissu osseux peut être formé avec excès, soit qu'il s'agisse d'un excès de croissance qui n'intéresse pas seulement le squelette, mais les parties molles, soit qu'il s'agisse d'un excès de calcification osseuse, d'une condensation de tissu osseux, localisée ou plus ou moins étendue.

Inversement, le tissu osseux peut se former insuffisamment, par un arrêt de croissance qui porte également sur les parties molles. Il peut aussi être imparfaitement calcifié, ou diminué dans sa densité par la prédominance relative du tissu spongieux sur le tissu compact, ce qui constitue la raréfaction osseuse.

On peut donc, dans les processus pathologiques du système osseux, discerner des troubles de la croissance des os, qui s'accompagnent de troubles parallèles des parties molles, et des troubles de la structure osseuse, qui sont de deux ordres : ostéite condensante et ostéite raréfiante.

Il y a, d'ailleurs, et plus souvent peut-être qu'on ne le remarque généralement, des combinaisons possibles de ces deux ordres d'altération de structure. On voit dans le rhumatisme chronique des calcifications excessives en même temps que des raréfactions osseuses. La maladie de Paget, qui provoque une néoformation de tissu osseux, une ostéite productive, forme surtout un tissu raréfié, mais parfois on y observe aussi des os plus denses et calcifiés à l'excès.

Les causes des ostéopathies étudiées dans la pathologie spéciale restent pour la plupart inconnues. Le mécanisme de leur action n'est pas beaucoup plus clair. En ce qui concerne la croissance, on a fait aux produits endocriniens une large place, mais bien incomplètement remplie jusqu'ici. Il est difficile de ne pas faire intervenir dans leur genèse le système nerveux, auquel revient, en définitive, la coordination des actes qui président à la morphogenèse normale. En ce qui concerne les altérations de structure, il y a des actions locales, traumatiques, infectieuses, irritatives ; il y a des actions plus générales qui se font sentir sur des parties plus ou moins étendues du squelette et engendrent des ostéopathies diffuses ou systématiques.

Ces dernières sont peut-être les plus intéressantes en ce qui concerne la discussion de leurs types cliniques, de leur cause et du mode d'action de ces causes.

Le cas dont je veux vous parler se prête précisément à une discussion de ce genre.

Ce malade n'a pas seulement des altérations du squelette. L'examen objectif de son corps montre aussi des lésions cutanées qui sont très apparentes.

Sur le tronc et la racine des membres se voient disséminées des taches pigmentaires dont la teinte varie du bistre à la couleur du café au lait. Elles existent depuis l'enfance. La plus large siège à l'hypochondre droit ; elle a les dimensions de la paume de la main, elle est allongée transversalement ; son contour est irrégulièrement découpé; sa surface est parsemée de points plus foncés. D'autres taches plus petite sont des dimensions variant de celles d'une pièce de 50 centimes à celles d'une pièce de 2 francs. On en compte 3 au flanc gauche, 4 à l'hypogastre, 5 à la région dorsale, 3 sur les fesses, 3 sur la cuisse droite, 3 sur le bras gauche. De plus, la poitrine est constellée de petites taches punctiformes ou lenticulaires, et, dans le dos, la trace des ventouses est fortement pigmentée. Au contraire, la face, le cou, les segments distaux des membres, les organes génitaux sont indemnes de pigmentations. Il n'y en a pas non plus sur la muqueuse buccale.

Outre les pigmentations anormales, le tégument de ce malade présente encore de nombreuses tumeurs. La plus grosse, du volume d'une petite mandarine, se trouve à la région dorsale, à la base de l'hémithorax droit, entre la pointe de l'omoplate et le rebord costal. Elle est formée d'une masse mollasse, vaguement lobulée, très mobile sous la peau et sur les plans profonds. A sa surface, la peau, trop large, forme un ample repli retombant en besace comme dans la ptose mammaire : c'est ce qui caractérise la dermatolyse. Sur cette peau qui recouvre la tumeur on remarque la saillie de plusieurs molluscums agminés.

Parmi les autres tumeurs, moins volumineuses, on en voit du type du molluscum pendulum, sur la poitrine, quelques-unes dans le dos, une à la tempe droite, une autre plus volumineuse, grosse comme une noisette, à la fesse droite. D'autres tumeurs sont encastrées dans le derme : quelques-unes font une légère saillie et donnent à la peau une teinte légèrement bleutée ; d'autres ne sont perceptibles que par une palpation attentive, comme de petits nodules de consistance ferme et bien limités. M. Mouzon en a compté 3 sur la poitrine, 8 dans le dos, 1 sur le moignon de l'épaule droite, 1 sur le bras droit, 2 sur l'avant-bras droit, 3 sur l'avant-bras gauche, 2 sur la cuisse gauche, 3 sur la cuisse droite, 1 sur le mollet droit, 1 dans le cuir chevelu au niveau du lambda.

Toutes ces tumeurs cutanées sont apparues, ou ont été remarquées après les taches pigmentaires, entre 25 et 30 ans, et se seraient peu à peu développées et multipliées.

Cette coexistence de tumeurs cutanées ou sous-cutanées avec des taches pigmentaires constitue l'élément essentiel de ce qu'on appelle la neurofibromatose, ou encore la maladie ou le syndrome de Recklinghausen. Les tumeurs sont de types divers, mais souvent de celui du molluscum pendulum, et il n'est pas rare non plus, que l'une d'elles, comme chez notre malade, l'emporte de beaucoup par son volume : c'est ce qu'on appelle la tumeur majeure, ou la tumeur royale. La structure de ces tumeurs est variable : on n'y trouve pas toujours les caractères du neurofibrome proprement dit ; l'élément nerveux n'y est pas toujours décelé ; les divers types du tissu conjonctif peuvent s'y rencontrer.

Mais il y a encore, dans le syndrome de Recklinghausen, un troisième élément : il consiste en des signes de dégénérescence, physique et psychique.

Parmi ces signes, figurent des anomalies de développement, des dystrophies, des altérations du squelette dont la plus fréquente paraît être la cyphoscoliose.

Or, ces troubles ne font pas défaut chez notre malade ; mais ils présentent une importance et une variété qui ne semblent pas permettre de les rattacher tous au seul syndrome de Recklinghausen.

Ce qui frappe le plus quand on regarde cet homme, c'est l'aspect de son crâne, fortement dolichocéphale et très haut : c'est ce qu'on a désigné sous le nom de « crâne en tour » ou acrocéphalie. Le front s'élève verticalement, les régions de la suture métopique et de la suture interpariétale sont saillantes en forme de carène ; le bregma se perçoit comme une petite surface déprimée, à la façon d'une fontanelle, mais dont le fond est résistant. Voici les principales dimensions de ce crâne, mesurées avec soin par M. Mouzon :

Diamètre transversal maximum : 153 mm.

Diamètre antéro-postérieur maximum : 217 mm.

Indice céphalique $\frac{(\text{diamètre transversal} \times 100)}{(\text{diamètre antéro-postérieur})} = 70{,}5$ (norm. 77 à 80).

Courbe ponto-cérébrale (de la glabelle au bregma) : 162 mm. (norm. 120 mm.)

Distance de la glabelle au bregma : 151 m.. (norm. 110 mm.).

Elles indiquent, en somme, la prédominance des dimensions en hauteur et d'avant en arrière.

A la face, on ne remarque d'autre déformation du squelette qu'un peu de prognathisme inférieur.

Le dos est voûté par suite d'une cypho-scoliose à grand rayon, irréductible, mais peu douloureuse.

Le bassin est large et évasé.

Les mouvements des épaules sont difficiles et douloureux : ceux d'abduction et de circumduction passive sont très limités, l'omoplate se trouvant très vite entraînée par un mouvement de sonnette. De même la mobilité des hanches est très réduite : la rotation, l'abduction, l'adduction, l'extension et la flexion extrêmes sont difficiles et douloureuses. Quant aux mouvements des coudes, des petites jointures des mains et des pieds, ils sont libres ; ceux des genoux, quoique libres, s'accompagnent de quelques craquements.

Cependant l'adduction des cuisses n'est pas limitée seulement par l'ankylose des hanches : même alors que les pieds sont en contact et les genoux en extension dans la station verticale, un écartement de 4 centim., 5 persiste entre les deux genoux, et les membres inférieurs sont en parenthèses. Cette déformation résulte d'une incurvation des deux fémurs, à convexité externe, et principalement du fémur gauche. Au palper, d'autre part, on sent les diaphyses fémorales notablement

épaissies. Il en est de même au tibia gauche, dont la face interne est plus épaisse, plus saillante et plus rugueuse qu'au tibia droit. En outre, la température locale, à la face interne de la jambe gauche, est plus élevée que de l'autre côté.

Aux bras et aux avant-bras on ne remarque pas de déformations analogues ni d'épaississements des os. Toutefois la clavicule gauche est manifestement plus large et plus saillante que la droite, qui déjà est volumineuse.

Ces diverses anomalies du squelette, qui intéressent le crâne, le rachis et les membres, ne sont pas contemporaines. L'acrocéphalie a toujours existé, de même que le léger prognathisme inférieur qui se retrouve aussi sur une photographie de la mère du malade. L'enfance avait été maladive et, après une fièvre typhoïde à l'âge de 3 ou 4 ans, le développement a été retardé. De plus, dans l'enfance, le malade était sujet à des poussées de « gourme » ; il ne suivait qu'irrégulièrement l'école, apprenant à peine à lire et écrire. A 14 ans, il bégayait. Plus tard, il fit l'apprentissage de plusieurs métiers, sans parvenir à en apprendre un et vécut d'expédients toute son existence. Quand il passa devant le conseil de revision, il fut exempté du service militaire en raison de son développement imparfait. Sa taille était alors de 1 m. 53 ; actuellement elle n'est plus que de 1 m. 42, ce qui tient à l'accentuation de la cyphose, qui néanmoins existait déjà dans le jeune âge.

Mais les déformations des membres inférieurs, et vraisemblablement celle de la clavicule gauche, sont beaucoup plus récentes et ne datent guère que de 4 ans. Elles ont été précédées, quelques années avant, de douleurs dans la région lombaire et dans les membres. Le malade, comme le cas est si fréquent, attribue ces douleurs, et les déformations consécutives, à des traumatismes successifs. En 1913, il a été renversé par un tricycle et été traité pendant deux mois à l'hôpital de la Charité pour une blessure de la région coccygienne et des douleurs lombaires. Depuis, la marche a toujours été difficile et aujourd'hui le malade ne peut se passer d'une canne. Il a fait ensuite plusieurs chutes, nécessitant des séjours à l'hôpital Tenon. En 1920, il a été opéré pour des varices de la jambe gauche, qui s'étaient compliquées d'ulcères variqueux. Actuellement, il se plaint de douleurs dans les reins, les épaules, les membres inférieurs, à la fois dans les articulations et dans la continuité des membres. Ces douleurs sont continues, gênent le sommeil, rendent la marche de plus en plus pénible, mais ne s'exagèrent ni par les mouvements ni par la pression des os.

Il y a lieu, vous le voyez, de distinguer, d'après l'évolution clinique, deux ordres de déformations de squelette. Les unes sont congénitales : ce sont l'acrocéphalie et le prognathisme ; ou liées au développement comme la scoliose. Les autres sont tardives, s'accompagnent de douleurs et sont progressives : ce sont celles des membres.

Or, s'il est vrai que certains dystrophies osseuses puissent relever des manifestations de dégénérescence qu'on observe très fréquemment dans la maladie de Recklinghausen et qui en forment l'un des éléments principaux, on ne saurait y rattacher, à mon avis, chez notre malade, celles qui sont de date récente, qui sont douloureuses et progressives.

Ces déformations tardives ont d'ailleurs, des caractères cliniques qui permettent de les rapporter au syndrome ostéopathique connu sous le nom de maladie de Paget. Le malade en a bien les jambes en parenthèses, l'épaississement des os des membres inférieurs, l'hypertrophie claviculaire, et de plus les douleurs osseuses, avec élévation de la température locale du côté le plus atteint. Il est difficile de préciser si le crâne participe au processus de l'ostéopathie de Paget, en raison de l'acrocéphalie congénitale. Le malade n'a pas remarqué que sa tête se soit élargie ni qu'il ait dû changer ses chapeaux. La surdité dont il est atteint et qui n'est pas exceptionnelle dans la maladie de Paget, ne paraît pourtant pas due à des modifications craniennes, car l'examen otologique a montré des altérations de l'oreille moyenne (1).

L'examen radiologique du squelette ne pouvait manquer d'être intéressant, car les altérations provoquées par la maladie de Paget ont, sous ce rapport, des caractères assez particuliers.

Or, le crâne, sur les radiographies, présente l'aspect ouaté, qui est l'un des attributs de la maladie de Paget. Les impressions digitales y sont très marquées sur le frontal et le pariétal. Le sinus sphénoïdal est faiblement développé.

On peut donc conclure que, outre les déformations congénitales de l'acrocéphalie, les os du crâne ont les caractères pathologiques de la maladie de Paget.

La clavicule gauche apparaît très épaissie.

Il en est de même des deux fémurs et du tibia

(1) L'examen fait par M. Baldenweck a permis de constater une surdité de transmission, avec perte des sons graves, conservation des sons aigus, augmentation de conduction osseuse, et légère diminution de l'excitabilité vestibulaire aux épreuves rotatives, surtout à gauche.

L'examen ophtalmologique, a montré des taies cornéennes et de la sclérose cristallienne, sans altération du fond de l'œil.

gauche, dont le contour a un aspect flou et rugueux, dont la diaphyse est incurvée.

Le bord de ces os est un peu irrégulier et légèrement dentelé, le canal médullaire se distingue mal.

De plus, les têtes fémorales sont déformées par des ostéophytes qui soudent les interlignes coxo-fémoraux. On remarque que la substance osseuse de toute l'extrémité supérieure des fémurs présente un aspect spongieux et floconneux.

Vous voyez que, grâce aux détails plus précis fournis par la radiographie, l'on peut distinguer chez ce malade des modifications squelettiques liées à la dégénérescence, c'est-à-dire à des imperfections de développement, portant sur la forme et les dimensions des os, et des altérations de la structure du tissu osseux : les premières chez cet homme paraissent congénitales et fixées d'une façon quasi définitive, les secondes, plus tardives, poursuivent leur évolution.

Cette question me paraît présenter quelque intérêt, parce que l'on a décrit dans la neurofibromatose de Recklinghausen des modifications du squelette qu'on a considérées comme des manifestations de cette maladie. Encore conviendrait-il de distinguer celles qui sont les effets de la même cause, d'ailleurs encore inconnue, et celles qui sont les conséquences des tumeurs.

Dans une leçon précédente sur la maladie de Recklinghausen (1), j'ai rappelé plusieurs de ces modifications squelettiques, la cypho-scoliose, l'ogive palatine, les absences ou atrophies de diverses parties du système osseux. Récemment elles ont été étudiées avec plus de détails par Puech (de Montpellier) (2).

Il paraît légitime de rapporter à l'imperfection du développement, avant ou après la naissance, la cypho-scoliose et les modifications corrélatives de la conformation thoracique, le spina-bifida occulta, l'asymétrie faciale, le prognathisme et l'ogive palatine, l'hydrocéphalie, les « grosses têtes bizarres » de Menke, la torsion du crâne sur son axe avec atrophie cranio-faciale (Benaky, Holea, Bennati) (3), diverses malformations frontales et orbitaires (Milian et Lyvé), le crâne en tronc de cône ou en pyramide à quatre faces (Jeanselme), l'absence ou l'atrophie de certains os des membres, la réduction de la taille.

Ces troubles morphologiques peuvent s'accompagner d'une modification de texture et l'on a signalé des lésions qui rappellent l'ostéoporose et l'ostéomalacie : dans les cas d'Hoisnard, de P. Marie et Couvelaire, les os étaient mous et friables, le tissu osseux s'écrasait sous la pression. Gould a trouvé du tissu ostéoïde (1).

Mais on peut rencontrer dans la maladie de Recklinghausen, d'autres altérations des os, dont le mécanisme n'est pas le même.

Au voisinage des tumeurs on a trouvé des altérations localisées des os sous-jacents. Laignel-Lavastine et Frœhlicher, Regnard et Didier, A. Marie, Babonneix, Touraine et Pollet, en ont observé (2). On a vu aussi, en même temps que se développaient et se multipliaient les tumeurs, des altérations squelettiques apparaître ou s'aggraver (Souques, Alajouanine, Lermoyez, Puech et Adrian) (3). Dans les cas de ce genre, on peut songer à des troubles de la nutrition osseuse par altération des nerfs trophiques consécutivement au développement des neurofibromes, ou à la formation métastatique de tumeurs dans les os. Il en peut résulter des fractures spontanées (Desgouttes et Martin) (4).

Un autre groupe d'altérations osseuses ne paraît imputable, ni à ce mécanisme, ni à l'imperfection du développement. Ce sont les cas d'acromégalie associée (5), dont j'avais mentionné plusieurs observations publiées et dont quelques autres ont été rapportées depuis ; peut-être s'agit-il de tumeur neuro-gliomateuse de la région infundibulaire, mais

(1) Ch. Achard. *Clinique médicale de l'hôp. Beaujon*, 1923.

(2) A. Puech. Les manifestations osseuses dans la neurofibromatose. *Paris médic.*, 12 déc. 1925, p. 502.

(3) Benaky. *Arch. de dermat. et de syph.*, 1907, p. 636. — Holea. *Rif. med.*, 9 nov. 1908, p. 1243. — Bennati. *Ibid.*, 1901, p. 189.

(1) Gould. *Quart. Journ. of. med.*, avril 1918, p. 221.

(2) Laignel-Lavastine et J. Froehlicher. Maladie de Recklinghausen avec dermatolysie. Soc. de Neurol. 6 mars 1924. *Rev. neurol.*, 1924, p. 379. — M. Regnard et R. Didier. *Ibid.* 3 avril 1924, p. 460. — A. Marie. Soc. clin. de méd. ment., 4 avril 1924. — Babonneix, Touraine et Pollet. Contrib. à l'étude des lésions osseuses dans la maladie de Recklinghausen. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 18 déc. 1925, p. 1601.

(3) Souques, Alajouanine et J. Lermoyez. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 30 déc. 1921, p. 1729. — C. Adrian. Ueber Neurofibromatose und ihre Komplicationen. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1901, Bd 3, p. 1, obs. V.

(4) Desgouttes et Martin. Soc. de chir. de Lyon, 3 févr. 1921. — Patel. *Ibid.*, 3 déc. 1925.

(5) Mossé et Cavalié. 8e *Congr. franç. des méd. alién. et neurol.*, Toulouse, août 1897. — E. Feindel et Froussard, *Rev. neurol.*, 30 janv. 1899, p. 45. — Perthes et Piollet, *Gaz. des hôpit.*, 4 déc. 1902, p. 1345. — A. de Castro, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-févr. 1912, p. 41 et 1916-17, p. 34 ; Coexistencia de doença de Recklinghausen con acromegalia. *Notas e observaçoe clinicas*, Rio-de-Janeiro, 1921, p. 9 et 15. — G. Wolfsohn et F. Marcuse, *Berl. klin. Wochenschr.*, 23 mai 1912, p. 1088. — Ormond, Case of Recklinghasuen's discase with aeromegaly. *Proc. of the roy. Soc. of med.*, 17 juin 1920, p. 125. — H. W. Bartew et M. Shaw, *Ibid.*, 6 févr. 1922. — Louste, Caillau et Darquier, Soc. de dermatol., 12 févr. 1925, p. 54.

c'est alors une dystrophie secondaire à des altérations nerveuses.

Les cas de rachitisme, d'hyperostoses syphilitiques relèvent évidemment de causes associées et ne sont que des coexistences morbides.

Enfin, l'interprétation est beaucoup plus délicate dans les cas où l'on observe des hyperostoses plus ou moins circonscrites : élargissement de l'extrémité inférieure du tibia (REGNARD et DIDIER), augmentation du volume de la jambe et du pied (A. MARIE). Ces cas sont rares et l'on ne peut guère, en l'état actuel, en proposer une pathogénie.

Chez notre malade, comme je vous l'ai montré, les caractères de la maladie de PAGET sont suffisamment nets pour qu'on puisse dire que cet homme est atteint à la fois de la maladie de RECKLINGHAUSEN et de la maladie de PAGET.

Il y aurait maintenant à discuter les rapports de ces deux syndromes ; malheureusement nous ignorons la cause de l'un et de l'autre, de sorte que la discussion serait vaine.

Chez notre malade, on ne relève rien d'intéressant sous ce rapport. Emphysémateux et sujet aux poussées de bronchite diffuse, il est athéromateux et ses artères temporales font saillie, mais sa tension artérielle n'est pas excessive (14-9). Il n'a pas de signes de syphilis héréditaire ou acquise et la réaction de WASSERMANN est négative. Il n'y a rien, vous le voyez, qui puisse nous éclairer sur les relations éventuelles des deux syndromes qu'il présente.

Toutefois, il paraît établi que la maladie de RECKLINGHAUSEN, a souvent une origine congénitale et apparaît dans le jeune âge, tandis que la maladie de PAGET est souvent tardive. S'ensuit-il qu'on doive considérer celle-ci comme une manifestation de celle-là ? Cette conclusion ne serait pas légitime. S'il est possible qu'une tumeur de RECKLINGHAUSEN altère quelque organe endocrine ou quelque centre nerveux, dont le trouble tienne sous sa dépendance, la maladie de PAGET, ce n'est qu'une hypothèse encore privée de toute démonstration. D'autre part, on peut penser que ces deux syndromes si souvent indépendants l'un de l'autre, ne sont pas unis par les liens d'une parenté directe, en ligne descendante, mais par ceux d'une parenté collatérale et dérivant tous deux d'un même cause pathogène. Mais là encore, il faut l'avouer, nous en sommes en pleine hypothèse.

Ne nous hâtons donc pas, et ce sera ma conclusion, de tenir les altérations osseuses de ce malade pour des manisfestations de la maladie de RECKLINGHAUSEN. Si le principe est bon de ne pas supposer plusieurs maladies pour expliquer des symptômes multiples, il ne doit être appliqué qu'avec une certaine critique. Il n'y a, dit-on souvent, pour le clinicien que des malades et non des maladies : il serait plus juste de dire qu'il y a pour lui des malades et des maladies, car il ne saurait connaître ni même examiner les malades sans bien connaître les maladies. Si complexes que soient les symptômes, leur coexistence n'est, sans doute, pas toujours fortuite et le clinicien doit s'appliquer à trouver les liens qui les unissent, en se guidant sur leur pathogénie ; mais il ne saurait oublier que ces relations entre les divers symptômes sont parfois indirectes et que, surtout dans les affections chroniques, plusieurs causes morbides peuvent intervenir dans le cours d'une existence humaine.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN

Luxation récidivante de la rotule.

Il s'agit d'un homme qui a eu des traumatismes successifs du genou, des chutes, une fracture, et surtout qui a présenté une série de luxations de la rotule.

Il est âgé de 29 ans. Pendant la guerre, il présenta, à la suite d'une chute dans un trou d'obus, une fracture longitudinale incomplète de la rotule ; un an après, ayant repris à peu près l'usage normal de son membre, il fit une nouvelle chute, et il en résulta une luxation de la rotule. Puis, de nouveau, presque à chaque instant, il est interrompu dans sa marche parce que son genou se luxe à la suite de faux-pas. Ces luxations se réduisent d'elles-mêmes.

On peut supposer que ce malade a déchiré son aileron rotulien interne. La luxation de la rotule est rare. En dehors des luxations traumatiques, il y a des luxations par effort, par simple contraction musculaire. La luxation de la rotule par contraction musculaire se produit généralement en dehors. Il y a, en effet, normalement, un certain degré de genu valgum, en ce sens que la jambe et la cuisse forment un angle plus ou moins obtus, ouvert en dehors. La rotule étant fixée à la tubérosité antérieure du tibia par le ligament rotulien, et attachée au-dessus au tendon du quadriceps qui représente l'axe de la cuisse, une contraction violente tend à redresser l'angle et à chasser la rotule en dehors.

Il s'agit chez ce malade de l'affection décrite sous le nom de luxation récidivante de la rotule.

On ne constate pas d'épanchement notable, bien qu'on obtienne un choc rotulien ; un peu de choc rotulien ne permet pas d'affirmer l'existence de liquide, parce que l'articulation est lâche et que la rotule se laisse soulever.

C'est toujours en extension que la luxation de la rotule se produit. En flexion, elle s'enfonce dans le creux intercondylien. C'est seulement quand le genou est en extension que la rotule saillante en avant peut être refoulée en dehors par un choc violent sur la partie interne de la rotule; celle-ci déborde alors le bord interne de la trochlée, et si à ce moment se produit un mouvement de flexion, la rotule peut restée déplacée en dehors. C'est la forme typique de la luxation de la rotule.

La rotule, au lieu de se déplacer sur une face, soit interne, soit externe d'un condyle, peut parfois se renverser : ce sont des luxations par rotation ; elles sont beaucoup plus rares.

Notre malade a une luxation récidivante de la rotule. Cette luxation se produit toujours par le même mécanisme : c'est la partie interne de l'articulation qui est trop lâche. Il est donc indiqué de mettre à nu l'aileron interne et de le diminuer, c'est-à-dire d'y faire une série de plis, et d'unir ces plis par des sutures. La partie ligamenteuse interne sera moins longue, et empêchera la rotule de se déplacer en dehors.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La thérapeutique de l'hypertension vue par les médecins américains.

L'extrait de foie dans l'hypertension.

Par M. le Dr Henry Walter (de Vichy).

Au cours d'un récent Congrès aux Etats-Unis (Dallas, avril 1926), la question de l'hypertension artérielle ayant fait l'objet de plusieurs rapports nous croyons intéressant de noter la manière de voir de nos confrères américains à ce sujet ; nous envisageons d'abord le traitement de l'hypertension en général, puis son traitement par les extraits de foie.

Traitement en général.

C'est au rapport de Joseph L. Miller que nous empruntons les données thérapeutiques qui vont suivre.

L'auteur tout d'abord montre la difficulté du traitement d'un état qui n'est nullement une maladie, mais qu'il considère plutôt comme un symptôme au cours d'affections diverses ; symptôme aussi banal, dit-il, que l'est par exemple la fièvre ; symptôme que, étant donné la variabilité de sa cause, il est excessivement difficile de traiter de façon univoque.

Puis il insiste sur la nécessité de la prudence avant d'affirmer l'action hypotensive d'un médicament. La tension artérielle est une chose extrêmement variable, sujette à des différences extrêmes suivant le moment de la journée, suivant les influences physiques ou nerveuses les plus diverses. Quand, dit-il, on suit de façon régulière la tension d'un hypertendu non traité on est frappé des variations de celle-ci. Le repos à lui seul suffit à amener une amélioration importante ; des recherches entreprises à ce sujet ont montré des faits suivants : chez un malade, la tension passe de 244 à 200 mm. après dix minutes de repos ; 10 sujets sur 50 hypertendus examinés ont, après dix à vingt minutes de repos, une chute de pression systolique de plus de 25 mm. Au contraire, une émotion, même minime, amène une augmentation souvent importante : un sujet, à la suite d'une partie de cartes, passe de 170 à 202 mm. L'élément nerveux montre bien encore son importance dans le cabinet du médecin : le malade qui attend avec anxiété la lecture sphygmomanométrique a une tension de 20 à 25 mm. plus élevée qu'au bout de quelques minutes de conversation et de détente nerveuse.

Comme la plupart des recherches thérapeutiques sont faites sur des sujets qui sont mis au repos ; comme, en tout cas, le sujet est rarement soumis pendant une période importante, avant la mise en traitement, à des prises de tension régulières, il est extrêmement difficile de pouvoir avec certitude attribuer à l'agent thérapeutique employé les variations constatées. Si bien que les médicaments dits hypotenseurs ne doivent être que fort prudemment admis comme tels.

Repos. — Quoi qu'il en soit de l'étude des variations physiologiques de la tension artérielle, ce qui paraît indiscutable c'est l'influence bienfaisante du repos ; l'influence malfaisante de la fatigue et des émotions.

Le premier point de la thérapeutique devra viser à imposer au malade le repos aussi bien physique que moral ; et les individus dans les affaires ne pourront espérer un soulagement que s'ils remettent en d'autres mains le souci de leurs entreprises.

Ingestion d'eau. — Il est classique en France de diminuer la quantité de liquide permis aux

hypertendus. Cette façon de voir n'est point admise en Amérique.

Mohr avait d'abord affirmé que l'élimination azotée maxima se produisait avec une élimination de 1.500 cc. ; mais Foster et David ont prétendu que quand l'excrétion urinaire dépassait 2 litres l'excrétion uréique dépassait l'ingestion. En tout cas des recherches ont été faites pour étudier l'augmentation de pression après de considérables ingestions de liquide : Miller et William ont fait prendre par le tube de Rehfuss un litre en quinze minutes sans augmenter la tension ; et 2 litres 1/2 en une heure ne provoquent qu'une élévation extrêmement minime. Aussi a-t-il été admis à présent que les liquides absorbés dans les conditions habituelles ne peuvent élever la tension, et, en l'absence d'œdème, les médecins américains « encouragent l'absorption de l'eau ».

Chlorure de sodium. — L'auteur évoquant rapidement les travaux américains sur le rôle de la rétention chlorurée dans l'hypertension et constatant que ceux-ci sont contradictoires conclut que rien ne prouvant qu'il y ait intérêt à supprimer le sel, il y a au contraire intérêt à ne pas imposer une restriction excessive qui amènerait sûrement un certain degré de dénutrition nullement désirable.

Régime. — Miller rappelle que l'habitude d'éliminer la viande du régime des hypertendus, se base sur la croyance que l'hypertension est toujours associée à la néphrite ; comme en réalité ce n'est pas toujours le cas, il n'y a pas de raison spéciale d'éliminer complètement la viande s'il n'y a pas de rétention uréique. Comme par ailleurs la suppression de la viande est souvent une grosse privation, l'auteur conclut qu'une ration raisonnable de protéines peut être permise, ration qu'il fixe à 150 grammes par jour.

En ce qui concerne le régime, il est plus important d'insister sur sa restriction en général, c'est-à-dire sur la nécessité d'un régime évitant l'obésité.

Il trouve complètement inutile la privation absolue du café et du tabac. Il considère en effet « que le confort » et le plaisir du malade doivent être tenus en considération et que la multiplicité des restrictions dont l'effet hypotenseur n'est nullement prouvé, peut avoir pour résultat inverse de replonger perpétuellement le malade dans un état d'inquiétude concernant sa santé, état qui, lui, certainement serait facteur d'hypertension.

Saignée. — Son effet est tout à fait transitoire et là encore Miller croit que bien souvent la chute observée après une saignée n'est pas une chute normale, mais que la différence notée provient simplement de la petite poussée hypertensive qu'amène bien souvent l'émoi de l'intervention. L'auteur personnellement n'aurait trouvé que 15 mm., comme chute maxima après une saignée de 500 cc. (parmi 4 cas où il croyait avoir pu éliminer le facteur psychique).

Médicaments. — C'est à leur sujet que l'auteur est le plus sceptique parce qu'ils n'atteignent pas la cause de la maladie, lenrs influences sont toujours transitoires et que leurs effets n'ont jamais été correctement observés.

Diathermie. — Même reproche encore. Les chiffres cités par les partisans de la diathermie sont des chiffres de « cure » nullement comparés à des chiffres pris de façon suffisamment prolongée avant que la diathermie n'ait été commencée.

Et l'auteur conclut : « Jusqu'à présent il n'a pas été clairement établi jusqu'à quel point on pouvait obtenir un résultat du traitement de l'hypertension. Les variations extrêmes de la tension obligent à des observations minutieusement contrôlées avant de pouvoir tirer des conclusions sur la valeur d'une méthode de traitement ».

L'extrait hépatique dans le traitement de l'hypertension.

MM. A.-A. James, N.-B. Laughton, A. Bruce Macallum, d'une part, et Ralph H. Major, étaient les rapporteurs de cette question.

Préparation de l'extrait. — Les méthodes en sont variées. La préparation primitive était obtenue par gel et dégel de bouillie de foie en solution de Locke avec séparation ultérieure de protéines et des peptones. Ultérieurement d'autres auteurs utilisent de l'eau bouillante acidifiée à un taux et à un degré donnés ; d'autres pratiquent une précipitation alcoolique. Toute la difficulte réside dans la séparation des protéines et des peptones. De toute façon il faut éviter les oxydations car le principe actif est extrêmement instable. C'est d'ailleurs un des inconvénients du produit qui est de conservation peu durable.

La purification complète n'est d'ailleurs pas toujours sûre ; si bien que les effets hypotenseurs obtenus ont pu être attribues par certaines critiques, à l'histamine, la choline ou les peptones que l'on rencontre dans d'autres extraits d'organes à qui ils communiquaient leurs propriétés hypotensives. Néanmoins il paraît établi que même si le produit n'est pas absolument isolé, ce n'est à aucune de ces impuretés qu'il faut attribuer l'effet

favorable du médicament. Ainsi l'histamine agit sur la pression d'une façon fort dissemblable, et en outre amène des contractions des muscles lisses que ne produit pas l'extrait de foie. Il en est de même pour la choline dont l'action par ailleurs est abolie par l'atropine qui ne supprime nullement l'effet de l'extrait de foie.

Même remarque pour la peptone qui, en outre, amène un choc anaphylactique que ne produit pas l'extrait de foie.

Mode d'action. — H.-A. Clowes et E. Swanson ont établi un index de l'activité du produit ; sachant que la Guanidine est un produit hypertenseur, ils introduisent dans la veine fémorale d'un animal une solution de sulfate de méthyl-guanidine jusqu'à élévation de 20 mm. de la tension ; ils injectent alors par l'autre fémorale une quantité suffisante d'extrait jusqu'à rétablissement de la tension primitive. L'unité qu'ils emploient est la quantité de substance déprimante nécessaire pour neutraliser l'effet hypertenseur d'un milligramme de guanidine chez un animal de 2 kil. 500.

Chez l'animal la chute de tension produite par l'injection est graduelle, progressive, atteignant son maximum souvent plusieurs heures après l'injection ; elle est d'une durée relativement prolongée.

Chez l'homme les résultats sont considérablement plus difficiles, plus délicats à juger, précisément du fait de la difficulté qu'il y a à éliminer toutes les causes d'erreur, c'est-à-dire tous les facteurs capables de faire varier physiologiquement la tension artérielle. Néanmoins dans un nombre formidable de cas les symptômes fonctionnels de l'hypertension sont améliorés ; c'est là le résultat le plus net ; très souvent, en même temps, la tension baisse ; ce n'est toutefois pas toujours la règle ; néanmoins les auteurs ont l'impression d'avoir obtenu avec les extraits de foie des résultats plus importants et plus prolongés qu'avec aucun autre agent thérapeutique.

Les rapporteurs concluent donc à l'intérêt extrême des résultats expérimentaux et à ceux fort encourageants mais néanmoins plus discutables de ceux obtenus chez l'homme.

Au cours de la discussion nombre d'auteurs rapportent les résultats qu'ils ont obtenus avec des extraits de foie venus de laboratoires divers. Leurs observations sont fort variables. Certains rapportent des faits véritablement impressionnants (chute de 24,5-18 à 17-12 se maintenant plusieurs jours) ; d'autres n'ont rien obtenu (comme dans ces cas d'hypertension de la ménopause sans trouble rénal, chez des femmes dont la tension était suivie depuis des années et chez qui on n'observa aucune baisse de la tension artérielle, mais seulement amélioration des troubles fonctionnels dans un cas).

Pour terminer la discussion, le rapporteur conclut que l'extrait de foie est un agent thérapeutique efficace, mais que, comme la plupart des autres produits hypotenseurs il agit dans certains cas, et reste impuissant dans d'autres. Il est impuissant dans les tensions irréductibles, anciennes, « fixées » ; il donne au contraire des résultats satisfaisants chez les jeunes sans artério-sclérose avec reins normaux, urines sans cylindres et seuils rénaux sans changement. En tout cas la thérapeutique par l'extrait de foie est un sujet à l'étude qui jusqu'à présent donne indiscutablement des résultats, plus d'ailleurs en ce qui concerne les symptômes fonctionnels, qu'en ce qui concerne l'hypertension.

FORMULES

Acné vulgaire.

Le matin lavage énergique avec de l'eau très chaude et du savon de Marseille. Laisser sécher la mousse, puis laver à l'eau chaude.

Dans le jour, frictions à deux ou trois reprises avec le mélange :

Résorcine	1 gr. 75
Acide tartrique	1 gr.
Acide salicylique	1 gr. 50
Liqueur d'Hoffmann	40 gr.

Le soir applications avec la pommade :

Acide salicylique	1 gramme
Soufre précipité et lavé	4 grammes
Lanoline	32 —
Vaseline	8 —

ou avec la lotion :

Soufre précipité	6 grammes
Talc pulvérisé	2 —
Glycérine	60 —
Eau de roses	120 —
Teinture de quillaya	10 —

(J. Gaté.)

Acné nécrotique.

Soufre précipité Savon mou de potasse	5 grammes
Axonge	30 —

(Dubreuille.)

Soufre précipité	5 gr.
Acide salicylique	0 gr. 50
Vaseline	50 gr.

Pour onctions le soir.

Le matin : lotion d'eau bicarbonatée chaude (7 gr. 50 p. 250 gr.).

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La méningite cérébro-spinale.

Il y a dix ans, avec le méningocoque A, la méningite cérébro-spinale guérissait souvent. Aujourd'hui le méningocoque B est en jeu et le sérum équivalent demeure sans action. Ou du moins dans la grande majorité des cas.

La *ponction lombaire* n'en sera pas moins pratiquée. On laisse couler de 20 à 50 cc. de liquide céphalo-rachidien et l'on injecte un peu moins de sérum polyvalent qu'on n'a retiré de liquide. On continue ainsi trois à quatre jours en employant si possible le sérum correspondant au type de méningocoque isolé.

Seulement, s'il n'y a pas d'amélioration, on n'insiste pas.

On continuera simplement de pratiquer une ponction lombaire tous les deux ou trois jours pendant une huitaine, sans la faire suivre d'une injection de sérum.

En même temps *bains chauds* à 39° toutes les quatre heures et tant qu'il y a de la fièvre.

Si, au bout de trois jours, il n'y a pas de mieux, utiliser la vaccinothérapie : un stock-vaccin polyvalent à raison de 500 millions de germes par centimètre cube. Commencer par 1/4 de centimètre cube, car il faut procéder prudemment en pleine fièvre, et augmenter progressivement tous les deux jours, soit 1/2 cc., 2/3 cc., 1 cc., 10 injections en tout.

Dans la méningo-épendymite, la fièvre se rallume après une défervescence, le malade somnole ou délire, le liquide de la ponction est clair, le sujet s'amaigrit. A ce moment on a conseillé la décompression cérébrale, la ponction des ventricules latéraux, suivies d'injection dans la place. C'est une opération qui ne réussit pas chez les sujets fatigués, et, tout au début, on espère toujours s'en passer.

Il existe d'autres méthodes : la *protéinothérapie* avec injection intra-musculaire de lait (10 cc. intra-musculaire). C'est peu douloureux et inoffensif. Les *métaux colloïdaux* en injections intra-musculaires n'agissent guère. Les *abcès de fixation* font souffrir et leur action demeure incertaine. Les *injections de pus térébenthiné* (2 cc.) auraient valu quelques succès (NETTER).

Dès le premier jour, le praticien fera ses réserves. Surtout s'il s'agit du méningocoque B, il sera sage de se méfier. Le sérum agit mal. Il n'est même pas sûr qu'à l'occasion, il n'aggrave pas. La mortalité par méningite cérébro-spinale est en augmentation à Paris.

***

La variole.

Une épidémie très grave de variole que nous avons eu à traiter en 1897, nous a rendu sceptique sur toutes les médications. Les résultats de notre expérience sont consignés dans la thèse de M. GONNAND (*Thèse*, Lyon 1898).

Les *bains frais* de 25° à 28°, une fois la maladie déclarée, constituent la meilleure médication. On continue toutes les trois heures et tant que la température atteint 39°. La *sérothérapie* par sérum des convalescents donne de bons résultats. Mais comment se procurer le sérum ? Régime par boissons aqueuses (eau, tisanes d'orge, de riz). Régime hydrolacté à partir du troisième jour.

L'exposition des malades à la lumière rouge atténuerait l'intensité de la suppuration (FINSEN). Des rideaux rouges étant tendus en avant des fenêtres, le malade ira-t-il mieux ? Nous n'avons observé aucune amélioration.

Sur l'éruption de la face : pulvérisations chaudes de *sérum physiologique* à 7/1.000, 3 fois par jour, dix minutes de temps. Saupoudrer les téguments de *poudre de talc stérilisée* qui absorbent les sécrétions pathologiques. Nous avons jadis traité nos varioleux par des pulvérisations à la liqueur de *Van Swieten* : cinq minutes, 3 fois par jour. Les résultats ont paru satisfaisants.

La médication *éthéro-opiacée* (DU CASTEL) (injection hypodermique d'éther à 0 gr. 15 d'extrait d'opium par voie stomacale) ne nous a rien donné.

Contre la variole hémorragique, les remèdes habituels demeurent sans action.

Aujourd'hui on préconise le *xylol* : L à C gouttes par jour, dans du lait à un adulte ; XX à L gouttes aux enfants. Le remède aurait pour effet de diminuer la suppuration cutanée ?

Soins naso-pharyngés : attouchements du voile du palais avec de l'*huile phéniquée* à 1/10, lavages de la bouche, *huile goménolée* dans les narines.

Potions à l'*extrait de quinquina*, à l'*acétate d'ammoniaque*.

En fait, il n'est qu'un traitement de la variole : le traitement prophylactique. Il faut revacciner tout le monde au début d'une épidémie.

SYPHILIGRAPHIE

La syphilis du testicule.

La syphilis du testicule est, le plus souvent, non pas une orchite, mais une *orchi-épididymite*, et ce nom mérite de lui rester. Elle s'accompagne d'altération constante — ou à peu près — de la vaginale et de lésions *très fréquentes* du cordon (funiculite). C'est ce que démontre fort bien M. Marcel dans un travail fait dans le service de M. Chevassu.

La syphilis du testicule est moins rare qu'on ne l'écrit, car à côté du testicule syphilitique classique, il faut placer :

1° Des *formes bénignes ou latentes*, qu'on découvre chez certains syphilitiques tertiaires et qui permettent de préciser le diagnostic, lorsque les lésions qui amènent le malade sont douteuses ;

2° Des *formes liquidiennes* (ainsi appelées à cause de l'abondance de l'épanchement) et qu'on prend habituellement pour une hydrocèle banale, dont il convient de les différencier par l'enquête étiologique, le *Wassermann dans le liquide*, voire le traitement d'épreuve ;

3° Et surtout une *syphilis occulte*, que M. Marcel a fort bien décrite.

On note la *présence du spirochète* dans le sperme (démontrée par les recherches expérimentales, inoculation — M. Marcel avec M. Levaditi — et les examens directs) ; d'autre part, les *malformations des spermatozoïdes*, *leur diminution* ou *leur suppression* (azoospermie). La syphilis occulte du testicule offre une importance pratique et théorique incontestable. Elle peut ouvrir sur l'hérédité et sur la contagion syphilitiques certains horizons insoupçonnés.

D'autre part, la stérilité syphilitique paraît moins rare qu'on ne le croit.

L'*épididymite syphilitique secondaire* existe sans conteste, mais actuellement (vu sans doute la précocité, la facilité et les qualités du traitement chez les syphilitiques), elle est différente de l'épididymite classique de Dron. *Elle est rare, toujours subaiguë*, à *manifestations cliniques minimes*, de sorte qu'elle reste méconnue, non seulement du malade, mais aussi du médecin, qui ne songe pas à la rechercher.

L'*épididymite tertiaire*, considérée comme une exception, doit devenir classique, elle n'est pas une rareté.

Au cours de la syphilis héréditaire précoce du testicule, il convient de souligner la forme liquidienne, c'est-à-dire certaines hydrocèles du nourrisson, décrites par le Pr Marfan et ses élèves.

Dans la syphilis héréditaire tardive, le testicule est assez fréquemment atteint, et c'est alors une forme essentiellement *gommeuse*.

A côté des formes « type classique » (testicule irrégulier, indolore, exceptionnellement en galet), il existe, d'une part, des formes latentes, inaperçues ; des formes liquidiennes non diagnostiquées, des formes aiguës rares, des associations pathologiques (syphilis et blennorragie, syphilis et tuberculose, syphilis et néoplasme ?) ; et surtout, des *formes pseudo-néoplasiques* que l'on prend pour des néoplasmes et que l'on opère.

Cette opération étant la castration, il importe de se munir auparavant de toutes garanties :

Si la *réaction de Bordet-Wassermann* se montre assez aléatoire, par contre le *traitement d'épreuve* (court, intensif, polymédicamenteux) apparaît fort utile.

Malgré tout, comme il existe des cas ne cédant pas au traitement (gommes géantes, association pathologique), comme l'exploration sanglante, facile et inoffensive, ne donne pas toujours un arrêt sans appel, comme l'examen microscopique lui-même est quelquefois douteux, le diagnostic dans ces cas, reste extrêmement difficile, quasi impossible. Alors l'erreur est inévitable. Penser parfois à l'orchi-épididymite mycosique, cette dernière exceptionnelle.

Il convient de tout faire — en particulier, traitement d'épreuve systématique — pour que la confusion d'espèce ne s'opère pas.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Pourquoi dans certaines circonstances l'ascite d'une cirrhose est-elle curable ?

L'interprétation de la curabilité d'un sydrome est souvent aussi difficile à établir que la pathogénie du syndrome lui-même. Les ascites cirrhotiques nous en apportent un curieux exemple. Certaines ascites sont curables, parfaitement et complètement curables et cependant la cirrhose hépatique cause de l'hypertension portale, persiste sans grande modification. La cause reste, la conséquence disparaît. Pourquoi cette disparition ? Comment ne se produit-elle que dans certaines circonstances que le clinicien peut en quelque sorte prévoir ? Tel est le problème que se propose sinon de résoudre, du moins d'éclairer en s'appuyant sur 14 observations, Noël Fiessinger (*Annales de médecine avril* 1926).

Le Pr A. Chauffard montre que les faits se classent en deux catégories : les cirrhoses à ascite non ponctionnée et les cirrhoses à ascite ponctionnée une ou plusieurs fois. Mais dans les deux cas, le guérison ne touche pas la cirrhose, mais seulement le syndrome ascite. Les rechutes sont fréquentes : cliniquement, biologiquement, anatomiquement la cirrhose n'est pas guérie. On voit souvent persister une grosse rate qui prouve que l'atteinte spléno-hépatique est peu modifiée. La curabilité des ascites appartient surtout aux cirrhoses alcooliques hypertrophiques de Hanot et Gilbert, les cirrhoses atrophiques n'ont pas le même pronostic et la répétition de l'ascite est la règle. Le Pr Chauffard voit dans ce caractère hypertrophique de la cirrhose la traduction d'un processus de compensation réparatrice et explique de cette façon, sans entrer dans plus de détails, la différence évolutive qui distingue ces deux types de cirrhose.

Après avoir fait une étude générale de ses observations, l'auteur discute les interprétations proposées pour expliquer cette curabilité des acsites.

L'ascite curable des cirrhoses n'est pas une ascite tuberculeuse. — C'est l'opinion la plus classique. Elle attribue cette ascite à une tuberculose inflammatoire et compare sa guérison à celle qui survient de la même façon dans la péritonite tuberculeuse ascitique. Cette opinion s'appuie sur un certain nombre de preuves : séro-diagnostic d'Arloing et Courmont, inoscopie de Jousset. Il est incontestable que certains liquides d'ascite peuvent tuberculiser le cobaye. Mais il faut plutôt attribuer cette infection à une greffe secondaire favorisée par l'état d'anergie des hépatiques. Cette tuberculisation de l'ascite n'est ni constante, ni précoce. Dans les 12 observations de N. Fiessinger, l'inoculation au cobaye même de grandes quantités, 10 à 20 cc. de liquide d'ascite, resta négative. Mais il s'agissait toujours d'inoculation de première ponction. Jean Lévesque, dans un travail inspiré par Lemierre, arrive à des conclusions analogues et n'admet l'intervention de l'infection tuberculeuse que comme complication terminale des formes malignes.

L'ascite curable n'est pas toujours une ascite syphilitique. — Le Pr Letulle frappé de la fréquence de la réaction de Wassermann, positive dans la cirrhose de Laënnec (74 sur 154) et décrivant un aspect spécial d'hypertrophie nacrée du péritoine, arrive à la conclusion que la péritonite syphilitique qui accompagne fréquemment la cirrhose joue un rôle décisif dans l'ascite. D'après les constatations de N. Fiessinger, la part de syphilis est minime dans le déterminisme des ascites cirrhotiques. Jean Lévesque partage cet avis et son étude remarquable renferme des faits d'une grande puissance démonstrative.

Trois preuves sont apportées à l'appui de la nature syphilitique : une preuve étiologique, la notion antécédente de syphilis, une preuve biologique, la réaction de Wassermann positive, une preuve thérapeutique, l'action du traitement spécifique.

Dans les observations réunies d'ascites curables, la syphilis avouée ou démontrée par l'existence de stigmates, leucoplasie, signe d'Argyll, aortite, s'est retrouvée dans quatre cas. Dans les 10 autres cas, la syphilis ne pouvait être décelée cliniquement. Mais la constatation d'une syphilis dans les antécédents ne suffit pas pour affirmer que la cirrhose en évolution est une cirrhose syphilitique. On peut faire une cirrhose éthylique malgré que dans les antécédents se retrouve une syphilis incontestable.

Noël Fiessinger en rapportant les constatations de Letulle, du Pr Chauffard et Brodin signalant une réaction de Wassermann positive dans près de la moitié des cas, discute la valeur de ces positivités dans les périodes d'insuffisance hépatique et montre qu'une réaction de Hecht, au cours d'une cirrhose n'a pas une valeur suffisante pour affirmer la syphilis.

Quant à l'épreuve thérapeutique, que l'on doit surtout à Chauffard, P. Brodin et J. Debray et qui signale la guérison de l'ascite par le traitement cyanuré par voie veineuse, elle mérite qu'on s'y arrête. L'auteur discute la preuve que l'on cherche à en tirer en faveur de la nature syphilitique de l'ascite et s'appuie sur les arguments suivants :

1° *Les médicaments antisyphilitiques ne sont pas interchangeables.* — Dans une syphilis viscérale, les traitements agissent, quoiqu'à des degrés différents. Dans les cirrhoses, le cyanure de mercure est le seul médicament actif, l'iodure de potassium est bien moins efficace, les sels de bismuth parfois efficaces, parfois inefficaces, les novarsenicaux pour le moins inutiles, souvent même dangereux. Par contre, dans la véritable syphilis du foie, les sels de bismuth et même les arsénobenzols rendent des services indiscutables.

2° *Si une rechute survient, le traitement le plus souvent n'agit plus.* — Les faits sont nombreux à l'appui de cette constatation. Quand on a eu la chance d'obtenir une régression d'ascite, il faut éviter à tout prix une récidive, car la reprise

du traitement est loin de pouvoir donner les mêmes résultats qu'à la première épreuve. Le fait est même applicable aux cirrhoses alcooliques des syphilitiques.

3° *Il n'y a aucun rapport entre la positivité de réaction de Wassermann et le résultat obtenu par le traitement spécifique.* — Sur 30 ascites de cirrhose par soit le traitement cyanuré, soit le traitement bismuthique, certaines ont été améliorées, d'autres non améliorées, d'autres enfin aggravées. Or, sur 8 ascites nettement aggravées, quatre présentaient une réaction de Bordet positive. Sur 6 ascites améliorées, deux seulement avaient une réaction positive. Pour être fixé sur le résultat d'un traitement cyanuré dans une cirrhose, il ne faut pas se guider sur la réaction de Wassermann.

Pour Noël Fiessinger, l'ascite des cirrhoses est souvent plus en rapport avec un processus dégénératif parenchymateux qu'avec une sclérose interstitielle. D'après lui, le cyanure de mercure n'agit pas comme le pense Blum (de Strasbourg) par son action diurétique.

La raison des améliorations obtenues doit être cherchée dans la simple action toxique des médicaments employés. Le mercure et le bismuth exercent sur le parenchyme hépatique une faible action toxique dont l'effet est de réveiller en quelque sorte l'activité cellulaire. Une intoxication limitée et réduite après une destruction limitée cellulaire est suivie d'une hyperplasie des cellules saines avec divisions cellulaires. Hyperplasie, divisions créent un parenchyme nouveau. Mais dans les cirrhoses, le résultat obtenu est subordonné au *coefficient d'intégrité cellulaire.* Si les cellules hépatiques sont atteintes d'une manière diffuse et que l'intoxication ne rencontre que des éléments à résistance amoindrie, la réaction est nulle, le traitement fait long feu. Si l'intoxication est trop brutale, on détruit au lieu d'exciter les dernières cellules restantes, le fait s'observe par exemple avec les arsénobenzols. Le mercure surtout, le bismuth accessoirement, sont les seules armes efficaces, mais combien incertaines ? Incertaines, parce que dès le début du traitement, même en s'entourant de toutes les épreuves fonctionnelles, il est difficile de dire ce que seront les résultats. Il arrive de souvent n'observer aucune amélioration, même dans certains cas le cyanure semble donner un coup de fouet à la marche de la cirrhose et surtout aux signes d'insuffisance hépatique. Ce traitement est une arme à double effet. Ici, excellente, là, mauvaise. C'est que le foie ne donne sous l'assaut toxique que ce qu'il peut, l'efficacité thérapeutique est fonction de cette faculté réactionnelle. Cette manière de voir peut seule expliquer la possibilité de résultats diamétralement opposés, quand *le traitement cyanuré n'est pas utile, il est nuisible.*

***

Si bien qu'il faut chercher la disparition des ascites des cirrhoses dans une réaction hépatopoïetique, spontanée ou provoquée par un traitement médicamenteux. Cette constatation démontre encore plus l'importance de la réaction parenchymateuse dans les cirrhoses et permet de manier avec plus de prudence les médicaments toxiques.

PETITE CHIRURGIE PRATIQUE

La contention des luxations sterno-claviculaires en avant : un moyen simple et efficace

Les luxations sterno-claviculaires en avant (variété pré-sternale), sont loin d'être exceptionnelles, et le praticien peut être embarrassé pour en assurer la contention.

Chaton (1) (de Besançon), à l'occasion de trois cas observés par lui en un an, indique un procédé ancien et pratique, trop oublié, dont l'idée première paraît due à Nélaton.

Il est classique d'opposer à la facilité de la réduction des luxations sterno-claviculaires la difficulté de leur contention. En 1848, Nélaton, parlant du compresseur de Mélier, fort en usage à cette époque, proposait de lui substituer le simple bandage anglais, appliqué de manière que le ressort passe sous l'aisselle du côté sain, et que la pelote antérieure appuie directement sur l'extrémité déplacée de l'os. « Ce moyen, disait-il, nous paraît mériter la préférence à cause de sa sûreté et de sa simplicité. »

On sait qu'il existe deux types de bandages herniaires, les bandages français et les bandages anglais. Dans les premiers, la partie active et élastique de l'appareil, le ressort, embrasse le côté du corps où siège la hernie. Dans les seconds, cette partie active de l'appareil embrasse, au contraire, le côté opposé du corps : le ressort, dont la tige est longue, traverse en avant la ligne médiane, portant à son extrémité la pelote herniaire obturatrice.

(1) *Revue médicale de la Franche-Comté,* 15 août 1926.

Nélaton envisageait l'application du bandage anglais. Etant donné l'usage général du bandage français, c'est l'adaptation de ce dernier à la contention d'une luxation sterno-claviculaire qu'étudie Chaton.

Ce bandage, à cause de la brièveté du ressort, ne peut s'appliquer en plaçant le plein de ce ressort dans l'aisselle du côté opposé. Il peut être utilisé de deux manières :

— ou bien en embrassant, avec la concavité du ressort, la base de la région cervicale du côté opposé à la lésion. C'est ce que Chaton a fait dans ses trois cas ;

— ou bien en mettant le plein du bandage dans l'aiselle du côté malade.

Deux alternatives sont alors possibles, selon qu'on dispose d'un bandage herniaire non homonyme du côté où siège la luxation, ou d'un bandage herniaire homonyme du côté où siège la luxation.

Avec un bandage herniaire non homonyme du côté où siège la luxation, — en raison de la courbure selon les bords que présente le ressort de tout appareil herniaire, et qui fait que la pelote tend à regarder en haut, — il est facile de constater par l'expérience que seule est possible l'application réalisée en disposant la concavité du ressort sous l'aisselle correspondante. Si l'on cherche en effet à prendre point d'appui sur la base du cou, du côté opposé, la pelote, qui tend à s'orienter en haut, glisse à la surface de la région sterno-claviculaire, et l'appareil ne peut être maintenu en place.

Avec un bandage herniaire homonyme du côté luxé, les deux modes d'application sous-axillaire et cervical paraissent à Chaton également efficaces. Toutefois, dans ses trois observations, il a fait passer le ressort du côté opposé à la lésion, la pelote présentant une tendance au déplacement dans les creux sus ou sous-claviculaire quand on place le ressort dans le creux axillaire répondant à la lésion.

Quelques précautions accessoires, mais cependant des plus utiles, sont de mise. Il est bon de disposer dans la concavité du ressort et sous la pelote une lame de coton épaisse et débordante. Il est utile aussi, pour éviter les déplacements circonférentiels du bandage ainsi adapté, de le stabiliser par des anses de Zedeno (anse cervicale et anse axillaire) remplissant un rôle analogue à celui du sous-cuisse dans l'appareillage des hernies. Pour éviter l'ascension du bandage, des bandes de Zedeno fixées sur lui et appliquées d'autre part longitudinalement sur la région dorsale et sur la paroi antérieure du thorax ont un rôle de fixité important.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Les sensibilités pathologiques des races.

Les races humaines sont loin de présenter à l'égard des infections des résistances comparables. Les noirs ont une extrême fragilité à l'égard des infections pulmonaires et la pneumonie comme la tuberculose prend chez eux une gravité toute exceptionnelle. Dans un travail récent, le médecin inspecteur M. Oberlé et ses collaborateurs Renaud (H.-P.-J.) et Jacquemart (J.-J.) réunissent le fruit des constatations qu'ils ont faites pendant plusieurs années dans le corps d'occupation du Maroc. Ces documents particulièrement détaillés, à grand renfort de statistiques constituent à l'heure actuelle le plus riche matériel de pathologie comparée humaine. Les conclusions de ces auteurs résument parfaitement leur documentation. Il en résulte que ce sont les européens qui payent le plus lourd tribut aux maladies contagieuses ; la dysenterie les frappe tout particulièrement.

D'autre part, l'incorporation de recrues françaises au Maroc y a développé les maladies endémo-épidémiques communes en France : scarlatine, rougeole, diphtérie, méningite cérébro-spinale. Cette dernière y est toujours grave. Et cependant l'européen est celui qui défend le mieux sa vie contre la maladie.

Enfin, si les affections vénériennes l'atteignent dans une forte proportion, on constate que la syphilis primaire est en notable diminution chez les recrues.

L'indigène de l'Afrique du Nord a, naturellement, dans son propre pays, la morbidité la plus faible. Il n'est cependant réfractaire à aucune des maladies de l'européen, même aux affections typhoïdes, et c'est lui qui, dans la morbidité vénérienne, fournit le plus grand nombre de journées d'hospitalisation pour la syphilis.

La morbidité générale du sénégalais est voisine de celle de l'européen, mais sa résistance aux progrès de la maladie est bien moindre. Le noir africain offre une sensibilité remarquable aux affections pulmonaires, à la varicelle et à la tuberculose ; il présente, par contre, une résistance certaine à l'invasion paludéenne. Enfin, les maladies vénériennes, dont il était autrefois à peu près exempt, du fait de ses conditions de vie, tendent chez lui à augmenter dans une forte proportion.

Certaines de ces remarques n'ont certes pas le mérite de la nouveauté, mais elles provenaient surtout d'impressions recueillies soit en milieu militaire, soit en milieu hospitalier ; le travail

d'Oberlé, Renaud et Jacquemart leur donnent une base solide et fournit la confirmation qui pouvait leur manquer.

Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La fusospirochétose des voies respiratoires. — M. Vincent. — La maladie débute par des symptômes de rhino pharingite ou de bronchite aiguë. Le malade crache du sang. On croit à de la tuberculose. Mais c'est le bacille fusiforme et le spirochète qui sont trouvés. Parfois, il n'existe guère que l'expectoration sanglante et la toux. Il n'y a ni fièvre ni amaigrissement.

L'examen radioscopique est muet. D'autres fois l'affection est plus grave. De l'amaigrissement, de la fièvre, des crachats fétides, de la cachexie apparaissent. La maladie peut se prolonger de longues années. Les formes bénignes sont les plus fréquentes. C'est avec la tuberculose et la syphilis que le diagnostic doit être établi. Le sang des malades n'agglutine ni les bacilles fusiformes ni les spirochètes. La médication arsenicale réussit (arseno-benzol), le bismuth peut être essayé.

Le spirochète de l'angine est identique au spirochète de la fusospirochétose des voies respiratoires.

Présentation cinématographique de la radiologie du duodénum. — M. Pierre Duval au nom de MM. Henri Béclère et Pierre Porcher.

19 octobre.

SOCIÉTE MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 octobre 1926.

Vaccine et encéphalite. — M. A. Netter étudie les relations entre la vaccination et l'encéphalite qui survient du 8e au 12e jour après. Elle était inconnue autrefois, on ne l'a pas observée en Espagne où l'on emploie couramment le neuro-vaccin de Levaditi. Les inoculations de substance cérébrale prélevée chez des sujets ayant succombé sont capables de reproduire une pustule chez le lapin, mais on sait que la vaccine est une maladie généralisée. Nous disposons aujourd'hui d'un vaccin bien plus fort que jadis. Il faut donc être réservé en matière de vaccination, ne vacciner qu'à un seul bras et par deux inoculations de petite dimension.

M. Comby pense que ce sont surtout les agents d'infection secondaire qui jouent un rôle dans la production de ces encéphalites.

La prélocomotion avant la marche bipède : l'astasie-abasie des enfants commençant à marcher. — M. Variot distingue trois types de prélocomotion — progression sur les pieds et sur les mains, marche à quatre pattes proprement dite, déplacement dans la station assise. C'est aux membres inférieurs que la coordination apparaît en dernier lieu. Il faut remarquer que les phénomènes de prélocomotion font défaut chez un nombre assez élevé de nourrissons.

Les premiers stades de la marche bipède donnent lieu à des manifestations calquées sur celles de l'astasie-abasie des adultes, elles sont dues au défaut de développement et de fonctionnement des centres nerveux.

M. Comby. — Deux fillettes atteintes d'astasie-abasie présentaient une sorte de régression de la marche.

M. Apert. — Les muscles de l'enfant sont bien développés et suffisants pour le porter avant qu'il ne marche ; ce qui fait défaut, c'est le développement du système nerveux.

La cuti-réaction à la tuberculine chez les cancéreux. — M. Maurice Renaud. — La plupart des sujets porteurs de néoplasies diverses ont une cuti-réaction positive. La proportion des réactions positives a été trouvée chez eux de 70 0/0 ; elle est donc identique à ce qu'elle est chez les sujets sains ou atteints d'affections diverses.

Septicémie puerpérale suraiguë à bacille perfringens. — M. Feuillié. — Un cas de septicémie à *B perfringens* consécutive à un avortement criminel et qui se termina très rapidement par la mort. Le diagnostic put être soupçonné dès le premier examen, à cause de la teinte ictérique cuivrée rappelant celle de la spirochétose ictéro-hémorragique. L'hémoculture en milieu anaérobie confirma la nature de la septicémie.

M. Netter vient d'observer une otite compliquée de mastoïdite avec production d'emphysème sous-cutané localisé et suivie de mort très rapide où l'examen du pus a décelé un petit bacille anaérobie.

Angine agranulocytaire. — M. Flandin. — Cette curieuse affection est caractérisée par une septicémie d'allure grave d'emblée, des phénomènes nécrotiques de la gorge et un syndrome hémorragique avec leucopénie intense et disparition presque complète des globules blancs à granulations.

Ce malade présenta des frissons et une tuméfaction du pilier antérieur et de l'amygdale gauche. Rapidement l'état général s'aggrava et des hémorragies apparurent en même temps que des signes de broncho pneumonie. La formule sanguine montrait une leucopénie extrême avec 98 0/0 de mononucléaires. La mort survint très rapidement, 10 jours après le début.

M. Chevallier. — Les cas d'agranulocytose ressortissent à des syndromes différents.

M. Israël de Jong. — Certains cas se rapprochent de la leucémie aiguë.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Tumeur pseudo-kystique à myéloplaxes. — M. Mouchet en rapporte une observation de M. Ch. Lasserre (de Bordeaux). Il s'agit d'un enfant de 2 ans et demi, atteint de fracture de l'humérus : la radiographie décèle, au niveau du foyer, des lésions d'ostéite. Après traitement et consolidation, nouvelle chute, nouvelle fracture au même point. Des greffes ostéo-périostiques de Delagénière sont pratiquées. Guérison.

Un fragment prélevé et examiné a montré l'existence d'une ostéite fibreuse avec quelques myéloplaxes.

M. Mouchet signale la rareté de la lésion à un âge si jeune, et l'efficacité des greffes ostéo-périostiques.

Un cas de lésion traumatique du carpe avec luxation subtotale rétrolunaire et fracture du pyramidal — M. Mouchet apporte une observation de MM. Solcart et Courot (de Toulon) concernant cette lésion rare.

Après réduction vérifiée radiographiquement, on pratique une immobilisation pendant huit jours. Guérison avec persistance d'une légère diminution d'adduction de la main.

Sur un cas de fracture du col radial avec fracture du tiers supérieur du cubitus. — M. Mouchet apporte l'observation d'un ouvrier qui, à la suite d'un écrasement, présentait cette double lésion osseuse. Une tentative de réduction simple ayant échoué, une réduction sanglante fut pratiquée : la tête radiale fut cerclée par des crins de Florence, une plaque de Lambotte fixée sur le cubitus. Bonne consolidation ; résultats fonctionnels excellents.

Un cas de traitement de paralysie faciale périphérique par résection du ganglion cervical supérieur du sympathique. — M. Robineau lit un rapport de M. Botrot-Rousselle (de l'armée) concernant un blessé par balle, atteint de fracture de la voûte crânienne avec irradiation au temporal.

Une trépanation est pratiquée, suivie d'ablation de la balle et d'esquilles. La guérison survient, mais il y a persistance d'une paralysie faciale avec lagophtalmie, et déviation de la commissure labiale. Résection du ganglion cervical supérieur du sympathique. Immédiatement, apparaît une ébauche d'abaissement de la paupière du côté intéressé. Progressivement, disparition de la lagophtalmie, possibilité d'occlusion presque complète de la paupière, enfin apparition de mouvements volontaires au niveau de la commissure labiale du côté paralysé.

M. Robineau insiste sur cette récupération remarquable de mouvements volontaires, sans en trouver une explication plausible. Il estime que cette résection est préférable aux anastomoses nerveuses.

Sur un cas d'interventions chirurgicales multiples. — M. Robineau rapporte l'histoire curieuse d'une malade objet de multiples interventions : en 1898, laparotomie pour ulcus perforé à la suite d'ingestion massive de bismuth ; en 1902 : thyroïdectomie ; en 1908, néphropexie ; en 1908, laparotomie et destruction d'adhérences ; en 1914, amputation du sein gauche ; en 1915, amputation du sein droit ; en 1916, néphrectomie ; en 1920, application de rayons X pour tumeurs cutanées ; en 1924, des métrorragies abondantes, dues à un fibrome, font proposer une hystérectomie, qui n'est pas acceptée.

Deux cas de fracture bimalléolaire, traitées par astragalectomie. Bons résultats fonctionnels. — M. Gernez rapporte l'observation de M. Hautefage, concernant : dans le premier cas, une fracture chez une jeune fille, aboutissant à une déviation en varus ; dans le second cas, chez une femme de 40 ans, avec déviation en valgus.

Astragalectomie par voie externe dans les deux cas, avec bons résultats. Raccourcissement de 4 centimètres chez la première malade, de 2 centimètres chez la seconde.

Syndrome chiasmatique dans les fractures du crâne. — M. Ockinczyc en rapporte un cas chez une jeune femme de 24 ans, présentant, après fracture de de la voûte irradiée à la base, un syndrome chiasmatique avec : diminution de la vision, hémianopsie temporale, paralysie du moteur oculaire commun, et atrophie papillaire, sans syndrome endocrinien. Il insiste sur la rareté de ce syndrome dans les fractures du crâne, alors qu'il est si fréquent au cours de l'évolution d'une tumeur cérébrale.

Présentation de malades. — M. Auvray : malade ayant présenté une luxation crânienne, méconnue, de l'épaule. Reposition sanglante par la méthode de Louis Bazy. Résultats excellents.

M. Plisson : Deux malades atteints de fracture sous-trochantérienne. Traitement par traction continue. Bons résultats.

20 octobre 1926. E. Theillier.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies des reins, par le Dr G. SIGURET, *médecin assistant à l'hôpital d'Urologie, consultant à Saint-Nectaire*. Un vol. in-16 de 164 pages ; cartonné : 10 fr., plus hausse de 20 %, 12 francs. (Gaston DOIN et Cie, Editeurs.)

Ce petit livre se signale par les bienfaits d'une thérapeutique sage, vérifiée par l'expérience de M. G. SIGURET.

Un peu plus de précision toutefois dans certains conseils : la prescription de la digitale dans les insuffisances cardiaques est entreprise en termes bien vagues (p. 142). En général, les recommandations utiles sont formulées en d'excellents termes.

Neurologie, par A. TOURNAY, *ancien interne des hôpitaux de Paris*. Un vol. in-16 de 316 pages, cartonné : 16 francs, plus hausse de 20 %, soit 19 fr. 20. (Gaston DOIN et Cie, Editeurs.)

Ce petit livre offre une large place aux renseignements thérapeutiques. Il est bien au courant et montre que l'impuissance du médecin, en maintes circonstances, n'est plus ce qu'elle était autrefois. Tous les malades ne sont pas encore sauvés ; mais on en guérit qui étaient condamnés autrefois. La chirurgie nerveuse réclame déjà bien des résurrections à son actif. C'est ce qu'établit fort bien M. TOURNAY.

Nourrissons. Enfants, par le Dr G. BLECHMANN, *ancien chef de clinique à l'Hospice des Enfants-Assistés*. Un vol. in-16 de 392 pages. Cartonné : 18 fr., plus hausse de 20 %, soit 21 fr. 60. (Gaston DOIN et Cie, Editeurs.)

M. BLECHMANN s'est acquis une véritable autorité dans la *Thérapeutique Infantile*. Le volume actuel, sous une forme réduite, dit l'essentiel et en termes pratiques. De plus en plus, le besoin se fait sentir, pour les médecins, de condenser leur pensée, afin de se faire lire. Les livres coûtent cher ; il faut les écrire substantiels et courts.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les alcalins dans l'hyperchlorhydrie et quelques affections gastro-intestinales (1).

(*Suite.*)

Ramond, dans son volume : *Les Dyspepsies*, estime, avec juste raison, que les *médications alcalines ont été frappées d'un ostracisme injustifié et restent parmi les meilleurs modificateurs de la sécrétion gastrique*.

Mais il faut à ce sujet distinguer entre les alcalins et ne pas faire supporter par tous, les reproches mérités adressés au bicarbonate de soude. L'action du bicarbonate de soude est immédiate, mais en raison de la grande solubilité de ce corps, cette action dépasse fréquemment le but à obtenir et transforme le chyme stomacal hyperacide en un chyme alcalin, ce qui entrave immédiatement les phénomènes de la digestion.

En outre, comme nous l'avons vu, le bicarbonate de soude n'est pas maniable en raison des énormes quantités nécessaires pour obtenir le résultat cherché. C'est ainsi qu'il faut 2 gr. 30 de bicarbonate pour saturer 1 gr. 50 d'acide chlorhydrique.

Il convient donc de s'adresser à des alcalins de pouvoir saturant beaucoup plus grand, tels que le carbonate de chaux et l'hydrate de magnésie ; c'est ainsi que pour saturer 1 gr. 50 d'acide chlorhydrique, il suffit de 0 gr. 50 d'hydrate de magnésie, dont l'action, à poids égal, est ainsi cinq fois plus forte que celle du bicarbonate de soude.

La façon la plus commode et la plus efficace d'administrer ces produits est de les prescrire sous forme de *comprimés Adrian*, dosés les uns et les autres à 0 gr. 50 par unité, les comprimés de carbonate de chaux convenant aux hyperchlorhydriques en général, et les comprimés d'hydrate de magnésie convenant spécialement aux hyperchlorhydriques avec constipation.

Il sera du reste souvent utile de combiner les deux médicaments, en graduant les doses respectives de chacun d'eux selon les tempéraments et les résultats obtenus ou recherchés.

De nature spongieuse, très friable, *les comprimés de carbonate de chaux Adrian*, solubles seulement dans un excès d'acide, ne risquent plus, comme le bicarbonate de soude, de dépasser le but en alcalinisant complètement le contenu stomacal.

Quant aux *comprimés d'hydrate de magnésie Adrian*, spécialement indiqués comme nous l'avons vu chez les hyperchlorhydriques, avec constipation, leur action est assez complexe et en rend les indications nombreuses.

A faible dose (2 à 4 comprimés) l'hydrate de magnésie se comporte comme un simple neutralisant de l'hyperacidité gastrique et est presque aussitôt transformé en chlorure de magnésium.

A dose moyenne, supérieure à celle qui serait nécessaire pour la simple neutralisation des acides en excès dans l'estomac, une partie échappe à l'action chimique gastrique pour passer en nature dans l'intestin, où elle est douée, à dose moyenne, de propriétés laxatives.

Aux doses fortes enfin de 4 à 8 grammes, l'hydrate de magnésie devient un véritable purgatif à action lente.

(*A suivre.*)

(1) Voir *Journal des Praticiens*, n° 42, p. 704.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : CH. FIESSINGER
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926

CLINIQUE MÉDICALE

Conduite du Praticien en présence d'un épanchement pleural.

Par M. le Pr Rieux,

Professeur de clinique médicale
à la Faculté libre de médecine de Lille.

La conduite à tenir en présence d'un épanchement pleural est une des questions les plus banales — on pourrait dire les plus quotidiennes — et quand même les plus importantes de la médecine courante, dans tous les milieux comme dans tous les climats. Pour lui laisser plus de portée pratique et pour nous conformer aussi à ce que nous a enseigné notre expérience personnelle, nous n'envisagerons ici que les épanchements pleuraux les plus communément observés, laissant délibérément de côté les faits trop exceptionnels, soit par leur étiologie : pleurésies traumatiques, typhoïdiques ou syphilitiques, même rhumatismales ; soit par leur nature : pleurésies chyliformes et putrides ; soit enfin par leur localisation : pleurésies enkystées, diaphragmatiques, médiastinales ou interlobaires. Il s'agira donc de l'*épanchement pleural habituel de grande cavité.*

La première donnée est évidemment *de s'assurer de la réalité de l'épanchement pleural et de reconnaître son aspect macroscopique.* La clinique répond le plus souvent à la première question. Il serait superflu de décrire la symptomatologie bien connue — et si riche — de l'épanchement pleural de quantité moyenne ou grande, c'est-à-dire atteignant ou dépassant un litre de liquide : abolition de vibrations vocales, matité franche, suppression du murmure vésiculaire, parfois remplacé par le souffle doux, lointain, voilé, inspiratoire et expiratoire, ègophonie, pectoriloquie, etc., etc. Il convient de rappeler cependant que cette symptomatologie si probante fait défaut dans les faibles épanchements, relégués à l'extrême base pleurale, dans la région sus-diaphragmatique. Il faut alors savoir se contenter de signes minimes, que nous avons bien souvent exprimés au cours de notre pratique de la pathologie du soldat dans les termes suivants : les signes suffisants et nécessaires pour laisser présumer l'existence d'un petit épanchement à une base pulmonaire, tout au début de la pleurésie sérofibrineuse par exemple, se résument en de la diminution des vibrations vocales et du murmure vésiculaire, à l'extrême base thoracique en arrière ; en cas de processus pleurétique aigu, il est bien rare que le malade n'y localise pas un point douloureux. Enfin la radioscopie thoracique affirme l'épanchement, même réduit, en montrant la modification du dessin de la coupole diaphragmatique du côté intéressé, l'obscurcissement du sinus costal par le liquide épanché et la formation même esquissée d'une courbe de Damoiseau, gagnant plus ou moins haut vers la ligne axillaire.

Quel que soit le diagnostic clinique — présumé ou certain — de l'épanchement pleural, *une ponction exploratrice de la plèvre est toujours utile et très souvent nécessaire.* Elle seule permet d'affirmer la réalité de l'épanchement et d'étudier ensuite les qualités du liquide recueilli. Sa bénignité — on peut dire absolue — suffirait à la légitimer. En voici la technique très simplifiée. Matériel nécessaire : une seringue en verre genre Luer, de 10 cent. cubes à 20 cent. cubes, stérile, et dont on a contrôlé la force aspiratrice ; une aiguille (platine ou acier) de 7 centimètres sterile et s'adaptant parfaitement à l'embout de la seringue ; un ou deux tubes à essai stériles bouchés par un bouchon d'ouate. Le malade est assis dans son lit, les bras croisés en avant ; on couvre de teinture d'iode l'hémithorax intéressé. Après s'être lavé les mains, le médecin se place à la gauche du malade, enduit de teinture d'iode l'extrémité de l'index et du médius gauches et repère par eux un espace intercostal au-dessous de la pointe de l'omoplate. Dans l'angle laissé par l'extrémité des doigts en contact, sur le bord supérieur de la côte inférieure, il enfonce, de la main droite, l'aiguille montée sur la seringue. Prenant ensuite de la main gauche le corps de la seringue, il fait jouer le piston aspirateur, en même temps qu'il enfonce progressivement l'aiguille dans la cavité thoracique. Dès que l'extrémité de l'aiguille arrive au contact du liquide intra-pleural, celui-ci pénètre dans la seringue. En cas de ponction blanche, vérifier la perméabilité de l'aiguille et recommencer de la ponction dans l'espace intercostal sous-jacent. L'expérience apprend qu'en cas de présomption simplement clinique d'épanchement pleural, une ponction exploratrice est presque toujours *positive.*

L'aspect macroscopique du liquide recueilli peut d'ores et déjà fournir des renseignements. Cet aspect revêt schématiquement quatre modalités : le liquide est séreux et limpide, séreux-trouble, nettement purulent, enfin hémorrhagique. Le liquide séreux et limpide appartient, comme chacun sait, à la pleurésie séro-fibrineuse dite primitive, de nature bacillaire ; mais on le trouve aussi dans des épanchements pleuraux qui

accompagnent ou suivent les congestions pulmonaires pneumococciques ou même la pneumonie ; il est commun aussi à l'hydrothorax. Les liquides séreux-troubles se retrouvent dans les mêmes cas : pleurésie tuberculeuse et pleurésie pneumococciques ; mais telle streptococcie pleurale au début, dont le liquide n'est qu'une culture pure de streptocoques par exemple, peut avoir le même aspect macroscopique. Un liquide purulent autorise à conclure à une suppuration septique de la plèvre ; mais cet aspect se retrouve aussi dans les liquides puriformes. Enfin une pleurésie hémorrhagique se reconnaît à l'examen immédiat ; encore convient-il d'ajouter qu'à côté des hématies peuvent se trouver d'autres éléments cellulaires d'une importance sémiologique très grande.

***

Ces considérations très brièvement exposées conduisent à la conclusion générale très ferme : *tout liquide pleural extrait par ponction exploratrice doit être l'objet d'examens ultérieurs d'ordre chimique, cytologique et bactériologique.*

L'étude chimique comprend l'appréciation de la richesse du liquide pleural en *fibrine* et en *albumine*. La proportion de fibrine se juge assez exactement par l'aspect du caillot fibrineux qui se développe dans le tube à essai stérile où le liquide pleural a été versé ; il est toujours plus développé dans un liquide séreux inflammatoire, autrement dit dans un « exsudat » que dans un liquide d'hydrothorax, c'est-à-dire dans un « transsudat ». Quant à l'albumine, on l'apprécie classiquement par la « réaction de Rivalta », c'est-à-dire la précipitation à froid par l'acide acétique de certaines du moins de ces albumines des épanchements pleuraux. Dans un verre à pied contenant un peu d'acide acétique, on fait tomber quelques gouttes de liquide pleural ; s'il s'agit de liquide d'exsudat inflammatoire, l'albumine ainsi précipitée apparaît sous forme de stries opalescentes assez opaques ; s'agit-il de transsudat, ces stries sont peu visibles et incolores.

L'examen cytologique est d'importance plus grande. En cas de liquide très clair, il nécessite la centrifugation de ce liquide. Cette opération est inutile si le liquide est trouble, purulent, ou hémorrhagique. Il suffit de cueillir avec une pipette ou une ôse de platine une goutte du liquide pleural frais et de l'étaler sur une lame de verre ; laisser sécher, fixer, colorer ; une coloration simple au bleu de méthylène est généralement suffisante.

Les liquides *séreux* ou *séreux-troubles* offrent la cytologie la plus variée. Ce peut être la *lymphocytose*, soit absolue, soit nettement prédominante (autour de 80 %) ; chacun sait que cette formule signe habituellement la pleurésie tuberculeuse, dite primitive. L'abondance des *placards endothéliaux*, au milieu de lymphocytes et de polynucléaires, plus rares que les premiers, caractérise les hydrothorax des cardiaques et des brightiques. La prédominance des *polynucléaires neutrophiles* est le fait des pleurésies septiques ou des épanchements réactionnels d'une inflammation pulmonaire de voisinage (pneumonie, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie). Mais, à côté de ces formules-types, s'observent assez souvent des formules mixtes où se trouvent en proportion variable : lymphocytes, cellules endothéliales et polynucléaires. Elles sont d'interprétation parfois difficile, surtout quand on les observe au début de la maladie; une sage réserve s'impose dès lors à leur sujet. Dans la pratique, c'est surtout au cours d'épanchements aseptiques réactionnels de congestions pulmonaires qu'on a l'occasion de les trouver.

Les liquides *purulents* expriment en général, la suppuration pleurale. Sur la lame, le microscope révèle, en effet, des *polynucléaires altérés* ; et cette altération peut être telle que ces éléments soient méconnaissables. D'autres fois cependant, au cours de la pneumonie en particulier, le liquide, nettement purulent d'aspect, contient des polynucléaires extrêmement abondants qui, sur la lame d'étalement, frappent par leur intégrité histologique ; il s'agit de « liquides puriformes », eux aussi réactionnels ; l'abondance des polynucléaires s'explique par une diapédèse pleurale intense, contemporaine de la diapédèse intra-pulmonaire pneumonique.

Enfin les liquides *hémorrhagiques* offrent eux aussi une réelle variété cytologique, en dehors des hématies qui sont communes à tous. Ces hématies sont plus ou moins abondantes ; l'aspect hémorrhagique est proportionnel à cette abondance ; mais, mis à part l'hémothorax proprement dit, les hématies sont toujours situées dans un liquide d'exsudation ou de transsudation pleurale. Une lymphocytose prédominante au milieu des hématies répond à certaines formes de pleurésie tuberculeuse ; mais on observe parfois une éosinophilie abondante (40 à 50 %), à laquelle on semble attacher une signification de tuberculose pleurale particulièrement bénigne. Une formule de polynucléose manifeste (70 à 80 %) au milieu des globules sanguins garde sa signification générale de pleurésie septique ; il est notable que semblable ferment ait été surtout signalée dans la forme hémorrhagique des pleurésies de la fièvre typhoïde.

Le même aspect cytologique se retrouve dans les épanchements pleuraux des cardiaques atteints de congestion et surtout d'infarctus ; mais les polynucléaires voisinent avec des lymphocytes et des cellules endothéliales ; il est classique que la proportion des polynucléaires soit en rapport avec l'intensité du processus congestif pulmonaire. Une mention spéciale doit enfin être faite des épanchements néoplasiques (cancers de la plèvre et du poumon) ; la formule cytologique est encore ici mixte ; mais aux cellules banales (lymphocytes, polynucléaires et placards) s'ajoutent de fréquents éosinophiles et parfois des éléments un peu spéciaux : ce sont de grandes cellules, isolées ou groupées, à moyen parfois nucléolé, à protoplasma riche en granulations graisseuses ou iodophiles, très vacuolaires, enfin ; sans être vraiment néoplasiques, ces cellules « physaliphores » s'observent surtout dans les épanchements en rapport avec le cancer pleural ou pulmonaire.

Reste l'examen bactériologique. Il est, dans la pratique courante, corollaire du précédent. Le plus souvent, en effet, quand il y a *infection pleurale*, l'étalement sur lame et la coloration d'une goutte du liquide recueilli révèlent le microorganisme en cause : habituellement le pneumocoque et le streptocoque, séparés ou associés ; une culture sur les milieux appropriés permettra leur identification. Quand les germes en cause n'apparaissent pas sur la lame, force est d'avoir recours à la culture du liquide ou à son inoculation aux animaux sensibles. L'inoculation au cobaye est classique pour la recherche du bacille de Koch dans les pleurésies séro-fibrineuses.

***

Toutes ces données chimiques, cytologiques et bactériologiques apportent le diagnostic de la nature d'un épanchement pleural. En possession de ce diagnostic, la voie est ouverte pour la thérapeutique. Comment la conduire dans les principaux cas que nous venons d'envisager ?

Dans le groupe des pleurésies séreuses ou séreux-troubles, la première place revient à la pleurésie dite primitive tuberculeuse. A quelle conduite thérapeutique nous sommes-nous personnellement rangés ? Une longue expérience nous a fait admettre comme principe directeur : *l'abstention sous surveillance.*

Ce principe nous paraît surtout impérieux pendant la période aiguë, c'est-à-dire fébrile, de la pleurésie séro-fibrineuse, quand la température, généralement du type continu, oscille autour de 39° ou autour de 40°. C'est la période proprement « exsudative » de la maladie. On est donc en droit de penser que pendant toute sa durée, l'épanchement intra-pleural se reproduira après chaque ponction évacuatrice. Le Pr Dieulafoy, dans son enseignement magistral sur la pleurésie séro-fibrineuse aiguë, conseillait d'évacuer le liquide pleural dès qu'il devenait trop abondant, dès qu'il atteignait ou dépassait 1.800 cc., sans attendre les symptômes de compression intrathoracique. Cette conduite thérapeutique ne s'impose nullement à nos yeux et nous ne comptons plus les pleurétiques, même gauches, qui supportent sans gêne des épanchements de deux litres et plus.

En principe donc, pendant la période aiguë, tout pleurétique est laissé au repos. Mais ce repos doit être absolu : séjour au lit, en position horizontale, la tête un peu surélevée par l'oreillier, dans le décubitus dorsal ; on peut cependant autoriser le décubitus latéral du côté de l'épanchement ; le malade ne doit pas s'asseoir dans son lit ; l'usage de l'urinal et du bassin plat est donc nécessaire pour permettre la miction urinaire et la défécation. La ponction évacuatrice n'interviendra qu'en cas de gêne éprouvée par le malade du fait de l'épanchement même : sensation d'oppression, dyspnée, pouls rapide (à 110-120 ou plus) et mou, hypotendu. On la pratiquera en position déclive, de préférence à la position assise.

Quelle quantité de liquide peut-on enlever ? Il est classique depuis le Pr Dieulafoy de ne pas dépasser un litre, un litre 250, un litre 500, ou d'arrêter l'opération dès qu'apparaît de la toux quinteuse. Ces données, si précises en apparence, sont sujettes à critique. Nous leur préférons celles qu'a préconisées M. Courcoux et qui résident en la mesure de la pression du liquide intra-pleural soit par un manomètre à eau, soit par le manomètre de Claude. Le trocart de l'appareil Potain étant introduit à travers l'espace intercostal, on le met en communication avec le manomètre ; le chiffre de celui-ci indique la pression ; on peut trouver + 10, + 15, + 20, rarement + 30. On procède alors à l'évacuation, qu'on interrompt de temps en temps (après chaque extraction de 200 ou de 500 cc. de liquide par exemple) pour apprécier la pression restante. On termine l'opération, quand la pression intrapleurale est devenue nulle ou légèrement positive (+ 2 ou + 4). Il est remarquable que, dans cette technique si judicieuse de M. Courcoux, les accidents de la thoracentèse : toux impérieuse, pénible et quinteuse, expectoration albumineuse ou sanguinolente avec angoisse, expression d'un processus d'œdème pulmonaire provoqué, ne se voient pas ; aussi bien leur réalisation n'est-elle guère possible.

Passé la période aiguë, dès même que se prononce la défervescence fébrile, la conduite thérapeutique devient plus aisée ; la menace de la reproduction du liquide extrait est, en effet, d'autant plus faible que l'apyrexie est plus nettement établie.

Dans ces conditions, si l'épanchement est encore considérable, si sa résorption spontanée paraît trop lente, si les organes du médiastin, en particulier dans la pleurésie gauche, sont trop déviés, le praticien pourra procéder à la thoracentèse, dans le but d'accélérer l'assèchement pleural et souvent même d'« amorcer » la résorption spontanée. Mais, ici encore, nous estimons que sa conduite sera excellemment guidée par la mesure de la pression intrapleurale par le manomètre à eau.

L'injection intrapleurale de gaz, ou simplement d'air, pour remplacer une partie du liquide évacué par ponction, méthode conseillée par quelques auteurs (Vaquez et Quiserne, Achard et Grenet, etc.), ne nous a pas paru comporter des avantages très certains. Dans la plupart des cas de pleurésie séreuse dite primitive, où le poumon sous-jacent est indemne dans sa masse générale, la résorption du liquide, une fois commencée, se fait d'ordinaire lentement et progressivement. L'ampliation du poumon suit cette lenteur progressive et quand les feuillets pleuraux reviennent au contact l'un de l'autre, l'inflammation dont ils ont été atteints, est déjà très atténuée. Retarder ce contact par un pneumothorax artificiel, qui ne peut guère être prolongé, ne met pas sûrement à l'abri de la symphyse-pleurale, plus ou moins étendue ou partielle, qui est la fin de toute pleurésie aiguë. Nous réservons personnellement l'injection intrapleurale de gaz aux épanchements à tendance chronique, aux pleurésies séreuses bloquées ou enkystées au milieu d'une coque scléreuse parfois épaisse.

Ajoutons à toutes ces données qu'à partir du moment où l'apyrexie est assurée et alors même que l'épanchement n'est pas totalement résorbé, le pleurétique peut s'asseoir et se mouvoir dans son lit, puis se lever, se promener et tenter prudemment de quelques exercices respiratoires. Mais le clinicien doit toujours avoir présent à l'esprit que la pleurésie sérofibrineuse aiguë représente une atteinte sérieuse de tuberculose pleurale ou cortico-pleurale, que la cicatrisation par sclérose des lésions diffuses qui se sont constituées, ne s'obtient que très lentement et que cette maladie est trop souvent (une fois sur cinq, d'après notre expérience) le prélude d'autres déterminations tuberculeuses, survenant au cours des années suivantes (tuberculose pulmonaire, granulie, méningite tuberculeuse, etc.). C'est dire que la convalescence d'un pleurétique doit être longue qu'on peut la faire durer un an environ, pendant lequel le convalescent sera l'objet d'une observation attentive de la part de son médecin.

La conduite thérapeutique, que nous venons de développer pour la pleurésie aiguë séro-fibrineuse dite primitive, se retrouve dans ses grandes lignes au cours de la pleurésie séreuse secondaire à une atteinte tuberculeuse déjà constituée du poumon sous-jacent. Mais dans ce cas particulier, l'épanchement pleural mérite d'être plus encore respecté que dans le cas précédent. La compression du poumon par le liquide pleural agit parfois favorablement sur l'évolution des lésions pulmonaires, surtout quand elles sont peu étendues ou peu profondes ; certaines de ces pleurésies ont pu même paraître « bienfaisantes » voire « providentielles » ; nous en avons personnellement observé quelques cas. C'est, enfin, en présence de tels faits que l'injection de gaz, intrapleurale, intervient efficacement, le gaz insufflé tenant la place du liquide et maintenant la compression pulmonaire ; ainsi se trouve en quelque sorte, réalisé ce qu'on observe si fréquemment au cours du pneumothorax artificiel : un véritable hydro-pneumothorax.

En dehors de la pleurésie tuberculeuse, *les épanchements séreux aseptiques* consécutifs aux congestions pulmonaires pneumococciques, aux pneumonies ou à d'autres pyrexies, ne méritent pas de technique spéciale. L'abstention est de règle. Aussi bien ces épanchements ne sont-ils guère abondants ; nous avons dit qu'ils n'étaient le plus souvent que réactionnels ; leur tendance à la résorption spontanée est manifeste, dès que cesse la pyrexie qui les a provoqués. Ajoutons que la même conduite abstentionniste se retrouve pour les épanchements « puriformes », qui ne diffèrent des précédents que par une abondance anormale de polynucléaires diapédésés.

Mais la conduite pourra être nettement différente en présence des *hydrothorax* des néphritiques et plus encore des cardiaques, même hémorrhagiques.

Ces épanchements, quand ils sont assez volumineux et surtout bilatéraux, réduisent, par la compression pulmonaire, le champ de l'hématose, déjà diminué par la congestion passive ou les infarctus et ajoutent encore à l'orthopnée du malade. Le clinicien est alors souvent amené à pratiquer l'évacuation du ou des épanchements et de renouveler l'opération au fur et à mesure de la reproduction du liquide pleural.

Technique parfois vaine, mais qui permet aussi à un cœur dilaté de récupérer sa puissance contractile.

***

Restent *les pleurésies septiques*, à liquide d'abord séreux-trouble, puis purulent. Sans faire intervenir ici les cas exceptionnels, deux agents pathogènes sont surtout en cause : le pneumocoque chez l'enfant, le streptocoque chez l'adulte. D'une manière générale on peut dire que plus de la moitié des pleurésies purulentes sont provoquées chez l'enfant par le pneumocoque et chez l'adulte par le streptocoque. Ces deux principales formes de pleurésie suppurée comportent une thérapeutique un peu différente. Après elles se place la pleurésie purulente tuberculeuse.

La pleurésie purulente *pneumococcique* survient soit au cours, soit à la suite d'une pneumonie ou d'une congestion pulmonaire. La suppuration s'établit généralement assez vite ; elle est d'ordinaire constituée, quand la ponction exploratrice est faite. Le praticien doit avoir recours d'abord à la médication interne spécifique, c'est-à-dire au sérum antipneumococcique. Encore que sa valeur therapeutique soit discutable, nous ne croyons pas que le clinicien soit en droit de refuser au malade — surtout si le cas est grave — le bénéfice d'un minimum d'action spécifique. On injectera donc dans la région fessière, en plein muscle, 60, 80, 100, même 150 cc. chez un adulte, 20, 40, 60 cc. chez un enfant. L'injection de sérum dans la plèvre infectée ne nous paraît pas nécessaire. La sérothérapie est maintenue jusqu'à la chute au moins momentanée, de la fièvre, indice de la diminution de la vitalité du pneumocoque. La pleurésie purulente est alors généralement « mûre » ; le pus pleural est constitué ; à l'examen sur lames, les pneumocoques sont rares et ont parfois même disparu.

Peut-on éviter la pleurotomie ? La question est souvent posée chez l'enfant en particulier. P. Woringer (de Strasbourg) recommande alors la technique suivante : après évacuation du pus pleural par ponction, injecter dans la plèvre 25 milligrammes de chlorhydrate d'optochine par kilogramme de poids, sans dépasser 0 gr. 50 ; répéter cette intervention pendant trois ou quatre jours. Semblable technique se défend. Mais nous pensons que la pleurotomie, bien faite, même sans résection costale qui n'est au fond que la libération d'une collection purulente interne est une intervention bénigne, qu'elle seule permet une évacuation rapide et complète du pus pleural et un rapprochement parfait des feuillets pleuraux. Nous la conseillons donc dans tous les cas, même chez l'enfant.

La conduite thérapeutique de la pleurésie septique *à streptocoques* est plus malaisée. Le germe est à la fois plus virulent et plus vivace et nous sommes bien mal armés contre lui. Nous ne reprendrons pas ici la question que nous avons développée avec Clavelin dans ce journal (1). Nous rappellerons seulement, dans ses notions essentielles, la conduite à laquelle nous nous maintenons encore. Nous n'avons rien obtenu d'efficace par le sérum antistreptococcique en injections intramusculaires ou intrapleurales. La vaccinothérapie soit par un stock-vaccin, soit par un autovaccin streptococcique n'intervient et ne peut guère intervenir que dans les formes moyennes ou traînantes. Nous avons adopté depuis deux ans les injections intrapleurales de *bouillon-vaccin streptococcique filtré pur*. Son action est spécifique, mais purement locale. Sous son influence, les streptocoques diminuent de nombre et perdent de leur vitalité ; la phagocytose s'accentue ; le pus se forme ; parallèlement l'infection diminue et la température baisse. Le malade est ainsi conduit dans les meilleures conditions vers la pleurotomie, qui n'est plus encore ici que le geste évacuateur d'une collection purulente à peu près « froide ».

La pleurotomie précoce n'aboutit, en effet, qu'à des désastres ; à la période aiguë ou suraiguë du début de l'injection pleurale, seules des thoracentèses répétées peuvent être admises. La pleurotomie plus tardive, mais pratiquée quand le malade a encore une fièvre élevée ne donne pas de résultats sensiblement meilleurs. La règle générale sur laquelle on peut fonder quelque espoir, nous paraît la suivante : soutenir l'effort de l'organisme dans sa lutte anti-infectieuse jusqu'à ce que le pus pleural soit dûment constitué et que la fièvre accuse une rémittence suffisante (38° à 38°5).

La médication symptomatique est celle de toutes les pyrexies : lotions froides et enveloppements froids ; application de glace sur la région précordiale ; toni-cardiaques ; adrénaline ; ventouses sèches et ventouses scarifiées ; potions calmantes ; boissons diurétiques abondantes et fraîches ; diététique appropriée.

Quant à la pleurésie purulente *tuberculeuse*, véritable abcès froid pleural, que dire d'elle sinon qu'on est bien désarmé en face d'elle. L'état du malade ne permet le plus souvent que des ponctions

J. Rieux et Clavelin. Le traitement de la pleurésie septique à streptocoques par le filtrat-vaccin streptococcique. (*Journ. des Praticiens*, n° 51, 19 déc. 1925).

évacuatrices aussi répétées que possible. Le pneumothorax n'assèche pas la plèvre. L'oléothorax antiseptique de M. BERNOU y parvient plus efficacement. La pleurotomie n'est acceptable que si elle peut être suivie de thoracoplastie ; mais pour l'heure semblable conduite thérapeutique reste de l'ordre des faits d'exception.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin. — M. le Pr DELBET.

Fracture du col du fémur chez un jeune homme de 15 ans.

Un jeune homme est tombé d'un arbre et, outre une fracture des os de l'avant-bras, présente une fracture du col du fémur gauche. L'accident date d'une dizaine de jours ; le blessé a subi un traitement par l'extension avec abduction forcée qui a quelque peu modifié les signes, et ceci doit être pris en considération pour éviter une erreur de sémiotique.

On signale l'impotence complète à partir de l'accident. A l'examen, on constate une rotation externe des deux pieds, mais l'une seule est pathologique, celle du pied gauche, qui est extrêmement marquée. Elle est complète, c'est-à-dire que le bord externe du pied touche le plan du lit. Du côté droit, c'est une rotation incomplète, comme on en voit chez bien des sujets, qui tient à l'angle de déclinaison du fémur, plus ou moins ouvert. Cette attitude a même passé pour élégante, puisque VESTRIS apprenait à marcher la pointe du pied en dehors.

La règle, chez les sujets atteints de fracture du col du fémur, c'est que le membre, en même temps que la rotation externe, est en adduction légère. Ce malade offre une abduction qui est le résultat de la thérapeutique. Ceci est très important, car pour déterminer la situation de la cuisse il faut toujours envisager l'attitude par rapport à la flexion et l'extension, d'une part, à l'adduction et l'abduction ; d'autre part, en troisième lieu à la rotation externe ou interne.

Quand le fémur est intact, quand il n'y a pas de solution de continuité ni de modification pathologique de sa forme, lorsque le membre est en attitude vicieuse, l'adduction est toujours associée à la rotation interne, et l'abduction à la rotation externe. Voilà les associations correctes. Lorsqu'on trouve une association irrégulière, par exemple adduction avec rotation externe, on peut être sûr qu'il y a une solution de continuité sur le squelette, si l'accident est récent ; si le cas est ancien, ce peut être un trouble de développement, une *coxa vara*. L'association correcte se voit dans les arthrites et les luxations. Ici, l'association est correcte, mais c'est le résultat de la thérapeutique et non pas le résultat de la lésion. D'ailleurs, à la suite d'un traumatisme, une association incorrecte ne permet pas des conclusions précises, mais des probabilités.

Ce malade n'a pas de tumeur du pli de l'aine. Mais, au-dessous du grand trochanter la diaphyse est saine. Il faut chercher si le grand trochanter participe à la rotation externe. On repère les grands trochanters de chaque côté. L'un est manifestement plus éloigné du plan du lit. Donc, on est conduit à localiser la lésion entre le grand trochanter et la tête du fémur. On pourrait discuter l'hypothèse d'une luxation, puisqu'il y a de l'abduction. On est orienté vers l'hypothèse d'une fracture du col du fémur. Le symptôme à chercher, c'est le raccourcissement. Dans nombre de cas, c'est seulement le raccourcissement qui permet le diagnostic. Il y a des cas où le raccourcissement manque presque complètement, où on ne peut faire le diagnostic que par la radiographie.

Il faut donc procéder à la mensuration. Si on se sert d'un ruban étendu depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la malléole interne, les deux membres n'étant pas symétriques, on peut commettre de grosses erreurs. Chez ce malade, on ne peut pas corriger l'abduction. Pour que les mensurations soient valables, il faut que les deux membres soient dans une attitude absolument symétrique, par rapport à l'axe du bassin. L'appareil de Delbet est précisément destiné à donner l'axe du bassin. En prenant comme point de repère la pointe de la malléole interne, il permet de constater que le membre gauche a un raccourcissement de 3 centimètres; c'est un raccourcissement considérable. On peut donc être sûr que ce malade a une fracture du col du fémur. Il s'agit maintenant de savoir quelle est sa variété. Un élément à considérer est l'âge du sujet. Un sujet de 15 ans a inévitablement une fracture cervicale vraie, c'est-à-dire portant sur le col.

Les fractures du col du fémur sont extrêmement fréquentes, donc d'une grande importance pratique. Elles ne sont pas l'apanage de la sénilité ; on les voit à tout âge, chez les enfants, les adolescents, les adultes, comme chez les vieillards.

L'extrémité supérieure du fémur a des fibres offrant une disposition architecturale particulière. Comme l'a dit et montré LE DANTEC, c'est en travaillant que les organes se développent. Les

trabécules osseuses émanant de la corticale constituent deux systèmes de fibres, l'éventail de sustentation, qui se distribue dans la tête fémorale, et le système ogival. La clé de voûte est formée par un noyau osseux traversé par une artériole.

Chez les sujets jeunes, normaux, sains, dont le col n'a pas subi d'altérations persistantes, la fracture est toujours intra-articulaire, c'est une *fracture cervicale vraie*. Chez les vieillards, la fracture commence en haut, immédiatement en dedans du grand trochanter, et arrive au petit trochanter. Il y a presque toujours deux traits surajoutés.

La fracture des jeunes n'a pas un siège absolument fixe. Dans certains cas, elle se rapproche beaucoup de la surface cartilagineuse. D'où deux variétés : la décapitation, et la fracture transcervicale.

Les fractures cervico-trochantériennes sont à cheval sur le col et le grand trochanter.

Les trochantéro-diaphysaires descendant au-dessous du petit trochanter et même très loin sur la diaphyse, en un long biseau.

Les fractures du col, y compris les cervico-trochantériennes, sont, sinon graves, du moins sérieuses. Leur consolidation n'est pas toujours correcte, tandis que la trochantéro-diaphysaire est, de toutes les fractures du fémur, la plus bénigne. La règle dans les fractures du col du fémur, est deux mois d'immobilisation. En quarante à cinquante jours, la trochantéro-diaphysaire consolide, par un cal extrêmement solide. Au point de vue pronostic, il est capital de distinguer cette variété de fracture et de ne pas la confondre avec les véritables fractures du col. La trochantéro-diaphysaire commence en plein massif trochantérien.

Dans la fracture sous-trochantérienne, le trait est absolument différent, comme orientation, de celui des fractures précédentes.

La fracture trochantéro-diaphysaire est l'ancienne fracture extra-articulaire d'Astley Cooper. A noter que la trans-cervicale n'est pas intra-articulaire en arrière.

Dans les fractures du col du fémur, un symptôme fondamental est la rotation externe du pied ; elle est associée, — règle constante lorsqu'on voit le malade tout de suite après le traumatisme, à un certain degré d'adduction.

L'autre symptôme fondamental est le raccourcissement. Il faut le mesurer avec grand soin. C'est d'autant plus important que c'est dans les fractures les plus graves, les cervicales vraies, que le raccourcissement est le moins marqué. Le raccourcissement primitif (quelques heures ou jours après l'accident) n'excède souvent pas un centimètre ; c'est de l'ordre des erreurs de mensuration possibles et même certaines, si l'on se sert simplement d'un ruban ; si on emploie l'appareil on ne peut pas commettre une erreur d'un centimètre. Jamais ce raccourcissement n'excède deux centimètres et demi.

Dans les cervico-trochantériennes, les moins graves, se consolidant généralement très bien par un cal osseux, le raccourcissement primitif est plus marqué, et oscille entre 2 et 4 centimètres.

Même si la fracture n'est pas traitée, le cal n'a pas chance d'augmenter. Il en est autrement dans les fractures cervicales vraies, non traitées. Le raccourcissement augmente avec le temps. Ces changements demandent des semaines, des mois et quelquefois des années. Le raccourcissement secondaire devient surtout considérable pour les malades qui cherchent à marcher avec leur pseudarthrose. Dans un cas datant de sept ans, le raccourcissement dépassait 8 centimètres.

Le diagnostic de contusion profonde de la hanche, caractérisée par l'impotence complète du membre avec rotation externe, ne doit plus être accepté. Ce syndrome est toujours lié à une fracture du col du fémur. Cette fracture peut être incomplète. On a publié quelques observations de malades ayant pu marcher correctement avec des fractures du col du fémur.

Une laitière fait une chute sur la hanche. Pendant trois semaines, elle continue à pousser sa petite voiture depuis Montrouge jusqu'à la rue de Rivoli. Un jour, ne pouvant faire ce travail, elle entre à l'hôpital, et on constate par la radiographie une fracture du col du fémur. Le premier traumatisme avait produit une fracture incomplète, et sous l'influence de l'effort la fracture s'est complétée.

Si on fait le diagnostic de contusion de la hanche, on conseillera les massages, la mobilisation, on incitera même les malades à marcher le plus rapidement possible, et ils pourront se casser le fémur secondairement. Si au contraire, on fait le diagnostic de fracture incomplète, on immobilisera complètement et le malade guérira parfaitement.

A noter, pour le diagnostic : dans les cervicales vraies, le grand trochanter est intact. Dans les cervico-trochantériennes, il est épaissi, mais c'est une sensation trompeuse. Ce qui a de l'importance, c'est la douleur, ou du moins une sensibilité assez marquée à la pression de la face externe du grand trochanter, à une condition, c'est que la chute n'ait pas eu lieu sur le grand trochanter : la contusion superficielle peut être douloureuse par elle-même.

La tumeur de l'aine ou signe de Laugier est due à la saillie formée par l'extrémité supérieure du fragment inférieur, sous l'influence de la rotation externe. Cette saillie sera d'autant plus marquée que le moignon de col resté attenant à la diaphyse sera plus étendu :

Saillie très interne, située immédiatement en dehors de l'artère fémorale : décapitation.

Saillie plus externe : trans-cervicale.

Pas de saillie : cervico-trochantérienne.

Lorsqu'on voit le malade au début, cette saillie est douloureuse, sensible, et on peut reproduire exactement les formules précédentes en remplaçant le mot saillie par le mot douleur.

La facilité et l'indolence de la correction de la rotation externe doit faire penser à une fracture cervicale vraie, intra-articulaire, car il n'y a généralement pas d'engrènement. Au contraire, dans la cervico-trochantérienne, la rotation est plus difficile à corriger et douloureuse ; même sans traitement, il y a cal osseux et le membre retrouve sa solidité. Au contraire, dans les fractures trans-cervicales ou par décapitation, non soignées, ou mal, la majorité des cas se terminent par une pseudarthrose.

Le pronostic est absolument différent suivant qu'il s'agit d'un sujet jeune ou âgé. Chez un sujet très jeune, encore à la période de croissance, on peut obtenir des consolidations par simple immobilisation en bonne attitude. Chez l'adulte et surtout le vieillard, la simple immobilisation dans l'appareil ordinaire ne donne pas, en règle, de consolidation, il faut les immobiliser par des artifices spéciaux : méthode de Whitman, ostéosynthèses.

Chez un sujet de cet âge, 15 ans, le danger n'est pas la pseudarthrose ; le danger, c'est qu'il consolide avec un cal vicieux, c'est-à-dire avec une certaine déformation du col du fémur ressemblant à la coxa vara. Il y a souvent un peu de coxa adducta, c'est-à-dire que l'angle d'inclinaison du fémur tend à se fermer. Ceci est une question d'extension et de surveillance des appareils. On peut obtenir une consolidation très correcte dans les fractures chez les adolescents.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Les cures hydrominérales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Certes le traitement hydrominéral n'est nullement indiqué dans la grande majorité des tuberculoses pulmonaires. Les contre-indications sont formelles :

Caractère évolutif des lésions,
Bacilloscopie positive,
Hémoptysies récidivantes,
Insuffisance cardiaque ou rénale.

Dans un récent travail, PIERY (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 sept. 1926) formule ainsi les indications de la cure hydro-minérale :

a) Tuberculose diffuse avec emphysème : Allevard, Cauterets, Amélie, Mont-Dore, Saint-Honoré, Royat ;

b) Tuberculose fibreuse dense : Mont-Dore, Allevard, Saint-Honoré, Royat.

c) Tuberculose commune à prédominance fibreuse, cavitaires stationnaires : Eaux-Bonnes ;

d) Tuberculose abortive : Mont-Dore ;

e) Pleurite récidivante et cortico-pleurites : Saint-Honoré, Mont-Dore.

La cure hydro-minérale d'un tuberculeux pulmonaire sera constamment surveillée pour l'application du traitement hygiéno-diététique concomitant et par un contrôle, minutieux lui aussi, des effets de la cure.

FORMULES

Anémie avec dépérissement.

Liqueur de Fowler	5	grammes
Tartrate ferico potassique	20	—
Teinture de coca	20	—
— de quinquina		
Sirop d'écorces d'oranges amères	30	—
Eau q. s. p.	180	—

Une cuillerée à café avant les repas de midi et du soir dans un peu d'eau.

Une cuillerée à café renferme II à III gouttes de liqueur de Fowler.

Séborrhée.

Naphtol B.	âà	0 gr. 30
Résorcine.		
Soufre précipité	2	gr.
Vaseline.	30	gr.

Pour onctions tous les soirs.

Acide salicylique	1	gramme
Huile de cade	4	grammes
Vaseline	16	—
Lanoline	12	—
Oxyde de zinc		

Pour onctions tous les soirs.

(GATÉ.)

Pollakiurie psychique.

Camphre	0 gr. 05
Castoréum	

Extrait de valériane, q. s. p. 1 pilule.

Une à deux avant les repas.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La grippe infectieuse.

L'épidémie de 1918 a ouvert les yeux sur la grippe maligne, celle que j'avais baptisée en 1889 du nom de grippe infectieuse, un an avant l'épidémie de 1890. Ce mauvais terme de grippe infectieuse est resté. Depuis, les acquisitions thérapeutiques sont demeurées nulles. L'épidémie de 1918 a montré plus que ce qu'il ne fallait pas faire que ce qui est vraiment utile.

Ce qu'il ne faut pas faire, c'est de donner des antithermiques, c'est de pratiquer des saignées suivies d'une injection intra-veineuse de sérum antipneumococcique. L'aspirine à haute dose a précipité la fin de nombre de malades, les saignées, en dehors de l'œdème aigu du poumon, ce dernier exceptionnel, n'ont réalisé aucun miracle.

Ce qui est utile, ce sont les soins de la bouche, les gargarismes fréquents à l'*eau oxygénée* à 1/5, à l'*acide salicylique* au 1/10, au *thymol* :

Thymol	3 gr.
Teint. d'eucalyptus	20 —
Alcool à 90°	100 —

X gouttes dans un demi-verre d'eau pour gargarisme.

Huile goménolée (à 1/10) dans les narines matin et soir. Ces précautions semblent même garantir jusqu'à un certain point contre la maladie. Elles seront répétées 4 fois par jour.

Le premier jour, si le mal de tête est violent, à la rigueur, un *seul* cachet d'*aspirine* à 0 gr. 50 ou de *pyramidon* à 0 gr. 25. Les jours suivants, petites doses de *quinine*, 0 gr. 15 à 0 gr. 20 matin et soir ; à ces doses la quinine n'est pas antithermique. Le grand danger est de baisser la température par des médicaments.

Les vieilles potions d'*extrait de quinquina* sont fort utiles :

Ext. fluide quinquina } Teinture de cannelle }	6 gr.
Sir. éc. or. amères	60 —
Eau dist. q. s. p.	180 —

Cinq à six cuillerées à soupe par jour.

L'*uroformine* a été préconisée, voire en injections intra-veineuses. Les résultats sont des plus douteux. Quelquefois les *métaux colloïdaux* (10 cc. en injections intra-musculaires) ont paru agir. On les administre surtout dans les formes traînantes. D'ailleurs que n'a-t-il pas été tenté ? Chaque médecin a vanté sa panacée. Des coïncidences heureuses ont maintes fois valu leurs succès.

Aucune *sérothérapie* n'est efficace, ni la pneumococcique, ni la streptococcique. Les *vaccins polyvalents* n'agissent pas.

La méthode vraiment efficace, ce sont les *bains tièces ou chauds*, 35° à 38° de dix minutes de durée, toutes les trois heures et tant que la température atteint 39° ou les enveloppements humides et chauds du thorax (35°), avec leurs couches superposées de taffetas gommé et de coton. Le jour ces enveloppements sont pratiqués toutes les trois heures. De 11 heures du soir à 7 heures du matin on laisse reposer le malade.

Le régime est celui de toutes les maladies infectieuses : tisanes chaudes, bouillon de légumes lait mêlé d'eau, boissons légèrement alcoolisée, (5 à 6 cuillerées à café de cognac ou de rhum dans les 24 heures).

C. F. s

***

La stomatite mercurielle.

Maintenir l'état soigneux de la bouche et des dents. A la moindre sensation de chaleur insolite dans la bouche, suspendre la médication. Se brosser avec soin les dents avec une brosse dure qui brosse les gencives et passe dans les interstices dentaires. FOURNIER conseillait la poudre dentifrice :

Poudre de charbon } Poudre de quinquina }	15 grammes

Si l'inflammation paraît, toucher les gencives au crayon de *nitrate d'argent* ou avec une solution d'*acide chromique* à 10 p. 100.

Se rincer ensuite la bouche avec :

Liqueur d'acétate d'alumine	300 grammes
Extrait de menthe poivrée	3 —

Une cuillerée à bouche par verre d'eau.

(EMERY et CHATIN.)

Chlorate de potasse à l'intérieur (2 à 4 gr.) ou en gargarismes (5 p. 200).

Contre la fétidité de l'haleine, lavages avec :

Eau chlorée	10 grammes
Miel rosat	40 —
Décoction de guimauve	300 —

(LEISSEL.)

(1) Ch. FIESSINGER. La grippe infectieuse, Doin 1889. 1 vol., 228 p.

Les lavages émollients à l'eau de guimauve avec du bicarbonate de soude amènent du soulagement. De même les attouchements avec un collutoire à la *cocaïne*, à la rigueur quelques pastilles de *cocaïne* à sucer.

Contre la fétidité de l'haleine, lavages au *chlorate de potasse*.

Contre la salivation, lavages fréquents avec :

Tannin	2 grammes
Miel rosat	50 —
Eau distillée	10 —
Eau de roses	50 —

(JANNART.)

ou :

Acide tannique	1 gr. 20
Teinture de pyrèthre	12 gr.
Eau de roses	180 gr.

(STOCKEN.)

L'état général sera soutenu par des *potions de quinquina*, des potages substantiels, des purées, etc.

THÉRAPEUTIQUE QUOTIDIENNE

L'asystolie veineuse progressive.

Sous l'influence d'un fléchissement ou tonus sympathique, le muscle veineux faiblit. Il subit un commencement de dilatation, surtout au voisinage des valvules. Telle est l'origine des varices constituées, telle que l'admettent MM. R. HUGEL et G. DELATER (Masson, édit.). Pour traiter cette insuffisance veineuse progressive, les auteurs conseillent tout d'abord d'agir sur le sympathique par l'opothérapie pluri-glandulaire. Encore convient-il que les produits prescrits soient frais. Sinon, aucun résultat ne sera obtenu.

Le médecin prescrira par exemple :

Poudre glande thyroïde	0 gr. 025
Poudre d'extrait testiculaire	0 gr. 20

Pour un cachet n° 20 (pour des femmes et par séries de dix jours, séparées par un intervalle équivalent.)

L'*alimentation* sera surveillée, le terrain goutteux étant favorable au développement de l'insuffisance veineuse. Le malade évitera les longues stations debout ; ou s'il est obligé de demeurer debout, il se livrera à une gymnastique des muscles du mollet qui favorise la circulation profonde et soulage les veines superficielles.

Si la gêne à la marche est considérable, MM. HUGEL et DELATER conseillent le port de bas à varices, mais non en tissu caoutchouté ; ces derniers sont raides, compriment trop ou pas assez, se plissent, compromettent la respiration cutanée. Les bandes caoutchoutées ne valent pas mieux. Le *bas tramé sans caoutchouc* est le meilleur. Ce dernier conserve toute son action puisqu'il suffit de le tendre pour qu'il comprime. Il permet l'évaporation et se lave à volonté. Il engainera le membre depuis les articulations métatarso-phalangiennes jusqu'au milieu de la cuisse. Le port des bas ne dispensera point de l'exercice méthodique des muscles.

Le malade profitera de tous ses repos pour étendre ses jambes. Il couchera sur un lit dont le sommier aura été surélevé du côté des pieds de 10 à 15 centimètres. Les femmes porteront des chaussures à talon demi-bottier, hauts de 4 à 5 centimètres et proscriront les talons plats. La constipation, la ptose abdominale seront combattues. Les bains ne dépasseront pas 35°.

Comme traitement, nos lecteurs connaissent les *injections sclérosantes intra-veineuses de Sicard*. D'autres fois on supprime les trajets variqueux par l'*opération d'Alglave*.

Comme moyen préventif contre les *accidents des phlébites*, rien ne vaut l'immobilisation du membre en déclivité, le talon haut, à 15 centimètres environ au-dessus du plan du bassin, le creux poplité sera légèrement fléchi et bien soutenu. Trois coussins en balle d'avoine seront l'un disposé en tremplin pour recevoir le membre inférieur, talon haut et soutenant le genou, les deux autres fixent le membre latéralement.

L'ensemble sera emprisonné dans deux longues bandes qui font une boucle croisée en haut, autour des coussins et dont les extrémités sont fixées au bord du lit. Avoir soin d'éviter toute compression. Trois à quatre semaines après, les malades peuvent habituellement poser le pied à terre. En cas de *périphlébite*, immobilisation en position déclive, mais moins longtemps. Quelques jours suffisent pour assécher le membre.

RADIUMTHÉRAPIE

Radiorésistance des épithéliomas traités antérieurement par le radium.

Dans la radiothérapie des tumeurs malignes, si le fractionnement des doses est échelonné sur un temps trop long, les tumeurs deviennent résistantes aux radiations : c'est le phénomène dit de la radioimmunisation ou radiorésistance acquise des tumeurs malignes.

Henri BEAU (*Thèse* Paris 1926) a rapporté six cas typiques d'épithéliomas cutanés traités d'abord

par des doses insuffisantes, et devenus, à la suite de ces traitements, radiorésistants à tout traitement ultérieur.

Dans des tableaux il a réuni les résultats obtenus dans les 417 cas d'épithéliomas cutanés traités par les rayons X ou par le radium à l'Institut du Radium, de 1919 à 1924 inclus. De l'examen de ces tableaux, il ressort :

a) Que le nombre d'échecs est bien plus considérable chez les malades qui avaient déjà reçu antérieurement un ou plusieurs traitements, radiothérapiques comportant des doses insuffisantes pour les stériliser (60 % d'échecs), que chez ceux qui n'avaient pas reçu d'irradiation antérieure (22,81 % d'échecs) ;

b) Que la proportion des échecs croît avec le nombre de traitements radiothérapiques reçus par le malade ;

c) Que les plus mauvais résultats ont été obtenus quand on a repris par les rayons X les malades antérieurement traités par le radium ou les rayons X et récidivés ; tandis que, inversement, les meilleurs résultats ont été obtenus quand on a repris par le radium les récidives d'épithéliomas déjà traités par les rayons X.

La pathogénie de la radio-immunisation reste obscure. Il est cependant vraisemblable que ce phénomène est dû à une inhibition progressive des actions exercées localement par le tissu conjonctif sur les cellules cancéreuses déjà blessées par l'irradiation.

Une autre hypothèse un peu différente serait celle de l'épuisement progressif d'une action toxique locale déclenchée par l'irradiation. Cette deuxième hypothèse est vraisemblable également, mais on n'en a pas non plus de preuves.

Quoi qu'il en soit, la coïncidence remarquablement constante de la radio-immunisation croissante des cellules néoplasiques avec la radiosensibilisation des tissus généraux porte à croire à un lien pathogénique entre ces deux phénomènes.

Le phénomène de radio-immunisation présente une importance capitale en radiothérapie des cancers, car il marque une des limites inéluctables de la méthode.

Henri Beau fixe avec précision cette notion d'une grande importance pratique.

Les techniques d'irradiation qui déterminent la radio-immunisation conduisent à l'incurabilité.

Cette idée domine toute la radiothérapie des cancers ; sa méconnaissance engendre des catastrophes. Il s'en dégage une règle constante : celle de l'unicité du traitement, qui confère à la radiothérapie des cancers l'obligation de réussir du premier coup.

Pour guérir un épithélioma de la peau, il faut (toutes autres conditions nécessaires étant supposées réunies, telles que : qualité du rayonnement, égalité d'irradiation, traitement de tout le territoire néoplasique) : une dose minimum administrée dans un temps ne dépassant pas un maximum. Les deux facteurs dose et temps ne sont pas indépendants. La radio-immunisation se produit quand on dépasse le temps. Le résultat est le même quelle que soit la modalité chronologique des irradiations (continue ou fractionnée en fractions plus ou moins nombreuses) si le temps a été dépassé.

Les épithéliomas baso-cellulaires de la peau sont généralement curables par un traitement curiethérapique comportant l'administration de la dose voulue dans les délais les plus courts (en pratique 3 ou 4 jours ou même moins, selon la quantité de radium ou d'émanations dont on dispose), ou par une séance unique de rôntgenthérapie.

Lorsqu'il s'agit d'un épithélioma épidermoïde, une technique correcte comporte soit un traitement continu par foyers radio-actifs, durant de six à quinze jours, soit un traitement discontinu par rayons X étalé sur un nombre analogue de jours et comportant des séances biquotidiennes d'intensité à peu près constante.

Lorsqu'un épithélioma de la peau a déjà été traité antérieurement par curiethérapie ou rôntgenthérapie et qu'on le soumet à un nouveau traitement par les radiations, le pronostic en est toujours défavorable.

S'il est peu étendu, il faut pratiquer l'exérèse chirurgicale large.

S'il est très étendu, on peut parfois tenter un nouveau traitement radiothérapique.

Un baso-cellulaire devenu résistant aux radiations sélectives peut parfois être guéri par l'action caustique diffuse des rayons X non filtrés.

Un épidermoïde déjà irradié par rayons X peut parfois être guéri par un nouveau traitement par le radium, ou par les rayons X en réalisant certaines conditions mais il faut éviter de reprendre par les rayons X un épidermoïde déjà traité par le radium : ce traitement courrait le risque d'être inefficace.

Un épithélioma qui a déjà reçu une dose considérable de radiations ne doit plus être irradié : on n'obtiendrait pas la guérison car le tissu néoplasique est radio-immunisé ; d'autre part, des doses même très modiques pourraient suffire à déclencher une radionécrose grave.

Telles sont les conclusions très instructives du travail d'Henri Beau ; le praticien y puise un enseignement précieux pour les indications de la radiumthérapie.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de la maigreur.

La maigreur pathologique relève de deux processus : excès de dépense, insuffisance d'apports. Le mieux est de trouver la cause générale ou organique qui intervient et de là, traitement. Mais, il est des maigreurs dont la cause échappe. Pas de tuberculose, pas de cancer, pas de diabète, pas de cirrhose, pas de maladie de Basedow. Dans ces cas, on doit prescrire un traitement qui d'après Courtin (*Gaz. hebdomad. des Sc. méd. de Bordeaux*, 23 mai 1926) obéit aux directives suivantes :

1° *Diminuer les dépenses.* — Il faut tenir compte ici de l'intensité de la maigreur et de la profession du sujet et selon les constitutions prescrire :

a) *Une vie plus calme* aux surmenés, une diminution en somme assez modérée dans leurs travaux ; tout cela est une question de mesure ;

b) Aux gens un peu plus touchés, vous pourrez ordonner des *séances de chaise longue*, deux par *jour*, d'une heure chacune, après les repas par exemple ;

c) Enfin, lorsque l'amaigrissement est considérable, donnant des inquiétudes sérieuses, ordonnez tout *d'abord le lit.*

Dans les trois cas, le sujet doit être chaudement couvert pour ne perdre qu'un minimum de calories par rayonnement.

Repos physique, c'est bien ; repos génital, cela va de soi ; repos moral aussi. Il faut à ces malades, surtout aux nerveux, une certaine atmosphère d'entrain et de gaîté. Cette question du repos moral pour les nerveux est capitale, et selon les circonstances, si le repos à la maison ne suffit pas, vous pourrez être conduits à conseiller une cure thermale ou une cure d'isolement.

La cure thermale aura le mérite de permettre un traitement hydrothérapique, fait le plus souvent de douches tièdes, courtes, ou de bains à 36° d'un quart d'heure. Les eaux sédatives du système nerveux et du sympathique sont particulièrement indiquées.

La pharmacopée enfin offre quelques bons produits :

La valériane, à dose de 0.05 par jour d'extrait.

L'arsenic, non pas *per os*, car on risquerait de toucher l'estomac qui doit rester intact, car c'est lui la clef de voûte de votre cure, mais en piqûres ; en piqûre de cacodylate de soude (0.05, 0.10, 0.20 par jour) ; et même comme médication héroïque, sous forme de novarsénobenzol intraveineux, à raison de 0.15 tous les trois jours. Le néo donne pour la cure d'engraissement les meilleurs résultats.

L'iode, la strychnine sont contre-indiqués.

Quand le corps thyroïde est en jeu, on donnera de l'hémato-éthyroïdine Carrion (une cuillerée à dessert par jour) ; on fera quelques séances de radiothérapie ; et on prescrira une cure thermale à Ussat ou Bagnères-de-Bigorre.

Récemment Feissly (de Lausanne) conseille un traitement insulinique des états de dénutrition chez les sujets non diabétiques. Daprès cet auteur, on pratique deux ou trois injections par jour, en débutant avec cinq unités par injection pour arriver, aussi rapidement que possible, à 60 unités cliniques par jour.

M. R. Feissly prévoit une durée de cure de trois à quatre semaines. Une surveillance clinique paraît indispensable. La mesure de la glycémie à jeun, faite en série, permet de contrôler, d'une façon précise l'évolution de la cure.

2° Il est relativement facile en somme de diminuer les dépenses, mais *l'augmentation des recettes* reste le point capital.

Donnez donc à vos maigres *de l'air, du soleil*, autant que possible. L'oxygène est un aliment.

Mais le grand traitement est le régime alimentaire, mais avant le régime, il faut l'organe, il faut un bon tube digestif.

Donc, *traitement de l'épine organique* d'abord, qu'elle soit digestive ou paradigestive (appendicite chronique, métrite, ptose, lithiase, etc.).

Puis le régime. Les graisses ont une grosse valeur calorique (1 gramme de graisse donne 9 calories 4), mais elles sont de *digestion ongue* ;

La forme la meilleure est le lait, le beurre (100 grammes par jour), les fromages, les œufs ; et, quand on peut la prendre et la supporter, *l'huile de foie de morue.*

Pour les albumines, 100 à 200 grammes de viande de mouton ou de cheval, pulpée, par jour ; on la prend dans du bouillon ou avec de la confiture.

Les sucres sont très indiqués, surtout chez les dyspeptiques nerveux, sous forme de fruits, confitures, de lentilles, de haricots, de noix, d'amandes, de châtaignes, et — ceci est à retenir — de bouillon de féculents ou céréales.

Comme boisson, du vin (deux verres à chaque repas) et mieux encore de la bière, qui, riche en alcool et hydrates de carbone, est tout à fait indiquée.

Pas de régime exclusif. Il faut donner une ration à peu près équilibrée en prenant comme base la vieille indication des chiffres suivants :

Dans la ration, donnez 7/10 d'hydrates de carbone, 2/10 d'albumine, 1/10 de graisse.

Deux grands repas, plus un petit déjeuner et un goûter substantiels. Mastiquer lentement ; pas trop de précisions : « ce qu'on digère le mieux, c'est souvent ce qu'on aime ».

CLINIQUE MÉDICALE

Les Cardiaques aérophages et l'aérophagie à symptômes cardiaques.

Par M. G. Leven.

Cette note précise des notions cliniques et pose en même temps un problème pathogénique.

Dans mon livre sur l'aérophagie, paru en 1920, et dans sa 2e édition (1926), j'ai consacré de nombreuses pages aux syndromes cardiaques liés à l'aérophagie. J'ai décrit avec détails au chapitre symptômes circulatoires de l'aérophagie, la dyspnée, l'angine de poitrine, l'asystolie aiguë, l'hypertension artérielle, les palpitations, les syncopes qui sont sous la dépendance de l'Aérophagie et qui font la preuve de leur nature par une guérison rapide, complète et durable.

A la fin de ce chapitre, j'ai signalé la coexistence fréquente, sinon constante de l'aérophagie et des cardiopathies vraies.

Je faisais allusion aux cas nombreux où existe une symptomatologie complexe, réalisée par les deux causes agissant simultanément. Si l'on guérit aisément, rapidement, définitivement les aérophaphages à symptômes cardiaques, si l'on améliore considérablement les cardiaques dont la cardiopathie est aggravée par des symptômes aérophagiques, il existe un certain nombre de cas où la cardiopathie paraît avoir engendré l'aérophagie et malheureusement dans ces cas, la thérapeutique habituelle est inefficace ou bien peu agissante.

J'ignore pourquoi certaines cardiopathies, surtout les cardiopathies aortiques, donnent naissance à une aérophagie rebelle. Je dois attirer l'attention des spécialistes sur ces questions si intéressantes, car certains d'entre eux m'adressent leurs malades, en les assurant que je guérirai leur aérophagie. Cela serait si ces aérophages étaient de faux cardiaques ou encore si ces malades avaient une aérophagie banale doublant la cardiopathie.

Il en est tout autrement, s'il s'agit de cardiaques aérophages dont l'aérophagie est d'origine cardiaque.

Succès et insuccès thérapeutiques conduisent donc à la création de 3 groupes cliniquement bien différenciés, tant l'action thérapeutique varie selon les cas, complète dans le 1er, intéressante dans le 2e, presque nulle dans le 3e.

On conçoit aisément comment dans les cas d'un diagnostic complexe l'action de la Thérapeutique vient au secours de la clinique.

PÉDIATRIE PRATIQUE

La pyélo-cystite du nourrisson.

Les infections des voies urinaires chez les enfants, considérées comme très rares par les anciens auteurs, sont en réalité fréquentes, surtout chez les nourrissons, il suffit, pour s'en convaincre, de centrifuger systématiquement l'urine chez tous les enfants qui présentent ou de la fièvre, ou des vomissements, ou des selles dyspeptiques, ou un mauvais état général, insuffisamment expliqués.

Pour obtenir de l'urine chez le nourrisson, il n'est pas nécessaire d'avoir recours au cathétérisme. On introduit, chez les garçons, la verge dans une éprouvette, en fixant l'ouverture de cette dernière au corps avec un peu de sparadrap ; pour les filles, on se sert d'un récipient à goulot plus large qu'on applique contre la vulve, et qu'on fixe de la même façon ; le tout est maintenu par des langes et il ne reste qu'à vérifier de temps à autre si l'enfant a uriné. En examinant l'urine fraîchement émise, on obtient tous les renseignements désirables quant aux éléments cellulaires et quant à la pullulation microbienne ; *l'examen microscopique fait obligatoirement partie de toute analyse d'urine chez l'enfant.* Bien entendu, le prélèvement par cathétérisme aseptique s'impose quand il s'agit de recherches bactériologiques précises.

G. Rohmer (1) (de Strasbourg) fait remarquer que la symptomatologie de la pyélocystite est extrêmement variable. Elle est parfois complètement silencieuse : on la découvre au hasard d'un examen d'urine. (Très probablement, en pareil cas, la réaction fébrile du début a passé inaperçue

(1) *La Médecine.* Août 1926.

ou a été mal interprétée.) Généralement, en effet, la maladie commence par de la fièvre, souvent sans aucun autre symptôme, et surtout sans que rien n'attire l'attention du côté des voies urinaires. Cette fièvre peut être bénigne et de courte durée, mais peut aussi atteindre un degré élevé et durer longtemps, avec des rémissions qui rappellent le type paludique. Une certaine pâleur des téguments, plus rarement un peu de bouffissure de la face ou de légers œdèmes, pourront orienter l'investigation clinique du côté du rein.

L'infection des voies urinaires provoque des réactions gastro-intestinales : ceci est d'observation courante. On voit donc, chez certains petits malades, une fièvre « inexpliquée » s'accompagnant de vomissements, de diarrhées aigues, ou de troubles dyspeptiques chroniques ; toutes les tentatives d'alimentation se heurtent souvent chez ces enfants à une anorexie insurmontable qui peut durer de longs mois et entraver sérieusement le développement, ou même, dans quelques formes graves de la maladie, conduire à l'athrepsie et à la mort.

Les symptômes locaux font généralement défaut. A l'inspection du nourrisson déshabillé, posé sur une table, on remarque parfois que l'enfant « ménage son ventre » et que l'abdomen reste plus ou moins immobile pendant la respiration ; la région rénale peut être douloureuse à la pression. Mais tout cela est exceptionnel. C'est l'examen des urines qui mettra sur la voie du diagnostic : les urines sont uniformément troubles ; au microscope, on trouve du pus et des microbes.

La pyélocystite peut guérir en deux ou trois semaines, mais elle dure aussi quelquefois des mois, et même des années. La guérison est la règle, surtout chez les nourrissons ; cependant, les statistiques accusent une mortalité globale de 8 à 10 %, et Rohmer, tout en considérant que ce chiffre est excessif, estime qu'il est toujours prudent de faire des réserves, quant au pronostic.

Comment se fait l'infection ? Par voie ascendante ? par voie hématogène ? Des arguments sont fournis en faveur de chacun des deux modes de propagation. Rohmer pense que la grande majorité des pyélocystites relève d'une infection ascendante, une diminution de la résistance générale de l'organisme ou une lésion locale des voies urinaires pouvant favoriser l'invasion microbienne.

La vaccinothérapie n'a donné que peu de résultats satisfaisants. La tâche principale est, pour le praticien, de relever l'état général des petits malades par une bonne hygiène et par une alimentation suffisante et appropriée. Les citrates alcalins et l'uroformine feront les frais du traitement médicamenteux.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MÉDECINE

Centième anniversaire de la mort de Pinel. — M. Achard, Secrétaire général. — Un médecin, termine M. Achard, qui associa en lui la science de son époque et la bonté de tous les temps. Cette formule résume bien l'œuvre de Pinel. Il fut moins un médecin éminent qu'un grand homme de bien.

Conduite à suivre dans l'application de notre méthode de traitement chirurgical de l'angine de poitrine. — M. Danielopolu.

M. Vaquez fait des réserves sur la valeur de la méthode (résection du ganglion étoilé ou sympathitectomie).

Rapports : **Sur les sérums.** — M. Carnot.

26 octobre 1926.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 octobre 1926.

Action de l'insuline dans les troubles vasculaires. — MM. Ambart, Boyer et Schmitt avec l'insuline ont obtenu des sédations de douleurs dans la claudication intermittente des artérites.

M. Labbé a traité une gangrène avec cholestérinémie par l'insuline sans aucune influence sur le processus gangréneux.

Pyélonéphrites gravidiques. — MM. Ribadeau-Dumas et Chambrun rapportent huit observations de pyélonéphrites non colibacillaires au début, mais infectées secondairement par le colibacille.

Syndrome occipital avec hallucinose et amnésie verbale visuelle. — MM. H. Baruk et J. Dereux présentent un malade intéressant à un double point de vue : 1° par des troubles visuels : hallucinations élémentaires, conscientes (vision de lueur, de feu), unilatérales, et dans le champ d'une hémianopsie homonyme droite ; hallucination parfois suivies de crises comitiales ; 2° par des troubles intellectuels très particuliers, caractérisés par une amnésie verbale visuelle, sans aphasie véritable.

Les auteurs rattachent ces phénomènes à un syndrome d'excitation du cortex occipital.

Tuberculose du péricarde chez l'adulte. — MM. Maurice RENAUD et CHATAGNON rapportent l'observation d'une tuberculose caséeuse du péricarde à lésions considérables.

La malade qui en était atteinte, âgée de 56 ans, était depuis trois ans immobilisée au lit par des arthrites chroniques. Dans les derniers mois de la vie seulement, la dyspnée, des douleurs thoraciques, la cyanose avaient attiré l'attention du côté du cœur. Un bruit systolique, à timbre de frottement, s'entendait dans la région précordiale. La fièvre était très modérée. La mort survint par asthénie cardiaque après un syndrome hémorragipare.

L'autopsie montra le cœur entouré dans une couche de tissu tuberculeux bourré de follicules et caséifié en de nombreux endroits, d'une épaisseur de plus d'un centimètre. La tuberculose était limitée aux feuillets péricardiques et il n'y avait pas de tubercules dans le myocarde lui-même. Cette localisation de la tuberculose était absolument isolée.

M. PAISSEAU a observé un rhumatisme articulaire avec complications cardiaques qui à l'autopsie était une tuberculose de péricarde.

Thrombo-phlébite de la veine cave inférieure post-puerpérale. Rôle éventuel de l'infection coli-bacillaire. — MM. Jean CATHALA et CHABRUN. — Observation évoluant en trois périodes :

1° A la suite d'un accouchement, état infectieux sévère avec fièvre continue, anémie type pernicieux à pyélo-néphrite coli bacillaire antérieure à l'accouchement; 2° amélioration coïncidant avec le développement d'une thrombose de la veine cave inférieure; 3° embolie pulmonaire, abcès nécrotique du poumon, compliqué de pleurésie purulente coli-bacillaire.

Toutes les hémocultures et toutes les investigations en vue de démontrer l'infection streptococcique ont été négatives. Le seul germe décelé dans les urines, dans la paroi veineuse, dans le liquide pleural a été le coli-bacille, néanmoins le tableau typique, qui au début reproduisait celui des formes anémiques de l'endocardite maligne, donne à penser, qu'il ne s'agit pas d'une infection puerpérale coli bacillaire, mais d'une infection puerpérale streptococcique, avec surinfection coli-bacillaire.

Les ictères intermittents dans les obstructions calculeuses ou cancéreuses du canal cholédoque. — M. BRULÉ a pu observer deux malades qui, l'un depuis deux ans et l'autre depuis un an, présentaient une à deux fois par mois dss accès d'ictère intense, accompagnés de fièvre et durant de trois à cinq jours. Dans l'intervalle il n'existait que du subictère. Malgré ce tableau clinique anormal, il conclut à un calcul du cholédoque et l'intervention chirurgicale amena la guérison. Il ne s'agit là que de l'exagération d'un phénomène fréquent dans la lithiase cholédocienne : le calcul, quoique volumineux, n'oblitère qu'incomplètement le cholédoque dilaté et ce sont de petites poussées de cholédocite qui viennent, par instants, compléter l'obstruction biliaire.

Plus anormal encore est l'ictère intermittent au cours des cancers du pancréas, dont l'auteur rapporte deux observations. Peut-être dans ces cas encore l'infection cholédocienne vient-elle compléter la rétention la tumeur elle-même n'oblitérant qu'incomplètement le cholédoque.

Les variations de volume du foie sont un appoint clinique important dans ces diagnostics difficiles. L'hépatomégalie des périodes de rétention biliaire complète cède rapidement quand l'ictère rétrocède. Les variations rapides de ces gros foies par stase biliaire permettent de soupçonner l'obstacle cholédocien et se différencient des hépatomégalies durables liées aux affections du parenchyme hépatique.

M. MÉNÉTRIER a observé un calcul du cholédoque libre dans le cholédoque avec obstruction intermittente par blocage.

M. LABBÉ. — Dans le cancer de la tête du pancréas, l'ictère peut être intermittent. M. LABBÉ en rapporte une intéressante observation.

BIBLIOGRAPHIE

La Maison de Poret de Bois-André, par M. le Dr René LEROY (de Neuilly-sur-Seine).

Pendant ses vacances, un médecin recherche des distractions diverses. Les uns vont à la chasse, d'autres parcourent en auto les diverses régions de la France. M. le Dr René LEROY étudie les généalogies. Et ce travail le conduit à montrer les services signalés que des familles nobiliaires ont rendu au royaume de France. La maison de Poret de Bois-André, en Normandie, est de celles-là. A chacun de ses membres, M. R. LEROY consacre une notice et son étude aimablement illustrée, respire un intérêt touchant pour cette maison d'autrefois qui a fait la gloire de son clocher.

Les vertiges, par M. LEVY-VALENSI et E. HALPHEN *Médecin des hôpitaux, laryngologiste des hôpitaux.* Norbert MALOINE, édit., 1 vol., 115 p.

Le vertige est un de ces symptômes qui rattachés à des causes multiples, exige l'étude particulière de chacune d'elles. M. LEVY-VALENSI s'est adjoint un laryngologiste, M. HALPHEN, pour asseoir une compétence réelle à la base des chapitres où il traite le vertige auriculaire.

Telle qu'elle se présente, cette monographie offre l'avantage de réunir en un même volume des notions souvent séparées, de réaliser un ensemble exposé avec clarté, complet dans ses divisions et parfaitement utile.

Précis de Diététique et des Maladies de la Nutrition chez l'enfant et chez l'adulte, par Georges Mouriquand, *Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Lyon.* — Un volume de 820 pages, avec 60 figures et 3 planches en couleurs hors texte. Cartonné : 60 francs. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce livre est à la fois didactique et plein de vues personnelles.

En ce qui touche à *la Diététique*, l'auteur, montre combien la pratique des régimes est appelée à bénéficier des notions alimentaires nouvelles, en particulier, de la notion de carence et de l'étude des avitaminoses.

Dans la *Partie diététique* sont successivement étudiées : La *Diététique infantile* et la *Diététique de l'adulte.*

La *Deuxième partie* traite des *Maladies d'origine alimentaire*, maladies par excès ou par carence, infections, intoxications, anaphylaxie d'origine alimentaire ; La *Troisième partie est consacrée* aux *Maladies de la Nutritions* : *Dystrophies hydrocarbonées* (diabète et glycosurie, traitement insulinien) ; *Dystrophies graisseuses* (obésité, maigreur, cholestérinémie, acétonémie et acidose) ; *Dystrophies albuminoïdes* (goutte, azotémie, oxalémie, etc.) ; *Dystrophie minérale* : chlorurées, phosphorées, calciques, ferriques, iodées, hydriques ; *Rhumatisme chronique et arthritique.* Les *Dystrophies de croissance*, les *Dystrophies endocriniennes.*

En résumé, livre consciencieux, travaillé qui ne craint pas d'entrer dans les détails pratiques, ceux-ci permettant l'utilisation immédiate des renseignements fournis.

Les Entéropathies, par le Pr G. Sanarelli, *Directeur de l'Institut d'Hygiène de l'Université de Rome.* — Un volume de 228 pages avec 28 figures. (Masson et Cie, éditeurs). — Prix : 20 francs, plus 20 %.

Les recherches expérimentales poursuivies par l'auteur sur la pathogénie de quelques infections ordinairement considérées comme d'origine et à siège entérique, l'ont amené à concevoir d'une façon nouvelle le mécanisme d'action des agents pathogènes de ces infections. Il en découle que les agents spécifiques des maladies dites intestinales, sont doués de la propriété de se transporter, de se fixer, et d'exercer leur action pathogène dans les parois du canal digestif, quelle que puisse avoir été leur voie de pénétration dans l'organisme, propriété que l'on peut appeler *gastro-entérotropisme microbien.*

On doit regarder *les fièvres typhoïdes* comme des processus morbides généraux à localisation et à manifestation intestinales de nature hétérogène et non entérogène.

Il en est de même *du choléra* et du *charbon* dit interne ou intestinal.

Dans l'*appendicite* les recherches expérimentales de l'auteur sur l'entérotropisme microbien apportent des éléments nouveaux à cette question.

La connaissance de l'état actuel de ces problèmes apporte encore à la médecine pratique des notions nouvelles utilisables pour la thérapeutique et la prophylaxie des maladies infectieuses de l'appareil digestif. Inutilité de l'antisepsie intestinale, importance de la prophylaxie buccale et pharyngé, vaccination préventive.

THÉPAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les alcalins dans l'hyperchlorhydrie et quelques affections gastro-intestinales (1).

(*Suite et fin.*)

. . . . . .

En outre, grâce à l'action absorbante de l'hydrate de magnésie vis-à-vis des gaz, les malades atteints de fermentations stomacales, avec éructations et renvois d'odeurs désagréables, en retireront le plus grand bénéfice, soit qu'il s'agisse de fermentations acétiques des hyperchlorhydriques, soit qu'il s'agisse des fermentations butyriques et lactiques des hypochlorhydriques. Les meilleurs résultats seront également obtenus chez les malades atteints de colites avec fermentations et dont les selles acides déterminent à l'anus une sensation de brûlure si pénible.

Enfin, toujours grâce au pouvoir absorbant de l'hydrate de magnésie, les aérophagies et les aérocolites, dont la fréquence est chaque jour démontrée par la radioscopie, sont encore justiciables de cette médication.

En raison de la structure spongieuse et de la friabilité des comprimés, il doit être recommandé au malade de les croquer avant de les avaler.

En cas d'hyperchlorhydrie, on prescrira 2 à 4 comprimés de carbonate de chaux Adrian ou d'hydrate de magnésie Adrian, selon les indications particulières, puis une nouvelle dose chaque fois que l'estomac devient sensible ou que se manifeste une fausse faim qu'il faut bien se garder de satisfaire.

Dans tous les autres cas, et notamment en cas de fermentations anormales, il conviendra de prescrire 2 à 4 comprimés deux heures après le repas, et 2 autres de temps en temps s'il y a lieu, jusqu'à disparition des syptômes douloureux.

Dans la prescription des alcalins on ne devra pas oublier que, conformément à la Méthode de Ramond, *lorsqu'on veut saturer un excès d'acidité gastrique, la forte dose ne doit pas être administrée en une fois au moment de la crise d'hypersécrétion douloureuse, mais en plusieurs fois.*

(1) Voir *Journal des Praticiens*, n° 42, p. 704 et n° 43 p. 720.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Pr F. Bezançon.

Etiologie de la gangrène pulmonaire.

Nous avons vu ce qui caractérise la gangrène pulmonaire, c'est, du point de vue anatomo-pathologique, le caractère même qu'avait donné Laennec, c'est-à-dire la mortification du tissu et surtout la déliquescence de la partie mortifiée et peu à peu son évacuation et la formation cavitaire. Le Pr Letulle a montré le rôle prédominant de la mortification, la nécrobiose totale des éléments qui ne sont plus colorables. Si les leucocytes interviennent, c'est probablement simplement pour séparer le mort du vif et contribuer à l'élimination des parties mortifiées.

Aujourd'hui, nous allons chercher quelle est la cause, quels sont les agents de cette gangrène pulmonaire et des processus putrides et gangréneux en général.

Le mot gangrène est un de ces mots malheureux comme il y en a tant en médecine, qui ont des appellations multiples ; dans certains cas on parle, bien à tort, de gangrène sénile : en principe, l'arrêt de la circulation dans un membre, la nécrobiose que certains ont appelée gangrène n'est rien de tel. La gangrène est un processus non pas seulement de nécrobiose, mais de fermentation putride.

L'histoire de la gangrène remonte aux travaux pastoriens. Pasteur avait commencé par étudier les fermentations qui agissent sur les différentes substances dont nous nous servons dans notre alimentation, le lait, le vin, etc. La première fermentation qu'il avait bien étudiée surtout était la fermentation lactique. Le lait caille parce qu'il y a un bacille ou ferment lactique. C'est un ferment aérobie, c'est-à-dire se développant en présence de l'air. La fermentation acétique est également une fermentation aérobie, en surface, et qui transforme l'alcool.

Mais la fermentation butyrique, qui produit le rancissement du beurre, est due à un ferment qui se développe surtout dans la profondeur du milieu, surtout lorsque déjà l'air en a été chassé, peut-être par des fermentations précédentes. Pasteur montre que la plupart des fermentations actives sont des fermentations sans air.

Avec la fermentation butyrique, nous avons le premier exemple d'une fermentation putride.

La gangrène gazeuse est une maladie extrêmement fréquente au cours des guerres. Vous savez qu'elle frappe les membres à la suite des grands traumatismes avec attrition considérable des tissus et souvent ischémie. Elle est due à un microbe anaérobie, — on l'a cru longtemps, du moins, — le *vibrion septique* de Pasteur. Pasteur découvrit dans le sang d'une vache morte depuis deux jours du charbon, à côté des grosses bactéridies charbonneuses, des microbes à forme un peu allongée et qui avaient une certaine mobilité, passant lentement au milieu des globules rouges, dit Pasteur, comme un serpent au milieu des herbes.

Ce vibrion septique est l'agent de la putréfaction ; mais ce n'est pas seulement un agent de la putréfaction de la matière morte ; ce microbe est un agent actif, capable, dans certaines circonstances, d'attaquer la matière vivante. Pasteur injecte ses cultures de vibrion septique sous la peau du cobaye, et produit la septicémie expérimentale, avec accumulation de sérosité mêlée de gaz dans le tissu cellulaire sous-cutané. En Allemagne, Koch lui donne le nom de bacille de l'œdème malin. Ce furent Chauveau et Arloing qui les premiers eurent l'idée que la gangrène gazeuse, appelée aussi érysipèle gangréneux, et la gangrène traumatique de la vache pouvaient bien être dues au vibrion septique de Pasteur. Ce microbe a ce caractère particulier d'être un microbe sporulé, dans certaines conditions ; on voit se développer dans sa partie centrale un renflement, une spore. C'est cette spore qui permet à ce microbe de vivre à l'état latent non seulement dans l'intestin des herbivores ou de l'homme, mais aussi dans la terre souillée par les déjections animales.

Pendant quelques années, on a cru que c'était le microbe exclusif de la gangrène gazeuse.Puis l'Américain Welch, en 1897, et Veillon, en France, en 1898, découvrirent le *bacillus perfringens*, décrit sous différents noms. Il est un des agents non seulement de la gangrène gazeuse des membres, mais aussi des gangrènes médicales.

On s'est aperçu que la question était plus complexe qu'on ne l'avait pensé d'abord. Pour que la gangrène gazeuse se produise, comme pour le tétanos, il faut des associations microbiennes. Vaillard et Vincent, Vaillard et Rouget ont montré l'importance de ces associations microbiennes. Welch et Fraenkel montrèrent qu'on avait exagéré l'importance du vibrion septique ; dans un très grand nombre de cas il est absent et on trouve à sa place le *bacillus perfringens*. La gangrène gazeuse est fréquente surtout à la suite des plaies par éclats d'obus, et dans les conditions où se trouvaient les combattants, les vêtements souillés par la terre végétale souillée par les déjections.

Weinberg, Sacquépée ont montré qu'elle était due toujours à des associations microbiennes, non seulement anaérobies, mais aérobies, parmi lesquels des *streptocoques*, sur lesquels a insisté Tissier, des *proteus*, des *cocci*, le *bacillus putrifiens coli*, le *bacillus sporogenes*, le *bacillus bifermentans* : ces associations sont nécessaires, elles ont, dit Weinberg, un pouvoir de dislocation particulier de la matière albuminoïde, ce sont les vétitables agents de la putridité ; il a séparé cette notion de la putridité, de la mauvaise odeur, de l'odeur fécaloïde, de l'action toxique de ces microbes.

Babès et Popesco virent dans certains cas des microbes ressemblant au vibrion septique. Traube, en 1862-63, a vu des quantités de germes analogues à des champignons ; cette fermentation est comparable à ce qui se passe dans les phénomènes de cadavérisation, il faut de la chaleur, de l'humidité et l'abri de l'air. On voit des amas, appelés bouchons de Dietrice et Traube, constitués par des microbes ; Leyden et Jaffe, en introduisant ces amas dans la trachée d'un lapin, reproduisent la gangrène pulmonaire.

Veillon et Zuber ont montré que toutes les suppurations qui sentent mauvais, les suppurations putrides, les affections putrides et gangréneuses, sont dues surtout à des microbes anaérobies, mais différents de ceux de la gangrène gazeuse. Telles sont les otorrhées chroniques qui sentent mauvais, quelquefois l'*angine de Ludwig*, le *noma*, l'*appendicite gangréneuse*, certaines *cholécystites* ; ce sont surtout des infections de la cavité vaginale, des *Bartholinites*, des *infections urinaires* attribuées aux rétrécissements.

Dans tous ces cas on retrouve à peu près les mêmes caractères de suppuration et d'infection putride. La sérosité ne contient presque pas de leucocytes et des microbes en très grande quantité ; ils ont pour caractère d'être d'espèces extrêmement variées ; on voit des gros bâtonnets, des petits bâtonnets, des formes sinueuses, des *cocci*, des groupements en diplocoques, en chaînettes, l'aspect de fausses ramifications, des formes très irrégulières à contour imprécis, en somme une flore extrêmement variée. Souvent ces microbes se colorent mal et en général ne prennent pas le Gram.

Cette flore particulière du type Veillon peut facilement se cultiver dans les tubes de gélose profonde de Veillon.

Il est probable que ces anaérobies siègent à l'état normal dans nos cavités naturelles à un état relativement latent, dans la cavité buccopharyngée, les sertissures des dents, la cavité appendiculaire, les autres récessus.

Parmi ces microbes, on peut identifier, avec Guillemot et Hallé, le *bacillus racemosus*, le *bacillus fondiliformis*, des *streptocoques*, des *diplocoques* de toutes espèces.

D'après Veillon, le *bacillus perfringens* fait la liaison entre les gangrènes gazeuses et les gangrènes médicales.

Rist et Guillemot ont bien étudié la gangrène pulmonaire. Quand on examine la sanie putride qui s'écoule, à l'autopsie, d'un foyer gangréneux, on y retrouve cette flore variée décrite ci-dessus ; le *bacillus perfringens* y est rare. Le microbe le plus souvent rencontré est le *bacillus ramosus*, avec le *bacillus fragilis*. On voit des états mixtes, dans lesquels il y a à la fois les petits anaérobies du type Veillon et quelques-uns des grands anaérobies du type Pasteur.

Les figures de la thèse de Guillemot montrent bien l'aspect des microbes dans la lésion elle-même ; les capillaires sont bourrés de microbes ; ces germes sont innombrables.

Une figure est relative à l'histoire d'un enfant de 13 ans, atteint depuis trois ans d'otorrhée chronique ; le pus sentait mauvais, était un peu fétide. Quinze jours avant le début de la maladie, il fut pris de malaise, mal à la tête, puis de frissons ; la température s'éleva à 40°, il ressentait de l'oppression ; le faciès devint extrêmement altéré, grippé. Au bout de quelques jours, l'enfant mourait, sans qu'on pût faire un diagnostic précis, cependant on avait reconnu une localisation pulmonaire, avec des râles muqueux, caverneux même, et du souffle. A l'autopsie, on trouva cette otite, qui avait servi de point de départ, mais sans mastoïdite, sans abcès du cerveau et d'innombrables petites cavités de la grosseur d'une noisette ou d'une noix, qui criblaient les deux poumons, et étaient remplies de sanie putride contenant les microbes de la gangrène.

Ainsi parfois, de l'oreille moyenne, par la voie sanguine, embolique, de véritables colonies microbiennes se détachent et viennent s arrêter dans les poumons, donnant de la gangrène pulmonaire à foyers multiples. La maladie évolue avec une rapidité extrême, avec un masque de toxémie générale.

Dans la thèse de Guillemot se trouve l'observation d'une gangrène pulmonaire par voie respiratoire, par le procédé de l'infection descendante, comme à la suite de corps étranger des voies aériennes, ou à la suite d'une amygdalotomie, ou dans certains cas, chez les déments, d'une pneumonie de déglutition.

Pour Veillon et Zuber, la plupart des germes sont anaérobies, de types variés, en quantité

innombrable ; on n'y trouve pas les grands anaérobies de la terre, sauf le *perfringens* ; cette flore peut s'appeler la flore des cavités naturelles de l'homme.

Le *perfringens*, qu'on rencontre quelquefois, a servi à expliquer les phénomènes généraux à distance, les grandes sidérations de l'organisme qu'on peut observer dans la gangrène pulmonaire. La question est moins simple. De même qu'il n'y a pas une gangrène gazeuse-maladie, il n'y a pas une gangrène pulmonaire-maladie, mais il y a des infections des membres à type gangréneux, et il y a des infections pulmonaires à type putride et gangréneux, qui pourront prendre des caractères variés selon les germes en cause, selon leur nombre, selon leurs associations. De même qu'on décrit en chirurgie, à côté de la gangrène gazeuse, des phlegmons gangréneux, de même nous, à côté de la gangrène pulmonaire type Laënnec, nous décrivons des infections putrides, des suppurations putrides, dans lesquelles la gangrène joue encore un rôle important, mais où des phénomènes de suppuration véritable peuvent intervenir.

Mais ce n'est pas le point le plus délicat. Dans ces dernières années, à la suite des travaux de Blum et de Perrin, on a vu Veillon et Zuber, Rist et Guillemot signaler, à côté des microbes connus, la présence de temps à autre des microbes spiralés et des bacilles fusiformes étudiés par Claude et Vincent dans la stomatite ulcéro-membraneuse.

Certains auteurs, en différents pays, ont fait jouer un rôle important à certains spirochètes. Comme la thérapeutique des gangrènes pulmonaires fait intervenir les arsénobenzols, il est intéressant de savoir quel est le rôle de ces spirochètes.

J'ai essayé de vous montrer que la gangrène pulmonaire avait véritablement une individualité, surtout de par l'évolution de la maladie jointe à son caractère de lésion circonscrite, susceptible dans certaines conditions de véritable guérison. Du point de vue bactériologique, elle est caractérisée par l'importance des anaérobies, comme l'a montré Veillon, et par le rôle primordial des spirochètes.

Le plus souvent, la gangrène pulmonaire résulte de la migration au niveau du poumon de germes septiques empruntés à un autre foyer gangréneux. Une des causes les plus importantes sont les foyers qui existent dans la cavité bucco-pharyngée, au niveau de la région dentaire, particulièrement. L'observation la plus intéressante est celle de Wunderlich et Séguin : chez un individu atteint de cancer du plancher de la bouche, traité par le radium, on voit se développer un abcès putride d'où les germes vont au poumon, soit par voie aérogène, soit par voie sanguine, et déterminent un foyer de gangrène pulmonaire. Les observations les plus classiques sont celles rapportées par Rist, Hallé et Guillemot. Un enfant atteint d'otite devenue chronique, a une mastoïdite, une carie du rocher, une thrombo-phlébite des sinus, et enfin une localisation de gangrène au niveau du poumon.

La gangrène pulmonaire est parfois consécutive aux affections utérines, aux avortements ; dans les infections puerpérales, à côté des streptocoques interviennent les anaérobies, comme l'a montré le Pr Jeannin.

On voit la gangrène pulmonaire chez des femmes présentant un cancer de l'utérus.

L'appendicite gangréneuse est assez souvent cause de la gangrène pulmonaire. On l'a encore signalée à la suite des eschares de la peau.

On a vu la gangrène pulmonaire à la suite d'un phlegmon amygdalien, et à la suite de suppurations dentaires ou péri-dentaires dans lesquelles il n'y avait pas à proprement parler de gangrène, mais où intervenaient un processus fétide et des anaérobies, comme l'a montré Monier, dans sa thèse sur la carie dentaire. J'ai observé à Boucicaut un jeune homme qui, à la suite d'un traumatisme abdominal, avait eu dix jours auparavant une hémorragie intestinale. Il entrait avec des signes d'infarctus pulmonaire infecté, putride, et quelques jours après se développaient les signes très nets d'une gangrène pulmonaire à gros foyer, qui d'ailleurs put guérir.

Quelquefois les ulcérations intestinales au cours de la fièvre typhoïde deviennent la cause de la gangrène pulmonaire, mais ce sont des faits exceptionnels.

Plus intéressants sont les foyers de gangrène pulmonaire consécutifs aux corps étrangers des voies aériennes, parcelles alimentaires, fragments d'amygdale infectée à la suite de l'amygdalectomie. En France, on se garde de toute anesthésie générale, on se borne à une anesthésie momentanée avec le chlorure d'éthyle ; chez les enfants, on ne fait aucune anesthésie, on fait tout ce qu'on peut pour éviter la déglutition de corps étrangers, de sang. La pneumonie dite de déglutition, chez les déments, la paralysie labio-glosso-laryngée, facilitent la production de la gangrène pulmonaire. On signale aussi des cas de gangrène pulmonaire à la suite de lésions de l'estomac ou de l'œsophage, de diverticules de l'œsophage (Dévé, de Rouen).

Il y a des cas où le point de départ de la gan-

grène est dans le poumon lui-même. La dilatation des bronches est la cause peut-être la plus importante. LAENNEC l'a signalée. A ce fait on peut opposer la rareté relative de la gangrène pulmonaire au cours de la tuberculose pulmonaire cavitaire. M. ROUBIER a observé 5 cas de gangrène sur 1.500 observations de cavernes tuberculeuses. C'est exceptionnel. Comme l'a montré CHEVALIER, au *Congrès de Nancy*, les crachats des cavitaires sont très peu infectés, très peu riches en germes autres que le bacille tuberculeux. Ils sont rarement infectés par les anaérobies. Dans certains cas de tuberculose pulmonaire, même en l'absence de cavernes, la gangrène pulmonaire peut survenir, mais ce sont des faits exceptionnels.

Nous signalerons aussi la possibilité de la gangrène pulmonaire dans la syphilis du poumon. Les anciens auteurs avaient signalé la gangrène syphilitique du poumon. J'ai eu l'occasion d'en voir une observation intéressante.

La gangrène pulmonaire peut se voir dans les cancers du poumon, dans les kystes hydatiques du poumon suppurés, dans les abcès amibiens du poumon.

Dans un très grand nombre de cas, la gangrène pulmonaire semble apparaître sans cause appréciable. Certains auteurs ont invoqué la grippe. Ce n'est pas justifié. Pendant la grande épidémie de 1918, les cas de gangrène pulmonaire ont été exceptionnels.

Les anciens auteurs ont fait jouer un rôle au refroidissement. Dans le mémoire de BUCQUOY, un individu s'était trouvé pendant quarante-huit heures obligé de rester sur l'impériale d'une diligence, et avait reçu une pluie battante par un froid glacial ; à la suite, il fit brusquement une gangrène pulmonaire.

On a incriminé les gaz, comme chez les vidangeurs et égoutiers. J'ai observé un individu atteint de gangrène pulmonaire à la suite d'une immersion prolongée et de la déglutition d'eau infectée.

Le diabète a été très souvent invoqué par les anciens. LEMIERRE et Prosper-Emile WEIL ont montré qu'on a exagéré l'importance du diabète ; il n'est pas souvent à l'origine de la gangrène pulmonaire.

D'après les classiques, les conditions de débilité, de fatigue, jouent un rôle important. Cependant la gangrène pulmonaire se développe dans certains cas chez des individus en bonne santé. On a signalé la broncho-pneumonie ou la pneumonie.

Il y a des variations telles qu'il est impossible de faire une description de la maladie, mais il existe un certain nombre de symptômes primordiaux et fondamentaux. Ce sont, comme LAENNEC l'avait vu, la fétidité de l'haleine et les caractères des crachats. Ce sont là les symptômes pathognomoniques de la gangrène pulmonaire, LEMIERRE, dans une conférence faite à Strasbourg, a attaché une très grosse importance à la fétidité de l'haleine. C'est en effet le signe qui est souvent le premier en date, et c'est peut-être souvent aussi le plus significatif. Il faut y attacher un grand crédit, après avoir établi que la fétidité de l'haleine n'est pas liée à un état dentaire particulier, au mauvais soin de la bouche. Très souvent elle est intermittente. Les crachats ont, dans les cas de moyenne intensité que nous observons couramment, une petite odeur, il faut s'en approcher et les sentir, ce symptôme a besoin d'être recherché.

Ces crachats présentent un aspect variable. Dans certains cas, ils sont de couleur jaune verdâtre, plutôt sanieux que véritablement purulents, mais ces faits sont relativement rares. Très souvent c'est un crachat muco-purulent. Quand le malade a une vomique, il rend 150 à 200 grammes de liquide en vingt-quatre heures. Dans un verre conique, ce liquide prend l'aspect classique du crachat gangréneux, en quatre couches : une supérieure légèrement mousseuse, une partie très riche en pus, une couche de mucosités filantes ou de salive, enfin, au fond, un détritus verdâtre caractéristique, contenant ce qu'on appelle les bouchons de Dietrich, constitués par des amas de microbes et par des cristaux d'acides gras. Il est exceptionnel de trouver un bourbillon. D'après TRAUBE, les fibres élastiques disparaissent, parce que les ferments digestifs les ont digérées. Ce n'est pas toujours exact, cela dépend du moment où on fait l'observation ; par la méthode de l'orsé ne, j'en ai trouvé souvent.

Ce crachat présente un aspect variable, il est moins fétide souvent que l'haleine.

Les hémoptysies sont extrêmement importantes dans la gangrène pulmonaire ; c'est une maladie hémoptoïsante, comme la tuberculose pulmonaire, certaines pleurésies interlobaires, et la dilatation des bronches. Cette hémoptysie est quelquefois initiale. Les hémoptysies sont souvent cause de la mort. Il y a une forme hémoptoïque de la gangrène pulmonaire dans laquelle on voit à chacune des poussées une hémoptysie, comme dans certaines poussées évolutives de tuberculose.

A l'examen physique, les symptômes sont variables. LAENNEC signale des râles crépitants, mais dit qu'ils sont beaucoup moins fréquents que dans la pneumonie. Souvent on ne les perçoit pas, parce qu'on n'ausculte pas assez tôt le malade. Les périodes de début de la gangrène pulmonaire sont souvent ignorées. LAENNEC avait vu cette période

insidieuse. A un moment donné, il dit qu'on perçoit des râles caverneux, et quand les cavernes sont un peu évacuées, de la pectoriloquie et aussi de la bronchophonie, c'est-à-dire un retentissement de la voix, et cette bronchophonie est plus importante dans la gangrène pulmonaire qu'elle ne l'est dans les abcès du poumon. Il faut ajouter que les signes sont variables, trompeurs, tardifs. Les signes cavitaires peuvent manquer, même quand il y a une cavité. Les signes physiques ne sont pas aussi nets qu'on les décrit ordinairement. Il y a comme dans la tuberculose des cavernes muettes. Je signale simplement les râles, le syndrome caverneux caractérisé par le souffle caverneux, mais le plus souvent, même quand il y a des cavernes, on n'aura pas le gargouillement, le souffle tubo-caverneux, tubo-creux, qu'on a dans la tuberculose ; c'est que les signes de caverne tuberculeuse sont surtout périphériques, avec condensation du tissu, sclérose, qui permet la transmission des bruits, alors que dans les lésions plus jeunes de la gangrène pulmonaire les bruits sont moins bien perçus.

Un mot des maladies qui pourraient simuler la gangrène pulmonaire. D'abord, les abcès du poumon : il n'y a pas en général de fétidité, du moins au début ; le pus, bien lié, contient des polynucléaires et une flore microbienne typique.

Il y a une suppuration pulmonaire due au pneumo-bacille de Friedlander, avec expectoration extrêmement visqueuse, mêlée de sang, mais elle n'est pas fétide.

Une autre maladie qui ressemble beaucoup à la gangrène pulmonaire, sauf la mauvaise odeur, est la pneumonie nécrosante que le Pr Hayem a vue, que le Pr Hutinel et M. Proust ont bien étudiée, et dont j'ai repris l'étude avec le Pr Letulle.

L'abcès amibien du poumon siège au niveau du lobe inférieur droit, il est souvent lié à la présence d'un abcès du foie, et dans le passé il y a la dysenterie.

On peut confondre la gangrène pulmonaire avec la pleurésie interlobaire, parce qu'elle est très souvent à odeur fétide. C'est avec la dilatation des bronches que le diagnostic est le plus difficile, parce qu'il y a souvent intrication entre cette maladie et la gangrène pulmonaire, l'une compliquant l'autre.

A un moment donné, on peut trouver un syndrome radiologique très net de la gangrène pulmonaire, un aspect hydro-aérique qu'ont bien étudié MM. Lemierre et Guinsberg, Rathery et Bordet.

PRATIQUE OTOLOGIQUE

Les mastoïdites aiguës pseudo-primitives.

Par M. le Dr E. Feldstein,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Assistant de Consultation O.-R.-L.
à l'Hôpital Saint-Antoine.

Une oreille coule depuis quelques jours ou quelques semaines quand des symptômes se précisent qui indiquent une atteinte sérieuse de la mastoïde : à la simple « réaction mastoïdienne », si fréquente au début des otites moyennes suppurées, a succédé une « oto-mastoïdite », précoce ou tardive, dont le tableau ne surprend pas car il est classique. Le banal abcès d'oreille s'est compliqué et l'infection partie du rhino-pharynx a gagné la mastoïde par la voie « *trompe-caisse-aditus ad antrum* ». L'étape auriculaire, qui n'a pas fait défaut, est un guide précieux et le diagnostic de mastoïdite est posé sans crainte, avec toutes ses conséquences thérapeutiques.

A côté de cette mastoïdite, secondaire à une otite moyenne aiguë suppurée et qu'on ne discute guère, il existe — plus rarement, il est vrai — une mastoïdite *en apparence primitive, sans suppuration ni écoulement d'oreille* ; elle est souvent discrète dans ses symptômes, souvent limitée à une partie seulement de l'apophyse et son diagnostic est des plus délicats.

En réalité, il ne s'agit pas d'une mastoïdite primitive.

L'infection mastoïdienne par voie sanguine est théoriquement possible mais elle est démentie pour l'observation et chez l'enfant même, l'ostéomyélite aiguë du temporal est considérée comme exceptionnelle. Ici, comme dans la forme classique, l'infection est passée par la voie : trompe-caisse-aditus mais elle brûle l'étape tympanique pour atteindre immédiatement son but : la mastoïde. Selon l'expression de Lermoyez, *la maladie a léché la caisse et mordu la mastoïde.* Comme nous le verrons plus loin, l'oreille moyenne a été touchée plus ou moins légèrement et cette atteinte, si légère qu'elle est passée inaperçue, s'est pourtant compliquée ! Chez le nourrisson, l'otite latente, empyème ignoré de la caisse du tympan, peut se révéler seulement par une complication mastoïdienne mais ici les lésions de l'oreille moyenne justifient cliniquement l'attitude de la mastoïde ; il n'en est pas de même dans la *mastoï-*

dite pseudo-primitive (1) de la seconde enfance et de l'âge adulte, où les lésions de l'oreille moyenne sont si peu accusées qu'elles sont souvent difficiles à diagnostiquer.

L'on ignore d'ailleurs pourquoi la mastoïdite aiguë prend cet aspect dans certains cas mais l'on peut admettre l'influence d'une constitution anatomique particulière. Luc, dans ses recherches sur les mastoïdites latentes des otites suppurées, pensait que la latence des symptômes était due au bon drainage de l'antre par l'*aditus ad antrum*. Il est possible que, dans les mastoïdites pseudo-primitives, la fermeture précoce d'un aditus étroit permette à la mastoïdite d'une part et d'autre part à l'oreille moyenne d'évoluer séparément et d'une façon différente : d'un côté, phénomènes congestifs et peu durables ; de l'autre, suppuration et ostéite...

***

Quoi qu'il en soit, la mastoïdite pseudo-primitive aiguë prend plusieurs types cliniques différents. D'après les cas que nous avons observés et d'après ceux qui ont été publiés, on peut distinguer :

1° Une forme latente.

On diagnostique souvent avec difficulté une mastoïdite latente compliquant une otite moyenne aiguë suppurée. On ne diagnostique jamais une mastoïdite latente quand l'oreille ne coule pas et l'on ne prête pas attention à des douleurs auriculaires fugaces dont le malade a pu se plaindre quelques semaines auparavant.

Cette forme se révèle seulement par une complication grave ou mortelle, qu'on rattache non sans peine à sa cause exacte : paralysie faciale, trombo-phlébite du sinus latéral, etc. Certaines observations de Chavanne et de Taptas sont tout à fait démonstratives à cet égard. Dans certains cas, même, il s'agit seulement d'une découverte d'autopsie !

2° Une forme à prédominance de signes généraux.

Dans cette forme les symptômes locaux sont discrets ; le malade accuse quelques douleurs spontanées, variables dans leur fréquence et leur intensité, qui siègent dans la région mastoïdienne ; ces douleurs sont révélées par la pression soit au niveau de l'antre soit au niveau de l'apex, soit encore en un point quelconque de la mastoïde, ce qui est capable d'égarer le diagnostic.

En revanche *les signes généraux sont accusés* : facies pâle ou plombé, aux traits tirés, inappétence, fatigue générale, inaptitude au travail, dégoût du jeu s'il s'agit d'un enfant, enfin insomnie et même agitation nocturne ; dans certains cas, fièvre irrégulière ; dans d'autres, température normale.

Voici un exemple de cette forme, observé par nous chez une de nos petites malades, il y a deux ans :

Observation I. — Mlle O., 5 ans 1/2, nous est adressée le 27 août 1924, par le Dr Renault, pour un ensemble de symptômes que l'examen général n'explique pas : depuis plus de quinze jours, cette fillette est maussade et ne joue plus ; elle ne mange pas ; son visage est fatigué et son teint est pâle ; les nuits sont mauvaises. La température est normale. Depuis la même époque, l'enfant se plaint de douleurs dans la région de la mastoïde droite, par crises qui surviennent surtout le soir mais sans que l'oreille ait jamais coulé.

Le nez est enchifrené ; dans le cavum, un paquet de végétations peu infectées. Tympan légèrement rouge dans sa partie postéro-supérieure. Pas d'épanchement dans la caisse. L'audition semble normale (?). La région mastoïdienne est soigneusement examinée ; le seul symptôme mastoïdien est une douleur vive à la pression de la région antrale. Rien d'autre.

La petite malade est mise en observation et les jours suivants, on ne constate aucun symptôme nouveau. On se décide à faire une radiographie qui montre une zone très opaque, correspondant à l'antre et à la région péri-antrale.

Nous intervenons alors et à l'opération, nous constatons en effet que l'antre est rempli de pus et de fongosités. Ostéite des parois de l'antre. Une grosse cellule rétro-antrale est également atteinte. Le reste de la mastoïde est sain. La mastoïdectomie, faite systématiquement, est suivie d'une suture incomplète de la plaie, sur mèche.

Après cette intervention, disparition rapide de tous les symptômes. Guérison complète en vingt jours.

3° Une forme à symptomatologie locale.

Dans cette forme ni fièvre ni signes généraux, mais des signes locaux plus nets que dans la forme précédente. On note des douleurs intenses, continues ou paroxystiques dans la région rétro-auriculaire et dans la région cervicale. La pression au niveau de l'antre ou de l'apex ou encore du bord antérieur de la mastoïde provoque une douleur exquise. On peut également remarquer de l'œdème superficiel, de la rougeur ou même un

(1) Taptas, à qui nous devons d'intéressants travaux sur la question designe les mastoïdites pseudo-primitives du nom de « mastoïdites latentes ». C'est un terme qui prête à confusion, car Luc désigne de la même façon les « mastoïdites sans symptômes » des otites suppurées. D'autre part, Taptas appelle du même nom certaines mastoïdites pseudo-primitives vraies et d'autres qui apparaissent tardivement, après la guérison d'une otite suppurée et qu'on pourrait appeler plutôt : mastoïdites à retardement.

empâtement plus ou moins diffus de la région mastoïdienne et cervicale supérieure.

Cette forme, à un examen incomplet, est capable de donner le change et d'égarer le diagnostic vers un diagnostic inexact : otite externe, adénophlegmon rétro-auriculaire, etc.

Voici un exemple de cette forme que nous avons eu l'occasion d'étudier, il y a quelques mois :

Observ. II. — M. D., 26 ans, nous est amené le 1er janvier 1926 par son médecin, le Dr Moussaly, pour les symptômes suivants : douleur rétro-auriculaire datant de huit jours et gonflement progressif de la partie supérieure du cou. Deux mois auparavant, le malade avait eu dans l'oreille droite quelques douleurs lancinantes qui disparurent rapidement ; depuis cette époque, l'audition est moins bonne de ce côté.

L'examen montre un empâtement très accusé, siégeant en arrière du pavillon de l'oreille et de l'angle de la mâchoire ; rougeur diffuse. On sent, malgré l'empâtement, un ganglion rétro-auriculaire, dur et gros comme une noisette. Le sillon rétro-auriculaire est respecté et le pavillon n'est pas décollé. La pression provoque une douleur très vive au niveau du bord antérieur de la mastoïde et au niveau de l'apex ; la région de l'antre n'est pas douloureuse. Contracture du sterno-mastoïdien, dont la partie supérieure est très augmentée de volume. Le conduit auditif est normal ; pas de chute de la paroi postéro-supérieure. Tympan uniformément rouge. Diminution très nette de l'audition aérienne. Riune — et Weber latéralisé du côté malade.

L'état général du malade est bon ; il continue à travailler. Pas de température.

S'agit-il ici d'une adénite suppurée rétro-auriculaire, comme le fait supposer la ganglion rétro-auriculaire decouvert à l'examen ? Ou s'agit il d'une forme anormale de mastoïdite, comme on peut le penser, en raison des quelques signes auriculaires, trouvés à l'examen ?

Après trois jours d'observation, nous nous décidons à opérer le malade, car nous penchons pour cette dernière hypothèse. Celle-ci est vérifiée par l'intervention. L'ouverture de la mastoïde montre une grosse cellule apexienne pleine de pus ; au-dessus d'elle, une autre, plus petite, également pleine de pus ; ostéite de la pointe avec menace de fistulisation, ce qui explique les signes constatés ; mais l'antre est absolument indemne. Mastoïdectomie avec résection large de la pointe. Fermeture incomplète de la plaie sur mèche, pansement humide alcoolisé. Guérison complète en 18 jours.

L'on comprend combien le diagnostic de la mastoïdite pseudo-primitive peut être délicat. On ne saurait s'entourer, avant de prendre une décision thérapeutique, de trop de précautions et il est indispensable pour se prononcer de faire soigneusement les trois examens suivants :

1° *L'examen otoscopique.* — Il montre l'état du conduit auditif et l'état du tympan, plus important encore : dans presque toutes les observations publiées, il n'a plus sa teinte normale ; il est rosé ou rouge, soit dans sa totalité soit dans son segment postéro-supérieur. Il est souvent épaissi. Les détails habituels sont d'ordinaire conservés, sauf le triangle lumineux. La caisse du tympan est vide et la paracentèse d'exploration serait, si on la pratiquait, une *paracentèse blanche.*

2° *L'examen acoumétrique.* — Presque toujours, il nous indique une diminution plus ou moins notable de l'audition aérienne du côté malade ; l'épreuve de Rinne est négative et le Weber se latéralise du côté atteint, dans certains cas, comme celui que nous avons rapporté plus haut.

L'examen otoscopique et l'examen acoumétrique donnent des résultats plus ou moins complets mais ils ne sont jamais négatifs et nous prouvent mieux que n'importe quel argument que la mastoïdite pseudo-primitive est bien secondaire à une atteinte de l'oreille moyenne.

3° *L'examen radiographique.*

Quand la radiographie est possible, il ne faut pas manquer de la pratiquer. Elle est précieuse, encore que certaines lésions, peu étendues ou trop jeunes, soient susceptibles d'échapper au contrôle des rayons X. Il est du moins indispensable de prendre certaines précautions et de faire des clichés dans plusieurs positions : 1° en incidence transversale oblique ; 2° en incidence sagittale oblique ; 3° en incidence vertex-menton-plaque.

Ces deux dernières positions sont les meilleures et se complètent utilement. On doit toujours comparer les clichés des deux mastoïdes.

Bien faite, la radiographie est d'un grand secours et peut emporter les dernières hésitations ; dans notre observation n° 1, elle nous a rendu service ; dans l'observation suivante, que nous empruntons à la thèse de Gaillard, elle n'a pas été moins utile.

Observ. III (Empruntée à Gaillard et résumée). — Mme F., 52 ans, entre à la clinique pour une tuméfaction douloureuse de la région mastoïdiennedroite ; douleurs d'oreille depuis cinq mois, intermittentes.

A droite, tympan rosé et gonflement de la partie postéro-supérieure du conduit ; tuméfaction œdémateuse de la région mastoïdienne ; affaissement du pavillon ; pointe mastoïdienne douloureuse. La radiographie (incidence sagittale oblique) montre, par comparaison avec le côté sain, une disparition de la trabéculation mastoïdienne ; opacité à la place de l'antre ; on isole des cavités à parois mal limitées et on conclut à de gros dégâts osseux.

L'intervention vérifie complètement cette interprétation radiologique et conduit à une mastoïdectomie totale.

En résumé, la mastoïdite pseudo-primitive aiguë est secondaire à une otite moyenne aiguë, légère et sans suppuration, dont le diagnostic n'est pas fait. Ses symptômes sont discrets ou trompeurs. Un examen otologique et radiographique sérieux permet seul de la dépister avec quelque certitude et de donner à l'affection son seul remède : l'intervention chirurgicale.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Fracture ancienne de la rotule.

Cet homme étend et plie également les deux genoux, il marche sans boiter. Or quand on regarde le genou droit, on constate qu'il existe une fracture de la rotule, avec un intervalle considérable entre deux fragments de rotule, l'un inférieur, l'autre supérieur. C'est une fracture ancienne de la rotule. Ce malade est intéressant, parce qu'à l'heure actuelle on s'imagine volontiers qu'un individu atteint d'une fracture de la rotule ne pourra pas marcher si on ne lui a pas fait une suture ou un cerclage. Or, voici l'histoire de ce malade. Il était tombé au cours de son travail sur le sol d'une aire. On crut qu'il s'était cassé une jambe, on l'apporta dans son lit, et un médecin fut appelé. On lui mit un appareil plâtré. Au bout de quinze jours, il se lève, fait le tour de son lit en marchant à reculons, car il ne pouvait avancer le pied, parce que pour mettre le pied en extension il faut pouvoir tirer sur sa rotule. Au bout de quelques jours, il peut descendre l'escalier, aller dans son jardin, en marchant toujours à reculons. Peu à peu, il peut ployer et étendre le genou.

C'est un malade qui a réalisé d'une manière heureuse le traitement de sa fracture par la mobilisation précoce.

Vous voyez quel en est le résultat au point de vue fonctionnel. Il est excellent. Actuellement, cet homme exerce le métier de garçon cuisinier et travaille toute la journée debout. On oublie trop qu'on peut avoir de très bons résultats dans les fractures de la rotule en dehors de toute intervention opératoire. Sans doute, la radiographie montre que cette fracture n'est pas consolidée osseusement, mais ce qui importe, c'est le résultat fonctionnel, et non la forme. Ce malade, malgré un écartement entre les deux fragments, se sert bien de son genou ; il serait plus juste de dire que c'est à cause du grand écartement entre les deux fragments que son genou fonctionne bien. En effet, les fractures de la rotule peuvent se consolider de différentes façons.

La rotule peut conserver ses dimensions normales, présenter un cal fibreux très étroit, être solide, favorable à la marche. Le cal osseux est rare.

La rotule peut être allongée par un cal rigide. Dans ce cas, le malade ne marchera pas, parce que la rotule ne peut pas basculer pour se loger dans l'espace intercondylien.

Si le malade a un cal flexible, mais assez court, la rotule reste au contact du fémur, mais un fragment vient buter contre le rebord articulaire du fémur ; le malade ne marche pas, ou marche difficilement.

Au contraire le malade qui a un cal flexible et très long, marche très bien parce que ce cal long et flexible se modèle sur les parties et permet à la rotule de franchir le rebord articulaire.

Ce sujet a un cal flexible et extrêmement long. Sur la radiographie il ne semble pas très long lorsque le genou est en extension, parce qu'il est plissé, mais en flexion il se déplie et prend une longueur considérable. C'est grâce à cette longueur et à cette flexibilité du cal que la flexion est parfaite.

Quelle que soit la variété de cal en présence de laquelle on se trouve, s'il y a des raideurs articulaires, le malade marche mal. Ces raideurs ne sont pas exceptionnelles dans les fractures de la rotule. On sait que la rotule présente de chaque côté, ce qu'on appelle les ailerons rotuliens, comparables à la jugulaire d'un casque. Ces ailerons peuvent se rétracter à la suite de la fracture, et alors la rotule ne peut plus franchir la saillie du fémur.

FORMULES

Diarrhées du nourrisson et de l'adulte.

Extr. fluide de salicaire	10 gr.
Sir. simple.	200 gr.

Deux à trois cuillerées à café (0 gr. 50 à 0 gr. 75) aux nourrissons ; une à trois cuillerées à soupe (1 à 3 grammes d'Extrait) aux adultes.

Urticaire récidivante.

Cachets de *peptone* 0 gr. 50, 1/2 heure avant les repas. En cas d'échec *chlorure de calcium* ou *hyposulfite de soude*, cachets de un gr. deux à dix gr. par jour. Dix jours de suite.

Et ensuite trois jours par semaine (RAVAUT).

La syphilis héréditaire est parfois en cause, y songer pour le traitement.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La chorée de Sydenham.

Tout d'abord repos au lit et diète hydrolactée les premiers jours, puis régime lacto-végétarien.

Potion à l'antipyrine (1 gr. 50 à 2 gr.) pour un enfant de 2 ans :

Antipyrine	10 gr.
Sir. fl. d'oranger	100 cc.

Une cuillerée à café une heure avant les repas.

Chaque cuillerée à café renferme 0 gr. 50 de produit actif. Ne pas dépasser 3 grammes par jour. Au bout de huit jours, suspendre quarante-huit heures pour éviter l'irritation rénale.

Dans les *formes moyennes*, c'est-à-dire si le traitement précédent n'a pas amélioré, employer les *arsenicaux toxiques* : soit pour un enfant de 10 ans, *liqueur de Fowler* : XV à XX gouttes par jour. La dose minima est de XV gouttes et ne sera pas employée au delà d'une quinzaine. Régime lacto-végétarien avec repos au lit.

Si la forme est sévère, user des *antimoniaux*.

Emétique	0 gr. 05
Julep gommeux	120 cc.

Une cuillerée à dessert toutes les demi-heures.

Continuer trois jours en montant à 0 gr. 06 et 0 gr. 07 d'*émétique* (Babonneix).

Le quatrième jour interrompre trois jours et revenir soit à l'*antipyrine*, soit à la *liqueur de Fowler*.

Après la période d'interruption, revenir à l'émétine pour trois jours et atteindre jusqu'à 0 gr. 08 et 0 gr. 10. En cas de diarrhée, suspendre.

S'il se produit des *complications cardiaques*, glace sur le cœur, *salicylate de soude* (2 gr. à 2 gr. 50 pour un enfant de 10 ans). S'il se produit de l'*arythmie*, *digitaline* (solut. alcool. crist. à 1/1000), II à III gouttes cinq à six jours de suite (enfant de 10 ans).

S'il existe des *troubles mentaux*, *bromure de potassium* (2 gr. à un enfant de 10 ans), *chloral* (0 gr. 50 à 1 gr. à un enfant de 10 ans). Bains à 38° de vingt minutes de durée 3 fois par jour.

Dans la *chorée paralytique*, *liqueur de Fowler*, potion à l'*extrait de quinquina*.

Toujours régime lacto-végétarien avec repos au lit.

Le myxœdème infantile.

Le traitement thyroïdien chez l'enfant exige certaines précautions. Tout d'abord le produit devra être frais ; ensuite il convient d'avoir l'œil sur les accidents possibles : tachycardie, agitation, fièvre, diarrhée, insomnies, vertiges. Parfois même des crises épileptiques et la mort auraient fait suite.

M. Lereboullet (*Pédiatrie*, sept. 1924) conseille trois périodes de traitement : un traitement de départ modéré, un traitement d'attaque, un traitement d'entretien.

1° *Traitement de départ modéré* : ne pas dépasser 0 gr. 02 d'extrait par année d'âge. M. Blechmann conseille de ne pas dépasser 0 gr. 001 chez les nourrissons de quelques mois. Les doses utiles oscilleraient plutôt au-dessous de 0 gr. 01 qu'au-dessus. Un produit frais sans doute est doué d'une action plus énergique qu'un autre datant de quelques mois ;

2° *Traitement d'attaque intensif* : 4 paquets de poudre sèche à 0 gr. 025 par jour : quinze jours de suite ;

3° *Traitement d'entretien*. — Doses plus faibles avec périodes intercalaires plus longues.

Dans les cas où l'on redoute l'évolution d'un goitre : *teinture d'iode* (1/2 goutte par 6 mois d'âge) ou sirop *iodo-tannique* : 1 gr. par 6 mois d'âge.

User du jus de citron et d'une alimentation riche en vitamines.

Traitement antisyphilitique si nécessaire. Séjour à la mer, cures à *Salies*, *Salins-Moutier*.

Le traitement thyroïdien est utile également dans le mongolisme, l'incontinence d'urine, certaines maladies cutanées (ichtyose, urticaire, eczémas) dans les hypertrophies de l'enfance.

Dans le myxœdème, des doses plus élevées sont nécessaires que dans les autres maladies. A un enfant de 2 ans, M. Blechmann ne prescrit comme dose maxima que 0 gr. 01 au bout de trois semaines, les doses antérieures oscillant de 0 gr. 001 à 0 gr. 009. MM. Nobécourt et Maillet montent à une moyenne de 0 gr. 01 par six mois d'âge. Il est difficile de fixer des doses tout à fait précises, l'action thérapeutique étant infiniment variable. Au bout de trois à quatre mois de préparation, M. E. Gley estime que les vertus du remède sont épuisées.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La mort par les sérums.

La médication par les sérums commence à troubler la confiance du corps médical. Les sérums sont moins actifs. Où il fallait 20 cc. de *sérum antidiphtérique*, il en faut aujourd'hui 60. D'autres sérums, comme le *sérum antiméningococcique* perdent de leur efficacité. Le sérum antiméningococcique B comme l'a démontré le Pr Teissier, demeure à peu près inopérant. Il est même à se demander si parfois il n'aggrave pas.

D'autre part, l'inconvénient de l'ef icacité moindre se double d'une autre infériorité. Les sérums sont plus toxiques. Ils guérissent plus mal et empoisonnent davantage. Jadis les accidents sériques étaient sinon rares, au moins bénins. Aujourd'hui les catastrophes se sont multipliées. Des albumines hétérogènes, dit-on, sont cause des accidents. Supprimons alors les albumines hétérogènes. Cette élimination faite, le sérum jouira-t-il encore de ses propriétés curatives ?

M. Ramon a préparé un sérum partiellement désalbuminé et ne contenant plus que des pseudo-globulines. Il est en vente dans le commerce sous forme d'ampoules dosées en unités (1.000 à 8.000 unités). A titre prophylactique 1.000 unités suffisent, au point de vue curatif, il faut 8.000 à 10.000 unités. Le produit est actif, mais ne met pas à l'abri des réactions (fièvre, éruptions, arthralgies). M. Ramon a donné à ce produit le nom d'*antitoxine purifiée*.

Il est à remarquer que la maladie où le sérum expose à plus d'accidents est l'*asthme*. Jadis, l'asthme ne guérissait pas toujours. Il ne tuait par contre que fort rarement. Lorsque ni le cœur, ni les reins n'étaient touchés, les malades vivaient de longues années. Or voici que Lamson cite 5 morts dans l'asthme. Le sérum antidiphtérique ou le sérum normal de cheval avaient fait tout le mal. Or le chiffre des décès est loin d'être exact et le nombre réel dépasse toujours celui des chiffres publiés.

Une première injection peut déterminer la mort. Vedel et Puech injectent du *sérum de cheval* à un fiévreux chronique. Huit jours plus tard, fièvre plus vive, érythème ortié généralisé. Quatre jours après, œdème énorme de la face et des paupières. Le lendemain, le malade mourait. A l'autopsie, un certain degré d'insuffisance hépatique et c'est tout.

Deroide, de Calais, injecte du sérum antitétanique à une fillette de 6 ans. Mort quelques minutes après. Lesné et Barreau ont à faire à un enfant de 4 ans atteint d'angine diphtérique bénigne. Mort quelques minutes après une première injection de 50 cc. de sérum antidiphtérique. Voisin et Terrien ont eu à déplorer des désastres similaires.

La cause des morts est infiniment obscure. L'anaphylaxie n'explique pas tout et il est des faits qui échappent à toute interprétation. L'insuffisance hépatique accusée par quelques-uns ne se décèle pas constamment. Il est entendu que la mort est rare (1 p. 75.000 environ).

Quand même les médecins sont-ils prévenus. D'autant que le chapitre des accidents s'est singulièrement accru. Les éruptions urticariennes et arthralgies signalées à l'origine ne représentent plus qu'un des éléments des troubles qui peuvent apparaître. Des *adénites sériques* (Mouriquand et Dechaume), des *orchites sériques* (Blechmann et Stiassnie), des *paralysies amyotrophiques* consécutives à des polynévrites (Pollet), des *pseudo-tabes* (Babonneix), des *pleurésies sériques* (Sabrazes) ont été observées. Surtout les polynévrites et le pseudo-tabes apparaissent comme des complications graves. Ils peuvent persister de longs mois.

De telles suites incitent le praticien à la prudence. Il n'injectera pas des sérums à l'aventure. Les asthmatiques n'en ont pas besoin. Il faut la certitude d'une maladie grave pour autoriser l'emploi d'une médication qui n'est pas sans risques. Dans la *diphtérie*, aucun doute, on injectera le sérum. Mais non en une fois. On commencera par une dose faible (1 cc.) pour injecter le reste quatre heures après (Besredka). Si l'enfant étouffe, il faut agir vite. On ne pourra attendre quatre heures. La dose curative sera injectée une demi-heure après le premier centimètre cube injecté. Au moins si un accident survient, le médecin pourra-t-il dire à la famille qu'il avait, dans la mesure du possible, tenté le nécessaire pour en éviter l'apparition. Si le praticien peut se procurer de l'*antitoxine purifiée* de Ramon, il préférera cette dernière (8.000 à 10.000 unités).

S. R.

CLINIQUE MÉDICALE

Diagnostic physique de la tuberculose fibreuse.

Pour beaucoup d'auteurs modernes le diagnostic de la tuberculose est étroitement attaché à la bacilloscopie. F. Dumarest (*Journal de Méde-*

cine de Lyon, 5 avril 1926), s'inscrit contre cette manière de voir.

La totalité des scléreux pulmonaires et la très grosse majorité des tuberculeux fibreux ne crachent pas et n'émettent de bacilles que d'une façon exceptionnelle. A vouloir exiger la signature bactériologique, on court donc le risque de méconnaître la nature réelle d'une quantité de manifestations bacillaires, constamment pendant la période initiale, et souvent même jusqu'à la période tardive de leur évolution.

Pas davantage, DUMAREST n'admet, comme une règle générale, l'émission bacillaire symptomatique de la poussée évolutive : la tuberculose fibreuse peut parfaitement évoluer à bas bruit, sans expectoration, et sans aucune des réactions générales et locales qui caractérisent la poussée évolutive.

Il faudrait donc se résigner, en matière de tuberculose fibreuse, à la défaillance fréquente du diagnostic bactériologique ; et le diagnostic stéthoscopique ne peut fournir lui-même que de faibles ressources.

L'auscultation consiste essentiellement dans l'interprétation de deux categoties de phénomènes physiques, appréciables au tact et à l'ouïe :

1° Phénomènes acoustiques, dus à l'existence de secrétions broncho-pulmonaires brassées par un courant d'air dans des conduits étroits ;

2° Phénomènes acoustiques et tactiles, résultant de modifications apportées au bruit respiratoire physiologique, à la transmission des vibrations et à la sonorité de la paroi, par des altérations de la densité ou de l'élasticité du parenchyme pulmonaire.

Les bruits de la première catégorie, ou bruits anormaux, sont à la fois les plus importants et les plus faciles à percevoir : ce sont eux qui jouent depuis LAENNEC, le grand rôle dans le diagnostic des affections pulmonaires, et que les médecins ont l'habitude de rechercher tout d'abord.

Or, la tuberculose fibreuse, toujours dans ses premiers stades, et souvent même à une période avancée de son évolution, n'est pas secrétoire ; on ne constatera donc pas de bruits adventices fixes et, trop souvent, on sera porté à admettre que le reste est négligeable.

On pourra seulement percevoir, si l'on tombe sur un de ces épisodes bronchitiques qui accompagnent souvent la fibrose pulmonaire, quelques sibilances disséminées dans le sommet, et un peu de broncho-alvéolite de la base, qui étayeront le diagnostic souvent porté en pareil cas de bronchite chronique et d'emphysème.

Cela reste vrai, même dans le cas de grosses lésious ulcéro-fibreuses : les vieilles cavernes fibreuses sont muettes, parce que non secrétoires (pas de râles) et non expansibles (pas de souffle).

Restent les phénomènes de la seconde catégorie : les indications fournies par la condensation ou la raréfaction du parenchyme pulmonaire.

On aurait tort de les tenir pour négligeables ; si elles ne permettent pas des évaluations approchées d'étendue ou d'importance des lésions, elles suffisent à mettre sur la voie.

Normalement, le murmure respiratoire est moelleux. Si la respiration cesse d'être moelleuse, si elle est insuffisante ou exagérément bruyante, c'est qu'il y a anomalie.

Suivant que la condensation due à la sclérose l'emportera ou non sur la raréfaction due à l'emphysème, on aura l'un ou l'autre des deux types schématiques :

Condensation	*Raréfaction*
Vibration = +	Vibration = —
Respirat. = + (rudesse)	Respirat. = — (obscur)
Sonorité = —	Sonorité = +

La sclérose interstitielle donnera donc toujours un de ces deux tableaux, mais le plus habituellement le premier. Très souvent, il ya rudesse inspiratoire associée à l'obscurité expiratoire. Dans le cas de sclérose nodulaire plus ou moins confluente les signes de condensation, matité, rudesse ou timbre soufflant bronchique de la respiration, vont en s'accusant, et la bronchophonie apparaît. Ces signes ne font défaut que dans le cas où les lésions occupent la région hilaire.

Le souffle tubaire et la grosse bronchophonie appartiennent aux scléroses denses massives, qui sont relativement rares.

Dans tous les cas, la présence de zones d'emphysème vicariant donnera lieu à la production *in situ* de la respiration supplémentaire, exagération d'ampleur et d'intensité qu'il ne faut pas confondre avec la rudesse, et qui ne s'accompagne pas, comme elle, d'exagération des vibrations : elle s'observe d'ailleurs dans les parties saines du poumon, base et région marginale antérieure du lobe supérieur, alors que l'emphysème raréfiant, dont la symptomatologie est différente, occupe les régions malades.

Les signes d'auscultation de la tuberculose fibreuse sont donc en somme très pauvres ; de grosses lésions sont compatibles avec une remarquable pénurie de signes et une absence totale de bruits anormaux. Pourtant l'auscultation attentive, en règle générale, permet le diagnostic *qualitatif*. (DUMAREST.)

Le diagnostic quantitatif, le diagnostic du degré

et de l'étendue des lésions fibreuses n'est fourni que par l'écran radiologique, qui, seul, peut donner des précisions sur leur mode d'invasion et de progression, sur la distribution et sur la participation de l'emphysème, sur l'existence et la situation des paquets ganglionnaires, sur la situation et la forme du diaphragme et du médiastin, qui seul enfin, permet le diagnostic de la fibrose pulmonaire progressive à une phase précoce de son évolution.

Pour DUMAREST, le diagnostic de la tuberculose fibreuse est essentiellement radiologique : c'est à la radiologie qu'il faut en demander la confirmation. L'emploi systématique des rayons X rend ainsi courant un diagnostic qui, sans eux, est le plus souvent méconnu. Eux seuls permettent de préciser la topographie des lésions et leur importance, de déterminer leur nature exacte, nodulaire ou diffuse, de fixer le type de l'emphysème qui est le compagnon inséparable de la sclérose.

Plus les lésions sont discrètes, plus les autres moyens d'exploration sont défaillants et plus le secours de l'écran radiologique est précieux.

THÉRAPEUTIQUE HYDRO-MINÉRALE

Le traitement du rhumatisme chronique dans les cures sulfurées.

Le rhumatisme chronique peut être traité avec succès dans les stations sulfurées.

Récemment FLURIN, LAMARQUE et LIACRE dans leur excellent rapport au Congrès d'Hydrologie en 1925, en faisaient une étude générale et tout d'abord ils formulent quelques directives générales :

1° S'il paraît être lié à des troubles digestifs au dysfonctionnement des glandes endocrines, c'est de ce côté que devra être dirigé l'effort thérapeutique ; la cure de boisson sera alors aussi importante que le traitement externe, les malades bénéficieront d'une cure de lavage et de désintoxication.

2° Dans les rhumatismes d'origine infectieuse, la cure sulfurée sera tout à fait indiquée, les bains de piscine ou de baignoire seront le traitement de choix, ainsi que les étuves générales ou locales et la douche-massage d'Aix-les-Bains.

Bien entendu, la cure devra être conduite prudemment, de manière à ne pas provoquer une reviviscence des accidents rhumatismaux.

3° La polyarthrite déformante progressive demande à être soignée dans les stations différentes suivant que dominera tel ou tel symptôme.

Si les lésions sont tout à fait torpides, c'est aux eaux fortes de *Barèges*, *Ax*, *Cauterets*, *Luchon* qu'on aura recours, à moins qu'on ait des raisons de préférer les eaux chlorurées sodiques ou les boues.

Si l'évolution du mal incite à lui reconnaître une origine médullaire, on ne devra utiliser que les sources dégénérées, désulfurées, sédatives, ou mieux les eaux peu minéralisées de *Bourbon-Lancy*, *Plombières*, *Néris*.

4° A côté de ces formes articulaires, on range les localisations para, péri et abarticulaires. Le rhumatisme frappe alors non plus seulement l'appareil ostéo-synovial, mais ses annexes, bourses séreuses ou tendineuses, tendon ou d'autres éléments du système locomoteur, muscles, aponévroses, nerfs. Une grande importance est attachée depuis quelques années aux déterminations portant sur le tissu cellulaire, superficiel ou profond, qui constituent la *cellulite* des auteurs français, la *fibrositis* des Anglais.

Comme l'a remarqué STOCKMAN, si dissemblables qu'elles apparaissent au premier abord, ces multiples manifestations présentent deux traits communs ; elles intéressent le tissu fibreux et elles seraient spécifiées par la même lésion histologique initiale ; elles germent toujours sur un terrain spécial, que le terme si désuet d'arthritisme suffit néanmoins à caractériser ; on choisira soigneusement la station suivant les particularités du type clinique et du tempérament morbide spéciales à chaque cas, suivant les conditions de « graine » et de « terrain » ; on doit s'abstenir pendant et au décours des poussées aiguës ; — dès qu'on pourra éviter tout risque de reprise et avant l'établissement de deformation ou d'impotences irréductibles, instituer un traitement graduellement renforcé qui mettra en œuvre à bon escient les applications de l'eau sulfurée.

A côté de ces directives générales il y a lieu d'insister sur quelques points de détail.

C'est ainsi que la thérapeutique thermale sulfurée des *névralgies*, des *sciatiques* en particulier, pose en pratique un problème des plus délicats : une fausse manœuvre suffira à réveiller ou à exaspérer une douleur qui ne demandait qu'à disparaître. Il faut éviter les manipulations directes dans la zone de distribution du nerf et la soumettre seulement aux bains, à la sous-marine, et au bout d'un certain temps à la douche chaude à basse pression.

Lorsque l'élément névropathique prend le pas

sur le facteur rhumatismal, on aura avantage à préférer aux sources sulfurées la classe des eaux peu minéralisées : Evaux, Bains-les-Bains, Néris. Toutes les fois, au contraire, que l'atrophie musculaire constituera la dominante du tableau clinique, il faudra recourir aux sulfurées fortes. *Ax, Barèges, Cauterets, Luchon* se sont acquis dans ces cas une réputation justifiée.

S'agit-il de *cellulite*, le massage permet de réaliser de véritables miracles, et sur la douche-massage, procédé d'application très souple, qui associe aux manipulations générales ou locales l'action résolutive de l'eau sulfurée.

A côté du rhumatisme abarticulaire proprement dit se placent les complications viscérales dont l'existence crée des indications particulières. Les complications cardiaques feront choisir *Royat* ou *Bourbon-Lancy*, l'albuminurie *Saint-Nectaire*, les troubles éréthiques des voies respiratoires le *Mont-Dore*, les lésions veineuses *Bagnoles-de-l'Orne*. Au contraire, les rhumatisants, atteints d'affections torpides et catarrhales de leur rhino-pharynx et de leurs bronches relèveront de *Cauterets, Luchon* et *Ax* ; les femmes présentant des lésions de leur appareil génital seront envoyées à *Saint-Sauveur* ou aux *Eaux-Chaudes*.

5° Les recherches de Teissier et Loque, de Llewelyn Jones, d'A. Léri ont définitivement établi l'existence d'un groupe anatomo-clinique, le *rhumatisme goutteux*, qui constitue une transition naturelle entre la série morbide précédente et la goutte classique à paroxysmes aigus. Pas d'eaux sulfureuses pour les goutteux florides et excitables et pour les grands hypertendus ; mais elles sont non seulement sans danger, mais très utiles chez les goutteux atoniques, qui réagissent moins vivement et dont les artères sont relativement souples. On a reproché, à juste titre à ces eaux, comme d'ailleurs aux eaux chlorurées sodiques et ferrugineuses, de faire reparaître les attaques articulaires chez des malades qui depuis longtemps n'avaient pas souffert de leurs jointures. Lorsque, sous l'influence des eaux sulfurées sodiques, l'état général se relève, le retour des fluxions articulaires, si elles ne sont ni trop intenses, ni trop fréquentes, doit être considéré non pas comme un accident fâcheux, mais plutôt comme un phénomène favorable qui marque un temps d'arrêt dans l'évolution de la maladie.

Les malades, qui en auront le loisir, pourront faire deux cures successives séparées par un intervalle de repos, l'une s'adressant à l'affection rhumatismale, l'autre à la goutte elle-même. Il faut signaler les avantages, insuffisamment connus, de certaines grandes stations comme *Cauterets*, qui à côté de ses sources sulfurées sodiques fortes (la Raillière, le Pré, César, le Bois) possède une source faiblement sulfurée, silicatée, la source de Mauhourat, qui permet de réaliser une cure de diurèse et de désintoxication, — comme *Luchon* avec ses sources radioactives — comme *Aix-les-Bains*, où l'eau diurétique des Deux-Reines et de Saint-Simon aide si heureusement le traitement hydriatique externe.

THÉRAPEUTIQUE QUOTIDIENNE

Traitement des syndromes parkinsoniens par le « datura stramonium ».

On a depuis quelques années préconisé l'emploi de la stramonie, pour le traitement des syndromes parkinsoniens, Juster et Huerre, (*Soc. de thérapeutique*, 13 *janv.* 1926), emploient des doses élevées qui vont jusqu'à 2 grammes, Laignel-Lavastine et Valence (*Soc. méd. des hôpitaux, s. du* 4 *juin* 1926) emploient la poudre de feuilles de *datura stramonium* dosées à 0 gr. 10. Au début, le premier jour, on donne 3 pilules, puis on augmente d'une pilule par jour pour atteindre 10 pilules, soit 1 gramme de produit actif. Cette dose est continuée trois jours. Après ces dix jours de traitement, on laisse ce malade sept jours au repos et on recommence. Ou peut diminuer la période de traitement souvent à trois jours avec trois jours de repos. Alors on donne 3 ou 4 pilules le premier jour et on augmente d'une pilule par jour. Laignel-Lavastine et Valence retirent de cette pratique d'excellents résultats : diminution de la raideur, possibilité d'écrire, arrêt de la salivation, impression notable de « mieux être ». Mais on observe des signes d'intolérance. Dès le quatrième jour, les malades éprouvent des troubles oculaires consistant en défaut d'accommodation liés à une mydriase qui ne disparaît que deux ou trois jours après la suppression de la médication ; puis la sécheresse de la bouche fait rapidement suite à la période initiale de diminution de la sialorrhée. On peut observer aussi une diarrhée toxique qui fait suite à la constipation parkinsonienne.

Ce traitement étant toxique doit donc être surveillé de près. Mais il faut savoir qu'il y a des échecs en particulier dans les cas où le tremblement est très accusé, plus spécialement chez les parkinsoniens artérioscléreux.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MÉDECINE

Les propriétés thérapeutiques de l'osséine. — M. Maurin. — Il s'agit d'une matière collagène provenant de la substance osseuse. Elle est isomère avec la gélatine. Elle représente une substance albuminoïde imparfaite dont l'imperfection l'empêche de remplacer la viande ; mais elle possède une réserve minérale non négligeable et cette dernière est très assimilable et se montre mieux tolérée que la gélatine. Elle ne provoque pas de dégoûts comme cette dernière. On l'emploie dissoute dans des aliments chauds, comme les purées. Dans la tuberculose, dans les fractures, la substance jouit de propriétés curatives manifestes.

Les fuso-spirochètes dans un abcès putride du poumon. — M. Delamare.

Rapports : M. Capitan. — **Sur le Congrès international des Américanistes.**

M. Bernard. — **Sur la mission du Dr Gaud au Maroc.**

M. Marcel Labbé. — **Sur le Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.** — Les médecins canadiens ont communiqué des rapports de la plus haute importance et un accueil chaleureux a été fait à la mission française.

M. le Président lit des notices nécrologiques sur MM. Le Dentu et Babès.

2 novembre 1926.

SOCIÉTE MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 octobre 1926.

La pleurotomie « a minima ». — M. Maurice Renaud présente un malade âgé traité avec succès par la pleurotomie *a minima*.

M. Dufour a aussi employé cette technique avec succès.

Abcès du foie guéri par l'émétine. — M. Chauffard présente, au nom de Mme Panayotatou, une observation d'abcès amibien amélioré par les injections d'émétine et la prise de stovarsol.

Colite hyperplasique. — M. Grenet présente un gros intestin porteur d'une lésion curieuse de prolifération vermiculaire, polyadénomatose colosigmoïdienne.

« Nanisme exostosique ». — MM. Rathery et Marie rapportent l'observation clinique et les aspects radiographiques d'un cas de maladie ostéogénique, avec exostoses multiples. Ils insistent sur la présence exceptionnelle d'exostoses vertébrales, principalement lombaires, sur l'aspect singulier pseudo-kystique de l'humérus, sur la multiplicité des déformations associées du système osseux (radius curvus, raccourcissement du cubitus, déformations vertébrales, arrêt de développement de la clavicule droite et de l'acromion).

Les troubles du développement général sont remarquables et aboutissent à une atrophie staturale (1m,46) brièveté prédominante des membres inférieurs, asymétrie des membres homologues, lordose, arriération psychique.

La dysankie, défaut d'extension du coude, en pathologie congénitale. — M. André Léri. — La réduction de l'extension du coude est souvent associée à une série de malformations et d'affectations congénitales du développement : dysostose cranio-faciale, acrocéphalie, dysostose cléido-cranienne, achondroplasie, pléonostéose familiale, maladie exostosante dite exostoses ostéogéniques, spina bifida cervical, malformations rachidiennes, etc...

Ce trouble est principalement dû en apparence à une surélévation de la tête du radius, avec ou sans luxation en arrière ou en avant, en réalité à un arrêt du développement de l'extrémité supérieure du cubitus. Il est au membre supérieur l'analogue de la surélévation de la tête du péroné que on observe notamment chez les achondroplasiques.

Il s'agit d'une anomalie réversive : l'allongement relatif du radius et du péroné est, en effet essentiellement un caractère simien ; d'autre part, au cours du développement de l'embryon humain on constate simultanément une tension en dehors de l'humérus et une déflexion du coude ; si le cubitus ne s'accroît pas parallèlement au radius, l'attitude reste fœtale, le coude ne peut s'étendre complètetement.

Ce défaut d'extension du coude, que l'on peut qualifier de *dysankie* (ἀγχος = coude), est un sydrome qui peut s'observer comme une anomalie isolée, parfois soit héréditaire, soit se combiner à toutes sortes d'autres anomalies ou maladies du développement.

M. Apert n'admet pas le terme d'anomalie reversive.

Récidive mortelle, après dix-sept ans, d'une gangrène pulmonaire subaiguë et localisée. — MM. J. Hagueneau et Gilbert-Dreyfus rapportent l'observation d'une malade ayant succombé à un épisode pulmonaire putride à évolution subaiguë. Dix-sept ans auparavant, elle avait présenté un épisode semblable,

localisé au même lobe du poumon, et qui semblait parfaitement guéri. La question se pose de savoir s'il y a eu chez elle deux infections successives, ou si l'on peut parler de récidive, malgré une rémission aussi longue et l'absence, à l'autopsie, d'un foyer de suppuration chronique.

L'hémorragie méningée de la paralysie générale au début. — M. René TARGOWLA. — Un des facteurs du diagnostic différentiel de la paralysie générale et de la syphilis cérébro spinale est fourni par les légions d'origine vasculaire. Leur valeur n'est cependant pas absolue et elles peuvent s'observer dans la paralysie générale, même au début. Les hémorragies méningées, entre autres, sont rares et constituent des trouvailles d'autopsie. L'auteur rapporte deux cas dans lesquels une hémorragie sous-arachnoïdienne s'est produite au cours d'un processus paralytique non encore reconnu.

Le tablean clinique est fruste : céphalée intense avec vomissements, vertiges, constipation et troubles psychiques (irritabilité, insomnie, agitation, cauchemars ou véritable délire onirique) ; le pronostic propre est bénin. Le principal élément de diagnostic est la ponction lombaire.

L'intérêt d'un tel syndrome, qui peut être diagnostiqué, réside dans le fait qu'il révèle la paralysie générale sous jacente dans des conditions particulièrement favorables pour l'institution d'une thérapeutique. La méthode de choix est l'impaludation, mais précédée d'une cure antisyphilitique destinée à réduire les lésions vasculaires que l'infection expérimentale pourrait aggraver ; dans le seul cas ainsi traité, elle a donné un succès.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. AUVRAY, président, annonce la mort de M. le Pr LE DENTU, ancien président de la Société ; il prononce son éloge et lève la séance en signe de deuil pendant dix minutes.

Du traitement chirurgical des gangrènes pulmonaires. — M. GRÉGOIRE apporte l'observation d'un malade atteint de gangrène pulmonaire subaiguë. Sérothérapie et vacinothérapie. Phrénicectomie le 18 mars 1926. Guérison persistant après six mois.

Il oppose à ce résultat les échecs observés après pneumotomie suivie de drainage : 2 cas avec mort par hémorragie aux 10e et 5e jour ; 1 cas avec mort par pleurésie gangréneuse et broncho-pneumonie.

Il estime nombreuses les indications de la phrénicectomie, qui constitue d'autre part une intervention bénigne.

M. BAUMGARTNER ne partage pas l'optimisme de M. GRÉGOIRE. Il a pratiqué huit fois la phrénicectomie, avec deux succès et six résultats douteux. Cette intervention ne pourrait d'ailleurs donner de résultats s'il existe des adhérences pariéto-pleuro-pulmonaires ou une sclérose parenchymateuse ancienne. De plus, la phrénicectomie constitue une mutilation définitive, qui n'est sans doute pas sans inconvénients.

M. MOURE a pratiqué quatre phrénicectomies avec résultats peu encourageants.

M. ROUX-BERGER pense que tous les procédés peuvent donner des succès et des échecs ; il conviendrait donc de déterminer les conditions anatomiques dans lesquelles se produisent les uns et les autres. Le résultat semble en effet subordonné au siège des lésions, à l'existence ou non de symphyses pleurales, à l'ancienneté de la lésion.

Il semble résulter de la discussion que la phrénicectomie devrait s'adresser de préférence aux lésions de la base, récentes, sans adhérences. Dans les autres cas, le décollement pleuro-pulmonaire resterait indiqué.

Sur un cas de mal de Pott traité par osthéosynthèse vertébrale d'Albee. — M. SORREL rapporte une observation de M. BROCQ, concernant un homme de 33 ans, porteur d'un mal de Pott dorso-lombaire, avec abcès et troubles nerveux. Intervention Ostéo-synthèse vertébrale par la méthode d'Albee. Disparition des douleurs et des signes nerveux. Guérison persistante après trois ans.

M. SORREL a pratiqué, et fait pratiquer, dans son service, 101 ostéosynthèses vertébrales : 64 pour mal de Pott dorso-lombaire et lombaire, 13 pour Pott sacré, 18 pour Pott dorsal, 4 pour Pott cervical, 2 pour Pott cervical supérieur.

La principale indication lui semble résider dans la destruction vertébrale sans soudure intervertébrale : la soudure spontanée est au contraire une contre-indication formelle.

Pratiquement, l'ostéosynthèse ne s'applique guère qu'à l'adulte, la soudure étant la règle chez l'enfant.

Quant au moment, il semble préférable d'attendre que le mal de Pott ait terminé son évolution.

M. SORREL précise enfin la technique qu'il a acceptée.

M. LECÈNE demande quel est alors l'avantage du greffon, si l'on n'intervient que sur des malades en voie de guérison.

M. HARTMANN préfère le corset plâtré, réservant la greffe pour les maux de Pott cervicaux, où elle évite le port gênant d'une minerve.

M. OMBRÉDANNE préconise l'osthéosynthèse par greffe chez l'adulte, dans les maux de Pott à rechutes,

et dans les cas d'apparence bénigne où l'appareil plâtré n'est pas accepté.

M. Sorrel achève son plaidoyer en faveur de la greffe, en montrant qu'on obtient par elle, non pas tant une guérison plus rapide qu'une meilleure qualité de la guérison.

Présentation de malades. — M. Dujarrier : malade atteint de déchirure du ligament croisé antérieur. Réfection par un lambeau de fascia lata. Bons résultats.

27 octobre 1926. E. Theillier.

CORRESPONDANCE

Zona et Varicelle.

Un cas en faveur de l'unicité étiologique du Zona et de la Varicelle.

Un homme, de 32 ans, entre en mon service dans l'hôpital Pedro II, ayant un zona lombo-dorsal droit.

Au bout de neuf jours son voisin de lit tombe malade de varicelle ; un autre malade, qui avait l'habitude de causer dans son lit avec le précédent, attrapa aussi la varicelle et, depuis, quatre autres malades encore. Ceci s'effectua dans l'espace de trois jours Tous ces malades, étaient déjà internés depuis plus d'un mois pour d'autres maladies.

Il est encore à remarquer que dans la cité-hôpital, où il y a environ 500 lits, on n'eut à noter ni d'autre zona ni aucun cas de varicelle.

Joao Marques,
médecin de l'hôpital Pedro,
à Pernambuco.

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement de la syphilis en clientèle, par H. Gougerot, *professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris*. Livre couronné par l'Institut et l'Académie de Médecine. Quatrième édition, revue et augmentée, 93 fig. en noir, 22 fig. en couleurs, 13 planches hors texte. Grande Librairie Médicale, Norbert Maloine, 1 vol., 723 p.

La quatrième édition de ce volume est enrichie de nombreux chapitres : Syphilis *sans chancre*, *Bismuthothérapie*, *Comparaison des arsenic, bismuth, mercure*, etc. Mais ce souci de maintenir à jour un ouvrage scientifique n'explique pas suffisamment son succès. Dans ces pages, il y a autre chose : l'inspiration d'un esprit éminemment averti. Bien qu'appartenant au monde officiel, il ne nourrit point un culte fétichiste pour les maîtres qui l'ont précédé. Ceux-ci n'ont pas tout vu. Derrière leurs pas, s'élèvent des herbes qu'ils ont dédaignées et d'autres qui ont échappé à leur attention. M. Gougerot s'arrête après eux. Il recueille, compare, confronte les échantillons recueillis par lui à d'autres qui avaient reçu leur destination antérieure. Des rapports entre ces constatations diverses, il tire des clartés neuves qui l'orientent vers des directions pratiques. Il ne faut point chercher d'autre raison aux éditions répétées de ses livres. Ils témoignent d'un esprit très ouvert qui loin d'être écrasé par la lourdeur de son œuvre, la domine hautement avec la curiosité dans l'œil et un sourire d'allégresse aux lèvres, le sourire du chercheur que récompense la richesse singulière du butin.

Code de la Médecine et de la Pharmacie, par E. H. Perreau, *professeur à la Faculté de Droit de l'Université de Toulouse*. Préface du Dr Ch. Fiessinger. Recueil Sirey, 22, rue Soufflot, et Tenin, directeur. 1 vol., 413 p.

Ce petit livre très fourni sous un format restreint rendra les plus grands services aux médecins et aux pharmaciens. Les politiciens se moquent de la légalité et l'arbitraire règne. Quand même parmi les lois qu'ils subissent, contre leur gré, il en est en matière d'hygiène, qui permettent aux médecins de se défendre et de faire entendre la vérité. Ajoutons les décrets sur les Sociétés de Secours Mutuels, toutes les lois sur les mesures d'assistance, les tarifs d'honoraires, les traités internationaux, etc. En rassemblant dans un même volume toutes ces mines de renseignements, M. E.-H. Perreau évite aux médecins bien des démarches, puisqu'ils les trouvent condensées dans ce livre et sous la forme légale qui donne force de droit aux éventualités diverses qui peuvent se présenter.

Hygiène mentale et nerveuse individuelle, par M. le Dr Henri Bouyer, *Médecin des Asiles Publics* et M. le Dr Martin Sisteron, *Médecin des Hôpitaux de Grenoble*. Préface de M. le Dr Henri Claude, *Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux*. — Norbert Maloine, édit. Prix : 20 francs.

Il n'existait pas de livre d'hygiène mentale. Celui de MM. Bouyer et Martin Sisteron est fort bien composé. Ajoutons qu'il est écrit d'une bonne langue. Des aperçus fins voisinent avec des conseils de haute tenue morale. C'est un bon livre et M. Claude a eu raison d'en faire l'éloge dans sa Préface.

Le traitement des fractures des maxillaires, par E. Pierre Darcissac, *professeur à l'Ecole dentaire de Paris*. Introduction par G. B. Hayes. Norbert Maloine, édit., 1 vol., 104 p.

Ce petit livre, illustré de nombreuses photographies, est surtout intéressant au point de vue de la prothèse restauratrice. Les appareils de M. Darcissac, ingénieusement conçus, remplissent avantageusement leur emploi.

Le rédacteur en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger
R. C. PARIS. N° 49.703.

PARIS. — IMPRIMERIE A. TOURNON 257 RUE SAINT-HONORÉ. 1926

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Difficultés de la version, qui proviennent de l'utérus.

Par L.-A. Demelin.

Afin de fixer dès l'abord les limites de mon sujet je rappelle les conditions habituelles de la version.

Les classiques s'accordent à la définir : une « manœuvre qui a pour but de substituer une présentation à une autre moins favorable ». L'*extraction* ne figure pas dans cet énoncé, et c'est juste. En cas de version par manœuvres externes ou mixtes, personne ne pense, et pour cause, à extraire l'enfant séance tenante. Il est logique et clinique, de considérer l'extraction du siège *consécutive à la version par manœuvres internes*, comme un acte supplémentaire qu'on a pris l'habitude d'exécuter toujours à sa suite, mais qui ne lui appartient pas. Il y a longtemps que je me suis remis à *séparer* — comme on dit — l'une de l'autre, me refusant à traiter l'extraction podalique comme le *troisième temps* de la version.

Je me borne donc à décrire à celle-ci *deux* temps (et non pas trois) qui sont : 1° l'introduction de la main dans l'utérus à la recherche d'un ou des deux membres inférieurs, qu'il s'agit de saisir, et 2° l'évolution ou version proprement dite. Il ne sera donc pas question ici d'autre chose que de manœuvres *intra-utérines*.

On comprend aussitôt que l'état du muscle pariétal de l'organe maternel domine toute la scène. Si l'orifice d'entrée, le col, est largement ouvert, si la matrice elle-même est restée souple, peu résistante, flasque ou extensible, l'opération sera facile ; pleine de difficultés, au contraire, pénible, dangereuse, voire impossible dans les circonstances opposées. Unanimement, on admet comme moment d'élection, celui où la dilatation est complète et où en même temps, la poche des eaux étant encore intacte, le liquide amniotique ne s'échappera que partiellement à l'instant où l'accoucheur va la déchirer, afin de pénétrer sans retard dans la profondeur. Mais il faut bien s'entendre. Est-ce vraiment l'intégrité des membranes qui importe le plus ? Non : car il arrive que même avant leur percement, la paroi utérine, musculaire et rétractile, se moule comme un gant sur le fœtus. On peut alors rencontrer les plus grandes difficultés à le faire évoluer, bien que la totalité du liquide soit retenue dans l'intérieur de l'enveloppe ovulaire jusqu'au dernier moment.

On a le droit de poser en principe cet aphorisme : *hypotonie* utérine, version facile ; *hypertonie*, version difficile (parfois impossible), souvent dangereuse.

Assurément, la manœuvre est d'abord un acte mécanique dont les conditions dépendent principalement des résistances et de leur valeur : on a parfois avantage à extraire par les pieds un enfant déjà mort, et par conséquent, à le « retourner » au préalable. Mais ce n'est pas tout. Il s'agit ici d'une intervention éminemment *conservatrice*, capable de protéger, de sauvegarder la vie et la santé du fœtus et de la mère, et dont l'exécution devra leur éviter les conséquences d'un traumatisme grave. En fait, le fœtus risque moins au cours de la version proprement dite, que pendant l'extraction par les pieds, où l'*hémorragie méningée* le menace ; tandis que la mère est exposée aux accidents inquiétants de la *rupture utérine*, si la version est difficile, c'est-à-dire si la paroi du sac maternel se montre résistante, dépourvue de souplesse, étroitement appliquée sur le mobile qu'elle renferme. D'ailleurs il ne faut pas négliger l'éventuelle *procidence du cordon ombilical* avec l'asphyxie fœtale qui en résulte, complication toujours à craindre, soit à l'instant où la main pénètre après avoir ouvert la poche amniotique, soit pendant la recherche des membres inférieurs ou l'évolution même.

Je m'occuperai donc ici de l'*hypertonie utérine*, avant tout ; puis, je ferai brièvement allusion à certains cas d'hypotonie où les difficultés viennent de l'obstacle apporté par la présence du placenta inséré vicieusement sur le segment inférieur, avec hémorragies appelant l'évacuation prompte de la matrice, par l'extraction podalique, secondairement à la version.

L'*hypertonie utérine*, au point de vue physiologique, comprend deux formes que l'on peut décrire indépendamment l'une de l'autre :

Tantôt l'élément humoral prédomine : ou bien dans l'intérieur de l'œuf, une surabondance de liquide amniotique est sécrétée ; ou bien, dans l'épaisseur même de la paroi utérine, il y a soit congestion vaso-dilatatrice, soit infiltration œdémateuse par compression mécanique, par toxémie, etc. soit extravasation sanguine, mais sans lésion musculaire, comme, par exemple, l'hématome rétro-placentaire, en cavité close ; les liquides, emprisonnés sans fuite possible, dans leur enveloppe musculo-élastique, en sollicitent l'extensibilité : il y a tension exagérée du contenant parce qu'il résiste à l'effort centrifuge du contenu, incompressible en tant que liquide ; c'est la *rigidité hypertensive*.

Tantôt l'action neuro-musculaire se place au

premier plan, mise en jeu par des causes mécaniques, physiques, chimiques ou vitales : suivant les degrés (intensite, multiplicité, etc.) des secousses excitatrices, la contractilité se manifeste, et particulièrement sa modalité initiale, basale, durable, qui a nom tonicité. Si les excitations se renouvellent assez vite, les contractions qu'elles provoquent individuellement deviennent subintrantes, et, en fin de compte, se fusionnent en un spasme tétaniforme, la *contracture*.

Cela posé, quelles sont les circonstances cliniques qui permettent de prévoir, dans la pratique de la version par manœuvres internes, des difficultés provenant de la paroi utérine. En d'autres termes, quelles sont les causes primordiales de l'hypertonie utérine, dans l'ordre des indications opératoires.

Avant tout, les *présentations de l'épaule*. — Si on laisse passer le moment d'élection, une fois la poche ouverte, le liquide intra-ovulaire s'écoulera de plus en plus, laissant l'organe maternel « se rétracter » en conséquence. Quelle force surnaturelle maintiendrait la part utérine éloignée du corps fœtal, lorsque les eaux qui comblaient les vides entre une enveloppe assez régulièrement ovoïde, et un contenu solide, marqué par un contour sinueux, inégal, avec des saillies (tête, siège, épaules, genoux, coudes) et des dépressions (sillon du cou, région ventrale où flottent les anses funiculaires dans le grand lac amniotique, etc.). Cette rétraction, même partielle (puisque le fœtus est encore en place *in utero*), accroît l'épaisseur du sac musculaire, substratum anatomique d'une motricité augmentée d'autant dans ses deux modes essentiels, tonicité et contractilité. Et la force expultrice s'exaspère devant l'obstacle d'un canal pelvien — normal pourtant — néanmoins trop étroit pour admettre à la fois le thorax fœtal et la tête. Car si l'enfant est à terme (c'est-à-dire suffisamment gros), l'inclinaison, même violente et portée à l'extrême, de l'extrémité céphalique sur l'épaule supérieure (celle qui n'est pas en présentation), sera loin de réduire le corps fœtal tassé, comme plié en deux jusqu'à l'engager dans le petit bassin. Ce n'est que par exception (lorsque l'accouchement a lieu bien avant terme, d'un produit de petit *volume*, ou encore lorsqu'une macération prolongée a ramolli notablement ses tissus), que le dégagement se terminera spontanément et sans trop d'inconvénients pour la mère, par *évolution spontanée* dans le premier cas, et *conduplicato corpore*, dans le second. Au terme normal, avec une épaule en présentation, la tête reste au-dessus du détroit supérieur d'abord à la hauteur de la fosse iliaque, plus tard, au-dessus de la barre pubienne et fortement réclinée vers le tronc par la paroi correspondante du segment inférieur qu'elle distend, comprime et lamine, mais qui résiste autant que possible. De là, des troubles circulatoires variés, et pour commencer une ischémie par compression qui, si elle dure à un degré suffisant, diminuera la solidité des tissus : ne sait-on pas qu'en général, les parties molles doivent une bonne part de leur résistance, de leur fermeté, à la tension des liquides qui les irriguent ? Rappelons-nous le périnée qui devient visiblement blanc, exsangue, dans les régions où il va se fendre. Il en est de même dans la profondeur, au prélude de la rupture utérine. L'organe parturient, dans son ensemble se partage alors en deux loges : l'une, qui comprend le fond et la plus grande partie du corps utérin proprement dit, s'incline vers le flanc ; imaginons que ce soit le flanc droit. Cette loge supérieure contient le siège du fœtus avec les membres inférieurs, son abdomen, et son thorax, avec le bras et l'épaule supérieurs, c'est-à-dire qui ne sont pas en présentation. L'autre loge est formée par la région basse du corps utérin (segment inférieur et partie attenante du segment moyen avec la portion sus-vaginale du col, distendues, étirées, amincies par la saillie de la tête qui les soulève et s'en coiffe). A travers l'orifice du col, pend le bras attaché à l'épaule qui se présente. L'organe gestateur se dirige *obliquement*, son fond penché vers le flanc droit ; c'est sa loge supérieure qui fait les efforts d'expulsion, aidée par la sangle striée dont les contractions l'étreignent, en l'appuyant sur le rachis lombaire flanqué des muscles et aponévroses qui constituent la paroi abdominale postérieure. La loge inférieure de l'utérus reçoit les foulées de la tête fœtale poussée par le fond contre la paroi qui lui fait vis-à-vis, comme si l'accouchement devait se faire par effraction, après éclatement de cette paroi en vis-à-vis, dans la cavité péritonéale, puisque la cavité du petit bassin, voie naturelle pour le corps fœtal plié en deux, lui est interdite. Plusieurs conditions s'unissent pour engendrer la dystocie : mauvaise présentation, autrement dit excès de volume du mobile par rapport au calibre du canal à parcourir, direction vicieuse de la puissance expultrice, enfin hypertension du muscle parturient. Entre les deux loges utérines, dans l'encoche que dessine le contour fœtal entre la tête et l'épaule supérieure (celle qui n'est pas en présentation), la paroi utérine insinue un croissant, un repli falciforme, semilunaire, en saillie vers l'intérieur de la cavité ; le contenant se moule sur le contenu, en prenant de l'épaisseur par rétraction tonique ; et ce demi-*anneau* forme un butoir, un obstacle à

l'ascension de la tête vers le fond du sac maternel, lorsque l'accoucheur, ayant atteint et saisi les pieds de l'enfant, exerce sur eux des tractions vers le bas, en vue de substituer la présentation du siège à celle de l'épaule.

Direction oblique et forme irrégulière de l'organe parturient, voussure dans la fosse iliaque soulevée par la tête, « *coup de hache* » à l'union des deux loges, tout cela est palpable, visible même à un moment donné, sous la paroi abdominale antérieure (sans compter la présence à la vulve, ou en dehors d'elle, de la main qui répond à l'épaule en présentation) ; tout cela permet de reconnaître la « rétraction », le resserrement de la loge supérieure sur le tronc fœtal, le soulèvement et l'amincissement de la loge inférieure par la tête. Le coup de hache désigne à l'extérieur l'emplacement du croissant, du repli falciforme en saillie vers l'intérieur. Or, la région supérieure est hypertonique parce qu'elle se contracte avec énergie, voire avec violence, afin de chasser son contenu ; et la loge inférieure dilatée par la tête, est hypertonique aussi, en raison même de sa distension élastique, mais provisoirement, et jusqu'à ce qu'elle cède à la poussée, qu'elle entame sa déchirure, moment où elle deviendra au contraire flasque et molle, parce que, par suite de sa lésion, elle pourra satisfaire pleinement sa rétractilité ; mais alors la rupture sera consommée, et la tension vasculaire annulée, justement en raison de la solution de continuité et de l'hémorragie qui en résulte.

On conçoit qu'entre l'heure d'élection pour la manœuvre podalique et celle de la rupture utérine, un laps de temps d'une certaine durée s'écoule, où la tension pariétale va sans cesse croissant, ou le repli semilunaire qui limite les deux loges, prend de plus en plus d'épaisseur et de rigidité ; et que, par suite, l'exécution de la version deviendra de plus en plus difficile et dangereuse. Si l'épaule en présentation est descendue assez bas au-dessous du détroit supérieur (main et avant-bras sortis de la vulve), si, en d'autres termes l'engagement est déjà profond, la partie fœtale fixée en haut de l'excavation l'obstrue fixement et oppose un obstacle invincible à l'accoucheur qui voulait pénétrer dans le corps utérin. Alors, la version est impossible. A un degré moindre, la main de l'opérateur trouve la voie pelvienne encore libre, un peu encombrée seulement par le membre supérieur en présentation : il y a bien possibilité de traverser le col : mais pourra-t-on atteindre les pieds ? un pied seulement ? même un creux poplité ? Si l'on y réussit, pourra-t-on, au moyen de tractions soutenues, prudentes malgré tout, progressives et sans brusquerie, abaisser le siège au détroit supérieur, délivrer le tronc fœtal de l'étreinte utérine ? autrement dit, mener à bien l'évolution, deuxième temps de la manœuvre, et son temps principal ? La tête glissera-t-elle de bas en haut vers le fond, pour y prendre la place du siège abaissé ? pourra-t-elle doubler, sans s'y heurter ou s'y caler obstinément, le croissant rigide en saillie vers l'intérieur, dans l'encoche que le contour fœtal dessine à la hauteur du cou ? Voilà l'inconnu, l'inconnu périlleux. La clinique offre-t-elle quelque signe de présomption, favorable ou défavorable ? j'ai déjà signalé l'engagement fixe de l'épaule en présentation comme une contre-indication formelle de la manœuvre, et par opposition, comme une indication nette de l'embryotomie rachidienne. Pas de scrupule ici, quant à la survie de l'enfant. Car à un tel degré d'engagement compressif, de rétraction utérine, le fœtus a certainement succombé à l'asphyxie. Eh bien ! de cette notion, on a le droit de tirer une déduction utile. Si, dans le cas de présentation de l'épaule, la dilatation étant complète et les membranes rompues depuis plusieurs heures, on entend encore les battements du cœur, assez réguliers pour qu'on ait le droit de penser que l'enfant sera capable de survivre à l'accouchement, il y a des chances pour que la version soit réalisable avec succès, quoique difficile et déjà plus ou moins risquée. Essayons-la donc prudemment avant de recourir à l'opération césarienne tardive, suivie par conséquent d'un acte complémentaire tel que l'hystérectomie, ou mieux tel que le drainage ou l'extériorisation provisoire du corps utérin (procédé E. Porte), ou tel autre moyen de conserver l'organe, en sauvegardant la vie de la femme.

Les développements qui précèdent me permettront d'aller vite dans l'énoncé des autres causes et formes d'hypertonie qui rendent laborieuse l'exécution de la version podalique.

Les présentations définitives, irréductibles, du front au détroit supérieur ou au-dessus, — *modes frontaux du sommet ou de la face*, — sont rares. Si elles se montrent irréductibles, — c'est-à-dire incapables d'être corrigées en présentations franches du sommet ou de la face, — c'est qu'elles obéissent à une rigidité spasmodique ou bien œdémateuse du segment inférieur ; la tête s'y trouve retenue, appendue en battant de cloche, mais arrêtée dans sa volée (dans sa flexion vers l'attitude du sommet, ou sa déflexion vers celle de la face), précisément par la résistance tonique du segment inférieur, qui prend la forme d'un éteignoir, d'un tronc de cône à base large dirigée en bas, où il se continue sans ligne de démarcation avec la région sus-vaginale du col, flasque et lar-

gement dilaté. Un anneau musculaire est serré, rétracté à la hauteur du cou. Et la version en est rendue très difficile, impossible souvent ; elle cède la place à la section césarienne ; car le forceps à cette hauteur et sur une tête en mode frontal, ne donne rien qui vaille. Si l'enfant a succombé, on usera du basiotribe, mais non sans lenteurs ni peines ; car l'anneau plus ou moins serré en carcan, retiendra les épaules ; et l'on verra le col apparaître à la vulve, tout le sac utérin attiré en bas par l'instrument qui assure une prise solide.

Je ne parlerais pas de l'*hydrocéphalie*, si je ne l'avais vue compliquer la présentation de l'épaule. L'évolution podalique tentée dans ces circonstances fait courir les plus grands risques de rupture. La version laborieuse, impossible dès l'abord, devient tout d'un coup trop facile : le sac rétracté, distendu démesurément, s'est déchiré. La laparotomie s'impose.

Plus fréquemment se rencontre l'hypertonie qui accompagne les *procidences des membres*, compliquées ou non par celle du cordon. Ici encore, après écoulement des eaux, les irrégularités du contour fœtal, appellent des anneaux ou des croissants de rétraction musculaire, voisins des zones soulevées et amincies par les saillies plus ou moins anguleuses des membres ectopiques. Les efforts d'expulsion, surexcités par l'obstacle à l'évacuation, accroissent progressivement la tension jusqu'à la rigidité œdémateuse ou spasmodique. Version laborieuse, parfois impossibl , en tout cas beaucoup moins satisfaisante que la simple reposition du ou des membres déplacés, opérée par une main prudente. Il est de règle que la reposition soit suivie de l'expulsion spontanée.

Par exception, une *présentation du sommet ou de la face*, se complique d'hypertonie. Le sac utérin se divise en deux loges séparées par un anneau ou un croissant de stricture. Qu'il y ait obliquité, couduire ou torsion du sac utérin, ou encore attitude défectueuse d'un membre *au-dessus de la tête* et dans le ventre supérieur de la calebasse, ou bien accumulation de tout le liquide dans une poche uniquement amniotique et descendant jusqu'à la vulve (la doublure choriale s'étant seule déchirée au préalable) le résultat est le même : c'est toujours la résistance pariétale qui gêne l'évolution par traction sur les pieds.

Reste enfin toute une catégorie d'hypertonies qu'on pourrait qualifier d'artificielles, en ce qu'elles succèdent soit à l'absorption de médicaments (ergot de seigle, extraits hypophysaires, etc.) soit à des excitations mécaniques, réitérées ou prolongées, comme celles que déterminent les essais infructueux du forceps, du basiotribe, les irritations cervicales au cours des tentatives de version, de réduction pour les procidences, de divulsion pour opérer la dilatation artificielle (gros ballons, écarteur de Tarnier, procédés digitaux ou manuels de Fochier, de Bonnaire, etc.). Ces excitations répétées amènent des contractions subintrantes qui aboutissent à la *contracture* vraie. Alors, tout essai immédiat d'extraction forcée devient périlleux, et il convient de laisser l'utérus se reposer au calme, le temps nécessaire, tel qu'un « noli me tangere », à moins qu'une indication particulièrement urgente ne commande la laparotomie.

Les *rétrécissements du bassin* (rachitisme, etc., tumeurs du pelvis, de l'utérus ou de ses annexes, encombrant plus ou moins la voie de dégagement), exaspèrent aussi les efforts d'expulsion, en commençant par élever le tonus. Hypertonie par obstacle, parfois corrélative à des déformations de la cavité utérine, à des déviations en totalité ou en partie, voilà autant de causes de difficulté pour la version podalique, même réduite, comme je l'entends, aux deux premiers temps des classiques.

L'*hydramnios* tient une place à part dans mon énumération, en ce que le liquide surabondant sollicite excessivement l'élasticité du sac musculaire où il est renfermé. De ce conflit résulte une hypertonie, particulière parce qu'elle tient à l'hypertension *intra-ovulaire*, avec mobilité — du moins relative — du fœtus, rappelant les premiers âges de la grossesse, où la masse du liquide est proportionnellement considérable, eu égard à celle de l'embryon. Survienne une indication de version podalique : en général, l'opération s'exécutera sans peine, — si l'on n'attend pas trop, — malgré l'hypertonie pariétale, qui, d'habitude, cède vite à l'ouverture des membranes.

Ceci me sert de transition pour aborder l'examen sommaire de certaines *hypotonies*, où la version est rendue difficile. Ici, il ne s'agit donc pas de rigidité puisque la paroi est plutôt flasque. Mais il y a un obstacle à l'entrée de la main dans l'utérus : c'est le placenta vicieusement inséré, notamment dans la variété dite totale ou centre pour centre. L'hypotonie s'explique d'ailleurs par l'hémorragie même ; le sang coulant au dehors, en quantité massive, dégonfle les vaisseaux, anémie les faisceaux musculaires et ramifications nerveuses. L'obstacle placentaire se lève en décollant *tous les cotylédons sans exception* : c'est la vieille méthode de Simpson qui prévaut, à mon avis, dans ces circonstances, pour pénétrer dans l'intérieur de l'œuf, plutôt que la perforation du disque placentaire.

Sans m'arrêter davantage sur les moyens hémostatiques requis par ces faits, où l'hypotonie passe au second plan, derrière l'urgence de la perte san-

guine, je résumerai seulement les ressources de notre arsenal thérapeutique concernant les hypertonies.

D'abord, éviter les causes de contracture (divulsion dilatatrice du col, usage intempestif des ocytociques, etc.). Connaître les causes d'hypertonie, et se rappeler qu'elle est fréquente, beaucoup plus que l'hypotonie.

Le mal étant fait, il faut savoir renoncer à la pratique d'une version trop dangereuse, et lui préférer telle autre intervention, césarienne par exemple, si l'enfant est vivant et capable de survivre, césarienne modernisée par les moyens actuels de conservation, en dépit de l'heure tardive, c'est-à-dire, de la durée déjà longue du travail.

Si, pourtant, la version par manœuvres internes est entreprise, ou si l'on se trouve surpris par une hypertonie insoupçonnée, l'accoucheur usera de toutes ses facultés de prudence, de modération et de lenteur dans l'exécution, surtout s'abstenant de secousses brusques, impatientes ou violentes. Sans oublier le repos accordé, quand c'est possible, à l'utérus hypertonique. Il trouvera des adjuvants dans la pharmacopée, l'ambre (succinate d'ammoniaque, sirop de Karabé), la belladone ou l'atropine en sulfate, isolées ou combinées avec l'opium, et surtout le chloroforme poussé aussi loin que possible.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin. — M. le Pr DELBET.

Papillomes de la région anale.

Cette malade entre à l'hôpital pour une tumeur volumineuse de la région anale. Elle s'en est aperçue parce qu'elle avait de la peine à aller à la selle, était très gênée pour s'asseoir et se tenir debout. D'autre part, elle n'est plus réglée depuis le mois de septembre : il s'agit d'une grossesse, et cette circonstance est particulièrement intéressante.

On constate une tumeur rosée, très irrégulière à sa surface, framboisée, présentant un suintement abondant. On arrive à dissocier cette masse en une série de petites franges simplement juxtaposées, et l'on voit sortir de ses plis profonds une sécrétion ayant franchement l'aspect purulent. La grande masse de la tumeur est orientée dans le sens antéro-postérieur, dans le sens du périnée, elle vient en avant jusqu'au niveau de la fourchette ; elle entoure l'anus qu'on ne voit pas, et pour chercher où est l'anus on ferait inutilement souffrir la malade, car ce genre de tumeur ne donne lieu à aucune difficulté de diagnostic. Elle est très douloureuse, il y a des phénomènes inflammatoires assez marqués. Une chose néanmoins dont il faut se rendre compte, ce sont les connexions de la tumeur avec la partie de la peau où elle prend naissance.

La tumeur est exubérante, la peau n'est pas atteinte dans toute l'étendue où elle paraît l'être, c'est-à-dire qu'entre la tumeur et la peau saine se creuse un sillon profond. Au point où s'insère la tumeur, il n'y a aucune induration. Cette absence de base indurée est un fait important.

Sur les parties latérales de l'anus, en dehors de la masse principale, on voit d'autres petites saillies qui commencent à se développer, on en voit sur la grande lèvre et jusqu'au niveau de la vulve.

Cette malade est enceinte. Elle est donc exposée à une infection grave au moment de son accouchement, si on ne triomphe pas de son affection périanale avant l'accouchement.

Le vagin ne présente rien d'anormal. Ces lésions, en effet, ne se propagent pas dans le vagin, mais elles s'accompagnent quelquefois de leucoplasie vaginale. C'est ce qu'on appelle vulgairement des crêtes de coq.

Au point de vue histologique, elles sont constituées par des végétations mésodermiques extrêmement vasculaires, sur lesquelles l'épithélium subit lui-même des modifications plus ou moins marquées, mais qui ne sont pas d'ordre néoplasique. C'est une lésion hyperplasique, de caractère bénin, qui rentre dans le groupe des papillomes. Il y a bien des relations entre la production des tumeurs épithéliales et la production des papillomes, mais, dans cette forme de papillome, on n'observe jamais de transformation maligne.

La majorité des auteurs n'hésite pas à penser que cette production papillomateuse est d'origine syphilitique. Elle ne l'est nullement. Cela ne veut pas dire que les malades n'ont jamais la syphilis, mais la lésion en elle-même n'est pas syphilitique, elle se produit chez des individus n'ayant aucune syphilis.

Elle est constituée par une réaction extrêmement banale, se produisant sous l'influence d'une irritation qui n'a rien de spécifique. On l'observe particulièrement chez les prostituées atteintes de blennorragie. Il y a une relation certaine entre la blennorragie, ou du moins entre les pertes d'origine blennorragique et les crêtes de coq, mais on n'est pas autorisé à les considérer comme spécifiquement blennorragiques, c'est-à-dire comme dues au gonocoque de NEISSER : c'est une lésion

irritative banale, qui n'a aucune espèce de spécificité. Les papillomes siègent particulièrement dans la région génitale, commençant au niveau de la vulve et se continuant à la région anale, suivant la même route que suivent les écoulements vulvo-vaginaux, le long du périnée. Chez l'homme, c'est surtout au gland qu'on les observe, particulièrement au niveau de la couronne du gland, où la lésion prend des proportions phénoménales, mais on observe aussi des papillomes dans d'autres régions du corps. Ce sont, par exemple, les papillomes cornés, qu'on appelle couramment des verrues ; on s'est aperçu depuis longtemps que ces productions sont dans une certaine mesure transmissibles, sinon contagieuses. On cite souvent le fait suivant.

Un individu, atteint de papillomes cornés, c'est-à-dire de verrues à la main, avait une ampoule au talon ; il la pansa de ses propres mains, et bientôt il vit une verrue se développer à ce niveau : c'est, en pareil cas, une véritable inoculation. On s'est demandé s'il y avait un agent spécifique. A l'heure actuelle, on ne reconnaît à ces petites lésions aucune spécificité, on admet que des agents irritants banaux quelconques peuvent les produire.

Il y a quelque chose de beaucoup plus intéressant, c'est l'influence du chimisme général sur la production des papillomes cornés, des verrues. Il suffit, pour les faire disparaître, d'administrer au malade de la magnésie vulgaire. Les moyens employés jusqu'ici, tels que les applications de teinture d'iode, l'ablation au bistouri, la cautérisation au thermo-cautère, ont un résultat nul, car après ces cautérisations il se reproduit d'autres verrues, tandis que l'administration de la magnésie ou du magnésium sous une forme quelconque est réellement efficace. Il est intéressant de voir qu'en modifiant légèrement la teneur de l'organisme en magnésium on exerce une telle action sur les cellules épithéliales.

Chez cette malade, on peut faire l'abrasion. Il n'est pas besoin de réséquer la peau, elle ne s'infiltre jamais dans la profondeur. Cette abrasion entraîne une hémorragie abondante. Il ne faut pas s'arrêter, tamponner, aller lentement, il faut aller le plus rapidement possible, jusqu'à la base, jusque sur le tissu sain : à ce moment, l'hémorragie s'arrête. Mais ce moyen n'est pas le traitement héroïque ; les papillomes récidivent. On commencera par administrer du magnésium qui agira peut-être comme il agit dans les verrues, puis on fera l'abrasion et peut-être la vaccination pour éviter la récidive.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les petites transfusions du sang dans le traitement des anémies.

Par Noël Fiessinger et Henri-René Olivier.

La transfusion, pratiquée en prenant la précaution d'établir à l'avance les compatibilités des sangs mis en présence, n'offre plus actuellement aucune contre-indication ; c'est une intervention bénigne que la méthode au citrate réduit à une simple injection intra-veineuse, à une intervention courante en pratique médicale.

Avantages des petites transfusions. — Avec les hémorragies, les anémies constituent la plus importante des indications de la transfusion ; mais, dans les deux cas, la marche à suivre n'est pas identique. Dans *l'hémorragie accidentelle* ou post-opératoire, l'organisme subit une perte immédiate et abondante qu'il ne peut récupérer suffisamment vite ; il faut lui fournir d'urgence la quantité maximum que peut lui céder un donneur, et pratiquer une grande transfusion, c'est-à-dire une transfusion dépassant 100 cc., en général s'élevant à 300 cc. ou 500 cc., quantité qu'on pourrait appeler « *omnibus* ». Il en est de même dans le « *shock* » dont la biologie est très voisine de celle de l'hémorragie ; et, à titre préventif, dans les jours qui précèdent les opérations graves et mutilantes, mettant à profit les propriétés antischocckantes et antihémorragiques de la transfusion.

Au contraire, dans les *anémies proprement dites*, ainsi que dans les *états hémorragipares*, il ne s'agit plus de remplacer une masse globulaire et plasmatique qui brusquement fait défaut, mais de lutter contre un processus durable, permanent, dont l'activité nocive s'étale dans le temps.

L'action du traitement doit obéir au même rythme : il faut avoir recours aux petites transfusions, s'armer de patience et injecter toutes les semaines 50 cc. de sang, moins même, mais pendant plusieurs mois s'il est nécessaire.

Les grandes transfusions n'ont ici aucun avantage ; au contraire, elles ne présentent que des inconvénients : l'importance et la difficulté de l'opération qui s'accroissent proportionnellement avec l'abondance de la transfusion ; et surtout la possibilité d'accidents graves. On sait, en effet, que chez un anémique accidentel, on peut par l'observance stricte de la *règle des groupes* se mettre à l'abri des phénomènes parfois mortels que l'on a observé au début de la pratique courante des transfusions. Il n'en est pas toujours de même

au cours des anémies graves médicales et plusieurs auteurs. Weissenbach, Benda et Clerc, ont signalé dans des articles récents, l'infidélité de la recherche de l'agglutination ou de l'hémolyse lorsque le récepteur est atteint d'une maladie du sang : anémie pernicieuse ou leucémie.

Mais, il est à remarquer que, dans toutes les observations, d'ailleurs rares, qui signalent l'apparition de complications immédiates et graves, celles-ci, nous semble-t-il, auraient pu être prévues et même évitées. En effet, l'évolution des phénomènes se fait en deux temps : un premier temps, immédiat, survient dès l'injection des 20 à 40 premiers centimètres cubes et se traduit par de véritables prodromes : douleurs lombaires ou abdominales violentes et brusques, oppression, pâleur, agitation. Si l'on achève l'injection, utilisant tout le sang du donneur, on voit apparaître des accidents graves : frissons, dyspnée intense, vomissements, accélération du pouls et parfois état syncopal, mort.

Si, on contraire, on suspend l'injection du sang étranger dès l'apparition des symptômes prémonitoires que nous venons d'indiquer, tout rentre dans l'ordre, et les malades accusent cette sensation de bien-être et d'euphorie qui est le premier résultat d'une transfusion favorable.

Les petites transfusions, du fait même de la faible quantité de sang mise en jeu, réalisent d'elles-mêmes la prévention des complications possibles d'une médication qui, pour être courante et pratique, ne doit comporter aucun danger.

Elles font appel d'ailleurs à des propriétés biologiques du sang en rapport avec le but que l'on se propose. Ce n'est plus l'anoxémie par déficit globulaire ni le déséquilibre vasculo-tensionnel de l'hémorragique qu'il s'agit de combattre, mais bien des troubles humoraux et glandulaires. Dans les anémies, outre l'action cytothérapique immédiate et certaine, qui relève l'organisme et aide au rétablissement des organes hémotopoiétiques, on espère une action plus directe sur ces organes, une véritable action opothérapique. Dans les états hémorragipares, c'est aux propriétés coagulantes du plasma que l'on fait appel, propriétés qu'il perd momentanément par l'adjonction du citrate de soude, mais qu'il recouvre dès son introduction dans un nouvel organisme.

Indications. — La méthode des petites transfusions répétées trouve dans les anémies des indications nombreuses mais variables et donne des résultats encourageants, mais qui demandent à être interprétés.

Dans les anémies symptomatiques, la transfusion ne peut agir qu'après suppression de la cause. Tout ce qu'on peut espérer, par exemple, dans les anémies pernicieuses du cancer ou de l'endocardite maligne à forme prolongée, c'est un relèvement passager de l'état général du malade et de sa résistance ; relèvement qu'il peut être utile d'obtenir, en vue d'un traitement ultérieur par les rayons X ou le radium, dans le cas d'un cancer relevant de cette thérapeutique, au premier chef, déglobulisante.

Les anémies par intoxication arsenicale ou benzolique cèdent, mais après un traitement prolongé et tenace.

Dans les leucémies, les transfusions ne jouent qu'un rôle accessoire, à côté des méthodes habituelles par les rayons X et le radium ; mais, elles constituent pour ces dernières un adjuvant remarquable, permettant à un organisme fatigué de faire les frais d'une thérapeutique active.

Dans les anémies type Biermer, si difficiles à classer que les meilleurs auteurs hésitent, sans le secours d'une longue évolution, à qualifier d'anémies pernicieuses ou graves, la transfusion est, avec les arsenicaux, la seule thérapeutique à envisager. Il faut y avoir recours ; mais on ne peut en prévoir l'influence heureuse ou nulle.

Dans les anémies par fragilité globulaire, l'organisme détruit les globules transfusés aussi bien que les siens propres et le bénéfice que le malade tire de chaque transfusion est de courte durée ; mais, en les répétant à intervalles rapprochés, on peut améliorer considérablement les chances de succès d'une splénectomie. C'est également dans ce sens que la transfusion trouve une indication importante dans les anémies splénomégaliques et dans les purpuras chroniques. Il en est de même de l'hémophilie, nous avons traité pendant plusieurs années un grand hémophile. Tous les dix ou quinze jours pendant plus de deux ans nous lui avons injecté 50 cc. du sang de sa mère et chaque fois sa coagulation était améliorée. A plusieurs reprises, dans des périodes hémorragiques graves, nous avons rétabli l'équilibre par des transfusions du même sang. Mais chaque fois l'amélioration obtenue n'était que passagère et le retard de coagulation ne tardait pas à reparaître. Dans les chloroses la transfusion trouve des succès faciles et, étant donné son innocuité, peut être utilisée de bonne heure et sans hésitation.

Mode opératoire. — Les *méthodes de transfusion* sont nombreuses, leurs indications sont discutables. Dans les anémies, nous avons toujours recours, à la Maison Municipale de Santé, aux injections de sang citraté, après vérification des groupes.

A. — Détermination des groupes sanguins. — La *détermination des groupes sanguins* du donneur et du receveur se fait par la méthode de Beth-Vincent. On se procure tout d'abord des sérums déjà étalonnés des groupes II et III. Sur deux lames on dépose à chaque extrémité une goutte de chacun de ces deux sérums ; puis, par piqûre du doigt on prélève sur chaque sujet une goutte de sang pour chacune des deux gouttes de sérum et on mélange intimement par de petits mouvements de balancement qu'on imprime aux lames.

Au bout de deux à trois minutes, l'agglutination se produit, si elle doit avoir lieu, se traduisant par l'apparition de petits grumeaux denses, épais, macroscopiques, formés par les globules rouges agglutinés.

Le groupe I est agglutiné par les sérums II et III.

Le groupe II est agglutiné par le sérum III.

Le groupe III est agglutiné par le sérum II.

Le groupe IV n'est agglutiné ni par II ni par III.

Le groupe IV est donneur universel, mais il ne peut recevoir que du groupe IV.

Le groupe I peut recevoir tous les sangs, mais il ne peut donner qu'aux sujets du même groupe.

Les groupes II et III sont, pour leur groupe respectif, à la fois donneur et receveur; ils peuvent, en outre, donner au groupe I et recevoir du groupe IV.

Le praticien peut se trouver dans des circonstances où la classification des groupes sanguins est impossible. On choisit un donneur sain dont on s'est assuré au préalable du Wassermann négatif. On recueille du donneur et du receveur du sang en tube stérile et du sang dans une solution citratée. Le premier permet d'avoir le lendemain du sérum, le second des globules rouges. On mélange le sérum du receveur avec les globules rouges du donneur et inversement. La transfusion peut être tentée si on n'observe ni agglutination ni hémolyse.

Si on est trop pressé, on peut tenter lentement sans étude préalable des tolérances une transfusion sanguine d'un consanguin par hérédité, le fils pour la mère, la mère pour la fille, par exemple, ou inversement.

B. — Technique. — Le sang du donneur est prélevé, comme une simple prise de sang, par ponction veineuse et reçu dans une capsule ou un verre stérile, dans lequel on a, au préalable, versé une ampoule de 5 cc. de citrate de soude à 10 %.

Un aide veille à ce que le sang tombe directement dans le récipient et non sur les bords, et, à l'aide d'un agitateur de verre stérile, mélange citrate et sang, sans hâte et sans violence.

Une fois le sang recueilli, citraté, sans se presser on procède à la réinjection. Celle-ci se fait comme une simple injection intra-veineuse ; le sang est aspiré dans une seringue ordinaire de 50 cc. si possible, rincée avec la solution de citrate de soude ; avec une aiguille à biseau court on ponctionne la veine du receveur, on retire le garrot et on pousse l'injection lentement en surveillant l'apparition possible des petits incidents précédemment décrits, prémonitoires d'accidents plus graves et qui commandent l'arrêt de l'injection.

On peut aussi aspirer le sang du donneur directement à la veine avec la seringue de 50 cc. contenant 5 cc. de la solution de citrate de soude, à la condition de laisser dans cette seringue une bulle d'air qui permet plus facilement le mélange du sang et du citrate de soude et la seringue une fois remplie sert directement à faire l'injection de sang. Après la transfusion le receveur doit être mis quelques heures au repos, on prendra sa température dans les heures qui suivront et les urines seront conservées pour la constatation possible d'une albuminurie ou d'une hémoglobinurie légère.

Les petites transfusions seront répétées à intervalles rapprochés. Quand on sait que le sang d'un donneur est facilement accepté, on peut lui recueillir régulièrement tous les huit jours 50 cc. de sang. Jamais il n'en résulte de symptômes d'anémie.

Nous avons ainsi pendant deux mois injecté régulièrement à un malade atteint d'anémie pernicieuse 50 cc. du sang de sa femme chaque semaine.

Dans les anémies médicales, nous préférons injecter 200 cc. de sang en quatre fois et en un mois, plutôt que d'injecter 200 cc. en une seule fois.

Certains médecins effrayés par la technique de l'injection intra-veineuse préfèrent injecter directement le sang citraté ou non par voie intra-musculaire. Cette méthode est loin de présenter les mêmes avantages que l'injection intra-veineuse. Pour être absorbé par voie musculaire le sang doit subir une transformation de protéolyse.

Il ne s'agit plus d'une transfusion, mais d'un acte thérapeutique d'un ordre tout différent. Dans certaines circonstances, cependant, c'est le seul possible. L'un de nous a eu à soigner une anémie grave de la ménopause chez une femme grasse dont les veines étaient inaccessibles, l'injection intramusculaire répétée du sang du mari fut la seule transfusion possible et permit d'ailleurs une amélioration certaine, mais il ne s'agissait que d'un pis-aller.

Il faut savoir utiliser les petites transfusions pour la pratique courante. Le praticien doit posséder une seringue de 50 cc. pour pouvoir les exécuter. La méthode simplifiée rend de précieux services et ne doit pas être le privilège ni des spécialistes, ni des cliniques de grandes villes.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La scrofule.

La scrofule existe et ne doit pas être supprimée. Dissociée entre la tuberculose, la syphilis et les pyodermites, elle n'en maintient pas moins son unité pathologique (MARFAN). Si toutes les lésions cutanéo-muqueuses qu'elle présente ne sont pas de nature tuberculeuse, ces lésions ne se voient néanmoins que chez les tuberculeux. Chez les enfants la scrofule coexiste souvent avec le rachitisme et l'hérédo-syphilis.

M. MARFAN (*Clin. Maladies de la première enfance*) conseille comme traitement :

Alimentation bien réglee, appropriée à l'âg ; à partir de 15 mois, viande crue pulpée (10 à 15 gr. par jour), vie au grand air, au bord de la mer. Héliothérapie.

Quand la peau est intacte, tous les deux ou trois jours bain salé (250 gr. pour une baignoire de jeune enfant), de dix minutes, à 36° suivi d'une friction sèche ou à l'alcool.

L'*huile de foie de morue*, les *préparations calciques* et *arsenicales* sont utiles : de six mois à un an, une cuillerée à café d'huile de foie de morue ; après un an, deux cuillerées à café. *Eau de Bourboule* : un verre à madère aux repas à un enfant de un an.

Triodure d'arsenic	0 gr. 05
Eau distillée	5 gr.

Une goutte (1/2 milligr.) par six mois d'âge.
(NOBÉCOURT.)

Les lésions de la peau qui ressemblent à l'ecthyma ou l'impétigo seront détergées une fois par jour avec de l'*eau oxygénée*, puis après dessiccation, lavées avec de l'*eau iodée* à 1 pour 1.000. Elles seront recouvertes d'un pansement occlusif : sur le cuir chevelu, vaseline stérilisée, gaze et ouate. Sur le visage ou le corps, *emplâtre adhésif à l'oxyde de zinc* ou *emplâtre rouge de Vidal*.

Contre la kératite phlycténulaire, lavages au *cyanure de mercure* à 1 pour 10.000, pratiqués trois fois par jour ; border le soir les paupières avec un peu de pommade au *précipité jaune* 1 p. 200.

La rhinite vestibulaire rhino-croûteuse réclame des détersions à l'*eau oxygénée* diluée à moitié. Les croûtes tombées, tous les deux jours, sur la surface ulcérée, toucher avec une solution de *nitrate d'argent* à 1 p. 50.

S'abstenir dans le traitement des gommes sous-cutanées des adénites tuberculeuses du cou, tant qu'elles ne sont ni suppurées, ni trop volumineuses. Les rayons solaires, les rayons ultra-violets, selon M. MARFAN, n'ont pas encore fait leurs preuves. Il faudra ponctionner quand la glande sera en voie de suppuration. L'extirpation des ganglions est une pratique souvent dangereuse. Elle est souvent suivie d'une déchéance de l'état général qui favorise les progrès de la tuberculose.

***

L'eczéma chez les rénaux.

Chez les vieux rénaux hypertendus, des plaques d'eczéma apparaissent qui ne s'étaient pas montrées auparavant. Il s'agit souvent d'eczémas secs accompagnés de prurit. Les moyens ordinaires d'en venir à bout ne doivent être employés qu'avec une extrême circonspection. Inutile d'amener, par la rétrocession brusque de l'éruption cutanée, des congestions rénales qui peuvent être graves. Les rénaux eczémateux et qui ne l'étaient pas auparavant ont en général des azotémies légères (de 0 gr. 50 à 0 gr. 80). Ils suivent un régime strict et ce ne sont pas des écarts alimentaires qui leur valent le prurit dont ils se plaignent. La nutrition est touchée et les reins éliminent mal.

En pareil cas, le *régime hydrique* : deux jours de suite et ensuite une fois par semaine (1 litre d'eau dans les 24 heures) rend de grands services. Régime lacto-végétarien hypochloruré les autres jours.

A jeun, tous les matins : une cuillerée à café de la poudre dans un verre d'eau :

Sel de Seignette	50 grammes
Citrate de soude	

Continuer deux mois, et ensuite un mois sur deux.

Au coucher, une cuillerée à soupe du sirop, dans une tasse de tisane de *pensées sauvages* :

Sirop de gentiane	
— de saponaire	âà 100 grammes
— de fumeterre	
Bicarbonate de soude	10 —

Avant les repas de midi et du soir : un cachet : dix jours. Suspendre dix jours. Reprendre dix jours.

Théobromine	0 gr. 50
Poudre glande thyroïde	0 gr. 02 1/2

Pour un cachet n° 40.

En cas de galop cardiaque, *digitaline* : V gouttes de la solution à 1/1000, cinq à six jours de suite. Suspendre trois jours. Reprendre six jours. Ainsi de suite. La digitaline sera prise à 10 heures du matin ou 4 heures de l'après-midi, les cachets de théobromine étant prescrits avant les repas.

Localement se contenter de lotions d'eau de guimauve ou de tilleul et de poudrages avec des poudres inertes. En cas de prurit, une cuillerée à café de *coaltar* par verre d'eau de guimauve pour lotions. S. R.

PRATIQUE OTOLOGIQUE

Le traitement des furoncles du conduit auditif par la vaccinothérapie locale.

Par M. le Dr E. Feldstein,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

« Que le furoncle soit isolé ou multiple, qu'il siège aux membres, sur le tronc, dans le conduit auditif ou à la face, la pratique de ces dernières années a montré qu'aux pansements humides, aux emplâtres, aux badigeonnages, à la teinture d'iode, on peut substituer avantageusement, dit Besredka, les pansements spécifiques au filtrat antistaphylococcique. »

Pour notre part, nous employons contre la furonculose du conduit auditif cette vaccinothérapie locale, à l'exclusion de toute autre méthode, depuis près d'un an ; nous avons ainsi traité 24 malades ; dans un seul cas, où les furoncles, négligés, avaient déterminé un abcès par décollement entre le conduit auditif membraneux et le conduit auditif osseux, nous avons dû recourir au bistouri ; dans tous les autres, la seule vaccinothérapie locale nous a donné des résultats rapides et brillants, auxquels ne nous avaient pas habitué les méthodes classiques (1).

Principes de la méthode.

Besredka considère que chaque microbe possède « une affinité particulière pour un tissu ou un organe, que l'on dit réceptif » ; le staphylocoque a une prédilection pour la peau. En traitant la peau par un vaccin spécial on peut obtenir des effets préventifs ou curatifs. Ce vaccin spécial, appelé bouillon-vaccin ou filtrat antistaphylococcique est un bouillon de culture de staphylocoque, stérilisé puis libéré de ses corps microbiens par filtration ; il agit par l'intermédiaire d'un principe, dénommé par Besredka *antivirus*, principe atoxique et spécifique qui est contenu à l'intérieur des microbes et qui peut être isolé et obtenu à l'état dissous dans les cultures en milieux liquides.

Le filtrat antistaphylococcique a seulement une action locale, qui nécessite d'ailleurs des « portes d'entrée » ; celles-ci sont constituées dans la furonculose du conduit par les excoriations de grattage, provoquées par le prurigo simple ou les lésions d'eczéma du conduit auditif dont sont atteints les malades.

Technique.

Le filtrat antistaphylococcique peut être préparé spécialement par un laboratoire ; mais on en trouve actuellement dans le commerce qui donne toutes satisfactions.

On l'emploie en bains d'oreille. Deux ou trois fois par jour, on remplit le conduit auditif avec le bouillon-vaccin et on place ensuite une boulette de coton serré à l'entrée du conduit auditif, jusqu'au bain suivant. La même ampoule peut servir aux deux ou trois bains quotidiens, à la condition de la fermer hermétiquement et de la conserver au frais.

Résultats.

Voici ce que nous avons constaté :

1° Quand les furoncles sont au début, avant la période d'acumination, il suffit de deux ou trois bains pour les faire avorter ;

2° Quand les furoncles sont plus âgés, le filtrat antistaphylococcique ne les empêche pas d'aboutir, mais il semble favoriser l'élimination du bourbillon et du pus et raccourcit nettement l'évolution ; en deux à trois jours, les furoncles se flétrissent, le gonflement et la rougeur disparaissent, la cicatrisation est rapide.

3° Dans tous les cas, on note une sédation de la douleur dès le premier bain puis au deuxième ou troisième, une disparition des phénomènes douloureux qui permettent au malade de s'alimenter (la mastication est en effet très pénible chez les sujets atteints de furoncles du conduit !) et également de dormir.

4° Le *bain vaccinal* s'oppose aux récidives

(1) Nous avons également utilisé avec succès la vaccinothérapie locale (au moyen d'un bouillon-vaccin polyvalent) dans le traitement de certaines sinusites maxillaires d'origine dentaire : le filtrat était injecté dans le sinus après ponction et lavage à l'eau stérilisée. En revanche nous n'avons eu que des insuccès dans le traitement, par vaccinothérapie locale polyvalente, des otites moyennes suppurées, simples ou compliquées. Nous nous proposons de revenir prochainement sur ces questions.

immédiates et l'on n'assiste pas, après son emploi, aux poussées furonculeuses successives qui sont la règle habituellement. La peau du conduit semble bien vaccinée, mais la méthode est encore trop jeune pour qu'on puisse dire si cette vaccination est durable et empêche les récidives tardives.

En résumé, la vaccinothérapie locale est actuellement, sans conteste, le traitement de choix de la furonculose du conduit auditif ; ses effets sont rapides et constants : l'on peut abandonner sans regret et sans hésitation le furonculotome, le galvanocautère et les innombrables drogues qu'on employait jusqu'ici sans grand succès, « intus et extra ».

PRATIQUE MÉDICALE

Les fausses urémies.

Il y a trois ans, nous avions consacré une étude aux *Faux Rénaux* (*J. des Pratic.*, 22 sept. 1923). Les *fausses urémies* ne se rencontrent pas seulement chez les faux rénaux ; l'erreur de la maladie chez ceux-là se double de l'erreur de la complication. Il n'y a ni maladie du rein, ni insuffisance rénale. Quelques signes passagers : traces d'albumine, azotémie légère, crises hypertensives avaient aiguillé sur la fausse voie. Des causes digestives, une congestion rénale transitoire, une excitation nerveuse, responsables de la direction fâcheuse, s'étaient dissipées presque aussitôt. D'abord attribuables à un mauvais fonctionnement rénal, tout de suite les troubles avaient pris fin ou mêlés à d'autres accidents, étaient rattachés à leur origine réelle, le rein n'y jouant qu'un rôle secondaire et bien effacé.

Dans les fausses urémies, le rein semble réellement touché. L'albumine persiste, l'hypertension artérielle est durable, l'azotémie demeure légèrement surélevée, parfois même il existe du galop cardiaque. Comment ne pas attribuer les complications survenues à l'insuffisance rénale elle-même ? Et pourtant il n'en est rien. Le rein est hors de cause. Son absence de culpabilité se découvre à l'évolution morbide.

On sait que les complications urémiques se traduisent par de l'anurie, des accidents cérébraux, gastro-intestinaux, respiratoires, fébriles. Aucune de ces manifestations qui ne puisse être simulée par des symptômes ressortissant à des maladies d'un autre ordre. Le sujet est un rénal. Il se déguise en urémique, mais le costume lui sied mal. Le déguisement urémique est une erreur de diagnostic,

I. *Anurie.* — Un rénal qui n'urine pas semble menacé à bref délai et le verdict ne manque pas de vraisemblance. Toutefois il n'en est rien. Nous avons été mandés deux fois auprès de malades, cardio-rénaux avérés. Leur médecin était inquiet. L'émission d'urine n'atteignait qu'une quantité de 300 à 400 grammes. Une crise d'urémie n'allait-elle pas éclater ? Quand le cœur n'est pas dilaté, que l'azotémie est faible, il ne faut pas se hâter de voir en noir. Un des malades auquel nous faisons allusion transpirait énormément ; il suffit de moins le couvrir pour faire céder ses sueurs. Et les urines revinrent tout de suite. Un autre ne buvait pas plus de 7 à 800 grammes de liquide par jour. Comment pouvait-il uriner plus de 4 à 600 grammes dès qu'il n'était pas enflé ? Sur 100 grammes que nous buvons, nous en urinons en moyenne 70 grammes. Parce qu'on est rénal, on ne saurait s'insurger contre la vérité de ces chiffres. Donnons plus à boire et notre pseudo-urémique ira tout de suite bien.

Cette cause d'erreur est fort importante. Elle soumet en effet les malades aux rigueurs d'une diététique dont ils n'ont que faire. Ils supporteront fort bien un régime lacto-végétarien au lieu du régime hydro-lacté que commandait la crainte de l'insuffisance rénale.

II. *Accidents cérébraux.* — Sur l'heure et s'il s'agit de *coma*, de *convulsions*, de *paralysies*, le praticien a droit à l'hésitation. Même quand la *céphalée* seule est en jeu, il convient de ne pas s'engager à l'aventure.

Un cardio-rénal peut être *diabétique*. Aurait-il du *coma diabétique* ? Et s'il était atteint préalablement de crises d'épilepsie ? Sur l'heure, il peut y avoir doute. En cas de coma diabétique, les injections d'insuline (10 à 20 unités physiologiques toutes les 3 heures) font merveille. Pour l'épilepsie, il n'y a qu'à attendre. Si la balance penchait en faveur de l'urémie, une émission sanguine serait pratiquée tout de suite et ne ferait pas tort à l'épilepsie. De même, s'il s'agissait d'une *hémorragie cérébrale* ou d'un *état méningé*. Rien à redouter d'une soustraction sanguine qui fera du bien à la lésion cérébrale et à l'urémie, si cette dernière est réellement soupçonnée.

Les *convulsions* généralisées ou *localisées* appartiennent également aux deux cas (lésions cérébrales ou méningées et urémie). Les *hémiplégies transitoires*, l'*aphasie transitoire* sont des accidents aussi bien lésionnels qu'urémiques. Et vraiment

il ne suffit pas de l'existence de douleurs articulaires préalables pour faire croire à cette forme articulaire de l'urémie, jadis décrite par JACCOUD. Les douleurs articulaires sont bien fréquentes chez les rénaux ; ils les présentent souvent pendant de longs mois sans être exposés de ce fait, au moindre trouble de leur fonctionnement rénal.

Le *mal de tête*, si fréquent soit-il dans la petite urémie, est dû souvent à une autre cause. Un malade âgé de 65 ans, était traité pour de la céphalée urémique depuis deux ans. Il avait une hypertension au-dessus de 22 mx et des traces d'albumine. En fait son mal de tête était d'origine visuelle. Un oculiste auquel nous l'adressâmes lui fournit des verres appropriés et la céphalée disparut.

Les *accidents délirants* dans l'urémie sont de diverse sorte : agitation, incohérence, mélancolie, délire de persécution. Mais si un cardio-rénal avait présenté de ces accidents auparavant et qu'il fût un récidiviste mental, rien ne servirait de lui pratiquer une émission sanguine. Les reins filtrent bien sur l'heure. C'est dire combien l'interrogatoire portant sur les antécédents est susceptible d'apporter la lumière.

III. *Accidents gastro-intestinaux.* — L'inappétence, les nausées et les vomissements sont des symptômes urémiques. Chez un homme âgé, ils appartiennent également au *cancer de l'estomac*. Si le malade a en plus un peu d'albumine, une légère hypertension artérielle et de l'azotémie passagère, comment ne pas croire à l'urémie ? La faute, nous l'avons commise et d'autres avec nous. La *diarrhée* urémique s'accompagne d'ordinaire d'une azotémie considérable. Si l'azotémie est peu marquée, il pourra s'agir d'une entérite banale. Quant à la *stomatite* et au *ptyalisme*, il faudra également y regarder de près. La stomatite urémique présente souvent les caractères de la stomatite ulcéreuse ; une légère irritation buccale peut tenir à une toxi-infection d'un autre ordre. Si le malade syphilitique a reçu des injections mercurielles, le traitement et non l'urémie sera cause de la complication buccale. En ce qui est du *ptyalisme*, des troubles dyspeptiques vulgaires (hypersthénie gastrique) le provoquent aisément.

IV. *Accidents respiratoires.* — Des cardio-rénaux présentent des *bronchites*, voire des *broncho-pneumonies*. Il y a de l'oppression comme dans les bronchites albuminuriques de LASÈGUE ou dans le pseudo-asthme brightique. Mais le sujet en plus a de la fièvre, il est tombé malade du jour au lendemain, son azotémie et son albumine n'ayant pas augmenté, aucun œdème des téguments n'étant perceptible. Il est vrai qu'une bronchite albumineuse à l'origine peut s'infecter par la suite. L'évolution du mal aura dès lors éclairé le praticien.

La *respiration de Cheyne-Stokes*, si elle est un signe d'urémie, s'observe encore dans d'autres conditions. Les *maladies infectieuses* (grippe, pneumonie, fièvre typhoïde, etc., offrent parfois ce rythme respiratoire. Le sujet est-il âgé ? A-t-il un peu d'hypertension ? On pourrait croire à de l'urémie. D'autre part, les *intoxications médicamenteuses* (morphine, bromure), se traduisent également par la respiration de Cheyne-Stokes. Il n'y a qu'à supprimer le remède pour voir le malade guérir tout de suite.

V. *Accidents fébriles.* — Ne croyons pas à l'urémie fébrile. S'il y a de l'élévation thermique, celle-ci a fait suite à des crises éclamptiques antérieures ou bien elle dépend d'une infection d'un autre ordre. A un certain âge, les voies urinaires et les voies respiratoires sont facilement touchées. Il faut un examen soigneux du poumon et des urines. Le traitement sera dirigé contre l'élément infectieux qui crée le degré thermique.

Dans la pratique courante, le terme d'urémie peut donc être appliqué à faux, comporter certains inconvénients. Pour le malade d'abord qui n'est pas traité pour l'affection dont il se plaint et pour le médecin ensuite qui dans certains cas, comme l'anurie liée à la transpiration ou à la céphalée d'origine visuelle, se voit acculé à un pronostic trop noir. Les signes légers d'une affection cardio-rénale ne suffisent pas à justifier le diagnostic d'urémie quand une complication vient assombrir le tableau morbide. La recherche d'une forte azotémie (au-dessus de 1 gr.), l'évolution morbide, l'auscultation attentive du cœur, permettront une orientation dans la direction juste.

CH. FIESSINGER.

CLINIQUE MÉDICALE

Les conditions d'apparition du bruit de galop.

Que l'hypertension artérielle existe en dehors de toute néphrite concomitante, HUCHARD avait jadis insisté sur cette notion fondamentale. A

partir d'un certain âge surtout, la chose est fréquente. Les sujets sont hypertendus avec un rein parfaitement sain. Ils durent de longues années sans le moindre accident. Il leur suffit d'une alimentation sobre et d'une vie bien réglée pour ne courir aucun risque.

En second lieu, quand une néphrite est superposée, le bruit de galop se montre en dehors de tout autre signe d'insuffisance cardiaque. Dans les *néphrites aiguës*, le galop est transitoire parfois, exceptionnel pour l'ordinaire. M. Laubry avoue ne pas l'avoir rencontré (*Les rythmes de galop*, G. Doin, édit.) sur de jeunes soldats qu'il soignait pendant la guerre et atteints de néphrites aiguës. Nous avouons n'avoir pas été plus heureux. Le bruit de galop, dans la néphrite aiguë, nous n'y avons jamais consenti que sur la foi des auteurs qui déclaraient l'avoir perçu. D'autre part, que de *néphrites azotémiques* évoluent sans hypertension ni galop! Ce dernier est un accompagnateur tout à fait irrégulier.

Dans les *aortites*, le galop se rencontre quand le ventricule gauche est touché. Sinon le galop demeure absent.

Dans les lésions valvulaires du cœur gauche, le galop fait défaut fréquemment. Il apparaît surtout dans les *lésions aortiques*. Nous avons vu d'après M. Laubry, que le roulement de Flint qu'on pourrait attribuer à un rétrécissement mitral n'est qu'un galop plus ou moins déformé par les souffles qui s'y surajoutent. Dans le *rétrécissement aortique* également, le galop peut exister et même dans les *lésions mitrales*, bien que la constatation soit plus rare.

Les *maladies infectieuses* présentent du galop dans des circonstances diverses : quand le myocarde est touché et quand il ne l'est pas. Souvent des altérations cadavériques ont fait croire à des lésions qui n'existaient pas (Noël Fiessinger). D'autre part la simple hypotonicité vasculaire peut faire naître un galop (Dumas). M. Laubry a donné le nom de myocardie à ces états cardiaques où la gravité des troubles fonctionnels jure avec le peu d'intensité des lésions anatomiques. Tout ce que l'on peut dire, c'est que le galop dans les maladies infectieuses offre en général une signification moins grave que celle qu'il réclame en dehors de toute atteinte fébrile. La fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu présentent des galops qui ne laissent aucuns troubles après eux. Néanmoins, le myocarde peut fléchir par la suite. Il y a près de vingt ans, nous avons insisté sur les myocardites atténuées et curables qui suivent le développement des maladies infectieuses. Le cœur est arythmique, dilaté. On croit à un pronostic grave. Le malade se remet pour de longues années et son cœur semble définitivement guéri.

Les affections aiguës ou chroniques du *péricarde*, la *symphyse tuberculeuse*, les *myocardites chroniques* s'accompagnent également de galop.

En parlant de galop, nous n'avons envisagé que le bruit de galop gauche. Mais le bruit de galop droit semble exister réellement.

MM. Ch. Laubry et C. Pezzi lui ont consacré des pages inspirées d'un sévère esprit critique (*Les rythmes de galop*, 1926). Les affections pulmonaires entraînent rarement la dilatation des cavités droites et le galop droit. Pour que ces troubles se produisent, il faut le concours d'autres facteurs, soit la sclérose de l'artère pulmonaire, soit une médiastinite compressive, soit une pleuro-péricardite adhésive qui bride le ventricule et fixe le poumon.

Dans les affections congénitales du cœur droit, anévrismes artério-veineux, le galop droit est perçu également. Quant au galop droit dans les affections douloureuses de l'abdomen, il doit être tenu pour excessivement rare. Dans la lithiase biliaire, comme nous l'avons dit, c'est le cœur gauche qui défaille aisément. Et la tachycardie, les crises angineuses, voire l'œdème aigu du poumon s'inscrivent comme des complications qui n'offrent aucun caractère d'exception.

C. F.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les épanchements contro-latéraux au cours du pneumothorax artificiel.

Le pneumothorax est aujourd'hui un mode de traitement entré dans la pratique courante, et l'entretien en paraît, *à priori*, d'une simplicité et d'une uniformité extrêmes.

En fait, cette simplicité et cette uniformité sont loin d'exister toujours, et de multiples incidents peuvent survenir qui vont modifier la marche du pneumothorax et obliger le médecin à plier sa conduite aux événements.

Marcelle Huguet (*Thèse* Paris 1926) s'attache d'après les documents de Dumarest, d'Hauteville et du Pr Bezancon, à l'étude des épanchements pleuraux du côté opposé. Ils sont exceptionnels au cours du pneumothorax et après la thoracoplastie.

En règle générale il s'agit d'une nouvelle localisation de l'infection tuberculeuse ; on peut se demander toutefois si elle n'est pas dans certains

cas facilitée par le voisinage anatomique des deux plèvres et la propagation de l'une à l'autre du processus inflammatoire, et peut-être même par certaines influences traumatiques.

Contrastant avec des signes fonctionnels souvent très intenses, dyspnée, cyanose, point de côté, les signes physiques doivent être recherchés soigneusement, surtout à l'aide de la radioscopie.

L'évolution en est le plus souvent bénigne et ne compromet pas l'avenir du malade. Cependant, exceptionnellement, on peut voir une pleurésie exsudative développée rapidement entraîner un état asphyxique grave et qui peut devenir mortel.

La pleurésie contro-latérale étant considérée comme une pleurésie tuberculeuse doit être traitée comme telle, et par conséquent il convient de le laisser évoluer sans la ponctionner toutes les fois que cela est possible.

Au début, le malade étant mis au repos complet, on lutte contre le point de côté en faisant un peu de révulsion : cataplasmes sinapisés, quelques ventouses. En même temps, on soutient l'état général et le cœur par des injections d'huile camphrée et, si besoin est, on administrera de la digitale à petites doses, le malade est pendant ce temps, alimenté légèrement. S'il survient de la dyspnée on peut employer des inhalations d'oxygène.

A la période d'état, le traitement aura pour but d'éviter au malade la dyspnée et le surmenage cardiaque.

Dans tous les cas c'est surtout le pneumothorax qui doit faire l'objet de la surveillance et le traitement veillera à l'entretenir, mais à l'entretenir à pression basse pour éviter les accidents résultant de la gêne, de la respiration et du surmenage du cœur.

On amènera la pression à — 6 ou — 8, pour cela il suffira d'extraire du gaz en quantité suffisante ou simplement d'espacer les insufflations ou même de les supprimer pendant un certain temps. On tâchera néanmoins de maintenir une poche, si minime soit-elle, pour éviter la symphyse, et l'on surveillera aux rayons X la réexpansion pulmonaire.

Si cette diminution de pression ne suffit pas à améliorer les signes fonctionnels et s'il existe un hydropneumothorax assez abondant il sera indiqué de le ponctionner, le cœur pouvant être gêné, non seulement par la pression, mais la masse liquidienne.

Ce n'est que si ces moyens ne donnent pas l'amélioration désirable, ou s'ils ne sont pas applicables, comme dans les cas de thoracoplastie, qu'il faut songer à ponctionner la pleurésie contro-latérale.

Pour éviter un retour des incidents de compression et pour n'être pas dans la nécessité de répéter l'opération, on s'efforcera d'assécher la plèvre par une ponction suffisante.

Mais bien souvent, on n'aura pas à intervenir. Le malade mis au lit, ayant pris un peu d'aspirine, verra sa dyspnée décroître progressivement, et la pleurésie fera son évolution normalement.

UROLOGIE PRATIQUE

Tuberculose rénale et grossesse.

Il n'est pas possible de dire avec quelle fréquence les tuberculeuses rénales deviennent enceintes. Caraven et Dubois (1) pensent que la tuberculose rénale n'est pas une cause sérieuse de stérilité, mais que nombre de reins tuberculeux demeurent latents pendant la grossesse et ne se révèlent que plus ou moins longtemps après l'accouchement ; on ne songe même plus, alors, à étudier l'influence réciproque de la néphropathie et d'une grossesse antérieure.

Il est infiniment probable que la tuberculose rénale préexiste toujours ; toutefois, au point de vue clinique, il existe deux catégories de faits :

— Dans la première, les malades qui deviennent enceintes avaient déjà des troubles urinaires caractéristiques, anciens ou récents ;

— Dans la deuxième, c'est la grossesse qui révèle un rein tuberculeux latent, tantôt dès les premières semaines ou les premiers mois, moins souvent au milieu de la gestation. Les deux derniers mois donnent un coup de fouet manifeste ; enfin, on est frappé du nombre de tuberculoses rénales qui débutent immédiatement ou peu après l'accouchement. Un simple avortement peut jouer le même rôle, à quelque époque de la grossesse qu'il survienne.

Par quel mécanisme la grossesse, l'accouchement ou la fausse-couche jouent-ils ce rôle révélateur ? En principe, on peut accuser des *facteurs mécaniques*, et il est vraisemblable qu'ils interviennent pour une part (tiraillements de l'accouchement au niveau de la vessie malade ; congestion pelvienne du début ; plus tard, compression urétrale).

Mais *c'est surtout l'infection secondaire qui paraît être le facteur aggravant.* Dans la tuberculose rénale ordinaire, les urines sont aseptiques;

(1) *La Picardie Médicale.* Juin 1926.

ici, elles sont fréquemment infectées par le colibacille ou par d'autres microbes. Cette infection hématogène se surajoute à la tuberculose rénale et la réchauffe, d'où états fébriles, augmentation de volume du rein et rétentions plus fréquentes qu'en dehors de la grossesse.

Comment faire le diagnostic ? La perception au fond du vagin d'un uretère induré et augmenté de volume constitue un signe de présomption capital. En pratique, gros uretère induré égale tuberculose rénale : lorsqu'une femme enceinte urine du pus, souffre de la vessie, et présente un gros uretère, elle a un rein tuberculeux. La preuve absolue sera, comme toujours, fournie par la présence du bacille de Koch.

La détermination du côté est parfois difficile, sauf au début de la grossesse. Dès qu'à la diminution de la capacité vésicale vient s'ajouter la gêne de la présentation, le cathétérisme cystoscopique peut devenir impossible, et la conduite à tenir est vraiment délicate s'il n'existe pas de signes cliniques nets de localisation (gros rein, gros uretère, points douloureux urétro-rénaux).

Généralement, malgré l'altération profonde de la santé, les tuberculeuses rénales enceintes vont jusqu'au terme et accouchent d'un enfant vivant ; il est assez rare qu'elles avortent ou qu'elles accouchent prématurément. L'enfant né à terme est ordinairement d'apparence saine ; toutefois, une malade de Stevens, qui avait refusé l'opération au cinquième mois, accoucha d'un enfant porteur d'une adénite bacillaire suppurée, lequel succomba à huit mois avec des signes méningés.

L'idéal thérapeutique, c'est la néphrectomie d'emblée, comme en dehors de la grossesse ; elle est possible lorsque le diagnostic est bien établi le côté connu, le rein opposé et l'état général suffisants. Elle peut être faite à toute époque de la grossesse ; cependant, à mesure qu'on se rapproche du terme, elle est moins indiquée qu'au début ou au milieu. Dans les deux derniers mois, si l'état général est suffisant et les douleurs vésicales pas trop accentuées, il est indiqué de laisser la grossesse arriver à terme ; l'évacuation de l'utérus facilite l'exploration urologique, et la néphrectomie est faite deux ou trois semaines après.

La fièvre élevée, un gros rein en rétention, un état général mauvais, l'insuffisance d'examen, commandent la néphrostomie, qui peut être suivie de néphrectomie secondaire.

L'indication de l'avortement provoqué est tout à fait exceptionnelle chez la tuberculeuse rénale enceinte ; il ne s'agit pas d'avortement thérapeutique destiné à avoir une action quelconque sur la néphropathie, mais d'un expédient destiné à permettre l'examen urologique chez des malades inexplorables sans cela. Jamais d'avortement, voilà la formule ; mais en pratique, dans des cas d'espèce bien définis, dans un but d'exploration précise des reins, à moins de six mois et demi et en désespoir de cause, la formule, selon l'expression de Caraven, « a droit à l'entorse ». J. L.

BIBLIOGRAPHIE

Les paranoïaques, par Genil Perrin, *Médecin chef des Asiles de la Seine*. Norbert Maloine, édit., 1 vol., 482 p.

Ce livre sur les *paranoïaques*, par M. Genil Perrin, est le premier d'une nouvelle collection médicale. Publiée par M. Norbert Maloine, sous la direction de M. le Pr Claude et M. Levy-Valensi, celle-ci s'occupera à la fois des problèmes de Neurologie et de Psychiatrie. Déjà a paru dans la collection le volume de M. Levy-Valensi, sur les vertiges dont nous parlerons plus tard. Sont annoncées les *psychoses syphilitiques*, par le Pr Claude, la *compression de la moelle*, par le Pr Sicard, la *sémiologie des réflexes*, par le Pr Roger (de Marseille), les *psychoses thyroïdiennes*, par M. Laignel-Lavastine, etc. etc. La publication s'annonce riche et bien fournie.

Le travail de M. Genil Perrin sur les paranoïaques, est composé avec soin, illustré par l'histoire de malades typiques, semé, tels ses aperçus sur le bovarysme, de mille notations ingénieuses et fines. Le lecteur y puisera une documentation complète et de nombreuses sources de réflexion jailliront pour lui à l'examen des pages. La réunion de quatre éléments cardinaux, nous dit l'auteur, compose l'unité psychologique du groupe : 1° la surestimation du moi ; 2° une méfiance hostile à l'ambiance ; 3° la fausseté du jugement ; 4° l'inadaptabilité sociale. L'absence de l'une ou l'autre de ces constatations, suffit à anéantir l'existence du syndrome. Le paranoïaque se dérobe et c'est un individu sain qui prend sa place. C'est dire combien cette entité mentale dans ses formes atténuées, hésite à pénétrer dans le domaine pathologique ; le sujet est normal souvent, un peu bizarre, trop exalté sur son mérite, trop ombrageux, trop enfoncé dans ses revendications, trop inattentif aux enseignements du réel, trop porté aux déductions logiques, trop hostile à l'adaptation indispensable. Il pèche par excès dans ses manifestations affectives et intellectuelles. Or, cet excès appartient à tous les esprits de haute marque. Alors où commence la différence, entre l'homme raisonnable et le fou ?

Une constatation curieuse est la place à peu près nulle que les aliénistes réservent aux turbulences de l'amour-propre. Cet amour-propre que nous avons dénommé l'expression mentale de la vie organique, règne aussi

bien à la racine de la psychologie normale que pathologique. L'amour-propre est avant tout un excitateur. Cet excitateur mène à un néant de production chez le paranoïaque ; mais tout en n'aboutissant à aucun travail qui mérite considération, il éteint du même coup, chez son porteur, toutes les lumières du contrôle intel lectuel. De là cette impossibilité à voir clair et à discerner ses limites, à dresser ses jugements sur le plan de la raison.

Que maintenant la surestimation du moi ait provoqué l'éclosion d'une grande œuvre, solide, puissante, élevée, dominant avec netteté la brume des lointains, son auteur échappe à la signification pathologique qui s'attache à la valeur des autres éléments morbides. Il a droit d'être méfiant, parce que l'originalité de son talent a déchaîné contre sa personne une meute d'envies enragées ; il ne pense pas faussement, mais il pense autrement, et pour celui qui se permet cette audace de penser par soi, bien des épreuves l'atteignent et il est accusé de penser faux. Enfin, comment consentirait-il à l'adaptation dans un milieu hostile et qui ne le comprend pas ? L'orgueil du grand homme se refuse à la banalité des compromis et il vit seul, non parce qu'il est fou, mais parce que véritablement l'humanité ne lui dit rien qui vaille.

Cette tendance que montrent maintes fois les aliénistes à attribuer à l'irritation d'une épine morbide les hautes manifestations de l'esprit, M. Genil Perrin s'en défend assurément. Il nous semble qu'il eût même élargi les lignes de séparation, s'il avait fait intervenir l'amour-propre dans cette surestimation du moi. Cette hypertrophie qui atteint le contentement de sa personne, est évidente dans ses prétentions gratuites. Elle appartient au paranoïaque. Elle se justifie dans l'accomplissement d'une tâche supérieurement remplie et où la méconnaissance du réel n'est pas délibérément sacrifiée, comme dans les éloquentes élucubrations de Jean-Jacques. Du coup la situation change. Ce n'est plus un paranoïaque. C'est un homme de génie que vous avez devant vous.

Résultats immédiats et éloignés des Interventions sur les Voies biliaires, d'après 484 observations personnelles du Pr Villard, par M. E. Villard, *Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon* et M. Duclos, *Ex-interne des Hôpitaux de Lyon*.

Ouvrage considérable et original. La mortalité opératoire est assez forte. La cholécystectomie entraîne 15 % de décès, la cholédocotomie 36 %. Les résultats éloignés sont fort satisfaisants ; les récidives exceptionnelles. La mortalité élevée tient le plus souvent non à l'opération, mais à l'affection causale (cancer) que l'opération a été incapable d'enrayer. Cette monographie fait honneur à la chirurgie lyonnaise.

Les délires. Conférences de clinique psychiatrique élémentaire, Par le Dr Lévy Valensi.

Ces conférences résument parfaitement tout ce qu'un praticien doit savoir des délires. L'exposé en est concis, libéré de toute surcharge. La lecture est facile et les schémas se gravent dans la mémoire. Lévy Valensi a le grand mérite d'avoir éclairé ce sujet si confus des délires.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La catalyse.

Un corps catalyseur est un corps qui favorise une réaction dans un sens déterminé sans se trouver mélangé à la combinaison.

L'anhydride sulfureux en présence du platine donne naissance à l'anhydride sulfurique sans pour cela que le catalyseur platine en soit aucunement modifié.

Le manganèse est le plus utilisé des corps catalyseurs en thérapeutique humaine et le peroxyde de manganèse, c'est-à dire le plus oxygéné des composés manganeux, est actuellement le catalyseur le plus parfait — à la portée de tous les cliniciens. En effet :

Il n'est pas toxique. Un enfant gourmand absorberait, sans danger, toute une boîte de tablettes de mangaïne, composées de peroxyde de manganèse colloïdal très pur.

Il est l'eupeptique par excellence.

Le manganèse était déjà utilisé avec tant de bonheur dans les dyspepsies par le Pr Potain que ses élèves le qualifiaient déjà irrévérencieusement « le dada du père Potain ».

S'il fallait d'autre part affirmer la valeur au point de vue gastro-intestinal de la mangaïne on trouverait des preuves nombreuses dans les centaines de lettres des cliniciens affirmant qu'ils ont été convaincus par leurs malades et aussi par eux-mêmes, si la mangaïne a eu le bonheur de leur parvenir un jour de crise de dyspepsie ou d'hyperchlorhydrie.

Il est aussi le tonique de choix.

Les travaux de Bard et de ses élèves ont démontré qu'une conséquence logique et fréquente des affections de l'estomac, est l'anémie et l'asthénie.

Or le Pr Achalme, dénommant le manganèse : « un convoyeur de l'oxygène », explique que les particules infinitésimales de manganèse colloïdal contenues dans les Tablettes de Mangaïne agissent non seulement en pansant la muqueuse gastrique, mais aussi en transportant l'oxygène de l'atmosphère dans le globule rouge, transformant ainsi l'hémoglobine en oxyhémoglobine. Il renouvelle ce rôle indéfiniment puisque le propre du catalyseur est de déterminer cette oxygénation sans s'épuiser jamais.

L'anémie par troubles digestifs, les asthénies se trouvent donc favorablement modifiées, tout comme les troubles digestifs qui les ont engendrées, par l'absorption de 2 à 6 tablettes sucées lentement suivant l'ordonnance médicale.

Cette euphorie, cette revigorisation qui a placé si haut le maganèse dans l'esprit du clinicien est surtout obtenue — grâce à l'absorption perlinguale — par la Mangaïne à base de peroxyde de manganèse colloïdal diastasé.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon. — M. le Pr Achard.

Empyèmes pneumococciques de la grande cavité pleurale.

Vous avez vu au cours de l'hiver dernier plusieurs cas de suppurations pleurales. Elles ont été cette année particulièrement fréquentes. Souvent, d'ailleurs, on a remarqué qu'on les voit surtout à l'occasion de certaines épidémies de grippe, maladie dont les complications sont produites, pour une part importante, par le pneumocoque.

Cette fréquence saisonnière de certaines maladies, de certaines complications de maladies, a depuis longtemps frappé les médecins, et le Père de la médecine ne l'ignorait point. Nos aïeux, sans l'expliquer, avaient créé pour l'exprimer le terme constitution médicale. Aujourd'hui nous n'en connaissons pas encore bien la raison, mais nous pouvons néanmoins en entrevoir une interprétation. Pour les complications de la grippe, en particulier, nous savons que beaucoup de lésions produites par le pneumocoque se développent à la faveur de cette grippe, parfois légère et méconnue. Nous savons aussi que la virulence du pneumocoque est variable ; il se peut qu'elle s'exalte à de certains moments. Il se peut aussi que les associations microbiennes jouent un rôle et que la flore bactérienne de nos muqueuses se modifie quelque peu suivant le temps et les saisons.

Toujours est-il que Thue, dressant la statistique des cas de pleurésies purulentes qu'il avait observés de janvier 1890 à mars 1894, en notait 14, et que 10 de ces cas étaient survenus en 1890, alors qu'il n'en avait vu aucun en 1891.

Je ne parle, bien entendu, que des pleurésies purulentes aiguës et je laisse complètement de côté les pleurésies purulentes de la tuberculose, qui ont une évolution chronique et des caractères anatomo-cliniques tout à fait distincts.

Les *pleurésies purulentes aiguës*, surtout celles qui surviennent à l'occasion de la grippe, sont en majeure partie des pleurésies *pneumococciques*. Peut-être peuvent-elles se développer sans qu'il y ait préalablement de lésion pulmonaire. Mais ce n'est probablement là, dans bien des cas, qu'une apparence, parce qu'une petite lésion pulmonaire, congestive ou pneumonique, peut à son début passer inaperçue et rapidement être masquée par les symptômes de la pleurésie. Aussi la pleurésie purulente aiguë est-elle considérée comme rarement primitive : le plus souvent elle est secondaire, c'est-à-dire se forme à la suite d'une atteinte plus ou moins sérieuse du parenchyme pulmonaire.

Ne croyez pas toutefois que la pleurésie purulente pneumococcique soit une complication fréquente de la pneumonie : Hale White, sur un relevé de 800 pneumonies, n'a noté que 26 fois cette complication, soit dans 3 % des cas. Dans bien des cas, si la pleurésie n'est pas primitive, elle complique seulement une petite lésion du parenchyme pulmonaire et non une pneumonie véritable.

Dans la pneumonie, la pleurésie purulente peut survenir au cours de la lésion pulmonaire : c'est la pleurésie *para-pneumonique*, ou seulement après la pneumonie qu'elle suit de très près : c'est la pleurésie *métapneumonique*.

Dans le premier cas, on voit apparaître chez un pneumonique des signes physiques pleuraux qui défigurent ceux de la lésion pulmonaire: la matité devient plus franche, les vibrations thoraciques s'affaiblissent et disparaissent, le souffle tubaire prend un timbre plus aigre. En outre, la dyspnée redouble ou persiste, la défervescence de la fièvre ne se produit pas et la température prend une forme oscillante, le malade éprouve des frissons suivis de sueurs ; il reste déprimé, fatigué.

Dans le second cas, la pneumonie parvient à sa défervescence ; mais la température ne descend pas au-dessous de 37°,5 elle remonte ensuite peu à peu, par oscillations. Le malade n'éprouve pas le bien être qui accompagne ordinairement une défervescence franche. Puis apparaissent des signes d'épanchement pleural.

Ceux-ci, à vrai dire, sont surtout manifestes quand il s'agit d'un épanchement de la grande cavité : ce sont les signes classiques d'une pleurésie de la base. Mais c'est le propre des pleurésies purulentes à pneumocoque d'être très souvent partielles et enkystées. Le pneumocoque, en effet, provoque la formation d'exsudats très riches en fibrine, dans le parenchyme pulmonaire comme dans les séreuses. Il en résulte des fausses membranes qui cloisonnent la plèvre, et l'épanchement purulent peut ainsi dans bien des cas se limiter à une partie de la cavité pleurale, à un diverticule de la séreuse, à la plèvre diaphragmatique, à la plèvre médiastine, à la plèvre interlobaire. Je vous entretiendrai dans une autre leçon de la pleurésie interlobaire qui est de beaucoup la plus fréquente de ces pleurésies partielles. Les pleurésies diverticulaires, diaphragmatiques, médiastines sont plus rares et leur diagnostic serait souvent malaisé sans le secours de la radioscopie. Quant aux pleurésies purulentes de la grande cavité, dont j'ai à vous parler aujourd'hui, ce sont les plus faciles à reconnaître.

Vous en avez eu deux exemples récents.

I. — La jeune chiffonnière de 20 ans, qui est entrée salle Debove nº 11, le 19 février, avait été prise brusquement, cinq jours auparavant, tandis qu'elle « chiffonnait », d'un violent point de côté, près du mamelon droit. La douleur était si vive que la malade avait dû s'aliter. Elle avait eu le premier jour quelques frissons et des vomissements, et depuis elle toussait, ce qui provoquait des douleurs, mais elle ne crachait pas.

Voilà un début qui peut faire ranger ce cas dans la catégorie des pleurésies primitives avec les réserves que je vous ai précédemment indiquées au sujet de la possibilité d'une atteinte légère du parenchyme pulmonaire.

Quand cette femme est entrée à la clinique, le point de côté s'était atténué, mais la respiration était accélérée, à 21 par minute, sans cyanose ni battements des ailes du nez. La toux était fréquente, provoquée surtout par les changements d'attitude, mais superficielle et sèche : ce sont là les caractères de la toux pleurétique. Il n'y avait dans le crachoir qu'une expectoration insignifiante et muqueuse. La langue était légèrement saburrale. Les urines n'étaient pas albumineuses. Le pouls battait à 120. La température, à 37°,5 au moment de l'entrée, s'élevait le lendemain à 39°,3.

Les signes physiques consistaient en une légère dilatation de l'hémithorax droit avec diminution de l'amplitude respiratoire, en une matité franche dans les deux tiers inférieurs de ce côté en arrière, ne remontant pas tout à fait à l'épine de l'omoplate. En avant, la matité remontait jusqu'au mamelon, mais le foie ne paraissait pas abaissé. On notait du skodisme sous-claviculaire. Les vibrations thoraciques n'étaient guère perceptibles ni d'un côté ni de l'autre, ce qui n'est pas rare chez la femme quand elle respire mal. Le murmure vésiculaire était très affaibli dans toute la zone de matité, reparaissant dans la fosse sus-épineuse en arrière et sous la clavicule en avant. On n'entendait pas de souffle, ni de bruit surajouté, ni de retentissement de la toux et de la voix ; mais la pectoriloquie aphone subsistait dans la région du hile. A gauche le poumon paraissait normal.

Les autres appareils ne présentaient pas de troubles. On notait seulement que la malade était enceinte de 4 mois.

La netteté parfaite des signes physiques ne laissait aucun doute sur l'existence d'une pleurésie. Une ponction exploratrice fut faite le jour même de l'entrée : elle donna un pus jaune, bien lié, sans odeur, qui, examiné sur lame, montra des pneumocoques. Une quantité de 20 cc. de ce pus fut retirée et un peu d'air fut injecté dans la plèvre. De plus on injecta sous la peau 90 grammes de sérum antipneumococcique.

Le lendemain, 20 février, on fit un examen radioscopique. L'hémithorax droit apparaissait presque entièrement opaque, sauf le sommet qui restait clair. En haut de la zone sombre se voyait une ligne du niveau horizontale, mobile suivant les changements d'attitude, en raison de la présence de l'air injecté la veille. La coupole diaphragmatique restait complètement invisible. L'hémithorax gauche était tout à fait normal.

Les jours suivants, une amélioration se dessinait. Le point de côté avait disparu, la toux avait diminué ; la température était descendue à 38°, puis, le 24 février à 37°, n'oscillant plus qu'entre 36°,8 et 37°,4, c'est-à-dire devenant normale. Néanmoins les signes d'épanchement persistaient tels quels et l'on ne pouvait se fier à l'amélioration de l'état général et des troubles fonctionnels pour croire à la guérison prochaine.

Une série de ponctions fut faite, par M. J. Mouzon, suivies d'injections d'huile goménolée, traitement qui a été préconisé depuis quelque temps et dont je vous parlerai tout à l'heure. Du 23 février au 9 mars, en deux semaines, 6 ponctions évacuèrent 1.760 cc. de pus, et 210 cc. d'huile goménolée à 5 % furent injectées dans la plèvre.

Malgré l'euphorie de la malade, le pus se reproduisait rapidement et la température s'élevait par oscillations atteignant 38° le 11 mars, 38°,5 le 12 et 39° le 13.

Une ponction faite le 13 évacuait à grand peine 150 cc. de pus ; de l'air fut insufflé et l'examen radioscopique montra le même aspect que la première fois. Il était manifeste que la plèvre se cloisonnait, mais que la pleurésie ne guérissait pas.

De nouveau, à partir du 15, le côté droit devenait un peu douloureux et la respiration était un peu pénible.

Nous décidâmes de confier la malade au chirurgien pour une pleurotomie. L'opération fut faite par M. R. Monod, au niveau de la 9e côte, au-dessous de la pointe de l'omoplate. Un flot de pus très abondant s'écoula, mêlé de goménol. La cavité fut drainée et lavée. La fièvre tomba et la malade se trouva soulagée.

Comme on essaya d'enlever le drain le 7 avril, la température remonta le lendemain à 40°, oscillant ensuite entre 37° et 40° avec frissons et sueurs. Un débridement de la plaie, fait le 19 avril, permit d'évacuer une petite poche purulente séparée du trajet fistuleux et dès lors la température revint à la normale.

En somme, il s'agit dans cette observation d'une pleurésie purulente à pneumocoque, qui paraît primitive et qui survient brusquement avec des signes très manifestes. Une accalmie se produit dans les troubles généraux et fonctionnels ; on essaye pendant ce temps les évacuations répétées et l'injection locale de goménol. Mais l'épanchement se reproduit sans cesse, l'état général se prend de nouveau et l'on est conduit à la pleurotomie.

II. — L'autre cas est celui d'un homme de 27 ans entré salle Barth n° 23, le 9 mars. Depuis quelques mois sa santé avait laissé à désirer. En novembre il avait eu un ictère catarrhal dont il avait bien guéri. Mais en décembre, il avait toussé et avait été atteint d'une affection thorcique mal précisée. Quelques jours avant d'entrer à la clinique, il avait ressenti une lourdeur vague dans le côté gauche ; puis brusquement, le 1er mars, il avait été pris d'un violent point de côté, à gauche, d'une dyspnée intense et de fièvre, et il avait dû prendre le lit. Un médecin appelé avait diagnostiqué une pleurésie. La température restait en plateau entre 39° et 40°, des sueurs se produisaient. Une ponction avait évacué environ 1 litre 1/2 deli quide citrin.

A son entrée, cet homme avait de la dyspnée qui s'accroissait surtout à l'occasion des mouvements. A la base gauche, on constatait une matité franche avec abolition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, ainsi qu'un très léger souffle à caractères pleurétiques et de l'égophonie. Ces symptômes ne se percevaient que dans le tiers inférieur de l'hémithorax et l'espace de Traube avait une sonorité normale, de sorte que l'épanchement semblait peu abondant.

La température était un peu au-dessus de 39°, le pouls à 108, la tension à 12-8 à l'oscillomètre de Pachon. Les urines, abondantes, à 2 litres par jour, ne renfermaient ni albumine ni sucre.

Il était remarquable que le malade ne toussait pas et ne crachait pas.

Une ponction exploratrice, faite par M. Bariéty, révéla la présence d'un liquide louche, qui, après centrifugation abandonna un culot purulent avec des polynucléaires altérés et des pneumocoques.

A l'écran, la base gauche était opaque et, à la partie supérieure de l'ombre, une ligne de niveau horizontale, mobile dans les déplacements du malade, et due à l'introduction d'un peu d'air pendant la ponction, indiquait que l'épanchement ne remontait pas très haut.

Une série de ponctions évacuatrices fut faite, suivies d'injections d'huile goménolée à 5 %. En trois semaines, du 11 au 31 mars, en cinq fois, 1.700 cc. de pus furent évacués et 500 cc. d'huile goménolée furent introduits. Pendant ce temps la température était descendue passagèrement à 37°6 le 12, puis entre 37° et 38° du 15 au 18 et de nouveau du 1er au 5 avril. Ensuite, la température oscilla entre 37° et 40°, malgré un état général d'apparence assez bonne et des urines abondantes entre 2 et 3 litres par jour. Une dernière évacuation de 100 cc. de pus, suivie de l'injection de 100 cc. d'huile goménolée, fut faite le 13 avril. Les pneumocoques étaient moins nombreux dans le pus, mais persistaient et la température ne s'abaissait qu'entre 37°7 et 39°2. Aussi décida-t-on d'adresser le malade au chirurgien.

Le Dr Michon réséqua la 9e côte et ouvrit une poche qui occupait la moitié inférieure de la cavité pleurale et remontait dans la région axillaire. Les parois de cette poche étaient couvertes de grumeaux blanchâtres, adhérents à la plèvre et de fausses membranes en voie d'organisation. Néanmoins, la coupole diaphragmatique était libre d'adhérences et le cul-de-sac n'était pas comblé.

A la suite de l'opération, la fièvre était tombée, l'état général s'est amélioré. Puis, quand on tenta d'enlever le drain, une rétention de pus se produisit avec élévation de la température à 40°. Le drain fut replacé, les lavages furent repris et la fièvre tomba de nouveau. Actuellement, six semaines après l'opération, l'état général est très bon et la guérison se poursuit régulièrement.

Dans ces deux cas, le diagnostic ne présentait nulle difficulté en ce qui concernait l'existence d'un épanchement de la grande cavité pleurale, car les signes physiques étaient des plus nets. Il n'en est pas toujours ainsi et les auteurs classiques insistent sur la netteté souvent moindre de ces signes que dans les pleurésies séro-fibrineuses. Ils donnent aussi certains caractères cliniques propres à distinguer les épanchements purulents. La voussure thoracique est, dit-on, moins marquée, plus localisée ; la matité a une limite supérieure moins tranchée ; l'égophonie et le souffle peuvent faire défaut ; on constate l'absence de la pectoriloquie aphone, et des signes pseudo-cavitaires peuvent se faire entendre au voisinage du hile. De plus, les symptômes pleurétiques sont parfois effacés par la prédominance de signes pulmonaires.

En réalité l'examen clinique donne le plus souvent sinon la certitude, du moins la forte présomption d'un épanchement pleurétique. Quant à la nature purulente du liquide, c'est à la ponction exploratrice qu'il faut demander d'en faire la preuve. On peut la soupçonner quand on constate ces caractères anormaux de l'exploration physique.

On peut aussi la considérer comme très probable si la température reste élevée avec de grandes oscillations, si le malade a le teint terreux ou plombé, un état ataxo-adynamique, des sueurs abondantes, des vomissements et de la diarrhée, de l'albuminurie, de l'hypotension, bref des signes d'infection générale ; ou encore s'il y a des indices d'une inflammation qui gagne la paroi thoracique : œdème, dilatation des veines, adénite axillaire, et lorsque, du côté gauche, on note les pulsations isochrones aux battements cardiaques qui constituent l'empyème pulsatile.

Mais ce sont là des signes relativement tardifs et il est bon de ne pas les attendre pour être fixé sur l'existence du pus.

L'examen radioscopique sous ce rapport ne donne guère de renseignement. Il est surtout utile pour reconnaître l'existence de l'épanchement et préciser son siège et son étendue.

C'est donc la *ponction exploratrice* qu'il faut faire sans trop attendre. Elle indiquera si l'épanchement est purulent d'emblée, comme dans notre premier cas, ou s'il n'est que secondairement purulent comme dans le deuxième. C'est elle aussi qui permet de suivre l'évolution du processus inflammatoire, de reconnaître les petits épanchements puriformes et les épanchements puriformes dits aseptiques, spontanément curables.

M. Widal a décrit, en effet, sous ce nom d'épanchements puriformes aseptiques, des exsudats pleuraux contenant des polynucléaires inaltérés sans microbes visibles. Il s'agirait d'une sorte de fluxion diapidétique, au voisinage, sans doute, d'une lésion du parenchyme pulmonaire. Peut-être n'est-il pas très sûr que ces exsudats soient absolument amicrobiens ; ce qui est certain, c'est que, s'ils sont produits par des microbes, ce sont des exsudats fort peu septiques et qui guérissent tout seuls et rapidement.

On peut, d'ailleurs, mais dans des cas qui paraissent peu fréquents, voir de petits épanchements pleurétiques, contenant des polynucléaires altérés et même des pneumocoques, guérir néanmoins spontanément. Je puis vous citer à ce sujet mon propre cas. Pendant la guerre, au printemps de 1916, je fus pris d'une grippe avec fièvre que je négligeai, ayant, en outre de mes services hospitaliers, des occupations en rapport avec la défense nationale et notamment des travaux de laboratoire qui concernaient l'étude des gaz de combat. Je dus même, pour répéter des expériences sur l'intoxication par le chlore devant des médecins et pharmaciens de l'armée, absorber un jour, par suite d'un accident de laboratoire, une certaine quantité de ce gaz. Toujours est-il qu'après avoir ainsi traîné une grippe pendant une quinzaine de jours, ma température était redevenue normale et je me croyais guéri, lorsque, le lendemain soir, je fus pris d'un grand frisson avec une température de 39°,8 et d'un violent point de côté à droite qui m'obligea à garder toute la nuit la position assise. Le lendemain le Dr Flandin, qui voulut bien m'examiner, reconnut à la base droite quelques râles crépitants et les signes d'un petit épanchement.

Le surlendemain ces signes persistaient quoique la dyspnée fût moindre ainsi que la fièvre et une ponction exploratrice ramena un liquide louche qui contenait des polynucléaires altérés et des pneumocoques peu nombreux. Or, j'en fus quitte pour la peur d'être immobilisé par une pleurésie purulente et une opération qui était alors la seule thérapeutique appliquée. Très vite, en effet, les signes de ce petit épanchement disparurent et je repris toutes mes occupations, ne conservant de cet incident morbide qu'une douleur à la base de l'hémithorax droit, à l'occasion des mouvements et des efforts, pendant quelques mois.

Vous avez pu récemment observer un cas du même genre chez un homme de 55 ans, au n° 26 de la salle Barth. Pris brusquement d'un violent point de côté à gauche et de dyspnée, il est entré six jours après, le 17 avril, avec de la submatité à la base gauche, un affaiblissement des vibrations, quelques râles sous-crépitants sans souffle et une température de 40°. La ponction exploratrice a ramené aussi un liquide louche contenant des polynucléaires altérés et quelques pneumocoques. Néanmoins le neuvième jour survint une défervescence très franche, la température tomba de 40° à 36°,8 et le malade se rétablit promptement.

Quant l'épanchement est vraiment purulent, les choses ne se passent pas aussi simplement. La pleurésie purulente comme je vous l'ai dit, peut avoir un début très franc, ou bien débuter insidieusement. Le pus est ordinairement verdâtre et crémeux, visqueux. On y trouve des débris de fausses membranes. L'examen microscopique montre une très grande quantité de cellules qui sont des polynucléaires altérés, et des microbes ordinairement nombreux.

Abandonnée à elle-même, la pleurésie purulente de la grande cavité provoque, d'une part, des troubles d'infection générale qui peuvent entraîner la mort, et notamment du collapsus cardiaque ; d'autre part, des complications locales à la façon d'un abcès qui tend à se faire jour au dehors. Ainsi le pus se fraye une issue soit dans les bronches en s'évacuant par vomique, ce qui est aussi rare pour les épanchements de la grande cavité

que fréquent pour ceux de la plèvre interlobaire, soit à la paroi thoracique en donnant lieu à ce qu'on appelle l'empyème de nécessité.

Ces terminaisons de la pleurésie purulente ne se voient plus guère aujourd'hui parce que celle-ci est reconnue et traitée avant qu'elles ne se produisent.

Le *traitement* des pleurésies purulentes aiguës, il y a une dizaine d'années, était simple : c'était la pleurotomie précoce. A la vérité on avait vu, dans certains cas de pleurésie purulente à pneumocoque et surtout chez l'enfant, la guérison survenir après de simples thoracentèses. Mais ces cas étaient tenus pour exceptionnels et l'accord était à peu près unanime entre médecins pour ne pas s'attarder à faire des ponctions et pour traiter les malades, dès que le pus était constaté, par la pleurotomie.

La thoracentèse, d'ailleurs, dans les pleurésies purulentes aiguës, n'est pas toujours très facile ni très efficace, quant à l'évacuation du liquide, parce que ce liquide est épais, qu'il coule mal, que ses grumeaux pseudo-membraneux obstruent souvent le trocart.

C'est pendant la guerre, notamment au moment de la grave épidémie de grippe qui sévit à la fin de la guerre en 1918, qu'une réaction se produisit contre la formule qui prescrivait, dans les pleurésies purulentes aiguës, la pleurotomie aussi précoce que possible. On vit alors, en effet, de mauvais résultats, chez les soldats gravement infectés, qu'on opérait ainsi de la complication pleurale. On conseilla donc de ne plus opérer en pleine infection, de se borner à un traitement médical, de se contenter d'évacuations fréquentes par ponction et d'attendre pour ouvrir l'abcès pleural que l'infection générale eût cessé.

Cette réaction paraît avoir été, comme c'est souvent le cas, un peu excessive. Elle a montré, toutefois, qu'il n'y a pas toujours avantage à trop se presser et qu'on peut, au moins dans certains cas, temporiser avant d'ouvrir la plèvre.

Les moyens médicaux qu'on peut employer dans les pleurésies purulentes aiguës consistent d'abord dans les remèdes spécifiques contre l'infection pyogène. Peu efficace contre le streptocoque, la sérothérapie paraît l'être davantage contre le pneumocoque. Ses résultats ne me semblent pas constants ni même très probants. J'ai publié (1) le cas d'un malade qui, au cours de la sérothérapie antipneumococcique employée contre la grippe, a fait une pleurésie purulente à pneumocoque. Il est vrai que, depuis 1918, la préparation du sérum antipneumococcique s'est probablement perfectionnée, mais je ne crois pas qu'on puisse actuellement beaucoup espérer de son emploi contre la pleurésie purulente. Les vaccins qu'on utilise aujourd'hui, avec plus de confiance semble-t-il que de succès, contre toutes sortes d'infections, n'ont pas non plus fait leurs preuves décisives contre cette affection.

L'évacuation du pus par ponction a souvent pour effet de soulager le malade, ce qui est déjà quelque chose, et de diminuer la température. Il y a intérêt à la faire aussi copieuse que possible pour n'avoir pas à y recourir trop souvent, ce qui est facile quand on prend la précaution d'insuffler de l'air à la place du liquide retiré.

Je vous ai dit que souvent le pus s'évacue mal : aussi a-t-on pratiqué par le trocart de ponction des lavages avec divers liquides, afin d'entraîner plus facilement les grumeaux et débris de fausses membranes.

On a fait aussi, à la suite des évacuations, des injections de liquides modificateurs et principalement de liquides antiseptiques. On a notamment eu recours à l'argent colloïdal, au bleu de méthylène. On a introduit aussi du sérum spécifique, espérant que son action locale pourrait s'exercer sur l'agent pyogène.

Dans ces derniers temps, on a préconisé le goménol, sous la forme d'huile goménolée. M. Bernou (de Châteaubriand) (1) a conseillé de faire ce qu'il appelle l'oléothorax, c'est-à-dire d'injecter dans la plèvre, à dose massive, de 100 cc et plus, de l'huile goménolée ou non qui agit comme un liquide indifférent, un peu à la manière des gaz insufflés.

L'huile seule empêcherait les adhérences pleurales et exercerait sur le poumon une contre-pression plus durable que les gaz insufflés qui se résorbent plus vite. Aussi est-ce surtout dans les pleurésies simples ou purulentes consécutives au pneumothorax artificiel que ce moyen a été recommandé.

Additionnée de goménol, l'huile acquiert des propriétés antiseptiques. Elle a paru efficace dans quelques cas de pleurésies séro-fibrineuses de nature tuberculeuse, d'après Thin et Pissavy. Dans les pleurésies purulentes chroniques, de nature également tuberculeuse, l'huile goménolée exerce une action analogue à celle des substances

(1) Ch. Achard Grippe compliquée de pleurésie purulente à pneumocoques au cours du traitement par la sérothérapie antipneumococcique. *Journal des Praticiens*, 29 *mars* 1919, *p.* 199.

(1) A. Bernou. L'oléothorax thérapeutique. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 25 avril 1922. — Résultats éloignés d'un cas de blocage huileux de la plèvre. *Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôpit. de Paris*, 15 juin 1923, p. 944.

modificatrices injectées dans les abcès froids.

Dans les pleurésies purulentes aiguës, l'oléothorax, sans dangers, a peut-être quelque avantage en diminuant la pullulation du pneumocoque. Cependant, il ne semble pas qu'il suffise à la guérison. Dans nos deux cas, vous avez vu qu'on a dû ensuite recourir à la pleurotomie. Mais, dans la période de temporisation, en attendant le moment favorable à l'intervention chirurgicale, c'est une pratique dont il semble très légitime de faire usage.

On a recommandé de se servir d'huile végétale et de la laver pour la priver des débris organiques. M. Bernou, après avoir employé l'huile végétale, lui préfère l'huile minérale de pétrole ou de paraffine parce que sa résorption est plus lente. Mais j'avoue que j'emploie plus volontiers l'huile végétale, précisément parce qu'elle se résorbe, tandis que les huiles minérales risquent de provoquer dans les tissus des réactions irritatives qu'on a trop souvent constatées à l'occasion d'injections sous-cutanées.

Enfin, la pleurotomie reste le moyen le plus général et le plus efficace pour guérir les pleurésies purulentes aiguës. Seulement il convient pour la pratiquer d'attendre que les lésions du poumon aient disparu et que l'état général soit devenu bon. L'abcès pleural doit alors être ouvert comme un abcès circonscrit.

S'il y a des lésions pulmonaires, on s'efforcera d'abord de les guérir en pratiquant la révulsion par des ventouses et des sinapismes, en soutenant le cœur par les toni-cardiaques, l'huile camphrée, l'adrénaline, en soulageant la dyspnée par les injections sous-cutanées et les inhalations d'oxygène, en combattant l'infection générale par la sérothérapie, en évacuant le pus par la thoracentèse aidée de l'insufflation gazeuse.

S'il n'y a pas de lésions pulmonaires en cas de pyothorax à pneumocoque, la période de temporisation peut être assez prolongée. On peut alors faire des ponctions plus ou moins répétées, avec injections de sérum antipneumococcique, ou de goménol, de métaux colloïdaux, de bleu de méthylène. Mais ces moyens restent ordinairement insuffisants, même chez l'enfant, et il faut faire appel au chirurgien.

Si le pyothorax est à streptocoque, l'évolution est généralement plus rapide et le pronostic plus sérieux. Aussi la temporisation est-elle moins légitime et convient-il de l'abréger.

Il en est à peu près de même en cas de pyothorax à staphylocoque, assez rare d'ailleurs.

Enfin, dans les pleurésies putrides, on doit employer les sérums antigangréneux, mais en même temps il faut faire la pleurotomie précoce.

Vous avez vu, au n° 24 de la salle Barth, un employé de chemin de fer de 53 ans, qui avait été hospitalisé en chirurgie pour une contusion thoracique : il avait eu le côté droit serré entre deux wagons le 4 février, et portait sur tout l'hémithorax une large ecchymose. Le 24 février, trois semaines après, il avait été pris de frissons et sa température était montée à 40°,2. Passé alors dans notre service, on lui trouvait de la matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, avec abolition des vibrations, souffle aux deux temps, égophonie et pectoriloquie aphone. La ponction exploratrice donna issue à un liquide purulent, verdâtre, horriblement fétide, contenant des streptocoques et de nombreux microbes. Néanmoins l'état général n'était pas mauvais; la température oscillait autour de 39° ; les urines atteignaient 1 litre 1/2 et n'étaient pas albumineuses. Il y avait seulement de l'agitation nocturne imputable à l'alcoolisme, dont le malade avait les stigmates évidents.

Nous lui fîmes des injections de sérums antigangréneux et antistreptococcique et nous l'adressâmes à M. Michon qui pratique la thoracotomie le 4 mars et le malade se rétablit.

C'est là un exemple curieux de pleurésie purulente consécutive à un traumatisme thoracique sans plaie extérieure. On voit de même quelquefois se produire dans des conditions analogues des gangrènes pulmonaires. L'intervention, comme vous le voyez, a été très efficace. L'association du streptocoque aux anaérobies de la gangrène pouvait être considérée comme grave.

Il y a pourtant des suppurations fétides de la plèvre qui n'ont pas toujours une marche très redoutable. Bien avant que l'on connût les sérums antigangréneux, dont l'efficacité ne me paraît pas douteuse, j'avais vu guérir admirablement après la thoracotomie un jeune médecin atteint de pleurésie putride avec phlegmon sous-cutané. Depuis trente ans, notre confrère exerce dans un quartier populeux et jouit d'une bonne santé générale (1).

Néanmoins l'avenir des pleurétiques opérés n'est pas toujours aussi favorable. La sclérose du poumon et la dilatation des bronches peut être la conséquence de la lésion pleurale. Nous en avons eu un exemple précoce chez un jeune homme de 18 ans, entré salle Barth n° 28 *bis* le 28 février 1925. Il avait été opéré de pleurotomie le 17 octobre 1924 pour une pleurésie purulente de la base droite. Sa plaie avait bien guéri, mais il avait une expectoration abondante, surtout le matin, et formée de

(1) Ch. Achard. Pleurésie putride sans gangrène, guérie par la pleurotomie. *Bull. et Mém. de la Soc. médic. des hôpit. de Paris*, 10 déc. 1897, p. 1417.

crachats purulents, avec les trois couches classiques de la bronchectasie. Au thorax, on constatait de la rétraction du côté droit, une diminution de l'amplitude respiratoire et des vibrations de ce côté, avec submatité. L'auscultation faisait entendre du souffle aux deux temps et du gargouillement après la toux. Malgré ces signes cavitaires, l'état général était très bon, les crachats ne contenaient pas de bacille de Koch. L'examen radioscopique montrait une obscurité de la base droite, comblant le sinus costo-diaphragmatique. Une injection trachéale de lipiodol permit de reconnaître des dilatations ampullaires des petites bronches se rendant à la base droite. Ainsi, déjà cinq mois après l'opération, la bronchectasie se constituait. Après un assez long repos, ce jeune homme a pu reprendre son travail, conservant une certaine gêne dans le côté, avec quelques râles sous-crépitants. Son expectoration a beaucoup diminué. Mais il y a lieu de craindre que, de temps à autre, de nouveaux incidents pleuro-pulmonaires ne surviennent comme on le voit habituellement dans le cours de la dilatation bronchique.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin. — M. le Pr DELBET.

Kystes hydatiques du foie ; diagnostic.

Une malade, âgée de 44 ans, entre à l'hôpital, se plaignant de pesanteur épigastrique après les repas, de courbature. Elle a contracté une diarrhée dysentériforme au Maroc. Rentrée en France depuis la guerre, elle a eu plusieurs ictères, avec jaunisse intense, et des coliques hépatiques ; elle dit qu'on a dû lui faire de la morphine pour calmer sa douleur. Jamais elle n'a remarqué de décoloration des matières, mais ses urines étaient foncées. Elle traîne d'hôpital en hôpital. Elle aurait eu de l'urticaire, particulièrement prurigineux. Elle a vécu longtemps entourée d'animaux, surtout de chiens.

Elle a eu une diarrhée dysentériforme, peut-être une véritable dysenterie. Comme elle a deux grosses tumeurs abdominales, et que la dysenterie, on le sait, donne souvent des abcès du foie, voilà une hypothèse qui se poserait. D'autre part, elle a eu plusieurs crises d'ictère.

L'ictère par rétention, avec décoloration des matières, peut accompagner toutes les tumeurs de la partie haute de l'abdomen, par suite de la compression des voies d'excrétion de la bile. Les kystes hydatiques amènent l'ictère par différents mécanismes. Les kystes hydatiques peuvent comprimer les voies biliaires, plus rarement contracte des adhérences avec le canal hépatique. Les vésicules-filles, pénétrant dans les voies biliaires, amènent une oblitération mécanique. Dans ce cas, l'ictère est intense et durable.

La malade dit avoir eu de l'urticaire. Les kystes hydatiques engendrent quelquefois des symptômes plus ou moins lointains, que DIEULAFOY appelait les petits signes des kystes hydatiques. Il insistait sur les trois suivants : le dégoût des matières grasses, une douleur dans l'épaule droite, et l'urticaire. Le dégoût des matières grasses n'a pas une grande importance, la douleur de l'épaule droite non plus, parce qu'elle peut se produire avec n'importe quelle affection du foie, mais l'urticaire offre un intérêt particulier. Il y a des accidents d'intoxication hydatique. Dans la forme la plus bénigne, ils se traduisent par des éruptions cutanées du type ortié, dues à la résorption des ptomaïnes contenues dans le liquide hydatique. Ce symptôme a une importance réelle.

Voici maintenant ce que montre l'examen de la malade. Dès que la partie inférieure du thorax et l'abdomen sont découverts, on constate tout de suite une tuméfaction considérable, une saillie, siégeant dans la partie toute supérieure de l'abdomen, dans la région thoraco-abdominale, débordant la ligne médiane du côté droit, mais beaucoup plus développée à gauche. La palpation du rebord costal, du côté droit et du côté gauche, fait constater une asymétrie : la partie inférieure du thorax du côté gauche est beaucoup plus saillante que du côté droit : il y a un éversement ou une éversion du thorax. En outre, dans certains cas, on constate que les espaces intercostaux sont beaucoup plus rigides, beaucoup moins dépressibles que du côté sain.

La tumeur ne siège pas sur le squelette ; on sent le rebord costal, qui se profile sur la tumeur sous-jacente. La lésion est donc située dans l'intérieur de la partie supérieure de l'abdomen, et elle a eu assez de puissance pour déformer le thorax. C'est une notion importante. Il est rare que les tumeurs amènent une déformation secondaire du squelette. Ceci ne peut se produire qu'avec des tumeurs ayant naturellement une grande énergie de croissance, mais surtout croissant très lentement.

Dans la partie supérieure de l'abdomen, seuls les kystes hydatiques sont capables d'amener une éversion du thorax.

Cette tumeur est grosse, légèrement ovoïde, sans la moindre irrégularité à sa surface. Elle a une mobilité considérable, on peut la refouler du côté gauche vers le côté droit, la remonter, l'abaisser ; sa consistance est ferme, on ne peut pas dire élastique.

Il est extrêmement difficile de chercher la fluctuation dans une tumeur mobile, mais si on cherche à immobiliser la tumeur, on constate qu'elle ne

présente aucune fluctuation. Les kystes hydatiques sont au premier rang des tumeurs liquides qui ne fluctuent pas. TRÉLAT disait : quand on trouve dans l'abdomen une grosse tumeur qui ne fluctue pas, ce n'est pas un kyste hydatique. Sous cette forme générale, ce n'est pas absolument exact. Un kyste hydatique en évolution ne fluctue pas. Il fluctue quand les hydatides sont mortes, parce qu'il perd de sa tension.

Il y a chez cette malade une autre tumeur, située dans la partie droite de l'abdomen; remontant au-dessus de l'ombilic, elle descend presque jusqu'au pubis, elle est donc étendue loin du foie ; cependant elle peut avoir son origine dans le foie. Comment le savoir ? Il y a ainsi de grosses tumeurs abdominales, pour lesquelles cette question se pose : ont-elles une origine pelvienne, ou une origine dans la partie supérieure de l'abdomen ? On peut quelquefois recourir au toucher vaginal et rectal. Sinon, on peut recourir à l'inversion, on met la malade dans la position dite de Treudelenbourg, c'est-à-dire la tête en bas, comme pour les opérations sur la partie inférieure de l'abdomen. Si la tumeur a une origine pelvienne, elle ne se laisse pas entraîner, puisqu'elle est fixée. Si, au contraire, elle a son origine dans la partie supérieure de l'abdomen, elle file du côté du diaphragme. Cette manœuvre peut tromper, comme c'est arrivé pour un kyste de l'ovaire à pédicule long et mince qui avait permis à la tumeur de se mobiliser.

Il faut d'abord chercher si cette tumeur présente des mouvements très marqués en rapport avec la respiration, ce qui indique en général que la tumeur a des connexions dans la partie supérieure. Cela n'a pas une valeur absolue, comme on le croyait. L'expérience a appris que presque tous les viscères abdominaux subissent du déplacement avec les mouvements de la respiration, le rein, l'angle du côlon, etc. On ne peut donc pas attacher une importance capitale à cette recherche. Cependant il faut la faire, il y a des cas où elle fournit un appoint.

Il faut chercher les connexions avec le foie, puis avec les anses intestinales, particulièrement avec le côlon. La contraction du droit peut donner l'impression d'un pédicule remontant du pôle supérieur de cette tumeur vers la partie inférieure du foie.

La tumeur pourrait être rénale. En ce cas, on sentirait une saillie dans la fosse lombaire (échancrure comprise entre les côtes et la crête iliaque), on aurait le ballotement.

Il faudrait faire l'insufflation du côlon, car il peut arriver que la tumeur prenne naissance en arrière du méso-côlon, mais que le côlon ne soit pas perceptible ; il se révèle surtout par la présence de gaz à son intérieur.

En somme, il s'agit d'une tumeur superficielle, lisse, régulière, arrondie, mobile, de consistance ferme, sans fluctuation. On trouve une zone absolument molle, et mate à la percussion. Dans les kystes hydatiques de l'abdomen, on trouve souvent une zone correspondant à la faux de la veine ombilicale, qui donne cette sensation.

Conclusion : cette malade a deux kystes hydatiques, l'un certainement développé dans le lobe gauche du foie, l'autre vraisemblablement développé dans le lobe droit. Ces constatations faites, on doit rechercher s'il n'y a pas d'autres kystes hydatiques. Ces kystes peuvent aussi avoir un retentissement sur la plèvre et donner lieu à un léger épanchement pleural. Il faut encore rechercher l'ascite. Cette malade n'en présente pas.

Le tænia échinocoque, qui produit ces kystes hydatiques, est un petit tænia qui conquiert sa phase adulte dans l'estomac et l'intestin du chien. Il n'a que 3 ou 4 anneaux, le dernier, plus volumineux, n'étant qu'un appareil de reproduction ; il est expulsé avec les excréments du chien ; il contient une grande quantité d'œufs qui se répandent ainsi sur les herbes, les salades, dans les eaux, etc., qu'on peut ingérer. Ce tænia conquiert ses phases intermédiaires chez l'homme et les herbivores, surtout les moutons. Aussi on signale sa fréquence dans les pays où il y a beaucoup de moutons, la République Argentine et l'Australie.

L'œuf, lorsqu'il a pénétré dans l'estomac ou l'intestin d'un animal, donne l'embryon hexacanthe qui, pénétrant dans les vaisseaux de la paroi de l'intestin, se rend au foie par les vaisseaux veineux. Il y en a qui peuvent traverser les capillaires du foie, car ils ont à peine la dimension de deux globules blancs. Ils peuvent aller au poumon, traverser les capillaires pulmonaires, arriver dans la circulation générale, et aller coloniser n'importe où. Alors on trouve des kystes hydatiques dans les muscles et les os, mais c'est surtout dans le foie qu'ils se développent.

Pour que le cycle se reproduise, c'est-à-dire pour que le scolex puisse se développer, on croyait qu'il devait retrouver l'intestin d'un chien. Mais voici le fait nouveau, dont l'importance pratique est considérable, c'est que ces scolex, s'ils sont mis en liberté par rupture du kyste, sont capables de se greffer et de reproduire un kyste hydatique. La phase kystique peut se répéter, sans repasser par la forme de tænia adulte. Ainsi s'explique la maladie kystique généralisée à tout l'abdomen, qui finit presque toujours par entraîner la mort.

Pour guérir de façon certaine et complète, il suffit d'enlever la vésicule-mère. La membrane adventice n'est qu'une membrane de défense.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La tuberculose du nourrisson.

Les conseils que M. le Pr Marfan formule dans la tuberculose du premier âge sont inspirés de cette expérience avertie et calme qui fixe les traits pratiques de l'auteur (*Clinique des Maladies de la première enfance*, p. 467).

Au nourrisson tuberculeux, tout d'abord il faut de l'*air pur* et de la *lumière* : séjour au bord de la mer ou dans la haute montagne, à condition que le bébé n'ait pas de fièvre. La mer convient surtout aux tuberculoses externes. Pour toutes les formes, la campagne peut suffire. S'il y a de la fièvre, repos au lit et sorties dans une petite voiture.

L'*héliothérapie* prudente convient aux tuberculoses externes : l'application des rayons ultraviolets a réussi.

L'alimentation sera le lait de femme jusqu'à sept ou huit mois. Il n'y a pas à craindre de contamination pour la nourrice. La tuberculose ulcéro-caséeuse qui serait contagieuse est exceptionnelle et tue très vite. A sept mois, ajouter au sein des bouillies de farine. Après un an : *viande crue* : mouton ou cheval, pilée et passée : 2 cuillerées à café par jour avec du sucre ou de la confiture. Continuer trois semaines. Suspendre huit jours. Reprendre. Cesser en cas de diarrhée fétide. On peut encore donner l'extrait desséché de jus de viande : *zomine*, de M. Richet : 1 gr. par année d'âge dans un peu de bouillie ou de purée tiède ou de confitures.

Frictions quotidiennes sur le corps ou simplement le thorax avec :

Essence de térébenthine	100	grammes
Huile camphrée	50	—

ou :

Essence de térébenthine	100	grammes
Savon médicinal	20	—
Eau	100	—
Ammoniaque	20	—

Cesser en cas de fièvre. L'essence de térébenthine convient surtout en cas de catarrhe bronchique. Continuer une quinzaine.

Les préparations arsenicales conviennent moins bien que les *préparations calciques* et l'*huile de foie de morue*. Cette dernière se prescrit aux doses de une cuillerée à café par jour de six mois à un an ; après un an, deux cuillerées à café.

La médication spécifique n'existant pas, M. Marfan a retiré de bons résultats de l'emploi de l'éther. Il l'utilise sous forme d'*injections profondes d'huile éthérée*.

Il emploie la formule :

Ether sulfurique rectifié	3 cc.
Huile d'olives stérilisée	7 cc.

A un enfant au-dessous d'un an, injecter 1 cc. tous les jours pendant trois jours ; 1 cc. 1/2 pendant deux jours ; 2 cc. le sixième jour. Puis on suspend pendant quatre ou cinq jours pour recommencer ensuite et continuer indéfiniment. Diminuer les doses et espacer les intervalles en cas d'amélioration.

Chez les adultes, la solution est plus forte :

Ether sulfurique	4 cc.
Huile d'olives stérilisée	6 cc.

Cette médication ne trouve sa contre-indication que dans la dégénérescence graisseuse du foie avec anorexie et diarrhée.

On peut encore prescrire l'éther par la voie stomacale, associée aux sels de chaux :

Formiate de chaux	2 gr. 50
Eau distillée } Sirop d'éther }	âà 60 cc.

Une cuillerée à café aux repas pendant quinze jours

Les quinze jours suivants, le matin, à jeun, dans un peu de lait, un des paquets :

Glycérophosphate de chaux } Lactate de chaux }	âà 0 gr. 20

Pour un paquet n° 15.

CLINIQUE MÉDICALE

Le cancer du rein.

Un ensemble de trente néphrectomies par lui pratiquées a permis à M. Cathelin d'entreprendre une étude complète et originale sur le cancer du rein (*Travaux annuels de l'Hôpital d'Urologie*, 1926, p. 199). Surtout fréquente entre 40 et 50 ans, la maladie évolue sourdement. Il n'y a pas de douleur habituelle et parfois même la perception d'une tumeur costale et à contact lombaire fait défaut. Il suffit d'une évolution de la tumeur

dans la région supérieure, thoracique et haut située. Du coup, le médecin ne perçoit rien. L'*hématurie* acquiert une valeur de premier ordre quand elle est associée à une tumeur rénale. Malheureusement même précoce, elle constitue encore un signe tardif. C'est une hématurie spontanée, noire, profuse, apparaissant de préférence au réveil ou dans la nuit, et se montrant d'une durée très capricieuse. On ne constate ni ganglions ni signes vésicaux. La cachexie n'apparaît que tardivement. Les points douloureux n'existent pas puisqu'on ne les trouve que dans les inflammations suppuratives des reins. Le varicocèle n'a de valeur que s'il survient à droite pour un cancer du rein droit, et à gauche tardivement.

L'âge des malades offre une grosse importance. Après 50 ans, on ne pensera guère à une tuberculose. Quant à la pyélographie, elle expose à bien des erreurs.

Différents types cliniques se montrent. Il y a les formes latentes, les cancers sans tumeur cliniquement perceptible. Viennent ensuite les cancers à syndrome néphrétique, à forme hématurique profuse, ceux qui sont associés à la lithiase rénale ou à la tuberculose, ces deux dernières variétés étant fort rares. D'autres fois le cancer du rein est associé à un cancer urétéro-vésical.

Le diagnostic se fait avec la néphrite hématurique. Il y a d'autres signes avec la néphrite (ou bouffissure des téguments dans les formes aiguës ou hypertension artérielle dans les formes chroniques). Il faut songer à un rein polykystique unilatéral. Cela est rare. L'hydronéphrose constitue une tumeur régulière et les hématuries y sont exceptionnelles. La tuberculose s'accompagne de troubles vésicaux qui manquent dans le cancer. Il faut encore songer à tumeur du foie ou de la vésicule biliaire à droite, à une tumeur de la rate et de l'intestin à gauche.

Parfois, la syphilis sera en jeu. Il y faut songer. Chez un syphilitique, un traitement spécifique sera tenté. L'intervention sera pratiquée, à l'époque la plus précoce et constamment par la voie lombaire. Les récidives sont la règle, toutefois, M. Cathelin a opéré, il y a quinze ans, un adéno-épithéliome dont le porteur vit encore.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

La suette miliaire.

Une épidémie récente de suette miliaire dans le Sud-Ouest a de nouveau attiré l'attention sur cette curieuse maladie.

Dans la région de Montmorillon surtout, l'épidémie a pris une grande importance. Il s'agit d'une maladie contagieuse. Voici la description qu'en donne le Pr Sabrazès (*Gaz. hebd. des soc. médicales de Bordeaux*, 11 juillet 1926).

L'incubation est environ de deux ou trois jours.

L'invasion dure trois ou quatre jours : malaise général, lassitude, douleurs musculaires, frissons, fièvres. Les sueurs sont abondantes et prennent une odeur de paille pourrie.

Puis apparaissent des signes nerveux, des crises de suffocation avec tachycardie. La face est rouge. La température monte à 40°.

L'éruption apparaît le troisième ou le quatrième jour. Picotements, démangeaisons comparables à des piqûres d'ajoncs.

Le début de l'éruption se fait par le tronc, sur le dos et à la poitrine ; progressivement, les membres eux-mêmes sont atteints, surtout aux plis de flexion. La face est en général respectée. Comme dans la rougeole on peut observer un catarrhe oculo-nasal, un piqueté rouge du pharynx. Plus souvent les muqueuses sont indemnes.

Deux éléments sont caractéristiques : *l'exanthème et la miliaire.*

L'exanthème est morbilliforme, scarlatiniforme ou purpurique ou panaché.

On peut voir *une miliaire blanche* et *une miliaire rouge.* La température oscille entre 40° et 41°, les formes hyperthermiques sont souvent mortelles.

La desquamation commence le cinquième jour, furfuracée, scarlatiniforme aux pieds et aux mains. La langue peut desquamer.

La forme bénigne, ambulatoire, ressemblant à la rougeole et atteint plus souvent les enfants.

La forme maligne peut être foudroyante et plusieurs cas de ce genre ont été constatés en Poitou.

L'épidémie de 1926 a frappé des femmes qui ont beaucoup moins résisté que les hommes.

Les cas de mortalité relèvent des lésions cardiaques (endocardo-myocardiques).

L'arythmie, le ralentissement des bruits du cœur. les syncopes qui assombrissent le pronostic feront l'objet de la principale indication thérapeutique.

La convalescence de ces malades est sinistre. Il semble, disait Brouardel, « que le malade ne retrouvera jamais la santé ».

On ignore tout de l'élément pathogène de la suette miliaire. Mais on connaît les mesures à prendre pour la soigner.

Il faut isoler le malade, désinfecter ses déjections et tout ce qui le touche. Il faudra éviter de favoriser les sueurs.

On fera boire du lait, des macérations de quinquina, du café, un peu d'alcool.

Contre l'hyperthermie, on emploiera les bains tièdes et les enveloppements mouillés.

Pour l'adynamie, adrénaline : XXX gouttes par jour de la solution au millième.

Si le cœur est profondément touché, on usera des tonicardiaques, et plus particulièrement de la digitale et de l'huile éthérée camphrée.

Il faut surveiller attentivement l'alimentation du malade qui sera légère.

Le gardénal, été très utile dans des cas d'agitation et d'insomnie.

Mais le grand médicament de la maladie, dit LEVRAULT, a été la septicémie en injections intra-musculaires ou intra-veineuses de 4 à 6 ampoules de 4 cc. en vingt-quatre heures.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Protéinothérapie spécifique de la méningite cérébro-spinale.

Le sérum antiméningococcique, après les brillants résultats enregistrés à son avènement, semble actuellement avoir perdu une grande partie de son efficacité. Ses insuccès sont dus en particulier à l'intervention de plus en plus fréquente du méningocoque B dont on connaît la virulence spéciale. Indépendamment des formes foudroyantes qui sont au-dessus de toute thérapeutique, des méningites, même traitées dès leur début avec une technique rigoureuse, se terminent trop fréquemment en quelques jours et même en plusieurs semaines par une issue fatale. Pendant cette évolution, les méningocoques persistent dans le liquide céphalo-rachidien et aucune amélioration clinique n'est observée. Enfin les infections secondaires, dues à l'intervention du pneumocoque ou du streptocoque et favorisées par la longueur de l'évolution, viennent encore assombrir le pronostic. Devant ces échecs, on est très souvent obligé de recourir à d'autres médications dites adjuvantes dont l'emploi tend de plus en plus à se généraliser.

En l'absence d'une chimiothérapie spécifique, de nombreuses méthodes ont été utilisées avec plus ou moins de succès. Deux sont à retenir : la *vaccinothérapie* et la *protéinothérapie* par voie sous-cutanée. Les résultats de ces médications, souvent remarquables dans les septicémies méningococciques à forme pseudo-palustre, sont encore trop inconstants dans les méningites cérébro-spinales. Cherchant surtout à engendrer une action de choc, ces méthodes ne peuvent combattre efficacement l'infection méningée, étant donné l'indépendance relative des espaces sous-arachnoïdiens qui les soustrait aux perturbations physiques provoquées dans le milieu plasmatique.

Pierre LUTOU (*Thèse Paris*, 1926) dans un très remarquable travail fait dans le service du Pr TEISSIER à l'hôpital Claude-Bernard s'est proposé, en partant des méningocoques de préparer une protéine microbienne qui puisse être injectée sans danger dans les espaces sous-arachnoïdiens et qui soit bien tolérée par les méninges.

En injection sous-cutanée, cette *endoprotéine méningococcique* n'a aucun pouvoir toxique pour la souris, le cobaye, le lapin et le mouton. L'inoculation intraveineuse à ces animaux ne détermine aucun trouble morbide.

Injectée par voie sous-cutanée ou intra-musculaire à un individu sain, l'endoprotéine détermine une réaction générale plus ou moins accentuée suivant la dose inoculée et la susceptibilité du sujet vis-à-vis des albumines etrangères. Cette réaction, caractérisée par un frisson, une élévation thermique, passagère, paraît être la traduction clinique d'un choc protéinique. Celui-ci est également produit, avec une intensité beaucoup plus forte, par l'injection intra-veineuse d'une quantité infime d'endoprotéine.

Dans le traitement des infections méningococciques rebelles au sérum, l'endoprotéine a une très heureuse influence sur l'évolution de ces maladies. Les injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-rachidiennes sont suivies des mêmes symptômes généraux observés chez le sujet sain, mais elles sont parfaitement tolérées. La guérison des méningococcémies revêtant le type pseudo-palustre est acquise en quelques jours après deux ou trois injections intra-musculaires ; s'il existe une réaction méningée concomittante, il faut leur associer l'injection intra-rachidienne. Dans les méningites cérébro-spinales, les injections par voie rachidienne prennent la première place ; mais cependant il est nécessaire de compléter leur action par des injections sous-cutanées.

Les méningites d'intensité moyenne, qui ne s'accompagnent pas de signes encéphalitiques et qui sont avant tout des méningites spinales, guérissent rapidement après une ou deux injections intra-rachidiennes.

La guérison est plus longue à obtenir dans les formes graves avec symptômes cérébraux ; elle peut être retardée par l'apparition de rechutes qu'une nouvelle injection d'endoprotéine arrête : même dans ces cas sévères, le malade guérit complètement, sans séquelle et sans autre traitement que les injections d'endoprotéine.

Ces résultats paraissent plutôt en rapport avec une action de choc protéinique. Ils montrent l'intérêt de la protéinothérapie intra-rachidienne associée à la protéinothérapie générale et mettent en évidence la sensibilité particulière du méningocoque vis-à-vis des modifications physiques apportées dans le milieu humoral.

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Le traitement des sciatiques par le bismuth.

Dans certains cas de sciatiques longues et rebelles aux moyens thérapeutiques habituels, j'ai été amené à traiter mes malades par des injections intra-musculaires de sels de bismuth.

J'ai obtenu dans la plupart des cas, une guérison complète. C'est ce qui m'incite à donner sur ce point quelques détails.

Quelles sont les sciatiques traitées ?

Tout d'abord, je dois dire que toutes les sciatiques que j'ai traitées par les sels de bismuth, étaient des sciatiques rebelles. Toutes les sciatiques dont j'ai recueilli les observations, étaient des névralgies vieilles au moins de six mois. Le premier des malades traités présentait de la radiculite (signe de la toux) et une abolition du réflexe rotulien du côté lésé.

A l'heure actuelle, je préconise ce traitement, dans des sciatiques anciennes, mais de préférence aussi chez les sujets qui présentent en même temps les signes suivants : malades d'âge moyen, hypertendus, variqueux, légère albuminurie. Si le traitement est fait avec prudence l'albuminurie ne peut pas être une contre-indication. Au contraire la présence de traces d'albumine est un des symptômes qui me paraissent constituer une sorte de syndrome avec les signes énoncés ci-dessus et dans lequel le traitement bismuthique serait particulièrement efficace Il va sans dire que j'élimine les sciatiques dues à une compression.

Je n'ai d'autre part, pas eu l'occasion d'observer des sciatiques chez des diabétiques.

Les sciatiques traitées avaient déjà eu un certain retentissement sur les muscles et les réflexes. Les signes étaient nets : points douloureux à l'émergence du sciatique hors du bassin, point péronier, douleur au mollet, douleur et impossibilité de mettre la jambe en équerre, etc. Dans quelques observations les malades accusaient des douleurs dans la région lombo-sacrée dues sans doute à l'atteinte des autres branches du plexus sacré. Même dans une observation, la malade accusait une douleur dans la fosse iliaque gauche. La palpation profonde à ce niveau était douloureuse et il y avait contracture réflexe des muscles de la paroi si bien que je me suis demandé s'il ne s'agissait pas d'une tumeur. L'évolution ultérieure m'a prouvé que non.

Quel est le traitement fait ?

J'ai fait des injections intra-musculaires de sels insolubles de bismuth. Injections tous les trois jours au début et espacées de huit jours vers la fin du traitement. Le nombre habituel des injections est de 12. Les injections sont faites dans la région fessière aux points classiques, indifféremment à droite ou à gauche. J'ai dû, chez certains malades faire toute la série d'injections du côté malade. Le fait n'a aucune importance. Il n'y a là qu'un petit point de psychologie nécessaire chez certains malades qui ne veulent entendre parler que d'un traitement local.

Marche du traitement.

Le résultat du traitement dans les cas que j'ai été appelé à traiter a été rapide en général. Il y a à la troisième ou quatrième piqûre une amélioration très sensible. La douleur disparaît avant la fin du traitement en même temps que le signe de Lasègue. Je note en passant que dans les sciatiques légères ce signe peut ne pas exister ; je ne le crois pas pathognomonique d'une atteinte du nerf.

De la douleur de l'injection, très variable suivant les malades, je n'en parlerai pas. D'ailleurs, en général assez nette lors des premières injections, elle va en s'atténuant pour disparaître à la fin du traitement.

Mais à côté de cela, il n'est pas rare d'observer des douleurs fugaces dans d'autres parties du corps (le long du trajet d'un nerf, dans l'épaule, l'abdomen, etc.). Ces douleurs sont brusques, passagères, souvent frétillantes rappelant les caractères des douleurs tabétiques. On observe encore des arthalgies avec gonflement (poignet, pied, etc.) qui ne durent pas plus d'un ou deux jours. Il y a lieu de prévenir les malades sur la possibilité de ces malaises. D'ailleurs leur présence est en général d'un pronostic favorable pour l'issue du traitement.

Comment agit le traitement ?

Les malades traités n'avaient pas de signes apparents de syphilis. Mais je ne veux pas dire pour autant qu'ils étaient syphilitiques insoup-

çonnés. On parle de traitement d'épreuve, mais l'épreuve est-elle toujours une preuve suffisante de spécificité ?

Les médications employées sont-elles antisyphilitiques ou simplement antiseptiques ? Il y a là un point qu'il est impossible de fixer. Dans les cas particuliers envisagés ici, je ne me crois pas en droit de conclure, à cause de l'efficacité des injections de bismuth, que mes malades étaient des syphilitiques.

D'ailleurs le bismuth depuis longtemps est employé dans les ulcères de l'estomac ? Faut-il dire pour autant que tous les ulcères de l'estomac sont syphilitiques ? On pourrait en dire autant de l'airol et du dermatol. L'airol (oxyiodogallate de bismuth) et le dermatol (gallate de bismuth) ne cicatrisent-ils que des ulcérations syphilitiques ? J'emploie couramment *per os* l'airol dans les cas d'ulcus gastrique et d'hémorragie intestinale.

Je préfère sur ce point doctrinal, ne pas entamer des discussions vaines.

Autre chose : je parlais plus haut d'une sorte de syndrome que j'ai observé dans quelques cas. Ici aussi, l'on pourrait dire que ce syndrome s'observe chez les syphilitiques et est syphilitique. Bref, quoi qu'il en soit, je veux faire observer que la plupart des signes décrits par DIEULAFOY sous le nom de petits signes du mal de Bright existent bien dans le mal de Bright, mais ce ne sont pas des signes de *néphrite*, mais des signes de *névrite* (crampes, doigt mort, cryesthésie, etc.). Lorsqu'on interroge les malades atteints de mal de Bright il est fréquent de trouver dans leurs antécédents, une ou plusieurs atteintes de sciatique.

Ceci m'amène à dire que ce traitement par les sels de bismuth, n'est peut-être pas restreint aux seules sciatiques. Il est possible qu'il puisse s'étendre à d'autres névralgies rebelles. La dernière observation que je rapporte en est une. C'est une méralgie paresthésique du fémoro-cutané, affection qui incommodait fort un de nos malades et qui a cédée à quelques injections de bismuth.

Dr Emile MALESPINE.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MÉDECINE

La vaccination jennérienne. — M. LEGENDRE. — L'auteur fournit les résultats obtenus par la vaccination jennérienne dans la Haute-Volta (Afrique occidentale). L'immunité obtenue est assez courte chez les noirs. 1.248 cas de variole ont été constatés en 1925.

Une complication insolite de l'ulcère peptique. — Note de MM. MAUDE et OLBRYCK (de Cracovie), lue par M. SOUQUES. — Les auteurs montrent que la septicémie colibacillaire peut être cause de la complication de l'ulcère peptique de l'estomac.

Rapports : **Le Congrès international de la tuberculose de Washington.** — M. Léon BERNARD.

L'organisation sanitaire en Tarn-et-Garonne, d'après le rapport de M. GUILLON, préfet. — M. Léon BERNARD.

L'incorporation de certaines farines dans le pain. — M. LAPICQUE.

9 novembre 1926.

SOCIÉTE MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 novembre 1926.

Gangrène sèche disséminée de la peau avec gangrène des extrémités. — MM. SÉZARY, HILLEMAND et LAURENT ont observé, chez une femme de 78 ans non diabétique, une forme de gangrène sèche se manifestant à la fois par une éruption subintrante d'éléments cutanés circonscrits disséminés et par de la gangrène symétrique des extrémités. Ce processus, que les auteurs attribuent à un spasme vasculaire provoqué par des lésions artérielles multiples, a été enrayé par un traitement dans lequel l'insuline tenait le premier rang. Ce fait corrobore l'opinion de M. Ambard sur les bons effets de l'insuline dans certains syndromes artériels, tels que la claudication intermittente, chez des sujets non diabétiques.

Néphrite grippale douloureuse. — M. GOÏA (présenté par M. SERGENT) rapporte plusieurs observations de néphrites très douloureuses au cours d'épidémies grippales.

Zona ophtalmique avec syndrome oculo-sympathique dissocié. — M. BARIÉTY. — Il s'agit d'une jeune femme qui, à la suite d'un zona ophtalmique gauche présenta un syndrome oculo-sympathique dissocié (énophtalmie, rétrécissement de la fente palpétrale sans myosis). La réaction méningée se prolongea tardivement (30 lymphocytes, 0 gr. 40 d'albumine). L'épreuve des collyres donna les résultats suivants : avec l'atropine, mydriase plus lente et moins marquée du côté malade ; avec l'ésérine, myosis plus rapide et plus persistant.

Polyurie simple, dystrophie adiposo-génitale, hémiplégie infantile. — MM. BABONNEIX et DURUY présentent un malade qui, depuis six ans, est atteint de dia-

bète insipide, et qui présente, de plus, des troubles morbides multiples : dystrophie générale, lipomatose, infantilisme sexuel, hémiplégie infantile localisée au membre supérieur droit, épilepsie. Discutant l'origine de ces divers phénomènes, qu'on ne peut rattacher ni à une tumeur, ni à la syphilis, ils admettent avec réserves l'existence de deux lésions localisées, l'une à la frontale ascendante gauche (ou aux fibres qui en partent), l'autre, à la région du tuber. A la première, ressortissant l'hémiplégie; à la seconde, les troubles de la nutrition dont, surtout, la polyurie.

Un cas d'intoxication saturnine de cause exceptionnelle. — MM. Ch. Pagniez et Lerond présentent une jeune femme venue consulter pour des troubles graves, caractérisés par une asthénie profonde, de l'amaigrissement, une anémie marquée avec dyspnée. L'examen montra une diminution importante du chiffres des globules rouges et de l'hémoglobine sans aucun autre signe qu'un liseré gingival très accentué. Ce liseré, imposant l'idée de saturnisme, un interrogatoire minutieux amena à soupçonner les couverts de table dont se servait cette malade. Leur examen montra qu'ils étaient particulièrement malléables et l'analyse révéla que l'alliage utilisé pour la fabrication de ces couverts contenait 40 0/0 de plomb. L'usage de ces couverts supprimé et un traitement approprié ayant été institué l'amélioration fut très rapide et la malade est désormais en excellente voie de guérison.

Inhibition unilatérale du sympathique cervical e du phrénique au cours d'une lobite scléreuse supérieure droite. — MM. Emile Sergent, Jacques de Massary et R. Benda rapportent l'observation d'une malade atteinte de lobite supérieure droite, accompagnée d'une pleurite apicale siégeant du même côté. Ces lésions semblent responsables de deux ordres de symptômes constatés chez cette malade : d'une part, des troubles oculo-pupillaires, consistant essentiellement en une inégalité pupillaire avec myosis droit; d'autre part, des modifications considérables du tonus diaphragmatique, telles que, si l'absence de tout intervention chirurgicale antérieure n'était pas certaine, l'image observée aux rayons X, imposerait immédiatement à l'esprit l'idée d'une phrénicectomie.

Les troubles oculo pupillaires dont M. Sergent a montré à maintes reprises, l'importance séméiologique au cours des affections pleuro-pulmonaires apicales, peuvent être interprétés ici, grâce aux épreuves pharmacodynamiques aux collyres atropiné et adrénaliné, dans le sens d'une inhibition du sympathique cervical droit.

Les modifications concomitantes du tonus du diaphragme paraissent indiquer par ailleurs une inhibition du nerf phrénique correspondant.

La constatation de ces perturbations parallèles dans le domaine du sympathique cervical droit et dans celui du phrénique homologue, a donc, du point de vue de la localisation lésionnelle, une véritable valeur expérimentale.

Les variations artificielles du coefficient ammoniacal corrigé dans l'insuffisance hépatique. — MM. Noël Fiessinger, R.-H. Olivier et M. Herbain ont étudié, au cours de l'insuffisance hépatique, les variations que subissent le coefficient ammoniacal de Maillard et le coefficient ammoniacal corrigé en fonction de l'acidité ionique. L'ingestion de miel qui surmène la fonction glycopexique et l'injection intra-veineuse d'hyposulfite de soude qui touche à la fonction thiopexique, élèvent les coefficients très notablement pendant les quatre heures qui suivent l'épreuve. L'ingestion d'acétate d'ammoniaque ne provoque aucune modification constante des rapports. Les auteurs voient dans ces constatations une preuve des retentissements fonctionnels et montrent que malgré leur asynergie fréquente, dans certaines circonstances artificielles, on peut observer des perturbations de voisinage.

Kyste hydatique de l'abdomen. Suppuration et guérison spontanée. — MM. Maurice Renaud et Juge ont observé une femme de 65 ans qui présentait, depuis de longs mois, une tumeur abdominale du volume d'une tête fœtale occupant l'hypochondre droit. En raison de l'incertitude du diagnostic et de l'absence de signes fonctionnels, on ne s'était pas résolu à pratiquer une intervention chirurgicale.

La tumeur s'étant abcédée on fit une minime incision de la paroi par laquelle on put au bout de quelques jours extraire le plus aisément du monde une vaste poche de kyste hydatique.

La cicatrisation fut extrêmement rapide et la guérison paraît complète.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur les greffes d'Albee dans le mal de Pott. — M. Phocas (d'Athènes) recherche par quel mécanisme ces greffes jouent un rôle favorable dans le mal de Pott.

Il a pratiqué trois fois cette intervention : une fois suivant la technique d'Albee, deux fois après section des apophyses épineuses à leur base, en interposant le greffon entre les lames et ces apophyses.

Ostéochondrite de la hanche. — Sur un cas d'ostéochondrite de la hanche, présenté par M. Rœderer en juin dernier, M. Mouchet fait un important rapport qui met en valeur :

1° La condensation précédant le morcellement de l'épiphyse de la tête;

2° La précocité de l'épaississement du col, faits nouveaux signalés par M. Rœderer à propos de ce cas et d'autres ;

3° La rapidité de désintégration du noyau qui contraste avec la lenteur de la reconstitution de celui-ci.

Le cas suivi par M. Rœderer pendant trois ans et demi et confirmé par des radiographies successives, faites de trois mois en trois mois, vient prouver, après bien d'autres, d'une manièae absolue, l'individualité nosologique de l'ostéochondrite.

A ce propos, faisant allusion à un cas d'hôpital suivi par M. Rœderer et par lui, et déjà présenté à la Société de Chirurgie en décembre 1925, M. Mouchet montre combien il est dangereux, pour l'étude de cette affection, de s'appuyer sur de simples calques radiographiques.

Ce cas, en effet, étudié d'après un calque radiographique tendancieux, avait pu être interprété par M. Calot, dans une critique qu'il fit de cette observation, comme une subluxation congénitale, mais les radiographies ancienne et nourelle, projetées à la Société de Chirurgie, n'autorisent pas à douter qu'on se trouve en présence d'une maladie d'évolution et non d'une subluxation congénitale.

Du traitement des tuberculoses ostéo-articulaires par la méthode des greffons. — M. Ombrédanne lit à ce sujet un très intéressant rapport de M. Robertson-Laval (Argentine) concernant 20 cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse traités par la méthode des greffons: 9 cas dans la coxalgie, 4 cas dans la tumeur blanche du genou, 2 cas dans l'ostéo-arthrite de la tibio-tarsienne, 3 cas dans le mal de Pott.

Dans tous les cas, les résultats ont été des plus encourageants : sédation rapide des douleurs, recalcification osseuse, marche redevenue possible sans douleur dans un délai extraordinairement court, variant de un à trois mois dans l'ensemble, et M. Robertson-Laval se ferait fort de pouvoir actuellement guérir en un mois toute tuberculose articulaire.

M. Ombrédanne a pratiqué quatre fois cette intervention : dans trois cas une intervention est survenue, mais avec ankylose; dans le quatrième cas, il a obtenu une guérison clinique, mais avec tendance à l'ankylose en mauvaise position.

Il semble incontestable que la présence des greffons, soit intra osseux, soit à la fois intra-osseux et périarticulaires, exerce une action recalcifiante sur les épiphyses et une action sédative sur la douleur.

Il recherche les raisons (climat, milieu) qui lui ont donné des résultats plus tardifs qu'à M. Robertson et oppse à cette méthode, qui recherche la guérison avec conservation des mouvements, celle dite de verrouillage de l'articulation, où on recherche au contraire l'ankylose.

Présentation de malades. — M. Ombrédanne. — Tumeur blanche du genou, chez un enfant, traitée par la méthode des greffons : bons résultats.

3 Novembre 1926. E. Theillier.

CORRESPONDANCE

Sur le traitement des pustules varioliques.

Abonné au *Journal des Praticiens*, je lis dans le numéro 43, du 23 octobre, un article sur la *variole*.

En 1884 ou 1885, j'avais publié, dans *La Semaine Médicale*, paraissant à Paris, quelques lignes au sujet d'un traitement qui m'avait donné des résultats réjouissants, dans cette triste affection. J'étais alors au Locle, pays de Neuchâtel, frontière de la Franche-Comté. Plusieurs cas de variole nous avaient été amenés de France. Remarquant que seules les pustules exposées à l'air, risquaient de laisser après elles des cicatrices, j'eus l'idée de badigeonner à leur apparition, les pustules de la face, des mains et des bras, avec une solution de collodion iodoformé. Plus tard, alors médecin de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds, où un lazaret, nouvellement institué et selon les dernières données utiles, j'eus de nouveau à soigner un certain nombre de varioleux venant de France et du Jura bernois. Je fis de même qu'au Locle ; aucun de mes malades ne présenta la moindre cicatrice de ses pustules, tant sur la face que sur les mains et les bras. Si ma mémoire ne me fait point défaut, le nombre des traités dans le district du Locle et de La Chaux-de Fonds, fut de 17. L'évolution me parut se faire normalement, sans complications aucunes. Deux cas venant du canton de Berne, à forme hémorragique, n'ont séjourné que deux heures au lazaret et sont morts; ils avaient été amenés dans un état *in extremis*. J'ai pensé qu'il m'était permis de remettre en mémoire, à l'occasion de l'article paru dans votre *Journal des Praticiens*, ces petites observations de 1884-1885.

Dr Faure.

BIBLIOGRAPHIE

Travaux annuels de l'Hôpital d'Urologie et de Chirurgie urinaire, 8e série. Publiés sous la direction de M. le Dr Cathelin, *Chirurgien en chef*. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1 vol. in-4° 399 pages, 1926.

Cette belle publication, imprimée sur papier de luxe comprend un certain nombre de mémoires de haut intérêt. M. CATHELIN expose une théorie originale du rein mobile et de sa raison d'être. On sait que presque toutes les femmes ont un rein mobile à droite. Pourquoi ? Il faut remonter pour l'explication à des causes fœtales.

Le foie fœtal pèse lourdement sur le rein droit et ce dernier a d'autant plus de tendances à descendre que le bassin est plus évasé, ce qui advient chez la femme. La *chimie urinaire* (M. GAUVIN), la *Bactériologie urinaire* (M. BEAUVY), la *Biologie urinaire* (M. DETOT), la *Radiographie urinaire* (M. INFROIT et M. LOBLIGEOIS) sont l'objet de recherches savantes et utiles.

Un excellent mémoire de M. CATHELIN sur le *Cancer du Rein* ouvre la deuxième partie du volume. L'auteur écrit son mémoire à propos de trente néphrectomies personnelles et l'illustre de fort belles planches en couleurs. M. L. BOULANGER nous donne une étude complète sur la blennorragie chez la femme beaucoup plus exposée que l'homme et s'infectant plus aisément. D'autres mémoires encore de M. GRANDJEAN sur les *abcès chauds du rein*, sur la *classification des hydronéphroses*, de M. Georges YVON complètent la série qui n'est pas close. Il 'y ajoute un travail de M. G. SIGURET sur les *néphrites sans albuminurie* et un recueil de faits cliniques soigneusement relevés par M. CATHELIN. Ce volume est le dernier de la publication commencée en 1919. Elle constitue une véritable encyclopédie. Les maladies de l'appareil génito-urinaire y sont exposées d'après les enseignements de la clinique et l'effort collectif de M. CATHELIN et de ses collaborateurs mérite les applaudissements du corps médical.

Les états nerveux et leurs traitements, par le Dr A. LESTCHINSHI. — Préface du Dr E. CLAPARÈDE. — Librairie Félix Alcan ; 108, boulevard Saint-Germain, Paris. — 1 vol., 312 p. — Prix : 20 francs.

Le Dr A. LESTCHINSKI est un respectueux. Il dédie son livre à M. Pierre JANET, ce qui est bien, cite ses opinions, ce qui est encore mieux, M. Pierre JANET, en matière d'examen psychologique, s'étant montré l'initiateur. FREUD n'est venu que bien après. Les cadres classiques, il y a vingt-cinq ans, M. LESTCHINSKI n'a garde d'y toucher. Il décrit la neurasthénie, la psychasthénie, l'hystérie et prétend contre M. BABINSKI que cette dernière possède une entité réelle. Toutes ces pages où nous retrouvons des idées familières se relèvent par l'avantage d'un rappel à des notions fondamentales. L'auteur insiste sur l'importance que Pierre JANET accorde à la diminution d'une fonction cérébrale : la perte du sentiment du réel. Cela est vrai que nombre de névropathes sont affligés de cette infériorité mentale. Seulement cette infirmité de l'esprit n'est pas spéciale aux névropathes. Tous les idéologues dont foisonne notre civilisation, se caractérisent par les traits d'une déformation similiaire. Ils ne voient point les choses comme elles le sont, mais comme ils désirent qu'elles soient.

L'imbécillité du milieu réagit sur l'intelligence des esprits faibles. Ils se laissent, entraîner par la folie ambiante. La psychasthénie par faiblesse de volonté unie à l'hypertrophie de l'amour-propre, cela se voit journellement dans le monde des politiciens.

Respectueux et prudent, M. LESTCHINSKI n'a point recueilli les enseignements fournis par des explications aussi périlleuses.

Traité d'Endoscopie. Recto-Colique. Rectoscopie. Sigmoïdoscopie (2e édition), par le Dr R. BENSAUDE, *médecin de l'Hôpital Saint-Antoine*. — **Deuxième édition.** — Un volume de 180 pages avec 115 figures dans le texte, 99 figures en noir et en couleurs. (Masson et Cie, éditeurs). — Prix : 100 fr.

Cette *deuxième édition* du Traité d'endoscopie recto-colique a été entièrement modifiée. La plupart des chapitres ont été complétés ou remaniés, plusieurs nouveaux ont été ajoutés ; le nombre des aquarelles et ceux des reproductions en noir a été considérablement augmenté. L'auteur a donné plus de développement à la biopsie en mettant en regard des images endoscopiques les dessins histologiques correspondants des lésions biopsiées. La thérapeutique endoscopique a été traitée en détail ; on y trouvera, en particulier, le traitement des hémorroïdes par des injections sclérosantes, l'ablation des tumeurs bénignes par la diathermie, le traitement des ulcérations, des recto-colites, etc. La rédaction est simple et claire et l'auteur est resté fidèle au but qu'il s'était proposé de montrer tous les services que peut rendre l'endoscopie recto-colique, de faciliter la tâche des médecins qui voudraient la pratiquer eux-mêmes et enfin de faire profiter de son expérience personnelle les spécialistes qui ont déjà utilisé le rectoscope.

Tuberculose. II. La tuberculose de l'enfant et de l'adulte. Les tuberculoses viscérales, 2e édit. — MALOINE, édit., 1 vol. 988 p., dont 8 figures et 15 planches en couleur. Prix : 80 francs.

De très belles planches accompagnent cette deuxième édition. Elle démontre le succès du *Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée* du Pr SERGENT auquel appartient le volume actuel. *Tuberculose de l'Enfant*, par RIBADEAU-DUMAS, *Scrofule* par Emile SERGENT, tuberculose de l'adulte où s'inscrivent les noms de MM. GIMBERT (de Cannes), BELLIN, BERTIER (de Grasse), COURCOUX, AMEUILLE, MICHON, PRUVOST, GRENET, NADAL, les chapitres divers sont revus, élargis quand il convient, soumis au contrôle d'une critique judicieuse.

A propos du rhumatisme tuberculeux, cette opinion que l'origine du rhumatisme tuberculeux n'est nullement établie (GRENET). La partie la plus solide de la tuberculose inflammatoire s'effondre. Pauvre PONCET ! Devant cette débâcle de son œuvre, il aurait eu bien du chagrin.

Nous ne croyons pas que dans une collection d'ensemble ait jamais paru un livre mieux conçu et mieux présenté. Il fait honneur à la fois aux auteurs et à l'éditeur, M. Norbert MALOINE.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : CH. FIESSINGER.
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Les spasmes et les tics des paupières (1).

Par MM. les Docteurs

A. Cantonnet, *Ophtalmologiste de l'hôpital Beaujon.* et Cl. Vincent, *Médecin de l'hôpital Tenon.*

Nous ne donnerons pas de définition du mot spasme, on verra qu'il ne répond pas à un concept absolument défini. Nous décrirons :

1° *Les spasmes liés à une irritation directe des voies motrices* ou plus exactement qui sont identiques aux phénomènes spasmodiques que l'on produit *par l'action d'un courant induit* sur l'écorce cérébrale ou sur le nerf facial périphérique ;

2° *Les spasmes liés d'une façon évidente à une action réflexe*, c'est-à-dire à une action portant sur la voie sensitive (le trijumeau, dans le cas particulier) et se réfléchissant par le nerf facial dans les muscles faciaux, surtout l'orbiculaire. Le tic douloureux de la face est le type de ces spasmes ;

3° *Les spasmes post-encéphalitiques* ; à côté de ceux-ci nous rangerons, à cause de leur similitude morphologique, le *spasme médian de Meige, le paraspasme de Sicard* ;

4° *Les tics des paupières.*

Notre classification est évidemment suceptible de critiques diverses : aux paragraphes 1 et 2, nous classons les spasmes de la face d'après leur mécanisme physiologique ; au paragraphe 3, classons-les d'après leur étiologie, plus loin d'après leur aspect morphologique....

En réalité, nous avons classé les spasmes d'après leurs caractères les plus sûrs et les plus précis ; nous avons progressé du connu à l'inconnu, car on en sait tout de même davantage sur la pathogénie du spasme facial périphérique que sur celle du spasme parkinsonien post-encéphalitique, et plus sur ce dernier spasme que sur le tic dont on ne sait rien sinon qu'il est un tic et qu'il n'est justement pas ce que sont les autres spasmes.

Dans une première partie nous étudierons les spasmes des paupières.

(1) Rapport présenté à la Réunion plénière de la Société d'Ophtalmologie de Paris (Résumé).

PREMIERE PARTIE

Spasme des paupières.

1er cas. — Spasmes par excitation directe des voies motrices.

Un *premier type* est le *spasme cortical* par épilepsie partielle, à type hémiplégique, limité à un muscle ou à un groupe de muscles ; nous en avons observé plusieurs exemples, épilepsie partielle localisée à la face ou au bras, ou bien commençant par le bras pour gagner le peaucier du cou, puis la face, puis l'orbiculaire, contraction bilatérale, mais non symétrique, quelquefois avec déviation conjuguée. Féré dit : « Tantôt l'œil se porte latéralement d'un côté ou obliquement en haut ou les paupières palpitent convulsivement ou bien encore les mouvements de l'œil et des paupières sont simultanés ».

Allen, Stair, Keen, Horsley, Chipault ont montré que de tels mouvements peuvent être produits par l'excitation d'une zone donnée de l'écorce. L'un de nous, avec de Martel, a produit par excitation bipolaire par un courant induit faible, l'occlusion bilatérale des paupières, puis la déviation conjuguée de la tête et des yeux en excitant FA au voisinage de l'intersection du sillon pérolandique et du sillon séparant les pieds de F2 et de F3.

2e *type. — Spasme périphérique.* — Brissaud, le premier, dans une leçon de La Salpêtrière, en 1893, a isolé et délimité ce spasme ; Meige et Babinski l'ont bien décrit. Constamment les premiers tressaillements ont lieu dans l'orbiculaire palpébral. Quand il est secondaire à une paralysie faciale, il y a généralement DR mais pas toujours ; la contracture commence généralement dans l'élévateur de l'aile du nez, de la lèvre et dans les zygomatiques ; la commissure labiale est relevée et souvent la fente palpébrale est plus petite ; sur ce fond de contracture secondaire permanente se développent fréquemment des secousses qui vont du tremblement fibrillaire au vrai spasme en masse ; les contractions sont rigoureusement unilatérales et d'abord fibrillaires ou parcellaires comme par un courant induit, d'abord non tétanisant, puis tétanisant, convulsions cloniques, puis toniques, crises empiétant les unes sur les autres, donnant parfois un véritable « état de mal », non accompagné d'ailleurs de trouble psychique.

Quelle est l'influence de la volonté sur l'hypertonie faciale et les spasmes ? Et d'abord quel est l'état de la motilité dans l'orbiculaire en état de spasme et hypertonique ?

Quand le spasme est primitif, c'est-à-dire non post-paralytique, la motilité est bonne dans l'intervalle des crises. Quand le spasme est secondaire à une paralysie faciale, les muscles soumis aux spasmes sont incapables de se contracter volontairement avec force. Les mouvements volontaires des yeux ou de la face, le parler, le rire déclanchent parfois les spasmes ; si le malade ferme énergiquement les yeux, la commissure labiale s'élève ; inversement quand on fait ouvrir grande la bouche on peut voir les paupières du côté malade se fermer en partie.

Le spasme ne dépend pas de la volonté et persiste pendant le sommeil profond. L'excitabilité galvanique et faradique du facial est souvent diminuée surtout dans les cas secondaires ; dans bien des cas de spasme primitif elle est notablement exaltée. Quant à la chronaxie nous en reparlerons dans un chapitre à part.

L'excitabilité du tronc ou des branches du facial est généralement augmentée, un coup léger suffisant parfois à déclancher le spasme.

Evolution. — Le spasme périphérique dure longtemps ; parfois il s'atténue avec le temps, laissant des frémissements, des mouvements involontaires. Dans bien des cas il persiste toute la vie ; l'un de nous a vu une femme de 60 ans en ayant un depuis l'âge de 25 ans.

Quel est le mécanisme du spasme périphérique et du blépharospasme ? — Brissaud considérait le spasme classique comme dû à l'irritation subite et passagère d'un point de l'arc réflexe ; le blépharospasme ayant un point de départ souvent oculaire ; nous reparlerons de cette étiologie particulière. Babinski admet plutôt une excitation directe du nerf facial et n'est pas convaincu que le tic douloureux de la face soit dû à une irritation du trijumeau ; parfois, si l'origine en était bulbaire, il pourrait y avoir irritation à la fois du facial et du trijumeau ; ce ne serait plus alors une relation de cause à effet, mais bien une coexistence.

2e cas. — Blépharospasmes réflexes.

1er *type.* — *Tic douloureux de la face.* — Limité aux muscles préorbitaires ou généralisé il est intimement lié à la grande névralgie faciale, c'est un paroxysme douloureux dont Trousseau a donné une description magistrale que vous trouverez dans le rapport *in extenso* ; rappelons qu'il y a d'abord névralgie épileptiforme simple, ensuite névralgie épileptiforme convulsive ou tic douloureux ; l'œil est fermé, la commissure labiale relevée, les bords des paupières fortement rapprochés, les plis de la patte d'oie très marqués, le sourcil fortement abaissé surtout au niveau de sa tête. Dans les cas très intenses il persiste de l'hypertonie en dehors des accès et la fente palpébrale est plus petite que normalement.

Les alcoolisations et les sections ont prouvé la nature sensitive périphérique du tic douloureux. Une observation de de Massary montre la guérison par résection du maxillaire supérieur.

2e *type.* — *Blépharospasmes d'origine oculaire.* — Les tics nous le verrons plus loin ont souvent un point de départ oculaire, il en est de même pour les spasmes.

Point de départ palpébral, eczéma des paupières, fissures de l'angle externe, prurits, trichiasis, etc.

Point de départ cornéen, corps étrangers, kératites phlycténulaire, ulcéreuse, interstitielle.

Point de départ sous-conjonctival, corps étranger sous-palpébral, conjonctivites aigues ou chroniques, catarrhe printanier, conjonctivite folliculaire.

Point de départ visuel, photophobie, diplopie, trémulation des images (cinématographie), etc.

Vices de réfraction, clignement du myope et de l'astigmate, froncement du front et du sourcil chez l'hypermétrope et le presbyte, etc.

Souvent le spasme à point de départ oculaire porte davantage sur la partie interne de l'orbiculaire et produit de l'*entropion spasmodique* avec frottement des cils sur la cornée, irritation nouvelle.

Quant aux spasmes au cours de l'opération de la cataracte nécessitant la cocaïnisation de l'orbiculaire, nous n'en parlerons pas car c'est une *contraction* et non un spasme vrai.

3e cas. — Blépharospasmes de l'encéphalite épidémique.

Cette étude est toute récente et d'actualité. Le travail de M. Babinski provoqua une intéressante discussion devant la Société de Neurologie, en 1922. Ces spasmes sont rares, mais leur existence est certaine, leur nature organique, non psychique, est évidente. Nous étudierons d'abord le *blépharospasme dans le syndrome parkinsonien post-encéphalitique* : un certain nombre de ces malades ont peine à ouvrir les yeux lorsqu'on le leur commande, le spasme cesse quand cesse l'effort d'ouverture. Parfois c'est une véritable gêne à tenir les yeux ouverts, le réflexe de clignement est exagéré, allant parfois jusqu'à priver le malade du service de ses yeux ; un cas de ce genre traité par la sympathectomie (de Martel) persista sans modifications.

Il existe aussi le *blépharospasme consécutif à l'encéphalite sans syndrome parkinsonien.*

Il faut faire une place à part aux *myoclonies palpébrales,* que nous pouvons appeler *blépharoclonies.* Ce ne sont pas des actions musculaires relativement lentes et progressives, plus ou moins renforcées à certains moments, permanents en partie ; ce sont des secousses musculaires brèves rappelant la décharge d'un condensateur ; dans leur intervalle le muscle est au repos ; parfois rythmées. Pour SICARD et pour MEIGE, il n'y a pas de myoclonies palpébrales sans myoclonies des lèvres ; elles sont parfois synchrones à elles ainsi qu'aux myoclonies des membres. Elles peuvent être bilatérales ou symétriques, elles peuvent, par contre, être asymétriques et sont souvent unilatérales ou portant sur tel muscle (orbiculaire, sourcilier ou frontal) d'un côté et sur tel autre de ces muscles du côté opposé. Ces secousses subissent l'influence du froid et des émotions ; tantôt elles persistent, tantôt elles cessent pendant le sommeil ; elles peuvent continuer alors que les membres restent au repos. Elles finissent en général par disparaître avec le temps.

Nous avons encore à étudier les *blépharospasmes du type encéphalitique sans encéphalite* décrites par MEIGE, SICARD, GUILLAIN, SOUQUES.

En 1907, puis en 1910, MEIGE décrivait sous le nom de *spasme facial médian* une variété de spasme facial bilatéral prédominant aux paupières, tonique d'emblée avec quelques secousses classiques chez des sujets déjà âgés, par accès de durée variable que le patient peut généralement interrompre par un geste antagoniste de défense. Ce spasme ressemble à un tic, mais est un spasme à cause des palpitations parcellaires, de la contracture frémissante, de la tétanisation. Les muscles des mâchoires et du cou sont atteints comme ceux de la face, mais le maximum affecte les orbiculaires. Il y a donc souvent extension hors du domaine du facial ; la volonté peut être inhibitrice, les contractions cessent pendant le sommeil. Le point de départ d'après MEIGE peut être dans le mésencéphale ou dans les noyaux.

A côté de ce spasme rappelons ce que GUILLAIN a décrit en 1922 sous le nom de la *contracture spasmodique des paupières provoquée par l'occlusion volontaire des yeux,* spasme empêchant pendant quinze, vingt secondes leur ouverture ; on ne trouve aucune cause irritative et il ne s'agit pas d'une simulation. L'examen des yeux du malade de M. GUILLAIN fut fait à Laënnec par M. ROCHON-DUVIGNEAUD ; tout était normal sauf une difficulté de dilatation des pupilles dans l'obscurité. Ce n'était pas un état myotonique et ce fait est à rapprocher de certains torticolis spasmodiques ; nous disons spasmodique et non mental.

A côté de ces divers spasmes nous devons citer la RÉTRACTION SPASMODIQUE DES PAUPIÈRES, affection très rare, peut-être due à l'irritation contractive des muscles de Muller et qui donne au regard un aspect étradge de basedowien.

Quelle est l'influence de la volonté ou du psychisme dans la production de ces spasmes du genre encéphalitique ? — Sauf peut-être pour les blépharoclonies, la volonté peut reproduire l'aspece de ces spasmes, l'émotion joue un rôle considérabl-dans leur production ; l'écarquillement des paut pières ou l'effort d'ouverture aussi ; de ce que le début d'une contraction a été volontaire, cela ne prouve pas que la continuation de cette contraction le soit aussi ; enfin, l'origine émotive de certains spasmes ne prouve pas leur nature purement psychique, *plusieurs arguments peuvent être donnés en faveur de la nature organique de ces spasmes d'aspect encéphalitique* :

1° Il existe incontestablement des spasmes de nature encéphalitique, faciaux ou autres ;

2° Ces spasmes s'accompagnent d'autres troubles nettement parkinsoniens des membres ;

3° Dans la maladie de Parkinson, il y a des déclanchements de spasme par les mouvements volontaires.

La difficulté s'accroît lorsqu'on veut préciser le mécanisme ; s'agit-il d'une atteinte de l'appareil périphérique ou du cortex ou du sympathique ? Les auteurs qualifiés ne sont pas d'accord, ainsi qu'il résulte d'une discussion à la Société de Neurologie au sujet d'un cas de myoclonie palpébrale, discussion rapportée *in extenso* dans notre rapport et à laquelle prirent part MM. SICARD, MEIGE, DE MASSARY et FOIX.

Nous n'avons pas d'opinion personnelle, mais nous pouvons dire que certaines lésions du corps strié peuvent n'être suivies d'aucun spasme, que, d'autre part, la résection totale du cordon sympathique cervical n'exerce pas d'influence visible sur l'occlusion palpébrale du blépharospasme parkinsonien.

TRAITEMENT DU BLÉPHAROSPASME.

Le *spasme cortical* est amélioré par le traitement de la cause.

Le *spasme post-encéphalitique* se traite comme la maladie de Parkinson : l'alcoolisation, la section du tronc du facial. MM. SICARD et HAGUENAU avec POULARD et AZELIN ont relevé la paupière par des lunettes spéciales dotées d'un ressort à

boudin léger et souple à convexité supérieure refoulant et maintenant la paupière sous le plafond orbitaire.

Le traitement du *tic douloureux de la face* est l'alcoolisation du nerf ou la section de la racine sensitive du trijumeau pratiquée en Amérique.

Le traitement du spasme facial périphérique peut être préventif ou curatif. *Préventif* pour éviter le développement d'un spasme secondaire à une paralysie ; il faut aller doucement et s'abstenir même du traitement électrique dans les paralysies faciales sans réaction de dégénérescence avec hyperexcitabilité galvanique prononcée. La contracture peut même se produire dans des cas traités prudemment. La radiothérapie localisée à la mastoïde nous a semblé agir favorablement dans la paralysie *a frigore* et éviter le spasme consécutif. *Curatif*, le traitement du spasme périphérique peut être fait électriquement. HUET recommande d'aller prudemment pour éviter la contracture ; BOURGUIGNON, soumet au courant faradique les muscles du côté de la face opposé au côté contracturé ; nous-même reproduisons plus loin l'observation d'une de nos malades améliorée par la faradisation.

L'*alcoolisation du nerf facial* utilisée par SCHLOSSER en Allemagne, OSTWALD en France, puis LÉVY et BAUDOIN et SICARD, consiste à porter au trou stylo-mastoïdien de l'alcool dilué, après une insensibilisation ; on peut mélanger l'anesthésiant à l'alcool. L'alcool est de 40 à 60°. Il s'installe une paralysie faciale, les contractures et mouvements cessent.

VALUDE a bien étudié l'alcoolisation du facial ; en cas de paralysie faciale consécutive trop prolongée, on pourrait faire, dit-il, une blépharorraphie-temporaire.

Actuellement on tend à remplacer l'alcoolisation du tronc par celle des branches du facial.

TRAITEMENT OPHTALMOLOGIQUE DU BLÉPHAROSPASME.

Nous savons que le spasme palpébral s'accompagne assez souvent d'*entropion spasmodique*. On a préconisé des applications d'adhésifs en languettes des sutures. Pour notre part nous préférons le procédé si simple que l'un de nous a proposé en 1914, la *tarsorraphie externe* sur 3 à 4 millimètres rendant solidaires les deux paupières et empêchant l'inversion de l'inférieure. Ce procédé est plus propre, plus chirurgical et se montre efficace dans la très grande majorité sinon la totalité des cas.

Nous faisons exception du cas spécial d'entropion spasmodique se produisant dans le cours des suites opératoires de la cataracte. Là, il suffit de mettre un fil pour redresser la paupière pour les quelques jours qui séparent de la cicatrisation cornéenne.

La chronaxie des spasmes palpéraux.

Rappelons d'abord quelques données sur la chronaxie en général. L'étude de la chronaxie a permis d'introduire la notion de temps dans l'excitation neuro-musculaire. LAPICQUE a nommé « Rhéobase » ou « Seuil fondamental » l'intensité nécessaire pour obtenir le seuil de la contraction avec une fermeture prolongée du courant continu. Il a nommé **chronaxie** *le temps* de passage du courant nécessaire pour obtenir le seuil de la contraction avec une intensité double de la rhéobase.

BOURGUIGNON a remarquablement étudié la chronaxie. Le nerf et le muscle forment un système « nerf-muscle » ayant chronaxies égales ou isochronisme. A l'état normal les muscles synergiques collaborant à une même fonction ont la même chronaxie; à l'état pathologique, l'apparition de chronaxies différentes à la place de chronaxies égales accompagne la disparition de la synergie normale.

Voici, d'après BOURGUIGNON, la chronaxie du nerf facial. Il y a à la face deux groupes de chronaxies qui vont de 0.24 à 0.36 l'une et de 0.48 à 0.72 l'autre, l'unité étant le millième de seconde ; la chronaxie courte est celle de la branche inférieure du facial tandis que la longue est celle de la branche supérieure. Or, tous les muscles innervés par cette branche supérieure sont des releveurs des traits sauf le muscle sourcilier innervé par cette branche supérieure, mais abaisseur. Donc tous les muscles élévateurs des traits se tiendront dans la chronaxie longue sauf le sourcilier qui est abaisseur et qui, quoiqu'innervé anatomiquement par la branche supérieure à la chronaxie courte des muscles abaisseurs innervés par la branche inférieure.

Dans plusieurs cas de syndrome parkinsonien post-encéphalitique, BOURGUIGNON trouve, comme chez les parkinsoniens classiques, des chronaxies diminuées dans les muscles rigides au point moteur ; la chronaxie est par contre augmentée pour le nerf. Il y a donc hétérochronisme entre le nerf et le muscle s'il y a myoclonie parkinsonienne, chronaxie normale,

Sur l'une de nos malades de Cochin atteinte de spasme des paupières BOURGUIGNON a trouvé dans un premier examen le 27 janvier 1925 une chronaxie diminuée pour l'orbiculaire et le frontal, normale pour le sourcilier. Après quinze séances d'excitations faradiques le 2 avril 1925, légère augmentation de la chronaxie de l'orbiculaire ; du côté sain

il y avait aussi diminution de la chronaxie mais moins discutée ; c'est le phénomène de la répercussion. (*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Hydrocèle congénitale avec hernie.

Un jeune homme de 20 ans présente, à la suite d'une longue marche, dit-il, une tuméfaction de la région inguinale et de la bourse droite, disparaissant dans la position couchée, avec des douleurs irradiées dans la région lombaire. On voit effectivement que sa bourse droite descend plus bas que la gauche ; c'est l'inverse à l'état normal. Cette bourse droite est augmentée de volume dans toutes ses dimensions, et cette tuméfaction se continue avec une voussure répondant au trajet inguinal.

On peut penser tout de suite à un vice de conformation du canal péritonéo-vaginal. Il faut chercher s'il y a une hernie, une hydrocèle congénitale, un kyste du cordon.

Pour savoir s'il existe une hernie, le premier point est de regarder si cette tuméfaction est réductible. On arrive à réduire une bonne partie de la masse ; par conséquent, il y a une hernie. La partie inférieure est transparente, il y a donc là un peu de liquide, car l'intestin et l'épiploon ne laissent pas passer la lumière. En exerçant sur la partie liquide une pression soutenue, on arrive à faire diminuer son volume. Par conséquent, c'est une hydrocèle congénitale.

Ce malade a donc une hernie avec un sac herniaire descendant jusqu'au contact du testicule, ayant un petit orifice le faisant communiquer avec la vaginale.

On voit des malades ayant des hydrocèles plus volumineuses que celle-ci, bien manifestes.

On croit quelquefois la masse non réductible, alors qu'elle l'est en réalité, parce que l'orifice peut être très petit. Quelquefois, on n'a pas la patience de maintenir la pression un temps suffisant et l'on ne constate pas cette réductibilité. Il faut maintenir la pression pendant assez longtemps pour faire filtrer ce liquide vers le haut.

Ce malade présente donc une hydrocèle congénitale, avec un canal péritonéo-vaginal incomplètement fermé, dans lequel s'engage une hernie ; on a la sensation d'une masse grenue semblant être l'épiploon. Le traitement opératoire est indiqué.

CLINIQUE NEUROLOGIQUE

La Sclérose en plaques et son traitement.

Par M. le Dr L. NEUBERGER.

A quoi est due la Sclérose en plaques?

Question sans cesse controversée.

Pour les uns, c'est une **maladie spirillaire**, proche parente de la syphilis nerveuse.

En faveur de rapprochement, plaident, notamment :

a) L'efficacité réelle du *traitement spécifique*, dans cette affection ;

b) La découverte d'un agent pathogène, assez voisin de celui de la syphilis (*spirochæta arginensis*, de KUHN et STEINER), difficilement décelable, il est vrai, — mais pour la raison, peut-être, qu'il n'apparaîtrait à l'état d'élément figuré, qu'au moment des poussées évolutives (TINEL).

Selon d'autres, et à l'encontre de l'opinion classique, la Sclérose en plaques n'est pas une maladie autonome, mais un **syndrome**, susceptible de survenir, comme **complication neurotrope**, après toute infection prolongée (typhoïde, etc.).

Certains même invoquent l'action d'un ultravirus, et supposent (BÉRIEL et DEVIC) qu'elle serait le reliquat d'une Encéphalite épidémique dans ses formes « basses », c'est-à-dire à prédominance médullaire (1).

A l'appui de cette récente et ingénieuse hypothèse, interviendraient :

a) Une période d'invasion fréquemment marquée, — dans l'une comme dans l'autre affections, — par une *grippe maligne* (d'où probabilité de para-virus) (2) ;

b) L'importance, au début de chacune d'elles, des accidents *oculaires* (diplopie, etc.) ;

c) Enfin la notion, — aujourd'hui mieux connue, — de *véritables ictus paralytiques* à l'origine de certaines formes d'Encéphalite, au même titre qu'on en voit banalement dans la Sclérose en plaques.

(1) Au lieu que les troubles *parkinsonniens* représenteraient les séquelles des formes « hautes », ou cérébrales.

(2) A moins que la grippe, comme d'aucuns le soutiennent, se borne à favoriser l'action d'un virus en créant un terrain *anergique*.

Pourquoi cette appellation de Sclérose en plaques ?

La maladie, — faute de précision étiologique, — est simplement désignée par ses lésions histologiques ; elle tire son nom, en effet, de l'aspect, sur les coupes, de la Moelle et du Cerveau : îlots de *réaction* conjonctive, répartis indifféremment à diverses hauteurs du névraxe (sclérose multiloculaire).

Mais d'où vient alors que, malgré cette dissémination irrégulière, les systèmes *pyramidal* et *cérébelleux* paraissent électivement intéressés, donnant lieu à des symptômes d'**irritation et de déséquilibration motrices** ? On a coutume d'admettre, en manière d'explication, que la sensibilité, tout pareillement touchée, a, du moins, la faculté de se rétablir plus promptement, par des voies d'emprunt.

La vérité est que les fonctions sensitives sont loin d'être aussi épargnées qu'on l'enseigne communément : et il est plus juste de reconnaître qu'à une distribution anatomique essentiellement variable répond, dans la pratique, un tableau clinique essentiellement polymorphe.

Les étapes du diagnostic.

En conséquence, il pourrait être intéressant de dégager ici les quelques signes qui, par leur netteté et leur *constance*, sont de nature, dans tous les cas, à établir un rapide diagnostic *de certitude*.

Nous ne suivrons pas la maladie à chacune de ses phases : aussi bien est-il exceptionnel qu'on vienne se confier au médecin dès les premiers accidents, plus ou moins légers et fugaces et attribuables à de la fatigue.

L'affection est déjà entrée au début de sa période d'état, quand on se décide à consulter ; et voici alors l'aspect habituel :

Première étape du diagnostic.

Un homme jeune, en excellente santé apparente, se plaint de *faiblesse dans les jambes* ; il accuse aussi quelques *vertiges*.

L'examen des *membres inférieurs* est immédiatement démonstratif : il s'agit d'une *paralysie spasmodique* (uni — ou bilatérale), reconnaissable à l'atrophie avec contracture musculaire, aux réflexes tendineux manifestement exagérés (et aussi clonus, signe d'extension des orteils, etc.). Les *membres supérieurs* également sont atteints, mais toujours à un moindre degré.

De plus, si l'on songe à interroger le *réflexe abdominal* (ce dont on s'avise rarement, il faut l'avouer), on le trouve régulièrement *aboli*.

Or, quelle étiologie, mieux qu'une syphilis ignorée, pourrait rendre compte d'une telle *diffusion* de symptômes ? Il est même permis d'y songer avant tout, ne fût-ce que pour l'éliminer.

Mais ici, aucun signe de « tertiarisme » (ni aréflexie, ni déformation pupillaires ; pas d'aortite ; pas de leucoplasie buccale). Bien plus, l'analyse du L. C. R. demeure négative sur les trois points : lymphocytose, hyperalbuminose, B.-W. (1).

On devra donc conclure aussitôt : **une paralysie à foyers multiples, chez un sujet indemne de syphilis, est une forte présomption en faveur d'une sclérose en plaques.** C'est là une première acquisition diagnostique.

Deuxième étape.

A ce moment, il convient de questionner le malade sur le mode de début, sur l'évolution antérieure. Souvent il fournira spontanément l'important renseignement que voici : *menu incident paralytique* remontant à plusieurs mois, — d'ailleurs *transitoire* et n'ayant point laissé de traces, — mais auquel auraient, peu après, succédé ses troubles actuels ; parfois cet ictus léger sera revenu à plusieurs reprises, affectant chaque fois le même segment musculaire (paralysie improprement dite « intermittente »), — ou bien il s'agissait d'un affaissement soudain, d'un « dérobement » de la vision (*amaurose*).

De toute façon cette indication constitue une donnée de premier ordre pour le diagnostic : elle témoigne bien de cette évolution spéciale, par « surprises », qui fait de la Sclérose en plaques une maladie si décevante et imprévisible, — certaines impotences régressant, tandis que d'autres groupes musculaires se prennent à leur tour.

Cette marche capricieuse, probablement en rapport avec de soudaines recrudescences du virus causal, nous paraît, plus simplement encore, explicable par des coups de tension, des ruptures artérielles fines. On n'insistera jamais assez, à notre gré, sur l'influence prépondérante de l'*hypertension vasculaire* sur le cours de cette maladie : nous ne craignons pas d'avancer que sa recherche systématique et sa mesure périodique permettent, dans certains cas, de prévenir un ictus prochain.

Tel est donc le second élément de diagnostic, non moins précieux à retenir que le précédent :

(1) Par contre, il est à peu près constant de trouver *subpositives* pour le L. C. R. les épreuves du *benjoin* et de l'*or colloïdal*, en opposition avec les réactions précédentes négatives. Ce contraste, on a voulu l'ériger en formule humorale spécifique de la Sclérose en plaques. De fait, il est toujours utile à rechercher ; mais il faut convenir que pareille dissociation se rencontre au cours de la névraxite et de maintes méningites tuberculeuses : circonstance qui en affaiblit d'autant la valeur pathognomonique.

petits ictus initiaux (du côté de la vue, notamment) ; évolution par « poussées », elles-mêmes conditionnées par l'hypertension artérielle.

TROISIÈME ÉTAPE.

Il reste ensuite à analyser, chez le malade, les **troubles de l'équilibre** et le **tremblement** considérés l'un et l'autre, à juste raison, comme les symptômes les plus significatifs.

A. En ce qui concerne les premiers, le mieux est encore d'observer *la démarche* et de noter avec soin ses particularités. Elle est à la fois *titubante* et *incoordonnée* : non seulement le sujet vacille et trébuche comme un homme ivre, mais le lancement de ses jambes en avant témoigne d'un *défaut de modération*, et pèche par trop d'amplitude ; ce complexe provient d'un mélange d'irritation pyramidale et d'instabilité cérébelleuse.

On peut encore apprécier ce « manque de mesure » (ou *dysmétrie*) en commandant aux membres des mouvements précis et limités (porter le doigt sur le bout du nez, le talon sur le genou opposé, etc.) ; on étudiera, de même, l'*asynergie* (inobservance de l'ordre de plusieurs mouvements combinés) l'*adiadococinésie* (impossibilité d'effectuer des mouvements successifs et rapides, telle l'épreuve des marionnettes), le signe de Romberg, le vertige enfin (à l'aide de ses tests appropriés), etc.

B. Quant au *tremblement*, il est facilement révélé aux extrémités et s'accentue à l'occasion de tout exercice à la fois volontaire et minutieux (d'où son qualificatif d' « *intentionnel* »).

Aux globes oculaires même il est possible de mettre en évidence un tremblement, ou *nystagmus*, en ordonnant, par exemple, au malade, de suivre du regard un doigt qu'on déplace rapidement dans son champ visuel.

En résumé, tableau clinique traduisant l'*excitation motrice et cérébelleuse*, et comportant, en autres symptômes, *tremblement intentionnel* et **nystagmus**. Ce dernier même, de l'aveu de la plupart des auteurs, constituerait, de même que l'**abolition du réflexe abdominal** (plus haut cité) les deux signes les plus certains et typiques de l'affection.

Les autres symptômes méritent moindre mention, du fait de leur effacement ou de leur variabilité. Les altérations de la parole, quoique fréquentes, sont loin d'exister dans tous les cas (*voix monotone et scandée*) et sont bien plutôt contemporaines de la période tardive d'envahissement bulbaire. Les troubles trophiques, de même, n'apparaissent qu'à la phase terminale.

Les désordres sensitifs consistent en algies ou paresthésies ; on peut les voir affecter la forme de crises violentes et passagères (douleurs fulgurantes, gastriques, paroxysme vertigineux) qu'on peut rapprocher, dans une certaine mesure, des accès de tachycardie ou de glucosurie, également décrits dans la sclérose en plaques.

Bases du traitement.

A étiologie incertaine, thérapeutique symptomatique. Nous ne possédons pas encore une médication spécifique de la maladie ; encore moins pouvons-nous nous flatter d'en faire régresser les symptômes : tout au plus peut-on espérer, par un traitement assidu et rationnel, de *fixer* plus ou moins l'affection, au stade auquel on aura pu la surprendre.

1° MÉDICATIONS AYANT FAIT LEURS PREUVES :

a) **Remèdes spirillicides.** — Le fond du traitement s'inspire encore aujourd'hui de la parenté supposée entre la Sclérose en plaques et la syphilis nerveuse.

A cet égard, les *arsenicaux* revendiquent toujours la place de choix : soit en piqûres intraveineuses de novar, ou, mieux, par injections intramusculaires, suivant la méthode des petites doses longtemps continuées (par exemple 0 gr. 15 trihebdomadaires pendant quatre semaines, avec arrêt d'un mois, et reprise) ; de nouveaux produits solubles permettent, d'ailleurs, sans danger ce facile traitement.

Le *cacodylate* convient presque aussi bien : on l'injectera, de préférence dans la veine, dilué dans du sérum (qui en atténue la toxicité) et titré de 0 gr. 50 à 1 gramme.

Le *tryparsamide*, de plus récente acquisition, s'administre aux doses prudentes et progressives de 0 gr. 50 à 2 grammes par jour. Le *tréparsol* est ingéré par 2 comprimés de 0 gr. 25 *pro die*, quatre jours sur sept, durant quelques semaines.

Quant aux composés *bismuthiques*, en raison de leur affinité avec la substance nerveuse, ils méritent d'être essayés dans la Sclérose en plaques : les meilleurs sont encore les sels insolubles, d'imprégnation plus lente et continue. Il est vrai que leur maniement est encore de trop fraîche date pour qu'on soit en droit de leur attribuer des résultats décisifs et durables : et, en tout état de cause, il nous paraît préférable de les réserver pour les phases de recrudescence de la maladie, gardant pour états stationnaires la cure d'entretien par les arsenicaux.

b) **Remèdes antitoxiques.** — L'analogie, souvent invoquée, avec les maladies à ultra-virus, a incliné maints auteurs à s'adresser aux mêmes agents anti-infectieux, usités dans ces affections.

Le *salicylate de soude*, notamment, en solution glucosée (suivant la même technique que pour l'Encéphalite), peut être retenu comme susceptible de résultats : il nous a donné personnellement une amélioration nette ayant persisté quelques mois.

L'*iode*, naturellement, devait être essayé, et se recommande à plusieurs titres : comme antitoxique, comme antiscléreux, et aussi comme hypotenseur. C'est un excellent médicament, auquel on songera à recourir par périodes : il est généralement bien supporté dans du vin cuit, et sera donné aux doses croissantes de XX à CCC gouttes, en augmentant graduellement de deux gouttes par jour.

2° Médications a tenter :

Le *traitement par les chocs*, la peptonothérapie, peuvent être ici appliqués, non sans quelques succès passagers. Un de nos malades, chez lequel, il y a trois ans, un composé arsenical mal préparé (aujourd'hui, d'ailleurs, retiré de la fabrication) avait déterminé un abcès suivi presque aussitôt d'une remarquable sédation, avait réédité spontanément l'expérience en se provoquant un abcès à la térébenthine, mais cette fois sans résultat appréciable.

En ce qui concerne les *Rayons ultra-violets*, auxquels on doit des cures très encourageantes quand la maladie est prise au début, il est très probable qu'ils agissent par un mécanisme analogue, d'ordre « clasique » (1).

On ne saurait clore ce chapitre sans rappeler ici les tentatives intéressantes de la *sérothérapie* ; soit qu'on emploie le sérum antipoliomyélitique, ou celui de malades atteints de sclérose en plaques et en période d'accalmie, ou, plus simplement, l'autosérothérapie ; on peut répéter, à ce sujet, que leurs effets, d'ailleurs inconstants, obéissent vraisemblablement à une banale et commune action par le choc.

Disons, pour terminer, qu'il est seulement regrettable qu'aucune réaction humorale spécifique de la Sclérose en plaques ne permette encore d'attester ni de mesurer, pour chacune de ces thérapeutiques, le degré d'efficacité imputable à telle ou telle d'entre elles.

(1) A noter, chez ces malades, la nécessité d'un grand nombre de séances, comme aussi leur difficile pigmentation par les U. V. (Livet).

3° Régime et hygiène :

Cette énumération de remèdes, — dont l'évolution chronique et incertaine de la Sclérose en plaques autorise malheureusement et le choix et l'emploi successif, — ne doit pas faire oublier deux règles, à notre avis de première importance dans la conduite de traitement.

a) On ne négligera jamais de **surveiller l'hypertension** de tels malades, prodrome à peu près infaillible des accidents à venir, ceux-ci souvent évitables par une cure appropriée. Nous avons toujours pensé, à ce propos, que l'usage prolongé des médicaments hypotenseurs importe infiniment moins que le régime même : lui seul, en diminuant le travail des artères, parvient à soulager utilement le malade (purgations, diurétiques, alimentation hypoazotée ou hypochlorurée).

b) Et surtout, — dernière précaution, — il faut obliger ces malheureux à réagir précocement contre leur tendance naturelle à s'encroûter, les entraînant journellement à un exercice et une gymnastique modérés, qui les habituent à « **se dérouiller** ». Plus que tous autres, ces impotents ont une funeste inclination à se laisser aller à une indolence, qu'ils excusent et justifient par leur infirmité et leur contracture. Pareille remarque, souvent faite à propos du Parkinsonnisme, n'est pas moins applicable ici, et devait être répétée.

A ce prix, on pourra espérer de réelles sédations, et retarder, sinon défier, l'implacable évolution.

FORMULES

Cachexie Palustre.

Poudre de quinquina	80 gr.
— rhubarbe	20 —
Carbonate de potasse	20 —
Sulfate de quinine	3 gr.
Laudanum Sydenham	—

Sirop d'absinthe, q. s. p. 100 bols, 10 bols par jour, 2 au petit déjeuner, le matin, 4 à midi et 4 le soir. (Trousseau.)

Diarrhée incoercible des vieillards.

Alcoolature de Benoite	3 gr.
Sirop de capillaire	60 —

Infusé de thé de Ceylan q. s. p. 150 c. m. c.

Une cuilleree à soupe toutes les 2 heures. (Henri Leclerc.)

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Les ictères infectieux.

La forme la plus répandue est l'ictère catarrhal apyrétique. Viennent ensuite les ictères dont l'étiologie est déterminée : ictères typho-paratyphiques, des paludéens, syphilitique, par infections diverses : pneumocoques, streptocoques, entérocoques. La spirochétose ictéro-hémorragique réclame un traitement spécial.

a) Dans l'ictère catarrhal, d'origine infectieuse habituelle, le traitement est purement symptomatique.

Au début, MM. Rieux et Zoeller (*Traitement des Maladies infectieuses*, Maloine, édit.) prescrivent à jeun :

Calomel . . . . . } âà 0 gr. 30
Bicarbonate de soude . . . . . }
Pour un cachet. A prendre le matin à jeun.

Faire suivre une demi-heure après de 15 gr. de sulfate de soude.

Les jours suivants, prescrire :

Benzoate de soude. . . . . } âà 0 gr. 30
Salicylate de soude . . . . . }
Pour un cachet. Deux par jour jusqu'à la fin de l'ictère (à midi et 7 h.).

On peut encore prescrire à jeun :

Citrate de soude . . . . . } 50 grammes
Sel de Seignette. . . . . }
Une cuillerée à café dans un verre d'eau chaude.

ou :

Sulfate de soude.	8	grammes
Bicarbonate de soude	6	—
Phosphate de soude.	4	—
Eau	1.000	—

Un verre à Bordeaux tous les matins.

Les lavements froids ont été préconisés par le Pr Chauffard. On emploie encore le goutte à goutte intra-rectal (P.-E. Weil) à l'aide de la solution :

Urotropine	1 gr. 50
Glucose	45 gr.
Eau bouillie.	1.000 gr.

Un demi-litre par jour.

En plus, *bains* avec 500 *grammes d'amidon* (37°, 1/4 d'heure de durée) pour calmer le prurit, lotions d'alcool camphré. Régime lacté les premiers jours, puis lacto-végétarien. La convalescence est longue et les sujets restent fatigués. Médication tonique appropriée.

Même traitement dans l'*ictère syphilitique* où la médication mercurielle par voie intra-musculaire est concurremment employée.

Dans l'*ictère grave*, bains chauds à 37°-38° toutes les trois heures, dix minutes de durée. Les *hémorragies* se combattent avec une potion au *chlorure de calcium*, l'emploi de l'*adrénaline* (XXX à XLX gouttes en ingestion ou injection sous-cutanée.

b) La *spirochétose ictéro-hémorragique* est un ictère fébrile à rechutes habituelles. Le diagnostic de certitude ne peut être donné que par les réactions de laboratoire. Il faut comme traitement la *sérothérapie précoce*, par voie intra-musculaire, 60 cc. le premier jour, puis 40 cc. et 20 cc. les deux jours suivants. En cas d'accidents méningés, l'inoculation *intra-rachidienne* (20 à 40 cc.) est indiquée (Rieux et Zoeller).

La médication spirillicide par les arsenicaux est restée sans succès. Quand la température dépasse 39°, bains tièdes à 35° de dix minutes toutes les trois heures ; le bain tiède constitue le meilleur sédatif des myalgies (L. Martin et Pettit).

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Les colites infantiles.

Les grandes lignes du traitement sont connues. Elles sont exposées dans un trait précis, par G. Blechmann (Nourrissons Enfants, G. Doin, p. 271).

En dehors des crises, diminuer la viande (se contenter de poissons maigres, bouillis, de viandes tendres, grillées ou rôties) les féculents (haricots, pois, lentilles) et le lait. Supprimer les œufs, les sauces, la pâtisserie. Comme boisson : eau et infusions tièdes. Au bout d'une quinzaine, à midi, un peu de viande grillée ou rôtie. Plus tard et prudemment, un œuf brouillé de temps à autre.

Contre la constipation, magnésie hydratée, huile de paraffine, un verre à madère d'eau de Châtelguyon le matin.

Pendant les crises, s'il y a *fièvre* et *diarrhée* : diète hydrique : eau pure, infusions légères et non sucrées. Au second jour, eau de riz, bouillon de légumes ; puis bouillies à la crème de riz, confitures astringentes (myrtilles).

En plus sulfate de soude 0 gr. 30, pour 1 paquet n° 6. Un toutes les heures,
ou bien :

Sirop ipéca	10 cc.
Sirop simple.	60 cc.

Une cuillerée à café d'heure en heure, (enfant de 1 an) *compresses chaudes* sur le ventre. Les bains chauds 38° réussissent bien : 10 minutes de temps et toutes les 3 heures tant qu'il y a 39°.

Pendant la convalescence, jus de viande (une à 4 cuillerées à café de jus de viande de cheval) dans de la purée de pommes de terre.

S'il n'y a pas de fièvre : *belladone* (teinture de) I à II gouttes après les repas.

Une *demi-goutte* de *laudanum* en lavement.

Deux à 4 fois par jour, III à X gouttes dans un peu d'eau sucrée :

Liqueur Hoffmann.	3 gr.
Elixir parégorique.	7 —
Menthol	0 gr. 05

Songer à l'amibiase si la colite persiste avec glaires striées de sang. Un examen de laboratoire pourra devenir nécessaire.

Il faut qu'il soit immédiat, les amibes disparaissant très vite des selles.

PRATIQUE UROLOGIQUE

Pourquoi, quand et comment faut-il explorer l'urètre au cours d'une urétrite à gonocoques ?

Par M. le Dr L. Boulanger,
Assistant à l'Hôpital d'Urologie.

I. Pourquoi ? *Parce que le traitement institué, basé sur des données cliniques bien observées, donc rationnel, bien conduit, régulièrement suivi, et aidé d'une hygiène et d'un régime appropriés n'amène pas la guérison.*

II. Quand ? *Lorsque la désinfection paraît obtenue, indiquée par la limpidité de la totalité des urines d'une même miction, recueillie dans deux verres.*

III. Comment ? *Par l'examen de l'urètre fait au moyen de stylets métalliques.*

La netteté de ces réponses est dictée par l'observation de faits nombreux, mais elles demandent quelques explications auxquelles elles servent de conclusions.

I. Pourquoi ? Deux remarques sont tout d'abord à faire. La première c'est que le diagnostic complet de toute gonococcie urétrale comporte deux éléments, ou deux diagnostics ; l'un, *diagnostic bactériologique*, montrant la présence du germe infectieux, du gonocoque ; l'autre, *diagnostic topographique*, faisant connaître le ou les points où il siège. La nécessité de l'établissement de ces deux éléments de diagnostic s'explique par l'obligation dans laquelle on se trouve d'obéir à ce principe fondamental du traitement de l'urétrite à gonocoques par le permanganate de potasse, à savoir que le lavage de tous les points infectés, à chaque séance de traitement, est une condition *sine qua non* du succès, de la guérison. Qui dit principe, dit obligation sans dérogation.

La seconde, c'est que les cas visés ici sont ceux, fréquents, de blennorragie urétrale, que l'infection se soit limitée à l'urètre antérieur, ou qu'elle ait envahi l'urètre postérieur, mais, dans lesquels, la participation d'aucune complication régionale (prostatite, vésiculite, épididymite), n'a été révélée par l'examen clinique, lequel est toujours fait, et, c'est là, une règle absolue, par les seuls moyens de la vue et du toucher manuel à l'exclusion de l'emploi d'aucun appareil instrumental (1).

On s'étonnera peut-être de l'absolutisme de cette règle ; et l'on se demandera sans doute qu'elles en sont les raisons, et pourquoi ne pas procéder, de prime abord, immédiatement après l'examen clinique, à une exploration instrumentale, dont la nécessité sera reconnue plus tard, en étant tenté de voir dans cette abstention une erreur, une faute, doublement regrettable, d'abord, parce que cette abstention est en contradiction avec le principe de l'établissement du diagnostic topographique de la gonococcie indispensable à la bonne conduite de son traitement, puis en ce qu'en se privant de l'avantage des indications fournies par cette exploration, on prive, du même coup, le malade du bénéfice d'un traitement complet immédiat et par suite d'une guérison plus prompte.

Cette objection est spécieuse et ne résiste pas à l'examen. La réserve que l'on doit observer dans la mise en œuvre de l'exploration de l'urètre infecté est de la plus haute prudence, et, c'est la trans-

(1) Boulanger. Interrogatoire et examen clinique d'un malade atteint d'urétrite. *Vie médicale*. 12 décembre 1924.

gression de cette règle qui serait une erreur et une faute.

L'introduction d'instruments dans un urètre infecté est une pratique dont, on le sait, il faut s'abstenir, et cette prohibition est particulièrement rigoureuse quand l'agent infectieux qui habite l'urètre est le gonocoque ; c'est un principe.

On ne saurait s'autoriser de l'obligation dans laquelle on se trouve de sonder un malade, à qui une prostatite gonococcique cause une rétention complète d'urine, pour s'inscrire en faux contre le principe de l'intangibilité de l'urètre infecté, et y voir un argument en faveur de l'exploration de tout canal habité par le gonocoque.

Il ne faut d'ailleurs comparer que des faits comparables. Or, non seulement aucune comparaison n'est possible entre le cathétérisme évacuateur, d'urgence absolue, fait chez un rétentionniste, qu'on ne peut, pour l'amour des principes, laisser en proie aux douleurs et dans la perspective des dangers d'une rétention d'urine aiguë, et l'exploration d'un urètre que l'on peut, la temporisation, dans les cas ici visés, ne compromettant rien, différer autant qu'on croit utile de le faire, afin qu'elle soit pratiquée dans les meilleures conditions pour le malade, lequel alors, loin d'en éprouver aucun dommage en retirera, on peut en avoir la quasi-certitude, un très saluraire avantage ; mais entre les deux existe, le mot n'est pas exagéré, un abîme. Dans le premier cas, en effet, le passage facile et rapide d'un instrument souple, le plus habituellement une sonde de Nélaton, présente le minimum de chance d'ouvrir de nouvelles portes à l'infection en blessant la muqueuse urétrale et de porter le germe infectieux dans les glandes normales où dans les repaires qu'elle peut présenter, tandis que les recherches multiples et les tentatives réitérées opérées avec des instruments de petit calibre peuvent, quoique mousses, causer à la muqueuse quelques effractions microscopiques à la vérité, suffisantes pourtant pour que s'y insinue le germe infectieux microscopique lui-même et la pénétration de ces instruments dans les glandes et les repaires aura pour conséquence on peut dire infaillible, d'y entraîner le gonocoque, créant ainsi une complication, jusque-là inexistante, et qui peut-être ne se serait pas produite spontanément en dehors de cette exploration intempestive.

La prudence la plus élémentaire doit donc faire rejeter, puisqu'elle peut être dangereuse, la pratique de l'exploration instrumentale de l'urètre au début d'une gonococcie urétrale. Cette exploration ne doit d'ailleurs pas être une question d'impression, une fantaisie, mais toujours une question d'indication et d'opportunité. C'est la clinique qui doit la dicter, qui doit l'imposer. Là, comme ailleurs du reste, alors même qu'elle devient impuissante à préciser un diagnostic qu'elle ne peut que faire soupçonner, et, quand elle est obligée de céder le pas à l'exploration, la clinique demeure encore souveraine pour donner les raisons du bien-fondé de cette exploration, pour indiquer le moment propice à son exécution, et pour la régler et la diriger.

Dans les cas visés ici, lorsque le traitement rationnel, bien fait, à doses bien réglées, bien conduit, avec la régularité quotidienne et l'exactitude horaire voulues, et accompagné d'une hygiène appropriée et d'un régime convenable (1), n'amène pas la guérison, et, que la cessation des lavages, faite après retour de miction d'urines claires, est suivie de la réapparition de l'écoulement, se manifestant tel qu'il était au début de la maladie, la clinique nous dit : il y a inobservation du principe qui exige la désinfection simultanée de tous les points infectés, il faut recourir à l'exploration pour trouver ce ou ces points qui ont jusqu'alors échappé à la désinfection. La clinique commande l'exploration.

II. Quand ? De ce qui précède, et, sans qu'il soit nécessaire d'entrer ici dans d'autres détails — lesquels ne seraient du reste que d'inutiles redites — découle, tout naturellement, la réponse à cette question, contenue d'ailleurs dans la formule très explicite en sa concision, donnée dans les premières lignes de ce travail, laquelle peut être considérée comme étant la conclusion du dernier alinéa du paragraphe précédent. Je crois devoir seulement rappeler que dans les cas étudiés ici, si, dès la réapparition de l'écoulement dans les circonstances indiquées plus haut, signes cliniques de la persistance de l'infection, et de son agent le gonocoque, l'exploration de l'urètre est décidée, il convient de la différer et pour y procéder d'attendre que le traitement, repris sans retard, ait amené dans l'infection une atténuation et dans l'inflammation une diminution, dont la limpidité constatée, pendant plusieurs jours consécutifs, de la totalité des urines d'une même miction recueillie en deux portions, sera le témoignage clinique, — telles que, exécutée dans de pareilles conditions, elle ne puisse faire courir aucun risque au malade. J'ajouterai que cette pratique a pour elle la sanction de l'expérience et qu'elle est devenue classique, et qu'elle montre l'importance de

(1) Boulanger. Des conditions générales du traitement local des urétrites. *Monde médical*. 15 janvier 1925.

l'observation clinique et combien il faut en tenir compte.

III. Comment ? L'exploration doit être faite au moyen de stylets métalliques à l'exclusion de tout autre instrument.

On pourrait penser que faite sous le contrôle de la vue, au moyen de l'urétroscope, l'exploration de l'urètre doit donner des résultats supérieurs à ceux fournis par tout autre mode d'investigation. Il n'en est rien. Dans ces cas, l'examen urétroscopique est bien loin de réaliser les espérances qu'il peut avoir fait concevoir, et, pour ma part, j'y ai absolument renoncé.

On sait d'ailleurs qu'il est en chirurgie des circonstances où le toucher donne des renseignements bien plus complets que ceux que fournit la vue. Nous savons tous, par exemple, que le col utérin nous est beaucoup mieux connu lorsque notre doigt nous en a fait apprécier les changements de volume, de consistance, de forme, les déplacements, la sensibilité, que quand le spéculum ne nous a montré que ses modifications de coloration et l'existence de sécrétions, sortant de son orifice.

L'exploration sera donc faite avec un stylet métallique. Le meilleur modèle de stylet est la sonde de Bowmann, dont les ophtalmologistes se servent pour cathétériser les conduits lacrymaux. Leur longueur est très suffisante pour parcourir tout l'urètre antérieur jusqu'au bulbe, tout au moins dans les cas de développement ordinaire de la verge. La plaquette qui réunit deux tiges de calibre différent, ensemble qui constitue une sonde de Bowmann, offre aux doigts une bonne prise donnant à la main toute facilité pour manier avec aisance et précision l'instrument parcourant l'urètre. La série complète de ces sondes comprend des tiges de divers calibres dont les dimensions répondant à tous les besoins de la pratique courante. Enfin cette instrumentation existant toute faite dispense d'augmenter de nouveaux modèles l'arsenal chirurgical passablement copieux déjà.

Technique de l'exploration. — Au seuil de cette exploration il convient de se remémorer cette définition que le Pr Guyon donnait du cathétérisme explorateur en l'appelant « *un toucher prolongé* » : définition on ne peut plus exacte car par cette exploration on se rend admirablement compte des modifications et particularités d'un urètre, lesquelles se révèlent par des sensations qui sont perçues par la main qui tient l'instrument avec une netteté et une fidélité surprenantes, à croire qu'on les touche avec le doigt lui-même, permettant d'apprécier les changements de calibre et même jusqu'aux pertes d'élasticité de la muqueuse, à la condition qu'au cours de l'exécution des manœuvres de l'exploration, on se conforme à cet autre précepte du Pr Guyon : « *être attentif et recueillir les sensations* ».

Basée sur les mêmes principes que ceux du cathétérisme explorateur, la recherche des repaires microbiens de l'urètre antérieur, dont la technique est maintenant à exposer, obéit aux mêmes règles et la rencontre de ces repaires qu'elle amène donne lieu aux mêmes remarques.

Voici le *modus faciendi* à suivre : la main gauche maintient la verge dans la position de « *la verge au plafond* », suivant la pittoresque expression du Pr Guyon, devenue classique pour tout cathétérisme, attitude qu'elle conserve pendant toute la durée de l'exploration et présentant à l'instrument le méat entr'ouvert. Celui-ci, tenu délicatement de la main droite, comme une plume à écrire, est introduit dans l'urètre dans une position un peu oblique à l'axe du canal, puis amené au contact, d'abord de la paroi antérieure, glissé lentement le long de cette paroi qu'il parcourt dans toute son étendue. La même manœuvre est répétée sur la paroi inférieure, et enfin sur chacune des parois latérales.

Sans entrer dans la description détaillée des repaires microbiens de l'urètre antérieur, dont la description n'a pas sa place ici, je rappellerai seulement que, normaux ou non, mais toujours congénitaux, le plus habituellement très petits, qu'ils soient constitués par des dépressions, en doigt de gant, ou par des replis en nid de pigeon de la muqueuse, ces repaires, circonstance heureuse, je dirai même providentielle, et intéressante à avoir présente à l'esprit au cours de leur recherche, ont toujours leur orifice dirigé du côté du méat urétral. La rencontre de ces repaires se fait par l'engagement de la sonde dans leur ouverture. La sensation qui en résulte, et qui est transmise à la main, est très minime et fugace, mais parfaitement perceptible si l'on a soin d'opérer avec douceur, lenteur et attention.

Quelquefois, mais la chose est assez rare, quand un repaire est assez profond et assez large, si, après que la sonde est parvenue au fond de ce repaire, on ramène l'instrument à soi en l'appuyant sur la paroi du repaire répondant à la lumière du canal, et en faisant effort pour amener la sonde au contact de la paroi de l'urètre opposée à celle explorée, de manière à tendre la poche que forme le repaire, on perçoit, de façon très marquée, au moment où la sonde abandonne le bord libre de

l'orifice du repaire, son limbe, une sensation de ressaut très nette.

Toutes les particularités résultant de l'exploration, nombre des repaires, leur situation sur telle ou telle paroi de l'urètre, la distance qui les sépare du méat urétral, leur espacement les uns des autres, quand il en existe plusieurs, leurs dimensions, seront soigneusement notées car les indications ainsi recueillies serviront de guide dans le choix des canules dont elles commanderont les dimensions (longueur et calibre), et dans la manière de faire le lavage du ou des repaires reconnus afin d'en obtenir la désinfection et par là celle de l'urètre dont l'infection est entretenue et prolongée par la présence du gonocoque dans les repaires et subsiste tant que ce germe infectieux subsiste lui-même.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'insuline dans le traitement des diabétiques tuberculeux et ses indications.

Faut-il traiter les diabétiques en voie d'éclosion tuberculeuse par l'insuline ? Beaucoup d'auteurs ont répondu par la négative. V. Cordier et P. Sedaillau (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 avril 1926) sont moins catégoriques. Ils constatent d'abord que l'insulinothérapie des diabétiques tuberculeux ne les expose pas à un danger et qu'il n'y a pas d'observations démonstratives d'une aggravation de la tuberculose. Sans doute la cure d'insuline ne guérira pas une tuberculose en marche chez un diabétique, mais elle permettra de lutter contre cette tuberculose dans les conditions habituelles alors que, sans son secours, nous savons très bien que nous sommes vaincus d'avance. La méthode est à son éclosion, on doit lui faire confiance et l'étudier de façon plus approfondie.

Les indications les plus favorables sont les suivantes :

1° Les phtisiques *nettement évolutifs porteurs d'un diabète vrai.* Si l'on a peu de chances de voir se modifier l'évolution tuberculeuse, on obtiendra en général un soulagement des signes fonctionnels et surtout on aura la possibilité d'alimenter les malades : 15 unités journalières paraissent un taux suffisant de protection ;

2° Les *tuberculeux fibreux, avec diabète vrai.* On doit faire la cure avec espoir. C'est que, dans ces cas, tôt ou tard, sous l'influence du diabète, ces malades feront une éruption tuberculeuse qu'on peut parer en ménageant l'avenir ;

3° L'éclosion d'une *tuberculose incipiente chez un diabétique en traitement* ne constitue pas une contre-indication, au contraire. La cure devra être conduite *non comme un pis-aller, mais de façon rigoureuse avec dosage fréquent de la glycémie et de la réserve alcaline.* Ce sont des *cas d'avenir* à traiter avec la technique et la posologie habituelles.

Par contre, il faut rejeter l'emploi de l'insuline chez les tuberculeux fibreux ou évolutifs qui présentent du diabète par troubles hépatiques (*glycosurie par anhépatie* étudiée par le Pr Roque) ; en ce cas l'insuline peut être un aggravant de l'état du tuberculeux.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MÉDECINE

Antisepsie des voies urinaires par le salol. — M. Bazy. — Le salol est un antiseptique puissant dans les infections urinaires. Il agit dans les affections urinaires aiguës et se montre supérieur aux autres antiseptiques dans les infections à allure apyrétique ou chronique. Particulièrement les accès de fièvre qui accompagnent les cathétérismes dilatateurs sont supprimés. Pour agir, il doit être donné à des doses élevées : 2 gr. 50 à 3 grammes par 24 heures. Il est bien toléré par les voies digestives.

Les Botocudos du Brésil et les femmes à plateaux des Saras Djcugés du Chari (Afrique équatoriale). — M. Capitan (avec projections cinématographiques).

Les infections septicémiques à bacilles de Friedlander. — M. Brouardel. — Ces infections sont en augmentation. Elles présentent ou l'allure septicémique, ou l'allure typhoïdique avec hémorragies profuses.

L'hémoculture donne seule la clef du problème. La mort est la terminaison habituelle. Les vaccins ne donnent aucun résultat.

Quatre années de fonctionnement d'une crèche hospitalière. — M. Lesné.

Le Congrès international de la tuberculose à Washington. — M. Léon Bernard.

16 novembre 1926.

SOCIÉTE MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 novembre 1926.

Kyste hydatique suppuré latent du foie. — M. Et. May rapporte l'observation d'un kyste hydatique suppuré

latent du foie compliqué d'ictère dont le diagnostic ne peut être fait que par l'autopsie.

Pneumo-encéphalographie par voie lombaire. Technique nouvelle. — MM. SICARD, HAGUENEAU et GALLY. — Toute substance appréciable par contraste aux rayons X, susceptible de dessiner objectivement le contour des ventricules latéraux et de permettre d'étudier les modifications de leur forme et de leur situation apportera une aide importante au diagnostic topographique souvent si difficile des tumeurs du cerveau.

L'introduction par voie sous-arachnoïdienne lombaire du lipiodol ascendant, aussi bien que celle de l'air, a été abandonnée en France et à l'étranger à cause des dangers que présente cette méthode.

Une technique nouvelle peut nous mettre à l'abri de ces accidents graves. Il suffit d'utiliser la table radiologique basculante : on injecte l'air par voie lombaire le malade étant en position de Treudelenburg. L'air se collecte dans le cul-de-sac sacré. Dans un deuxième temps le malade est basculé ; l'air gagne les cavités craniennes. Rapidement les clichés radiographiques sont pris. Puis on remet le malade en Treudelenburg. L'air repasse par les trous de Monro, de Magendie et Lusckha et rejoint le cul-de-sac sacré d'où on peut l'évacuer. On évitera ainsi toutes les réactions consécutives et la ventriculographie pourra reprendre son rôle utile dans le diagnostic des tumeurs cérébrales.

L'indice de désamination comme épreuve d'exploration fonctionnelle du foie. — MM. Noël FIESSINGER, H.-R. OLIVIER et M. HERBAIN rapportent les résultats de leurs constatations sur ce qu'ils ont nommé l'indice de désamination. Cet indice est formé par le rapport $\frac{\text{N polypeptidique}}{\text{N total non protéique}}$ différent de l'indice de polypeptidémie de Cristol, il s'obtient par double défécation trichloracétique et phosphotungstique.

Oscillant entre 0,17 et 0,20 dans les maladies sans insuffisance hépatique, il s'élève au cours des maladies du foie pour atteindre 0,50 dans l'ictère grave.

Les auteurs en tirent des conclusions intéressantes au cours de l'insuffisance hépatique.

Un cas d'encéphalite épidémique grave chez un enfant de 27 mois, traité par le salicylate de soude intraveineux, avec guérison remontant à dix mois (présentation du malade). — MM. D. DENÉCHAU, J. PEIGNAUX et H. FRUCHAUD (d'Angers) présentent un enfant de 3 ans qui en décembre 1925, à 27 mois, est pris subitement de fièvre à 41°, de phénomènes d'acétonémie, de torpeur allant jusqu'au coma et d'un peu de parésie du membre supérieur droit. Rapidement à cette phase comateuse et paralytique succèdent des mouvements choréo-athétosiques et des crises d'excitation psychique violente, puis un syndrome aigu de paralysie labio-glosso-laryngée avec état général extrêmement grave. La ponction lombaire montre moins d'un élément cellulaire par millimètre cube, une albumine légèrement augmentée, mais une glycorachie atteignant 1 gramme. Le diagnostic d'encéphalite aiguë porté, le traitement par le salicylate de soude intraveineux est commencé au dixième jour, l'on injecte de 1 gramme à 1 gr. 50 par jour en deux fois de salicylate en solution de 5 0/0 dans le sérum glucosé à 47 0/00 et 2 grammes par voie musculaire. Il fallut pour cela dénuder tour à tour la veine céphalique, puis la veine basilique du bras droit, puis user les veines jugulaires et enfin revenir au bras gauche dont on dénuda également les deux veines du coude. Tout cela se fit sans accident, sauf quelques phénomènes d'intoxication : cyanose et bradycardie. Au neuvième jour de ce traitement la chute thermique apparut et la guérison se fit progressivement. Elle semble depuis dix mois pratiquement complète.

Cinq cas d'infection aiguë, à type de méningite, semblant se rapporter à la névraxite. Evolution vers la guérison par le traitement salicylé pour quatre d'entre eux. — M. D. DENÉCHAU (d'Angers), relate cinq observations d'infection à type de méningite aiguë, à début brusque. L'une d'elles présenta une lymphocytose formidable avec hyperalbuminose et hypoglycorachie ; pour les autres le sucre du liquide céphalo-rachidien fut plutôt augmenté. La dernière apparut au onzième jour d'une vaccination jennérienne. Traitées par le salicylate de soude intraveineux, à raison de 1 gramme par jour en solution à 5 0/0 dans le sérum glucosé à 47 0/00, et par injections intramusculaires, quatre d'entre-elles guérirent sans séquelles. Ce sont là des faits voisins de l'encéphalite aiguë ; ils en diffèrent pourtant ainsi que des formes périphériques de cette affection. Malgré leur gravité réelle ils sont curables et semblent se modifier heureusement sous l'action du salicylate de soude intraveineux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Résection de la première côte et phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. BAUMGARTNER lit un rapport de M. JACOBOVICI (de Jassy, Roumanie) précisant la technique de cette opération et en étudiant les indications.

Sur un cas de hernie rétropéritonéale dans une fossette para duodénale. — M. HARTMANN lit une observation de M. CHRISTOPHE (de Liège) concernant une malade de 37 ans, présentant des troubles digestifs,

de l'amaigrissement, et une tumeur dure, fixée, dans la région para-ombilicale gauche.

Laparatomie exploratrice en mars 1922, par M. Hartmann, qui se trouve en présence d'une masse rétro-péritonéale, accolée au quatrième duodénum, entourée de ganglions. Fermeture sans intervention.

Les troubles s'accentuent et la malade est examiné en octobre 1922 par M. Christophe, qui constate sous l'écran une grosse dilatation duodénale.

Laparotomie : constatation de la même tumeur, dure, accolée à l'aorte;

Ponction, puis incision. qui évacue du liquide hématique.

Duodéno-jéjunostomie.

Drainage. Mort au bout de quelques jours par infection rhino-pharyngée et œdème de la glotte.

[illegible]opsie, on constate qu'il s'agissait d'une hernie [illegible]e fossette para-duodénale.

[illegible]Hartmann a retrouvé dans la littérature 167 cas [illegible]s hernies dans les fossettes duodénales, diagnostiquées pour la plupart à l'autopsie ou au cours d'une intervention pour occlusion.

L'opération de choix semble être dans ces cas la réduction de la hernie, avec suture de la fossette; en cas d'adhérences intestinales rendant la réduction impossible, la duodéno-jéjunostomie.

Du traitement des fractures des membres. — M. Rouvillois lit un rapport concernant deux appareils de contention de fractures des membres, tous deux basés sur le principe de l'attelle de Thomas, avec traction élastique.

Sur deux cas de fractures sous-trochantériennes du fémur. — M. Rouvillois lit une observation de MM. Plisson et Clavelin (de l'armée) concernant deux fractures sous-trochantériennes très obliques. Réduction.

Traction continue avec broche de Steinmann.

Résultats excellents.

M. Rouvillois insiste à nouveau sur l'importance capitale d'une surveillance attentive sous écran, surtout durant les premiers jours.

Sur 3 cas de suppuration pleuro-pulmonaire, traités par décollement pleuro-pariétal 2 guérisons, 1 mort. — M. Roux-Berger rapporte une observation de M. Papin concernant deux de ces cas, et de MM. Courcoux et Desplas, concernant le troisième; dans les trois cas, résection de la deuxième côte, décollement pleuro-pariétal et tamponnement : deux succès, un insuccès dû à une déchirure de la plèvre libre, avec infection du pneumothorax consécutif.

M. Roux-Berger insiste sur la valeur du décollement en cas d'adhérences pleurales; en cas de plèvre libre, on aura le choix entre un pneumothorax artificiel, ou la création artificielle d'adhérences (pneumopexie, irritations pleurales).

M. Tuffier s'associe au plaidoyer de M. Roux-Berger en faveur du décollement dans les suppurations pleuro-pulmonaires.

Sur une question de M. Moure, M. Roux-Berger conseille de ne faire cesser la compression qu'après la chute de température, et la disparition de l'expectoration.

Un cas d'anévrysme cirsoïde dn corps utérin. Hystérectomie subtotale. Mort par occlusion intestinale post-opératoire. — M. Moure rapporte une observation de M. Loubat (de Bordeaux) ayant trait à cette affection fort rare.

Malade s'étant présentée pour des métrorragies très abondantes : à l'examen, utérus gros et perception dans les culs-de-sac d'un pouls vaginal très marqué, s'accompagnant d'un léger thrill.

Laparotomie. L'utérus libre est entouré de cordons veineux énormes, soulevant le péritoine, l'artère utérine a le calibre du petit doigt. Tout l'utérus est animé de battements formidables. Hystérectomie subtotale. La tranche de section du col est le siège d'une hémorragie abondante, à laquelle M. Loubat oppose une ligature en masse à la soie. Hémostase complète.

Occlusion post-opératoire. Mort après intervention trop tardive.

L'examen histologique de l'utérus montre la présence d'un volumineux anévrysme cirsoïde.

Sur un cas de coxa vara congénitale. — M. Sorrel en rapporte un cas de M. Cholder (de Lausanne) traité par ostéotomie transcervicale avec ouverture de l'angle et immobilisation en abduction.

Bons résultats. A noter le modelage progressif du col fémoral, qui reprend un aspect presque normal.

Sur un cas de métastase osseuse au cours d'un cancer du col utérin. — M. Proust lit une observation de M. Jeanneney (de Bordeaux) concernant une malade atteinte de cancer du col utérin et ayant présenté, en dehors de tout traitement radio ou radiumthérapique, une métastase tibiale.

Cette observation semble infirmer partiellement l'hypothèse d'une influence possible du radium dans la production des métastases osseuses.

Présentation de malades. — M. Sorrel. — Deux malades atteintes du mal de Pott, traitées par greffes d'Albee. Excellents résultats.

M. Veau. — Un nourrisson atteint de sténose duodénale par pincement mésentérique. Abaissement de l'angle duodéno-jéjunal par section du muscle de Treitz. Guérison.

M. ALGLAVE. — Malade ostéosynthésée par fracture tibiale. Excellents résultats anatomiques et fonctionnels.

10 novembre 1926. E. THEILLIER.

BIBLIOGRAPHIE

L'Année obstétricale. *Travaux de l'année* 1924 *et Questions obstétricales d'actualité*, par M. H. VIGNES, *Accoucheur des Hôpitaux de Paris*, et M. J. DAUPHIN, *ancien Externe des Hôpitaux de Paris*. — Un volume de 128 pages. (MASSON et Cie, Editeurs.) Prix de base pour la France : 25 francs. En plus : hausse variable (40 % juillet 1926). Prix fixe pour l'étranger : 1 dollar.

Notre collaborateur Henri VIGNES est certainement le savant le plus au courant de la littérature médicale et obstétricale. Chez lui, les lectures ne sont pas sans éveiller une critique aiguisée et cependant tempérée par l'esprit le plus ouvert aux idées nouvelles. Il s'est associé M. DAUPHIN qui paraît un collaborateur habile et d'une extrême minutie.

Cet ouvrage est une bibliographie systématique des ouvrages obstétricaux parus en 1924, bibliographie pouvant être utile au praticien comme au spécialiste.

Pour certaines questions d'actualité ils ont donné une vue d'ensemble de l'évolution des tendances obstétricales au cours des dernières années.

Recueil des travaux français et étrangers (J. DAUPHIN). — I. Gestation ectopique et nidations anormales. — II. Gestation normale. — III. Gestation pathologique. — IV. Gestations multiples. — V. Avortement. — VI. La parturition normale. — VII. Parturition pathologique. — VIII. Thérapeutique obstétricale. — IX. Suites de couches. — X. Suites de naissance. — XI. Obstétrique légale et sociale. — XII. Histoire de l'Obstétrique et évolution.

Questions obstétricales d'actualités (H. VIGNES).

Irradiation et reproduction. — Modification du système nerveux végétatif. — Glycosurie gravidique. — Les causes et la nature de la coxémie gravidique. — Anatomie pathologique du placenta et des membranes. — Influence des maladies bucco-dentaires sur la gestation. — La contraction utérine. — Analgésie et anesthésie. — L'opération de Portès.

Ce que tout Tuberculeux devrait savoir, par M. le Dr HOLLIGER, *Médecin de la Clinique Mont-Réaux, Neuchâtel (Suisse)*. — Editions MALOINE, 2e mille, 132 pages.

Ce petit livre renferme des radiographies. Les unes annoncent la guérison totale, une autre la guérison de la tuberculose pulmonaire en treize jours. Cette dernière, il est vrai, ne concerne qu'une guérison clinique. L'auteur consent à ne pas opérer de miracles. Il regarde sur l'horizon le spécifique de la tuberculose qui ne vient pas. En attendant, il interdit le sport et les bains de soleil aux tuberculeux pulmonaires. Il autorise le tabac et défend le vin, qu'il soit rouge ou blanc. Les malades se consoleront de cette seconde suppression en s'épanouissant dans la fumée d'un cigare. M. HOLLIGER permet 1 à 2 cigares, 1 à 2 pipes. Lequel préférez-vous, cigare ou pipe ? Dites votre choix. Mais n'avalez pas la fumée.

Les différentes formes de l'arsenicisme *et en particulier de l'arsenicisme provenant de l'habitation ou des objets domestiques*, par M. le Pr Karl PETREN (Lund Suède). — Un volume de 128 pages, avec tableaux. (MASSON et Cie, Editeurs.) Prix de base pour la France : 12 francs. En plus hausse variable (40 % juillet 1926). Prix fixe pour l'étranger : 0 dollar 48.

Ce petit livre traite de la plupart des questions qui touchent l'intoxication arsenicale.

Il tient compte de tous les cas d'épidémies, d'intoxications, d'empoisonnements qui ont été relevés depuis un nombre important d'années. Dans certaines ces accidents sont imputables à l'habitation ou au domestiques.

Les documents sont analysés comparativemen symptomatologie de l'affection et les phénomènes bides qu'elle provoque sont parfaitement étudiés.

Cette étude très complète s'adresse aux médecins légistes, hygiénistes, ingénieurs sanitaires et architectes et aux laboratoires d'analyse et de toxicologie.

Consultaire, par M. SEGARD, *Médecin consultant à Saint-Honoré (Nièvre)*, 3e édition. — MALOINE, édit. 1 vol. 715 pages.

La troisième édition de ce livre essentiellement pratique est enrichie de différents chapitres. L'auteur en consacre un aux injections intra-veineuses. Espérons que cette méthode thérapeutique se contentera un jour des applications indispensables ; car vraiment l'abus qui en est fait est quelque peu humiliant pour les médecins.

Un bon esprit de médecin praticien anime la suite des pages.

Rééducation et Massages dans les troubles moteurs des affections nerveuses (Préface du Pr Collet), par le Dr L. MICHAUD *médecin traitant à Lamalou-les-Bains*. — Paris, Edition de : *Aux Ecoutes*. — Prix : 5 fr. 50.

Petit livre intéressant. Fort de son expérience l'auteur nous donne des instructions compétentes et infiniment utiles. Que valent la rééducation, le massage, la kinésithérapie ? Elles valent beaucoup et rendent d'infinis services. comme le Dr L. MICHAUD l'établit fort bien.

Le rhumatisme, par M. le Dr SIMERAY, *ancien externe des Hôpitaux de Paris*. — Une brochure.

L'auteur nous donne le résultat de son traitement dans le rhumatisme. Il emploie les dissolvants de l'acide urique injectés localement.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : CH. FIESSINGER
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

L'algo-spasme menstruel avec ou sans obstruction anatomique

(*Dysménorrhée des auteurs*).

Par M. Paul Petit-Dutaillis,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel.

Le terme *dysménorrhée*, comme tant d'autres que nous traînons derrière nous, comme des boulets, dans notre marche vers la lumière, ne suffit pas à la synthèse clinique qu'on prétend lui faire représenter. Il en laisse dans l'ombre le principal, le tout de son mécanisme, qui se résume en un *algo-spasme menstruel avec ou sans obstruction anatomique.*

L'algo-spasme ayant une quadruple origine, on peut distinguer, au point de vue du traitement pathogénique à instituer, au point de vue *prédisposition*, 4 espèces de dysménorrhée :

1° *Dysménorrhée avec prédisposition locale, obstructive, de nature anatomique* ;

2° *Dysménorrhée avec prédisposition réflexe locale* ;

3° *Dysménorrhée avec prédisposition réflexe générale* (endocrino-sympathique).

En clinique, ces trois premières espèces peuvent se présenter isolément, liées par deux ou toutes trois ensemble ;

4° *Dysménorrhée sans prédisposition, accidentelle* et purement nerveuse, ou, si vous voulez, purement hémoclasique, suivant vos préférences pour telle ou telle théorie actuelle du choc.

I.—La prédisposition.—1° *Prédisposition locale, obstructive, de nature anatomique.* — Congénitale ou acquise, elle peut siéger à tous les étages du tractus génital de la femme.

La sténose ou atrésie *vulvo-vaginale, congénitale,* siège à une hauteur qui varie suivant le point où s'est faite la jonction vagino-vestibulaire : elle peut se rencontrer jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'emplacement habituel de l'hymen, L'atrésie peut être complète ou, la sténose, telle, qu'il n'existe, dans la membrane, qu'un orifice minuscule. Après l'établissement des règles, en cas d'atrésie, le sang est complètement retenu ; en cas de sténose, aussi prononcée que je viens de le dire, il y a bien un léger suintement sanglant, mais, en compensation, grande chance d'infection. Dans les deux cas, se fait une rétention sanguine qui distend progressivement vagin (*hématocolpos*), utérus (*hématomètre*) et trompes (*hématosalpinx*). Cette rétention, parfois énorme, ne s'accompagne pas, en général, de symptômes en proportion, jusqu'au jour où éclate une crise d'algo-spasmes, de pronostic très grave, qui aboutit à la torsion de la trompe hypertendue, —à sa rupture dans un viscère voisin, ou le ligament large, ou le péritoine, —et à la suppuration du sang épanché, par migration des microbes intestinaux, quand il n'est pas déjà contaminé. Il ne faut donc jamais manquer d'exiger un examen génital chez une jeune fille, quand une dysménorrhée se répète ou s'accentue après la puberté ; il ne faut pas s'exposer à traiter, comme cela s'est vu, par des antispasmodiques, pendant des mois, une rétention sanguine qui peut aller de l'hymen aux trompes.

Les cloisonnements transversaux du vagin sont plus rares, rarement complets ou assez sténosés pour donner lieu à de pareils accidents.

Les sténoses ou atrésies, par caustique, de la totalité du canal utérin, s'observaient chez nous, au temps où sévissait l'abominable traitement de Dumontpallier. On les constate encore, parfois, dans le canal cervical. La sténose fibreuse congénitale y est assez fréquente, siégeant plus ou moins haut. La sténose fibreuse de l'orifice externe est rare. Toutes ces sténoses font obstacle au cours du sang menstruel, *déterminent de l'algo-spasme et se complètent par son entremise.*

Mais, contrairement à une donnée encore classique, ni l'*antéflexion*, ni la *rétroflexion congénitale* de l'utérus, dans leur forme ordinaire (c'est-à-dire avec souplesse suffisante pour être réduites à la main, au moins partiellement, autour de la charnière isthmique), ni la sténose de l'orifice externe (à moins donc qu'il ne s'agisse d'un trou d'aiguille) de même origine et de même état tissulaire ne donnent lieu à la dysménorrhée, pour la bonne raison qu'on les *rencontre très souvent sans elle.* Quand la dysménorrhée coïncide avec les états congénitaux ainsi définis, elle est due, non pas à eux, mais à une des causes d'obstruction organique précitées, à celles dont il me reste à parler, ou à telle cause d'algo-spasme pur et simple ; — et si, en pareils cas, dilatation et discision agissent si bien, ce n'est pas sur cette antéflexion, cette sténose de l'orifice cervical externe, mais sur l'obstruction fibreuse directe du canal, ou sur les appareils récepteurs du sympathique s'il y a prédisposition réflexe locale ou générale.

Antéflexion et sténose de l'orifice externe ne sont causes d'obstruction que dans des cas beaucoup plus rares que les précédents : lorsqu'il y a

fixation de la flexion par sclérose de la paroi utérine, ou par adhérences péritonéales, ou par paramétrite ligamentaire.

Bien entendu, les fibromes utérins à évolution sous-muqueuse sont aussi causes de dysménorrhée par obstruction organique.

2° *Prédisposition réflexe locale.* — Ce peut être : une lésion inflammatoire de l'utérus ou des trompes, un fibrome dégénéré... En dehors du tractus génital : une ovarite scléro-kystique ; l'*ovaire micro-kystique sans sclérose n'y suffit pas.*

Il faut beaucoup compter avec les noyaux de paramétrite juxta-cervicale, — avec la douglassite de Condamin, — l'appendicite, — qui agissent par propagation inflammatoire ou réflexes à distance : la zone appendiculaire, tant soit peu touchée, est un point de départ de réflexes multiples pouvant aboutir aussi bien au spasme utérin qu'au vomissement ou à la céphalée ; — le repli de Douglas contient dans son épaisseur tous les nerfs qui, du ganglion hypogastrique, vont à l'utérus.

Il faut compter aussi : avec la simple coprostase, la colo-rectite, l'oxyuriase (les ganglions hypogastriques sont soudés aux flancs du rectum et représentent les principaux centres ganglionnaires du plexus de ce nom) ;

avec des lésions beaucoup plus éloignées, particulièrement celles du nez.

3° *Prédisposition réflexe générale ou endocrino-sympathique.* — De récentes expériences d'Arloing, Augeron, Mounier, démontrent bien l'action de certaines hyper ou hypo-endocrinisations sur la sensibilisation du sympathique et le choc lui-même.

La recherche de cette prédisposition comporte celle du trouble endocrine et de la réponse sympathique.

Avec nos tests cliniques et biologiques actuels, le trouble endocrine ne peut encore se déterminer qu'incomplètement ; mais des tests nouveaux sont dans l'air : ainsi le Pr Castano dit-il avoir obtenu les révélations les plus précises sur les dysfonctionnements glandulaires, en mettant en évidence, dans le sérum, les ferments organo-spécifiques grâce à la méthode d'Abderhalden et nous annonce l'apparition prochaine d'un travail d'ensemble sur la question ; — ainsi Bock de Berlin dit-il avoir découvert, dans les glandes endocrines, des corpuscules spécifiques dont la surabondance dans le sang indiquerait leur dysfonctionnement. En attendant confirmation de ces espérances, faisons de notre mieux : tâchons de saisir le syndrome endocrine prépondérant.

L'hypertonie sympathique peut toujours être spécifiée : avec l'épreuve de Danielopolu par l'atropine et l'orthostatisme : très bien ; avec les réflexes oculo-cardiaque et solaire : suffisamment, pour qui n'est pas trop difficile. N'oublions pas que cette irritation plus ou moins généralisée, plus ou moins latente du sympathique, dans l'entre-crises, peut être aussi due, la répercussivité réflexe aidant, à une lésion minime de ses centres ou conducteurs que nous n'aurons pas su trouver.

II. — Syndrome de la crise dysménorrhéique. — Certains esprits, peu portés vers la terre, particulièrement le terre à terre de la clinique, ont imaginé, dans le syndrome de la crise dysménorrhéique, l'existence, sur un fond commun, de signes différentiels de son origine anatomique et de son mécanisme ; au moins devraient-ils tous en déduire la nécessité de varier le traitement ; il en est pourtant au regard desquels le seul traitement efficace est celui qui répond à leurs habitudes, par exemple l'usage de l'amputation du col ou des eaux thermales dont ils cultivent la nymphe. Ces esprits pleins d'éclairs, naviguant, parmi les nuages, dans des ballons gonflés d'idées, ont déterminé (surtout les aquatiques), des pluies de syndromes dysménorrhéiques (syndromes utérin, ovarien, gastrique, psychique, appendiculaire, syndrome de l'obstruction organique et de l'obstruction inorganique, etc., etc.) qui répondent autant à des réalités que le songe de Scipion l'Africain, ou cette croyance des Egyptiens qui mettait, dans les cieux, les sources du Nil.

Il y a *un syndrome dysménorrhéique*, pas davantage, pour la raison que ce syndrome est uniquement dépendant du spasme toujours existant.

Après des prodromes déjà spasmodiques et divers, mélangés à des états morbides, non spasmodiques et variés, se déclare, à l'arrivée dans la paroi, puis dans la cavité de l'utérus, de son excitant habituel, le sang, un algo-spasme pelvien, sous forme de coliques, dans l'utérus, de tiraillements du côté de ses ligaments, d'épreintes du côté de la vessie, du rectum, avec plus ou moins de répercussivité réflexe au loin. Que ce soit la douleur qui précède au début, le spasme, ou que ce soit le contraire, la rétention sanguine suit et il se passe, entre les trois phénomènes, avec des intermittences, un petit jeu d'interréactions exacerbantes, progressives et extensives jusqu'à un certain paroxysme, après quoi tout cesse.

L'hypertonie sympathique de la crise est ordinairement à prédominance parasympathique, mais

pas toujours, le substratum constitutionnel variant. STANICH a décrit deux types nerveux chez les tuberculeuses : un type sympathicotonique chez les peu avancées, les allergiques ; et un type vagotonique chez les anergiques.

III. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Jules KREIS a raison de dire qu'il ne faut pas confondre la dysménorrhée avec ce qui ne l'est pas. Pour qu'il y ait dysménorrhée, il faut qu'il y ait algo-spasme. Un simple réveil de douleurs du côté d'une salpingite, d'une appendicite, etc. du fait du molimen congestif des règles est autre chose que de la dysménorrhée.

Diagnostic différentiel des prédispositions. — Commencez par éliminer la dysménorrhée accidentelle. Recherchez ensuite les prédispositions obstructives de nature anatomique ; puis les prédispositions locales réflexes ; il vous reste la prédisposition générale, endocrino-sympathique.

Diagnostic des éléments du choc. — Ce qu'on peut en saisir, de variable, c'est l'hypertonie sympathique. Mais il y a, en plus, une constante de la plus haute importance : *le point de concentration du réflexe, dans l'utérus, est au voisinage immédiat de l'orifice externe.* Sur quoi s'appuie mon affirmation ? *sur le succès constant d'une résection très minime, angulaire, bilatérale, de chaque côté de cet orifice, toutefois qu'il n'y a pas obstruction anatomique du canal utérin,* — mais qui n'est pas dû à l'agrandissement de l'orifice, puisqu'on l'obtient aussi bien quand il est naturellement large, — succès qui ne peut être dû qu'à l'interruption de l'appareil sphinctérien du spasme au point d'arrivée le plus actif et très limité du réflexe.

Diagnostic différentiel, causal. — Il faut tâcher de remonter, par l'étude des antécédents, à la cause de la prédisposition permanente : intoxication, — toxi-infection, héréditaire ou acquise (en particulier syphilis, infection rhumatismale), — helminthiase, — chocs émotionnels répétés, d'ordre physique ou psychique. Il faut ensuite se rendre compte si, dans ces divers facteurs, particulièrement les émotionnels, il n'en est point qui s'ajoute fortuitement à la cause, encore problématique, du choc menstruel normal, *qui peut suffire,* la prédisposition aidant.

IV. — TRAITEMENT. — 1° *Traitement radical* : *A. Pathogénique* ; *a) Traitement de la dysménorrhée à prédisposition réflexogène générale.* — Après dilatation à la laminaire, pendant vingt-quatre heures, puis avec les bougies de HEGAR, pratiquez ce que je dénomme : la *microexcision angulaire bilatérale du col* : immobilisez-le bien dans l'axe vaginal, avec deux pinces Chaput fixées, l'une sur sa lèvre antérieure, l'autre, sur la postérieure. Introduisez-en une troisième, dans le canal, latéralement et à 1 centimètre de son orifice. Avec une paire de ciseaux droits, la main haute, à partir de l'orifice externe, sectionnez l'organe obliquement de haut en bas, de façon à rejoindre le sommet de la troisième pince. La main basse, deuxième section, de bas en haut, pour arriver au même point. Vous avez ainsi enlevé un coin de tissu mesurant 1 centimètre de base et de hauteur. Il est bon de border la tranche avec un point continu de catgut, pour diminuer le suintement sanglant consécutif ; mais ce n'est pas indispensable. Qu'on le fasse ou non, les deux tranches de l'excision ne peuvent se réunir. Faites-en autant de l'autre côté. Au bout de un ou deux mois, du fait de l'intussusception tissulaire, l'orifice néoformé prend absolument l'aspect d'un col qui a accouché sans être déchiré. La dysménorrhée à prédisposition réflexogène générale est à tout jamais guérie et je vous ai dit comment : parce que vous vous êtes attaqué au mécanisme du spasme, au point de concentration périphérique du réflexe, au sphincter très limité sur lequel il agit, et non point parce que vous avez agrandi l'orifice externe. Vous pouvez administrer des extraits glandulaires ; faites-le pour améliorer l'état général de la malade, si le syndrome endocrine vous apparaît ; mais c'est inutile, quoique très rationnel, pour guérir cette forme de dysménorrhée. Avec l'opothérapie, si bien comprise soit-elle, vous ne la guérirez jamais ; avec cette excision, pourtant si minime, qui interrompt le circuit sphinctérien du réflexe, vous la guérirez toujours et mettrez en même temps la femme en meilleure condition pour obtenir une grossesse souvent attendue.

Quand il existe une flexion congénitale non fixée, on se figure, à tort, encore une fois, que c'est elle la cause, par obstruction mécanique, de la dysménorrhée. Elle n'y est pour rien, ni de cette façon, ni en appelant le réflexe spasmogène. La preuve en est que je la laisse de côté et que je guéris pourtant toujours ma malade.

En conséquence de ce concept erroné sur le rôle de la flexion congénitale, on se croit obligé de faire une discision bilatérale, sur toute la hauteur de la portion vaginale du col, avec évidement et suture sur la même étendue (procédé de DANIEL), ou seulement au voisinage de l'isthme (DOUAY),

de façon à élargir l'orifice interne, à le confondre avec l'externe et à supprimer la flexion. Mais, si la dysménorrhée disparaît, ce n'est pas dû à ce résultat, — c'est que l'on a interrompu le circuit réflexe qui siège beaucoup plus bas, de sorte que... il est inutile de remonter si haut.

Pozzi réunissait déjà aussi bien avec son procédé dont sont issus tous ceux dont je viens de parler, en ne sectionnant que jusqu'à mi-hauteur du col, — et moi, pas plus mal, en étant encore plus parcimonieux : toujours pour la même raison.

Ces discisions hautes ne sont pas seulement inutiles : elles exposent à l'avortement, en enlevant à l'œuf son appareil de soutien, — si bien qu'il vient parfois à bomber à l'orifice de néoformation, vers le quatrième ou cinquième mois, ainsi que j'ai pu le constater ; tandis qu'avec le procédé, si modeste, que je préconise, non seulement on obtient la grossesse parfois désirée depuis nombre d'années et à laquelle l'algo-spasme du coït s'opposait, mais elle continue jusqu'au bout. J'en ai ainsi obtenu un certain nombre, et mon collègue Marquer 21, relatées dans sa récente thèse.

C'est mon ami regretté St. Bonnet qui a imaginé cette petite intervention pour combattre la dysménorrhée. Je ne réclame la priorité que pour la précision de ses indications et le mécanisme de son action. Il y a longtemps que je cherche à la faire passer dans la pratique. Mais je constate avec regret que, facilement esclave des idées fausses, pourvu qu'elles soient coutumières, on s'obstine à croire à une obstruction anatomique quand c'est un spasme qui est en jeu, et qu'on ne veut pas se laisser convaincre que c'est un spasme surtout agissant au pourtour de l'orifice *externe* du col.

b) Traitement pathogénique de la dysménorrhée à prédisposition réflexe locale. — C'est simple : il faut traiter la métrite, si elle existe, — ou enlever l'appendicite, — ou soigner la douglassite par injections rectales et vaginales chaudes, la columnisation vaginale et le massage, — ou simplement obvier à la coprostase, — exterminer les oxyures, — cautériser la rhinite hypertrophique, etc.

Mais il faut souvent aussi pratiquer la micro-excision bilatérale, parce que souvent il y a addition de prédisposition réflexe générale.

c) Traitement de la dysménorrhée à prédisposition obstructive anatomique. — Ouvrir l'imperforation de l'hymen avec une sage lenteur ou agrandir son orifice insuffisant. S'il y a atrésie du canal utérin par caustiques, faire la cervicectomie ou l'hystérectomie totale, suivant la hauteur. S'il y a sténose indirecte du fait d'une flexion fixé : par douglassite : j'ai déjà donné le traitement ; — par des adhérences péritonéales : il faut détruire ces adhérences et sortir l'utérus de leur foyer en pratiquant la ligamentopexie abdominale de Doléris.

Enfin, s'il y a sténose indirecte par *flexion scléreuse*, ou *sténose fibreuse directe du canal cervical*, ce qui est beaucoup plus fréquent, il faut : 1° dilater d'abord avec une laminaire, particulièrement utile en pareil cas, parce qu'elle *assouplit* en plus les tissus et facilite beaucoup le passage ultérieur des bougies de Hégar ; 2° user de ces bougies ; 3° maintenir le col dilaté, dans l'intervalle de deux menstruations, avec le *pessaire intra-utérin d'Iribarne*. Cet appareil est très léger, se fixe facilement avec 4 fils de lin, après une légère discision bilatérale ; il tient très bien, un tamponnement aidant ; la calibration qu'il donne persiste un certain temps. Dilatation et pessaire agissent certainement aussi en modifiant la conductibilité des récepteurs sympathiques, en s'opposant, par suite, de façon durable à un algo-spasme qui a sa grosse part dans la dysménorrhée qu'il s'agit là de combattre, attendu que l'excellent résultat obtenu persiste plus longtemps que la calibration. La discision simple, nécessaire pour mettre en place le pessaire (et que je remplace avantageusement, je crois, par la micro-excision angulaire) agit dans le même sens que la dilatation, bien plus en supprimant le point nodal du réflexe qu'en agrandissant l'orifice externe. Pendant tout le temps d'application de l'appareil, la malade doit garder le repos, autant que possible dans la position horizontale, et le tamponnement sous-jacent sera renouvelé *quantum satis*.

Il est beaucoup question à Lyon, en ce moment, de chirurgie du sympathique pelvien pour le traitement de la dysménorrhée. Elle n'agit qu'en modifiant la conductibilité du sympathique ou en provoquant la résorption de la paramétrite : les moyens sus-indiqués, beaucoup plus simples, y suffisent.

B. Traitement causal. — Ne jamais l'oublier, car s'il est assez des traitements précédents pour éteindre les trois premières espèces de dysménorrhée, il faut aussi guérir la malade. C'est pour la même raison que, s'il suffit d'écarter la cause occasionnelle de choc pour prévenir le retour de la dysménorrhée fortuite, il n'en faut pas moins s'attaquer, chez la cliente, à toutes ses autres causes de maladie.

2° *Traitement symptomatique.* — *A. Traitement spécifique* : employer le médicament sympathique dont l'amphotropisme a la prédominance qui convient : 1° à l'hypertonie intermenstruelle ; 2° à celle de la crise. Le plus souvent il s'agit, pour celle-ci, de vagotonie et par suite c'est l'atropine qui, le plus souvent, convient le mieux.

B. Traitement non spécifique. — Dès les prodromes des règles, prescrire un grand bain quotidien, de une heure, — jusqu'à l'arrivée du sang, — et donner, matin et soir, un lavement de lait avec 2 ou 3 grammes de Br. K.

Quand la crise éclate, malgré ce traitement préventif : lavement à garder de 1 gramme d'antipyrine et XV gouttes de laudanum, dans 60 gr. d'eau, trois quarts d'heure après un lavement évacuant (très bon effet : le ganglion hypogastrique n'est pas loin) ou une cuillerée à café, *psr oe*, toutes les trois ou quatre heures, de solution alcoolique de benzoate de benzile à 20 % dans un demi-verre d'eau aromatisée, — ou l'extrait fluide de seneçon préconisé par DALCHÉ. Mais ne vous attardez pas à l'emploi de ces modes de traitement symptomatique : la dysménorrhée doit être traitée radicalement, si elle a une certaine intensité : c'est facile et sans danger avec les moyens sus-indiqués.

Ce que l'on a décrit sous le nom de *dysménorrhée membraneuse* consiste dans l'expulsion en bloc d'une membrane ayant les caractères d'une muqueuse utérine, au stade prégravidique, semée de cellules déciduales, hypertrophiée, mais dont l'hypertrophie est poussée plus loin que la normale.

La cause habituelle m'en paraît être des avortements ovulaires, utérins ou tubaires, très jeunes, à répétition, tels que j'en ai observés.

Le fait est que depuis que nous diagnostiquons la grossesse ectopique, à ses débuts, il n'est plus guère question de *dysménorrhée membraneuse.*

En résumé, pour se rendre maître d'une dysménorrhée, il faut commencer par en découvrir la cause, la prédisposition et le mécanisme, sans quitter la terre, le terre à terre de l'observation clinique, sans chevauchées dans le vide d'imaginations sans objet.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Les spasmes et les tics des paupières (1)

Suite et fin (2).

Par MM. les Docteurs

A. CANTONNET, *Ophtalmologiste de l'hôpital Beaujon.*

et

Cl. VINCENT, *Médecin de l'hôpital Tenon.*

DEUXIEME PARTIE

Les tics des paupières.

Essayons une définition comparative des spasmes et des tics, tous mouvements involontaires :

« Un spasme est une réaction motrice résultant de l'irritation d'un point quelconque, d'un arc réflexe spinal ou bulbo-spinal, disent MEIGE et FEINDEL, ou cortical ajouterons-nous. Le tic au contraire est un trouble psycho-moteur ; il a une origine corticale.

Souvent, au point de vue objectif, il n'est pas aisé de reconnaître le spasme du tic ; cependant dans le tic, il y a reproduction d'un acte fonctionnel, d'ailleurs exagéré et inopportun ; au début peut-être le geste a été voulu et conscient ; mais l'état psychique du tiqueur (nous en reparlerons) en permet la répétition involontaire ; ce sont des fonctions perverties ; dans le spasme les contractions n'ont pas un but fonctionnel et sont à distribution anatomique, nerveuse ou musculaire. Le tic est plus brusque. Le tic est influencé ou annihilé par les efforts de la volonté. Le tic ne persiste jamais pendant le sommeil. Il y a par ailleurs, de grandes différences au point de vue pronostique entre le spasme et le tic. Il y a des tics à forme clonique, des tics à forme tonique et même tétaniforme.

Les *stéréotypies* ont été longtemps confondues avec les tics, parfois il est difficile de les distinguer. Les stéréotypies sont des contractions musculaires de type normal mais devenues à la longue involontaires et inconscientes, sortes de gestes habituels, souvent répétées. On doit les rapprocher de ce que LETULLE appelle des *tics d'habitude,* n'ayant rien de convulsif, ayant au contraire le caractère d'actes intentionnels ou professionnels toujours identiques, jamais cloniques ou toniques. Il y a des stéréotypies d'attitude, d'autres de mouvements.

(1) Rapport présenté à la Reunion plénière de la Société d'Ophtalmologie de Paris (Résumé).

(2) Voir *Iournal des Praticiens*, n° 47, page 785.

A côté des tics et des stéréotypies il nous faut parler des chorées. Les *chorées des paupières* étant importantes, nous les étudierons plus en détail un peu plus loin ; contentons-nous de les citer ici.

Les *tremblements des paupières* ne peuvent être confondus avec les tics car l'amplitude du mouvement est faible, le rythme régulier et généralement rapide.

Les *crampes professionnelles* sont rares au niveau des paupières. On peut voir cependant la crampe de clignement, la crampe du sourcilier. Il ne faut pas confondre le tic à origine professionnelle et la crampe professionnelle.

—

Maintenant que nous avons dégagé les tics des paupières des spasmes, stéréotypies, chorées, tremblements et crampes, décrivons en détail les divers tics des paupières ou *blépharotics*, malgré que ce mot soit hybride dans sa composition.

Les **blépharotics** sont les plus fréquents de tous les tics, uni ou plus souvent bilatéraux. Ce sont :

Le *tic de nictitation*, battements rapides et répétés de la paupière supérieure.

Le *tic de clignotement*, contraction brusque et forte de toutes les fibres de l'orbiculaire auquel se joignent parfois d'autres muscles faciaux. C'est un tic clonique.

A côté du tic de clignotement est le *tic du clignement*, qu'il ne faut pas confondre. C'est un tic tonique, contraction qui se prolonge exagérément, maintenant l'œil demi-clos.

Le *tic d'écarquillement* est clonique ou tonique, ouverture excessive des paupières qui donne un aspect étrange au regard.

Souvent les tics sont à point de départ oculaire. Si un corps étranger, par exemple, légitime la contraction de l'orbiculaire, c'est un spasme qui peut devenir un tic par la répétition du geste. A côté des corps étrangers comme origine des tics palpébraux, citons rapidement les inflammations conjonctivales ou cornéennes, les eczémas, les blépharites, les troubles d'acuité visuelle ou les vices de réfraction.

Comment reconnaître le blépharotic du blépharospasme ? Par l'analyse de tous les caractères différentiels que nous avons énumérés dans la définition réciproque du spasme et du tic ; en outre, par deux caractères importants :

D'abord le tic est le plus souvent bilatéral, le spasme plutôt unilatéral.

Ensuite un blépharospasme s'accompagne exceptionnellement de mouvements du globe oculaire régnants dans le tic.

Et cela nous amène à parler des **associations des blépharotics.**

Les *muscles extrinsèques* participent souvent au tic, on voit le globe se mouvoir derrière les paupières abaissées. MEIGE a rapporté deux cas de tics nystagmiformes. Les formes toniques des tics des muscles extrinsèques peuvent se traduire par une fixité étrange du regard.

MEIGE admet que les *muscles intrinsèques* peuvent participer aux tics ; il pourrait y avoir un *tic de l'accommodation* ; une jeune homme se plaignait de micropsie ; il pourrait se produire aussi de la micropsie. Ce serait aller un peu loin que de qualifier tic de l'iris l'hippus.

Associations des blépharotics aux tics de la face. — Une forme faciale du blépharotic a été décrite par MEIGE sous le nom de convulsion faciale bilatérale et médiane. Elle présente certains caractères du tic, mais doit rentrer plutôt dans les spasmes. Nous l'avons donc décrite avec les spasmes.

Les associations des blépharotics aux tics de la face sont multiples et variables.

Autres associations des blépharotics :

La *maladie de Gilles de la Tourette* est constituée de tics avec incoordination motrice, écholalie et coprolalie. C'est l'apogée du tic avec troubles psychiques pouvant atteindre l'aliénation.

La chorée variable de Brissaud, chorée pour BRISSAUD, forme clinique de la maladie des tics pour GILLES DE LA TOURETTE, à manifestations polymorphes.

L'état mental des tiqueurs est en général caractéristique, c'est une tournure d'esprit qui dénote un certain manque d'équilibre. On peut retrouver des stigmates psychiques ou physiques qui appartiennent aux dégénérés non tiqueurs. Ce qui frappe, dit Gilbert BALLET, c'est moins le développement insuffisant que le développement inégal de leurs facultés, il peut y avoir des dispositions artistiques ou intellectuelles, on trouve parmi eux des gens de talent même de génie, mais d'autres facultés sont restées embryonnaires, absence de jugement ou de sens moral. Etat infantile, mobilité des idées, légèreté d'esprit ou de caractère ; infantilisme psychique caractérisé par affectivité désordonnée, vanité, orgueil, manque de pondération, idées fixes, obsession, phobies. Beaucoup d'entre eux sont des psychasthéniques. Ajoutons, par contre, que beaucoup de tiqueurs sont gens parfaitement normaux.

Pronostic des tics. — L'évolution dépend de l'état mental du tiqueur. Très rarement ils disparaissent spontanément. Il persiste indéfiniment à moins que le sujet ne fasse preuve d'une réelle volonté de guérir. Le jeune âge est condition favorable. Un tiqueur guéri reste un tiqueur en puissance, car les récidives ne sont pas rares.

Traitement des tics. — Il faut combiner la discipline du mouvement avec la discipline de l'immobilité, on établira des gammes de rééducation dirigées par le médecin, puis répétées à domicile par le sujet devant son miroir ou mieux sous la direction d'une tierce personne faisant office de moniteur. On ne peut guérir un tiqueur que s'il peut et s'il veut. Or, désirer n'est pas vouloir.

Chorée des paupières.

La chorée dit Babonneix est une affection motrice qui n'est ni une paralysie ni une contraction; c'est un mouvement involontaire que Sydenham appelait la « dictorio convulsiva ». Malgré que la chorée soit nettement séparable des spasmes et des tics, nous avons cru devoir décrire *en annexe* la chorée des paupières afin de donner au complet la vue d'ensemble des mouvements involontaires convulsifs.

Ces mouvements sont spontanés et se produisent aux yeux, en grande partie involontaires, irréguliers, arythmiques, désordonnés, imprévus et contradictoires, contractions brusques, violentes, impulsives. Ce sont des mouvements illogiques et non des actes comme les tics, calmés par le sommeil, accrus par l'émotion, le plus souvent bilatéraux, parfois unilatéraux (hémichorée), ou alternés (*chorea cruciata*). Les paupières clignotent incessamment, les globes oculaires deviennent fixes et saillants ou leurs axes cessent d'être parallèles, donnant en quelques secondes les expressions les plus opposées à la physionomie.

La pathogénie est mieux connue depuis quelques années; on admet qu'il s'agit d'une lésion du corps strié. Mais, dit Babonneix, à côté de *la chorée striée*, il y a une *chorée d'origine corticale* et une *chorée d'origine cérébelleuse.*

La chorée peut coexister avec la maladie des tics.

Essai de classification symptomatique.

Les paupières peuvent être le siège de mouvements convulsifs que l'on appelle *blépharospasmes* et *blépharotics.* Mais ces dénominations ne répondent pas à des mouvements morphologiquement définis. Il nous a semblé qu'une classification plus symptomatique puisse être proposée. En effet, les mouvements peuvent se décomposer en ;

1° *Contractures* (*tonies*), type : spasme facial à la période de contraction soutenue ;

2° *Secousses* (*clonies*) : myoclonies ou secousses initiales du spasme facial ;

3° *Tremblements* (*trémies*) : trémulations de caractère rythmique et symétrique ;

4° *Mouvements désordonnés* (*choréies*), type chorée, non rythmique, d'allure instable.

D'où nous tirons la classification symptomatique suivante :

Blépharotonies ;
Blépharoclonies ;
Blépharotrémies ;
Blépharochoréies.

Voilà les mouvements involontaires, qui, bien entendu, se combinent. Un spasme facial commence par des blépharoclonies et se termine en blépharotonies, suivies parfois de blépharotrémies ; telle danse de Saint-Guy présente des secousses brèves (blépharoclonies) et de la danse des paupières (blépharochoréies) ; telle forme intermédiaire relève à la fois de la myoclonie encéphalitique avec rigidité pseudo-parkinsonienne et de la chorée. Toutes les combinaisons se rencontrent.

Cette classification symptomatique ne fait que se superposer à la classification clinique et étiologique que nous avons exposée dans le cours de cette étude, qui nous a permis de reconnaître aux *Blépharospasmes* et aux *Blépharotics* une existence bien caractérisée.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr Hartmann.

Ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet.

Ce malade, âgé de 16 ans, a une tuméfaction générale de la région du poignet. Elle est plus marquée au niveau de la partie dorsale. Elle empiète sur la moitié supérieure des métacarpiens. Au niveau de la partie interne de la face dorsale, existe une teinte légèrement rosée de la peau. Ce gonflement de la région du poignet contraste avec l'amaigrissement considérable de l'avant-bras. Lorsqu'on compare les deux poignets, on remarque que la main du côté droit (côté malade) n'est plus exactement dans sa situation

normale par rapport à l'axe de l'avant-bras, la main est notablement plus « palmaire » que du côté sain, c'est-à-dire qu'il y a une subluxation du côté interne de la main vers la face antérieure. C'est une déformation qu'on voit d'une manière très ordinaire dans les lésions chroniques de l'articulation radio-carpienne.

Au palper, au niveau de la tuméfaction occupant la partie interne de la face dorsale, là où la peau présente une teinte légèrement rosée, il existe de la fluctuation ; dans les autres points, il y a une sensation d'empâtement. Il existe un peu de douleur en avant du cubitus. Le radius est très manifestement douloureux. L'interligne n'est pas sensible.

Le creux palmaire a en partie disparu. A la face antérieure de l'avant-bras, on voit une ulcération étendue, correspondant à l'intervention qui a été faite dans un autre hôpital.

Les mouvements des doigts sont très limités. Le malade arrive à étendre très facilement les deux dernières phalanges sur la première, mais il ne peut étendre la première. Les gaines sont probablement prises, car on sait que les mouvements d'extension de la première phalange sont déterminés par l'extenseur commun des doigts, et l'extenxion des deux dernières par les interosseux. Les interosseux fonctionnent bien ; l'extenseur commun est gêné, de même le fléchisseur commun.

Quand on prend les os de l'avant-bras d'une main, et de l'autre la main du malade, on constate l'existence manifeste de mouvements de latéralité.

En présence des symptômes qu'on vient de constater, on peut affirmer qu'on se trouve en présence d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet, suppurée, avec laxité ligamentaire, comme cela se voit quelquefois, mais avec une particularité, c'est qu'il existe une douleur très marquée à la pression au niveau même du radius. En général, les ostéo-arthrites tuberculeuses du poignet ont pour point de départ les os du carpe. Quand on intervient, on ne touche pas au radius et au cubitus ; tout au plus fait-on un peu de râclage de leurs surfaces articulaires, mais on ne pratique pas de résection des os de l'avant-bras ; on se contente d'enlever les os du carpe; l'opération est extrêmement simple ; il suffit de faire une incision ménageant les nerfs et les tendons ; les os du carpe s'enlèvent très facilement, se décollent de leur périoste. Le pisiforme est plus rarement envahi par la tuberculose carpienne ; le trapèze, quelquefois aussi, est moins envahi ; mais tous les autres os du carpe doivent être enlevés.

La radiographie montre ici que les os du carpe, tout au moins pour la deuxième rangée, ont leurs contours conservés. Sur les radiographies d'ostéo-arthrites tuberculeuses de la forme ordinaire, on voit, au contraire, tous les os du carpe fusionnés, les interlignes ont disparu. Ici, les interlignes sont conservés.

Au contraire, le radius présente une tuméfaction manifeste. Cet enfant n'a que 16 ans ; on voit ici la trace du cartilage de conjugaison. La radiographie confirme donc les résultats de l'examen clinique nous montrant, contrairement à ce qu'on voit habituellement, une intégrité relative du carpe et des lésions accentuées du côté du radias.

Le diagnostic ne présente aucune difficulté, et peut se formuler ainsi : ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée à point de départ dans le radius, avec lésions consécutives de la première rangée du carpe et probablement des gaines.

La question du traitement peut laisser un peu hésitant. Si on se trouvait en présence d'un homme de 35 à 40 ans, et encore plus s'il était plus âgé, la suppression du membre inutile serait indiquée ; mais chez les enfants il faut toujours espérer beaucoup, on en voit qui guérissent très bien par un traitement purement médical; on doit être plus conservateur que chez l'adulte.

On pourrait essayer de faire une résection de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras et de la première rangée du carpe. Il est possible qu'on y soit amené.

FORMULES

Consomption diabétique.

Le traitement par l'insuline (5 unités physiologiques en piqures matin et soir, 10 jours de suite, suspendre 15 jours et reprendre) : dans l'intervalle, une pilule avant chaque repas pendant quinze jours :

Arséniate de soude	0 gr. 002
Sulfate de strychine.	0 gr. 001

Pour une pilule n° 30.

Gingivite expulsive.

Après lavage de la bouche à l'eau de guimauve bicarbonatée (30 p. 1000), friction des gencives avec la poudre :

Perborate de soude.	10 gr.
Carbonate de chaux.	
Poudre de quinquina rouge.	

C.-J. FORESTIER.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

La stomatite gangréneuse.

C'est là une maladie fort grave. La mort fréquente et si le malade survit, des pertes de substance avec déformations consécutives. Dans le stomatite ulcéro-membraneuse, il n'y a ni œdème de la joue, ni noyaux d'induration. Ici, des phlyctènes suivies d'eschares noires.

Le traitement sera tout d'abord chirurgical (NOGUÉ, *Maladies de la bouche*, p. 289). Anesthésie au chloroforme, application de l'écarteur des mâchoires. Ablations des parties molles gangréneuses. Avulsions des dents. ALBERTIN (de Lyon) conseille même l'intervention sur l'os avec le davier gouge d'Ollier. Une fois les limites du mal dépassées, promener le thermocautère sur les surfaces cruentées. Pansement à plat sans sutures.

Gargarismes avec :

Chlorure de chaux liquide	12 grammes
Mellite de rose	25 —
Eau distillée	150 —

ou :

Chlorure de chaux liquide Alcoolat de cochléaria	50 grammes
Huile essentielle de menthe	V gouttes

Une cuillerée à café dans un verre d'eau pour laver la bouche.

A l'intérieur : tisanes avec sirop de quinquina.

Infusion de tilleul — de fleurs d'oranger	250 grammes
Sirop de quinquina	60 —

Par verres à madère dans le jour.

ou potions à l'extrait de quinquina (2 à 4 gr.), avec de la teinture de cannelle et du sirop d'écorces d'oranges amères.

Nourriture substantielle avec bouillons, potages, vin de Bordeaux.

S'il y a eschare à l'extérieur, inciser crucialement, porter à l'intérieur un pinceau chargé d'un caustique (acide chlorhydrique, acide nitrique pur) et mettre dans l'ouverture de la poudre de quinquina maintenue à l'aide d'une plaque de diachylon.

Contre la fétidité de l'haleine : irrigations avec :

Acide phénique — salicylique	1 gramme
Eau bouillie	1.000 grammes

ou :

Créosote	1 gr. 50 à 2 gr.
Eau	500 gr.

M. VARIOT a suggéré l'injection dans les tissus entourant les zones atteintes d'une solution de permanganate de potasse, méthode qui a donné de bons résultats pour neutraliser le venin des serpents.

PRATIQUE OTOLOGIQUE

L'examen de l'audition chez les jeunes enfants.

Par M. le Dr E. FELDSTEIN,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Chez l'adulte, l'examen fonctionnel de l'audition comporte toute une série de procédés d'information :

1° L'ACOUMÉTRIE PHONIQUE, examen de la capacité auditive pour le langage articulé : on recherche à quelle distance est perçue la voix chuchotée, puis la voix haute ou voix de conversation, au besoin la voix criée. Certains « mots d'épreuve » sont prononcés, lesquels sont graves ou aigus ou encore mixtes (syllabe grave et syllabe aigue).

2° L'ACOUMÉTRIE INSTRUMENTALE, examen de la capacité auditive pour les sons. Cette méthode comprend elle-même :

a) *L'acoumétrie quantitative*, détermination de l'acuité auditive générale. Elle se fait à l'aide de la montre, placée successivement devant le méat auditif (audition aérienne) et sur l'os (audition solidienne ou osseuse) ou à l'aide d'instruments spéciaux (acoumètres).

b) *L'acoumétrie qualitative*, détermination de la capacité auditive spéciale soit pour les divers sons soit pour les différentes zones du champ auditif tonal. Elle se fait à l'aide de la série des diapasons et du monochorde de STRUYCKEN. On arrive à établir ainsi les limites supérieure et inférieure du champ auditif.

c) *Les épreuves de l'ouïe* (épreuves de SCHWABACH, RINNE, WEBER, etc.) qui précisent la localisation anatomique ou la variété du trouble ou de la lésion otique.

Toutes ces épreuves manquent souvent de rigueur scientifique car elles nécessitent la collaboration du médecin qui interroge et du malade qui répond. Il y a là une source d'erreurs plus ou moins considérables. Le malade comprend souvent mal ce qu'on lui demande, interprète ses sensations d'une façon inexacte ou manque de sincérité, comme il arrive en matière d'expertises médico-légales. D'où les innombrables épreuves dites « de sincérité » qui ont été imaginées surtout pendant la guerre quand il s'agissait de dépister les simulateurs et exagérateurs.

Si l'examen de l'audition est difficile chez l'adulte, on comprend combien sa difficulté s'accroît chez le jeune enfant, soupçonné de surdi-mutité, d'audi-mutité ou de cérébro-mutité. La collaboration du malade est impossible ici et comme le dit Escat, « toutes les épreuves phoniques et instrumentales doivent nécessairement se borner à des constatations de réflexes à point de départ auditif ».

Toutes ces épreuves seront, bien entendu, précédées d'un examen général, d'un examen spécial des voies aériennes supérieures et d'un examen otoscopique. Enfin, l'on pourra tirer grand profit d'un interrogatoire serré de la mère ou de la nourrice. L'enfant semble-t-il comprendre son nom ? Se retourne-t-il quand, derrière lui, une porte se ferme ou un objet tombe ? Dit-il quelques mots ? Lesquels ? Est-il réveillé par le bruit ? etc...

Pour examiner l'enfant, on l'asseoit de côté sur les genoux de sa mère ou d'une personne qu'il connaît bien et on le distrait à l'aide d'un jouet, d'une lampe électrique ou de tout autre objet susceptible de fixer son attention.

Comme le conseille Escat, on pratique alors :

1° L'examen phonique. — On se place *derrière* l'enfant, à des distances variables et on prononce, d'abord à voix chuchotée, puis à voix haute ou même à voix criée, le nom de l'enfant, puis des mots simples qui sont habituellement compris à cet âge : papa, maman, bonbon, toutou, etc. Si l'enfant perçoit, il tourne les yeux et la tête du côté de celui qui parle : c'est le *réflexe phono-oto-céphalogyre* d'Escat.

2° L'examen instrumental. — Il est inutile d'employer toute la série des diapasons. Trois diapasons seulement seront utilisés : un grave (ut_2 : 128 V. D.), un moyen (la_3 435 V. D.), un aigu (ut_1 2048 V. D.). On les fait vibrer au voisinage du méat auditif, tout en restant placé derrière l'enfant ou mieux l'on charge de ce travail un aide, tandis qu'on observe l'enfant de face, pour constater les réflexes suivants :

a) Réflexe oto-blépharique. — Encore appelé *cochléo-palpébral.* Un diapason, mis en vibration, est placé brusquement devant l'oreille de l'enfant : la perception auditive de ce son détermine normalement la contraction de l'orbiculaire des paupières du même côté.

Ce réflexe est considéré par Molinié comme la simple exagération d'un réflexe d'accommodation auditive, par d'autres comme une manifestation partielle d'un réflexe de défense générale, provoqué par une impression sensorielle *inattendue*, d'où l'importance de la surprise pour le déclenchement de ce réflexe. Quoi qu'il en soit, la contraction de l'orbiculaire des paupières indique que l'impression auditive a bien été reçue et transmise, d'où l'intégrité fonctionnelle du labyrinthe et du nerf cochléaire, qui constituent la seule voie centripète possible de l'arc réflexe.

b) Réflexes oto-ophtalmogyre et oto-céphalogyre. — Un diapason est mis brusquement en vibration : l'enfant tourne les yeux ou tourne la tête du côté de la source sonore. Ces réflexe ont la même signification que le réflexe précédent, dont ils sont une amplification.

Le diapason est une source sonore assez faible et l'on est souvent amené à le remplacer par un instrument moins scientifique : timbre électrique, sonnette, sifflet, trompette, etc. Il faut en tous cas se garder de certaines manœuvres qui sont souvent employées : frapper violemment les paumes des mains l'une contre l'autre, taper une porte, tirer un coup de revolver. Ces manœuvres, faites à proximité de l'oreille de l'enfant impressionnent la sensibilité tactile de la membrane tympanique plutôt qu'elles n'excitent l'appareil cochléaire.

c) Réflexe oto-mimique. — Ce réflexe est provoqué par l'audition d'une boîte à musique, d'un assourdisseur téléphonique, d'un sifflet imitant le chant d'un oiseau, d'un phonographe. Selon l'instrument employé, le visage de l'enfant — s'il entend — traduit la joie, l'étonnement ou la frayeur.

Comme on le voit, l'examen de l'audition se réduit à peu de choses chez le jeune enfant. Les épreuves précédentes sont elles-mêmes impossibles dans certains cas, à cause de l'agitation ou de l'indocilité du sujet ; on doit alors essayer de les pratiquer pendant le sommeil.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les accidents locaux des injections bismuthées.

Les accidents généraux avec stomatite bismuthée sont les plus fréquents. Il faut suspendre le traitement en cas de liséré gingival. Sinon, une inflammation buccale peut se produire avec desquamation de la muqueuse et douleurs intolérables.

M. Barthélémy fait le compte des accidents locaux. Ils sont bénins ou sérieux. Parmi les accidents bénins, on range les nodosités, la transformation scléreuse du muscle. Les accidents sérieux comprennent le kyste huileux, l'abcès et l'embolie.

a) *Accidents bénins.* — Les *nodosités* se produisent quand l'injection est superficielle. Elles se rencontrent surtout chez les femmes grasses, où le produit est difficilement déposé en plein muscle. Parfois la nodosité conserve en son centre une partie du liquide injecté. Elle forme une sorte de gomme médicamenteuse qui s'ouvre à la peau. La résorption ne s'opère que lentement.

La *sclérose du muscle* apparaît après un certain nombre d'injections intra-musculaires. Le liquide se résorbe, mais les muscles deviennent fibreux. Ils saignent facilement et l'aiguille pénètre à frottement dur comme dans une épaisse cicatrice. Les fesses sont de bois.

b) *Accidents sérieux.* — Le kyste huileux est dû à la non-résorption de l'excipient. C'est une sorte d'abcès sans collection purulente. Une ponction simple qui évacue le contenu suffit à assurer la guérison.

L'*abcès aseptique profond* survient quelques semaines après le traitement ; il se produit une violente réaction inflammatoire de la fesse. Pas de pus. Néanmoins il faut ouvrir largement et profondément.

La *thrombose artérielle* est encore plus grave. Il y a de la douleur, une teinte violacée et marbrée de la peau. Les jours suivants apparaît une zone anémique qui se nécrose secondairement. L'eschare sèche et noirâtre s'élimine peu à peu et laisse après elle une cavité conique avec sommet qui pénètre en profondeur. L'*embolie* heureusement est exceptionnelle.

Pour éviter ces accidents, il faut piquer l'aiguille en plein muscle ; aspirer avec une aiguille vide pour s'assurer que la pointe de l'aiguille n'est point dans la lumière d'un vaisseau. Pas de graisses minérales dans l'excipient. L'agent doit être léger, très divisé, finement homogène. Si la fesse a déjà reçu des produits divers, il est prudent de faire des petites doses, deux fois par semaine et avec des séries séparées par d'assez longs repos. L'emploi des suppositoires mercuriels (0 gr. 06 à 0 gr. 08 d'onguent napolitain : un tous les deux jours pendant un mois) permet d'allonger l'intervalle qui sépare les séries bismuthées.

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Le sérum de convalescent dans la rougeole.

Les injections de sérum de convalescent sont entrées dans la pratique courante depuis les remarquables travaux de Robert Debré. Suivant la plus ou moins grande précocité de l'injection la rougeole qui peut se développer est influencée de façon différente.

L'injection de sérum est-elle précoce, avant ou dès la contamination, l'action empêchante est absolue : le sujet ne prend pas la rougeole.

L'injection est-elle pratiquée pendant la deuxième partie de l'incubation, l'action empêchante est bien moindre : le sujet prend la rougeole, mais la maladie reste bénigne.

L'injection est-elle faite à la fin de l'incubation ou au début de l'invasion, la rougeole suit son évolution habituelle ; la seule particularité consiste dans la suppression de l'éruption au point d'injection.

L'injection pratiquée en cours de maladie est inopérante.

Les deux premières façons de faire offrent seules de l'intérêt.

La première réalise la séro-prévention absolue de la rougeole ; la seconde, la séro-atténuation.

G. Raillet (de Reims) (*Archives médico-chirurg. de Province*, mai 1926) fixe avec précision la technique.

Prélèvement du sérum. — On le recueille sur des adultes ou des grands enfants, âgés de plus de 10 ans, convalescents d'une rougeole indiscutable franche, exempts de syphilis, de tuberculose et paludisme. Le sérum sera recueilli entre le 7e et le 12e jour après la défervescence. On met en ampoules et on conserve à la glacière. Le sérum ainsi conservé est encore bon après deux ans.

Posologie. — Les doses de sérum à injecter doivent être basées sur l'âge, si le poids est normal.

On injectera *un centimètre cube par année d'âge* avec un minimum de 3 cc. avant 3 ans. Au delà de 15 ans, 15 à 20 cc. selon le poids. Normalement, l'injection sera sous-cutanée.

Dans la pratique courante, on se heurte à deux difficultés mises en relief par RAILLET :

1° Celle d'avoir un convalescent au moment opportun : dans une famille, les enfants à préserver seraient en période d'invasion lorsque le sérum du premier malade serait bon à prélever ;

2° Celle de faire accepter à beaucoup de familles l'injection du sérum d'autrui : on accepte bien un sérum animal, mais non celui de son voisin.

Un progrès très sérieux a été réalisé le jour où a été proposé et réalisé avec succès l'emploi du *sérum d'adultes ou de grands enfants ayant eu antérieurement la rougeole.*

La teneur immunisante est moindre que chez le convalescent, mais elle est pratiquement suffisante sous une condition : *c'est de quadrupler la dose à injecter* : le minimum sera donc de 4×3 cc. = 12 cc.

Remarquons ce fait en passant : il semble que le sang des parents qui soignent un morbilleux, et qui ont eu autrefois la rougeole, acquière une richesse plus grande en immunisines.

La méthode se simplifie au maximum par l'utilisation non plus du sérum, mais du *sang total.*

Toutefois, il faudra encore augmenter les doses ; *on triplera les chiffres indiqués pour le sérum.*

Au lieu de 3 cc. de sérum de convalescent, il faudra injecter 9 cc. de sang de convalescent.

Au lieu de 12 cc. de sérum de sujet ayant eu autrefois la rougeole, il faudra 36 cc. de sang du même sujet.

Résultats. — La méthode correctement employée peut échouer. Pourtant, les insuccès sont rares avec le sérum de convalescent : ils relèvent le plus souvent soit d'un prélèvement trop précoce ou trop tardif du sérum, soit d'une dose insuffisante.

Avec le sérum d'individus ayant eu autrefois la rougeole, les échecs sont plus fréquents, au moins en matière de séro-prophylaxie absolue.

Les *accidents ou inconvénients* sont pratiquement nuls : ni fièvre, ni arthralgies, ni érythème en général.

La question des familles sanguines n'a ici aucune importance, puisque l'injection se fait sous la peau.

Par contre, les avantages sont nombreux.

La *séroprophylaxie* est à réserver aux petits enfants de 3 mois à 5 ans (Avant 3 mois, si la mère a eu la rougeole, l'enfant est encore immunisé).

Elle est d'importance dans les milieux ouvriers, dans les hôpitaux, les crèches, les écoles maternelles.

Elle est applicable à des enfants de tout âge qu'il importe de préserver des risques d'une rougeole normale, convalescents, prédisposés à la tuberculose, malingres, opérés récents, de même aux femmes enceintes.

Au praticien de décider s'il convient dans tel ou tel cas de choisir séro-prévention ou séro-atténuation.

CLINIQUE MÉDICALE

Les artérites diabétiques.

On sait depuis longtemps que les diabétiques peuvent présenter de la gangrène par ischémie athéromateuse. Mais bien avant ce stade qui n'est heureusement atteint que dans un certain nombre de cas, les procédés d'exploration moderne peuvent mettre en évidence des lésions artérielles ne se traduisant encore par aucun trouble fonctionnel. La recherche systématique des oscillations du Pachon sur les divers segments des membres inférieurs décèle fréquemment une diminution de la perméabilité artérielle, d'autant plus prononcée qu'on se rapproche plus de l'extrêmité (Jean HEITZ) ; les radiographies montrent presqu'aussi souvent une calcification anormale de la paroi soit par places, soit sur une grande longueur des troncs artériels des membres (Marcel LABBÉ et LENFANTIN).

Toutefois, les circonstances n'avaient pas permis jusqu'ici de rapprocher, de ces constatations faites sur le vivant, l'état anatomique *post mortem* des troncs artériels.

L'occasion s'est présentée de vérifier d'une manière complète l'état anatomique des artères centrales et périphériques chez une diabétique, suivie pendant les 15 derniers mois de sa vie. Maurice LETULLE, Marcel LABBÉ et Jean HEITZ, (*Arch. Médic. du cœur*, mai 1925), ont vu se développer chez elle des lésions artérielles d'abord discrètes, puis manifestées par des accidents ischémiques de plus en plus sérieux. Ces accidents sont devenus menaçants au membre inférieur droit, pendant les dernières semaines de son existence, au point qu'on put craindre l'apparition d'un sphacèle du pied.

La malade succomba à un ramollissement cérébral, suite de lésions étendues des artères de l'hexagone de Willis. Il ne s'est donc produit, pendant la dernière période de la vie, aucune mortification, aucune infection non plus des tissus des extrémités insuffisamment irriguées.

Les lésions vasculaires de cette diabétique intéressent seulement les troncs artériels périphériques, à l'exclusion des veines, presque partout indemnes, et de l'aorte qui n'est touchée que légèrement. Les grosses branches aortiques qui ont pu être examinées, comme les iliaques, présentent des lésions athéromateuses déjà assez prononcées, insuffisantes, toutefois, pour troubler d'une manière sensible la circulation sanguine. Ce sont les artères de moyen calibre, telles que la splénique, les tibiales et les péronières, ou les branches de l'hexagone de Willis, qui ont été surtout frappées par le processus pathologique.

Ce sont des lésions d'artérite, qui en l'absence de syphilis doivent être rattachées au diabète. L'hypercholestérinémie constatée chez ce sujet, favorisant la constitution des dépôts de cholestérine a activé l'hyperplasie de l'endartère et le developpement des oblitérations artérielles.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MÉDECINE

L'insuline est-elle un agent curateur du diabète. — MM. Desgrez, Rathery et Froment. — Certains sujets sont rebelles à l'action de l'insuline. Le plus souvent son efficacité est certaine. Mais il faut continuer l'usage du médicament et parfois même en augmenter progressivement les doses. Pour dire qu'il y a amélioration vraie, il faut que le bien obtenu se prolonge après la suppression du médicament. Le plus souvent il ne persiste qu'une augmentation de tolérance pour les hydrates de carbone. L'amélioration de l'acidose ne s'inscrit nullement en faveur d'une action de l'insuline. Un traitement approprié suffit à obtenir les mêmes résultats.

La guérison des diabètes consomptifs par l'insuline n'est pas démontrée. Par contre les améliorations sont manifestes à condition que des doses suffisantes soient employées et cela dès le début. Certains sujets ont besoin de 80 à 120 unités par jour.

M. Gley. Un chien privé de son pancréas et tombé dans le coma guérit par le traitement à l'insuline et se porte bien avec la continuation de l'insuline.

M. Achard rappelle que l'insuline ne prétend qu'améliorer. Elle ne guérit pas.

Le rôle de la science dans l'avenir du corps médical. — M. Weiss. — Les médecins doivent être des éducateurs. Cette fonction, ils ne l'exercent pas toujours comme ils devraient.

L'amour du gain est un grand dissolvant; d'autre part la formation intellectuelle n'est plus ce qu'elle était jadis. Les études secondaires sont insuffisantes au point de vue littéraire. On se perd en descriptions techniques et les principes généraux ne sont plus offerts. La conception française, d'ordre clinique, est infiniment supérieure à la conception allemande qui s'attache à la multiplicité des renseignements de laboratoire.

L'enfant issu de mère tuberculeuse. — M. Couvelaire. — La transmission transplacentaire du virus tuberculeux produit exceptionnellement une tuberculose congénitale; elle ne détermine aucune lésion spécifique, du moins pendant la vie fœtale et pendant les premièrea semaines de la vie.

M. Léon Bernard. — La haute mortalité des premiers temps de la vie des enfants, issus de tuberculeuses, est liée aux conditions d'élevage de ces enfants, séparés de leur mère dès la naissance, et non pas à l'hérédité tuberculeuse. Les recherches si importantes de M. Calmette et ses élèves ont mis en évidence, chez certains enfants de cette catégorie, la présence d'une variété spéciale, filtrante, du virus tuberculeux; mais ni les expériences sur le cobaye, ni les constatations humaines n'ont prouvé les aptitudes pathogènes de cette forme bactérienne particulière; bien au contraire, elle semble inapte à provoquer des lésions, notamment des tubercules, non plus que les réactions à la tuberculine. Au contraire, le parallélisme entre l'abaissement progressif de la mortalité de ces enfants et l'amélioration de leurs conditions d'élevage, que dévoilent les statistiques de Couvelaire, démontre le rôle déterminant de ces conditions.

Election de deux associés nationaux :

1re Election : M. Denigès (de Bordeaux) est élu par 44 suffrages contre 6 à M. Arthus (de Lausanne), 4 à M. Laguesse (de Lille), 3 à M. Témoin (de Bourges), 2 à M. Hugonnencq (de Lyon).

2e Election : M. Témoin (de Bourges) est élu par 46 suffrages contre 8 à M. Laguesse, 6 à M. Arthus, 4 à M. Hugonnencq, 3 à M. Lépine. 23 novembre.

SOCIÉTE MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 novembre 1926.

Anémie pernicieuse aplastique consécutive à des injections multiples de thorium X. — MM. Laignel-Lavastine et P. George rapportent un cas d anémie

pernicieuse aplastique consécutive à des injections répétées de thorium X chez une femme de 37 ans, atteinte de rhumatisme chronique. Une première série fut bien supportée, mais la reprise du traitement déclencha un syndrome anémique d'évolution progressive, sans rémission, ayant abouti à la mort malgré trois transfusions sanguines. La dose totale de thorium X injecté fut de 17.700 microgrammes. Si les anémies dues au thorium X ont déjà été signalées au cours des manipulations de ce corps, notamment par MM. P. E.-Weil et Lacassagne, il n'en est pas de même des cas où celui-ci fut employé dans un but thérapeutique.

M. P. Emile-Weil insiste sur la prudence qu'il faut avoir dans le traitement des leucémies par le thorium X.

Un cas d'encéphalite post-vaccinale. — M. Julien Huber apporte un cas d'encéphalite caractérisée par la céphalée, la somnolence presque comateuse, la salivation et des signes oculaires, survenus au 16e jour d'une vaccination jennérienne massive. Le cas s'est terminé favorablement, sans séquelles actuelles. Il est à rapprocher des faits rapportés par M. Netter et par par M. Comby.

Méralgie paresthésique consécutive à un zona vaccinal. — MM. Roch et J. Mozer (de Genève). — Une femme présente, en même temps que les pustules vaccinales du bras, une éruption zostériforme à la cuisse gauche dans le territoire innervé par le fémorocutané.

Comme séquelle de cette éruption, il persista une zone de méralgie paresthésique, typique comme localisation et modifications de la sensibilité.

Les injections intraveineuses de borate de soude. — MM. Lœper et Garcin. — Le borate de soude à la dose de 2 à 3 gr. per os et de 0 gr 45 à 1 gr. 30 par voie veineuse en solution aqueuse à 4,5 0/0 peut être utilisé avec profit dans des affections très diverses.

Son action apparaît surtout efficace sur la nutrition, le métabolisme des sucres, des protéides et des graines.

Il agit avec élection sur le foie, ainsi que le prouvent les modifications du coefficient azoturique. Il semble agir, ainsi que les auteurs l'ont déjà avancé, sur le corps thyroïde et dans le goître exophtalmique.

La voie veineuse permet de préciser son action physiologique, sur la tension, le pouls, la coagulation du sang.

Au point de vue pratique la voie digestive est suffisante. La voie veineuse donne des résultats immédiats et plus frappants, la voie gastrique.

M. Laubry connaît une basedowienne qui a été traitée par le borate de soude avec le plus grand succès.

Abcès du sommet du poumon à évolution chronique. — M. Maurice Renaud. — On sait combien le diagnostic des lésions chroniques du poumon qui ne relève pas de la tuberculose est officielle. Non seulement elles donnent lieu à des erreurs d'interprétation pendant la vie des malades mais même quand on a les pièces anatomiques en main il est le plus souvent difficile de déterminer la cause de l'affection.

C'est ainsi qu'un malade, tousseur depuis son adolescence, passé dans de multiples services de tuberculeux parce qu'il présentait des signes d'induration et de ramolissement d'un poumon, mais dans l'expectoration purulente duquel on n'avait jamais pu déceler la présence de bacilles, mourut cachectique et asystolique à 58 ans comme un phtisique, mais sans avoir présenté de fièvre élevée.

L'autopsie fit découvrir, dans un poumon atteint de lésions scléreuses et congestives banales, une énorme lésion occupant presque tout le lobe supérieur au niveau de laquelle le tissu densifié et brunâtre apparut parcouru par de larges bandes de sclérose et creusé de pertes de substance formant des géodes remplies de pus épais et tapissées par une membrane granuleuse et de couleur lie de vin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur un volumineux calcul vésical chez l'enfant. — M. Veau rapporte une observation de M. Doubrère concernant un enfant porteur d'un volumineux calcul vésical.

M. Mouchet a opéré personnellement un cas analogue.

Sur un cas de rupture de la rate par traumatisme. Splénectomie. Guérison. — M. Basset lit un rapport de M. Grimod (d'Algrange) concernant un homme de 29 ans, ayant dans ses antécédents un séjour en zone impaludée et victime en novembre 1925 d'un traumatisme violent au niveau de l'hypochondre gauche. Pendant 24 heures, contracture abdominale intense, sans signes d'hémorragie. Intervention refusée par le malade. Le lendemain soir, signes manifestes d'hémorragie et disparition de la contracture.

A l'intervention, issue d'un flot de sang : la rate volumineuse est déchirée. Splénectomie suivie de tamponnement.

Suites favorables. Cependant, après ablation du drain, apparition d'une température oscillante, qui aboutit à l'évacuation spontanée d'un abcès au niveau de la cicatrice opératoire.

M. Basset souligne la latence prolongée (36 heures) de l'hémorragie interne, et la nécessité de faire des aspirations répétées par le drain pour éviter la rétention.

Une discussion s'engage sur la notion de contracture au cours des épanchements sanguins intra-péritonéaux.

M. Lecène ne l'a jamais vue, seul l'élément infectieux est à son avis capable de l'engendrer par réflexe médullaire.

MM. Schwartz et Proust pensent de même.

M. Anglave l'a rencontré deux fois.

M. Basset se demande si dans certains cas en effet le sang ne pourrait pas constituer un agent irritant capable d'engendrer une contracture.

Sur un cas d'ankylose du coude, traitée par résection. — M. Lenormant rapporte une observation de M. Brocq, concernant une malade atteinte d'ankylose fibreuse du coude.

Abord par voie transolécranienne. Rupture par flexion forcée.

Résection du coude et interposition d'un lambeau de fascia lata. Résultats excellents.

Un traitement analogue opposé, chez la même malade, à une ankylose d'un doigt aboutit à un échec.

Des lésions de l'iléon au cours de l'appendicite aiguë et de leur importance dans la genèse de l'occlusion post-opératoire. — M. Robineau rapporte à ce sujet deux observations de MM. Guimbellot et Laffitte. La première a trait à une fillette opérée d'appendicite aiguë et présentant, dans les semaines suivantes, un syndrome de Kœnig très net, avec crises se rapprochant de plus en plus.

A l'intervention, cœcum libre, mais augmentation de volume énorme d'une anse grêle, accolée au fond de l'utérus. Après libération, cette anse ne se vide pas et on constate l'existence à son niveau d'un rétrécissement circulaire extrêmement serré. Résection suivie d'anastomose latérale. Guérison.

L'explication de cette sténose semble fournie par la deuxième observation, qui concerne un homme de 43 ans, opéré d'appendicite en crise. A l'intervention, l'appendice, extériorisé, est amené avec une anse iléale, à laquelle il adhère par sa pointe. Au point de contact, existe une ulcération étendue du grêle.

Résection ; anastomose terminale. Guérison.

Il semble que l'ulcération iléale, abandonnée à elle-même, aurait pu être le point de départ d'une sténose cicatricielle.

Un cas d'ictère par rétention dû à un adénome de la muqueuse du canal hépatique. — M. Duval rapporte une observation de M. Diaz (de Buenos-Ayres) concernant cette étiologie rare de l'ictère par rétention, qui avait été mis sur le compte d'un calcul du cholédoque. Résection partielle du segment de l'hépatique intéressé et reconstitution par un lambeau du cystique après cholécystectomie. Guérison.

Sur un cas de lésion du mésentère sans lésion intestinale. — M. Grégoire en rapporte une observation de M. Aumont (de Versailles). Il s'agissait d'un homme de 38 ans, qui se présente après un traumatisme grave avec une ecchymose abdominale et rupture d'un muscle droit, et en outre une fracture ouverte du genou.

Laparotomie malgré l'absence de contracture. Le méso iléo cœco-colique apparaît désinséré, les artères du côlon droit déchirées, avec hémorragie abondante.

Hémicolectomie droite et anastomose iléo transverse. Drainage par Mickulicz. Guérison.

Réintervention ultérieure sur le genou : suture de la rotule fracturée. Guérison.

M. Grégoire aurait pratiqué d'emblée les deux interventions, pour éviter le risque d'une arthrite suppurée.

Une discussion s'élève à propos des indications du Mickulicz dans ces cas.

M. Faure en est partisan.

MM. Duval et Dujarier estiment qu'il est néfaste aux sutures.

M. Grégoire en serait partisan s'il avait des doutes sur la valeur des sutures.

Cinq cas d'ulcères perforés de l'estomac. — M. Brechot rapporte cette série d'observations de MM. Plisson et Clavelin. Deux de ces perforations sont survenues chez des malades n'ayant aucun passé gastrique.

Intervention dans tous les cas. 4 guérisons, 1 mort, survenue chez un opéré dont la perforation est restée méconnue et n'a par conséquent pas été suturée.

M. Bréchot est partisan, sauf dans les cas d'ulcère sténosant, d'une simple fermeture de la perforation.

M. Picot fait systématiquement la gastro-entérostomie complémentaire.

M. Dujarier prend part à la discussion.

Projection de radiographies. — M. Duval montre deux radiographies de diverticules de l'estomac, rendus évidents par radiographies de profil et de polypose diffuse de l'estomac, dont la gastro pneumographie rend le diagnostic facile.

Présentation de pièces. — M. Pierre Bazy. — **Volumineux adénome prostatique.**

M. Auvray. — Cancer en virole de l'angle splénique du côlon.

17 novembre 1926. E. Theillier.

***

Un cas de kyste hydatique suppuré multiloculaire de l'humérus. — M. Mouchet en rapporte une observation de M. Petridis (d'Alexandrie). Le kyste, à siège métaphysaire, guérit, après 6 interventions, par destruction considérable de l'humérus.

Sur un cas d'iléus biliaire guéri spontanément. — M. Ockinczyc rapporte une observation de M. Cochez (d'Alger) ayant trait à une malade à passé lithiasique et ayant présenté, au cours d'une crise, un syndrome d'occlusion intestinale. Calcul perçu au toucher vaginal. L'état précaire de la malade fait différer l'intervention. Le lendemain débâcle diarrhéique et expulsion du calcul. Guérison.

Un cas de lipome sous-muqueux du côlon transverse. — M. Ockinczyc en rapporte un cas de MM. Tanacesco et Barbilian (de Jassy). L'affection se traduisait cliniquement par un ensemble de troubles gastro-intestinaux, radiologiquement par une étroitesse du côlon transverse en un point.

Intervention ; entérostomie ; résection du segment colique intéressé.

Anastomose termino-latérale. Guérison.

Sur deux cas de résection colique étendue. — M. Ockinczyc lit un rapport de M. Plisson, concernant : dans le premier cas, une tuberculose iléo-cæcale, à forme hypertrophique : hemicolectomie droite avec résection iléo-cæcale et anastomose iléo-transverse. Guérison.

Dans le deuxième cas, une plaie par balle de l'angle gauche du côlon avec anastomose transverso-sigmoïdienne dans un premier temps ; cinq mois plus tard, résection de l'anse exclue. Guérison.

Du traitement de la sténose hypertrophique du nourrisson. — M. Veau fait un éloquent plaidoyer en faveur de la pylorotomie, qu'il considère comme le traitement idéal, parce que simple, et applicable en pratique à tous les cas. Il condamne la gastro entérostomie, en raison de sa difficulté. Il apporte 44 observations, avec 42 pylorotomies et 2 pylorotomies avec gastro-entérostomie.

Présentation de malades. — M. Veau. — Angiome de la joue guéri par application de radium.

M. Tuffier. — Suppuration pulmonaire guérie par résection costale et décollement pleuro-pulmonaire.

M. Proust. — Kyste hydatique du poumon, guéri avec fermeture immédiate.

24 novembre 1926. E. Theillier.

BIBLIOGRAPHIE

Les pancréatites aiguës chirurgicales, par M. Pierre Brocq, *chirurgien des Hôpitaux*. — (Annales de la Clinique chirurgicale du Pr Pierre Delbet). — Un vol. de 188 pages avec figures (Masson et Cie, édit.). Prix de base pour la France : 25 fr., plus hausse variable (40 % juillet 1926). Prix fixe pour l'étranger : 1 dollar.

Le remarquable travail de Brocq met en lumière des notions capitales, encore trop peu connues, sur la pathogénie du « drame pancréatique ». On a pu réaliser expérimentalement la pancréatite aiguë en créant un trouble circulatoire, ou en réalisant une nécrose par voie canaliculaire. Des déductions thérapeutiques pratiques découlent de ces études expérimentales.

Chirurgie de l'estomac, par M. Henri Hartmann, *Professeur de clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu*. — Ouvrage écrit en collaboration. — Un vol. de 336 pages, avec 115 figures (Masson et Cie, édit.). Prix de base pour la France : 40 francs, plus hausse variable (40 % juillet 1926). Prix fixe pour l'Etranger : 1 dollar 60.

Ce sixième volume des *Travaux de chirurgie* du Pr Hartmann aura le même succès que ses devanciers. L'expérience consommée de l'auteur lui permet de donner, en matière de pure technique chirurgicale, de précieux conseils sur le choix des procédés opératoires. Les praticiens trouveront, dans le chapitre consacré à l'examen de l'estomac, des indications cliniques très sûres, qui leur permettront d'orienter rapidement le diagnostic.

L'arthroplastie du genou, par M. Charles-Henri Chevallier, *aide d'anatomie à la Faculté de Médecine, ancien interne des Hôpitaux de Paris*. — Un vol. de 152 pages avec 7 planches hors texte (Masson et Cie, édit.). Prix de base pour la France : 12 fr., plus hausse variable (40 % juillet 1926). Prix fixe pour l'étranger : 0 dollar 48.

Cet ouvrage est surtout consacré à la technique de l'arthroplastie, opération qui a aujourd'hui fait ses preuves. Cependant, le chapitre des indications est plein d'intérêt pour tous les praticiens.

Dermatologie, par Jean Gaté, *médecin des hôpitaux de Lyon*, un vol. in-16 de 438 pages, cartonné : 20 fr., plus hausse 20 %, soit 24 francs. (Gaston Doin et Cie, Editeurs.)

Bon résumé des connaissances pratiques. M. Gaté avec raison, accorde une grande importance au traitement. Si des figures accompagnaient le texte, l'ensemble serait parfait. Malgré l'absence d'illustrations ce livre rendra grand service aux praticiens.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Chirurgie conservatrice.

Par M. J. Okinczyc,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux.

A se dire conservateur, on risque toujours de passer pour réactionnaire, et chacun sait que, de nos jours, un réactionnaire est toujours un rétrograde. Je courrai donc ce risque, convaincu du reste par l'expérience qu'une chirurgie conservatrice n'est pas nécessairement une chirurgie timide.

On ne peut nier qu'aujourd'hui la chirurgie soit devenue « facile », je veux dire facilement faite, sinon facile à faire; en tous cas très facilement conseillée, et assez facilement acceptée. Nous ne sommes plus en effet à l'époque où la chirurgie constituait à chacune de ses manifestations, un acte redoutable et souvent tragique. La crainte de ses conséquences était alors un frein suffisant et même néfaste, car il limitait trop souvent son action bienfaisante.

Mais il ne faudrait pas non plus qu'une sécurité grandissante et presque absolue, renversât vers un excès contraire les conditions de notre action ; des réflexions s'imposent sur une sorte de déformation professionnelle qui nous fait confondre thérapeutique et mutilation, et nous ferait oublier que nos actes chirurgicaux sont graves et sérieux, que leur répercussion dans la vie de nos malades peut être incalculable. En un mot, notre responsabilité ne saurait plus se limiter à un succès ou à un échec immédiats. C'est affaire de science sans doute, mais aussi de conscience.

Déjà l'anesthésie nous isole de notre malade, et dans l'imprévu d'une décision grave, à prendre au cours de l'intervention, nous laisse seuls avec notre conscience. Mais surtout l'asepsie, qui est devenue chez nous un automatisme, nous assure une sécurité à peu près constante. Je ne m'étendrai pas sur les avantages de ces conditions ; je ne pourrais que rééditer les lieux communs haïssables sur « les progrès de la chirurgie ». Je constaterai seulement que cette sécurité étend presque à l'infini le champ d'action de la chirurgie, qu'elle permet des réalisations audacieuses, et même téméraires, mais qui se sont révélées efficaces et bienfaisantes.

Les conditions ayant changé, le point de vue chirurgical s'est déplacé, et c'est dans le mécanisme intime de cette psychologie nouvelle du chirurgien que nous pouvons nous attarder un instant.

J'ai entendu autrefois un de mes maîtres, affirmer que « prendre le bistouri, c'était avouer son impuissance ». Je me souviens, dans l'enthousiasme juvénile de mes premiers contacts avec la chirurgie, avoir renié avec indignation cet aphorisme que je trouvais humiliant et qui me paraissait trahir le désenchantement ou l'impuissance de la vieillesse. Je ne suis pas encore un vieillard, et j'ai, depuis, mieux compris la sagesse qui se cachait sous les mots ; j'ai appris que l'humilité est une vertu de force, plus active et plus durable dans ses effets que la vanité et la vaine complaisance. Oui, il est vrai qu'en prenant le bistouri, j'avoue mon impuissance, puisque je n'ai pas su prévenir la maladie ; ne l'ayant pas prévenue, je n'ai pas trouvé de moyens de la combattre en la faisant rétrocéder, et en ramenant l'organisme dans son intégrité première. Ayant constaté mon ignorance et mon impuissance, je fais accepter et j'accepte la solution d'un risque et d'un sacrifice de tissus qui sera peut-être le sacrifice d'un organe et d'une fonction pour prolonger la vie menacée. Si c'est une victoire, c'est trop souvent une victoire durement achetée par le malade, et nous n'avons pas de quoi être si fiers. Il convient donc de nous arrêter sur la pente insensible où nous entraîne une sécurité habituelle et sur laquelle nous sommes presque en droit de compter, pour nous prévaloir de succès qui ne sont, considérés du côté du malade, que des réussites très modestes et toujours compensées par un sacrifice. Il ne faut pas que la sécurité technique en chirurgie devienne pour la chirurgie elle-même un écueil, en autorisant des mutilations évitables ; le respect de l'intégrité du corps confié à nos soins, doit demeurer aujourd'hui comme hier la règle essentielle de notre art.

Ce n'est pas là le seul écueil à éviter. Il en est un second et qui est comme la contre-partie du premier. En effet, il ne faut pas non plus qu'une timidité naturelle, ou une incapacité avérée, restreigne les indications logiques et légitimes, et laisse pâtir le malade d'une conservation mal comprise, ce qui aboutit en définitive pour le patient à une autre forme de dommage.

Le chirurgien digne de ce nom se doit donc à lui-même d'être instruit et expérimenté, car l'incapacité se traduit de diverses manières qu'il n'est peut-être pas inutile de rappeler.

Je ne m'attarderai pas au chirurgien d'occasion, qui se lance dans la chirurgie, sans préparation, sans éducation préalable, sans expérience

et dans un but exclusivement commercial, parce qu'il le croit plus rémunérateur. Celui-ci est déjà jugé et je crois inutile de qualifier ses méfaits. Mais en demeurant dans les limites de la chirurgie honnête, la morale nous commande une science suffisante.

Déjà Suçruta, auteur hindou de l'Ayurveda, cité par Dechambre, déclare « que la science et l'habileté sont les deux ailes du médecin. Celui qui aura simplement appris les principes de la médecine, mais n'a pas reçu d'instruction pratique, perdra son sang-froid en présence d'un malade, comme un poltron qui perd toute contenance dans une bataille. D'un autre côté, celui qui par précipitation se lance dans la pratique, sans prendre le temps d'étudier les principes de l'art, est indigne de l'appui des gens instruits, et mérite d'être puni par le roi. Tous deux sont aussi insuffisants, et tout aussi incapables de devenir des praticiens, qu'un oiseau de voler avec une seule aile ».

Il ne faut pas compter, pour compenser ces méfaits, sur la clairvoyance du public (Dechambre, Vincent, G. Payen) ; et c'est une autre illusion de croire que la prudence naturelle supplée au manque de science ; le médecin et le chirurgien peuvent faire du mal par leurs omissions (G. Payen).

C'est la raison pour laquelle je ne crois pas non plus qu'il soit permis de limiter la pratique de la chirurgie à certaines opérations considérées comme de pratique courante, telles que les appendicites, dites « à froid » et les hernies par exemple. La division de la chirurgie en petites et grandes opérations, en opérations faciles et difficiles, est absolument arbitraire et dangereuse. L'expérience nous apprend que telle opération réputée simple peut se présenter avec des difficultés imprévues, et réclame pour être menée à bien, un bistouri rompu à toutes les difficultés.

Je touche ici à une question souvent débattue et dont la solution n'est pas toujours aisée, celle de la « *spécialisation* ».

Elle a incontestablement sa raison d'être pour le plus grand bien des malades. Mais il n'y a pas de spécialisation absolue sans danger, car il n'existe pas dans la chirurgie de frontières aussi précises. Un spécialiste peut être entraîné au cours de sa pratique dans des complications opératoires qui relèvent de la chirurgie générale. Il ne s'en tirera à son honneur, ou ce qui est mieux, pour le plus grand bénéfice du malade, que s'il est en même temps qu'un spécialiste averti, un bon praticien de chirurgie générale ; ce qui revient à dire que le meilleur spécialiste est celui dont la spécialisation a suivi une pratique consacrée pendant un temps suffisant à la chirurgie générale.

Ces considérations ont leur importance, car il ne sera fait de conservation utile en chirurgie, décidée en connaissance de cause et à bon escient, que si celle-ci est la conséquence d'un choix *libre*, c'est-à-dire non déterminé par l'incapacité, l'ignorance ou la timidité devant une opération dont la technique n'est pas familière, ou enfin par des considérations étrangères au seul intérêt du malade. Parmi ces dernières, il faut retenir le souci égoïste de ménager l'apparence d'une réputation de chirurgien heureux, élégant et rapide. Or nous n'avons pas plus le droit de mutiler inutilement nos malades, que nous n'avons celui de nous limiter exclusivement à la chirurgie facile et sans risques. La bonne chirurgie est faite surtout d'indications bien posées, puis de leur exécution correcte ; mais l'indication prime l'exécution, et mieux vaut, tout bien considéré, une indication bien posée suivie d'une exécution médiocre, que l'exécution brillante d'une indication mal posée. Le malade qui se confie à nous, attend de nous un maximum et il est de notre devoir de le lui donner dans la mesure absolue de notre travail, de notre expérience et de nos moyens. Sans doute il y a entre les chirurgiens des différences, puisqu'ils sont des hommes, et que leurs talents sont inégalement répartis, mais il y a un idéal de perfection auquel chacun de nous doit tendre sans cesse.

La sécurité dont nous bénéficions actuellement en chirurgie nous fait parfois oublier les principes et les conditions absolument requises auxquelles un chirurgien est autorisé par le droit naturel, à entreprendre certaines opérations. Ce rappel de vérités nécessaires, je le trouve dans le livre de G. Payen sur « La déontologie médicale d'après le droit naturel ».

« S'il s'agit d'une mutilation importante, c'est-à-dire d'une intervention chirurgicale qui supprime ou réduise à l'impuissance un membre (ou un organe) destiné par la nature à une fonction spéciale ; de même s'il s'agit d'une opération qui sans être directement meurtrière, risque d'entraîner, sinon la mort, au moins une grave infirmité et est par suite dangereuse, le chirurgien tenu de respecter les devoirs et les droits de son client, ne peut l'entreprendre, sans faute grave, qu'aux trois conditions suivantes : nécessité de l'opération au point de vue médical, et nécessité particulièrement urgente, s'il y a du fait de l'opération, péril de mort ; — chances plus ou moins grandes mais réelles de succès ; — consentement explicite ou implicite de l'intéressé, à moins que ce con-

sentement ne puisse, pour une cause ou une autre, être légitimement présumé ». L'auteur ajoute : « Autorisé à faire les seules opérations que le malade a le droit de subir, le chirurgien ne peut se permettre une grave opération, que si elle est *nécessaire pour sauver la vie, guérir d'une infirmité très sérieuse, délivrer de douleurs fort pénibles* : le patient peut alors et alors seulement s'y soumettre » — et plus loin : « Le chirurgien peut recourir de suite à une opération sans danger qui guérira plus vite et plus sûrement le malade, que d'autres remèdes. Par contre il essayera d'abord les remèdes ordinaires, *si le doute porte sur la nécessité d'une mutilation importante* ou *d'une opération dangereuse* qui peut sans grave inconvénient être différée ».

Tel est le droit naturel.

Après cette incursion préalable dans le domaine des principes, revenons à la pratique courante, et voyons les problèmes qui se posent chaque jour à notre science et à notre conscience.

Appendice.

Nous n'en sommes plus à déclarer inutiles, ou en régression, les organes dont nous méconnaissons seulement la fonction. Ces théories basées sur un évolutionnisme un peu élémentaire, sont d'ailleurs en contradiction avec la simple observation des faits. Déjà la présence sur l'appendice de nombreux organes lymphoïdes, peut nous éclairer sur le rôle de défense contre l'infection que peut jouer l'appendice dans le milieu éminemment septique où il est placé. Or cette septicité du milieu intestinal et du cœcum n'est pas accidentelle : elle est en rapport avec la fonction digestive de cette partie du tube digestif, et les fermentations bactériennes qui concourent à la transformation du bol alimentaire.

Les recherches radiologiques de Jaisson sont très instructives à cet égard : il constate que l'appendice se remplit avec le cœcum et ne se vide totalement que *douze heures* après cet organe. Ainsi se formerait une « mère bactérienne » qui permet la rapide pullulation des bactéries dans le bol alimentaire nouvellement arrivé dans le cœcum.

Plus récemment encore, Moutier et Fouché, posent nettement la question d'une *fonction endocrine* de l'appendice, et rapportent quelques observations à l'appui de cette thèse. L'innocuité de l'ablation *préventive* de l'appendice sain au cours d'opérations abdominales, n'est donc peut-être pas aussi absolue que l'ont affirmé Mayo et Lapthorn Smith ; et ce n'est peut-être pas sans raison que de Quervain s'élève contre cette mutilation systématique. Sans doute, il y a toujours adaptation des organes à la défense de la vie dans l'organisme, et la suppression de l'organe est possible grâce à l'admirable loi des suppléances. Mais ces adaptations peuvent être difficiles, lentes ; elles peuvent même ne pas se faire, elles ne s'obtiennent en tous cas qu'au prix d'une rupture momentanée ou durable de l'équilibre.

Dans ces conditions, l'ablation *préventive* de l'appendice *sain* ne nous paraît défendable ni moralement, ni scientifiquement.

En enlevant un appendice *sain*, même au cours d'une autre opération, nous augmentons le risque et le danger. En effet, nous prolongeons l'acte opératoire essentiel, nous faisons des manœuvres supplémentaires qui étendent le champ opératoire, et risquent de diffuser une infection localisée jusque-là au siège de l'opération essentielle.

Le raisonnement est tout autre si l'appendice est malade ; car un organe malade et dans le cas particulier, l'appendice, constitue pour le sujet qui le porte un danger *actuel*, qu'il est indiqué de combattre et d'écarter. De plus, l'appendice malade est encore une cause de troubles par inhibition ou perversion de sa fonction, et mieux vaut alors le supprimer pour favoriser le développement de suppléances normales et régulières.

C'est le cas de l'appendicite chronique, dûment constatée et diagnostiquée, où le retentissement à distance sur l'organisme est évident, qu'il s'agisse d'une infection chronique avec toutes ses conséquences, ou même d'un trouble endocrinien encore peu connu.

Vésicule biliaire.

Ce qui est vrai pour l'appendice, l'est à plus forte raison pour la vésicule biliaire, dont la fonction est mieux connue, et dont la suppression entraîne très souvent des troubles d'adaptation qui peuvent être fort longs.

Or trop souvent l'ablation de la vésicule est la conséquence d'une erreur de diagnostic, ou de l'interprétation erronée de symptômes douloureux.

Que de fois une clinique par trop simplifiée et ramenée aux proportions d'un « *syndrome du carrefour* », a-t-elle cru pouvoir légitimer une intervention chirurgicale, qui se termine, faute de mieux, par une ablation de la vésicule présumée le siège des douleurs ?

Clinique simplifiée, indication chirurgicale simplifiée, tout cela non plus ne se justifie ni moralement, ni scientifiquement. Si même parfois, une

exploration chirurgicale est justifiée, quand on a épuisé tous les moyens d'un diagnostic précis, il faut savoir que cette exploration opératoire ne résout pas toujours le problème, et il importe dans ces cas de se retirer avec prudence plutôt que d'enlever un organe sain, pour se donner l'air d'avoir fait quelque chose. L'abstention dans ces cas douteux est préférable, car la persistance ou l'aggravation des symptômes ne peuvent alors être imputées à une détermination chirurgicale imprudente.

L'indication chirurgicale peut même se préciser dans l'avenir, et l'on en vient alors à des opérations itératives sur la même région, où les adhérences, la suppression d'un guide anatomique aussi sûr que celui de la vésicule biliaire, ajoutent à la difficulté de l'exploration et de l'abord du pédicule hépatique, et de la voie biliaire principale. L'opération secondaire, nécessaire, est gênée parfois, ou limitée par les conséquences d'une opération primitive inutile et par conséquent nocive.

Une complète bonne foi chez le chirurgien est la condition de son expérience accrue et de son perfectionnement. Il ne s'agit pas au cours d'une exploration opératoire, de justifier une cholécystectomie par la présence de quelques anomalies du péritoine. Les ligaments si variables d'un individu à un autre, de la vésicule, ne doivent pas être interprétés comme des adhérences inflammatoires. De légères variations de coloration et de volume ne suffisent pas à légitimer la suppression de l'organe, qui somme toute a sa fonction bien définie et qui remplit son rôle. Le « *syndrome du carrefour* » c'est un diagnostic à faire, ce n'est pas encore une indication opératoire.

Utérus et annexes.

C'est en chirurgie gynécologique que la conservation devrait être surtout recherchée, avec le souci primordial de maintenir l'intégrité et l'équilibre physique de l'individu et d'assurer la conservation de l'espèce. Or il semble que ce soit en ces matières que la décision chirurgicale apparaisse le plus légèrement prise, et que la mutilation soit la plus fréquente.

Que nous y soyons parfois encouragés par la malade elle-même qui voit dans ce sacrifice un moyen qu'elle croit facile de se mettre à l'abri d'une maternité éventuelle et gênante, la chose n'est pas exceptionnelle. Mais notre devoir est de résister à ces acceptations trop faciles, et d'instruire les malades des inconvénients et des dangers de ces mutilations. Nous avons en effet dans les problèmes gynécologiques soumis à notre sagacité deux fonctions à ménager : une fonction endocrine indispensable à l'équilibre de l'organisme, et une fonction de reproduction indispensable à la conservation de la race

En dehors du cancer, qui, jusqu'à des jours meilleurs, commande l'ablation large de l'organe, les indications les plus courantes de chirurgie gynécologique concernent la grossesse tubaire, les salpingites, les fibromes et les kystes ovariens.

Grossesse ectopique. — Je n'envisagerai pas ici la légitimité de l'intervention au point de vue du fœtus vivant. Je me limiterai au cas chirurgical de la grossesse rompue avec hémorragie qui menace immédiatement la vie de la mère : la légitimité de l'intervention n'est ni discutable, ni discutée. Quelles doivent être ses limites ?

L'indication est nette : nécessité d'une hémostase rapide et d'une intervention simple qui n'aggrave pas l'état déjà précaire de la malade. Elle sera réalisée par l'ablation de la trompe rompue. C'est une castration *unilatérale*, mais qui ne compromet ni la fonction endocrine ni la fonction de reproduction, puisque les annexes du côté opposé suffiront à les assurer.

Or les récidives ne sont pas rares dans la trompe conservée ; et certains chirurgiens pour cette raison n'ont pas hésité à pratiquer soit la castration bilatérale, soit l'hysterectomie au cours de la première intervention dans un but préventif. Est-ce un exemple à suivre ? Je n'hésite pas à répondre : non — parce que l'opération est plus longue et plus grave, et qu'à vouloir sauvegarder l'avenir on risque de compromettre le présent qui doit primer dans nos préoccupations ; et parce que la récidive, tout compte fait n'est pas fatale, et que le danger de cette récidive n'est ni certain, ni immédiat.

Cependant dans le cas spécial d'une *hématocèle*, laissant après la libération, un bassin cruenté, dépéritonisé, l'hysterectomie est justifiée par la nécessité d'une hémostase plus parfaite et d'un drainage mieux assuré. Dans ce cas l'hysterectomie est commandée parce qu'elle est destinée à parer à des complications immédiates et à assurer la guérison actuelle. C'est d'ailleurs une question d'espèces, et il est bien évident que toutes les hématocèles n'entraînent pas nécessairement l'hysterectomie ; un grand nombre sont compatibles avec la conservation de l'utérus et des annexes du côté opposé.

Salpingites. — Le traitement des salpingites est un des chapitres les plus importants de cette étude.

Pour être bien conduit, et orienté vers des

indications précises et rationnelles il suppose une connaissance aussi exacte que possible de l'étiologie et de l'évolution des salpingites.

S'agit-il de salpingites post-partum ou post-abortum, d'infections streptococcique, gonococcique ou tuberculeuse ?

Les salpingites post-partum et post-abortum qui sont très virulentes, et sont le plus souvent dues au streptocoque sont des infections graves, dont la libération et l'exérèse chirurgicales constituent, avant refroidissement, un risque sérieux. Mais elles sont assez souvent *unilatérales*. Si bien, que la condition du refroidissement préalable et prolongé étant remplie, on pourra dans un certain nombre de cas, user d'un traitement conservateur et ne pratiquer qu'une castration unilatérale.

De toute façon, une immobilisation prolongée, un traitement médical qui doit durer des semaines et même des mois, doivent toujours précéder une décision chirurgicale, qui ne doit être tentée que dans les cas de persistance indéfinie des lésions et des douleurs, incompatible avec une vie active normale.

Si alors les lésions étaient bilatérales, mais assez hautes pour laisser à peu près intact le fond du Douglas, il y aurait intérêt à pratiquer de préférence l'hystrectomie fundique avec conservation des ovaires, dont Lecène et Gaudart d'Allaines se sont faits récemment les ardents défenseurs. Cette opération qui supprime la fonction de reproduction, laisse du moins intactes, la fonction endocrine et la fonction menstruelle.

Les salpingites d'origine gonococcique sont certainement les plus fréquentes ; mais ce sont celles aussi qui peuvent le mieux guérir par un traitement médical bien conduit ; c'est une vérité qu'il ne faut pas se lasser de répéter, pour en convaincre les malades et les chirurgiens.

Sans doute, il s'agit d'un traitement prolongé, qui exerce la patience des malades, car il nécessite le repos au lit absolu, et même dans le lit, surtout au début, une certaine immobilité.

S'il s'agit de malades aisées, on peut assez facilement obtenir cet arrêt momentané de toute activité familiale et sociale. Dans la classe pauvre, ou dans la classe ouvrière, ces conditions d'une guérison médicale sont beaucoup plus difficiles à réaliser. Ces malades, on le dit un peu trop, encombrent nos services hospitaliers et la conséquence c'est que le traitement est réduit au minimum et les rechutes sont fréquentes qui découragent les malades. On en vient alors à exprimer cet argument inhumain, que pour rendre plus vite la malade à sa famille et à son travail, la castration et l'hysterectomie sont une solution radicale, rapide et définitive. C'est ainsi que nous pouvons voir à l'hôpital des femmes de 20 ans, voire même de 19, 18 et 17 ans, mutilées, stérilisées, diminuées définitivement dans leur valeur individuelle et sociale, avec une facilité et une légèreté qui font frémir.

Cet argument d'une solution thérapeutique qui varie selon la classe sociale à laquelle appartient la malade, a quelque chose qui sonne faux. Pour ma part, je le déclare inhumain, immoral, donc inacceptable.

La tuberculose pulmonaire aussi est une maladie qui demande un long traitement, des climats plus cléments, et pourtant nous admettons que la société prenne la charge des malades sans ressources suffisantes. Il doit en être de même pour les salpingites plus faciles et plus sûres à guérir, et nous devons dans l'intérêt de l'individu et de la race, sauvegarder ces malades que le temps et des soins appropriés peuvent guérir d'une façon plus certaine et plus durable que les tuberculeux. Nous ne devons pas nous faire les complices de cette cruauté sociale ; il y en a assez d'autres qui se commettent sans nous.

Sans doute, il y a des salpingites qui résistent au traitement médical ; celles qui se compliquent, qui s'infectent secondairement ; celles-ci sont justiciables de l'exérèse ; mais elles resteront le petit nombre et combien d'autres qui peuvent et doivent guérir par un traitement conservateur, simple, approprié.

Si même l'intervention est commandée par la persistance des symptômes, malgré un traitement médical, régulièrement et intégralement suivi, il faut encore savoir limiter son intervention, et ne pas recourir d'emblée à une mutilation grave.

Un exemple intéressant est fourni par les salpingites même adhérentes qui compliquent si souvent la rétroflexion utérine. Bien souvent j'ai limité mon intervention à la ligamentopexie, et à la libération des adhérences, et j'ai pu constater dans la suite, la disparition des symptômes douloureux et la guérison durable pour ne pas dire définitive de ces salpingites. Il n'est pas douteux que dans ces cas la salpingite est la conséquence directe de la position vicieuse de l'utérus ; la guérison suit naturellement la reposition utérine.

Si la castration unilatérale paraît devoir suffire, il est grave de pratiquer systématiquement une hysterectomie. Contre la castration unilatérale, on oppose la fréquence des opérations itératives qui aboutissent en définitive à l'hysterectomie. Il est vrai que ces faits ne sont pas exceptionnels ; mais parmi ceux-ci combien sont justifiés par

des lésions évidentes et non discutables des annexes laissées en place ? Il existe trop souvent chez ces malades une hantise morbide d'une opération radicale, contre laquelle il faut résister et lutter ; chez certaines névropathes même, l'hysterectomie loin d'apporter la guérison, ne fait qu'aggraver les troubles déjà accusés par ces malades.

Enfin, si la conservation ne peut être totale quant aux deux fonctions de reproduction et de menstruation, devons-nous rechercher à conserver au moins la fonction ovarienne endocrine ?

Ce n'est pas toujours chose aisée.

La conservation d'un ovaire aboutit souvent après hysterectomie, à des opérations itératives, car cet ovaire privé plus ou moins de ses apports vasculaires normaux et de ses connexions anatomiques, s'altère le plus souvent, devient kystique, douloureux. Sa conservation n'empêcherait pas d'ailleurs les troubles de ménopause de se produire (TUFFIER et MAUTÉ). « Du moment qu'il n'y aura plus de règles après l'opération, il est vain, dit LECÈNE, de conserver un ovaire pour une hypothétique sécrétion interne ; c'est la *menstruation* surtout qu'il importe de conserver ». On n'y parviendra que par la conservation simultanée d'un ovaire et d'un fragment suffisant de l'utérus pour assurer le flux menstruel. C'est le but des opérations telles que l'opération de KELLY, l'hysterectomie fundique.

J'en aurai fini avec ce chapitre des salpingo-ovarites quand j'aurai ajouté que l'*ovaire sclérokystique*, et le *varicocèle tubo-ovarien* ne doivent plus aujourd'hui pour aucun chirurgien digne de ce nom, autoriser une intervention ni à plus forte raison une opération d'exérèse ou une mutilation. Ce sont là trop souvent d'ailleurs des diagnostics suspects, établis chez des malades qui sont des névropathes. Chez elles, l'exérèse loin d'amener la guérison, aggrave les troubles névropathiques et l'opération inutile mutilante fait de ces patientes de véritables épaves.

Fibromyomes utérins. — Est-ce encore exagérer que d'affirmer la tendance trop facile chez les chirurgiens à la mutilation dans le traitement du fibrome utérin ?

Sans doute, après 40 ans, si l'hysterectomie pour fibrome n'est pas absolument justifiée dans tous les cas, elle est au moins légitime.

Elle s'impose encore, avant cet âge, dans tous les cas de fibromes multiples, compliqués, où l'hysterectomie réalise le traitement le plus simple et le moins grave.

Mais combien de cas de fibromes qui seraient justiciables d'une opération conservatrice, et que, par entraînement, par négligence, par paresse peut-être, on traite par l'hysterectomie.

Faut-il donc oublier les bons résultats obtenus par la *myomectomie* ? Je sais bien que MAYO prétend que la grossesse ultérieure ne serait obtenue que dans 10 p. 100 des cas, ce qui déjà n'est pas négligeable. Mais GOUILLOUD sur 74 opérées, compte 40 femmes mariées, dont 26 avaient moins de 40 ans et qui ont donné 5 grossesses soit une proportion de 19 p. 100.

Dans l'histoire du traitement chirurgical des fibromes, les opérations radicales et les opérations conservatrices sont à peu près contemporaines ; mais si nous voyons la chirurgie s'orienter de plus en plus vers l'hysterectomie, cela tient à la sécurité plus grande que donne en général toute opération radicale, quand on la compare, surtout à la période préaseptique, avec les opérations conservatrices plus délicates.

Une amputation est toujours plus facile et moins longue qu'une résection ; est-ce à dire que l'amputation doive toujours être préférée à la résection ? Aujourd'hui, avec le perfectionnement de la technique et la sécurité opératoire plus grande, on peut et on doit donner à la myomectomie la place qui lui convient. Les plaidoyers de TÉMOIN, de DARTIGUES, de TUFFIER en sa faveur conservent toute leur valeur, à la condition que soient exactement posées les indications de cette chirurgie conservatrice, ou si l'on veut ses contre-indications.

En effet la myomectomie conservatrice est contre-indiquée :

1° Quand il existe des altérations concomitantes des annexes ;

2° Quand il existe des adhérences plastiques ou inflammatoires ;

3° Quand l'accroissement rapide du fibrome, nous fait douter de la bénignité de la tumeur ou nous fait craindre une évolution maligne ;

4° Quand le fibrome est infecté ou sphacélé ;

5° Dans la fibromatose multiple ;

6° Quand le col utérin ou le corps présentent des lésions concomitantes avérées ou suspectes de dégénérescence maligne.

Mais nous dira-t-on, pourquoi s'adresser à la chirurgie, puisque nous possédons actuellement dans la radiothérapie des fibromes, un moyen thérapeutique souverain et d'une bénignité absolue ?

Ce n'est pas le lieu, ici, de reprendre une discussion qui reste ouverte sur le mérite respectif des deux thérapeutiques, encore qu'il y ait beaucoup à dire sur l'efficacité constante et la bénignité absolue de la radiothérapie. Mais me plaçant au seul point de vue envisagé dans la pré-

sente étude, je dirai : la radiothérapie des fibromes est-elle une solution conservatrice ?

La conservation n'est en effet qu'apparente, et pour ne pas apporter à ce sujet une opinion personnelle, mais celle d'un radiologue, partisan de la radiothérapie des fibromes, je citerai seulement ces lignes de BELOT, parues en 1920 (*Bulletin Médical*, 26 juin 1920, p. 589).

« On sait que les éléments cellulaires de l'organisme ne présentent pas tous une égale sensibilité à l'action des rayons X ; une même dose qui tue certaines cellules, n'influence que fort peu d'autres éléments. BERGONIÉ et TRIBONDEAU ont montré que la sensibilité était fonction de l'activité karyokinétique. Cette loi est la base de toute la radiothérapie.

« En irradiant les ovaires d'une femme atteinte de fibrome, on déterminera rapidement la destruction des follicules ovariens dont la sensibilité est exquise. Lorsque cette destruction sera totale, la ménopause s'établira. La stérilisation ovarienne ainsi obtenue, analogue, comme résultat, à l'opération d'HÉGAR et BATTEY, entraînera l'arrêt de l'évolution du fibrome, puis sa régression spontanée. Cette conception n'est pas une vue de l'esprit : elle est l'expression précise de la réalité.

« Depuis les travaux d'HALBERSTADTEN (1905) on sait qu'en dirigeant sur l'ovaire un faisceau de rayons X, on détermine dans cette glande des lésions dégénératives importantes, pouvant aller jusqu'à la destruction totale des éléments nobles. Des examens histologiques faits par REIFFERSCHEID (1914) sur des ovaires de femme adulte, irradiés avec des doses thérapeutiques, ont montré une dégénérescence de tous les follicules primordiaux et une altération grave des follicules de GRAAF ; aucun processus de régénération ne put être constaté. Par contre, les cellules des corps jaunes présentent une résistance plus grande à l'action des rayons ; ils n'entrent que lentement en dégénérescence ; la sécrétion interne persiste longtemps. »

Il semble donc bien que la guérison, qui ne prétend d'ailleurs pas à la disparition totale de la tumeur, n'est obtenue dans ces cas, qu'au prix d'une ménopause anticipée et de la suppression des fonctions essentielles des organes reproducteurs. « L'apparition de la ménopause, dit BELOT, est un des signes importants de la guérison ». Ce n'est pas là un traitement conservateur.

Kystes et tumeurs de l'ovaire. — Les kystes de l'ovaire, tumeurs bénignes doivent être enlevés, car ils sont toujours susceptibles de prendre à un moment une évolution maligne. Sauf quand ils sont bilatéraux, la castration unilatérale doit suffire. La seule indication embarrassante est celle qui peut se poser au cours d'une grossesse. Or il semble bien que l'ablation d'un kyste ovarien ne provoque pas fatalement l'avortement ; on *peut* donc les opérer. On *doit* les opérer en cas de complications, torsion, enclavement ou dystocie.

Les tumeurs solides de l'ovaire, souvent bilatérales, presque toujours malignes ne comportent pas plus que d'autres tumeurs malignes de conservation. Il n'y a que l'hysterectomie totale qui soit logique et il ne saurait y avoir à cet égard d'hésitation.

Chirurgie des membres. — Il y aurait encore beaucoup à dire de la conservation dans la chirurgie des membres. Mais en temps normal, la tendance habituelle des chirurgiens est la conservation poussée aussi loin que possible, et entre des mains habiles, cette conservation est l'occasion de très beaux résultats.

J'ai dit « en temps normal », car en temps de guerre, il n'en est pas tout à fait de même. Les conditions extérieures, les circonstances changent parfois les indications, et pour sauver la vie d'un blessé dans les conditions d'évacuation et de précarité de soins qui sont les conditions ordinaires de la guerre, il faut savoir parfois sacrifier un membre. Que du moins, dans chaque circonstance, la question soit posée à notre conscience et résolue avec liberté et sang-froid. Que l'impéritie, l'ignorance de chirurgiens improvisés, ne soient pas, même dans ces circonstances exceptionnelles, une excuse suffisante à des mutilations, faciles et monstrueuses.

La guerre, encore qu'aucun de nous n'en désire le retour, est une possibilité qui vivra autant que l'humanité et à laquelle nous devons nous préparer. Il est plus inhumain de nier cette possibilité et de vivre dans l'ignorance de ses effets et dans l'impréparation dont nous avons tous pâti, que de voir les réalités en face et d'y parer par une organisation qui en atténuera les ravages.

Pas plus que la chirurgie de paix, la chirurgie de guerre ne s'improvise ; rien d'ailleurs ne s'improvise et n'est l'effet du hasard, ni le succès, ni la victoire et nous savons hélas ! ce que coûtent ces improvisations.

Je pourrais conclure par une critique du titre même de cette étude et dire qu'il n'y a pas lieu de distinguer dans notre art, une chirurgie conservatrice. La chirurgie tout court, la vraie chirurgie doit tendre toujours à la conservation, non seulement de la vie, ce qui n'a pas besoin d'être démontré mais aussi de l'intégrité de nos patients, ce qui a besoin parfois d'être rappelé.

FAIT CLINIQUE

Comment réduire sans efforts une luxation de la phalangine en avant.

Par M. Raymond Bonneau.

Un homme de 49 ans tombe de sa hauteur sur la main gauche étendue. Il n'éprouve pas une grande douleur mais en se relevant il remarque que l'articulation phalango-phalanginienne du 3e doigt est déformée et ne permet plus les mouvements.

Le médecin traitant constate que la phalangine est luxée sur la face palmaire de la phalange et en même temps déportée en dedans de l'axe du doigt. Phalangine et phalange sont approximativement en extension, en rectitude.

Le doigt est diminué de longueur au point d'être de même longueur que l'index.

Toutes les tentatives de réduction, exécutées même avec une réelle violence dans l'axe du doigt sont restées vaines et le blessé m'est présenté comme atteint d'une luxation irréductible. Or il me suffit de mettre doucement la phalangine en hyperflexion pour la voir presque spontanément reprendre sa place.

Les observations de luxation phalango-phalangiennes sont rares et particulièrement rare est la variété antérieure. Si j'ouvre mes vieux traités classiques je vois que Cahier dans *Le Dentu-Delbet* dit :

« On a toujours réduit ces luxations au moyen de tractions exercées dans la direction du doigt et combinées avec des pressions en sens contraire sur les saillies des os luxés. »

Quant à mon maître C. Nélaton, qui traite cette question dans le *Duplay-Reclus* il ne fait pas mention du traitement. Il semble donc que l'irréductibilité de la luxation en avant n'ait pas été signalée, et le confrère qui voulut bien me confier son malade se désolait, qu'ayant obéi aux indications de Cahier, il ait dû avouer son impossibilité de réduire.

L'anatomie pathologique de ce traumatisme permet cependant de comprendre aisément cet échec. Pour se luxer sur la face palmaire de la phalange, la phalangine a fait éclater la capsule articulaire et elle est passée à force à travers cette capsule. Tirer dans l'axe du doigt c'est tendre de chaque côté de la phalangine les deux lèvres de la capsule. Ainsi la boutonnière fait une fente rigide qui laisse d'autant moins repasser la base de la phalangine que l'on tire d'avantage. On réalise par cette mauvaise traction un cercle vicieux. Il est facile d'en sortir par l'hyperflexion de la phalangine qui, elle, relâche les lèvres de la capsule et fait bâiller la boutonnière à travers laquelle maintenant la base de l'os repasse aisément.

Ainsi on réussit par une simple manœuvre de douceur.

Cette technique n'est du reste nullement spéciale à la luxation phalango-phalanginienne en avant. C'est l'application à cette luxation d'une loi de thérapeutique générale des luxations qui veut que le premier temps de la réduction soit celui par lequel la déchirure capsulaire est relâchée et ouverte. Ce temps de réduction est si important qu'à lui seul il suffit souvent pour que la tête articulaire rentre d'elle-même dans sa juste place.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Le traitement du paludisme d'évolution.

Purgatif salin. Si le foie est congestionné, application locale de ventouses scarifiées. Le lendemain entreprendre la médication quinique : les trois premiers jours : un cachet d'un gr. de quinine, 2 ou 3 fois par jour au milieu des repas. La quinine est prise avec un liquide acide (citronnade, limonade chlorhydrique, X à XV gouttes d'acide phosphorique).

Les trois jours suivants : strychnine, cacodylate, arrhénal. Un jour de repos et l'on recommence. (Gutmann.)

Si les accès reviennent régulièrement, donner la quinine sept heures avant l'accès présumé.

Eviter la quinine par voie intra-veineuse. Elle donne lieu à des réactions extrêmement violentes (fièvre, frissons, nausées, céphalées collapsus).

L'adrénaline ne diminue en rien l'intensité de l'orage.

FORMULES

Intertrigo rétro-auriculaire.

Faire tomber les croûtes avec des pansements humides matin et soir à l'aide de compresses imbibées de :

Sulfate de zinc.	1 gramme
Chlorure de sodium	6 grammes
Eau distillée	1 litre

Recouvrir de coton cardé et d'un imperméable. Maintenir le pansement à l'aide d'une bande de crêpe.

Continuer deux à trois jours. Nettoyer ensuite les surfaces malades avec des tampons d'ouate imbibés d'éther.

Puis, attouchement des parties suivantes avec :

Nitrate d'argent.	1 gramme
Eau distillée.	20 grammes

(Legrain.)

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

L'incontinence nocturne d'urine.

Les médications sont innombrables. Depuis la souris frite que Mme Fouquet proposait à l'admiration de Mme de Sévigné et qui devait être avalée par le petit malade au repas de midi, les remèdes les plus bizarres ont été prônés tour à tour. Et nombre ont été couronnés de succès. Preuve que l'élément émotif joue un grand rôle.

C'est pourquoi les opérations les plus diverses, pourvu qu'elles aient remué l'émotivité de l'enfant se sont vu attribuer des guérisons manifestes. L'ablation des végétations adénoïdes et l'opération du phimosis ont accompli des miracles. Néanmoins la sensibilité de l'enfant pouvant être irritée par des causes diverses, le médecin veillera à supprimer ces épines pathogènes. Les organes génitaux externes, la vessie, la bouche, le rhinopharynx, l'appareil digestif seront débarrassés de leurs troubles. Le système nerveux central sera surveillé dans le sens de son équilibre reconquis, la faiblesse sera combattue par une alimentation réparatrice. Un changement de milieu en soustrayant la sensibilité aux craintes coutumières fera souvent merveille.

Le traitement psychique ne consistera pas à gronder l'enfant. Il ne convient pas de le réveiller à heure fixe dans la nuit. La sagesse est de lui rendre confiance. La persuasion ajoutera qu'il ne peut plus uriner sous lui, que le remède qu'il absorbe lui en enlève la faculté, que la guérison se produit toujours, qu'aucun effort de volonté n'est nécessaire, que le meilleur moyen de guérir de son infirmité est de n'y plus penser.

Là-dessus, la méthode de M. Cathelin avec injection de *sérum artificiel* dans l'espace épidural, le procédé de M. Sicard qui injecte dans le même espace 5 à 10 cc. d'*huile iodée* peuvent être entrepris.

Mais avant d'y recourir, on usera de moyens plus simples : le drap mouillé pendant quelques minutes le matin ; M. Comby recommande l'enveloppement pendant une demi-heure.

On interdira le vin, l'alcool, le café noir. Peu de boissons à midi (un verre). Le matin, une tasse de lait de 200 à 250 gr. Repas sec le soir.

L'*atropine* réussit maintes fois : V gouttes de la solution à 1/1000e le soir ; augmenter jusqu'à X à XX gouttes, suivant l'âge et la tolérance. En général on donne I à II gouttes (1 à 2 dix. de milligr.) pour 1 an d'âge.

On continue dix jours.

Les dix jours suivants, on pourra ordonner de l'*acide phosphorique* (I à II gouttes par année d'âge).

Ou encore une cuillerée à café de la potion avant le repas de midi et du soir :

Hyposphosphite de chaux — de soude	}	âà 0 gr. 05 à 0 gr. 10
Sirop de fleurs d'oranger . .		60 grammes

Puis revenir à l'atropine.

Les paroles affirmatives du médecin doubleront l'action des médicaments. Que l'image mentale de l'accident nocturne s'efface de l'esprit et l'accident ne se reproduira plus.

S. R.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

La hantise du thermomètre et de la bascule.

Par MM. Coubard et Gallot
(*du Sanatorium de Bois-Grolleau en Anjou.*)

On sait que la prise bi ou pluri-quotidienne de la température est chez le tuberculeux un des rites de pratique rigoureuse. On lui a, en effet, tellement appris et répété que le thermomètre doit être pour lui le guide, le miroir, la conscience, allions-nous dire !

Hélas, il arrive que le thermomètre au lieu de se contenter d'être tout cela et de ne rester que cela, devient pour le malade le plus abominable des tyrans.

Chez celui-ci, la température au repos est généralement normale : 36°8 le matin, 37°3 le soir. Si pendant des semaines il la prend régulièrement deux fois par jour, il n'est pas sans remarquer qu'il se produit par fois d'un jour à l'autre des écarts thermiques d'un, 2 ou 3 dixièmes, bien souvent sans cause apparente. C'est alors que risque de s'installer chez ce désœuvré, qui n'a pas à songer à autre chose qu'à sa santé, *la hantise de la température*. Le tracé graphique a tous ses soins ; il ne se sépare plus de son thermomètre, le mettant en

place non plus seulement aux heures prescrites par le médecin mais six, dix fois par jour, s'isolant au besoin dans les cabinets pour satisfaire à sa manie. Nous avons connu un pauvre garçon qui avait pratiqué lui-même une boutonnière au fond de son pantalon pour pouvoir introduire l'instrument, sans même avoir la peine de quitter la chaise-longue.

Voici désormais cristallisée *l'idée fixe*. Un dixième de plus que la veille, et notre malade est désolé, désespéré ; l'imagination galope, le sommeil se perd, l'estomac est noué ; les symptômes subjectifs les plus divers : douleurs, tachycardie, dyspnée, etc... apparaissent.

Qui mieux est, cette tension nerveuse arrive elle-même à provoquer une réelle élévation de température. Voilà le cercle refermé, et nous n'en sortirons plus, qu'en supprimant carrément le thermomètre.

D'autres malades, les évolutifs, avec leurs tristes clochers thermiques, ont souvent eux aussi la hantise du thermomètre. Dès le matin ils y accrochent leur pensée : « Est-ce enfin aujourd'hui que « ça baissera ? »... » Et à mesure que l'heure approche de la prise de température vespérale, ils deviennent anxieux, angoissés... Hélas, non, « ça n'a pas encore baissé », 39°, 39°2, 39°5. La petite colonne grise se maintient toujours aux mêmes altitudes, aujourd'hui comme hier, demain comme aujourd'hui. Ca ne baissera plus jamais maintenant ; jamais, jamais ! O les désespoirs, les colères, les larmes de la température de cinq heures!...

A ceux-là aussi, par humanité, supprimons le thermomètre ; et dans certains cas, *qui restent toujours des cas d'espèce*, supprimons même la décevante température, à l'aide des anti-thermiques donnés au moment qu'il faut et à la dose qui convient.

Chez les uns et les autres, il est nécessaire, pour le traitement à instituer, que nous ayons une courbe thermique régulière, le soin de prendre la température sera réservé à l'infirmière ou à une personne intelligente de l'entourage qui saura se taire ou mentir suivant les cas.

Même histoire pour la *bascule*. Nous avons connu au sanatorium la petite fièvre des jours de pesée. Autour de la prestigieuse bascule, les figures s'éclairent ou s'allongent... On tire de la poche le petit carnet de pesée ; on note, on compare. Au repas qui suit, bien que le règlement interdise de parler de maladies et de traitements, la bascule alimente encore les conversations à mi-voix : « J'ai encore maigri ! — Moi j'ai pris 500 gr. — La pauvre Mme X... perd régulièrement son kilog. chaque quinzaine, etc... »

Il s'établit des sortes de gageures. Pour atteindre tel poids qu'il s'est fixé à lui-même, celui-ci s'efforce de faire de la suralimentation intensive qui aboutira fatalement à quelque dyspepsie.

Et celui-là, possédé par la hantise d'un amaigrissement progressif, oublie de manger pour considérer mélancoliquement ses mains en pattes d'araignées. Gageons qu'il aura, la prochaine fois, encore maigri !

Au médecin il appartiendra de ramener le calme dans ces pauvres imaginations en déroute. Dans les entretiens journaliers avec les malades, il apprendra ou rappelera que ni la température journalière ni le poids ne sont en eux-mêmes des critères et qu'ils n'ont que la valeur de symptômes. D'autre part, on supprimera, si possible, la pesée en commun ; le médecin se réservant de peser à son gré et à son heure, tantôt l'un, tantôt l'autre, au cours d'examens à son cabinet.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Les orchites aiguës primitives de l'enfance.

Les *orchites aiguës* de l'enfance sont le plus souvent secondaires. Une maladie infectieuse (oreillons, fièvre typhoïde, grippe, tuberculose, syphilis) ont ouvert la voie. D'autres fois, l'orchite est primitive et celle-ci dépend d'une torsion de l'hydatide sessile de Morgagni (Ombredanne, Mouchet).

Le début se manifeste par une douleur brusque. Le scrotum est rouge, œdématié. Très augmenté de volume, très douloureux, il est impossible à distinguer de l'épididyme. Le cordon est gros et douloureux. Il y a une fièvre légère (38°). Quelques jours de repos au lit et les symptômes rétrocèdent. Un intervalle de quatre à dix jours est nécessaire. Mais il persiste fréquemment de l'atrophie testiculaire. Parfois, les choses ne vont pas si simplement. La température atteint 39° à 40°, la tuméfaction augmente, la fluctuation apparaît. L'incision de la vaginale amène un écoulement de pus et la guérison fait suite (3 à 4 semaines).

Un sphacèle testiculaire peut suivre l'ouverture spontanée ou provoquée de la vaginale.

C'est dire que si la torsion persiste, la mort fonctionnelle du testicule en peut être la conséquence.

L'*intervention chirurgicale* s'impose aussi précoce que possible. Après ouverture de la vaginale, on détord immédiatement, on fixe le testicule à la

vaginale, la vaginale au scrotum et la peau est suturée sans drainage.

Lorsque la torsion est supravaginale, l'incision porte jusqu'à l'anneau inguinal. La détorsion effectuée, la vaginale est fixée au scrotum et on suture.

Si l'*orchite est subaiguë*, les conditions étiologiques sont les mêmes, mais les symptômes sont moins marqués. La température ne dépasse pas 38° les douleurs sont moins vives, la tuméfaction du scrotum est moindre.

Abandonnée à elle-même, l'affection rétrocède spontanément au bout d'une dizaine de jours, le testicule restant indemne. L'intervention d'urgence est néanmoins à recommander. Elle est inoffensive, l'anesthésie locale suffit. Elle calme instantanément les douleurs et assure le diagnostic d'avec l'orchite aiguë. L'intervention consiste dans l'incision du scrotum et de la vaginale. La détorsion est inutile. On pratique, après ligature, la résection de l'hydatide laquelle est volumineuse et de couleur rouge foncé, presque noire. Elle est tordue le plus souvent dans le sens des aiguilles d'une montre.

PRATIQUE MÉDICALE

Les formes dysentériques du cancer recto-sigmoïdien.

Quelques-uns des symptômes habituels du cancer du rectum peuvent, chez certains malades, s'exagérer au point d'occuper le premier plan dans le tableau clinique, qui se trouve, de ce fait, profondément modifié. A. Cain (1) signale les graves erreurs de diagnostic auxquelles s'expose alors le praticien qui se contente d'un examen incomplet ; le néoplasme risque d'être méconnu jusqu'à sa période ultime, quand toute thérapeutique devient vaine.

C'est ainsi que la symptomatologie peut être dominée par la fréquence d'évacuations pénibles, s'accompagnant d'épreintes, de ténesme, d'irradiations dans le périnée et dans le domaine du sciatique. Le malade accuse habituellement de la diarrhée, bien qu'en réalité il y ait presque toujours constipation ; les selles émises sont peu abondantes, glairo-sanguinolentes, ou diluées dans un ichor rosé et odorant. Les faux-besoins sont la règle. Si le médecin s'en tient à un examen superficiel et ne contrôle pas les affirmations du malade, il méconnaîtra le cancer et pensera à une dysenterie chronique, négligeant de faire un toucher rectal qui eut levé tous les doutes. On a vu de ces malades soumis à un régime sévère, au traitement d'épreuve par l'émétine et les arsenicaux, envoyés à Châtel-Guyon ou à Plombières ; le diagnostic n'est redressé que le jour où l'aggravation de l'état général, l'abondance des hémorragies, l'apparition d'une métastase incitent enfin à l'exploration ano-rectale.

Le diagnostic est plus difficile quand le cancer siège à la partie supérieure de l'ampoule ou sur le tigmoïde. L'attention est attirée par la fréquence des évacuations, par les émissions glaireuses, sanguinolentes, ichoreuses, mêlées aux matières fécales ou rendues séparément ; mais les signes fonctionnels ano-rectaux (pesanteur, ténesne, épreintes, faux-besoins) sont moins accusés ou peuvent manquer, tandis que le côlon descendant est parfois sensible et empâté. Bien souvent, en pareil cas, le diagnostic d'entéro-colite est porté, et l'on est d'autant plus disposé à l'accepter que l'exploration ano-rectale par le toucher se montre négative, le néoplasme étant trop haut situé pour que le doigt puisse l'atteindre, même en combinant le toucher au palper abdominal. D'où ce principe que *la procto-sigmoïdoscopie S'IMPOSE chaque fois que le segment terminal du tube digestif semble intéressé et que le toucher rectal ne suffit pas à préciser la nature des lésions ; seule, en effet, elle permet de trancher le diagnostic en découvrant une tumeur inaccessible à l'exploration digitale, et en permettant de l'identifier au moyen d'une biopsie.*

En présence d'un syndrome dysentériforme, la recherche négative des parasites et l'inefficacité du traitement émétino-arsenical doivent faire suspecter l'existence d'un cancer. Mais il faut savoir qu'il est des cas, rares, où le cancer recto-sigmoïdien se surajoute à une dysenterie amibienne cliniquement et bactériologiquement confirmée. Bensaude et Cain au cours d'examens rectoscopiques pratiqués pour mettre en évidence les ulcérations dysentériques, ont plus d'une fois découvert un épithélioma que le doigt n'atteignait pas et que les signes cliniques ne faisaient nullement soupçonner. Par conséquent, *l'examen endoscopique est de rigueur dans tous les cas.*

En dehors de ces cas, où le cancer recto-sigmoïdien prend le masque de la dysenterie classique, Cain signale quelques autres cas exceptionnels où

(1) *La Médecine*, Juillet 1926.

le néoplasme, par la rapidité de son évolution, l'altération de l'état général, la fièvre, l'intensité des signes dysentériques, donne à la maladie l'allure d'une dysenterie aiguë. Un homme de 62 ans, en bonne santé, indemne de tout antécédent pathologique, voit s'installer brusquement une diarrhée qui alterne avec des phases de constipation. Le ventre est sensible, tympanisé, les défécations ne sont pas douloureuses et aboutissent au rejet de selles liquides, sans caractères. Au bout de un mois, les troubles s'accentuent : quinze à vingt évacuations quotidiennes glairo-sanguinolentes, émises sans effort ; ténesme et épreintes peu marqués ; sensibilité diffuse du ventre ; rate percutable ; température à 38° ; altération de l'état général : le malade maigrit, s'affaiblit, et doit s'aliter. L'évolution est dès lors très rapide : température entre 38° et 39°5, avec pouls rapide et régulier, aux environs de 90 ; prostration, insomnie, langue sèche ; évacuations presque continuelles d'un liquide ichoreux, séro-sanguinolent, plus ou moins mêlé aux matières. La région anale est irritée du fait des évacuations incessantes, mais il n'y a ni ténesme ni épreintes ; ni le toucher rectal ni le palper abdominal ne donnent la moindre indication en faveur d'un néoplasme intestinal. En raison de l'atteinte profonde de l'état général et de la température élevée, on pense à la possibilité d'une dysenterie bacillaire ou d'une infection du groupe typhique, mais l'hémoculture et le séro-diagnostic sont négatifs ; de même, l'examen bactériologique des selles ne révèle qu'une flore banale. Sérum antidysentérique et émétine n'ont aucune résultat ; l'anthéma reste sans effet sur les hémorragies.

C'est dans ces conditions que CAIN, appelé à examiner le malade, fait une rectoscopie. Ce n'est qu'à 18 centimètres de l'anus, donc sur l'anse sigmoïde, qu'il découvre une tumeur végétante circulaire, fougueuse et friable, tapissant la circonférence de l'intestin et saignant très abondamment au contact de l'instrument.

L'état du malade est si grave que toute intervention est à rejeter ; le foie, très augmenté de volume, dur et bouclé, est d'ailleurs manifestement le siège d'une métastase.

La mort survient deux mois à peine après l'apparition des premiers accidents intestinaux.

Une autre observation de CAIN concerne un jeune homme de 26 *ans* ayant présenté des crises dysentériformes calmées par l'émétine, et chez lequel, après la mort survenue en dix-huit mois, l'autopsie montra l'existence d'un épithélioma colloïde, infiltré en nappe sur une hauteur de 15 centimètres.

Un cancer recto-sigmoïdien est donc susceptible de se traduire par un syndrome de dysenterie aigue, fébrile, d'allure véritablement infectieuse. Toutefois, dans un tel tableau, un signe mérite de retenir l'attention, c'est le caractère des selles. Seules, les dysenteries hypertoxiques et gangréneuses donnent de pareilles évacuations ichoreuses et séro-sanguinolentes : celles-ci ne se constatent pas dans les dysenteries subaiguës ; elles semblent au contraire être un bon signe de néoplasme recto-sigmoïdien et traduire les formes végétantes, fongueuses, en voie de nécrose continuelle ou de dégénérescence colloïde. J. L.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Traitement de l'infection puerpérale grave.

A lire la liste des traitements proposés contre l'infection puerpérale grave on ne peut s'empêcher d'un certain scepticisme. N'a-t-on pas préconisé successivement l'injection intra-utérine et le curettage, l'hysterectomie et l'application intra-utérine de filtrat de cultures de streptocoques, l'abcès de fixation et la colloïdoclasie, la sérothérapie et la vaccinothérapie, les injections de cyanure de mercure et celles de novarsénobenzol, et d'autres encore. Toutes ces méthodes ont leurs succès.

On est, de ce fait, en droit de chercher ailleurs la raison de ces succès ; on en arrive ainsi à penser que toutes les méthodes jusqu'alors employées font fausse route, que l'infection puerpérale guérit non pas grâce à ces traitements, mais bien malgré ces traitements, qu'en un mot, L'INFECTION PUERPÉRALE A UNE TENDANCE NATURELLE A GUÉRIR, n'étant peut-être plus aujourd'hui aussi grave qu'on le dit.

C'est là certes une opinion téméraire, mais qui pourtant date de quelques années déjà. Au Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française de 1921, le Pr BRINDEAU s'élevait contre les interventions. A ce même Congrès METZGER conseillait de s'abstenir d'un bout à l'autre de l'infection.

Cette manière de traiter l'infection puerpérale, pour paradoxale qu'elle paraisse étant données les idées actuelles sur la pathogénie de l'infection paraît pourtant confirmée par les faits. Jean-Louis MARMASSE (*Thèse Paris*, 1926) réunit une statis-

tique des plus impressionnante à ce sujet recueillie à la Maternité de l'Hôpital Tenon.

Les conclusions de cet auteur sont les suivantes :

Grâce au traitement prophylactique l'infection puerpérale, même grave en apparence, a aujourd'hui une tendance naturelle à guérir. Il y a donc lieu de s'abstenir d'un bout à l'autre de l'infection de toute thérapeutique pouvant faire courir un risque à la femme.

Les observations de Jean-Louis MARMASSE prouvent que dans les cas d'infection puerpérale grave, on obtient de très beaux résultats en employant uniquement le traitement suivant :

De la glace sur l'utérus.

De la bouillie lactique sur les plaies vaginales.

Un abcès de fixation qui, à condition d'être précoce, semble avoir une influence heureuse sur l'évolution de l'infection.

Nous avons été heureux de voir que l'expérience de Jean-Louis MARMASSE va nettement à l'encontre de celle de M. COMBY. Le Pr JEANNIN a écrit : « la valeur thérapeutique de l'abcès de fixation est indiscutable ». MARMASSE se range à la même opinion. Il recommande l'incision tardive du septième au douzième jour de l'abcès de fixation, mais l'abcès doit être fait précocement.

Ce traitement employé à l'exclusion de tout autre a donné dans les cas d'infection puerpérale grave une mortalité de 1.4 % en vingt-six mois : il mérite donc d'être employé jusqu'au jour où on aura un traitement spécifique.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MÉDECINE

Variabilité de la virulence et des effets pathogènes du virus tuberculeux filtrant. Ses conséquences dans le problème de l'hérédité tuberculeuse. — MM. Fernand ARLOING et A. DUFOURT. — L'inoculation de filtrats de lésions tuberculeuses humaines produit chez le cobaye trois types d'infection. Outre une tuberculose nodulaire caséeuse rare et une bacillisation des ganglions lymphatiques avec cachexie mortelle plus fréquente, on observe aussi une infection passagère de peu de durée, sans atteinte nette de l'état général, guérissant avec la destruction dans l'organisme du virus filtrant inoculé.

Seule, l'intradermo-réaction à la tuberculine permet de révéler cette dernière modalité de la tuberculose en utilisant une dilution de tuberculine plus concentrée qu'à l'ordinaire.

Les auteurs montrent donc que le virus tuberculeux filtrant peut créer une allergie tuberculinique temporaire en rapport avec sa virulance.

On peut atténuer encore la virulence du virus tuberculeux filtrant par divers moyens, courants électriques, rayons ultra-violets par exemple. Dans ces cas, la période anté-allergique, qui est de 8 à 15 jours pour les cobayes témoins, s'allonge à 24, 31, 40 et 58 jours, et la période allergique réactionnelle, indéfinie chez les témoins, s'abaissse de 60 jours à 30, 22 et 18 jours.

On conçoit le grand intérêt de ces constatations expérimentales et cliniques au point de vue du problème de l'hérédité du germe tuberculeux par infection transplacentaire ainsi que dans la pathogénie de certaines hypotrophies mortelles des nourrissons. Cette importante notion, que les auteurs ont récemment précisée, vient d'être confirmée par M. CALMETTE et ses collaborateurs, ainsi que par M. COUVELAIRE et par M. Léon BERNARD qui s'éleva d'abord contre elle.

Le secret médical. — M. GALLOIS. — Le médecin doit le secret médical absolu à son client ; il le doit non seulement quant à la maladie, mais quant aux circonstances d'un autre ordre, que le médecin ne connaît que par la maladie et dont la révélation pourrait être désagréable à l'intéressé.

Fréquence de la fuso-spirochétose bronchique. — MM. LAFOSSE et LANGLE, comme médecins d'un dispensaire antituberculeux, ont trouvé 53 observations de fuso-spirochétose bronchique. La fréquence des hémoptysies, la fièvre et l'amaigrissement avaient valu l'erreur.

Election d'un membre titulaire dans la section d'hygiène. — M. BROUARDEL est élu par 53 suffrages contre 26 à M. LESAGE, 1 à M. LESNÉ, 1 à M. SACQUEPÉE, 1 à M. TANON.

Election de deux membres correspondants (3e division : Hygiène).

1re Election : M. BURNET (de Tunis) obtient 37 suffrages contre 24 à M. CHAUMIÉ (de Tours), 13 à M. LOIR (du Havre), 6 à M. VIOLLE (de Marseille), 2 à M. COSTA (de Marseille).

2e Tour. — Obtiennent : MM. BURNET, 34 voix, CHAUMIÉ 31 voix, LOIR 6 voix, VIOLLE 4 voix, COSTA 1 voix.

3e Tour. — Obtiennent : MM. CHAUMIÉ 35 voix, BURNET 34 voix, LOIR 2 voix, VIOLLE 1 voix (Ballottage).

Après consultation de l'Académie, le scrutin est remis au 21 décembre.

30 novembre 1926.

SOCIÉTE MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 novembre 1926.

Recrudescence hémorragipare, d'origine traumatique chez un hémogénique fruste — MM. A. Clerc et Robert Lévy rapportent l'observation d'un jeune homme de 18 ans homogénique constitutionnel chez qui le syndrome était resté fruste, presque latent, mais qui à l'occasion d'une chute violente, ayant entrainé la formation d'un volumineux hématome de la cuisse, présente, dans les jours qui suivirent, un syndrome hémorragique grave, caractérisé par des épistaxis et des gingivo-hémorragies à répétition aboutissant rapidement à un état d'anémie intense, accompagné de thrombopénie relative, avec un temps de saignement notablement prolongé, mais avec un temps de coagulation presque normal et un caillot irrétractile. Les médications habituelles se montrèrent inopérantes, bien plus, les transfusions sanguines et même l'injection sous-cutanée de sang parurent accentuer plutôt les accidents qui cédèrent d'ailleurs sans nouveau traitement, au bout de dix semaines et furent suivis d'une réparation rapide ; revu un an après le malade continue à présenter tous les stigmates d'une hémogénie fruste au point de vue clinique, mais des plus nettes au point de vue hématologique.

L'influence si nettement favorisante du traumatisme représente un fait d'autant plus remarquable que la littérature médicale n'en fournit que très peu d'exemples ; il est probable que sans parler de l'ébranlement général dû à la chute, la résorption de l'hématome doit être incriminée et que les troubles humoraux, consécutifs, ont dû exagérer l'instabilité de l'équilibre sanguin, qui caractérise l'hémogénie. Il est possible aussi que l'inefficacité du moins apparente des transfusions sanguines répétées soit due à l'action anticoagulante qu'elles exercent parfois, action transitoire il est vrai mais capable de s'accentuer ou de se prolonger quand il s'agit d'un terrain aussi mouvant que celui de l'hémogénie.

M. R. Emile-Weil pense que l'hémogénie peut rester latente pendant une longue période. De cette façon il est difficile de dire qu'une hémorragie peut engendrer un syndrome hémogénique. Mais une hémorragie primitive déclanche une multiplicité d'hémorragies par voies diverses. La transfusion peut quelquefois déclancher dans ces cas des hémorragies.

M. Troisier insiste sur les processus hémolytiques dans le même groupe, en injectant du sang du même groupe on peut injecter des substances toxiqurs.

Septicémie à staphylocoques traitée par le stock-vaccin. — M. Flandrin rapporte l'observation de septicémie à staphylocoques guérie par stock-vaccin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Au sujet des greffes osseuses dans le traitement des tumeurs blanches (méthode Robertson-Laval). — M. Ombrédanne apporte deux séries d'observations de M. Vignard (de Lyon). Dans la première série, 3 interventions uniquement épiphysaires : 2 résultats médiocres, un résultat nul ; dans la deuxième série, cinq observations recueillies à la suite d'interventions épiphysaires avec synovectomie ; 3 guérisons avec conservation partielle des mouvements, 1 guérison avec ankylose, 1 observation trop récente — tous ces cas ayant trait à des tumeurs blanches du genou ; enfin 10 observations trop récentes de coxalgies traitées par la même méthode.

M. Mouchet rapporte 2 observations de malades opérées dans son service par M. Robertson-Lavalle lui-même :

Dans le premier cas, mort par méningite tuberculeuse à la cinquième semaine ; dans le deuxième cas, réaction fébrile très nette au deuxième mois ; guérison après amputation.

M. Mauclaire étudie ensuite au point de vue théorique les avantages que peut présenter cette méthode des greffes, appliquée au traitement de la tuberculose ostéo-articulaire et réclame de nouvelles tentatives.

Un cas d'abcès multiples du foie. Intervention. Guérison. — M. Schwartz rapporte une observation de M. Petridis (d'Alexandrie) concernant un malade hospitalisé pour un syndrome hépatique.

Intervention par voie transpleurale. Découverte et ouverture successive de 4 abcès. Guérison.

Un cas d'hermaphrodisme. — M. Auvray en rapporte une observation personnelle, concernant une femme de 30 ans, ayant des règles à peu près normales, mais présentant un clitoris anormalement développé. Ablation du clitoris.

Du traitement des fractures ouvertes. — M. Leriche distingue un traitement applicable aux parties molles et le traitement de la fracture elle-même.

Il n'est partisan ni de la suture primitive des parties molles, ni de l'ostéosynthèse immédiate. A son avis, toute fracture ouverte est justiciable d'une méthode en trois temps : nettoyage soigneux de la plaie ; suture cutanée ; ostéosynthèse ultérieure en cas de nécessité. Il apporte à l'appui de sa thèse un certain nombre d'observations personnelles.

24 novembre 1926. E. Theillier.

***

A propos du procès-verbal de la dernière séance. — M. P. Duval s'élève à nouveau contre l'emploi du drainage à la Mickulicz en cas d'intervention comportant des sutures intestinales : il estime que ce mode de drainage en compromet gravement la solidité.

M. Sorrel estime que les greffes par la méthode de Robertson-Laval n'ont pas fait encore la preuve de leur efficacité et s'associe aux réserves de MM. Ombrédanne et Mouchet.

Sur un cas de gastro-entérostomie ayant nécessité une réintervention. — M. Roux-Berger rapporte une observation de M. Truchaud (d'Angers) concernant une malade opérée par M. Monprofit : gastro-entérostomie, suivie ultérieurement de jéjuno jéjunostomie sans amélioration des troubles gastriques.

La radioscopie montre alors l'existence d'une stase barytée au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, avec douleur à la palpation de cette région sous l'écran.

Réintervention par M. Truchaud. Après décollement colo-épiploïque, suppression de la gastro entérostomie, avec fermeture des brèches. Conservation de la jéjuno-jéjunostomie, en aval de laquelle est pratiquée une nouvelle gastro entérostomie. Guérison.

Les troubles antérieurs semblent donc avoir été sous la dépendance d'une mauvaise suspension de l'anse jéjunale.

Sept cas de syncope anesthésique traités par injection intra-cardiaque d'adrénaline. 6 succès. 1 échec. — M. Toupet rapporte sept observations de syncope anesthésique, toutes consécutives à la rachicocaïnisation.

Une de ces observations a trait à une malade opérée par M. d'Allaines : cessation de la syncope une demi-minute après injection intra-cardiaque d'adrénaline.

Les six autres observations concernant des malades personnelles de M. Toupet : cinq succès, un échec.

A noter la nécessité de pratiquer parfois deux et même trois injections, l'adrénaline s'éliminant très vite.

M. Toupet fait justice des objections faites à la méthode : syncope adrénalinique, hémorragies intra-péricardiques qu'il n'a jamais observées ; il en précise la technique et insiste sur la nécessité d'y associer une respiration artificielle prolongée.

34 cas d'ostéosynthèse pour mal de Pott. — M. Dehelly (du Havre) a suivi 9 fois la méthode de Hipps, avec greffon ostéo-périostique, 25 fois la technique d'Albee modifiée, avec rabattement des apophyses épineuses dans la gouttière vertébrale. 2 morts, dont une cinq mois après l'intervention. Bons résultats pour les autres.

M. Tuffier pratique l'ostéosynthèse par la méthode de Hipps modifiée.

M. Duval estime qu'on doit demander avant tout à ces méthodes un rôle d'immobilisation de l'arc vertébral postérieur et qu'il suffit pour obtenir ce résultat d'intercaler des fragments osseux entre les apophyses épineuses ; il est partisan de l'intervention précoce toutes les fois qu'elle est possible.

M. Dehelly, répondant à une guérison de M. Duval, estime à 5 mois environ la durée d'immobilisation nécessaire après l'intervention.

Sur un cas d'intoxication après lavage intra-abdominal à l'éther. — M. Basset rapporte une observation concernant une malade personnelle atteinte de péritonite tuberculeuse ascitique. Laparotomie, évacuation d'une poche de péritonite enkystée, dans laquelle est versée ensuite une notable quantité d'éther. Fermeture.

Réveil lent, apparition de vomito-negro et de signes d'intoxication inquiétants. Réintervention et évacuation de l'éther résiduel. Guérison.

Présentation de malades. — M. Dujarier. — Fracture cervico-trochantérienne du fémur traitée par un appareil de suspension.

Excellents résultats.

M. Dujarier. — Séquestre gothique, consécutif à une ostéite typhique.

1er décembre 1926. E. Theillier.

CORRESPONDANCE

Sur le traitement des sciatiques.

J'ai lu, avec beaucoup d'intérêt, dans votre avant-dernier numéro, l'article d'un de nos confrères, sur le traitement des sciatiques par les injections de *sels de bismuth*.

J'ai obtenu — dans ma clientèle — des résultats identiques par des injections d'*Acétylarsan* chez des sujets paraissant indemnes de syphilis.

J'ai depuis une année, traité par l'*Acétylarsan*, des sciatiques rebelles. Neuf ont guéri après douze injections et ont été améliorées dès la première ou la deuxième piqûre.

Le fait que mon confrère guérit les sciatiques rebelles par le bismuth et que je les guéris par l'Acétylarsan ne paraît-il pas prouver que ces sciatiques traînantes sont en général d'origine spécifique.

Et cependant mes malades niaient la syphilis, n'en présentaient aucun symptôme et plusieurs d'entre eux, mariés, avaient des enfants venus à terme et paraissant normaux.

Dr Louis Guyonnet,
St-Etienne-de St-Geoirs (Isère).

BIBLIOGRAPHIE

Précis de médecine des Enfants, par M. P. NOBÉCOURT, *professeur de clinique médicale des Enfants à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades*, Cinquième édition, entièrement revue. — MASSON et Cie éditeur, 1 vol. cart., 1.080 pages.

M. le Pr NOBÉCOURT est un grand laborieux qui conçoit une notion très complète de sa tâche. Il étudie à la fois les faits particuliers dans ses volumes de *Clinique Médicale des Enfants*, dont trois ont déjà paru (appareil circulatoire, respiratoire, de la croissance). Dans la collection médicale « *Comment guérir* » avec M. MAILLET, il a publie une *Thérapeutique des maladies du nourrisson*, qui est dans toutes les mains. Voici maintenant son *Précis de Médecine des Enfants* qui entre dans sa cinquième édition. Les descriptions sont nettes, les divisions bien présentées, le traitement met en relief les lignes directrices, les détails circonstanciés qui trouvent place dans les volumes de clinique, sont remplacés par une vue harmonieuse des ensembles. Et tout cela est de la bonne besogne où toutes les pages sont abordées avec la même disposition allègre. Il n'y perce aucun signe de lassitude, aucune impatience. M. NOBÉCOURT, du même pas tranquille parcourt les différents champs de la pathologie et de la clinique. Il y ramasse toutes les tiges utilisables et ne s'imagine pas que parce qu'elles sont répandues, leur intérêt apparaît moindre. En médecine, ce qui importe ce n'est pas l'exceptionnel et le rare.

Ce qui est croisé journellement renferme beaucoup plus de substance nutritive et sert beaucoup plus sûrement à l'instruction médicale que ce qui appartient à la curiosité et provoque la surprise. M. NOBÉCOURT est un excellent professeur et ses livres ne sauraient mieux répondre aux diverses qualités d'application, de pondération et de jugement qui sont exigées d'un maître.

Le traitement des maladies du cœur et de l'aorte en clientèle, par Ch. FIESSINGER, 4e édition entièrement refondue en bibliothèque « Comment guérir ». Norbert MALOINE, édit., 1 vol., 322 pages. Prix : 20 fr.

Les praticiens ont puisé dans ce livre, des règles de thérapeutique. Entre eux, ils ont fait le succès de cet ouvrage que d'autres tenaient pour négligeable et composé dans un respect insuffisant des doctrines. Si bien que ce petit volume entre aujourd'hui dans sa quatrième édition, c'est-à-dire dans son douzième mille. Des chapitres nouveaux ont été ajoutés (*quinidine, muguet, chlorure de calcium, hypertension artérielle*, etc.), d'autres se sont vus supprimés, comme faisant double emploi. Un certain nombre de données émises dans les éditions antérieures, ont été reconnues justes, par des auteurs qui ne les admettaient pas tout d'abord : ainsi le danger des hautes doses digitaliques sur les myocardes débiles et les abus des tracés graphiques qui compliquent au lieu d'éclairer. M. Ch. LAUBRY nous pardonnera, dans l'espèce de signaler que c'est en grande partie à son effort, que revient l'observation directe à la saine clinique. La science offre cette supériorité de ne pas reposer sur des affirmations non vérifiables. Les constatations de l'un, quand elles sont reconnues d'une application utile, ne tardent pas à fixer leur place dans le domaine pratique. L'évidence s'impose.

Quoi qu'il en soit il appartient à l'auteur de remercier le corps médical. L'adhésion du praticien a valu le succès de cet ouvrage qui poursuit sa carrière consciencieuse dans la grande simplicité de l'enseignement qu'il enferme.

Travaux de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière, publiés en collaboration par M. A. GOSSET, *Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de la Salpêtrière.* — Première série. Un volume de 254 pages, avec 118 figures. (MASSON et Cie, Editeurs.) Prix de base pour la France : 50 francs. En plus hausse variable (40 % juillet 1926). Prix fixe pour l'étranger : 2 dollars.

Le Pr A. GOSSET réunit dans cette première série de travaux, des constatations chirurgicales, médicales et biologiques du plus haut intérêt. Le chirurgien y trouvera décrites à grand renfort de figures la cholédocotomie et la pyloroplastie, le médecin lira des études documentées sur la cholécystographie et l'hypercholestérinémie, le biologiste un article captivant sur les tumeurs des plantes. Et j'en passe des meilleurs. La clinique chirurgicale de la Salpêtrière est en pleine activité. Son jeune chef lui communique son ardeur au travail et son enthousiasme dans la recherche. Souhaitons le voir se continuer un aussi parfait et prodigieux effort.

Les actualités thérapeutiques infantiles en 1925. — Recueil d'analyses de thérapeutique de l'enfance publié par les Drs ROUÈCHE et R. AUSSET, avec une préface de M. le Pr NOBÉCOURT, *Professeur de clinique médicale des Enfants à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.* — PLATEAU, Editeur à Lille. Prix : 8 francs.

Le deuxième volume de 1925 a été considérablement augmenté et rendra service. Du Dr DU PASQUIER, de Saint-Honoré-les-Bains, un formulaire hydrominéral, traité de main de maître et d'une façon toute nouvelle.

Thrombo-phlébite infectieuse du sinus caverneux et lésions associées septiques et traumatiques des sinus veineux de la base, par M. Wells-P. EAGLETON. — Un vol. de 158 pages avec 16 planches. (MASSON et Cie, édit.).

Le livre de W.-P. EAGLETON s'adresse aux spécialistes. Anatomie chirurgicale, types d'infection, diagnostic, traitement opératoire, traitement par la sérothérapie et la vaccinothérapie sont consciencieusement étudiés.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : CH. FIESSINGER
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926

CLINIQUE MÉDICALE

Valeur diagnostique et pronostique de la réaction de fixation appliquée à la tuberculose.

Par M. J. Rieux,

Ancien Professeur au Val-de-Grâce,
Professeur de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille.

Encore qu'elle procède du même principe, de la même technique et des mêmes déductions que la réaction de fixation appliquée à la syphilis (Réaction de Bordet-Wassermann), les esprits ne semblent pas encore suffisamment instruits sur la réaction de fixation appliquée à la tuberculose. Ceux qui l'étudient, tant en France qu'à l'étranger, arrivent à des conclusions opposées sur sa valeur pratique. Les médecins praticiens restent perplexes sur son interprétation comme sur son application. Toutes ces raisons légitiment la présente mise au point, basée sur l'enseignement de plusieurs milliers de réactions de fixation à la tuberculose, faites depuis 1920.

La réaction de fixation ou de déviation du complément appliquée à la tuberculose, n'est pas autre chose que l'application de la réaction de Bordet-Gengou à l'infection tuberculeuse. C'est, si l'on veut, la réaction de Bordet-Wassermann, dans laquelle l'antigène syphilitique est remplacé par un antigène tuberculeux. Actuellement, en France, deux antigènes sont surtout utilisés et donnent, du reste, des résultats superposables :

L'antigène méthylique de Nègre et Boquet, obtenu en faisant agir sur les bacilles tuberculeux successivement l'acétone et l'alcool méthylique à 99° ; il se conserve indéfiniment à l'abri de l'humidité, de l'air et de la lumière.

L'antigène à l'œuf de Besredka, fabriqué à partir d'une culture dans le milieu à l'œuf ; cet antigène est d'une constance et d'une conservation parfaites, même à la température de la chambre ; Rubinstein a pu le constater même après un délai de quatre ans. C'est cet antigène que nous avons utilisé dans nos recherches personnelles sur le sujet.

Nous ne saurions nous étendre ici sur la technique de la réaction de fixation. C'est affaire de laboratoire. Rappelons cependant que, comme le dit Besredka lui-même, « cette technique est délicate. Comme précision, elle vaut un dosage chimique. Le technicien doit être pénétré de l'idée que la réaction de fixation, appliquée à la tuberculose, exige une connaissance parfaite des réactifs en présence ; elle exige, en outre, une minutie des manipulations, pareille à celle que réclame l'analyse quantitative d'un produit chimique. Faute de remplir ces conditions, on est sûr de s'exposer à des malentendus entre la clinique et le laboratoire » (1). En réalité, les difficultés pratiques en elle ne sont pas plus grandes que celles de la réaction de Bordet-Wassermann, si communément appliquée.

Dans les résultats fournis par la réaction de fixation, quelques causes d'erreur peuvent intervenir.

La première restriction a trait à la *syphilis* : les individus syphilitiques et non tuberculeux, peuvent avoir une réaction positive aux antigènes tuberculeux. Mozer et Fried ont obtenu jusqu'à 35, 42 p. 100 de réactions positives dans de tels cas. Nous pensons personnellement que de tels pourcentages sont très vraisemblablement supérieurs à la réalité et qu'il convient de tenir compte de l'association, souvent non discernée, de la syphilis et de la tuberculose. Sous réserve d'une étude plus approfondie de ces cas, il suffit de tenir compte de cette cause d'erreur.

Les *paludéens* vrais (avec hématozoaires dans le sang) donnent également, dans la proportion de 30 à 40 %, une réaction de fixation positive, en dehors de toute apparence de lésion tuberculeuse concomitante.

Signalons enfin la *lèpre*, la *diphtérie*, l'*encéphalite épidémique*. Mais ajoutons que toutes ces restrictions ne sont pas telles qu'elles réduisent d'une manière importante la valeur de la réaction vis-à-vis du problème tuberculeux.

***

Quels sont donc ces *résultats dans la tuberculose* ? La réaction est constamment positive dans la tuberculose *pulmonaire confirmée* (avec bacilloscopie positive). Les chiffres minima oscillent autour de 70 p. 100 ; les meilleurs pourcentages approchent de 100 p. 100 ; la moyenne est de 85 p. 100 ; personnellement sur un total de 70 tuberculeux pulmonaires confirmés, étudiés au cours de l'année 1925, nous avons noté soixante réactions nettement positives : soit 85,7 p. 100. Ces données ne sont-elles pas par elle-mêmes déjà impressionnantes ? Ajoutons tout de suite qu'il n'existe aucune relation entre la forme clinique, la gravité,

(1) Besredka, Préface de livre d'A. Urbain. *La réaction de fixation dans la tuberculose* Masson, éditeur, 1925.

la localisation de la tuberculose pulmonaire confirmée et la réaction de fixation. Il semble bien, cependant, que ce soit dans les formes cachectisantes et à la période ultime de la maladie, que la réaction se révèle négative.

Le caractère positif de la réaction de fixation est moins marqué dans la tuberculose des séreuses. Il en est ainsi dans la *pleurésie séro-fibrineuse*, cliniquement tuberculeuse, au cours de son évolution. Le p. 100 des réactions positives est de 50 à 60 p. 100 ; mais il est remarquable que, si l'on fait des réactions en série sur des pleurétiques à réaction négative, on voit celle-ci devenir progressivement positive dans les semaines et les mois qui suivent le début de la maladie. Ces faits ont été confirmés en particulier par COURCOUX et par nous. La *péritonite tuberculeuse* donne 80 p. 100 de réactions positives, sans distinction de formes cliniques ; la réaction semble surtout négative dans les formes graves, cachectisantes. La réaction est presque toujours négative dans la *méningite tuberculeuse*, dont chacun sait l'extrême gravité.

Le pourcentage de réactions positives reste assez bas (en moyenne 38 p. 100) dans la tuberculose *ganglionnaire* et aussi (en moyenne 50 p. 100) dans les formes ostéo-articulaires de la maladie. Mais le p. 100 remonte dans la *tuberculose uro-génitale*, et en particulier dans sa localisation rénale, où il se superpose à celui de la tuberculose pulmonaire, le dépasse même : jusqu'à 90 p. 100 (MAISONNET et MERZ). Enfin, dans les tuberculoses animales (tuberculose bovine et canine), le p. 100 de réactions positives atteint des taux particulièrement élevés, presque l'absolu (A. URBAIN).

A l'opposé de ces cas se placent ceux *habituellement négatifs de la non-tuberculose*. Chez des jeunes gens tenus pour normaux, la réaction est négative dans 85 à 90 p. 100. Elle reste négative dans les maladies les plus diverses, aiguës ou chroniques, dans la proportion de 90 p. 100.

De toutes ces données ressort déjà une conclusion générale : *Il y a habituellement réaction de fixation positive dans la tuberculose et plus particulièrement dans les localisations sévères de l'infection : tuberculose pulmonaire confirmée, tuberculose péritonéale, tuberculose rénale. Inversement, il y a habituellement réaction négative dans la non-tuberculose.*

Cette conclusion s'impose surtout si la réaction est *fortement positive* et si toute cause d'erreur est écartée. Il a été fait dans notre ancien service du Val-de-Grâce, de novembre 1924 à mars 1926, 850 réactions de fixation ; 130 se sont montrées *fortement* positives ; sur ces 130 malades, 47 (soit 36 p. 100) étaient des tuberculeux pulmonaires confirmés (bacilloscopie positive) ; n'est-il pas logique d'admettre que les 64 p. 100 restants étaient aussi des tuberculeux ? D'où le postulat auxquel nous nous rangeons : « *Tout individu montrant une réaction nettement positive et plus encore fortement positive*, s'il n'est ni syphilitique (Wassermann négatif), ni paludéen, ni lépreux, *est tuberculeux* ».

***

Tout le premier, nous reconnaissons qu'une telle affirmation, presque exclusive, obligé à quelque argumentation.

Et d'abord, il est élémentaire que la réaction de fixation soit *inutile* quand on n'a pas besoin d'elle, quand la clinique (tels le mal de Pott, une tumeur blanche, l'adénite cervicale suppurée ou non, la pleurésie séro-fibrineuse primitive (ou la bacilloscopie, telle la tuberculose pulmonaire ou rénale confirmée) font le diagnostic.

On peut aussi lui reprocher son caractère *tardif*, dont la preuve la plus nette est fournie par la pleurésie séro-fibrineuse ; on pourrait même dire qu'elle est *insuffisante*, puisqu'elle exige pour se manifester une proportion notable d'anti-corps tuberculeux dans le sang.

Enfin, reproche plus important, elle ne fournit aucune indication dans l'évolution de la tuberculose, puisqu'elle peut être négative dans la tuberculose récente, ou à la période terminale de la tuberculose pulmonaire, ou dans ses formes aiguës, granuliques ou pneumoniques ; *elle n'a donc pas de valeur pronostique*.

Toutes ces objections sont évidemment fondées. Mais elles sont propres à toutes les réactions biologiques appliquées à la clinique ; faut-il donc les rayer toutes ? Les mêmes critiques s'appliquent à la réaction de Bordet-Wassermann ; quelqu'un pense-t-il sérieusement mettre en doute sa valeur diagnostique et proclamer son inutilité pratique ? Chacun sait que seule la constatation de l'agent pathogène d'une maladie offre un caractère absolu de diagnostic ; doit-on tenir pour négligeables les réactions sérologiques spécifiques qui tendent à la remplacer ? Dans le sujet qui nous occupe, la relativité de la réaction de fixation à la tuberculose est -elle si grande — surtout dans les formes sévères de la maladie — qu'on soit autorisé à l'accuser de « faux témoignage » ?

Ne demandons donc à la réaction de fixation appliquée à la tuberculose que ce qu'elle peut donner :

Positive — toutes causes d'erreur écartées — c'est *un admirable élément de diagnostic*. Pour reprendre les termes de KUSS et RUBINSTEIN (1914), c'est « un argument de grande valeur en

faveur de l'existence d'une lésion tuberculeuse ayant un certain degré d'activité ». Elle oblige le clinicien à un examen plus approfondi et à une surveillance plus étroite du malade. Elle apporte à la notion de présomption de tuberculose, un argument « spécifique » de très grande probabilité, sinon de certitude. Elle remplace, dans les localisations pulmonaires (ou rénales), le bacille de Koch non décelable, momentanément ou définitivement.

Négative, son interprétation est plus complexe. Chez un tuberculeux confirmé, même chez un malade présentant des signes récents de présomption tuberculeuse (hémoptysie, pleurésie), elle reste sans portée. Mais chez un individu où la notion de présomption tuberculeuse n'est pas fondée et sur les antécédents et sur la symptomatologie, elle autorise à conclure à la non-tuberculose. Quelle n'est pas, dès lors, son importance « pour dissiper cette hantise de tuberculose, qui est si fréquente de nos jours » ! (Besredka). Enfin chez un individu, qui a été atteint de tuberculose certaine, dans l'enfance, par exemple, elle permet de conclure à la guérison.

Mais n'exigeons pas de la réaction de fixation ce qu'elle ne peut pas nous fournir ; elle n'apporte, avons-nous déjà dit, aucune donnée pronostique ; enfin si — positive — elle autorise par sa spécificité à conclure à l'activité d'un processus tuberculeux, elle ne donne au clinicien aucune indication sur la *localisation* et sur *l'importance* du foyer tuberculeux actif. *Ceci devient affaire d'examen clinique, aidé ou non par la radiologie.*

***

Quelles sont donc les *applications vraiment pratiques* de la réaction de fixation à la tuberculose ?

On peut répondre, d'une manière générale : *tous les cas où se pose la question de la tuberculose et où celle-ci ne fait pas sa preuve diagnostique, soit par la clinique, soit par la bacilloscopie.*

Nous n'insisterons pas sur les tuberculoses externes. La clinique y suffit habituellement. La réaction de fixation peut cependant être parfois utile. Il en est ainsi dans la tuberculose rénale. « Chacun sait combien est décevante la recherche du bacille de Koch dans l'urine, combien longue est l'attente d'une inoculation au cobaye, combien souvent illusoire en est le résultat par suite de la mort prématurée du cobaye... Une réaction de fixation positive sera une indication de renouveler les examens, de les compléter, pour arriver à une certitude... La réaction de fixation est plus précoce qu'on ne l'admet souvent ; S. Lemaire, dans sa thèse, relève 21 cas, où la réaction était positive, alors qu'on ne trouvait pas encore de bacilles dans les urines, contre 25. Parmi ces malades, certains présentaient un ensemble clinique n'en imposant nullement pour de la tuberculose rénale ; la réaction positive nous a suscités à compléter nos recherches et, chaque fois, le diagnostic annoncé par la réaction s'est trouvé confirmé » (Merz).

Dans l'ordre de la médecine interne, la tuberculose active des séreuses ne nous retiendra pas non plus. La pleurésie séro-fibrineuse fait d'ordinaire sa preuve par l'évolution clinique et les caractères microscopiques et cytologiques, même bactériologiques du liquide pleural. Il en est de même de la méningite tuberculeuse. Seule la péritonite peut parfois prêter à confusion ; la réaction de fixation est alors un appoint précieux au diagnostic.

C'est indéniablement dans les localisations *pulmonaires* de la tuberculose (avec bacilloscopie négative) et dans les formes *occultes* de la maladie que la réaction de fixation joue son rôle principal.

Parmi les premières modalités, se place la tuberculose pulmonaire *abortive*, c'est-à-dire les processus tuberculeux de l'enfance ou de l'adolescence qui, spontanément et bien souvent sans que le diagnostic de la nature de cette poussée tuberculeuse ait été posé, se sont arrêtés rapidement dans leur évolution, ont « avorté ». Les antécédents héréditaires ou personnels existent ou manquent ; les symptômes cliniques sont rarement d'une netteté telle qu'ils s'imposent au cours de l'examen ; la radiologie montre les séquelles de la localisation pulmonaire antérieure sous forme de lésions fibro-crétacées des parties supérieures d'un ou des deux poumons. Seule la réaction de fixation, positive dans environ 70 p. 100 des cas, permet de présumer de la vitalité latente, persistante du foyer ancien, ou, au contraire, de son extinction.

Les mêmes considérations sont valables pour les formes *régressive* et *stagnante* de la tuberculose pulmonaire, c'est-à-dire pour les périodes, plus ou moins longues et durables, d'arrêt dans l'évolution de la tuberculose fibro-caséeuse commune. Ici la réaction de fixation est presque toujours positive, voire fortement positive. Cette constance, jointe à l'absence déjà reconnue de toute valeur pronostique de la réaction, ne lui laisse donc qu'un rôle secondaire. Le pronostic de la tuberculose pulmonaire régressive et stagnante est par-dessus tout fonction de clinique et de bacilloscopie.

En revanche, la réaction de fixation retrouve ses droits dans deux formes cliniques de la tuberculose pulmonaire *incipiente*, c'est-à-dire d'une

part dans la « granulie pulmonaire partielle » ou « discrète », « souvent à l'origine d'une évolution tuberculeuse pulmonaire de l'adulte » (LEURET) et d'autre part, de certaines « congestions pulmonaires » ou « pleuro-pulmonaires » qui, sous des apparences pneumococciques, sont en réalité dues au bacille de Koch. Il est remarquable, en effet, que, dans ces deux modalités, la bacilloscopie ne soit pas toujours immédiatement positive, que la réaction de fixation le soit, au contraire, presque toujours, et souvent fortement, et qu'en affirmant ainsi la nature tuberculeuse de la maladie avant l'apparition des bacilles, elle permette de mettre aussitôt tout en œuvre pour enrayer l'évolution du mal.

La réaction de fixation peut encore être utile, quand elle est positive, pour le diagnostic rétrospectif de la nature tuberculeuse d'une pleurésie antérieure, ayant laissé une symphyse pleurale, plus ou moins étendue ou partielle.

Son utilité s'affirme encore pour connaître la nature des localisations ganglio-hilaires ou trachéobronchiques. Si l'on ne peut pas beaucoup compter sur elle quand on a affaire à l'adénopathie trachéobronchique vraie, à allure chronique, des enfants ou des adolescents, elle est précieuse, quand il s'agit de formes de tuberculose hilaire extensive, se développant d'abord sur la masse ganglionnaire des hiles, puis gagnant excentriquement le parenchyme broncho-pulmonaire. La réaction est presque toujours positive. Ce caractère est le principal signe différentiel à des adénopathies tuberculeuses avec les autres adénopathies, la maladie de Hodgkin à localisation médiastinale, en particulier.

***

Reste, parmi les processus tuberculeux, le plus délicat de tous, le plus obscur par définition : la tuberculose *occulte*, c'est-à-dire une tuberculose réelle, mais dissimulée avec un tel soin à nos moyens habituels d'investigation qu'il n'est guère possible, par leur intermédiaire, de la découvrir et de la localiser. Sa transformation en tuberculose évidente devient, dès lors, une véritable surprise et tout à fait imprévue. Problème clinique particulièrement difficile, puisque les éléments du diagnostic sont des plus rares et des plus incertains ! Les antécédents héréditaires n'offrent qu'une présomption sur l'infection tuberculeuse possible du descendant. Les antécédents personnels ne touchent qu'à l'état général (anémie, faiblesse), mais ne sont jamais précis comme l'hémoptysie, la pleurésie, la péritonite, même l'adénopathie. L'examen de l'état général et des organes n'apporte aucune certitude ; la pâleur un peu terreuse des traits a une valeur assez grande, encore que relative ; de même la température subfébrile spontanée; mais les organes respiratoires sont muets cliniquement et radiologiquement ; de même le tube digestif, la cavité abdominale, l'appareil uro-génital. Faut-il ajouter que la bacilloscopie est nécessairement négative ? La réaction de fixation nous apparaît comme la pierre angulaire de l'édifice ; tout individu qui présente une réaction de fixation positive, et surtout fortement positive, sécrète des anticorps tuberculeux et se défend par conséquent contre un processus tuberculeux, occulte dans le cas présent. Une investigation clinique et radiologique approfondie, à laquelle pousse tout naturellement une réaction nettement positive, permet parfois d'entrevoir tout au moins la localisation du foyer tuberculeux : ainsi des amas crétacés au niveau des hiles ; dans la plupart des cas, la lésion demeure occulte. Il est conforme à ce que nous savons de la tuberculose en général que ce foyer occulte soit situé quelque part dans le système lymphatique de l'organisme ; ganglions profonds, péribronchiques ou mésentériques, follicules intestinaux, appendiculaires en particulier, amygdales, etc. ; on peut songer aussi aux séreuses, pleurale ou péritonéale, à l'appareil génital, à l'ovaire surtout. Mais dans combien de faits, la réaction de fixation positive reste-t-elle monosymptomatique !

Questions des plus troublantes! On peut la résoudre dans des sens opposés. Quelques-uns concluent simplement que la réaction de fixation avec un antigène tuberculeux peut être positive chez des sujets normaux ; ces mêmes auteurs concluraient-ils de même à propos d'une réaction de Wassermann positive, expression unique d'une syphilis latente occulte ? Si 10 à 15 p. 100 des adultes-jeunes, déclarés sains et bien portants, accusent une réaction de fixation positive, y a-t-il grand danger à les déclarer tuberculeux latents ? Cette proposition est cependant beaucoup plus proche de la réalité que les 80 à 85 p. 100 de cutiréactions positives, dont beaucoup font le témoin de la tuberculose latente. Une réaction de fixation solitaire ne saurait jamais être considérée que comme un élément complémentaire — encore que de grande valeur — de diagnostic. Loin de dispenser de l'examen clinique, elle doit, au contraire, porter le praticien à l'approfondir davantage, seule garantie qu'elle soit bien solitaire.

Le pronostic découle des mêmes considérations. Affirmer l'existence, cachée et inaccessible à nos moyens d'investigation, d'un foyer tuberculeux, que nous jugeons actif par une réaction nette-

ment positive, c'est accepter, en conformité du principe qui domine toute tuberculose latente, la possibilité de sa réactivation sous des influences favorables, et de sa généralisation. Mais tout le premier nous reconnaissons que cette possibilité n'est jamais qu'hypothétique, En effet, surtout dans la tuberculose occulte, nous ignorons la localisation et l'importance du foyer tuberculeux latent et, plus encore, l'importance de l'enveloppe protectrice qui l'entoure et s'oppose à sa diffusion extérieure. La preuve en est que des individus peuvent conserver durant des années une réaction de fixation fortement positive, sans qu'apparaisse aucune manifestation objective de tuberculose.

Dernière question : une réaction de fixation négative comporte-t-elle une signification inverse et absolue de non-tuberculose occulte ? Evidemment non. Un tuberculeux latent peut avoir une réaction de fixation négative pour plusieurs raisons : parce que la lésion tuberculeuse n'est pas assez importante pour être productrice d'anti-corps durables ; ou bien parce que la lésion est encore trop jeune ; ou bien parce que l'aptitude de l'organisme à construire des anti-corps est affaiblie pour des raisons ignorées, dont nous n'apercevons parfois qu'une conséquence : la gravité du pronostic. La conclusion qu'on puisse tirer d'une réaction négative ne saurait donc pas être l'opposée de celle d'une réaction positive. Cette conclusion sera toujours prudente. Cependant l'expérience que nous avons acquise de la réaction de fixation appliquée à la tuberculose, nous porte à penser que l'erreur n'est pas fréquente et que, dans la plupart des cas, un individu d'aspect dit prétuberculeux, à réaction négative, n'est pas un tuberculeux latent.

***

En résumé, la réaction de fixation appliquée à la tuberculose procède du même principe, de la même technique et des mêmes déductions que la réaction de Bordet-Wassermann ; l'antigène syphilitique est remplacé par un antigène tuberculeux. Cet antigène établit la « spécificité » de la réaction. Quelques causes d'erreur sont admises : syphilis, paludisme actif, lèpre ; mais elles ne sont pas telles qu'elles diminuent la valeur spécifique de la réaction.

La réaction de fixation est habituellement positive dans la tuberculose et en particulier dans les formes sévères de l'infection : tuberculoses pulmonaire et rénale surtout. Inversement, elle est habituellement négative dans la non-tuberculose. Positive, elle représente donc un admirable élément de diagnostic ; négative elle oblige à plus de réserve.

L'application de la réaction de fixation est indiquée dans tous les cas où se pose la question de la tuberculose et où celle-ci ne fait pas sa preuve, soit par la clinique, soit par la bactériologie. Ce sont tous les cas de tuberculose *latente*.

Si la valeur *diagnostique* générale d'une réaction nettement positive est indéniable, en revanche, comme elle ne fournit aucune donnée sur la localisation, et surtout sur l'importance du foyer tuberculeux qu'elle révèle, sa valeur *pronostique* peut être tenue pour nulle. Toutefois, en exprimant la possibilité, même hypothétique, de la réactivation d'un foyer tuberculeux latent, une réaction positive, même solitaire, incite à la fois à un examen, clinique et radiologique, plus approfondi, et à une surveillance médicale plus avertie.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin. — M. le Pr Delbet.

Pied plat douloureux (tarsalgie des adolescents).

Ce jeune homme, âgé de 19 ans, est venu à l'hôpital parce qu'il souffre dans la région tarsienne. Les douleurs ont débuté il y a une année et demie ; elles sont plus accentuées après la marche et disparaissent au repos.

Dans ces quelques renseignements nous avons plusieurs points à retenir : d'abord, l'âge du malade ; c'est un garçon qui est encore dans la période de croissance, c'est-à-dire dans l'adolescence, notion capitale, car l'affection dont il est atteint est essentiellement une affection de l'adolescence. Puis, les douleurs sont anciennes, puisqu'elles datent d'un an et demi. Enfin, les douleurs sont plus accentuées après la marche, et disparaissent complètement au repos. Ce syndrome se rencontre avec une extrême fréquence. On voit des jeunes gens, des adolescents, rarement au-dessous de 12 ans, jamais après l'achèvement complet de la croissance, ordinairement lorsqu'ils commencent un apprentissage, surtout lorsqu'ils sont obligés de travailler debout, se plaindre de ces douleurs. Sous l'influence du repos de la nuit, elles disparaissent, puis, le lendemain, recommencent de la même façon. Progressivement, elles débutent plus tôt ; après moins de station debout, le malade se met à boiter. Généralement, il s'appuie surtout sur le talon ; il éprouve une difficulté particulière à monter un escalier, alors que la descente est plus facile. Il arrive un moment

où le pied se déforme. Cette déformation est d'abord transitoire, elle cesse rapidement sous l'influence du repos, puis devient permanente, c'est-à-dire que le malade entre dans une phase de contracture musculaire. Alors la forme et l'attitude du pied peuvent être très variables. Si on n'intervient pas, la déformation du pied s'accentue, les douleurs vont cependant en diminuant, et finalement l'évolution se termine par une phase de véritable pied bot acquis. Ceci demande plusieurs années.

Dans les premières phases, il n'y a aucune déformation permanente, et, si on ignore la marche de cette affection, on pourra être conduit à déclarer que le malade n'a rien et se plaint inutilement. Le malade étant couché, on ne constate aucune déformation. Or, on doit faire l'examen dans la station verticale, et il faut que celle-ci soit quelquefois assez prolongée.

Lorsqu'on examine les membres par la face antérieure, on ne voit rien de très apparent. Si on fait tourner le malade, de manière à l'examiner par la face postérieure, on voit tout de suite une déformation très manifeste. Vous voyez qu'en ce moment le malade porte presque tout le poids du corps sur la jambe gauche ; il s'appuie sur le membre qui est le moins douloureux. Et vous voyez la déformation s'accentuer progressivement.

Elle consiste en ceci : l'axe prolongé de la jambe vient tomber en dedans du calcanéum, porté en dehors ; il y a une déviation du tendon d'Achille très visible. Sur la face interne du tarse, existent trois saillies anormales. La plus élevée est due à la malléole interne, elle est beaucoup plus accentuée qu'à l'état normal. La seconde saillie est anormale, elle n'existe pas chez un sujet sain ; elle est due à la tête de l'astragale. Enfin, on voit la saillie du tubercule du scaphoïde ; dans les cas les plus accentués, il repose directement sur le sol. La face interne du calcanéum regarde en bas. Si on cherche à passer un crayon ou un doigt sous la plante du pied, on est immédiatement arrêté. Normalement, le bord interne du pied ne repose pas du tout sur le sol.

En dehors, on voit au-dessous de la malléole externe une dépression profonde au-dessous de laquelle le pied fait une saillie anormale. C'est un pied manifestement aplati.

Cette déviation, qui consiste à porter le pied en dehors, est ce qu'on appelle la déviation en valgus.

C'est donc un *pied plat valgus douloureux*. A cette dénomination Gosselin a substitué celle de *tarsalgie des adolescents*.

Ces sujets ont des mollets flasques, avec des muscles peu développés, et dont la tonicité est faible. On peut le constater, pour le long péronier latéral, en appuyant le pouce sous l'articulation du premier métatarsien avec le gros orteil et invitant le malade à pousser, c'est-à-dire à faire l'extension du pied en même temps que la rotation interne.

Pour chercher s'il existe de la contracture, il faut produire le ballottement du pied, en recommandant au sujet de se laisser aller.

Ce malade a de la contracture du côté droit. La contracture musculaire fixe l'attitude de son pied.

Regardez sa chaussure ; elle est beaucoup plus usée sur le bord interne du pied que sur le bord externe.

Les points douloureux à la pression siègent en général surtout au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Les chirurgiens d'enfants disent que la douleur peut se rencontrer aussi au niveau de la tibio-tarsienne, de la médio-tarsienne ou même de l'articulation sous-astragalienne.

***

Les ligaments ne résistent pas à un effort continu ; leur tension, lorsqu'elle est permanente, devient rapidement douloureuse. Si les muscles n'ont pas une grande énergie, s'ils sont congénitalement faibles, peu développés, les ligaments sont en tension anormale. Le sujet étant obligé de rester debout, ne pouvant pas lutter par des muscles insuffisants contre la tendance à l'aplatissement du pied, les ligaments sont mis en tension permanente et deviennent douloureux. Il peut se produire à ce moment des altérations des cartilages par suite des frottements anormaux.

Il ne faut pas du tout considérer que la tarsalgie est une lésion primitivement articulaire.

Quelqu'un voulait en faire une arthrite blennorragique. Théorie insensée, car la plupart des tarsalgies commencent vers 14 ou 15 ans, âge où la blennorragie est rare. On a fait des erreurs de diagnostic.

C'est à tort qu'on a invoqué la tuberculose et le rachitisme tardif.

Il arrive une phase qu'on appelle la phase d'arthrite ; bien loin d'être primitive, elle est secondaire, mais elle va avoir les conséquences de toutes les arthrites : atrophie de certains muscles, et contracture d'autres muscles, d'où des attitudes vicieuses. Duchenne, de Boulogne, attribuait un rôle considérable à l'affaiblissement du long péronier latéral. Tous les autres muscles qui contribuent au maintien de la forme du pied peuvent intervenir.

La déformation est progressive, le pied finit par devenir convexe, le tubercule du scaphoïde, lorsque le sujet marche, entre dans le sol.

Enfin peut survenir l'ankylose de toutes les articulations, et c'est ainsi que se produit la guérison. A ce moment il n'y a plus de tension ligamenteuse, le malade marche maladroitement, mais il ne souffre plus.

On ne confondra pas une tarsalgie avec la blennorragie des articulations du tarse. Le diagnostic de la tuberculose est plus difficile. Dans les tuberculoses tarsiennes, il y a toujours, dès le début, une élévation de la température locale. D'autre part, dans la majorité des cas, il y a une légère tuméfaction, quelquefois même un petit abcès. Si, après quinze jours d'immobilisation, la contracture persiste, à peu près au même degré, défiez-vous, il est probable qu'il s'agit d'une tuberculose du tarse au début.

Voyons la thérapeutique. Au début, c'est avant tout une thérapeutique orthopédique. Il y a d'ailleurs des sujets qui guérissent presque spontanément au bout de quelques mois (5 ou 6), et, ne gardant aucune trace du mal, deviennent d'excellents marcheurs. A cette période des douleurs se manifestant seulement sous l'influence de l'effort, et disparaissant par le repos, il faut faire porter une semelle artificielle, qui maintient la concavité plantaire ; on en fait en métal, en liège, en bois, etc.; on les trouve, à l'heure actuelle, non seulement chez tous les fabricants d'instruments de chirurgie, mais même chez un certain nombre de cordonniers. Il faut la régler ; il ne faut pas trop vouloir redresser la concavité de la voûte plantaire chez un sujet qui l'a déjà très aplatie, il faut simplement l'aplanir, prendre une semelle d'épaisseur convenable avec laquelle le malade marche sans douleur. On la fait porter pendant quelques mois, et on fait des épreuves, on l'enlève pour voir si les douleurs reparaissent. Lorsque la tarsalgie est prise à cette période, on arrive toujours à obtenir la guérison.

Lorsque le malade est arrivé à la période de contracture, il faut d'abord faire disparaître la contracture. Le moyen le plus simple est de mettre au repos complet, c'est-à-dire au repos au lit. Généralement, au bout de quelques jours, la contracture a disparu ; si cela ne suffit pas, parce que le malade continue à faire des efforts dans son lit, il faut mettre un appareil plâtré. On immobilise le pied à angle droit. On cherche à rétablir la voûte plantaire avec le pouce. On laisse cet appareil pendant quinze jours, trois semaines, ou un mois.

Lorsqu'on a obtenu la cessation de la contracture musculaire par l'immobilisation, on revient au traitement orthopédique, c'est-à-dire à la semelle plantaire.

Les ténotomies sont toujours fâcheuses dans ces cas et sont abandonnées. L'ostéotomie sus-malléolaire n'est pas une opération défendable au lieu d'une déformation, elle en fait deux.

Les autres opérations ont pour but de fixer les os de la colonne interne du tarse pour maintenir la concavité de la voûte plantaire. Leurs indications sont extrêmement rares. Lorsque le pied est très défectueux, lorsqu'il tend à devenir convexe en bas, que l'ankylose ne se produit pas, que les douleurs deviennent particulièrement vives, elles peuvent être indiquées.

Que faut-il faire à ce malade ? Il n'a de contracture qu'à un seul pied. On va le mettre au lit. Si dans trois ou quatre jours la contracture du pied droit n'a pas complètement disparu, on appliquera un appareil plâtré, puis, lorsqu'on aura triomphé par ce moyen de la contracture, on lui fera faire des semelles convenables, et dans quelques mois il marchera de façon satisfaisante.

SYPHILIGRAPHIE

L'Aphorisme d'Hippocrate est parfois meilleur guide que la sérologie.

Par M. le Dr A. Guérin.

La sérologie précise et éclaire le traitement de la syphilis et personne ne s'élève contre cette judicieuse observation.

Mais peut-être pourrait-on risquer pour la syphilis ce qu'un philosophe disait du devoir : qu'il est plus facile de le suivre que de savoir où il est.

Qu'il soit nécessaire de suivre sur une carte syphilimétrique les variations du traitement spécifique et les modalités d'action des différents médicaments, c'est une proposition que Vernes a soutenue avec des arguments irréfutables et il nous a persuadé qu'on ne peut plus faire état aujourd'hui d'un traitement « omnibus » quel que soit l'autorité du maître qui en a fixé les lois. Mais autre chose est de suivre le progrès du traitement spécifique et autre chose de dépister une syphilis ignorée.

Autrement dit, il n'y a pas toujours parallélisme entre la gravité des accidents syphilitiques du système nerveux et la courbe sérologique.

Il est donc nécessaire de confronter toujours les constatations cliniques et sérologiques.

Il peut même arriver qu'une lésion syphilitique grave évolue, quand le séro-diagnostic reste négatif dans le sang et même dans le liquide C. R. C'est dans ce cas que le vieil aphorisme d'Hippocrate, qui n'est pas toujours juste, trouve néanmoins son application : *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Il nous souvient d'une femme d'une quarantaine d'années, atteinte de tabes incipiens sans incoordination, mais avec suppression des réflexes, signe d'Argyll et inégalité pupillaire. Nous lui avions conseillé un traitement spécial par injections sous-cutanées que nous avions dû confier à une infirmière. Mais l'infirmière trop zélée ou trop confiante en la sérologie, lui fit faire une réaction de Wassermann qui se montra négative. Nous fîmes alors une ponction, et la R. W. fut encore négative dans le L. C. R.

Pourtant l'augmentation de l'albumine (0 gr. 60) et la légère lymphocytose : 4 nous incitèrent, après avis du Dr Tinel, à continuer le traitement, ce qui eut pour résultat d'empêcher l'évolution du tabes.

Il est une affection tardive comme le tabes et qui peut comme lui donner naissance aux mêmes difficultés d'interprétation sérologique : la paraplégie spasmodique.

Encore que la paraplégie spasmodique fût le syndrome prédominant dans l'observation que nous allons citer, le cadre de l'affection était plus étendu comme le montra l'histoire suivante :

Il s'agit d'une femme de 33 ans, dont les antécédents présentent les particularités suivantes : père bien portant, mère morte d'un cancer de l'utérus, deux sœurs bien portantes, deux autres mortes ; l'une à 6 mois, l'autre en naissant. Elle-même a eu deux enfants : l'un bien portant âgé de 11 ans, l'autre mort à 6 mois avec un bec de lièvre ; elle fit un avortement de 2 mois et demi. Ces antécédents suspects légitimèrent deux réactions de Wassermann et de Hecht, faites l'une avant et l'autre après réactivation. Elles furent l'une et l'autre négatives, la date de la dernière réaction mérite d'être notée (14 mai 1926).

Nous conseillons malgré tout, quelques suppositoires d'onguent mercuriel, qui ne furent d'ailleurs pas appliqués régulièrement.

Trois mois et demi après ces examens négatifs, en rentrant de vacances, le 1er septembre, nous trouvons cette femme alitée depuis quinze jours, sans température et voici ce que nous observons :

Paraplégie spasmodique avec difficulté très grande de remuer les jambes et de fléchir les genoux, impossibilité de détacher les talons du plan du lit, la station debout est impossible.

Impotence du bras gauche permettant quelques mouvements, mais rendant impossible l'acte de soutenir la main à la hauteur de la tête.

Le bras droit est libre mais asynergique et l'écriture est impossible.

L'asynergie s'observe dans d'autres membres, mais elle est masquée par la paralysie incomplète.

Toutefois lorsque l'on tente de lui faire toucher avec un membre une partie précise du membre opposé ; elle y arrive difficilement les yeux ouverts et le même acte est impossible les yeux fermés.

Les sphincters sont intacts, le Babinski s'observe des deux côtés, la sensibilité profonde est touchée et il est impossible à la malade de définir la nature des objets qu'on lui met dans les mains. Pas de troubles de l'intelligence, de la mémoire ou de la parole. Il faut noter que le début avait été marqué par des secousses myocloniques et des algies du bras droit.

On aurait remarqué également de la diplopie passagère dans le champ visuel gauche. On est bien forcé d'avouer *que rien* dans ce cas ne nous permettait de penser spécialement à la spécificité. On pouvait y penser à cause de quelques antécédents et couches suspectes. Mais ceci mis à part, rien de plus ne saurait orienter et surtout confirmer le diagnostic.

Une ponction lombaire fut donc faite. Elle montra une glycorachie normale ; cette constatation était précieuse pour écarter la possibilité d'une encéphalite.

Elle décela encore une albumine du L. C. R. à la limite de la normale (0.30), et une lymphocytose minime (6 par champ). La R. W. fut négative dans le L. C. R. La clinique ne nous permettait pas non plus d'affirmer la nature spécifique de cette myélite.

La myélite syphilitique débute, il est vrai, brusquement (*syncope médullaire*), mais elle passe par une période de *paraplégie flasque*, qui dure environ trois semaines, pour céder la place à une *paraplégie spasmodique*.

Les troubles sphinctériens sont marqués, contrairement à ce qui fut observé chez notre malade. Il existe bien une paraplégie spécifique d'emblée spasmodique décrite par Erb, mais c'est une paraplégie avec contracture, la nôtre fut asynergique ; c'est encore une paraplégie avec atteinte des sphincters, la nôtre les conserva toujours intacts.

Mais pourquoi allonger la liste des diagnostics différentiels ? Pourquoi penser encore à la *sclérose en plaques*, à la *sclérose combinée*, à la *forme ataxique des myélites aiguës*, à *l'encéphalite*.

Une seule chose importe au praticien : la maladie est-elle curable ou non ? Ecoutons donc le bon Hippocrate : « *Naturam morborum curationes ostendunt* » et faisons le traitement pierre de touche.

Après 18 injections d'Enesol, à raison de 5 cm. 3 trois fois par semaine, la guérison fut complète.

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Le rhumatisme chronique primitif.

Lors des poussées aiguës qui traversent le rhumatisme chronique primitif, les agents physiques (cures thermales, massages, chaleur locale sèche) ne sont plus d'usage.

Il faut à ce moment les *préparations salicylées* : *salicylate de soude*, 4 à 6 grammes par jour, pendant six à huit jours, suspendre autant et reprendre ou *aspirine* (cachets de 0 gr. 50) ou *salophène* (cachets de 1 gramme, 2 à 3 par jour, pendant six ou huit jours. Il est à remarquer que l'aspirine et le salophène bien inférieurs dans le rhumatisme articulaire aigu, recouvrent toute leur supériorité dans le rhumatisme chronique.

Localement enveloppements ouatés par-dessus un enduit huileux à base d'huile de ricin :

Huile de ricin	50 gr.
Acide salicylique	1 gr. 50

(J. Forestier.)

Etendre une couche sur l'articulation malade' recouvrir de coton cardé et de taffetas gommé.

La pommade au dermatol a été recommandée :

Dermatol	2 grammes
Vaseline pure	50 —

Repos de la jointure. Tant qu'elle est douloureuse, une mobilisation intempestive risque d'exaspérer la poussée aiguë.

Contre l'*insomnie*, préparations de *valériane*. Régime lacto-végétarien, lacté s'il y a de la fièvre.

La poussée aigue passée, les *huiles iodées* en injections intra-musculaires (lipiodol) rendent service, 2 à 3 cc. tous les trois ou quatre jours : 10 à 12 injections.

Les piqûres de *soufre colloïdal* (2 cc. en injection quotidienne pendant dix jours feront suite).

Le *thorium* X (200 micro tous les huit jours, en injections, 4 à 5 injections) réussit souvent dans les formes qui restent douloureuses. Les douleurs du rhumatisme noueux en sont souvent amendées. Les injections sous-cutanées d'*insuline* (10 à 15 unités cliniques par jour, pendant des séries de dix jours ont été recommandées).

La *diathermie*, les *rayons ultra-violets* trouvent leurs indications dans les formes sévères avec décalcification et anémie. Ajoutons les douches d'*eau chaude*, le *massage*, l'*air chaud*.

Deux à trois mois après une poussée aiguë, une saison thermale achèvera l'amélioration (*Aix-les-Bains*, *Bourbon-Lancy*, *Bourbon-l'Archambault*, *Bourbonne*, etc.). S. R.

PRATIQUE MÉDICALE

Les torticolis musculaires et leur traitement physiothérapique.

Par M. le Dr P. Kouindjy.

Le torticolis — position vicieuse de la tête — est une de ces nombreuses affections, où la thérapeutique n'arrive pas toujours à des résultats bien brillants. Si la chirurgie a pu enregistrer quelques succès, c'est au dépens d'une résection plus ou moins étendue des muscles du cou. Malheureusement, cette intervention ne va pas sans grandes difficultés et exige un temps parfois très long pour obtenir une guérison bien aléatoire. Souvent une seconde et même une troisième intervention sont nécessaires. De plus, le port d'une minerve ou d'un appareil plâtré plus ou moins lourd pendant de longues années complique amplement cette thérapeutique. D'ailleurs, la chirurgie ne s'adresse qu'aux cas relativement restreints, c'est-à-dire aux cas avec rétraction tendineuse et début de déformation articulaire. Heureusement, ces cas sont relativement peu fréquents et au début de l'affection la grande majorité est formée par des torticolis avec contracture musculaire permanente ou intermittente.

Nous avons eu l'occasion de traiter avec succès par la physiothérapie un certain nombre de ces torticolis et c'est la description de notre méthode que nous exposons dans le présent article.

Ainsi notre méthode physiothérapique des torticolis ne s'adresse qu'aux torticolis musculaires : aigus, chroniques et spasmodiques. Nous laisserons donc de côté les torticolis dûs à un mal sous-occipital, à une ostéo-arthrite tuberculeuse, à un traumatisme (luxation, fracture), à une arthrite rhumatismale déformante, les torticolis cutano-cicatriciels occasionnés par des brûlures, un phlegmon, un abcès froid, une tumeur, etc.

Quelle que soit l'origine du torticolis musculaire, ce qui domine sa pathologie, c'est l'hypertonie musculaire d'un ou de plusieurs muscles d'un seul

côté du cou. Le plus souvent c'est le sterno-cléido-mastoïdien qui est pris, soit son faisceau sternal seul, soit son faisceau claviculaire, soit les deux faisceaux à la fois : la tête du malade est inclinée du côté des muscles contracturés, la face tournée vers l'épaule opposée. Si le trapèze est pris en même temps, la tête se renverse en arrière. DUCHENNE de Boulogne rapporte un cas, où le trapèze seul fut atteint ; la tête fut inclinée complètement vers le dos avec rotation de la face vers l'épaule opposée. Les cas les plus rares sont : la contracture du peaucier et des deux sterno-mastoïdiens à la fois ; dans les deux cas la tête est infléchie en avant. En général, la contracture d'un seul muscle est chose très rare ; on peut même affirmer que dans ue torticolis définitivement établi elle est inexistante : à côté de l'hypertonie du principal muscls, les autres muscles du cou du côté malade, du dos et même de l'épaule correspondante sont atteints d'un degré plus ou moins avancé d'hypertonie. C'est ainsi qu'à côté de l'hypertonie du sterno-mastoïdien st du trapèze on trouve celle de l'angulaire et de l'omoplate, du rhomboïde, des splénius, du complexus, des scalènes, des sus et sous-épineux, etc. D'où il suit, que dans les cas de torticolis graves, ceux-ci s'accompagnent soit d'une élévation de l'épaule correspondante, soit d'une déviation latérale ou antéro-postérieure de la colonne vertébrale. Chez un de nos malades, atteint d'un torticolis avec inclinaison de la tête en avant, la colonne vertébrale présentait à sa partie supérieure une cyphose et à sa partie inférieure une lordose très prononcée ; car, pour pouvoir regarder devant lui, notre malade était obligé de relever son menton en haut, en avançant fortement son abdomen. Chez une fillette de 8 ans un torticolis gauche, occasionné par une chute à l'âge de 4 ans, s'accompagnait d'une forte élévation de l'épaule, avec déplacement du moignon en avant, et d'une déviation scoliotique de la colonne vertébrale. Chez les enfants la déviation rachidienne devient rapidement permanente. Chez les adultes elle met un certain temps à s'installer. Mais, chez tous les torticolis on trouve invariablement un raccourcissement de l'épaule correspondante : l'espace entre la colonne cervicale et le moignon de l'épaule est toujours plus court du côté contracturé.

D'une façon générale, l'attitude vicieuse de la tête chez les malades atteints de torticolis se produit graduellement : l'inclinaison de la tête suit la contracture musculaire ; la torsion s'accentue au fur et à mesure que l'inclinaison augmente ; dans les cas graves l'oreille arrive à toucher l'épaule et l'occiput les vertèbres cervicales. Elle prend la forme spasmodique, si la contracture musculaire est intermittente, et devient permanente, si la contracture persiste. Mais, ce qui assombrit davantage la situation du malade, ce sont les phénomènes psychiques, qui se développent au fur et à mesure que le torticolis augmente. Ces phénomènes psychiques prennent parfois des allures vraiment exaspérantes : le malade devient triste, sombre, irritable, fuit le monde, craint de sortir dans la rue, a peur des courants d'air, de l'humidité, subit l'influence des changements atmosphériques, appréhende la pluie, la neige, le vent et le soleil ; il se condamne à l'isolement volontaire et s'excite de la moindre chose. Tout est prétexte pour accentuer son mal, ce qui le rend plus émotif et plus malade qu'il ne l'est en réalité. Si le torticolis mental de BRISSAUD se développe chez les individus avec une tare mentale, allant jusqu'à déséquilibration et troubles névropathiques, le torticolis musculaire finit par engendrer des troubles psychiques excessivement pénibles. Il faut donc se méfier de confondre les troubles psychiques des torticolis musculaires avec les torticolis mentaux, si magistralement décrits par le Pr BRISSAUD. Néanmoins, la thérapeutique rationnelle des torticolis musculaires doit être complétée par une psychothérapie appropriée, ce qui veut dire qu'il faut avoir recours aux moyens suggestifs pour permettre à ces malades de lutter contre l'angoisse, la crainte et l'émotion et aussi pour obtenir chez eux une assurance dans leur prochaine guérison. La physiothérapie à elle seule comprend suffisamment d'éléments pour obtenir sinon une guérison complète, du moins une amélioration satisfaisante.

Par cela même on arrive à modifier notablement l'état psychique du malade ; on ferait donc bien de compléter la physiothérapie par la psychothérapie, de façon à accentuer la marche de la guérison ou du moins activer l'amélioration.

C'est dans le traitement des torticolis que le médecin se trouve en présence de ce que TILLAUX appelait « le défaut de la synergie musculaire » ; l'application des agents physiques demande à être justifiée ici par l'état de la tonicité des muscles antagonistes. Nul part « la loi du déséquilibre tonique » des antagonistes, que nous avons établie dans notre travail sur le traitement des contractures en 1905, ne se démontre avec plus de précision que dans les torticolis. Cette loi, que notre éminent confrère, le Pr HESNARD de Bordeaux, a introduite dans son excellent travail sur « les lois du tonus musculaire », consiste en ce que l'action dynamique des muscles en contracture l'emporte sur celle des muscles du côté opposé. Ce déséquilibre dans le jeu des antagonistes fut déjà indiqué

avant nous par le génial Duchenne de Boulogne ; il est à la base même du processus de toutes les contractures musculaires. Voici comment le Pr Hesnard définit cette loi : « Dès que l'état tonique normal d'un muscle est touché, il s'ensuit un déséquilibre entre ce muscle et son antagoniste, et par suite une dystonie de compensation de cet antagoniste. Soit un biceps transfixié et ayant réagi à cette transfixion par un hypertonus, aussitôt le triceps s'hypotonise. Mais soit, au contraire, un extenseur des doigts atonisé par une plaie disséquente, aussitôt les fléchisseurs des doigts vont s'hypertoniser ». Dans les torticolis, les muscles contracturés étant en hypertonie, leurs antagonistes — les muscles du côté opposé — sont hypotonifiés.

Au début, la contracture n'atteint qu'un muscle ou un groupe musculaire, l'hypotonie est également partielle ; elle ne devient plus étendue qu'au fur et à mesure que la contracture gagne plusieurs muscles. Dans les cas, où l'hypertonie s'installe assez vite, comme chez les hémiplégiques ou dans la poliomyélie, la contracture musculaire devient rapidement permanente et l'hypertonie se fixe pour ainsi dire presque d'emblée.

Les indications thérapeutiques sont, après ce que nous venons de dire, faciles à préciser : puisque l'hypotonie frappe les antagonistes ; ce sont ces muscles qu'il faut traiter et nullement les muscles contracturés. Dans notre travail de 1905 sur le traitement de la contracture musculaire nous avons établi une règle de conduite à tenir qui doit être suivie rigoureusement, surtout au début du traitement : ne jamais traiter les muscles en contracture et utiliser tous les moyens physiques pour relever la tonicité des muscles en hypotonie. Grâce à cette règle thérapeutique nous arrivons, d'abord, à arrêter le processus hypotonifiant, ensuite, à augmenter leur tonus musculaire et par cela même à combattre efficacement la contracture des muscles du côté du torticolis. Agir autrement, c'est s'exposer à augmenter l'hypertonie des muscles contracturés et, par conséquent, le torticolis lui-même. Combien de malades doivent leurs ankyloses, déformations et leurs infirmités au manque absolu de cette conduite à tenir en thérapeutique. Il n'est pas exagéré d'affirmer, que toute affection articulaire compliquée d'un déséquilibre de tonicité dans les fonctions des groupes antagonistes peut, si on néglige son traitement méthodique, se transformer en arthrite avec déplacement articulaire plus ou moins grave. Il est possible que beaucoup d'arthrites déformantes, si difficiles à guérir, ne sont, au début, que des simples arthrites avec défaut de synergie dans la fonction tonique de muscles antagonistes ; et il est probable, que traitées méthodiquement dès le début, on pourrait, sinon les guérir, du moins éviter les déplacements des surfaces articulaires. Dans l'immense majorité de cas elles ne sont que la conséquence des positions vicieuses des surfaces articulaires, occasionnées par l'inégalité d'action des tonicités musculaires des antagonistes. Nous pouvons indiquer comme exemple les contractures musculaires consécutives à la paralysie chez les hémiplégiques, qui à la longue déterminent les déplacements des surfaces articulaires, les déformations permanentes et l'infirmité incurable.

Le traitement méthodique que nous employons pour traiter les torticolis consiste en traction progressive des muscles contracturés au moyen de notre table d'extension ; en massage méthodique et électrothérapie des muscles hypotonifiés, et en exercices rééducatifs des mouvements correctifs.

La traction des muscles contracturés, destinée à empêcher la rétraction tendineuse, — complication exigeant l'intervention chirurgicale, — se fait au moyen de la table d'extension utilisée pour la suspension des malades atteints d'affection médullaire. La tête du malade prise dans une mentonnière se place sur le côté opposé au torticolis. La table, qui bascule sur un pivot fixé à son tiers inférieur, permet d'obtenir les tractions suivant les hauteurs voulues. La traction se produit par le poids du malade, qui glisse sur la planche-bascule de la table, en augmentant graduellement les tractions. En imprimant à la tête du malade une rotation de 180°, on voit saillir la corde des muscles contracturés, qui luttent contre la traction. Au début, la durée doit être aussi courte que possible et on doit permettre au malade de revenir de temps en temps à la position vicieuse ; mais, au fur et à mesure que le malade s'adapte à la traction, la durée doit être plus longue sans dépasser vingt minutes. En moyenne, nous faisons de dix à quinze minutes de traction. Il est inutile de dépasser la durée indiquée, car la traction prolongée provoque parfois des contractures musculaires douloureuses.

Aussitôt après la traction, nous massons les muscles en hypotonie : on commence par des pressions profondes suivies des effleurages également profonds ; le pétrissage et les percussions viennent après intercalés par des effleurages superficiels. Les pressions profondes, surtout les pressions digitales, permettent de délimiter le champ massothérapique et de ne pas empiéter sur la région contracturée. Quelquefois nous avons recours à

l'électrothérapie pour compléter l'action massothérapique. Dans les cas avancés nous utilisons le courant faradique et comme le faisait DUCHENNE de Boulogne avec application locale sur les muscles en hypotonie. On fera bien de ne pas négliger les muscles du dos et même les muscles de l'épaule opposée, car l'hypotonie envahit parfois toute une région et plusieurs muscles à la fois.

Le massage et l'électrothérapie sont complétés par des mouvements contradictoires dont le but est de débarrasser la région contracturée des adhérences formées dans les articulations atteintes.

La rééducation motrice est formée ici comme partout ailleurs des mouvements actifs et volontaires. « La discipline motrice » de BRISSAUD n'est autre chose que la rééducation motrice des muscles en hypotonie. C'est donc à ces groupes musculaires que les exercices rééducatifs contribuent à fournir les moyens de les rendre aptes à lutter efficacement contre la contracture de leurs antagonistes. Tout d'abord, nous avons recours au procédé indiqué par MEIGE et FEINDEL : l'immobilité commandée. Le malade doit apprendre à maintenir sa tête immobile pendant un temps plus ou moins long et sous commandement aux points indiqués par le rééducateur. Pour ce faire nous établissons deux demi-cercles, l'un horizontal et l'autre vertical, perpendiculaires l'un à l'autre. Ces demi-cercles fictifs dont le diamètre passe par les moignons de deux épaules, servent comme points de repère à nos exercices rééducatifs, et le segment compris entre le menton du malade et son épaule opposée à la contracture est utilisé comme champ d'exercice. On choisit les points progressivement éloignés du menton du malade et on lui recommande d'amener la tête vers les points choisis et de la maintenir un temps plu ou moins long, en évitant l'effort inutile, qui peut être parfois nuisible. Il est bien entendu, que le malade ne déplacera que sa tête et conservera, pour le reste du corps tout le temps d'exercice, la position occupée par lui avant l'exercice. Le demi-cercle horizontal sert pour les exercices de la rotation de la tête, et le demi-cercle vertical — pour les exercices de flexion de la tête.

Pour faciliter ces exercices on utilise les doigts du rééducateu comme points de repère et on engage le malade à tourner la tête jusqu'au contact avec eux. Le rééducateur déplace suivant le besoin, ses doigts, en augmentant ou en diminuant le segment du cercle à parcourir. On peut également se servir d'une glace comme exercice, mais uniquement comme point de repère. Voici comment nous procédons : le malade st assis sur une chaise placée devant une glace de telle sorte qu'il ne se voit pas, lorsqu'il est en position du repos. Sous commandement il tourne la tête jusqu'à ce qu'il aperçoive sa propre image En déplaçant la chaise dans le sens opposé la contracture, on augmente de plus en plus le segment de la rotation de la tête Cet exercice peut être confié au malade, qui l'utilise une ou deux fois par jour. De même que l'exercice suivant : placé dans un fauteuil ou sur une chaise le malade tâche de fixer avec ses yeux les points de repère choisis préalablement sur les murs, le plafond ou le parquet. On peut également lui conseiller la lecture, en tenant le livre du côté opposé du torticolis. D'une façon générale, ces exercices doivent être faits avec modération et il faut insister pour que le malade n'abuse pas des mouvements et cesse l'exercice, aussitôt qu'il sent la contracture devenir douloureuse.

Faut-il conseiller à un malade atteint de torticolis ce que MEIGE appelle « le geste antagoniste » : placer un bâton entre les dents, un parapluie sur l'épaule malade, des cols carcans, une tige dans le dos, des mouchoirs, etc.? Les malades les utilisent, parce qu'il leur semble que tous ces artifices, qui les soulagent momentanément, finissent par les guérir. Ces illusions ne durent malheureusement pas longtemps ; tous ces moyens illusoires ne donnent absolument rien et, sauf leur influence morale, sont sans aucune efficacité. Le geste antagoniste est sans aucune effet sur les muscles antagonistes en hypotonie.

Le traitement, trois séances par semaine au minimum, doit être aussi prolongé que possible, avec des intervalles de repos complet. Il faut surveiller le malade pendant de longues années, car l'hypertonie musculaire peut reprendre à la moindre occasion. En tout cas, pris au moment opportun, on arrive à lutter avec profit, par les moyens indiqués plus haut, contre cette terrible maladie. Il suffit d'utiliser les moyens physiques avec méthode, en tenant compte du jeu des tonicités musculaires des antagonistes.

Lorsque la contracture musculaire est compliquée d'une rétraction tendineuse, qui ne cède pas au bout d'un certain temps à la traction progressive, la physiothérapie doit laisser la place à la chirurgie, qui seule dans ce cas peut arriver à un résultat convenable. Mais, pris dès le début et poursuivi avec patience et persévérance les agents physiques arrivent dans la grande majorité des torticolis musculaires à donner des résultats très encourageants et même dans beaucoup de casà les guérir complètement.

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

La sympathectomie dans les ulcères chroniques des jambes.

Pour nouvelle qu'elle soit, la sympathectomie ne réalise pas des merveilles. Précédemment nous avons montré les accidents que produit la section du sympathique cervical. Les angines de poitrine améliorées par cette méthode sont rares et bien souvent le mieux obtenu aurait pu l'être à moins de frais. Ajoutons que bien des malades ont succombé aux complications de divers ordre qui suivent l'intervention. Que n'a-t-on d'autre part dit en faveur de la sympathectomie péri-artérielle. Elle aurait dû être un traitement merveilleux des ulcères chroniques des membres inférieurs. Il en va ici comme pour le sympathique cervical. Les effets favorables sont des plus inconsiante.

M. le Dr Garcia Diaz (Paris, Le François, édit.) ne se fait aucune illusion. Souvent la méthode est dangereuse et quand elle apparaît sans inconvénient, elle n'empêche pas la nécessité des procédés habituels de traitement. Alors on risque de blesser l'artère, de l'exposer à une rupture secondaire, de provoquer la formation de thromboses tellement graves que la vie est en danger ou que l'avenir du membre est compromis. Dans la moitié des cas environ, ces éventualités fâcheuses se produisent. Et pour quel bénéfice ? L'espoir d'une cicatrisation rapide qui ne donne aucune garantie de consolidation et ne réalise même pas la guérison temporaire. En sorte que la pratique des dénudations artérielles doit être absolument abandonnée.

Si le chirurgien est prié d'intervenir, il ne le fera pas davantage en s'adressant aux nerfs sensitifs. La résection du nerf saphène, du nerf péronier, la décortication opératoire du sciatique, du crural ne valent guère mieux. Les cicatrisations qui suivent les agressions opératoires ne sont que temporaires. Alors à quelle extrémité se résoudre ? A un des procédés d'un autre ordre qui ne réclament nullement l'habileté d'un chirurgien.

Les *étincelles*, les *effluves* de haute fréquence, la *diathermie* produisent des phénomènes locaux de vaso-dilatation comme les interventions opératoires ; de même les *radiations rouges* et *violettes* ; toutes ces méthodes amènent des cicatrisations et sans risques. Elles sont supérieures à la sympathectomie dans ce sens qu'elles n'exposent à aucun inconvénient, tout en assurant des cicatrisations plus satisfaisantes encore.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement iodé par inhalations dans la tuberculose pulmonaire.

On discute beaucoup au sujet du traitement iodé de la tuberculose pulmonaire. Ce n'est pas un traitement inoffensif toujours et l'on peut observer certaines poussées congestives qui en résultent. A. Rodet (de Mégève) (*Lyon médical*, 16 *mai* 1926), utilise en inhalations le mélange suivant :

Eucalyptol	} ââ	1 gr.
Thymol		
Gomenol	} ââ	10 —
Camphre		
Iode métalloïdique		3 —
Alcool à 95°		80 cc.

Elle lui donne toute satisfaction. Elle est utilisée en inhalations seulement, de deux façons : à chaud, à la dose de quelques gouttes dans l'eau bouillante, mais en rajoutant fréquemment quelques gouttes au cours de la séance, car l'évaporation est rapide, et à froid, par barbotage, au moyen d'un flacon-laveur à double tubulure dans lequel est introduit le mélange pur, sans aucune adjonction d'eau, le malade faisant l'aspiration par une des tubulures, et l'air se chargeant au passage des vapeurs médicamenteuses. Le second procédé paraît beaucoup plus actif.

Les malades font deux inhalations par jour de dix à quinze minutes de durée, pendant deux semaines. Ils se reposent une semaine, puis recommencent.

Au point de vue des résultats obtenus, un très grand nombre de petits malades pourrait fournir un important lot d'observations très favorables. Sous l'influence du traitement, l'état général se relève, les couleurs reviennent chez les anémiés, la toux diminue ou cède totalement, les points de côté disparaissent, ainsi que d'ailleurs, du côté de l'examen somatique, les frottements ou les râles secs pleuraux et les souffles ganglionnaires. La température, chez ces petits malades à fébricule tenace oscillant depuis des mois entre 37°5 et 37°8 vespéral, subit un abaissement constant de plusieurs dixièmes de degré.

Ce traitement constituerait le traitement de choix des états bacillaires torpides sans localisation précise, comme le traitement de choix du lymphatisme, chez les enfants spécialement.

En ce qui concerne les tuberculeux pulmonaires évolutifs, bien peu ont pu être suivis pendant de longs mois. D'autres, qui auraient pu l'être, y sont

infidèles, se lassent d'un traitement qui ne leur apporte pas en quelques jours la guérison désirée.

A. Rodet se montre très prudent sur les améliorations obtenues et signale les difficultés d'interprétation qu'elles soulèvent.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MÉDECINE

Rapport général sur les prix décernés en 1926. — M. Souques.

Proclamation des prix. — M. Bar.

L'apoplexie traumatique tardive. — M. Auvray. — Les faits dans lesquels l'apoplexie est survenue au bout de plusieurs jours, de plusieurs semaines et même de plusieurs mois ont une importance très grande au point de vue médico-légal et chirurgical. L'auteur retient 95 cas dans lesquels l'hémorragie, soit cérébrale, soit méningée, cause de l'apoplexie tardive, paraît bien avoir été sous la dépendance directe du trauma. Les faits les plus probants, et ils sont assez nombreux, en faveur de l'existence réelle de l'apoplexie traumatique tardive, sont ceux qui concernent des sujets jeunes, des enfants même, indemnes de toute tare pathologique antérieure susceptible de créer une prédisposition à la rupture vasculaire ; en pareil cas on ne voit pas quelle cause pourrait être invoquée en dehors du traumatisme seul. Ces faits d'apoplexie par hémorragie tardive nécessitent d'être bien connus du chirurgien ; en effet un grand nombre de faits publiés concernent des hémorragies méningées sous-durales qui relèvent de la trépanation. Méconnues, et elles l'ont été malheureusement assez souvent, elles entraîneront la mort.

Discussion des communications de MM. Couvelaire et G. Petit. 7 décembre 1926.

SOCIÉTE MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 décembre 1926.

Tabes vraisemblablement hérédo-syphilitique de l'adulte. — MM. P. Léchelle J. Dereux et Mlle Lacan présentent une malade atteinte d'un tabes typique (abolition de tous les réflexes tendineux, ataxie, signes urinaires, arthropathies, douleurs fulgurantes, signe d'Argyll-Robertson) dont les premiers signes sont apparus à l'âge de seize ans. La probabilité d'un tabes hérédo-syphilitique devient une quasi certitude quand on examine la mère de la malade, que les auteurs présentent également. Celle ci est atteinte d'un tabes aussi typique que celui de sa fille (crises gastriques, troubles sphinctériens, signe de Romberg, abolition des réflexes tendineux, signe d'Argyll Robertson).

Le tabes hérédo-syphilitique est une affection rare : il est exceptionnel qu'on en puisse soupçonner l'origine héréditaire d'une façon aussi légitime.

Quatre spasmes artériels par le strophantus et la digitaline. — MM. G. Etienne et P. Gerbaut (Nancy). — Chez un artério-scléreux spécifique, au cours d'un traitement par le strophantus, s'établit brusquement un spasme vasculaire encéphalique, le plus typique, massif, avec ictère complet, hémiplégie, le tout complètement disparu après une heure.

Le même phénomène s'était produit un mois auparavant, au cours d'un traitement digitalinique.

Les auteurs rapprochent cette observation de quatre analogues rapportées par L. Mathieu et insistent sur les différences avec les cas classiques d'embolies par le traitement digitalique brusque chez les vieillards.

Il est très possible que strophantus et digitaline agissent sur le muscle artériel comme sur le muscle myocardique, dont les fonctions sont solidaires.

Dans les cas de cardiopathies graves, les traitements employés l'imposaient. Ces faits ne doivent pas en déconseiller l'emploi, mais il montrent que chez les scléreux leur emploi doit être prudent.

Toux spasmodique tenace avec hémoptysies, éosinophilie massive et polyglobulie due au tænia inerme. — MM. Ph. Pagniez et Lerond relatent l'observation d'une femme de 26 ans souffrant depuis plusieurs mois d'une toux spasmodique extrêmement violente dont les quintes avaient pris peu à peu une intensité extraordinaire et s'accompagnaient d'hémopysie. Les examens cliniques et radiologiques n'avaient permis de déceler aucune lésion. La constatation d'une énorme éosinophilie sanguine (60 0/0) mit sur la voie du diagnostic et amena à reconnaître l'existence d'une helminthiase. Celle-ci tenait sous sa dépendance la toux et les hémoptysies, une éosinophilie massive (jusqu'à 70 0/0 d'éosinophile) et une polyglobulie atteignant environ 7 millions de globules. L'expulsion provoquée par le traitement approprié de trois tænias fit disparaître les hémoptysies et la globulie. La toux, bien que très atténuée, et l'éosinophilie persistèrent ce qui fit conclure à la non guérison. Effectivement quelques mois plus tard la polyglobulie reparaissait et une nouvelle prise d'antihelminthiques avait pour conséquence une nouvelle expulsion de tænias inermes. Les auteurs soulignent le caractère absolument exceptionnel de ces diverses manifestations : toux, hémoptysies et polyglobulie.

Spirochétose broncho-pulmonaire chez les blessés du thorax par projectile de guerre. — M. A. Pelle (de Rennes).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. Thiérry, revenant sur l'observation de M. Basset, se déclare partisan de l'irrigation à l'éther dans les péritonites et foyers suppurés, à condition de faire ensuite una absorption et de pratiquer un drainage.

M. Chevrier recherchant la pathogénie des accidents observés, les attribue à une hypertension intra-abdominale par évaporation de l'éther, entraînant une compression veineuse et des suffusions sanguines.

M. Mauclaire est partisan de simples attouchements.

Corps étrangers des voies digestives. Extraction. Guérison. — M. Mouchet rapporte une observation de M. Robert Maygret (de Dijon) concernant un enfant ayant avalé, ouverte, une broche de bavoir. Expectative pendant 34 jours. La broche, toujours ouverte, est visible sous écran au niveau de l'angle colique droit.

Laparotomie. Boutonnière intestinale au niveau d'une bandelette. Fermeture. Guérison.

Trois cas de luxations du coude en dehors irréductibles. Intervention. 3 succès. — M. Mouchet rapporte ces observations adressées par M. Tailhefer (de Béziers). Le premier cas avait trait à une luxation irréductible d'emblée, les deux autres à des luxations anciennes. Dans les 3 cas, arthotomie par incision en baïonnette d'Ollier, un peu modifiée.

Guérison rapide dans les deux premiers cas, plus lente dans le troisième.

M. Mouchet aurait donné la préférence à la voie transolécranienne d'Alglave.

M. Lapointe estime que ces luxations en dehors ne sont pas rares, et que, récentes, elles sont de réduction facile.

Un cas de sténose duodénale du nourrisson. Gastro-entérostomie. Mort. — M. Veau, rapportant cette observation de M. Botrau-Rousselle (de Damas), déplore que soient encore mal connus les éléments anatomiques qui conditionnent ces sténoses, et se déclare l'adversaire résolu de la gastro-entérostomie dans ces cas.

Un cas du mal de Pott avec bec de perroquet. — M. Mouchet rapporte une observation de MM. Solcart et Couraud (de Toulon) ayant trait à un jeune soldat porteur de lésions de trochantérite bacillaire abcédée, et d'un mal de Pott dorso-lombaire, au niveau duquel la radiographie révèle la présence de néoformations en bec de perroquet.

La tuberculose vertébrale peut donc être quelquefois constructive, et non toujours destructive.

MM. Sorrel et Basset prennent part à la discussion.

Sur un cas d'échinococcose généralisée. Intervention. Survie de 4 ans. — M. Proust rapporte une observation de M. Charbonnel (de Bordeaux) concernant une femme atteinte d'échinococcose généralisée, avec kyste volumineux du bassin s'accompagnant de compressions graves.

Echec de la radiothérapie pénétrante. Intervention. Ablation des kystes les plus volumineux. Hystérectomie. Survie de 4 ans.

M. Proust apporte ensuite les conclusions des recherches de M. Devé, d'après lesquelles une dose de 20.000 R serait capable d'obtenir une stérilisation des kystes.

Sur le traitement à opposer à la sténose pylorique du nourrisson. — M. Frédet, s'élevant contre les assertions de M. Veau, déclare qu'il reste partisan convaincu ds la pylorotomie, la gastro-intérostomie devant être réservée à des cas exceptionnels.

M. Ombrédanne estime que la pylorotomie est suffisante dans tous les cas, mais préconise une voie paracostale, moins choquante.

Un cas de côte cervicale. — M. Mouchet apporte un nouveau cas à la statistique générale : chez l'individu atteint, existait une attitude vicieuse du pouce avec atrophie thénarienne.

Présentation de malades. — M. Bazy, malade porteur d'un épithélioma cutané développé sur une radiodermite. Ablation. Autoplastie. Guérison.

M. Dujarier. — Résultats anatomiques d'une greffe de Dalagénière sur un mal de Pott.

M. Cadenat. — Tumeur kystique sous-péritonéale para-rénale.

9 décembre 1926. E. Theillier.

CORRESPONDANCE

Gangrène pulmonaire consécutive au typhus.

L'intéressante clinique de M. le Pr Bezançon, récemment parue dans votre journal, me remet en mémoire une observation que je vous demande la permission de vous communiquer :

« Un indigène nord africain, d'une trentaine d'années, fait un typhus grave qu'il conduit sans complications apparentes jusqu'à la défervescence ; celle-ci n'est toutefois pas absolument complète et les jours suivants, de la toux apparaît en même temps que la température remonte légèrement.

« L'auscultation tout d'abord négative décèle ensuite à l'extrême base pulmonaire, en arrière, un foyer

limité de congestion : submatité, râles sous-crépitants, respiration aigre. Expectoration de moyenne abondance muco purulente, banale.

« Dans les jours qui suivent les signes s'accentuent, l'état général s'aggrave et un second foyer exactement symétrique s'allume à gauche.

« Décès au bout de quelques jours.

« A l'autopsie on trouve à chacune des deux bases un foyer de gangrène plus étendu à droite, de la grosseur d'un œuf de pigeon environ, avec les caractères classiques : perte de substance anfractueuse, liséré lie de vin.

« Il s'est donc agi d'un processus bilatéral de gangrène pulmonaire localisée qui, étant donnée la rapidité d'évolution, n'a pas pu faire toutes ses preuves (expectoration fétide) pendant la vie.

« Les conditions d'apparition de ces phénomènes et leur évolution clinique peuvent faire penser à leur attribuer une étiologie spéciale, différente des cas classiques.

« En effet, il se produit parfois, au cours de la convalescence du typhus des troubles circulatoires d'allure ischémique du membre inférieur qui peuvent aboutir à la gangrène des extrémités ; il n'est pas extrêmement rare de rencontrer, dans les régions où sévit le typhus, des pertes totales de tous les orteils.

« Ne peut-on, en conséquence, penser que dans le cas présent il s'est produit dans le poumon un phénomène analogue : ischémie d'une portion localisée du parenchyme nécrobiose, gangrène sèche qui rapidement s'est « humidifiée » ?

« Le facteur mécanique ayant été ainsi le premier en date, la fermentation putride ne s'étant surajoutée que secondairement. »

Dr Jean Didiée,
Medecin-Major de 2e classe.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique chirurgicale ophtalmologique, par M. Duverger, *Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg* et M. Velter, *Professeur agrégé à la Faculté de Paris, Ophtalmologiste des Hôpitaux*. — Un volume de 480 pages avec 45 figures et 40 planches hors texte en couleurs. Se vend broché ou cartonné. (Masson et Cie, Editeurs.) Prix de base pour la France, broché : 100 francs ; relié : 110 francs. En plus : hausse variable (40 % juillet 1926). Prix fixe pour l'étranger. Relié : 4 dollars 40.

Ce livre n'est ni un traité ni une encyclopédie ; on n'y trouvera pas l'énumération et la description de tous les procédés opératoires utilisés en chirurgie oculaire. Son but est plus limité : préciser les médications opératoires qui ont paru les plus certaines, décrire aussi clairement que possible les techniques jugées les meilleures à l'expérience.

La question de l'anesthésie est importante. Les auteurs ont fait la description minutieuse de toutes les techniques d'anesthésie locale et d'anesthésie régionale, qui doivent en ophtalmologie supplanter définitivement à quelques rares exceptions près, l'anesthésie générale.

Les affections chirurgicales de la cornée, de l'iris, du cristallin sont étudiées ensuite. Le traitement chirurgical des glaucomes est tout spécialement détaillé.

Un chapitre sur les greffes orbitraires et intrasclérales.

Un autre sur le traitement chirurgical des affections traumatiques.

L'ouvrage est illustré de nombreuses figures et de 40 planches hors texte, dont 24 en trichromie et 16 au trait en noir et rouge reproduisant dans tous leurs détails les temps opératoires.

La pratique thérapeutique en clientèle. Collection *Comment guérir*, par le Dr Ch. Fiessinger, in-8, 342 pages. (Editions Médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e). Prix : 20 francs.

Après avoir publié la *Thérapeutique en 20 médicaments*, avec le regretté Huchard, l'auteur élargit son cadre primitif. Il écrit un livre de *Pratique Thérapeutique* qui enseigne d'une part les réactions curatives spontanées de la nature et ensuite ce qu'il reste à faire au médecin. Quand il ne peut atteindre les causes du mal, son rôle est modeste : réduire les symptômes dans ce qu'ils ont de douloureux ou de pénible, sans les éteindre tout à fait. Car ce symptôme, bien souvent, renferme en lui une puissance médicatrice qu'il serait téméraire de supprimer.

Quels sont ces symptômes favorables, comment devant eux doit se comporter le médecin, quelles sont les maladies qui réclament sa vigilance, comment il devra les aborder sans nuire aux procédés curatifs naturels, telles sont les questions qui fournissent la matière du volume.

M. Ch. Fiessinger a cherché à faire du médecin un interprète attentif de la nature. Pour guérir il faut comprendre d'abord la portée et ensuite la valeur précise d'une intervention médicamenteuse.

Anatomie médico-chirurgicale. Fascicule **Le Crâne**, par M. Philippe Bellocq, *Chargé de cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg*, avec 36 fig. originales.

Ensemble de leçons faites à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; recueillies par M. Alfred Weiss, interne des hôpitaux et revues par M. Bellocq. Etude soignée, enrichie de nombreuses figures bien dessinées, mais dont la netteté aurait peut-être gagné à moins s'encombrer de la vérité totale. Tout montrer à la fois est quelquefois s'exposer à faire voir moins bien. Ce premier fascicule nous apparaît comme un témoin sûr de la valeur des études anatomiques à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger
R. C. Paris N° 40.703.

Paris. Imprimerie A. Tournon, 257, rue Saint-Honoré. — 1926

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Hôpital des Enfants-Malades.

M. le Pr Nobécourt,

Sur un diabétique de 18 ans et demi traité depuis trois ans et demi par l'insuline.

Voici un jeune garçon de 18 ans et demi, atteint depuis l'âge de 14 ans et demi, d'un *grand diabète avec dénutrition*. Je l'ai déjà présenté, il y a deux ans, le 15 novembre 1924, alors qu'il avait été très amélioré par l'insuline injectée régulièrement depuis dix-neuf mois. Ce traitement a été poursuivi. Actuellement il dure depuis trois ans et demi. Il me paraît intéressant de vous remémorer son histoire à laquelle les dosages répétés du glucose dans l'urine et le sang, pratiqués par M. Bidol, apportent une grande précision, et de faire les remarques que comportent les résultats de cette médication prolongée. Je serai bref sur l'histoire de ce jeune homme, car son exposé se retrouve dans deux leçons publiées de mon livre de *Clinique des Maladies des enfants*, consacré aux *troubles de la nutrition et de la croissance*.

***

Ce garçon est né le 5 mars 1908. Il n'a ni hérédité syphilitique, ni hérédité diabétique. Sa mère est morte en 1919 de pleurésie, son père et cinq frères et sœurs sont bien portants. Il ne présente, à l'examen, aucun signe de spécificité, et a un Bordet-Wassermann négatif. D'autre part, bien que la cutiréaction à la tuberculine soit positive, il ne présente aucun symptôme de tuberculose.

C'est en septembre 1922, à l'âge de 14 ans et demi, qu'apparaissent les premiers symptômes du diabète. Ils s'installent rapidement. Ce sont de la polydipsie, de la polyphagie, de la polyurie, un amaigrissement très marqué.

Peu de temps après, le 4 novembre, l'enfant entre dans le service. Il est alors véritablement cachectique ; grand pour son âge, puisqu'il mesure 155 cm. au lieu de la moyenne 154 cm., il ne pèse que 33 kgr. au lieu de 42 kgr. ; le rapport du poids à la taille est 210 au lieu de la moyenne 272. Le développement pubertaire est normal.

Nous laissons le malade au régime libre ; il mange et boit ce qu'il veut. Avec ce régime il urine par jour 3 litres 700 à 4 litres 800.

La glycosurie moyenne est de 230 gr. par jour. Les urines contiennent beaucoup d'acétone et d'acide diacétique. La glycémie est de 3 gr. 50.

Nous instituons ensuite un régime de restriction des hydrates de carbone. Avec un régime de 80 gr. d'hydrates de carbone par jour, c'est-à-dire 2 gr. 4 par kgr., la glycosurie est de 80 à 100 gr. Un peu plus tard, avec un régime de 60 gr. d'hydrates de carbone, c'est-à-dire 1 gr. 7 par kgr., la glycosurie reste à peu près au même lieu. Il faut abaisser la ration d'hydrates de carbone à 30 gr. par jour, c'est-à-dire 0 gr. 85 par kgr. pour que la glycosurie disparaisse. Pendant ce temps les corps acétoniques diminuent, puis disparaissent, et la glycémie tombe à 2 gr. 90, 1 gr. 60, 1 gr. Nous sommes au mois de janvier, et le traitement a été commencé au début de novembre.

Mais ces résultats ne tiennent pas. Pendant les mois de février, mars et avril, la ration étant toujours de 30 gr. d'hydrates de carbone par jour, c'est-à-dire 0 gr. 75 par kgr., la glycosurie reparaît et atteint 20 à 30 gr. En même temps les corps acétoniques se montrent de nouveau dans l'urine et la glycémie remonte à 2 gr. 73, 4 gr. 70, 4 gr. 40.

Donc, la tolérance pour les hydrates de carbone est très faible. Il faut une très grande réduction pour faire disparaître la glycosurie et les corps acétoniques ainsi que pour diminuer la glycémie. Ce résultat est d'ailleurs absolument transitoire puisqu'avec cette même ration très faible d'hydrates de carbone, la glycosurie réapparaît et la glycémie augmente. L'enfant urine autant d'hydrates de carbone qu'il en ingère.

Cependant le traitement n'a pas été sans influence. L'état général s'est amélioré. Au mois d'avril 1923, cinq mois après le début du traitement l'enfant, qui a maintenant 15 ans, a grandi d'un centimètre, et mesure 158 cm. Son poids a augmenté de 7 kgr., et atteint 40 kgr. ; le rapport du poids à la taille est 253 au lieu de 284.

C'est à ce moment, 16 avril 1923, qu'est institué le traitement par l'insuline.

Ce traitement est fait par M. Chabanier avec son insuline, dont un centimètre cube correspond approximativement à 8 unités cliniques. Immédiatement avant le déjeuner et avant le dîner, on injecte 2 cc. et demi ce qui fait 5 cc. par jour. Mais cette dose est bientôt reconnue insuffisante et elle est doublée ; on injecte 5 cc. avant chaque repas, c'est-à-dire 10 cc. par jour.

L'insuline de Chabanier est employée de façon continue jusqu'au 14 septembre 1925. Dès lors, nous utilisons à la place l'endopancrine préparée suivant la technique du Pr Ambard, de Strasbourg, dont 1 cc. contient 20 unités cliniques. On injecte 2 cc., deux fois par jour, soit, par jour, 4 cc. ou 80 unités cliniques. Ce traitement a été continué tous les jours.

Nous allons analyser les effets de ce traitement et les comparer avec les résultats publiés par d'autres auteurs, par les médecins américains, MM. JOSLIN, KOOT et WHITE, en 1925 ; par M. CHARLENS, élève du Pr MOURIQUAUD dans une thèse de Lyon de 1925, par M. LEREBOULLET et son élève VIEILLARD-BAREN, dans une thèse de Paris de 1926 ; par le Pr Marcel LABBÉ à l'*Académie de Médecine*, le 30 mars dernier.

***

Voyons d'abord la GLYCOSURIE.

Au mois d'avril 1923, quand on commence l'insuline, on a donné une ration comportant 157 gr. d'hydrates de carbone, soit 3 gr. 09 par kgr. Avant, l'insuline, l'enfant urine quotidiennement 130 gr. de glucose. Peu de temps après le début de l'insuline, la glycosurie diminue ; elle tombe à 0 gr. 85 par jour et pendant quelques jours à zéro.

Mais, cependant, avec cette ration assez élevée d'hydrates de carbone, bientôt la glycosurie reparaît ; de fin avril à mai, elle oscille entre 2 gr., 35 gr.

Dès lors on diminue les rations, d'hydrates de carbone, 92 gr., puis 80 gr., c'est-à-dire à 2 gr., puis 1 gr. 8 ou 1 gr. 6 par kgr. Avec cette ration la glycosurie est de 4 à 10 gr. en janvier 1924, de 12 à 29 gr. en juin, de 14 à 26 gr. de septembre à novembre.

De janvier à septembre 1925 la ration est de 80 à 90 gr. d'hydrates de carbone, 1 gr. 8 ou 1 gr. 9 par kgr. ; la glycosurie oscille entre 20 à 30 gr. et atteint parfois 40 à 45 gr.

D'octobre 1925 à mars 1926, la ration d'hydrates de carbone est portée à 100 gr., soit 2 gr. 1 par kgr. : la glycosurie n'augmente pas ; elle est en moyenne de 25 gr.

A partir d'avril on autorise une ration de 120 à 130 gr. d'hydrates de carbone, soit 2 gr. 1 ou 2 gr. 2 par kgr., la glycosurie se maintient entre 15 et 20 gr., mais à certains moments elle augmente jusqu'à 30 gr. et plus.

Actuellement, notre malade reçoit, comme précédemment, 120 à 130 gr. d'hydrates de carbone, soit 2 gr. 4 par kgr. ; sa glycosurie oscille entre 26 et 39 gr.

Somme toute, avec la forte ration d'hydrates de carbone que nous donnions au début de l'insuline, nous constations un effet très marqué, puisqu'en quelques jours la glycosurie diminue considérablement. Mais cette action est passagère et, au bout d'un certain temps, on est obligé d'abaisser la ration d'hydrates de carbone et d'augmenter les doses d'insuline injectée ; la glycosurie, en effet, augmente pendant un certain temps. Cependant, au bout de trois ans environ, de traitement, il semble que la tolérance pour les hydrates de carbone augmente ; nous pouvons augmenter la ration, tout en donnant les mêmes doses d'insuline ou à peu près.

Somme toute : 1° *avant l'insuline*, avec une ration d'hydrates de carbone de 30 gr. par jour, c'est-à-dire de 0 gr. 75 par kgr., la glycosurie est de 20 à 30 gr., l'enfant urine donc 100 % de glycose ; 2° après trois ans et demi de traitement, avec une ration quotidienne de 120 à 130 gr., soit 2 gr. 2 environ par kgr., la glycosurie est de 15 à 20 gr., soit de 15 %.

Il y a donc là un effet manifeste de l'insuline sur la glycosurie.

Les effets d'un traitement prolongé par l'insuline ne sont pas toujours semblables.

Au début, comme chez notre malade, souvent la glycosurie diminue et disparaît rapidement.

Dans la suite, plusieurs éventualités peuvent se présenter.

Il y a des cas où la glycosurie ne reparaît pas, ou bien ne réaugmente pas.

Plus nombreux sont les cas dans lesquels elle reparaît ou augmente. C'est ce qu'a constaté, entre autres le Pr Marcel LABBÉ, qui écrit : « En mesurant, de temps en temps, la capacité d'utilisation des hyd o-carbone par le malade, on constate une marche progressive marquée par l'emploi d'insuline à dose de plus en plus élevée ».

Plus rarement la tolérance pour les hydrates de carbone paraît augmenter à la longue et où la glycosurie diminuer. Ce serait même un cas fréquent d'après MM. JOSLIN, GEYERLEIS et BOYD ; MM. LEREBOULLET et VIEILLARD-BAREN, dans quelques cas, ont pu « augmenter un peu la dose d'hydrates de carbone sans augmenter la dose d'insuline, sans pour cela voir réapparaître la glycosurie. Mais souvent l'augmentation n'a pu être maintenue que d'une façon très passagère. » M. Marcel LABBÉ, a publié l'observation d'une fille atteinte, à l'âge de 11 ans, d'un diabète avec cachexie et glycosurie de 400 gr. Traitée par l'insuline, depuis le 1er juin 1923, petit à petit, la tolérance pour les hydrates de carbone à augmenté. En décembre 1925, à 16 ans, elle était hypotrophique ; pour une ration de 200 gr. d'HC, soit 5 gr. par kgr., et des injections de 45 unités cliniques (BOYLE), la glycosurie n'était que de 44 gr.

Notre jeune malade peut rentrer dans ce groupe de faits, à ne juger que par la glycosurie. La tolérance pour les hydrates de carbone semble augmentée.

Pour apprécier les résultats de l'insuline, il faut tenir compte des rations d'hydrates de carbone, des doses d'insuline employées et du produit utilisé, car toutes les insulines ne se valent pas. Enfin, il faut tenir compte de la forme de la maladie.

Chez une fille du service dont j'ai publié l'observation, traitée pendant dix-neuf mois comme notre garçon, la glycosurie n'a pas disparu et au contraire a augmenté, malgré l'accroissement de poids. En août 1923, pour une ration de 73 gr. d'hydrates de carbone, soit 3 gr. 4 par kgr., la glycosurie était de 25 gr. soit de 35 % ; en avril 1924, pour une ration de 105 gr., soit 2 gr. par kgr., elle était de 65 gr.

En même temps que la glycosurie, il convient de tenir un grand compte de la GLYCÉMIE. Le dosage du sucre a été fait le matin à jeun,

Sous l'influence de la réduction des hydrates de carbone, avant l'insuline, le taux de la glycémie diminue petit à petit : de 3 gr. 50 et 2 gr. 90 il tombe à 1 gr. environ, au bout de trois ans en même temps que la glycosurie diminue et disparaît. Mais, après quatre ou cinq ans de régime, la glycémie augmente ; elle finit par atteindre des taux assez élevés : 2 gr. 73, 4 gr. 70, 4 gr. 40 en mars et avril 1923, bien que la ration d'hydrates de carbone soit extrêmement faible, 30 gr. par jour ; la glycosurie est alors de 20 à 30 gr.

A ce moment (16 avril 1923), nous commençons le traitement par l'insuline. La glycémie diminue lentement ; au mois de mai elle est de 3 gr. 50 ; c'est seulement en septembre qu'elle tombe à 1 gr. 38, 1 gr. 90 malgré la reprise de la glycosurie.

Puis la glycémie augmente : en 1924, elle est de 3 à 4 gr., atteignant quelquefois 4 gr. 30, 4 gr. 80 ; en octobre 1925, elle est de 3 gr. 60 et en mars 1926 de 4 gr. 60.

Ultérieurement elle a tendance à diminuer, bien que la glycosurie reste élevée, elle atteint 3 gr. 60 en avril ; 2 gr. 30 en juillet et octobre ; 3 gr. 06 le 1er novembre.

Donc, la glycémie présente des caractères variables suivant les phases de la maladie et du traitement.

Au cours du traitement par l'insuline, elle diminue d'abord, lentement sans descendre à la normale, puis elle s'élève et pendant plus de deux ans, elle se maintient au taux qu'elle avait avant l'insuline. Enfin, commence une période de diminution et actuellement, trois ans et demi après le début du traitement, elle s'atténue.

Il importe de tenir compte de la glycémie plus qu'on ne fait d'ordinaire. Les faits que j'ai observés chez l'enfant, m'ont conduit à dire, dans des leçons antérieures. « Il n'y a pas de relation constante entre le taux de la glycosurie et celui de la glycémie. Il peut y avoir des glycémies fortes avec des glycosuries faibles. Il ne faut pas se baser sur le taux de la glycosurie pour juger les effets de l'insuline. »

Notre observation est démonstrative. Alors que la glycosurie était moyenne, nous avions la glycémie qui était élevée.

Au cours des traitements prolongés par l'insuline, les auteurs constatent généralement que le taux de la glycémie reste élevé. M. GEYERLEN, en 1923, sur 9 cas, trouve des glycémies oscillant autour de 3 gr., alors que la glycosurie reste faible. M. CHARLEUX écrit : « Dans l'ensemble, elle reste (la glycémie) peu modifiée, bien que les glycosuries soient très abaissées et l'état général excellent ». M. VIEILLARD-BARON, par contre, constate : « Les dosages étant faits à jeun, chez des malades rendus aglycosuriques par le traitement, nous ont toujours donné des chiffres normaux ou légèrement supérieurs à la normale.

Les CORPS ACÉTONIQUES sont très influencés par l'insuline. Dès le début du traitement par l'insuline on voit disparaître une acétonurie qui était persistante. Pour notre malade, elle a disparu après la première injection ; pendant tout le cours du traitement les corps acétoniques ont été, d'une façon générale peu abondants dans l'urine, et même souvent ils ont disparus. N'empêche qu'à certains moments sont survenues des crises d'acidose dont je vous parlerai dans un instant.

Le POIDS est très influencé par l'insuline. Vous voyez sur ce schéma le poids moyen du garçon depuis 14 ans jusqu'à 19 ans, et la courbe de notre malade. Avant l'insuline avec le régime de restriction des hydrates de carbone, l'enfant augmente rapidement de poids; son poids passe, en cinq mois, de 33 kgr. à 40 kgr., il augmente de 21 %. Avec le traitement par l'insuline, le poids augmente d'abord très rapidement de 9 kgr. 400, dans les neuf premiers mois ; puis, après une série d'incidents qui le font diminuer, il augmente de nouveau : à l'âge de 16 ans et 3 mois, alors que le traitement était poursuivi depuis treize mois ; poids atteint 50 kgr. c'est le poids moyen de cet âge. Au total, depuis le début du traitement l'enfant a augmenté de 10 kgr., soit de 25 % du poids initial.

A ce moment surviennent une série d'incidents, et le poids baisse jusqu'à 46 kgr. Puis il augmente lentement et enfin en juin 1926, à l'âge de 18 ans et trois mois, après trois ans d'insuline il atteint 57 kgr. C'est la moyenne de cet âge.

Mais dès lors, le poids se met à diminuer sans cause appréciable, et actuellement il est de 51 k. 500 au lieu de 62 kgr., poids moyen d'un garçon de 18 ans et demi.

Somme toute, ce garçon a présenté des augmentations importantes de poids de 23 %, de 25 %, de 21 % du poids du début de la période consignée. Mais ce qui est très particulier, c'est l'instabilité du poids. A certains moments le malade a souffert de crises d'acidose ; alors il perdait tantôt 7 kgr. 700 tantôt 6 kgr. 500 en trois jours. Pour une cause banale, un trouble digestif, par exemple, ce sont des pertes de 2 kgr., de 3 kgr.

Le poids a été très influencé par l'insuline. Depuis le début du traitement, en trois ans et demi, il a augmenté de 11 kgr. 500. A certains moments il a atteint le poids moyen de l'âge, mais il ne s'est pas maintenu.

Mais, en général, il a été inférieur au poids normal ; actuellement ce garçon est maigre.

L'augmentation du poids sous l'influence de line est la règle. Tous les médecins l'ont observée. Elle se présente d'ailleurs de façon assez variable et il convient de distinguer, à cet égard, les types de diabètes. Dans les diabètes que j'ai appelés les *grands diabètes avec hypotrophie*, les courbes de poids sont assez régulières ; il n'y a pas de baisses ni de reprises rapides. Au contraire, dans la seconde variété qui est le *grand diabète cachectique avec dénutrition*, on voit, comme chez notre malade, de grandes oscillations de poids.

A quoi peut-on attribuer l'influence de l'insuline sur le poids ? D'abord, sans aucun doute, à une meilleure utilisation des hydrates de carbone, ce qui permet d'en donner des rations plus fortes. Mais ce n'est pas le seul facteur ; l'insuline paraît bien agir en tant que régulatrice du métabolisme de l'eau, comme l'ont vu le Pr Paul Blum, de Strasbourg, MM. Widal, Abrami et André Weil et Laudat, comme je l'ai fait moi-même à propos de notre malade et d'autres enfants que j'ai soignés. Cette action sur le métabolisme de l'eau explique pourquoi, sous des influences diverses, on voit des pertes de 5 kgr., 6 kgr., 7 kgr. en deux ou trois jours et des reprises presque aussi rapides.

Envisageons maintenant la taille.

Notre malade est entré avec une taille moyenne, même un peu au-dessus de celle des garçons de son âge. Depuis cette époque sa taille a augmentée régulièrement et la courbe de ses tailles se superpose exactement à la courbe moyenne. A 18 ans et demi, il mesure 165 cm. ; d'après les tables de M. Mac Auliffe, la hauteur moyenne des garçons de même âge est 164 cm. 5. Somme toute, ce garçon s'est comporté, quant à sa croissance staturale, comme les sujets normaux.

Il n'en est pas toujours ainsi chez les diabétiques.

A la *Société de Pédiatrie*, le 20 avril dernier, MM. Chabanier, Lebert et Lumière ont cité un fait intéressant : une de leurs malades qui avait augmenté régulièrement jusqu'à l'âge de 9 ans, présente à cet âge des symptômes de diabète ; sa croissance staturale se ralentit ; en dix-huit mois elle n'est que de 2 cm. 5 ; à 11 ans, on commence l'insuline, la croissance reprend, en neuf mois de traitement la taille augmente de 7 cm. Les auteurs remarquent que cette action heureuse de l'insuline sur la croissance n'est pas la règle. Ils ajoutent : « En ce qui concerne l'action sur la croissance le résultat a été des plus variables suivant les cas. Chez certains sujets, la croissance qui s'était ralentie lors de l'apparition du diabète (diabète avec hypotrophie de Nobécourt) n'était pas modifiée par le traitement insulinique. Chez d'autres, au contraire, elle reprenait sous son influence un cours normal, après avoir regagné dans un brusque essor le terrain perdu. L'observation que nous rapportons offre un bel exemple de cette dernière éventualité. »

M. Lereboullet partage cette opinion.

D'une façon générale, quand on veut juger de l'action de l'insuline sur la croissance staturale, il faut tenir compte de la forme de diabète. Le malade que je vous ai présenté avait une croissance régulière ; elle n'a pas été influencée par le diabète avec cachexie, avec dénutrition rapide dont il a été atteint. Bien différents sont les enfants atteints de diabète avec hypotrophie ; celui-ci est un grand diabète sans dénutrition véritable ; ce qui le caractérise, c'est un retard de la croissance staturale et pondérale très marqué. Les enfants qui en sont atteints ont une taille et un poids au-dessous des moyennes, le retard de croissance s'accentue avec l'âge, quoi qu'on fasse. J'ai réuni sur cette courbe les tailles moyennes des filles, — car je n'ai observé que des filles, — depuis 11 ans jusqu'à 16 ans et les courbes staturales de quatre filles atteintes de diabète avec hypotrophie. Leurs tailles sont toutes inférieures aux moyennes.

Une fille, dont le diabète a débuté à 9 ans, mesure à 11 ans 125 cm. au lieu de 132 cm. Elle a une taille de 9 ans ; à 12 ans elle mesure 126 cm., au lieu de 138 cm. On commence alors le traitement par l'insuline ; à 13 ans et cinq mois, après treize mois d'insuline elle mesure 129 cm., tandis que la moyenne est de 149 cm. ; elle paraît 10 ans et demi. L'influence de l'insuline sur le poids a été nulle.

Une autre fille est atteinte de diabète vers 9 ans

et demi. A 12 ans et demi, elle mesure 135 cm. au lieu de 141 cm. et a une taille de 11 ans et demi, on la traite par l'insuline pendant huit mois. A 13 ans et demi, elle mesure 137 cm. au lieu de 149 cm. et a une taille de 12 ans.

Ces courbes d'enfants traités par l'insuline sont en somme comparables à celles d'autres enfants que j'ai soignées avant qu'on ne connût l'insuline. Une fille de 12 ans dont le diabète remonte à quelques mois mesurait 116 cm., au lieu de 138 cm. et a une taille de 8 ans ; sa taille n'a augmenté que de 2 cm. en six mois. Une autre fille dont le diabète a débuté à 13 ans mesure 140 cm. au lieu d 153 cm. à l'âge de 14 ans et demi, 141 cm. au lieu de 154 cm. à 15 ans et demi.

Donc, dans le diabète avec hypotrophie caractérisé par un retard très grand ou un arrêt de la croissance staturale, l'insuline n'influence pas la croissance staturale.

Les mêmes considérations s'appliquent à l'ÉVOLUTION PUBERTAIRE.

Notre malade, quand il est devenu diabétique, présentait une évolution pubertaire normale pour son âge. Avant qu'on ne commençât l'insuline, l'évolution pubertaire a continué ; elle s'est poursuivie avec l'insuline.

Mais il n'en est pas de même dans les grands diabètes avec hypotrophie. Les filles dont je viens de vous montrer les courbes staturales, n'ont présenté aucun signe pubertaire, même sous l'influence de l'insuline. L'absence d'évolution pubertaire est un des caractères de ce diabète.

La distinction que je fais explique peut-être les résultats différents constatés par les auteurs qui ont employé l'insuline. MM. JOSLIN, ROOT et WHITE ont observé l'apparition des règles chez des fillettes qui n'étaient pas réglées ; M. ALLEN les a vues réapparaître.

Pour M. VIEILLARD-BARON, « le développement sexuel de l'enfant diabétique se trouve assuré par l'insuline ».

Il est probable qu'on n'a pas assez spécifié la forme clinique en présence de laquelle on se trouvait. Il y a une forme où le développement pubertaire peut s'effectuer, que le diabète est amélioré, puisque rien ne l'empêche. Il y a une forme où le traitement par l'insuline n'a aucune action, parce que le diabète est probablement lui-même la conséquence d'un trouble général qui a entraîné, d'autre part, l'hypotrophie et le retard sexuel ; dans ces cas le défaut d'évolution pubertaire n'est pas la conséquence du diabète.

Je n'insiste pas sur la diminution des divers SYMPTOMES DIABÉTIQUES sous l'influence de l'insuline, la polydepsie, la polyphagie, la polyurie. Je ne m'arrête pas non plus sur l'amélioration de l'état général, l'enfant devient plus gai, plus vif, plus actif.

***

Notre jeune homme a présenté, au cours du traitement que nous lui avons fait suivre, divers INCIDENTS.

Au mois de décembre 1923, survient une première crise d'*acétonémie*. A ce moment, le malade est traité par l'insuline depuis huit mois. Sa ration comporte 85 gr. d'hydrate de carbone par jour, soit 1 gr. 7 par kgr. Son poids est de 49 kgr., sa glycosurie de 5 à 10 gr. par jour. Depuis quelques jours, il se sent un peu fatigué, quand le 23 décembre, la crise se manifeste. A 16 heures, comme d'habitude, il reçoit une injection de 5 cc. d'insuline (CHABANIER). Immédiatement il est pris d'une céphalée vive et ressent un goût d'éther dans la bouche. Il mange une pomme de terre. Il se couche et dîne, sans appétit. La céphalée se calme. Vers une heure du matin il est pris de vomissements alimentaires abondants. Le matin du 24 décembre, nous le trouvons dans la torpeur, les yeux cernés le faciès grippé ; la soif est vive, le pouls rapide, à 120. Dans la journée, se produisent cinq ou six vomissements. On le traite, et le 25 décembre, l'état est amélioré. Comme traitement, on a pratiqué matin et soir une injection d'insuline, et à chaque injection on a donné 50 gr. de sucre, ce qui a élevé la ration d'hydrate de carbone à 140 gr. par jour ; on a donné, en outre, du bicarbonate de soude, 5 gr. par la bouche et 3 gr. en lavement.

Pendant la crise s'est produite une chute brusque et considérable du poids : de 48 kgr. 700 il tombe, en trois jours, à 41 kgr., il diminue de 7 kgr. 700. Mais aussitôt l'amélioration survenue, le poids se met à augmenter, en seize jours il augmente de 6 kgr. La courbe des urines est intéressante à comparer à celle des poids. Rares au début de la crise, elles augmentent et l'amélioration coïncide avec une polyurie de 5 litres ; la courbe des urines se croise avec celle des poids. Puis le poids augmente, tandis que le taux des urines diminue et revient à ce qu'il était antérieurement, la glycosurie qui est un début de la crise, le 24 décembre de 9 gr. par jour, s'élève très rapidement, le 25 décembre, à 174 gr. ; le 26, à 212 gr. ; le 27, à 185 gr. ; ces quantités sont supérieures aux quantités de sucre ingéré., qui sont de 140 gr.

Enfin, les corps acétoniques deviennent très abondants pendant la crise, puis diminuent après.

En pleine crise, le 24 décembre, la glycémie atteint 5 gr. 18.

Donc, ce malade en plein traitement par l'insuline a présenté des accidents graves d'acidose, accompagnés de modifications importantes dans la glycosurie, la glycémie et dans le métabolisme de l'eau, que traduisent les courbes de poids. A la suite, la glycémie est restée élevée : 3 gr. 20 et 3 gr. 60 ; les 29 décembre et 3 janvier, cette crise d'acétonémie est survenue sans cause appréciable. Au mois de juillet 1924, quinze mois après le début de l'insuline, survint une dernière crise. Pour celle-ci, il y a une cause occasionnelle. A la suite des injections répétées d'insuline dans les fesses, s'étaient produites des indurations, puis de gros abcès, qu'il fallut inciser. A ce moment le malade pèse 47 kgr. 500. Sa ration était de 80 gr. d'hydrate de carbone par jour, sa glycosurie de 10 à 12 gr. Le 9 juillet, à cause de l'état des téguments on l'injecte pas d'insuline. L'enfant éprouve du malaise, surtout au niveau de l'épigastre, une sensation de vide et a des vomissements. Le 10 juillet, à 7 heures, on le trouve plongé dans une torpeur extrême, très pâle, avec le facies péritonéal, une respiration de Küssmaul, une odeur acétonique très marquée ; les urines contiennent une grosse quantité d'acétone et d'acide diacétique. On injecte immédiatement de l'insuline ; on fait, dans les vingt-quatre heures, huit injections d'insuline Chabanier, 100 cc. au total. On donne du lait et du sucre en grande quantité, dans les 24 heures, 625 gr. de sucre. L'amélioration se produit rapidement. Pendant quelques jours, on laisse une ration comportant 100 gr. d'hydrate de carbone. Nous observons les mêmes phénomènes que lors de la crise précédente : chute de poids, atteignant 6 kgr. 100 en trois jours ; augmentation de la diurèse à 3 l. 600, augmentation progressive de la glycosurie jusqu'à 150 gr. Puis, pendant la phase d'amélioration, le poids augmente de 7 kgr. 600 en seize jours en même temps que le taux de la diurèse diminue et que la glycosurie remonte à 10 gr. La glycémie est très élevée; on dose le 10 juillet, jour où commencent les incidents, 4 gr. 20 de glucose dans le sang ; le 12, 6 gr. ; le 17, 3 gr. 20.

En décembre 1924, après vingt mois d'insuline, à l'occasion d'une grippe fébrile, nous voyons des manifestations semblables, que je viens de décrire.

Je ne m'arrête pas sur d'autres petits incidents qui ont pu se produire. Le 24 août 1924, sous l'influence d'une diarrhée, le poids diminue de 3 kgr. 850 rapidement.

En somme, il est intéressant de noter qu'en plein traitement par l'insuline se sont produites, soit sans cause appréciable, soit sous des influences minimes, soit à l'occasion d'une interruption passagère des injections, des crises d'acidose d'une grande intensité, qui déterminent si souvent la mort. Ce n'est pas à l'insuline qu'il faut attribuer ces accidents, puisque le traitement a consisté justement à multiplier et à augmenter les doses de ce médicament. Ce n'est pas non plus le sucre qu'il faut incriminer, puisqu'on en a donné avec succès de fortes doses,et qu'avant l'insuline, le traitement de ces accidents consistait à donner du sucre et du bicarbonate de soude en grande quantité.

On observe encore au cours des traitements porlongés par l'insuline des incidents d'un autre ordre.

Ce sont des phénomènes d'INTOLÉRANCE, tels qu'urticaire localisée ou généralisée, et des phénomènes d'ANAPHYLAXIE. Peut-être sont-ils à mettre sur le compte de l'emploi d'insulines plus ou moins pures.

Ce sont enfin des accidents attribuables à l'HYPOGLYCÉMIE.

Quand on injecte de l'insuline à l'animal non diabétique ou au diabétique, l'injection est suivie à brève échéance d'un abaissement du taux de la glycémie ; quand celle-ci tombe au-dessous d'un certain taux, toute une série d'accidents peuvent se produire.

Les accidents de ce genre ont été observés au cours de traitements prolongés par MM. BOYD, CAMPBELL et FLECHTER, CHARLOUX ; par le Pr Marcel LABBÉ ; par MM. MOURIQUAUD et BERBYE et d'autres. Ils peuvent être légers ou intenses.

Les accidents sont souvent *légers*. Le malade éprouve une sensation de faim douloureuse, des douleurs dans l'épigastre, quelques vertiges et bourdonnements d'oreilles, une sensation de constriction de la gorge, des picotements de la langue. Les petits enfants, qui expliquent mal leur sensation, paraissent éprouver des phénomènes douloureux ; brusquement ils poussent des cris et sont pris d'agitation, peu de temps après l'injection. On peut observer encore de la diplopie, du strabisme, quelquefois des convulsions, et une série d'autres manifestations.

Les accidents peuvent être *graves* ; alors c'est le coma, ce sont des convulsions, c'est de la cyanose et quelquefois, la mort.

Il importe donc de bien connaître ces accidents et de ne pas les confondre avec les accidents d'acidose. En ce qui concerne les enfants, ils sont assez rares, parce que, chez eux, M. CHARLEUX le fait remarquer fort justement, la glycémie reste nécessaire jusque-là pour obtenir un résultat, peut devenir trop forte, et déclencher les accidents d'hypoglycémie.

Nous devons donc exercer sur notre jeune malade, une surveillance attentive pour éviter des accidents de ce genre, car, depuis quelque temps, sa glycémie est moins élevée. Nous avons recherché l'influence de l'injection d'insuline sur la glycémie, et voici ce que nous avons constaté avec M. BIDOT : le 4 novembre, la glycémie est de 3 gr. 06 le matin à jeun ; le 10, on injecte 40 unités d'endopancrine, soit 2 cc. et on fait prendre en même temps 60 gr. de sucre ; une heure et demie après l'injection la glycémie est de 4 gr. 30. Par conséquent, l'injection d'insuline ne provoque pas d'hypoglycémie redoutable.

***

En résumé, notre jeune homme a actuellement 18 ans et demi. Son état général est satisfaisant ; il est entrain, intelligent, actif ; il travaille au laboratoire et se met très bien au courant des techniques du laboratoire ; nous essayons de lui donner un métier.

Il a la taille moyenne du garçon de son âge, mais il est maigre, ne pèse que 51 kgr. 500 au lieu de 60 kgr. Le rapport du poids à la taille est de 312 au lieu de 363.

Il ne présente aucun symptôme de diabète : pas de polydipsie, pas de polyphagie, pas de polyurie.

Les urines sont d'abondance moyenne ; du 27 au 30 octobre, le volume a oscillé de 1.100 à 1.300 cc. Pendant la même période la glycosurie a varié de 26 gr. 43 à 32 gr. 75 par jour, avec une moyenne de 31 gr. 80.

L'urée a varié de 16 gr. 45 à 22 gr. 17 avec une moyenne de 19 gr. 48.

Les urines ne contiennent pas de corps acétoniques, ou seulement quelques traces.

La glycémie est encore élevée : 3 gr. 06 à jeun.

L'urée du sang est normale. On dose : à jeun 0 gr. 10 par litre, et après un repas, 0 gr. 28, comme je l'ai vu chez lui-même et chez d'autres enfants. Il n'y a aucun rapport, d'ailleurs, entre la glycémie et l'azotémie.

Il importe de préciser les RATIONS ALIMENTAIRES. Elles comportent pour le moment :

Lait	200 gr.
Légumes verts	600 —
Pommes de terre	400 —
Beurre	50 —
Fromage	100 —
Viande	100 —
Œufs	n° 2

Cette ration contient, en chiffres ronds, d'après les calculs de M. BIDOT :

Hydrates de carbone	126 gr.
Graisse	93 —
Protéine	62 —

et a une valeur énergétique de 2.342 calories 7.

Le malade prend donc, par vingt-quatre heures et par kgr.-jour pour son poids actuel de 51 kgr. 500 :

Hydrates de carbone	2 gr. 6
Graisse	1 gr. 8
Protéines	1 gr. 2
Calories	45

Les rations normales pour un sujet de cet âge sont théoriquement par kgr.-jour :

Hydrates de carbone	8 gr.
Graisse	1 gr. 5
Protéines	2 gr.
Calories	53

Donc, notre malade reçoit une quantité insuffisante d'hydrate de carbone, une quantité plutôt forte de graisse, une quantité insuffisante de protéine. La valeur calorique de sa ration est inférieure à ce qu'elle devrait être. Par vingt-quatre heures, nous devrions lui donner, pour son poids :

Hydrates de carbone	412 gr.
Graisse	77 —
Matières protéiques	103 —
Calories	2.729

Les auteurs apprécient diversement les rations qu'il convient de donner aux enfants traités par l'insuline. C'est ainsique par kgr.-jour, en Amérique, M. Horace GRAY donne 2 gr. 6 d'hydrate de carbone par kgr.-jour ; en France, MM. LEREBOULLET et VIEILLARD-BARON accordent 2 gr. ; MM. MOURIQUAUD et CHARLEUX, 5 gr. Ces derniers donnent, d'autre part 3 ou 4 gr. de graisse et 2 gr. de protéine.

Il est nécessaire d'étudier le rapport entre la ration d'hydrate de carbone et la ration de graisse. En effet, les graisses sont réputées cétogènes, tandis que les hydrates de carbone sont anticétogènes. Pour 1 gr. d'hydrate de carbone, en Amérique, M. JOSLIN donne 1 gr. de graisse ; M. CAMPBELL, 1 gr. 3 ; M. BOYD, 1 gr. 5. Vous voyez que nous pourrions augmenter la ration de graisse de notre malade sans inconvénient. Mais, en pratique, il faut se laisser guider par l'observation. Il n'y a rien d'individuel comme un diabétique.

Dans les traitements prolongés, il faut tenir compte non seulement des rations alimentaires, mais aussi des doses d'insuline. Il n'est pas possible d'indiquer des doses précises, parce que,

d'une part, les insulines sont très variables et que, d'autre part, chaque malade a besoin d'une ration appropriée. Il faut procéder par tâtonnements. Notre malade, actuellement, reçoit 80 unités cliniques d'endopancrine, réparties en deux injections, 40 unités avant le déjeuner et 40 unités avant le dîner. L'importance est de faire ingérer chaque fois immédiatement une quantité suffisante d'hydrate de carbone pour éviter les accidents d'hypoglycémie.

Tantôt les doses doivent être continuées de façon uniforme ; tantôt on peut les diminuer au bout d'un certain temps ; tantôt, au contraire, on doit les augmenter.

Il y a des cas où le traitement peut être *discontinu*. Il produit une diminution importante ou la disparition de la glycosurie. On l'interrompt après un essai de diminution des doses, en diminuant la ration d'hydrate de carbone on surveille le malade et on reprend l'insuline quand l'indication s'impose. C'est souvent ainsi qu'on peut se comporter pour les diabètes avec hydrotrophie.

Il y a des cas où le traitement doit être *continu* ; la glycosurie persiste, l'équilibre est instable ; il en est ainsi généralement pour les grands diabètes avec dénutrition. Pour notre malade nous avons suivi cette règle.

Pour expliquer les faits dans lesquels on peut, au bout d'un certain temps, diminuer les doses d'insuline, le diabète s'améliorant, certains auteurs pensent que sous l'influence de l'insuline il se produit une régénération des îlots de Langerhans. C'est, en effet, à la raréfaction de ces îlots qu'on attribue le diabète des enfants. Mais c'est une hypothèse que personne n'a vérifiée.

Notre diabétique vit encore après quatre ans de maladie. Tout permet de penser qu'il serait mort sans le traitement par l'insuline.

Les 100 cas relevés autrefois par Kutz se sont terminés par la mort : 34 fois en moins de trois mois ; 30 fois de trois mois à un an ; 36 fois de un à quatre mois.

D'après la statistique récente (1925) de Joslin, Root et White, sur 164 malades non traités par l'insuline, 152 sont morts dans un temps moyen de deux ans et quatre mois, tandis que, sur 152 enfants traités par l'insuline en trois ans de 1922 à 1925, 120 sont encore vivants.

Tous les diabètes ne sont pas justiciables de l'insuline ; il y a de *petits diabètes*, pour lesquels elle n'est pas utile. Je n'envisage que les *grands diabètes*. Parmi eux, il importe de faire une distinction.

Il y a les *grands diabètes avec dénutrition* du type de notre malade : ceux-là doivent être traités par l'insuline et d'une façon permanente. Pour eux les bons effets de l'insuline sur la prolongation de la vie sont indiscutables.

Il y a les *grands diabètes avec hypotrophie*. Pour eux, l'insuline est utile, mais il faut encore faire des réserves sur son influence sur la prolongation de l'existence. Déjà, avant l'insuline, certains de ces diabétiques vivaient longtemps. Par exemple, une des filles dont je parlais tout à l'heure, diabétique depuis l'âge de 12 ans est morte à 16 ans ; mais elle ne voulait suivre aucun régime et il était impossible de la soigner. Une autre, diabétique depuis l'âge de 12 ans, arrivée à 17 ans, tolérait bien son diabète.

Retenez, à propos de notre malade, qu'il était atteint d'un grand diabète, avec dénutrition, d'un grand diabète consomptif, que le régime de restriction des hydrates de carbone l'avait amélioré ; mais qu'il était incapable d'utiliser les petites doses d'hydrate de carbone qu'il prenait ; ; on les retrouvait dans les urines. Il serait mort ; très vraisemblablement sans l'insuline. Or, après trois ans et demi de traitement, après plus de quatre ans de diabète, il est dans un état de santé relativement satisfaisant. Malheureusement, il n'est pas guéri et chaque jour il a besoin d'insuline. Or, le traitement est dispendieux et très assujettissant. Son avenir reste sombre ; il ne pourra guère vivre en dehors de l'hôpital.

FORMULES

Traitement du prurigo strophulus.

Supprimer le pain, le poisson, les œufs, les cervelles, le chocolat. Diminuer le lait.

Pendant la poussée, ne pas baigner l'enfant. Lotion d'eau vinaigrée chaude. Sécher et saupoudrer d'amidon. Contre le prurit, onctions avec :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 05
Menthol Vaseline neutre	0 gr. 20

Deux paquets par jour de :

Salol	0 gr. 15
Craie préparée	0 gr. 20

Pour 1 paquet n° 10. (Marfan).

ou une heure avant les repas, une cuillerée à café de :

Peptone de viande liquide à 25 %	25 grammes
Glycérine	10 —
Sirop d'écorces d'orange douce q. s. p.	125 —

(Péhu).

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

L'hypertension portale.

Il s'agit de malades hépatiques ayant du subictère, des troubles gastro-intestinaux intermittents, de la fatigue générale.

Le membre inférieur droit est lourd ; il y a des hémorroïdes, des hémorragies gastro-intestinales. Parfois la rate est grosse.

La circulation collatérale et l'ascite ne se produisent qu'en cas de gêne circulatoire considérable.

Comme traitement, M. MATHIEU DE FOSSEY (*Foie, Pancréas, Rate*, G. Doin, édit.) conseille en cas d'hémorragies, l'immobilisation absolue, la tête basse, la *glace sur le ventre*, la *diète hydrique* par petites cuillerées additionnée de *chlorure de calcium*. Il est utile d'obtenir une dérivation intestinale et d'agir sur la diurèse.

Régime végétarien hypochloruré (5 gr. de sel par 24 heures), un verre d'eau par repas avec une cuillerée à café de *lactose*.

Bains de siège chauds de 1/2 heure de temps. *Gymnastique respiratoire.*

Tous les deux jours, à jeun, prendre 2 cuillerées à café de *sel de Seignette* dans un verre d'eau.

Le jour intermédiaire, un paquet de :

Calomel. . . . . 0 gr. 03 à 0 gr. 05

M. MATHIEU DE FOSSEY conseille la *théobromine*. Elle n'agit guère, sauf en cas d'hypertension artérielle concomitante. La *scille* semble être douée d'une action moins précaire :

Dans l'intervalle la potion alcaline :

Poudre de scille. . . . . 2 grammes
Sirop cinq racines. . . . . 300 —

Une cuillerée à soupe avant le repas de midi et du soir, dix jours sur vingt.

Entre tous ces remèdes, le régime alimentaire lacto-végétarien uriaux laxatifs est le plus efficace.

S. R.

***

Paquets toniques :

Lactate de chaux purifiée. . . . . } âà 0 gr. 20
Glycérophosphate de chaux . . . . . }

Pour un paquet. Un avant les repas.

PRATIQUE MÉDICALE

Le traitement des brûlures par le taffetas-chiffon.

Le traitement des brûlures étendues par le taffetas-chiffon n'est pas de mon invention, et je n'ai pas l'intention dans les lignes qui vont suivre de découvrir l'Amérique. Je veux simplement signaler aux praticiens qui ne l'ont pas encore essayé un procédé de traitement qui me paraît égal ou supérieur à tous les autres, et qui, je crois, est loin d'être universellement connu et mis en pratiqu .

La nécessité d'appliquer sur les brûlures et surtout sur les brûlures étendues un pansement peu adhérent, facile à enlever, était depuis longtemps apparu aux praticiens, nécessité créée par deux considérations : éviter d'abord au patient les horribles souffrances provoquées par le décollement lent des cotons et gazes intimement collées aux téguments, et, en second lieu, éviter d'arracher, avec le pansement, les cellules épithéliales néoformées, et, telle Pénélope, de défaire le lendemain le travail de la veille.

De ces idées sont nés les divers pansements gras, huileux : ambrine, tulle gras, pyroléol, etc., etc. qui ont constitué et constituent encore un immense progrès.

Le pansement des grandes brûlures par le taffetas-chiffon, par le vulgaire taffetas gommé, leur est au moins égal, et c'est la rapidité de cicatrisation d'une grande brûlée que j'ai eu l'occasion de soigner tout récemment, qui m'a incité à écrire cette note.

Le procédé e t des plus simples. Après avoir convenablement détergé et lavé la région brûlée, vous la recouvrez purement et simplement d'une feuille de taffetas-chiffon préalablement bouillie, et trempée ou non, dans de l'huile goménolée. Une feuille de coton hydrophile par-de us, et une bande roulée : c'est tout.

Lorsque le lendemain, on enlève le pansement, on a une première satisfaction, c'est de mettre au jour la région brûlée, sans provoquer chez le blessé aucune douleur, aucun gémissement, aucun cri.

Pour qui n'est pas habitué à cette thérapeutique, l'aspect de la plaie, au moment où on vient d'enlever le pansement, n'est rien moins que séduisant. Elle baigne, en effet, dans une suppuration abon-

dante, grisâtre, subodorante. Mais, lorsqu'avec un jet d'eau tiède on a détergé et entraîné la sanie, on aperçoit une plaie bourgeonnante et de bon aspect ; la peau environnante est rose jusqu'aux limites de la partie cruentée, et, aux pansements suivants, on constate, chaque jour, les progrès rapides de l'épidermisation et la réduction surprenante des surfaces dépourvues d'épithélium.

Je viens de panser, suivant cette méthode, une vieille femme dont les deux cuisses et la région sous-ombilicale ne formaient qu'une vaste plaie, avec des eschares plus ou moins épaisses et fortement adhérentes. Le résultat a été véritablement surprenant et je reste convaincu qu'aucun des autres procédés couramment employés n'aurait donné des résultats aussi parfaits et aussi rapides, me permettrai-je d'ajouter, ce qui n'est pas, ans importance, par ces temps de vie chère, où le client nous est reconnaissant d'épargner sa bourse, qu'il n'en est pas de moins dispendieux.

Que ceux de mes confrères qui connaissaient déjà la méthode veuillent bien m'excuser : ce n'est pas pour eux que j'ai rédigé les lignes qui précèdent. Elles sont destinées à ceux qui l'ignorent, ou qui la connaissent théoriquement et ne l'ont pas mise en pratique. Ils peuvent l'employer : elle leur donnera des satisfactions.

Dr Darquiez,
(*de Neuilly-sur Seine*).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les Extrasystoles dans les cardiopathies graves.

Chez les sujets jeunes, les extrasystoles sont le plus souvent d'origine nerveuse et le myocarde est sain. A un certain âge, il faut se méfier davantage. L'élément organique s'en mêle. M. Gallavardin vient de publier sur ce sujet une étude à la fois scientifique et fertile en applications thérapeutiques (*Journal de méd. de Lyon*, 20 septembre 1926).

Dans les myocardes épuisés, l'extrasystolie est d'importance surtout quand elle s'accompagne de rythme couplé et de salves tachycardiques. Cela peut encore s'améliorer, mais quelle prudence dans la médication! La digitaline donne sans doute lieu à un rythme couplé, mais à quelles doses ! Pendant ces dernières années, a sévi l'erreur des hautes doses digitaliques. Qui a payé l'imprudence ? Les malades naturellement. « C'est dans de telles occurrences, ajoute M. Gallavardin, que le médecin évitera absolument les doses massives et qu'il procédera à l'aide de petites doses quotidiennes. » Nous ne saurions trop approuver des paroles aussi sages. La dose de digitale est commandée par l'altération du myocarde. Chez des sujets jeunes, les doses de XV à XXV gouttes de digitaline crist. à 1/1000, ne sont pas forcément nocives. Le myocarde est secoué brutalement, mais il a de la résistance. Il se relèvera du choc médicamenteux. A un certain âge, il en va autrement ; dans les affections cardio-rénales, chez les aortiques, la prudence surtout est de règle. Quant aux purgatifs, ils sont bien dépossédés de leur ancienne gloire. Au contraire de M. Gallavardin, dans les cas graves, nous ne croyons pas, à leur utilité comme médication adjuvante. En déprimant sur l'heure, ils risquent d'affaiblir davantage un myocarde déjà épuisé. Et puis, si le malade a des œdèmes, le régime de réduction avec repos au lit et adjonction de théobromine produira tous ses effets. Le purgatif devient inutile.

C'est dans ces formes graves que la digitaline prescrite à la dose de V gouttes dix jours et suspension de quarante-huit heures rétablira souvent des cœurs qui semblaient définitivement compromis. A la rigueur V gouttes pourront être répétés les deux, trois, quatre premiers jours de la série. On donnera à ces jours V gouttes matin et soir. Dans les deux jours d'intervalle digitalique, une injection intra-musculaire d'ouabaïne à un quart de milligramme répétée deux fois en quarante-huit heures assurera un renouveau d'efficacité à la médication digitalique qui fera suite.

En insistant sur les dangers de la médication à haute dose dans les cardiopathies graves, M. Gallavardin a rendu service à la fois aux malades et aux médecins. Et nous sommes heureux de lui voir prôner une méthode thérapeutique que nous avons recommandée ici même il y a plus de vingt ans.

C. F.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Le traitement des broncho-pneumonies infantiles par les Lysats-Vaccins.

La vaccinothérapie dans la broncho-pneumonie infantile laissait bien des médecins sceptiques. M. Louis Duchon (1 vol. *Edit. de la Revue de Path. comparée*) ne l'est pas. D'après ui, la mortalité qui, à l'hôpital Bretonneau était de 80 p. 100, les années qui ont précédé ses recherches est tombée avec ses 200 premiers cas traités, à 36 p. 100.

Assurément, c'est un résultat. Mais il faut tenir compte encore de la différence de mortalité dans les différentes épidémies. La gravité de la broncho-pneumonie n'est pas toujours la même, tout en demeurant fort sérieuse. Néanmoins le chiffre des succès signalé par M. Duchon, semble dépasser de beaucoup les résultats des statistiques les moins lourdes.

L'apyrexie se produit du quatrième au neuvième jour ; les foyers se fixent ; les localisations nouvelles ne se montrent pas. Les râles deviennent gros, humides, le souffle s'il existait se dissipe. Les signes généraux cèdent. Les signes fonctionnels s'atténuent plus lentement. En particulier, les battements des ailes du nez sont les derniers à s'arrêter.

Les otites se produisent autant que dans les broncho-pneumonies non traitees. Toute perturbation de la courbe thermique risque de s'annoncer comme le signe avant-coureur de l'infection otique. L'intervention du spécialiste devient nécessaire. Neuf pleurésies purulentes ont été observées.

L'auteur use d'un vaccin polyvalent à germes de Pfeiffer, catarrhale, staphylocoque, pneumocoque, streptocoque et d'autres encore : le vaccin filtré ne contient plus de germes, c'est un lysat-vaccin et c'est ce dernier qui est injecté. Après la première injection, la fièvre s'élève parfois, mais non toujours. Et une chute thermique franche s'ébauche.

L'auteur insiste peu sur les doses injectées. Il commence en général par 1/2 centimètre cube, pour continuer à raison d'un centimètre cube. La médication est poursuivie plusieurs jours de suite. M. le Pr Marfan (*Clin. Malad.*, 1re *enfance*, 1926, p. 323), avoue n'avoir pas une expérience suffisante de cette médication.

En général, il se borne à injecter sous la peau dans les muscles, le sérum antipneumococcique.

CLINIQUE MÉDICALE

Les causes déclanchantes des manifestations cliniques des cirrhoses alcooliques du foie.

C'est une notion de clinique courante que dans les cirrhoses alcooliques la mise en marche des signes cliniques est souvent subordonnée à des influences déclanchantes surajoutées. Voilà une cirrhose latente, le foie est gros et dur, mais aucun signe clinique n'en traduit l'existence, brusquement cette cirrhose se découvre, des signes cliniques apparaissent, ictère, ascite, asthénie. C'est l'explosion clinique de la cirrhose. J'ai, à de nombreuses reprises, signalé le fait et avec Paul Brodin en étudiant ce que nous avons décrit sous le nom de syndrome ictéro-ascitique (*Presse Médicale*, 9 février 1924) nous signalions la possibilité de petites causes infectieuses, toxiques, anesthésies qui viennent mettre feu à l'évolution cirrhotique.

Benoist Chomereau-Lamotte (*Thèse Paris*, 1926) réunit dans le service du Pr Lemierre à Bichat toute une série d'observations où il étudie les causes déclanchantes des manifestations cliniques des cirrhoses alcooliques du foie. Il signale comme cause infectieuse, la pneumonie, la grippe, la poussée de bronchite, l'érysipèle et la furonculose. Mais ce facteur infectieux qu'on relève le plus souvent comme précurseur des grandes manifestations cirrhotiques est la tuberculose. J'ai montré de même avec Paul Brodin l'extrême sensibilité des cirrhotiques à la tuberculose et nous avons établi la notion incontestable de ce que nous avons nommé l'anergie hépatique. Les observations de Chomereau-Lamotte apportent une éclatante confrimation à notre manière de voir. Le choc opératoire sous anesthésie au chloroforme ou même sous rachianesthésie peut agir d'une façon analogue. Mais là où Chomereau-Lamotte aborde un sujet des plus intéressants, c'est en montrant la part émotive. Souvent de gros soucis, une émotion violente suffisent. Nous en observons un exemple intéressant actuellement dans notre service de Dubois : un cirrhotique hypertrophique alcoolique non spécifique guéri de son ascite par une série de cyanure se portait relativement bien, quand, sous l'effet de gros soucis, un procès au Tribunal de Commerce et sans cause alcoolique, ni toxique d'un autre ordre, ni infectieux, il fait brusquement un syndrome ictéro-ascitique formé par la succession d'un ictère intense puis d'une ascite rapide et abondante. Nous avons déjà vu cette influence morale s'exercer sur nos hépatiques. Mais le fait existe pour toute la pathologie hépatique, comme aussi bien pour toute la pathologie cardiaque et rénale. Le choc émotif agit de la même façon que le choc toxique ou infectieux. L'ictère émotif, les coliques hépatiques et cholécystites émotives existent. L'émotion est la cause déclanchante d'un syndrome latent jusqu'alors. Dans les cirrhoses, le fait est particulièrement patent. Pour la colique, M. Chiray fait intervenir l'appareil neuro-végétatif ; on peut l'incriminer dans les cirrhoses, mais là le phénomène est plus complexe et certainement il reste encore difficile de comprendre comme une violente émotion peut accentuer une dégénérescence parenchymateuse et entraver par la suite un trouble dans la circulation porte.

Noël Fiessinger.

QUESTIONS MÉDICO-CHIRURGICALE

Les orchites aiguës de l'enfance, de cause mécanique.

Pendant longtemps, les orchites aiguës de l'enfance ont été classées sous les trois chefs suivants :

Orchites consécutives aux fièvres éruptives, et surtout orchites ourliennes ;

Orchites compliquant une lésion urétrale (variété rare) ;

Orchites symptômatiques d'une tuberculose aiguë du testicule.

Or, il est acquis aujourd'hui, qu'il existe aussi des orchites aiguës de cause mécanique :

a) Orchites par torsion du testicule ;

b) Orchites par torsion de l'hydatide de Morgagni.

Ces formes, qui sont loin d'être rares, sont malheureusement trop souvent méconnues. A. MARTIN (1) appelle l'attention sur leur fréquence — (il en a observé trois cas en six mois) — et sur les signes qui permettent de préciser le diagnostic.

L'orchite aiguë mécanique est plus fréquente à droite qu'à gauche. Il s'agit d'une affection de la seconde enfance et de la puberté. On a invoqué la masturbation comme étant la grande cause déterminante.

La torsion du testicule peut se faire au-dessus de la vaginale : c'est une variété rare. Le plus souvent, le testicule fait sa rotation dans l'intérieur de la cavité séreuse.

La torsion du testicule débute de façon brusque, brutale. — La douleur est extrêmement violente, et, chez les sujets un peu âgés, les caractères de cette douleur sont parfaitement analysés, c'est-à-dire que la sensation de torsion est nettement perçue, et siège au niveau du testicule. Il existe aussi une sensation de tiraillement pénible remontant vers le canal inguinal, quelquefois même jusqu'à la fosse iliaque et à la région lombaire. L'un des petits malades de MARTIN eut un vomissement réflexe, apparaissant dès le début de la crise, si bien que la famille croyait à une crise d'appendicite quand elle fit appeler le médecin.

A l'examen, on constate une tuméfaction tenant d'une part à l'épanchement vaginal, qui est constant ; d'autre part à une tuméfaction de l'épididyme et du testicule ; la palpation ne permet guère, d'ailleurs, d'isoler la tuméfaction épididymaire de la tuméfaction testiculaire.

Le cordon est gros ; on le sent augmenté de volume dans tout le segment scrotal. La température oscille entre 38° et 39°. Le toucher rectal ne donne rien.

Le tableau clinique est des plus variables en ce qui concerne les symptômes généraux : tandis que certains enfants présentent un minimum de réaction, d'autres ont un facies pâle, anxieux, avec ballonnement du ventre.

Dans les jours qui suivent, la température tend à s'abaisser, mais le scrotum reste toujours gros, encore sensible, bien que moins douloureux ; on note parfois un « reflet ecchymotique » sur les bourses, en même temps que l'on voit l'enfant maintenir la cuisse en abduction et flexion pour éviter un contact pénible.

Au bout de quelques semaines, la glande reste grosse, par suite d'un processus de vaginalite chronique ; le cordon est toujours gros par comparaison avec le côté opposé. Si l'on abandonne les choses à elles-mêmes, le testicule s'atrophie, quelquefois aseptiquement, le plus souvent par suppuration et sphacèle, avec élimination des tubes séminifères.

La torsion de l'hydatide de Morgagni est d'ordinaire beaucoup moins dramatique (MOUCHET) ; rien de comparable, en ce qui concerne les signes locaux, avec le syndrome de la torsion testiculaire ; tout rentre dans l'ordre au bout de deux ou trois semaines, mais l'épanchement indolore peut persister, avec des alternatives de résorption et de réapparition.

Il faut donc, chez un enfant présentant des symptômes d'orchite aiguë, après avoir éliminé les orchites infectieuses (*oreillons, varicelle, scarlatine*), les orchites d'origine urétrale, songer à la tuberculose testiculaire aiguë, et aux orchites mécaniques.

La tuberculose testiculaire aiguë est très rare : rapidement, d'ailleurs, en cinq ou six jours, la masse adhère à la peau et la suppuration apparaît.

En cas d'orchite aiguë brusque dans son apparition, sans cause infectieuse d'ordre général, il faut penser à une lésion d'ordre mécanique entrainant des troubles circulatoires, et intervenir sans plus attendre.

La thérapeutique, trop souvent mise en œuvre, des pansements chauds ou des applications de

(1) *La Médecine*, octobre 1926.

pommade au collargol, est à déconseiller formellement.

La chirurgie seule peut guérir le malade : détorsion du testicule si elle est encore possible ; castration ; ablation de l'hydatide tordue ; telles sont les éventualités très possibles.

J. L.

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Le traitement thyroïdien de l'asthme.

A la suite du remaniement qu'avaient apporté, dans nos conceptions de l'asthme, les notions nouvelles de colloïdoclasie et de perturbations neurovégétatives, il semble qu'une réaction apparaisse, donnant à nouveau au terrain dans l'asthme la place prépondérante.

La plupart des recherches faites au cours des quinze dernières années ont, en effet, visé surtout à élucider le mécanisme pathogénique de l'accès d'asthme, ses conditions d'apparition et les moyens que nous avions d'agir sur lui. La plupart des recherches thérapeutiques nous ont donné des armes contre la ou les sensibilisations anaphylactiques que présentent les sujets atteints d'asthme, de coryza spasmodique, de rhume des foins et de migraine. Peu, au contraire, ont été dirigées contre les altérations humorales qui paraissent être à la base du tempérament asthmatique.

Dans le même temps évoluaient parallèlement les notions que nous avions sur la physiologie et la pathologie des glandes endocrines et peu à peu on était amené à concevoir que ces glandes occupent une place capitale dans tous les phénomènes de la vie, les échanges nutritifs ou respiratoires.

Cordier et Mounier Kuhn (*Lyon Médical*, 15 août 1926) abordent le traitement de l'asthme sous ce jour et cherchent à évaluer l'importance du facteur endocrinien qu'on peut voir intervenir à son origine pour aboutir aux conclusions pratiques suivantes. Ils distinguent trois cas.

a) Les signes cliniques, la recherche du métabolisme basal, sont en faveur d'une insuffisance thyroïdienne plus ou moins marquée, mais certaine, et, selon toute probabilité, le trouble thyroïdien demeure constamment de même sens.

Des doses élevées d'extrait thyroïdien peuvent alors être employées : 6, 8, 10 et même 15 centigrammes d'extrait par jour.

A condition de contrôler soigneusement leur effet, ces doses pourront être continuées pendant longtemps, peut-être constamment, sans qu'il en résulte d'inconvénient pour les malades (opothérapie substitutive).

b) On a trouvé chez le malade quelques-uns des signes de l'insuffisance thyroïdienne chronique : frilosité, constipation, signe du sourcil. Le métabolisme basal est légèrement diminué ou normal. En somme, du point de vue thyroïdien, il s'agit d'un état subnormal que peut améliorer l'opothérapie excitatrice.

Ici il faut déjà être plus prudent. Une poussée à hyperthyroïdie paroxystisque peut survenir, soit physiologique (règles), soit provoquée par la médication et son retentissement sur l'asthme peut être nuisible.

Il convient alors de tâter la susceptibilité du sujet : donner d'abord 1 centigramme pendant quelques jours, puis monter à 2 centigr. 5 si la dose précédente est bien supportée. Parfois on s'en tiendra là. Parfois aussi on pourra élever la dose journalière jusqu'à 4 et même 5 centigrammes sans inconvénient. En tous cas, là encore, il faut suivre son malade et suspendre la médication pendant cinq ou dix jours par mois, et, d'une façon constante, chez la femme, trois à quatre jours avant les époques et pendant toute leur durée.

Après quelques mois, un nouvel examen clinique, un nouveau M. B. dont le chiffre sera ramené à la normale, indiqueront l'arrêt momentané du traitement, quitte à le reprendre ultérieurement.

c) Le malade présente des signes d'hyperthyroïdie, son M. B. est légèrement augmenté. Il s'agit d'un instable thyroïdien à prédominance d'hyperthyroïdie. On peut faire une tentative infiniment prudente d'opothérapie régulatrice. Des doses infimes devront être prescrites : 2 milligrammes, 1 milligramme par jour. La dose d'un quart de milligramme a même pu, dans certains cas, se montrer active. Il va sans dire que toutes les précautions indiquées plus haut devront être appliquées, dans ce cas, avec encore plus de rigueur.

Parfois, on se trouvera bien d'associer à l'extrait thyroïdien, soit l'extrait ovarien, soit l'extrait surrénal.

Dans les cas d'asthme ovarien, l'extrait d'ovaire est indiqué. Son administration est beaucoup plus simple que celle de l'extrait thyroïdien. Il n'y a aucun danger à prescrire des doses relativement élevées et à surveiller moins étroitement ses malades.

Il peut être souvent impossible d'avoir recours à l'épreuve du métabolisme basal, elle n'est pas entrée

dans la pratique courante. Le praticien se contentera de l'observation des signes cliniques où il peut déceler la traduction de l'insuffisance thyroïdienne, mais il se montrera toujours des plus prudents au début et doit employer l'opothérapie thyroïdienne à doses très faibles et lentement progressives.

Sociétés Savantes

SOCIÉTE MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 décembre 1926.

Tuberculose iléo-cæcale. — M. R. Feissly (de Lausanne). — On observe, dans la période de début, de la constipation, du clapotement dans la fosse iliaque droite, des coliques périombilicales. Les diarrhées n'apparaissent que si l'infiltration tuberculeuse s'est étendue au côlon.

L'étude radiologique du transit baryté est le meilleur moyen de diagnostic.

Un cas de paralysie ascendante après injection de sérum antitétanique. — M. Lerond. — Un homme de 53 ans, après avoir reçu 10 cmc de sérum, fit une réaction sérique intense 8 jours après. Elle était en voie d'atténuation lorsque, au 12e jour, survint une paraplégie avec abolition des reflexes. Le surlendemain, les membres supérieurs étaient atteints. Il existait des troubles objectifs de la sensibilité sous forme de thermoanalgésie, aux membres inférieurs et à l'abdomen. Après 3 jours d'état stationnaire, se montra une légère raideur de la nuque, immédiatement suivie de paralysie faciale périphérique, plus accentuée à gauche, legère à droite. Les phénomènes observés du côté des membres régressèrent en 1 mois 1/2 tandis que persistait la paralysie faciale avec réaction de dégénérescence au niveau du facial gauche.

Deux cas de tétanos généralisé guéris par la sérothérapie intensive.— M. Grenet.— Deux cas de tétanos généralisé, survenus chez des garçons de 12 et 14 ans, 7 jours et 15 jours après la plaie initiale, guérirent avec un traitement sérothérapique intensif, à la fois intrarachidien, intraveineux, intramusculaire et sous-cutané.

L'un des malades reçut ainsi 1.980 cmc. de sérum non purifié et l'autre 1.740. Il ne se produisit aucun accident sérique.

A propos d'un cas de septicémie méningococcique. MM. V. de Lavergne et E. Garrot. — Un malade, 30 jours après la guérison d'une méningite à méningocoque B, commença une septicémie due au même germe. Elle évolua sous la forme de fièvre pseudo-paludéenne.

Comme thérapeutique : inefficacité complète de la sérothérapie sous-cutanée, intramusculaire et intraveineuse ; résultats favorables, mais incertains, de la sérothérapie intrarachidienne ; échec de la vaccinothérapie ; résultats favorables, inconstants, de l'abcès de fixation.

Ictère syphilitique primaire. — M. P. Nicaud. — Une malade de 32 ans présenta un ictère léger contemporain de deux chancres de la marge de l'anus contenant de nombreux tréponèmes dans leur exsudat, avec Wassermann négatif. Une semaine après l'apparition de l'ictère, une syphilide maculo-papuleuse très floride est venue annoncer le début des accidents secondaires. Ultérieuremant, la réaction de Wassermann est devenue rapidement positive.

Un traitement intensif arsénico-mercuriel a été immédiatement commencé, et tous les accidents ont rapidement rétrocédé.

Chorée encéphalitique. — MM. P.-F. Armand-Delille et J. Vibert. — Un garçon de 4 ans a depuis 6 mois des mouvements choréiformes localisés surtout à la tête. L'existence d'une hyperglycorachie marquée peut poser la question de l'origine encéphalitique de ces mouvements involontaires.

Douze mois de vaccination par l'anatoxine diphtérique à l'hôpital maritime de Berck. — M. M. Mozer a pratiqué systématiquement la vaccination par l'anatoxine diphtérique sur les enfants de l'hôpital maritime.

Alors que le nombre des diphtéries avait été de 34 en 1923 avec 4 décès, 36 en 1924 avec 3 décès, 67 en 1925 avec 3 décès, il n'y eut en 1926 que 15 diphtéries sans aucun décès ; 5 sont sarvenues chez des enfants âgés de plus de 13 ans et non vaccinés, 4 chez des entrants, quelques jours après la première injection d'anatoxine, 4 chez des enfants après la 2e injection d'anatoxine, 2 chez des enfants ayant reçu la 2e dose d'anatoxine depuis plus de 2 mois.

Les résultats obtenus sont d'autant plus probants que la vaccination a été commencée en pleine épidémie de diphtérie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Un nouveau cas de kyste sous-séreux. — M. Chifolian rapporte l'observation d'une femme de 47 ans, présentant dans l'hypocondre droit une tumeur mate, prise pour un kyste hydatique. Intervention. Ablation d'un kyste sous-séreux. Guérison.

Sur un cas d'ulcère perforé de l'estomac. Intervention. Guérison. — M. Robineau rapporte une observation de M. Autefage (de Roubaix) concernant une perforation d'ulcère gastrique opéré à la huitième heure. Excision de l'ulcère. Suture. Gastro-entérostomie. Fermeture. Mise en place d'un drain dans le Douglas après incision sus-pubienne. Guérison.

4 cas opérés antérieurement par M. Autefage avaient donné 1 guérison (malade opéré après 13 heures) et 3 morts (intervention respectivement après 18, 30 et 32 heures).

M. Robineau insiste à nouveau sur l'importance d'une intervention précoce et l'utilité du drainage dans les premières heures.

3 cas de tumeurs intra-musculaires. — M. Lecène rapporte une observation de MM. Couraud, Dalzer, Seguy (de Toulon) concernant ces tumeurs indolores, à évolution lente, présentant les caractères histologiques de fibromes œdémateux bénins.

Un cas de cholépéritoine enkysté traumatique. — M. Lecène rapporte une intéressante observation de M. Leclercq (de Dijon). Adolescent de 15 ans, présentant, quinze jours après un violent traumatisme, avec fractures multiples, un syndrome douloureux épigastrique, avec légère défense musculaire. Intervention : cholépéritoine enkysté contenant 2 litres de bile. Evacuation. Guérison.

M. Lecène oppose à ce sujet les ruptures longitudinales des voies biliaires, qui se réparent bien, aux ruptures transversales qui n'ont pas de tendance à la restauration spontanée, d'où la nécessité d'inspecter les voies biliaires en présence d'un cholipéritoine.

Rupture intra-capsulaire du tendon de la longue portion du biceps trachéal. — M. Lecène en rapporte un cas, adressé par M. Fiévez (d'Hazebrouck). Le traitement consiste à rattacher le tendon rompu soit à la courte portion soit à la coracoïde.

M. Robineau en rapporte deux cas et insiste sur la nécessité d'un traitement précoce, le tendon présentant rapidement un raccourcissement tel que la réinsertion haute devient impossible.

M. Baumgartner, prenant part à la discussion, met en lumière le mécanisme de cette rupture, qui s'effectuerait quand le biceps fonctionne brusquement comme supinateur accessoire.

Un cas de rupture de l'urètre périnéal. Cystostomie. Réfection de l'urètre. Guérison. — M. Michon rapporte l'observation de M. Duboucher (Alger) ayant trait à une rupture de l'urètre périnéal consécutive à une chute à califourchon. Intervention d'urgence en 2 temps : cystostomie sus-pubienne, puis incision périnéale. Suture bout à bout de l'urètre après une recherche difficultueuse. Pas de sonde à demeure, qui n'est remise qu'après 40 jours. Fermeture rapide de la fissure hypogastrique.

Guérison parfaite.

M. Michon attache la plus grande importance à l'intervention précoce, à une parfaite coaptation muco-muqueuse, et conseille formellement de ne pas placer de sonde à demeure.

MM. Veau et Chevassu prennent part à la discussion.

Un cas de kyste para-synovial du genou. — M. Duval en apporte une observation personnelle ; siégeant en avant et sur les côtés du tendon rotulien, ce kyste, multilombaire, ne communiquait pas avec la synoviale.

Présentation de malades. — M. Dujarier. — Kyste hydatique du poumon. Intervention. Guérison.

Présentation de pièces. — M. de Martel. — Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux.

15 décembre 1926. E. Theillier.

CORRESPONDANCE

Les inhalations iodées dans la tuberculose pulmonaire.

Je lis dans le *Journal des Praticiens*, reçu ce matin, un compte rendu d'un article de Rodet (de Mégève), paru dans le *Lyon Medical* du 16 mai 1926, sur le traitement iodé par inhalations dans la tuberculose pulmonaire.

Permettez-moi de revendiquer, en faveur de mon prédécesseur et vénéré Maître Edouard Delthil, la question de priorité en ce qui concerne « l'emploi dans *la tuberculose pulmonaire d'inhalations iodées à froid par barbotage* ». Delthil avait passé de longues années à mettre au point cette excellente méthode, son inhalateur et sa formule d'inhalation, très voisine de celle qu'emploie Rodet (Ess. de térébenthine, camphre, menthol, acide benzoïque, iodol, iode mettaloïdique, alcool absolu).

Rodet ignorait d'autant moins les travaux de mon prédécesseur que je lui ai fourni, en 1923, des notes et des observations qu'il a reproduites dans sa thèse. Je lui conseillais à l'époque de délaisser les inhalations à chaud pour employer les inhalations à froid par barbotage avec la formule de Delthil.

Je regrette que notre collègue lyonnais n'ait pas cru devoir rappeller le nom de Delthil.

J'ai écrit en mai dernier au journal « *Le Lyon Médical* ». Aucune réponse.

Aussi, malgré qu'il ne s'agisse, dans le *Journal des Praticiens*, que d'un compte rendu, non de l'article original, j'ose espérer de votre haute impartialité que vous voudrez bien insérer ma lettre.

Je tiens à votre disposition tous les documents que vous pourrez désirer (travaux de Delthil et de moi-même, antérieurs à la thèse de Rodet et cette thèse elle-même).

J. Sédillot.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies du cœur, par Sir James Mackenzie. Traduit sur la 4e édition anglaise, par M. le Dr A. Françon, *Médecin consultant à Aix-les-Bains*, 4e édition française avec 342 fig. et 4 planches hots texte. — Alcan, Edit., 1 vol. in-8° 760 pages. Prix : 65 francs.

Ce nouveau volume de M. Mackenzie traduit par M. le Dr A. Françon (d'Aix-les-Bains), dans sa langue précise et claire, se lit facilement. La valeur en est inégale : les aperçus d'ensemble, les développements cliniques sont en général au-dessus des applications pratiques, celles-ci formulées en termes vagues et trop généraux. Toutefois, pour certaines modes, comme l'intervention chirurgicale dans les angines de poitrine, Mackenzie n'hésite pas : « L'état d'esprit, déclare-t-il qui existe derrière ces opérations est un des plus graves dangers pour les progrès de la médecine ». Notons également l'opinion de l'auteur sur la valeur de l'électro-cardiogramme.

Il traite de vaines et futiles beaucoup d'interprétations formulées d'après des tracés (page 650). Celles-ci ne se font pas faute de tenir beaucoup de place et un peu trop dans nombre de traités modernes. Dans les premières pages, nous cueillons une appréciation juste sur la supériorité du médecin riche d'expérience. Il a les sens entraînés, saisit des associations qui se groupent en démonstrations nettes dans sa rétine, discerne mieux, voit de plus loin, et juge en fin de compte, d'après les renseignements recueillis de la sorte, beaucoup mieux qu'il n'eût fait, privé de ce secours mental et avec les seules ressources des méthodes de laboratoire. « Ces dernières ne représentent qu'une étape intermédiaire de développement. Il faut les dépasser, sous peine de n'être qu'un médecin aisément étourdi devant la multiplicité et la confusion des symptômes. Un esprit très personnel anime la suite des pages que la traduction de M. A. Françon a rendu attrayante et infiniment utile pour l'esprit du lecteur. Ce dernier plus d'une fois aura à faire un retour sur lui-même. N'a-t-il pas accordé trop d'importance aux réactions de laboratoire ? Dans quelle mesure les lumières fournies par ces dernières risquent-elles d'aveugler l'intelligence et l'empêchent-elles de se développer à souhait, sous la bienfaisante surveillance de l'expérience personnelle ? En posant la question, M. Mackenzie se fixe sur le terrain de la haute et saine clinique.

Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, par MM. Brindeau, Chomé, Ecalle, J.-L. Faure, Jeannin, Keiffer, Lantuéjoul, Le Lorier, Metzger, Nattan Larrier, Ribadeau-Dumas, Scheckèle, Vaudescal avec 84 figures. 2e année, 1 vol. Vigot frères, in-8, 260 pages.

Un ensemble de treize mémoires sont contenus dans ce volume. Pour nos lecteurs, notons les études sur *la rachi-anesthésie en obstétrique* (Brindeau), le *forceps Demelin* (Lantuéjoul), les incisions du col en *obstétrique* (Ecalle), les *formes cliniques des notes hydatiformes* (Jeannin), le *traitement de l'éclampsie* (Le Lorier), etc., etc. Dans cet effort collectif, prend place un esprit clinique très averti qui s'inspire avant tout des indications cliniques, essentielles pour leur opposer le traitement le plus efficace et le plus simple. Déjà le premier volume de ces leçons du jeudi avait eté très bien accueilli l'an dernier. La seconde année de cette excellente publication n'aura pas un succès moindre.

Les grands problèmes de l'Endocrinologie, par M. E. Gley, *Professeur au Collège de France*. — Un vol. 179 p. Paris. Librairie J.-B. Baillière et fils.

Nous avons donné il y a quelques mois une biographie intellectuelle de M. E. Gley. Le nouveau livre qu'il vient de publier renferme un ensemble de neuf études. Nous y trouvons entre autres, un exposé des caractères sexuels secondaires d'après l'action des sécrétions internes, un chapitre sur la Sénescence et les moyens de rajeunissement chez la femme. M. E. Gley propose l'opothérapie testiculaire à l'aide d'extraits frais préparés avec des organes d'animaux jeunes. Pourquoi pas ? Si la vie ne peut être prolongée, la déchéance physique est susceptible d'être évitée moyennant l'artifice de cette eau de Jouvence que représentent les injections d'extrait testiculaire. Courez vite, Mesdames, demander conseil à M. E. Gley. Pour vous, il aura le plus bienveillant des sourires et ses études d'endocrinologie, il se contentera d'en tirer ce qui intéresse les grâces et le charme de votre personne.

Questions actuelles de syphiligraphie, par le Dr Clément Simon, *médecin de Saint-Lazare*. — Amédée Legrand, éditeur. — Un volume grand in-8°, 331 p. — Prix : 32 francs.

Ce volume renferme une série de monographies que M. le Dr Clément Simon relève de son autorité et enrichit de sa compétence. Un premier mémoire sur la *Pluralité des virus syphilitiques* conclut par un doute. Cette pluralité n'est pas démontrée.

Puis c'est la *Syphilis traumatique*, la négativité de la *réaction de B.-W.* au cours de la syphilis secondaire, la *stomatite arsenicale*, le traitement de la syphilis par la voie buccale à l'aide du *tréparsol*. Cette dernière méthode semble annoncer pour la syphilis une grande simplification dans les méthodes thérapeutiques. Les observations recueillies par M. Clément Simon sont démonstratives et assureront le succès de la médication.

Le rédact. en chef gérant du *Journal des Praticiens* : Ch. Fiessinger
R. C. Paris N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926

CLINIQUE MÉDICALE

M. le Pr Achard. — *Hôpital Beaujon.*

Méningite pneumococcique. Forme explosive à début insidieux.

Depuis vingt-cinq ans, la pathologie méningée s'est véritablement transformée. Grâce à la connaissance de nouveaux symptômes, et particulièrement du signe de Kernig, grâce surtout à de nouveaux moyens d'exploration, ponction lombaire et examen histologique, physique, chimique, bactériologique du liquide céphalo-rachidien, le clinicien peut aujourd'hui reconnaître des lésions méningées, hémorragiques ou inflammatoires, qui échappaient à ses devanciers ; il peut suivre l'évolution de ces lésions comme s'il pratiquait aux divers stades de la maladie, une biopsie des méninges ; il peut enfin préciser la cause de la lésion et appliquer un traitement souvent précoce et spécifique.

Malgré ces remarquables progrès, il est cependant certains cas, aujourd'hui encore, où il reste malaisé de déterminer la cause exacte du processus et où le traitement, même spécifique, du moins en apparence, n'aboutit qu'à un échec. La méningite tuberculeuse, notamment, demeure, comme par le passé, l'un des opprobres de l'art médical.

Le cas dont je désire aujourd'hui vous entretenir me paraît propre à vous montrer quelles difficultés peuvent se présenter au clinicien, alors même qu'il s'agit d'une méningite aiguë, franche, produite par un germe bien connu et relativement facile à mettre en évidence.

Une jeune domestique de 26 ans entrait le 4 octobre 1925 au n° 9 de notre salle Louis, venant d'un service de chirurgie où elle avait été adressée parce qu'elle se plaignait de douleurs dans les jambes, et où un examen sommaire avait aussitôt montré l'existence d'un syndrome méningé.

Ce syndrome était, en effet, des plus nets. Outre les douleurs dans les membres inférieurs, la malade accusait une céphalalgie violente et telle qu'elle avait peur, disait-elle, d'avoir une méningite. La raideur de la nuque était manifeste, quoique peu marquée ; le signe de Kernig se constatait aisément. Il n'y avait ni photophobie ni modifications pupillaires, mais les globes oculaires étaient sensibles à la pression. Les réflexes tendineux n'étaient pas altérés. Il n'y avait pas de signe de Babinski. On ne provoquait pas la raie méningitique. La température était à 38°,8, après être montée la veille à 40°,6, et le pouls à 100.

Ainsi, la céphalalgie intense, le signe de Kernig, la raideur de la nuque ne laissaient aucun doute sur l'existence d'un syndrome méningé, et la fièvre permettait de le rattacher à une méningite. De quelle nature ? En attendant la ponction lombaire, on pouvait hésiter. Le début du syndrome était récent, il n'y avait pas eu au préalable de maladie aiguë, telle que pneumonie, pas d'otite non plus, de sorte qu'on pouvait qualifier la méningite de primitive.

Mais les renseignements donnés par la malade, qui conservait toute sa lucidit d'esprité, apprenaient qu'auparavant, elle avait maigri considérablement, qu'en juillet, trois mois avant, elle avait eu une hémoptysie pour laquelle un examen radioscopique avait été fait, et que depuis une huitaine de jours, elle avait été prise de mal de tête, de vomissements et de constipation opiniâtre. De plus, l'entourage de la malade avait remarqué que son caractère changeait et qu'elle devenait de méchante humeur.

Ce début qui n'avait rien de soudain, cet amaigrissement graduel, cette hémoptysie antérieure, ne pouvaient manquer d'orienter le diagnostic étiologique de la méningite vers l'origine tuberculeuse. Aucun autre antécédent morbide ne semblait d'ailleurs pouvoir être mis en cause chez cette malade, qui avait été seulement atteinte de deux attaques de rhumatisme aigu à 8 et 11 ans, suivies du développement d'une cardiopathie bien supportée et révélée simplement par un petit roulement diastolique avec souffle systolique très discret.

La ponction lombaire, faite le 5 octobre, donna un liquide louche : aussi, avant tout examen, injecta-t-on 40 cc. de liquide antiméningococcique dans le rachis et autant dans les muscles.

A l'examen, ce liquide, riche en albumine et qui contenait une forte proportion de glycose (1 gr. 20 p. 1.000), montrait au microscope des polynucléaires peu altérés et sans germes visibles.

Ces résultats demandaient réflexion. La présence de polynucléaires presque exclusivement en fait de cellules, n'est pas la règle dans la méningite tuberculeuse où le plus souvent les lymphocytes dominent. Toutefois, il est des cas, où la réaction cytologique est surtout polynucléaire et j'en ai vu personnellement où le taux de ces polynucléaires dépassait 80 %. D'autre part, l'abondance du sucre n'était pas favorable à l'idée d'une méningite aiguë méningococcique ou pneumococcique, car ordinairement, dans ces processus aigus, le glycose est notablement diminué. Enfin, l'absence de germes visibles au microscope dans le sédiment est plutôt rare dans ces méningites aiguës ; elle

est au contraire beaucoup plus commune dans la méningite tuberculeuse dont le liquide ne renferme que peu de bacilles, décelables seulement après une centrifugation particulièrement soignée.

Vous voyez donc que les résultats de la ponction lombaire pouvaient laisser quelque incertitude, mais qu'ils ne permettaient pas d'exclure la méningite tuberculeuse.

Or, le lendemain 6 octobre, la température restant élevée à 39°,8 et le pouls à 136, la céphalalgie avait diminué, de même que la sensibilité des globes oculaires ; mais un bouquet d'herpès était apparu à la lèvre supérieure et aux narines. Ce petit symptôme faisait songer à un processus aigu, car vous connaissez sa fréquence dans les méningococcies et pneumococcies.

La ponction lombaire de ce jour donnait un liquide plus clair, avec des polynucléaires moins nombreux et toujours sans microbes visibles.

S'agissait-il de ces exsudats amicrobiens qu'on a décrits sous le nom d'exsudats puriformes aseptiques ? On pouvait le croire, mais à vrai dire, on ne peut s'empêcher, pour cette catégorie de faits, de penser que de tels exsudats sont en réalité septiques, mais seulement pauvres en microbes.

Vous voyez que la discussion n'était pas close par ces premières investigations et que si l'origine tuberculeuse perdait du terrain, la nature de la méningite demeurait incertaine.

Sur ces entrefaites, un élément nouveau et important intervint. Le liquide de la première ponction avait été ensemencé ; or, il avait fourni des cultures sur gélose, sous forme de petites colonies translucides en gouttes de rosée dans lesquelles l'examen au microscope montrait des cocci prenant la coloration de Gram, disposés tantôt en diplocoques, tantôt en tétrades, parfois en courtes chaînettes à grains assez inégaux.

Par conséquent, la méningite était due au pneumocoque ou à l'entérocoque. Tout au plus pouvait-on se demander s'il n'y avait pas association du bacille tuberculeux à ce germe.

Le 7 octobre, le liquide de la ponction lombaire était encore moins louche que celui de la veille, les leucocytes avaient notablement diminué. Cependant de nombreux microbes faisaient leur apparition entre les cellules et ces microbes se présentaient comme des diplocoques lancéolés, encapsulés, Gram-positifs. De plus, une hémoculture, faite la veille, donnait le même germe.

Aucun doute ne pouvait subsister. Il s'agissait d'une pneumococcie méningée. Aussi une injection de sérum antiméningococcique à la dose de 40 cc. fut-elle faite dans le rachis et dans les muscles.

Quant à l'examen clinique, il montrait une nouvelle poussée d'herpès à la racine du nez, une chute de la température à 37°,8, avec un pouls toujours fréquent à 128, et la conservation parfaite de la lucidité d'esprit.

Rapprochant ces symptômes cliniques des résultats anatomiques et microbiologiques de la ponction lombaire, on pouvait se demander s'il n'y avait pas dans les méninges un processus d'infection peu virulente, déterminant peu de réaction leucocytaire et restant localisé aux méninges spinales. De tels faits peuvent se rencontrer. Il y a des pneumococcies méningées curables et j'en ai personnellement observé. Toutefois une particularité de l'examen du liquide céphalo-rachidien devait nous mettre en garde contre cette opinion optimiste : c'est l'apparition brusque de nombreux microbes visibles dans le liquide de la ponction, alors que précédemment on n'en avait point constaté. J'y reviendrai plus longuement tout à l'heure, mais cette abondance de microbes ne montrait certainement pas que l'infection méningée, malgré les apparences cliniques, était en voie de désarmer.

Le lendemain 8 octobre, en effet, l'aspect clinique était tout autre. La nuit avait été mauvaise. La malade avait été agitée. A la visite nous la trouvions en proie à un délire violent, parlant, criant, gesticulant ; la température avait remonté à 39°,6. Cette explosion soudaine de troubles cérébraux semblait indiquer une extension du processus dans les méninges encéphaliques. Aussi fut-il décidé de tenter une trépano-ponction cranienne.

Celle-ci fut faite le matin même dans le service de M. Michon. Du ventricule latéral gauche elle retira un liquide louche qui était une véritable culture de pneumocoque, presque sans leucocytes.

En raison de la grande agitation de la malade, l'opération avait été faite sans anesthésie locale et l'on n'avait pu vérifier si la communication persistait entre les méninges cérébrales et spinales ; mais une injection de sérum antipneumococcique avait été pratiquée dans le ventricule.

La malade tomba dans le coma et mourut le lendemain matin avec une température de 40°,6.

De cette histoire clinique, il ressortait que la méningite pneumococcique était primitive, qu'elle avait débuté à bas bruit, provoquant d'abord une réaction anatomique sans grande intensité, avec polynucléose sous-arachnoïdienne et ne donnant lieu qu'à une pullulation microbienne des plus discrètes, puisque les premiers examens ne décelaient de microbes que par la culture. Puis, après cette phase d'apparence bénigne, où la symptomatologie cérébrale ne se traduisait guère que par la céphalalgie, brusquement étaient survenus des troubles cérébraux intenses, agitation, délire, puis

coma et hyperthermie. Cette explosion soudaine, due à une recrudescence du processus infectieux, avait été en quelque sorte annoncée par la présence tout d'un coup abondante des microbes dans le liquide céphalo-rachidien, abondance qui contrastait avec la diminution des leucocytes. Cette phase d'infection secondairement suraiguë s'était rapidement terminée par la mort, malgré l'injection de sérum antipneumococcique dans les méninges spinales et dans les ventricules cérébraux.

L'autopsie confirma ces données cliniques.

En ouvrant le crâne, on trouva que la convexité du cerveau était seulement congestionnée, sans exsudats purulents et que le ventricule latéral gauche, où avait été injecté le sérum, était distendu, sans lésions d'épendymite purulente.

Mais entre les deux hémisphères du cervelet, se trouvait une collection de pus, bridée par des adhérences méningées, et une coulée de pus jaune verdâtre fusait en avant vers l'espace interpédonculaire. Des fausses membranes tapissaient la protubérence et le bulbe. Le parenchyme cérébelleux était d'ailleurs intact. La moelle épinière enfin était entourée dans toute sa hauteur d'un manchon purulent.

Dans l'examen des autres organes, on relevait une rate grosse, pesant 240 grammes et contenant près de son pôle supérieur un infarctus jaune, de consistance ferme ; une symphyse du péricarde ; un rétrécissement mitral ancien dont l'orifice n'admettait que le petit doigt, et une petite végétation d'endocardite récente, du volume d'une petite fraise, sur la commissure antérieure, avec un tout petit abcès à pneumocoque. Ces lésions métastatiques expliquaient le résultat positif de l'hémoculture.

Enfin les sommets des poumons montraient l'un une cicatrice rétractée, l'autre un tubercule cru du volume d'un pois, lésions qui rendaient compte de l'hémoptysie antérieure et de l'amaigrissement de la malade.

En somme, l'autopsie confirmait l'existence d'une pneumococcie avec localisation méningée principale ; elle expliquait aussi l'évolution clinique en deux temps, puisque la lésion méningitique s'était surtout et d'abord localisée aux méninges spinales et cérébelleuses. On conçoit donc que les symptômes de début eussent été surtout spinaux et que les accidents vraiment cérébraux ne se fussent manifestés que lorsque secondairement l'infection, débordant les lieux où elle s'était d'abord cantonnée, eût envahi la totalité des méninges encéphaliques.

Remarquez que cette localisation initiale de la méningite pneumococcique aux méninges rachidiennes et cérébelleuses n'est pas commune et que c'est bien plutôt à la convexité que les descriptions classiques placent la prédominance des lésions de cette origine.

Il y a, de ce fait, chez notre malade, une anomalie intéressante. La marche de la maladie n'est pas moins digne d'intérêt. Fort souvent la méningite à pneumocoque a une allure foudroyante et tue en très peu de jours. J'y ai consacré, il y a quelques années, une leçon (1). Mais on connaît pourtant des cas curables et dont l'évolution est subaiguë ou même lente. Le professeur Hutinel, en 1892, a décrit cette forme séreuse et curable (2), dans laquelle il n'y a guère de réaction cytologique et le microbe n'est décelé que par la culture ou l'inoculation du liquide céphalo-rachidien.

Entre ces deux formes extrêmes il y a place pour d'autres cas intermédiaires et notre observation est un exemple d'une forme à début bénin et insidieux devenant secondairement et soudainement grave.

Il est probable que certains cas foudroyants sont en réalité précédés d'une phase latente, dans laquelle les symptômes sont réduits au minimum et ne gênent pas assez les malades pour les obliger à se soigner ; car ce n'est pas en quelques heures ou en très peu de jours que vraisemblablement se constituent les lésions méningées souvent très considérables qu'on trouve en pareils cas à l'autopsie. Peut-être un examen médical, s'il pouvait être fait à cette période silencieuse, décèlerait-il le début du processus méningé dont le clinicien ne voit que la phase terminale.

C'est dans les cas primitivement ou secondairement foudroyants que s'observe une particularité sur laquelle on a discuté et que nous avons notée chez notre malade : c'est le contraste entre le peu de réaction leucocytaire et l'abondance de la pullulation microbienne. Cette dissociation n'est apparue, d'ailleurs, chez cette malade, que dans la phase terminale, car au début c'était plutôt l'inverse, et le contraste consistait en une réaction leucocytaire assez prononcée sans microbes décelables autrement que par la culture.

Cette dissociation entre la leucocytose faible et les microbes abondants ne se voit pas seulement dans les méningites à pneumocoques. On l'a signalée dans d'autres méningites, mais c'est principalement

---

(1) Ch. Achard. *Clinique médicale de l'hôpital Beaujon*, 1923, p. 138.

(2) Roger Voisin et H. Stévenin. La méningite à pneumocoques. *Gaz. des hôpit.*, janv. 1913, p. 5 et 53.

dans les pneumococcies méningées qu'on l'a constatée.

J'en ai rapporté un cas avec Louis RAMOND et depuis j'en ai cité cinq autres dans ma leçon clinique. M. Paisseau en a rapporté plus récemment du nouvelles observations et la thèse de son élève POUILLOT (1) en rassemble 27 cas.

On a proposé de ce fait plusieurs explications.

D'abord, dans quelques cas bénins, la virulence de pneumocoque pourrait être atténuée au point que ce microbe pullulerait dans le liquide cérébro-spinal sans provoquer de réaction anatomique bien importante. Mais ces cas bénins, où pareille explication serait admissible et parmi lesquels se rangent des observations de CASTAIGNE et DEBRÉ et de DUCASTAING, paraissent l'exception.

On a pensé que les leucocytes pourraient par sédimentation se fixer dans l'exsudat fibrineux et que la coagulation de la fibrine pourrait les saisir comme dans un coup de filet. Imaginée par WIDAL, cette hypothèse serait applicable au cas de LAFORGUE où, à 3 heures de distance, le liquide, de fibrineux et chargé de leucocytes, devint pauvre à la fois en fibrine et en leucocytes. Mais une telle modification ne saurait être que temporaire.

Dans la majorité des cas, c'est l'opinion que nous avons émise avec Louis RAMOND qui paraît la plus acceptable. Nous pensions que la dissociation résultait d'une sidération de la défense phagocytaire, et d'une abondante pullulation microbienne grâce à l'avortement de la réaction leucocytaire. C'était donc un signe de gravité, et, en effet, dans la grande majorité des observations, 23 sur 27, la terminaison a été fatale. Ce qui vient encore à l'appui de cette manière de voir, c'est que dans deux cas de PAISSEAU, la même dissociation cyto-microbienne fut trouvée dans le liquide d'une pleurésie concomitante.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le Pr HARTMANN.

Lymphogranulomatose (poradénite).

Ce malade, âgé de 38 ans, se plaint d'une grosseur dans l'aine droite, pour laquelle il a été en traitement à l'hôpital Pasteur. Il ne présentait au moment du développement de cette tuméfaction aucune écorchure ni de la jambe, ni de bourses. La lésion date de sept semaines.

Actuellement il existe un engorgement ganglionnaire à marche subaiguë, évoluant sourdement, sans réaction nettement inflammatoire. On constate une série de ganglions fusionnés, occupant la partie supérieure du pli de l'aine ; cette masse est allongée dans le sens transversal, et à première vue, peut faire penser à une adénite d'origine vénérienne, on pense plutôt à une adénite tuberculeuse, d'autant qu'on constate dans la fosse iliaque une masse ganglionnaire remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, ce qu'on ne voit pas dans l'adénite chancrelleuse, c'est le diagnostic qu'on aurait porté autrefois. Aujourd'hui on doit penser à la lésion décrite sous le nom de lymphogranulomatose, mauvaise dénomination parce qu'elle prête à confusion avec une autre maladie appelée également lymphogranulomatose, maladie de HODGKIN.

Ce qui différencie cette lésion des adénites tuberculeuses, c'est la multiplicité des foyers, comme si chaque ganglion suppurait pour son compte ; aussi quelques auteurs l'ont-ils appelée la poradénite. Chose particulière, si les ganglions inguinaux suppurent de façon constante, il n'en est pas de même des ganglions de la fosse iliaque : on ne les voit presque jamais suppurer.

Chez ce malade, les inoculations, faites au cobaye avec le liquide retiré par ponction des ganglions fluctuants, ont été négatives ; ce n'est pas de la tuberculose.

On n'est pas encore fixé sur le traitement. Evidemment, l'ablation du paquet ganglionnaire inguinal est indiquée. Elle réussit dans un assez grand nombre de cas. Mais on a reproché à ce procédé le fait que dans certains cas, à la suite de ces extirpations larges des ganglions inguinaux, il y avait une certaine gêne de la circulation lymphatique. Des malades ont eu une jambe infiltrée, un état légèrement éléphantiasque. On a eu recours à de petites incisions, à la lumière violette, RAVAUT, trouvant une certaine analogie entre cette lésion et les maladies amibiennes, a conseillé le traitement par l'émétine. En somme, à l'heure actuelle, nous connaissons cette maladie, mais nous ignorons sa cause et nous ne savons pas encore quel est le meilleur traitement. En tout cas, elle n'attaque pas l'état général, et n'est pas d'une bien grande gravité.

(1) Ch. POUILLOT. Méningites à pneumocoques avec dissociation cyto-bactériologique et envahissement massif du liquide céphalo-rachidien. *Thèse de Paris*, 1925.

PRATIQUE MÉDICALE

A propos des hémorragies gastriques d'origine locale, sans ulcère.

Par L. PRON.

Le diagnostic d'ulcère gastrique (ou duodénal) se présente naturellement à l'esprit devant un vieux malade de l'estomac, qui accuse des brûlures fortes, se montrant généralement entre les repas, prenant, de temps en temps, l'allure de crises, qui durent quelques heures ou quelques jours — alternant avec des phases de grande amélioration ou même de bonne santé subjective — et qui présente, *le matin à jeun*, une douleur provoquée, en un point de l'épigastre fixe et extra-solaire (1). Même en l'absence d'hémorragie patente ou de vomissements alimentaires ou muco-acides (2), c'est à l'ulcère qu'il faut penser, devant ces signes, et le laboratoire, dont on peut d'ailleurs se passer, ne fait que confirmer le diagnostic, le plus souvent.

Mais, dans un nombre beaucoup plus grand de cas, la symptomatologie subjective et objective est fruste ou embrouillée ; on hésite entre cholécystite et ulcère duodénal ; on se demande si les troubles gastriques ne sont pas simplement un retentissement d'une affection voisine ou à distance, en particulier d'une appendicite chronique. On est alors obligé de faire appel au laboratoire : radioscopie ou radiographie ; recherche du sang occulte dans le liquide gastrique, extrait à jeun (3). La recherche du sang dans les selles ne saurait guère avoir de signification, puisque la présence d'hémorroïdes ou de parasites, qui lèsent la muqueuse intestinale — ou l'existence d'une banale colite avec glaires sanguinolentes — fournissent une réaction positive — et qu'inversement SNAPPER, en se servant de la méthode la plus sensible (spectroscopie) a obtenu une réadtion négative dans 25 p. 100 des cas d'ulcère gastrique ou intestinal (1).

Dans les cas où un diagnostic ferme est impossible par la clinique et le laboratoire réunis et où l'on s'en remet à l'examen direct après laparotomie, il s'en faut de beaucoup que cet examen donne régulièrement une solution probante. Il est, en effet, besoin d'un temps assez long, pour qu'une lésion ulcéreuse de la muqueuse traverse toute la paroi de l'estomac et se manifeste à l'extérieur, c'est-à-dire sur la séreuse — et le rejet du diagnostic d'ulcère, après une constatation négative, conduit le chirurgien à ne rien faire ou à exécuter une opération palliative contre le symptôme douleur, telle que l'énervation de LATARJET, même quand le malade est porteur d'un dossier radiologique, chimique et clinique, concluant à une lésion. J'ai ainsi une dizaine de patients, qui ont dû ultérieurement subir soit une gastro-entérostomie pour sténose au début (diagnostiquée par la radioscopie et l'extraction de résidus alimentaires, le matin à jeun), soit une résection partielle, quand on avait pratiqué une gastro-entérostomie, qui n'avait donné qu'une amélioration temporaire, ce qui se produit assez souvent, quand le pylore est libre.

Même dans un cas suraigu, il peut arriver que l'examen direct laisse échapper l'origine des accidents. Tel celui emprunté à VAN AMSTEL et que j'ai reproduit ailleurs (2), à propos des difficultés de l'observation en médecine. Jeune fille de 18 ans, prise subitement au bal d'une très violente douleur abdominale, qui amène un rapide collapsus. Le lendemain, on la transporte dans une clinique : pâleur des téguments, ongles cyanosés, pouls très petit, température 38°9, ballonnement du ventre, vomissement abondant de liquide brun. On pratique une laparotomie : pus dans le bassin, sérosité à l'étage supérieur de l'abdomen, appendice normal, ovaires recouverts d'un enduit fibrineux purulent. On se borne à faire un tamponnement, sans pouvoir découvrir la cause de la péritonite. Mort au bout de dix-huit heures, après de nombreux vomissements noirâtres. A l'autopsie, on trouve à la face postérieure de l'estomac un ulcère de la grandeur d'une pièce d'un pfennig, s'arrêtant à la séreuse et présentant un orifice en son milieu.

Sans doute, l'inefficacité de l'examen direct dans de telles conditions est rare ; mais, ce qui est la

(1) J'ai signalé la valeur diagnostique du point douloureux *matutinal*, fixe, extra-solaire dans le n° du *Journal des Praticiens*, du 19 août 1922 (p. 534), et dans celui du 23 mai 1925 (p. 338).

(2) Je rappelle que, d'après une statistique, portant sur une série de 120 malades, l'hémorragie n'existe que dans 6,5 p. 100 des cas, et les vomissements, dans une proportion de 25 p. 100, même en comptant les vomissements provoqués. Ces vomissements manquent donc chez plus des trois-quarts des ulcéreux. (*Journal des Praticiens*, 15 mai 1924, p. 166).

(3) Tout estomac, *chroniquement* malade (qu'il y ait irritation simple, inflammation ou lésion et, dans ce dernier cas, peu importe le siège) renferme, le matin à jeun, une quantité variable de liquide de nature également variable. C'est la détermination de cette dernière : acide chlorhydrique, mucus *épais*, sang occulte, etc..., qui fournit presque toujours le diagnostic.

(1) *Archives des maladies de l'appareil digestif*, (octobre 1924, p. 703).

(2) *La science médicale et sa valeur* (1925), p. 164.

règle, c'est l'impossibilité de rien trouver par lui, quand la muqueuse présente une lésion ou une série de minimes lésions superficielles ; *a fortiori*, quand elle ne présente aucune perte de substance et que le patient a eu, néanmoins, des hémorragies patentes ou latentes.

Cette question des hémorragies gastriques sans ulcère a fait l'objet de diverses communications et discussoins, depuis deux ans, à la *Société de gastro-entéroiogie* (1).

A côté des cas où ces hémorragies sont dues à une cause d'ordre général : infections diverses, troubles de la coagulation sanguine, anémie splénique, tabès, etc... ou à une cause locale extra-gastrique : cirrhose hépatique, appendicite, etc..., prennent place les cas d'origine gastrique pure.

Laissant de côté ceux où il y a lésion superficielle, telle que l'*exulceratio simplex* de DIEULAFOY, je ne retiendrai que ceux où il n'existe pas la plus minime perte de substance, visible à l'œil nu ; ils sont plus fréquents qu'on ne le croyait jusqu'à ces dernières années.

La diagnostic clinique en est impossible, quand l'hémorragie qui les accompagne est latente ; il est également impossible par la radioscopie — ou bien celle-ci peut conclure à une lésion importante, qui fait défaut, comme dans l'observation suivante, que je me borne à résumer (2).

Jeune fille de 24 ans, vue pour la première fois en juin 1923 et souffrant, à cette époque, de l'estomac depuis cinq ans : crampes quotidiennes, sialorrhée, fatigue générale, peu d'appétit, amaigrissement prononcé (44 kg. 600), douleur épigastrique provoquée, clapotage après les repas et le matin à jeun, rein droit mobile. En raison des signes cliniques, chimiques (catarrhe acide avec réaction du sang positive) et radioscopiques (point douloureux pylorique fixe, en décembre 1923 ; image d'amputation du pylore, en février 1924), je fais le diagnostic d'ulcère pylorique. Malgré régime alimentaire et médication adéquate : bismuth, gélatine, belladone, etc..., les douleurs continuent à être aiguës et fréquentes. Cet état gênant beaucoup la malade dans l'exercice de sa profession, un intervention chirurgicale est décidée ; celle-ci a lieu en mai. On trouve « un ulcère para-pylorique duodénal » et on fait « une large résection » (3). Tout se passe dans les meilleures conditions. La malade reprend bonne mine et ne souffre plus, quoiqu'elle mange régulièrement de la viande et ne suive à peu près aucun régime, sur les conseils du chirurgien. Mais, peu à peu, survinrent des malaises quotidiens aigus, d'ordre vago-sympathique, consistant en crises d'asthénie avec pâleur de la face, sueurs abondantes et tachycardie. En janvier 1925, tout allait bien ; puis les douleurs gastriques réapparurent avec du catarrhe acide et réactions d'Adler et de Boas nettes. Une nouvelle laparotomie eut lieu en juillet et ne montra que des adhérences. L'amélioration fut de courte durée et, en juillet dernier, après un examen radioscopique qui fit diagnostiquer un ulcère de la nouvelle bouche anastomotique, une troisième intervention fut décidée. J'y assistai. La surface extérieure de l'estomac ne présentait aucune trace de lésion, mais un nouveau réseau de périgastrite. Le chirurgien hésita à faire une nouvelle résection, s'y décida et l'examen de la surface interne de l'estomac permit de constater qu'il n'y avait aucune ulcération et que la néostomie était absolument normale, mais les deux tiers environ de la muqueuse étaient tomenteux, cramoisis et laissaient suinter du sang. La constatation, à diverses reprises, de réactions d'Adler et de Boas positives, s'expliquait donc facilement, et *la recherche du sang occulte dans le liquide gastrique pouvait seule faire le diagnostic.*

La gastrite hémorragique, la fluxion chronique de la muqueuse stomacale, accompagne toujours (ou presque) l'ulcère ; cet état congestif et inflammatoire est cause en grande partie des souffrances éprouvées par les malades et explique l'inefficacité de la simple gastro-entérostomie, qui laisse tout en place — et aussi l'inefficacité fréquente de la résection de l'ulcus seul, celle-ci ne pouvant empêcher l'action irritante des aliments solides et l'action corrosive du suc gastrique sur la zone enflammée et hyperesthésiée de la muqueuse.

Quand la gastrite hémorragique existe seule, soit qu'elle prépare le terrain à une ulcération, soit qu'elle subsiste après résection, non seulement de l'ulcère, mais d'une partie de l'estomac — résection n'ayant pas été suffisamment large — le problème diagnostique est commode à solutionner, par l'analyse du liquide catarrhal de jeûne, mais le problème thérapeutique est extrêmement difficile.

Quoiqu'il n'y ait pas la plus petite perte de substance macroscopique, il n'y en a pas moins lésion matérielle, généralement ancienne, donc profonde, en même temps qu'étendue. Un traitement médical pur, joint à un régime alimentaire très sévère, s'impose pour tenter de diminuer et l'inflammation franche et le suintement sanguin. Mais il y a périgastrite consécutive, quand l'état

(1) Entre autres, séance du 11 février 1924.
(2) Je reviendrai prochainement sur cette observation, à propos de la périgastrite adhésive à répétition.
(3) J'emploie les termes de la lettre du chirurgien.

remonte à longtemps, et alors la gastrolyse est le seul moyen de libérer extérieurement l'estomac, de lui rendre une contractilité normale et surtout de supprimer les tiraillements douloureux portant sur les organes voisins. Mais cette gastrolyse laisse subsister la gastrite hyperémique ; elle risque, outre les récidives fréquentes, de n'apporter qu'une amélioration passagère ou insignifiante.

On ne saurait pourtant conseiller une gastrectomie partielle pour supprimer un état inflammatoire de la muqueuse gastrique.

J'ai eu récemment des nouvelles de ma malade ; elle a beaucoup repris de poids (sans qu'elle m'indique le chiffre précis) et elle ne se plaint pas de ses digestions. La dernière intervention semble aussi avoir donné un excellent résultat, mais elle est reprise de ses anciens malaises vago-sympathiques (1).

Cette question de la résection comme traitement de l'ulcère chronique est délicate, car si la résection a l'avantage capital de supprimer, en même temps que la lésion, la zone malade et d'empêcher toute transformation cancéreuse ultérieure — et cela avec une mortalité opératoire faible — elle ne saurait remettre subitement à neuf un estomac malade depuis des années, ni dispenser d'un traitement médical complémentaire à suivre plus ou moins longtemps.

Ce n'est pas le lieu de l'envisager ici.

J'ai voulu simplement indiquer les trois points suivants : 1° insuffisance possible de l'examen direct extérieur de l'estomac pour le diagnostic d'ulcère ; 2° non-rareté de la gastrite hémorragique sans perte de substance macroscopique ; 3° valeur de la recherche du sang dans le liquide gastrique de jeûne, comme moyen de diagnostic.

(1) Ainsi que je le disais dans une note, concernant cette malade et une autre jeune fille (*Société de Médecine de Paris*, 10 avril 1925), je n'ai rencontré ces manifestations nerveuses que chez des femmes. La section des filets vago-sympathiques de l'estomac ne serait donc pas dénuée d'inconvénient chez elles.

FAITS CLINIQUES

Note sur un cas de scorbut avec localisation à l'extrémité inférieure de la diaphyse humérale.

Par MM. les Drs Flouquet (de Malo-les-Bains) et Jean Villette (de Dunkerque).

F... Arthur, âgé de 28 ans, mécanicien de la marine marchande depuis 1919, se présente à notre consultation en septembre 1926 avec une tuméfaction douloureuse de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche.

Le 31 juillet, à Port-Saïd l'extrémité inférieure du bras a gonflé très rapidement (d'un seul coup au dire du malade). Ce gonflement a persisté huit jours, puis insensiblement le bras a diminué partiellement de volume.

Au cours de la traversée et des escales, le malade a vu de nombreux médecins, qui tous lui ont donné un traitement antirhumatismal, à part un confrère qui a parlé de syphilis.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, fils unique.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade de constitution robuste.

Examen clinique. — Etat général : malade très amaigri, fonte musculaire donnant l'impression d'un état général mauvais. Rien à l'auscultation.

Localement : l'extrémité inférieure de l'humérus est augmentée de volume, la peau est légèrement rouge avec un peu d'œdème du tissu cellulaire puis on tombe sur un plan ayant la consistance de l'os. L'extrémité inférieure du bras a la forme d'un jambon. Les muscles du bras et de l'avant-bras sont atrophiés (manque d'exercice), les mouvements de l'articulation sont limités (flexion et extension) parce qu'ils butent sur la tumeur.

Les différents examens de laboratoire, négatifs, ont permis d'éliminer la syphilis, le kyste hydatique ou la filaire (pas d'éosinophilie). La tuberculose n'était pas en jeu, l'articulation étant indemne.

Devant l'aspect de cette tuméfaction et le mauvais état général concomitant, l'idée d'un ostéosarcome de l'extrémité inférieure de l'humérus nous était venue comme diagnostic probable. Nous avons demandé au malade de se faire radiographier.

Le docteur Jean Villette nous a envoyé une radiographie très intéressante (*Voir figure page suivante*) où l'on notait que :

1° La zone augmentée de volume était transparente aux rayons :

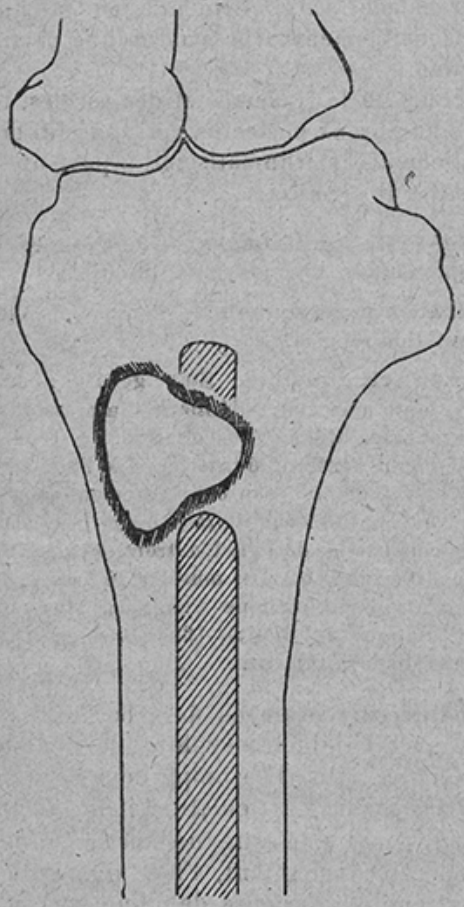
2° L'os lui-même n'était pas augmenté de volume ;

3° A l'intérieur de la diaphyse il existait une zone transparente de la grandeur d'une amande, comme s'il y avait eu un trou dans l'os ;

4° A l'union de la diaphyse et de l'épiphyse on voyait une ombre transversale de 2 à 3 millimètres d'épaisseur qui séparait cette région du canal médullaire.

Nous n'avions jamais eu l'occasion de voir de pareilles lésions et notre diagnostic restait en suspens.

Quelques jours plus tard, en lisant dans le *Journal des Praticiens* du 4 septembre 1926 (n° 36) un article du Pr Marfan sur le Scorbut de la première enfance ou Maladie de Barlow, nous étions frappé par l'ana-



logie de notre cas avec les lésions créées chez le nouveau-né par l'hématome sous-périostique et intra-osseux.

L'auteur dit que l'hématome peut siéger sur tous les os ; mais que le lieu d'élection est l'extrémité inférieure de la diaphyse fémorale, au-dessus du cartilage de conjugaison. Le périoste est décollé tout autour de l'os et la tumeur peut avoir une dureté si grande, qu'on l'a prise parfois pour un ostéo-sarcome.

Examen radiologique. — On voit l'image suivante :

1° Une ombre obscure engaine en quelque sorte la partie inférieure de la diaphyse. Elle correspond à l'épanchement sous-périostique ;

2° En dedans, la diaphyse paraît plus transparente, ce qui tient à la raréfaction du tissu compact ;

3° A l'extrémité inférieure de la diaphyse on aperçoit une ombre transversale assez accentuée, épaisse de 2 à 3 millimètres. Elle représente la couche chondro-calcaire épaissie. Ce signe décrit par E. Frankel est le plus précoce et le plus caractérislique, C'est celui qui pourrait servir au diagnostic.

En interrogeant de nouveau le malade, il nous a appris que trois mois auparavant, en juin 1926, il avait présenté, ainsi qu'un autre marin, des hémorragies gingivales pendant huit jours et qu'à ce sujet l'intendant du bord avait parlé de scorbut, sans qu'aucun traitement ne s'en soit suivi.

Nous étions au 10 septembre et sous l'influence du régime familial une certaine amélioration s'était faite localement.

Le traitement antiscorbutique, légumes frais, jus de citron, etc., a été institué. Une amélioration très rapide de l'état général et de l'état local s'en est suivie. Le 18 septembre, l'extrémité inférieure du bras était presque dégonflée et les mouvements du coude avaient retrouvé leur amplitude. Le malade revu le 20 octobre était guéri.

Conclusion, — 1° Le scorbut est une maladie à laquelle il faut songer, même dans nos pays ;

2° Il se localise sur les os en produisant des lésions sous-périostées et intra-médullaires ;

3° Il peut en imposer pour un ostéo-sarcome, une tumeur blanche, une syphilis, un rhumatisme mono-articulaire ;

4° La radiographie est capable de trancher le diagnostic ;

5° Le traitement classique par les aliments frais est susceptible de faire disparaître rapidement les lésions et jusqu'à l'aspect si spécial de la radiographie.

FORMULES

Toux quinteuse du catarrhe aigu des voies aériennes supérieures

Teinture de drosera	10 gr.
— de pivoine	ââ 3 —
— d'aunée	
— de jusquiame	àà 2 —
— de racines d'aconit	

XXV gouttes, quatre à dix fois par jour, dans une tasse de l'infusion suivante :

Fleurs de camomille	àà 10 gr.
— de tilleul	
Feuilles de mélisse	
— d'oranger	

Pour 1 paquet à faire infuser dans 1 litre d'eau.

(Feldstein).

MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE MODERNE DU PRATICIEN

Les ulcères de jambes.

Un grand nombre d'affections peuvent déterminer des ulcères de jambes. Le traitement est causal. Il est encore causal dans l'ulcère le plus fréquent qui est l'ulcère variqueux. Ici la station debout empêche la guérison. Il faut favoriser la circulation en retour, en obligeant les malades à un repos complet au lit, la jambe étendue et le talon légèrement relevé. Mais nombre de sujets ne veulent pas ou ne peuvent rester couchés.

Au moins le médecin obtiendra-t-il un repos de quelques jours. Il faut commencer par désinfecter la lésion, moyennant des pansements humides, renouvelés cinq jours de suite, matin et soir avec :

Sulfate de zinc	0 gr. 50
Chlorure de sodium	3 gr.
Eau distillée	500 gr.

Si l'ulcère est couvert de croûtes, les faire tomber avec des cataplasmes de fécule de pommes de terre.

Autour de l'ulcère, pour éviter la macération de l'épiderme, appliquer une couche épaisse de pâte à l'oxyde de zinc.

Au bout de cinq jours : pansements à l'*onguent styrax*, si prisé des vieux praticiens après compresse de *vin aromatique*, une heure tous les matins. On peut aussi employer les *bouillons vaccinaux* en place du vin aromatique ; mais ce dernier, bien que datant de l'ancien temps, amène encore des guérisons rapides.

Si le sujet refuse de garder le lit, nettoyez le pourtour de l'ulcération avec du coton imbibé d'*éther* et appliquer par-dessus une série de bandelettes imbriquées d'*emplatre diachylon*, à changer tous les deux ou trois jours, lorsque le pansement sera souillé.

On peut encore recouvrir l'ulcération avec des compresses stériles et envelopper le membre inférieur du pied jusqu'au genou avec une bande de tarlatane de 6 centimètres de large et trempée dans la colle de zinc.

Gélatine	150 grammes
Grenetine	100 —
Gomme arabique	5 —
Glycérine	300 —
Eau bouillie	
Oxyde de zinc	100 —
Phénosalyl	2 —

Faire liquéfier la colle au bain-marie ; y tremper les bandes et faire deux à trois tours de façon à obtenir une botte suffisamment solide.

La botte de gélatine sera renouvelée si elle devient trop large du fait de la diminution de l'œdème ou si les sécrétions l'ont souillée (THIBIÈRGE).

L'*héliothérapie* réussit. Bains de soleil quotidiens de dix minutes à deux heures (GOUGEROT).

PRATIQUE JOURNALIÈRE

Le traitement des dyspnées.

On compte trois grandes causes de dyspnée : les maladies des voies respiratoires, du cœur et des reins. Il en est une quatrième qui passe plus aisément inaperçue : les maladies du sang. A un certain âge, les anémies graves peuvent être mises sur le compte d'accidents rénaux. Le sujet a des traces d'albumine ; il est dyspnéique. Le mot d'urémie est vite prononcé. En fait, il ne s'agit que d'une anémie dont il convient maintenant de dépister la nature.

Certains signes immédiats mettent sur la voie. Le sujet a du cornage, un sifflement laryngo-trachéal inspiratoire. Il s'agit d'une *dyspnée laryngée*. Quelle est la cause ? Cherchons tout d'abord le *goitre*. Pas de tumeur thyroïdienne ? Existe-t-il un *anévrysme de la crosse aortique* ? Le sujet a-t-il eu la syphilis ? Autant d'investigations et de questions précises. Si l'examen clinique demeure douteux, la radioscopie, l'envoi à un laryngologiste fixeront les points flottants. S'agit-il d'une tumeur intra-laryngée, d'un polype ? Si le malade présente des traces d'albumine, on peut encore croire à de l'urémie qui n'existe pas.

L'âge à son tour ouvre des lumières. Un enfant atteint de dyspnée subite, fait rechercher la *diphtérie*, un abcès rétro-pharyngien, la déglutition *d'un corps étranger*. Si c'est la nuit, la *laryngite striduleuse* est probable. En tout état de cause, l'examen de la gorge sera pratiqué. Dans notre jeunesse, nous fûmes mandé pour pratiquer la trachéotomie à un enfant atteint de croup. Pas de fausses membranes. Le doigt introduit dans l'arrière-gorge, perçoit de la fluctuation sur la paroi postérieure du pharynx. Un coup de bistouri mit immédiatement fin aux accidents asphyxiques.

Il s'agit d'un adulte, et il n'existe pas de sifflement laryngé. Le médecin croise des malades dyspnéiques qui les uns gardent le lit et les autres se promènent. Ils appartiennent dans ces deux catégories, à des maladies bénignes ou sérieuses.

Dans son cabinet, le médecin recevra des *pleurétiques*, des *pulmonaires*, des *cardiaques* et des *rénaux*. Il auscultera avec soin le cœur, percutera le poumon, prendra la tension artérielle, examinera les urines. Si le malade se plaint d'une douleur de côté, il faudra relever même la chemise de l'intéressé. Au moins une fois, nous avons vu un zona qui était demeuré méconnu. Quelques râles aux bases avaient fait attribuer le point névralgique à une congestion pleuro-pulmonaire. La dyspnée de la *tuberculose* pulmonaire ne laisse guère de place à de la confusion. L'examen des crachats lève les doutes. On songera encore à la *syphilis du poumon*, à la *spirochétose pulmonaire*, cette dernière fréquente (VINCENT) et se révélant par des crachements de sang répétés et la présence de spirochètes dans l'expectoration. Les *arsénobenzols* guérissent tout de suite cette dernière affection.

Les rénaux les plus graves, ceux qui dépassent déjà 2 grammes d'urée sanguine, les cardiaques *asystoliques*, les *cardiaques congénitaux* sortent et visitent le médecin dans son cabinet. Quelques-uns parvenus au terme ultime de leur affection, sont en quelque sorte harcelés par une espèce d'anxiété ambulatoire. Ils ne peuvent demeurer en place. Nous avons un jour reçu la visite d'un cardio-rénal avec Chèyue-Stokes. Son agitation était telle qu'on l'avait cru atteint d'une affection nerveuse. Tous ces sujets qui se promènent, ont besoin d'un repos absolu au lit. Le régime hydrolacté de réduction, la théobromine (2 *cachets* de 50 centigrammes par jour), la *digitaline* (solution à 1 p. 1.000, 5 gouttes, dix jours, suspendre deux jours et reprendre) font le reste.

Surtout, dans les cas d'*anévrysme*, le repos est indispensable pour de longs mois. Grâce à cette méthode sévère renforcée par le régime de réduction et le traitement spécifique, des malades peuvent ensuite vaguer à leurs occupations pour de longues années.

Après être resté couché dix-huit mois, un malade que nous avions vu avec le Dr GRANDIN (de Vendôme) et dont l'anévrysme atteignait les dimensions d'une tête d'adulte, a vécu encore douze ans, a repris ses exercices de chasse à courre, a fait une pneumonie double dont il a guéri et finalement, ne voulant plus se soigner, est mort subitement.

D'ordinaire, la chose est moins sérieuse. Le cœur n'a pas fléchi. Mais il existe un *rétrécissement mitral*. La digitaline à faible dose : V gouttes de la solution à 1 p. 1.000, six jours de suite, avec suspension de deux à trois jours et reprise de six jours, suffit à arrêter la dyspnée. Crachant souvent du sang, ces malades sont pris pour des tuberculeux pulmonaires. Il suffit d'une auscultation attentive du cœur, pour dépister le bruit de roulement et le souffle significatifs. N'oublions pas que la maladie a maintes fois été confondue avec la chlorose, la tnberculose pulmonaire, l'asthme.

Il faudra aussi chez les malades, qui présentent une toux coqueluchoïde et un affaiblissement respiratoire d'un côté songer à une *tumeur médiastinale*. L'examen radioscopique précisera les doutes.

Ce n'est point la gravité du mal qui retient un malade dans son lit. C'est l'état fébrile qui l'accompagne. Les *bronchites capillaires*, les *bronchopneumonies*, les *congestions pulmonaires* n'acceptent guère de déambulation agitée. Toutefois la *granulie* à son début, n'empêche pas de longues marches. Jadis, cela nous avait surpris. L'examen local renseignera d'ordinaire.

Les *asthmatiques* lors des paroxysmes, ne peuvent guère sortir. Dans l'intervalle, ils reprennent leurs occupations. Surtout attention à ne pas confondre l'*asthme nerveux* avec l'*asthme cardiaque* ou l'*asthme rénal*. Les médecins du Mont-Dore, tous les ans, voient l'erreur commise. Un valvulaire au cœur dilaté (cœur droit ou cœur gauche), un rénal avec distension cardiaque ou crises d'urémie dyspnéique sont pris pour des asthmatiques. Tout de même, le traitement n'est pas identique. Le *repos au lit* avec régime de réduction hydrolactée, *théobromine* (2 cachets de 50 centigrammes), *digitaline*, V gouttes de la solution à 1 p. 1.000, dix jours conviennent aux asthmes cardiaques ou cardio-rénaux. L'*asthme simple* réclame les fumigations *opiaço-belladonées*, les *iodures*, le régime lacto-végétarien déchloruré, les *iodures*, les piqûres d'*adrénaline*.

Une des maladies où la dyspnée est la plus angoissante, est peut être la *péricardite rhumastimale*. Souvent, une pleurésie est concomitante. Le *salicylate de soude* aux doses de 8 à 10 grammes pour un adulte, vient le plus souvent à bout des accidents.

Deux autres maladies de chambre produisent des dyspnées suffocantes : le *pneumothorax* et l'*embolie pulmonaire*. On songera au pneumothorax dans les cas où une dyspnée vive survient au cours d'une tuberculose pulmonaire. L'*embolie pulmonaire* survient dans les phlébites, le rétrécissement mitral, les endocardites infectantes. Les injections de 5 milligrammes de *morphine* calmeront ces

dyspnées brutales. Le repos au lit sera maintenu.

L'histoire des maladies respiratoires, du cœur, des reins, compose le grand chapitre des dyspnées. Mais il est d'autres causes. Au point de vue thérapeutique, il importe de ne pas les laisser dans l'ombre.

L'*anémie*, l'*estomac*, le *système nerveux*, les *traumatismes*, arrivent, chacun, à jouer leur rôle plus ou moins tapageur, plus ou moins dissimulé derrière des symptômes d'un autre ordre.

Sur la *chlorose*, tout de suite le diagnostic étant posé, le traitement ferrugineux sera prescrit, si toutefois les digestions faciles le permettent.

Les *anémies pernicieuses* à un âge avancé, exposent à la confusion. Si la conjonctive du malade est décolorée, réclamez un examen du sang. S'il existe des *globules nuclées*, *des myélocytes*, formules de régénération sanguine, les traitements à la *liqueur de Fowler*, (XV à XXV gouttes pendant quinze jours), *ferrugineux* à haute dose (0 gr. 50 *fer réduit* et 0 gr. 50 *craie préparée* en paquets 2 à 3 par jour), les injections hypodermiques d'extrait de *moelle osseuse*, rendront service. Si les formules de régénération sanguine n'existent pas, si d'autre part, l'anémie ne descend pas au-dessous de 1.800.000 globules rouges, on devra chercher les signes de *cancer*. Parfois de simples troubles d'*hypersthénie gastrique* avec constipation, produisent de la dyspnée et de l'anémie. C'est à voir. Il convient de se raccrocher à toutes les branches.

Avec l'*aérophagie*, nous croisons d'autres types de dyspnée. Une poche d'air stomacale avec sonorité tympanique permet de voir clair. Le *kaolin*, le *bismuth*, la *craie préparée* font merveille. Existe-t-il de la *tympanite*, de l'*ascite*, une *grossesse* ? Il faut songer à tout, interroger, vérifier. Surtout quel que soit le renseignement décisif fourni, ne jamais effrayer le malade ou encore ne pas lui déclarer un diagnostic en désaccord avec son vœu intime ou au moins ne procéder avec lui, que par ménagements et avec douceur.

Le *système nerveux* nous fait aborder aux troubles fonctionnels ou aux manifestations organiques. Il existe une *polypnée nerveuse* (Huchard), avec inspirations brèves, superficielles, non accompagnées d'angoisse et de cyanose. De plus l'accélération des mouvements respiratoires s'interrompt pendant le sommeil. Traitement par affirmations optimistes, *valériane*, *douches tièdes*, soustraction du malade à un milieu fâcheux.

Une malade dont jadis nous avons conté l'histoire avait de ces crises de polypnée attribuées à l'urémie. En fait, les reins étaient sains. Mais les ballons d'oxygène faisaient merveille. La malade étant loin de toute pharmacie, il n'était pas commode de renouveler les ballons. Nous priâmes le mari de les gonfler lui-même en les insufflant de toutes ses forces. Le secret fut gardé et le résultat fut immédiat. Aux premières inspirations, la polypnée cessait.

Les affections organiques du système nerveux rangent la dyspnée parmi un de leurs symptômes secondaires. Les *méningites*, *compressions*, *hémorragies bulbaires*, toutes les affections des centres nerveux se compliquent de dyspnée aux périodes ultimes.

Quant aux *traumatismes*, nous n'en parlerions guère si les fractures des côtés n'étaient parfois en jeu. Celles-ci peuvent survenir à l'occasion de violentes quintes de toux. Quand une toux est douloureuse, il est toujours sage de procéder à un examen costal. Il arrive que les côtes se fracturent avec une facilité déconcertante. La compression du thorax supérieur et les opiacés seront dans l'espèce les bien venus.

C. F.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse par le chlorure de calcium.

Le chlorure de calcium a été surtout employé dans le traitement de la pleurésie depuis les travaux du Pr Léon Blum (de Strasbourg) et il faut reconnaître qu'il n'a pas donné les résultats qu'on en attendait. Blum (1921) avait employé la solution suivante :

Chlorure de calcium granulé sec. . . .		
Amidon soluble (= produit hydrolysé de l'amidon)	âà	30 gr.
Eau.		20 —
Sirop de citron ad.		100 —

Voici comment il procède. Dans les cas aigus il ordonne 15 gr. de $CaCl_2$ *pro die*, dose qu'il maintient si la fièvre persiste encore le deuxième jour ou qu'il diminue de moitié si la fièvre est tombée pour cesser complètement le troisième jour. En cas de persistance de la fièvre, il monte le troisième jour à 22 gr. de sel et il continue durant deux, trois jours selon les résultats obtenus. Dans les affections subaiguës et chroniques il met le malade pendant deux jours au régime pauvre en sodium et ensuite seulement il prescrit la médication cal-

cique. Il se produirait à la suite de ce traitement une résorption parfois rapide des épanchements et une chute souvent définitive de la température avec disparition des symptômes morbides.

M. Burnand (1923) mit en doute l'action antithermique et résolvante du traitement proposé par la clinique de Strasbourg.

En comparant une série de 9 cas traités par lui et une série de 13 cas non traités observés au sanatorium populaire de Leysin, M. Burnand cherche à établir que la pleurésie est le type de la maladie régulière qui, dans l'immense majorité des cas, fait son évolution suivant une modalité plus ou moins invariable, plus ou moins rigoureusement conforme au type suivant : ascension soudaine ou rapide de la fièvre, plateau de quelques jours ou fièvre rémittente de quelques jours, puis défervescence en escalier. Il suffit donc que le traitement, quel qu'il soit, soit commencé au bon moment pour que l'effet de la thérapeutique employée semble incontestable.

L'auteur admet cependant que la série des malades traités fournit des résultats un peu plus favorables que celle des malades non traités.

Albert Bolle (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 août 1926) reprend cette étude. Il a choisi uniquement les pleurésies exsudatives d'origine tuberculeuse, séro-hémorragiques ou séro-fibrineuses dont le contrôle a été fait au moyen d'une ponction exploratrice.

Tous ces exsudats étaient stériles au point de vue des microbes de l'infection banale et coexistaient avec des signes indubitables d'une affection tuberculeuse active où renfermaient des bacilles de Koch. D'autre part, il élimine tous les cas où l'affection coexistait avec de l'insuffisance cardiaque à cause de la complexité des facteurs qui interviennent dans le problème.

Bolle donna une potion de chlorure de calcium d'au moins 15 grammes par jour jusqu'à disparition du liquide. L'auteur suisse n'a eu aucune peine à faire absorber ces doses de médicaments. La potion cependant peut déclancher des nausées.

L'auteur ne constate pas une action antithermique.

Pour la résorption de l'épanchement, l'efficacité du chlorure du calcium est loin d'être constante puisque sur 9 cas, trois fois le traitement est resté inopérant. Albert Bolle s'est alors trouvé bien d'associer le chlorure de calcium au salicylate de soude soit par voie buccale, soit par voie rectale. Il donne, en particulier des petits lavements de 2 grammes de salicylate de soude dans 10 à 20 cc. d'eau chaude deux ou trois fois par jour.

Cinq fois sur neuf l'action combinée du $CaCl_2$ et du salicylate coïncide d'une manière frappante avec la chute du niveau de l'épanchement qui se fait régulièrement et progressivement jusqu'à disparition du liquide dans des limites variables mais en général remarquablement courtes.

Il n'existe malheureusement pas de statistiques indiquant le temps moyen qu'emploie un exsudat pour se résorber spontanément. Cela rend forcément bien subjectives ces appréciations sur la valeur thérapeutique des médicaments.

D'autre part, il existe des cas où il suffit de mettre le malade au lit pour voir la température redevenir normale et l'exsudat se résorber plus ou moins rapidement.

Cependant les malades chez lesquels l'exsudat n'a aucune tendance à la résorption spontanée ou tout au moins chez lesquels cette résorption est extrêmement lente doivent être traités et le traitement au chlorure de calcium associé au salicylate de soude semble une bonne méthode pour le traitement des exsudats séreux d'origine tuberculeuse, quand les malades supportent sans inconvénient digestif les hautes doses de chlorure de calcium.

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Comment traiter actuellement une angine ou une paralysie de diphtérique ?

Dans ces dernières années, le traitement de la diphtérie a subi des modifications, on peut dire des améliorations que tout médecin doit connaître.

On s'entend toujours sur les principes fondamentaux, frapper vite, fort et longtemps, mais les études nouvelles sur le sérum et sur la toxine diphtériques changent nettement la conduite à tenir.

Nous possédons actuellement; outre le sérum antitoxique ordinaire, *le sérum purifié*. Ce premier, compté en centimètres cubes, contient au minimum 250 unités antitoxiques par centimètre cube. Le second, le *sérum purifié, de* Ramon, est évalué en unités antitoxiques et est livré en ampoules de 1.000 et 5.000 unités. Ces dernières (de 10 cc.) correspondent au flacon de 20 cc. du sérum ordinaire. Le sérum ordinaire a une activité supérieure à dose antitoxique égale. Son action, sur la chute des fausses membranes, semble plus rapide et il reste l'agent de choix dans les diphtéries malignes ; à pareilles doses d'ailleurs, le sérum purifié occasionne également des accidents sériques et perd ainsi le principal de ses avantages.

En revanche, ce sérum purifié, dont l'indication essentielle est la séroprophylaxie, reste l'arme de choix dans le traitement des sujets déjà anaphylactisés par des injections antérieures, des prédisposés aux accidents sériques (asthmatiques, eczémateux, migraineux, etc.) et est destiné à supplanter le sérum ordinaire dans le traitement des diphtéries communes.

Voici comment P. Lereboullet, Gournay et M. Pierrot conseillent d'opérer dans les angines, (*Journal médical français*, octobre 1926).

1° *Dans les angines malignes*, on fera une injection quotidienne de 200 cc. de sérum ordinaire, 100 le matin et 100 le soir, moitié par injection intramusculaire (fesse), moitié par injection sous-cutanée (flanc). Continuer quatre à cinq jours.

2° *Dans les angines communes*, il faut recourir au sérum purifié :

Le premier jour : une injection le matin de 3 ou 4 flacons de 500 unités, le soir 2 ou 3 flacons moitié par voie musculaire, moitié par voie sous-cutanée.

Continuer trois à quatre jours en diminuant les doses de façon à injecter au total 60 à 100.000 unités.

3° *Dans les diphtéries larvées.* — Si la diphtérie est locale et bénigne, faire 10 à 15.000 unités le premier jour, et 5.000 unités un à deux jours plus tard. Si la diphtérie larvée est toxigène avec signes généraux, la sérothérapie doit être relativement intensive et ce n'est pas trop de 20.000 unités (quatre ampoules de 5.000) le premier jour et de 10.000 les deux jours suivants (soit 40.000 au total) pour juguler les accidents. Ces doses peuvent être augmentées dans certains cas plus tenaces et plus graves.

4° *Dans le croup*, il faut distinguer deux cas :

Tantôt il s'agit de *croup d'emblée*, sans angine préalable ou concomitante. C'est alors le traitement des diphtéries communes, injection en trois à quatre jours 60 à 120.000 unités, commençant naturellement le premier jour par une plus forte dose (30 à 60.000 unités) que l'on abaisse ensuite.

Tantôt au contraire, il s'agit nettement d'un *croup secondaire à une angine diphtérique*, et témoignant du caractère extensif et envahissant des fausses membranes diphtériques. Il faut alors mettre en œuvre une sérothérapie intensive : injection de 100 à 200 cc. de sérum, matin et soir, pendant trois, quatre et cinq jours pouvant atteindre et dépasser 1.000 cc. de sérum au total.

La statistique de P. Lereboullet vient plaider en faveur de l'efficacité de ces techniques. C'est ainsi que dans le premier semestre de 1926, au pavillon des Enfants-Malades, sur 225 *cas de diphtérie commune*, on n'enregistre *aucun décès* ; sur 48 *cas de croup*, dont certains fort graves, 8 *décès* ; sur 41 diphtéries malignes, 8 décès, soit une mortalité de 19 p. 100. Arriver à guérir plus de 80 p. 100 des diphteries malignes, dont certaines traitées après six à sept jours de maladies évoluant sans sérum, est un résultat digne d'être signalé ; ajoutons que la sérothérapie n'était pas seule employée et que les médications adjuvantes (opothérapie surrénale et strychnine) semblent avoir eu leur rôle.

5° *Dans les paralysies diphtériques.* — Sans insister sur la rareté des paralysies dans les diphtéries traitées de cette façon, nous résumerons la technique d'attaque de la paralysie diphtérique suivant la technique de P. Lereboullet :

Le sérum purifié est l'agent de choix à employer à la dose de 20.000 unités répétées quatre à cinq jours de suite par voie sous-cutanée et intramusculaire, faites même dans les cas graves matin et soir, afin d'injecter au total de 80 à 120.000 unités. Naturellement, ces injections sont faites avec prudence, s'il s'agit d'un réinjecté (comme c'est la règle), et il est bon d'utiliser pour les faire la méthode Besredka, en commençant par des doses minimes. La sérothérapie ne doit pas être seule mise en œuvre et la strychnine d'une part (un à trois milligrammes par jour en injections hypodermiques), l'opothérapie surrénale de l'autre, sont les compléments habituels de la cure. La sérothérapie ainsi pratiquée a manifestement agi dans la plupart des cas et il ne semble pas nécessaire de recourir aux mélanges toxo-antitoxiques hyperneutralisés préconisés par MM. Renault, P.-P. Lévy et Corby. Il ne semble pas d'ailleurs que le diphtérique, atteint de paralysies, soit susceptible de s'immuniser activement par l'anatoxine, et qu'il y ait par suite avantage à l'employer.

Sociétés Savantes

ACADEMIE DE MÉDECINE

Les eaux bicarbonatées calciques et l'élimination de l'acide urique. — MM. Desgrez, Rathery et Lescœur. — Le type des eaux bicarbonatées calciques est l'eau de Pougues. Des expériences faites sur des malades rhumatisants soumis au même régime et

après ingestion de 300 cm. d'eau de Pougues matin et soir, les auteurs concluent : l'acidité urinaire augmente grâce à l'élimination accrue de l'urate de calcium. D'autre part l'acide urique diminue dans le sang. Chez les hypo-uricemiques aucune modification n'est constatée.

La cicatrisation des plaies atones. — M. GLEY au nom de M. CHEVRIER (de Bordeaux). — Sur un courant de 120 volts, le liquide de RINGER dégage une certaine quantité d'ozone. Un membre malade soumis à l'électrolyse, pratiqué de cette manière, guérit ses plaies avec une rapidité étonnante.

Le rôle de la science dans le corps médical. — M. CHAUFFARD propose la modificatin du PCN, qui est un allongement onéreux et inutile au programme des études médicales, au moins convient-il que cette année préparatoire soit réformée dans le sens des études médicales.

M. RICHET estime qu'il est préférable que d'autres maitres que ceux des facultés de médecine enseignent les éléments des sciences.

M. QUÉNU appuie la proposition de M. CHAUFFARD, M. Marcel LABBÉ et M. BÈCLÈRE, pensent au contraire que l'enseignement préparatoire de la physique et de la chimie ne sauraient être trop poussé. A condition, dit M. DESGREZ, que les connaissances soient orientées dans le sens des besoins de la médecine. Ce qu'il faut, dit M. BARRIER, c'est une année d'adaptation au sens des études ultérieures.

M. WEISS. — Il faut qu'à la sortie du lycée, les connaissances scientifiques soient mieux acquises.

Election d'un vice-président. — M. BALZER est nommé vice-président de l'Académie par 58 suffrages. MM. CADIOT et WALTHER sont nommés membres du Conseil pour l'année 1927.

Election de deux correspondants nationaux (3e division : Hygiène).

1re Election : M. BURNET (de Tunis) est élu par 40 suffrages contre 25 à M. CHAUMIER (de Tours) et 3 à M. LOIR (du Havre).

2e Election : M. CHAUMIER est élu par 40 suffrages contre 26 à M. LOIR.

21 décembre 1926.

SOCIÉTE MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 décembre 1926.

Lymphomatose médullaire aiguë aleucémique. Leucopénie extrême. Poussée leucémique transitoire. — MM. ROCH et J. MOZER (de Genève) rapportent un cas de lymphomatose aiguë, de forme atypique. Pendant un mois la maladie évolua sous une forme extrêmement leucopénique (moins de 1.000 leucocytes) et l'absence de symptômes caractéristiques de la myélose aiguë ne permirent pas de poser d'emblée un diagnostic exact. Le tableau clinique et hématologique rapprochait plutôt le cas de l'agranulocytose (angine, leucopénie avec 90 0/0 de lymphocytes, évolution rapide, fébrile). Le diagnostic différentiel de ces deux états peut être difficile. Une brusque poussée leucémique (73.000 lymphoblastes) dévoila la véritable nature de l'affection. La malade mourut peu après de nouveau aleucémique.

MM. ROCH et J. MOZER signalent l'augmentation des globules rouges (de 1,5 millions à plus de 3 millions) survenue en même temps que la poussée leucémique, témoignant d'une action s'exerçant à ce moment sur les éléments de la série rouge aussi bien que blanche.

Pleurésie purulente primitive à symbiose fuso-spirillaire. — M. RIMBAUD à propos d'un cas dans lequel l'analyse bactériologique révéla à l'état de pureté le bacillus fusiformis et le spirocheta Vincenti, donne les signes cliniques susceptibles de caractériser cette suppuration pleurale : début brutal, apparition précoce des symptômes généraux graves, apyrexie complète pendant toute la durée d'évolution de la maladie, efficacité remarquable de la pleurotomie, qui, à elle seule, à l'exclusion de toute autre thérapeutique amena la guérison.

Le malade observé était indemne de toute affection broncho-pulmonaire antérieure, mais consécutivement à un abcès dentaire, il était porteur d'une fistule sous-maxillaire qui paraît avoir été la porte d'entrée de l'infection fuso spirillaire.

Sarcome mélanique cérébral à foyers multiples. — MM. Georges GUILLAIN et J. DARQUIER rapportent l'observation d'un malade chez lequel se développa, en quelques mois, la symptomatologie d'une tumeur de la calotte protubérantielle gauche avec syndrome d'hypertension intra-cranienne, paralysie des 5e, 6e et 7e paires gauches, nystagmus spontané dans le regard à droite, hémianesthésie de la moité droite du corps à caractère syringomyélique ; aucune atteinte ne fut constatée des voies pyramidales ou cérébelleuses. L'autopsie de ce malade, mort peu de temps après une craniectomie décompressive, permit ne constater une sarcomatose mélanique cérébrale diffuse. Dans les hémisphères cérébraux existait plus d'une centaine de noyaux métastatiques. La plus volumineuse des métastases siégeait dans le lobe frontal gauche et atteignait le volume d'un gros œuf de poule ; il existait deux petits nodules à la face inférieure de l'hémisphère

gauche du cervelet, un nodule au niveau de l'angle ponto-cérébelleux droit, un nodule dans la calotte protubérantielle gauche. La plupart des nodules métastatiques étaient le siège de petites hémorragies. L'examen histologique des tumeurs fit reconnaître la structure typique du sarcome mélanique avec cellules pigmentaires, véritables mélanophores, tachetées par une fine poussière de mélanine.

Les auteurs insistent sur ce fait que, parmi ces multiples tumeurs des centres nerveux, une seule, celle de la calotte protubérantielle gauche, a donné des signes de localisation. Il convient de remarquer l'absence de troubles mentaux malgré une volumineuse tumeur du lobe frontal gauche. Ces particularités cliniques s'expliquent sans doute par ce fait que les tumeurs métastatiques sont plus compressives que destructives. Il paraît vraisemblable que les hémorragies constatées ont été une conséquence de la craniectomie décompressive. On comprend combien, dans de tels cas, la ponction lombaire peut aussi être éventuellement dangereuse, en provoquant, par des modifications brusques de tension, des hémorragies au niveau des vaisseaux congestionnés et altérés. hémorragies qui seront tout particulièrement graves si les tumeurs siègent dans la région bulbo protubérantielle.

L'acidose dans les néphrites. — MM. F. Rathery et Julien Marie rapportent trois observations de néphrites chroniques hypérazotémiques s'étant accompagnées d'acidose.

Cliniquement aucun de ces malades n'a présenté de dyspnée de Cheyne-Stokes. Par contre la dyspnée d'un de ces malades rappelait la respiration polypnéique de Kussmaul.

L'acidose a été mise en évidence :

1° Par l'étude de la réserve alcaline qui s'est montrée constamment abaissée ;

2° Par l'étude de PH sanguin, du PH urinaire e de la réponse de ces derniers à l'épreuve du bicarbonate de soude.

Rétrécissement congénital de l'aorte. — MM. Pilod et Hugonot (du Val-de-Grâce), présentent un jeune homme de 20 ans porteur d'un double rétrécissement congénital de l'aorte à son origine et au niveau de l'isthme.

Le sujet, vigoureux et bien constitué, n'a aucun trouble fonctionnel, pas de maladies infectieuses dans ses antécédents. Le rétrécissement de l'isthme se manifeste par un souffle doux holosystolique siégeant dans l'espace omo-vertéral gauche, perceptible dans l'aisselle correspondante et par le contraste entre le pouls radial sensiblement normal et le pouls fémoral, imperceptible au doigt, à peine dessiné sur les graphiques. Pas de circulation artérielle supplémentaire visible. Augmentation du calibre de la crosse aortique.

L'atrésie de l'orifice artériel se présente avec ses signes classiques (souffle systolique râpeux au 2e espace intercostal droit, se propageant dans les vaisseaux du cou, frémissement localisé, gros ventricule gauche).

M. Laubry insiste sur les caractères du rétrécissements fruste de l'isthme de l'aorte. Pour déceler ces rétrécissements il faut avoir recours aux moyens d'investigation moderne. La différence de pulsation entre les membres supérieurs et les membres inférieurs constitue un syndrome spécial même en l'absence de souffle spécial.

Réactions de déviation par les antigènes soi-disant spécifiques dans le sérum des tuberculeux et des syphilitiques. — MM. Maurice Renaud et Petitmaire. — Afin de juger de la spécificité, et par là de la valeur des réactions de fixation telles qu'on les pratique couramment pour le diagnostic de la tuberculose et de la syphilis, les auteurs ont étudié le sérum de malades choisis avec soin, d'une part de jeunes tuberculeuses avec expectoration bacillifore, et d'autre part de sujets jeunes atteints d'une syphilis certaine. Ils ont éprouvé le sérum par addition, d'une part d'antigène de foie habituel, et d'autre part d'antigène méthylique de Boquet Nègre. La réaction a été faite sur la technique préconisée par MR établissant dans une série d'expérience, et toutes choses égales le taux C de la valeur anti-complémentaire du sérum, celui de la déviation due à l'antigène de Wassermann, et celui de la déviation à l'antigène tuberculeux T.

Sur 135 sujets syphilitiques, 100 donnent une réaction positive à l'antigène tuberculeux et sur 123 tuberculeux, 86 donnent une réaction positive à l'antigène de Wassermann, les réactions moyennes étant presque toutes égales avec les deux antigènes.

Ces résultat pratique, s'il déconcerte les adeptes de la théorie de la spécificité selon Erhlich, confirme pleinement les vues de MR sur la nature et la valeur des déviations.

Les déviations de complément décèlent un trouble humoral certain, intéressant à bien étudier, mais dont la présence n'est jamais carectéristique d'une maladie.

La possibilité d'obtenir, avec le même sérum et sous leur forme la plus typique, deux réactions tenues pour différentes montrent quelle prudence il faut apporter à l'interprétation des résultats. Il apparaît nécessaire de faire des réactions très nuancées, comme celles que pratiquent les auteurs, d'utiliser en même temps des antigènes très différents et de ne tirer des données des réactions que des notions de probabilité, jamais de certitude.

Bronchopneumonie caséo-ulcéreuse thoracoplastie extrapleurale au cinquième mois d'une grossesse.

guérison classique 2 ans 1/2 plus tard. — M. SAYE (de Barcelone) rapporte une très intéressante observatiod d'une bronchopneumonie ulcéro caséeuse traitée en pleine grossesse et avec succès par une thoracoplastie extrapleurale.

M. RIST insiste sur l'importance de l'observation rapportée. C'est la première connue actuellement.

Ostéopathie héréditaire dissemblable. — Mme O. CROUZON, Mlle S. BRAUN et M. P. DELAFONTAINE rapportent l'observation d'une mère atteinte de maladie de Paget et fille atteinte de dystrophie osseuse indéterminée.

Dyschondroplasie. — M. CROUZON et Mlle VOGT présentent une malade atteinte de maladie d'Ollier.

BIBLIOGRAPHIE

Travaux et Mémoires, par M. Pierre MARIE. — Un volume in-8°, 350 p., MASSON, édit.

En réunissant différents mémoires publiés au cours de sa lumineuse carrière, M. Pierre MARIE a plus que fixé l'intérêt sur un certain nombre de notions neuves qu'il a introduites en médecine. Le volume actuel qui est le premier de la série renferme des études sur la *spondylose rhizomélique*, l'*ostéoarthrite hypertrophiante pneumique*, l'*achondroplasie chez l'adulte*. Et tout cela indique de la part de l'auteur une attention surveillée, une rigueur dans l'examen, une faculté de contrôle qui isole, sépare, détache, des qualités de pondération et de finesse dans la critique, le tout servi dans une forme d'expression nette, probe, simple et la plus heureusement adaptée à son objet. Mais la valeur de tous ces mémoires est dépassée par la supériorité des pages sur l'aphasie. Chacun sait que c'est M. Pierre MARIE qui a démontré la fragilité de la conception de Broca. Pendant près de quarante-cinq ans, le monde scientifique avait vécu sur une erreur. La légèreté de Broca avait été telle que les cerveaux sur lesquels il édifiait sa retentissante communication n'avaient pas même été sectionnés.

Il faut lire cette analyse pressante, serrée, minutieuse. Elle dépasse de beaucoup la curiosité même du problème qu'elle résout. Elle apprend en médecine comment naissent les dogmes, par quel concours de sentiments affectifs et de passions, une constatation superficielle, incomplète, élaborée à la hâte arrive à enflammer l'enthousiasme et du même coup éteindre la rectitude du jugement chez ceux qui applaudissent.

La découverte de M. Pierre MARIE a éclaté comme un coup de tonnerre. Alors ce n'était pas vrai et les maîtres qui enseignaient ne s'apercevaient pas de l'erreur ? En médecine, en littérature, de temps à autre de ces erreurs jaillissent qui illuminent comme un rais d'éclair. Les mémoires de M. Pierre MARIE s'apparentent en littérature et comme agent de renversement des idées admises, pour ne citer qu'un livre, au *Disciple* de M. Paul BOURGET. On vivait sur des dogmes faux ; un culte les célébrait. Puis voici venir le vengeur qui déchire toute cette friperie conventionnelle dont s'habillaient et se drapaient les esprits d'une époque. M. Pierre MARIE en rétablissant sur des bases définitives la conception de l'aphasie, a rendu du même coup un grand service à l'intelligence médicale. Il lui a fait comprendre le danger de l'asservissement à la parole du maître et la nécessité des vérifications attentives en pleine liberté d'examen.

Le traitement du Diabète, 2e *édition*, par Marcel LABBÉ, professeur de Pathologie générale à la Faculté de Paris, médecin de la Pitié. 2e édition, revue, 1 volume de 158 pages. (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*). (MASSON et Cie, éditeurs). Prix de base pour la France : 8 francs. En plus hausse variable (40 p. 100, juillet 1926). Prix fixe pour l'Etranger : 0 dollar 32.

Ce petit livre s'adresse à la fois aux médecins et aux malades qui y trouveront des indications pour l'application du traitement et du régime au cours du diabète.

La 1re édition a été épuisée rapidement. Le succès était mérité. On peut avec ce livre surveiller le régime des diabétiques, les rendre suffisamment variés, grâce à des recettes culinaires.

La plus grande partie du livre est consacrée au traitement du diabète : règles générales, traitements appropriés aux diverses formes de diabètes et à leurs complications, traitement par l'insuline.

Le médecin peut ainsi avoir une connaissance très sûre de la pathologie alimentaire, des notions de cuisine, des recettes culinaires précieuses.

La thérapeutique alimentaire, par R. ALLENDY et G. RÉAUBOURG. Paris, VIGOT FRÈRES, Editeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine. Un volume in-8 carré, 208 pages. Prix : 10 fr. (*Majoration* 40 %).

Le régime alimentaire est une médication de synthèse. Il s'adresse à la nutrition, c'est-à-dire à l'ensemble de la vie organique. De là, sa supériorité sur les remèdes médicamenteux. Ceux-ci ne s'adressent le plus souvent qu'à un symptôme, c'est-à-dire un fragment du mal. Les auteurs publient à la fin de leur livre une quantité de menus culinaires. Ceux-ci sont toujours végétariens. La viande est inutile et la plupart du temps nuisible. En tous cas, nous en consommons beaucoup trop.

Troubles nerveux dans les maladies tropicales. (*Conférences faites à l'Université de Paris, à l'Institut Franco-Brésilien de Haute Culture*), par le Dr A. AUSTREGÉSILO. *Professeur de clinique neurologique de la Faculté de Médecine de Rio de Janeiro.* — Un volume de 140 pages. Prix : 15 francs.

Le Gérant, en chef gérant du *Journal des Praticiens* : CH. FIESSINGER
R. C. PARIS N° 40.703

PARIS. IMPRIMERIE A. TOURNON, 257, RUE SAINT-HONORÉ. — 1926