

-32-

COMPTES-RENDUS

DU

XII CONGRÈS INTERNATIONAL  
DE MÉDECINE

MOSCOU, 7 (19)—14 (26) AOÛT 1897.

EXTRAIT

MÉMOIRE

Par

MOSCOU.

Société de l'Imprimerie „S. P. Yakovlew“, Saltykovski, péreoulouk, 9.

1900.

fections d'origine gastro-intestinale avec signes d'extrinsèque très divers et qui parfois, comme il arrivait la dernière année dans notre ville, se montrent en grande prévalence épidémiquement favorisées par la température plus ou moins élevée d'été, et assurément aussi par les conditions hygiéniques; et pour sûr celles-ci n'étaient pas les meilleures, à cause des nouveaux égouts encore en construction, et donc la nécessité de renouvellement continu du sous-sol contemporanément eût bien des points différents, et par conséquence à cause de la construction et de la progression des travaux, les grandes, prolongées ouvertures, le long des cours et des rues, ce qui dans son ensemble explique la majeure virulence, le peu d'épargne pour les endroits même très salubres et des degrés sociaux plus élevés, et ceux qui alarmés s'en allaient à la campagne, n'étaient pas attaqués ou l'étaient dans une forme atténuée.

Le tube gastro-entérique est le principal et plus important fabricant de poisons de notre organisme et spécialement dans les enfants, dans lesquels, pour un tas de causes, est amoindrie la faible résistance; on peut répéter avec Bouchard, que l'organisme, soit dans l'état normal, soit dans le pathologique, est un laboratoire et un asile de poisons. Quels liens intimes ont dans la pathologie infantile les gastro-entériques et les infections, et quel capital important elles représentent, il est une personne qui ne le sache et ne le considère, et comme les microbes, devenus pathogènes dans la fabrication, dans le triste travail de leurs toxines répandent la production délétère de cette usine dynamitarde, le tube digestif, à tout l'organisme. J'ajouterai, en général, que en suivant les lois de la biologie et de la clinique et en examinant les désordres fonctionnels du tube gastro-entérique, relativement au chimisme, à la motilité, au pouvoir absorbant, à la base de ces cognitions progressées, on arrive, plus ou moins, à l'explication du déterminisme des phénomènes.

Mais il est bien plus différent le coefficient d'observation dans l'organisme vivant que dans celui produit artificiellement, in vitro, même en se servant des plus complets moyens de recherche mis ensemble, dont le progrès scientifique puisse nous faire disposer. Assurément, dans notre cas, comme j'ai déjà dit, c'est le bactérium coli commun, qui dans les phases très diverses de son évolution avec la variabilité de l'ambiant gastro-intestinal nous donne l'infection susdite; mais pourrions-nous la spécifier, la limiter, la reproduire et nous donner donc un compte de tout ce qui est le résultat de l'observation clinique? Pour l'amour de la science, qui n'a pas de patrie mais qui est cosmopolite, j'en fais les plus sincères et flatteurs souhaits.

Je finis avec un mot très rapide sur la thérapie. Non pas sceptique, par propos, mais non pas facile enthousiaste, et par contre observateur convaincu et peut-être même rude dans la franchise de ma conviction, bien prêt, cependant, à faire toujours amende vis-à-vis de la preuve et de la réalité des faits, on ne peut pas nier que l'infection, en général, n'est pas sous notre domination. Le traitement des phénomènes est relativement, dans notre main, et indirectement sur les infections soutenir les énergies d'autant plus aisément entamées du petit organisme, pour qu'il ait des armes pour se défendre, pour soutenir, pour

vaincre la lutte. Je ne crois pas aux antipyrétiques, aux antithermiques chimiques, qui agissent à base d'empoisonnement, et donc de dépression; et une fois finie leur action, reste l'effet maléfique et les centres thermogènes, influencés par les conditions persistentes de l'infection, se réactivent et d'autant plus, que l'organisme appauvri correspond mal. La quinine qui, dans la vétusté de son ancienne et reconnue action, n'est pas abattue du trône par la longue expérience et les applications de bandes froides jusqu'à l'enveloppe complète et au bain, représentent le majeur traitement, outre l'alimentation prévalablement du lait. Pour celle-ci par contre, si d'autant plus il y a un vomissement et obstiné, j'ôte tout et j'insiste spécialement dans le premier temps, eu suivant nos anciens, sur l'abstinence, en obtenant, certes non pas facilement, que l'estomac de l'enfant reste en repos pendant plusieurs heures et même s'il est possible une journée toute entière. D'un autre côté je me confie de suite au purgatif, spécialement drastique, et donc de graines de ricin spécialement préparé; pour que, au déménagement déjà arrivé, se puissent arranger de nouveau le chimisme, la motilité, le pouvoir absorbant. Après, le calomel, dans des doses très faibles, qui a une action bien reconnue antifermentative. Aux antiseptiques intestinaux j'ai vraiment peu de confiance, et les recherches expérimentales, à cet égard, nous ont donné des résultats variables, mais dans l'ensemble pas efficaces et le bécaneau de l'enfant ne répond pas d'une autre manière. Je me confie au lavement intestinal avec des entéroclismes d'eau simplement stérilisée. Pour le reste c'est un traitement phénoménique.

Dr. **Moncorvo-fils** (Rio de Janeiro).

### Sur les lymphangites dans l'enfance et leurs conséquences.

En examinant minutieusement les documents que possède la littérature médicale concernant l'étude des affections du système lymphatique, il nous fut donné de reconnaître que les auteurs se sont occupés d'une façon presque exclusive des lymphangites chez les adultes, celles du jeune âge ne les ayant que trop peu intéressés. Cela est vrai encore même en ce qui touche les travaux consacrés tout particulièrement à la pathologie ou à la clinique infantiles. Un stage pourtant pendant cinq années au service de pédiatrie à la policlinique de Rio de Janeiro, dirigée par mon père le Prof. Moncorvo, dont nous sommes le chef de clinique, nous permit de nous livrer sur une vaste échelle à des recherches cliniques et bactériologiques au sujet des phlegmasies du système lymphatique dans l'enfance et des néoplasies qu'elles engendrent.

Cette sorte de manifestations morbides constitue un chapitre assez intéressant de la nosologie infantile, du moins pour ceux qui exercent dans un climat chaud, où elles sont plus fréquemment observées.

Le système lymphatique étant plus développé vers les premières époques de la vie, il est facile à comprendre que les affections, dont il est le siège, se montrent plus communément chez les enfants que chez les

adultes. Au nombre des auteurs qui se sont occupés des lymphangites à cette époque de la vie, nous citerons Mazaç Azema, Claudio da Silva, **Fernand Roux**, Corre.

D'après le premier de ces observateurs, l'anémie tropicale serait l'un des facteurs les plus actifs parmi les causes prédisposantes des lymphangites des pays chauds. Nous sommes loin d'accepter cette manière de voir, en nous appuyant d'ailleurs sur les recherches de Marcel, Van-der-Sheer, José Lourenço, A. Sodré, Eykman, Maresrange et M. Péreira, lesquels ont trouvé soit une hyperglobulie physiologique, soit le chiffre normal des hématies chez des individus qui habitent les pays chauds.

Ne serait-il plus raisonnable de voir dans la moindre activité de la fonction fagocytaire la plus grande prédisposition des enfants à l'anguélocyte?

Cette domination du pouvoir fagocytaire s'explique bien d'ailleurs par l'invasion précoce d'autres infections parmi lesquelles figure au premier rang la malaria.

Patrick Manson, Lewis, Bancroft, Cobbold, Wucherer, Silva Lima, S. Araujo, S. de Magalhães et d'autres ont rapporté tous des cas de lymphangite tropicale à la filaire sanguinis hominis; cette manière de voir d'abord largement accueillie, ne tarda à une époque plus récente de trouver des contradicteurs. Sommerville ne pouvait comprendre que les chinois soient si victimés par la lymphangite ainsi que par l'éléphantiasis, alors qu'ils ne boivent que de l'eau chaude. Calmette a fait la même remarque. Aussi Paterson, Moncorvo, S. Araujo et nous-mêmes avons cherché en vain l'embryon de filaire chez plusieurs individus atteints de lymphangite ou d'éléphantiasis, alors que le premier a pu la rencontrer dans le sang de personnes absolument saines à Bahia.

Encore à l'étranger le résultat négatif de pareilles recherches, faites chez des malades affectés de lymphangite ou de leur conséquence, fut signalé par Darier, Hirsch, Guiot, Tilbury Fox, Alfredo da Costa etc. De plus Lewis, P. Manson et Bancroft n'ont pas toujours retrouvé l'embryon de filaire chez des éléphantiasiques.

Un autre argument opposé—de Manson et ses contrôleurs—c'est la rareté des lymphangites dans quelques pays, comme l'Australie, où les autres états morbides de nature filarienne sont cependant très communs. D'ailleurs les observations de plusieurs auteurs, ainsi que celles du Prof. Moncorvo et les nôtres montrent que les autres manifestations rapportées à ce helminthe (telles que la chylurie, le lymphosérotum et le crawl-crawl) ne s'observent point chez les enfants qui sont cependant si exposés aux lymphangites. Tout cela devrait forcément nous engager à rechercher dans les cas de cette nature un autre agent capable de les expliquer.

Billroth avait déjà signalé l'existence de microcoques dans des cas de lymphangite, Rosenbach y avait trouvé le staphylocoque pyogène et Cornil et Babès y avaient rencontré les germes du pus. En 1889, Verneuil et Clado, ayant découvert dans quatre cas de lymphangite protopathique le streptocoque de Fehleisen, ont porté cette conclusion, à savoir qu'il y avait une parfaite identité de la nature de la lymphangite et de celle de Périysipèle. Plus tard, en 1892, Sabouraud

retrouva ce microorganisme dans le sérum prélevé chez trois adultes atteints d'éléphantiasis. A la même époque nous nous sommes livrés à des recherches analogues chez de jeunes sujets. Chez vingt malades affectés soit de lymphangite, soit encore d'éléphantiasis, il nous a été ainsi donné de rencontrer le germe de l'erysipèle avec tous leurs caractères bactériologiques.

Les cultures furent pratiquées sur des milieux divers, tels que le bouillon liquide de viande, de gélatine, des bouillons solides de gélatine, sur la gélose, etc. Aussi des recherches expérimentales complémentaires furent exécutées sur des chiens, cobayes et lapins. Les inoculations faites aux oreilles de ces animaux donnèrent souvent lieu à des plaques érysipélateuses bien caractérisées, bien qu'elles eussent été pratiquées avec des cultures pures des streptocoques de la lymphangite typique. De nos soigneuses investigations nous-croyons pouvoir déduire:

1° A la suite des recherches si concluantes de Verneuil et Clado, de Sabouraud et des nôtres propres on a le droit d'admettre que la lymphangite et l'erysipèle ne sont en réalité que des modalités diverses d'une même affection d'origine microbienne;

2° Le germe auquel celles-ci doivent leur origine n'est autre que le streptocoque de Fehleisen, identique d'ailleurs, d'après les modernes investigations, au streptocoque pyogène;

3° Ce microorganisme peut rester dans l'organisme à l'état latent, ainsi qu'il découle de nos propres recherches, ce qui explique les récurrences, originaires très souvent des néoplasies éléphantiaques.

Ces conclusions furent signalées déjà en 1893, et encore une fois en 1896 dans une monographie publiée à Rio de Janeiro sur les lymphangites dans l'enfance et leurs conséquences. Ce fait paraissait généralement admis, lorsque en 1894 Fischer et Lévy ont prétendu démontrer, en Allemagne, que le staphylocoque était le germe plus souvent rencontré dans les cas de cette nature. Il nous semble pourtant que cette affirmation tienne à quelque faute de technique. Une fois démontrée de effet la présence habituelle du staphylocoque sur la surface cutanée, rien de plus facile que son introduction dans les éléments soumis à l'examen—c'est ce qui semble être également arrivé à Pronome et Uffreduzzi pour lesquels l'erysipèle serait toujours dû au staphylocoque.

Les recherches pourtant d'Achalmé, Follet, De-Brun et plusieurs autres donnent gain de cause à mes conclusions, lesquelles trouvent d'ailleurs leur parfaite justification dans les expériences entreprises par Mafredi et Traversa qui avaient déterminé sur des animaux inoculés avec des toxines provenant de cultures pures du streptocoque de Fehleisen des phénomènes généraux absolument identiques à ceux observés dans des cas de lymphangite aiguë grave de notre climat: fièvre intense, troubles nerveux sensoriels (céphalée, coma), troubles d'excitation motrice (sursaut tendineux, contractures, contractions cloniques et toniques), parfois du délire accusé.

Enfin la plus grande gravité des lymphangites dans les climats chauds relève, d'après De-Brun, de la virulence que gagne le streptocoque de Fehleisen.

Parmi les causes somatiques, il faut relever l'influence de l'âge. Bon nombre d'auteurs, tels que Azema, Vinson, Corre, Godard, Mo-

ammed-Ay-Bey, Gaurraud, Hebra, Cloquet, Gilbert, Alphonseca, Broquère et d'autres avaient cru l'angéulocyte, de même que l'éléphantiasis, trop rares dans le jeune âge, plusieurs d'entre eux allaient même en nier l'existence à cette époque de la vie.

Une enquête pourtant faite dans diverses archives permet de voir signaler un certain nombre de cas de cette nature observés chez des petits sujets; tels sont ceux rapportés par Léon Labbé, Guéniot, Langelongue, Beck, Bardeleben, Weber, Ruge et Waring qui trouva sur un total de 945 cas 156 dans l'enfance, soit une proportion de 16%. Parmi 153 cas d'éléphantiasis recueillis par mon père, le Prof. Moncorvo, 44 appartenaient de son début à l'enfance. En ce qui nous concerne, on outre 36 cas de lymphangite aiguë chez des enfants retirés d'un nombreux stock d'observations analogues, il nous fut donné de voir 16 cas d'éléphantiasis, dont 12 d'origine congénitale: ils ont constitué le sujet de leçons cliniques professées par mon père le Prof. Moncorvo. Il est bon d'ailleurs d'ajouter que d'autres faits d'éléphantiasis congénitale ont été signalés par Jacobi, Steinwirker, Bussev, Neelson, Everke, Kner, Waitz, Lindfors, Moure, Holmes, Wilson, Jordan, Spietschka, Coley, Nonne, Archambault et Raphaël Sarra.

La lymphangite ne semble avoir aucune prédilection pour l'un ou l'autre sexe. De l'hérédité, les uns l'admettent, tandis que d'autres en refusent l'influence. Il suffit cependant de savoir que le streptocoque se transmet à l'organisme fœtal par l'intermédiaire de la circulation placentaire pour se ranger du côté des premiers. Nous avons rencontré chez nous des familles dont les membres souffraient les uns de lymphangite, les autres d'éléphantiasis.

Dans les cas d'éléphantiasis congénitale où une enquête a pu être faite, en même temps que l'examen bactériologique y démontra la présence du streptocoque pyogène, l'influence de l'hérédité resta hors de doute.

C'est Lorrain qui avait observé des péritonites chez des nouveau-nés, issus de mères atteintes d'infection puerpérale. Simone de son côté a démontré le passage à travers la placenta du streptocoque pyogène. Aussi Runge et Kaltemback avaient signalé la desquamation de la peau du fœtus provenant de femmes affectées d'erysipèle. Le fait le plus intéressant fut cependant celui relaté par Lébédév. Celui-ci se rapporte à une femme atteinte d'erysipèle au cours de sa grossesse qui avorta au sixième mois. Le fœtus qui succomba dix minutes après présentait la peau altérée et renfermait des streptocoques de Fehleisen dans les tissus du cordon ombilical; ils étaient absents dans la placenta et dans le sang du fœtus. Le streptocoque dans ce cas pénétra à travers les villosités éphéroliales dans le placenta, dans les voies lymphatiques des annexes et d'ici jusque dans le derme. Voilà donc une voie décrite par Lébédév, encore inconnue pour les autres germes.

En 1890, Demelin a fait des recherches qui démontrent la possibilité de l'infection du liquide amniotique, lorsque la rupture de la poche s'opère prématurément, ce qui a lieu en la proportion de 12%.

Quant à la race, il faut remarquer que la race noire, plus épargnée que les autres, ne jouit guère pour cela d'une immunité complète.

Quant à la symptomatologie, nous-avons cru devoir dresser le tableau qui suit:

tableau qui suit:				
Lymphangites.	Protopathiques	Aiguës	{	Bénignes (locales).
		Subaiguës		Graves (intoxication générale).
		Chronique.		
	Deutéropathiques	Syphilis	{	
		Tuberculose		Staphylocoque albus, cereus, citreus, aureus.
		Germes pyogènes		Streptocoque pyogène.
	Complicquées.—Paludisme (lymphangite pernicieuse).			

Les lymphangites du premier groupe, plus communes dans les pays chauds, tiennent à la plus grande majorité des cas au streptocoque de Fehleisen ou plus rarement à la filaire de Wucherer. La lymphangite grave, assez fréquente à Rio de Janeiro, se traduit en général par des symptômes locaux ou généraux à peu près graves. Quelques médecins voyaient dans les cas plus accusés l'influence du paludisme, en les jugeant une forme de la fièvre pernicieuse. Cette manière d'envisager le fait n'est aujourd'hui plus admissible.

Dans la forme subaiguë ou chronique il est très commun de voir succéder l'évolution progressive de la néoformation éléphantiaque.

Dans les 3 groupes de lymphangites deutéropathiques nous-avons compris des phlegmasies lymphatiques provoquées par les éléments irritants d'origine syphilitique, tuberculeuse ou pyogénique. Dans ces cas l'érysipélococcus peut pénétrer par les ulcères exposés, comme l'ont observé Sabouraud, Neumann, Kaposi, Darier et Landaus, Fournier et Clarac, Moncorvo par rapport à la syphilis, et Boitoux, Mathieu, Vidal et Coculet, Follet et Sabouraud par rapport à la tuberculose. Nous comptons pour notre part des exemples de cette sorte de lymphangites dans notre stock d'observations.

Dans le groupe des lymphangites que nous avons désignées sous le nom de complicquées, sont rangés les cas de lymphangite dans lesquels on trouve une infection palustre qui les précède, les accompagne ou leur succède. Ainsi que Verneuil l'avait fait remarquer, une fois admise l'existence à l'état latent de l'une ou de l'autre de ces affections, il est juste à croire que l'intérence de l'autre amène l'éclosion franche de la précédente, toutes deux évoluant désormais conjointement. Cela trouve sa confirmation dans la constatation, ce qui m'a été souvent donné de faire, du streptocoque de Fehleisen chez des individus atteints de crises répétées de lymphangite, mais alors en l'état d'une parfaite normalité apparente. Les formes de lymphangite connues autrefois à Rio sous le nom de lymphangites pernicieuses, rapportées par les médecins d'abord à l'empoisonnement palustre, n'ont aujourd'hui plus raison d'être, il ne s'agissait donc là que d'une lymphangite aiguë compliquée de paludisme, parfois aussi d'une assez grande acuité. On sait d'ailleurs que l'hématozoaire de Laveran ne jouit nullement de la propriété phlogogénique et pyogénique que possède le streptocoque à une haute échelle. Les symptômes particuliers de la soit-disant lymphangite pernicieuse divergent sensiblement de ceux caractéristiques pour les formes classiques du paludisme aigu, le type dit pernicieux ayant une durée plus courte que

celle de la lymphangite. Enfin la quinine, le spécifique par excellence contre le paludisme, reste sans influence appréciable sur la lymphangite isolée.

D'une façon générale on peut dire que les manifestations qui traduisent la lymphangite dans le jeune âge ne diffèrent guère sensiblement de celle du côté local que du côté général, de celles observées à l'âge adulte. Elles ne comportent donc pas une description spéciale.

Il y a peu de choses à dire de particulier à l'enfance en ce qui regarde l'anatomie de la lymphangite. Quant aux adultes, les travaux entrepris sous ce point de vue ne sont point nombreux; on n'a pu signaler que ceux de Cadiat, Renaut, Corre, Moynac, Fuenet et quelques d'autres. Ce qui semble résulter de ces recherches, c'est qu'au point de vue anatomo-pathologique il y a lieu de vérifier l'identité des processus de l'érysipèle et de la lymphangite, ainsi que la bactériologie de fait voir de son côté.

Les investigations concernant la néoplasie éléphantiaque, plus nombreuses d'ailleurs, permettent d'établir à ce propos dans l'enfance quatre types: la forme scléreuse, hypertrophique, localisée ou généralisée, avec dilatation des lymphatiques et hypergénèse du tissu conjonctif, la forme fibromateuse pure, la forme télangectasique, dans laquelle prédomine la dilatation du système vasculaire sanguin, comme les naevi, les vastes angiomes confluent développés dans l'épaisseur des tissus, puis secondairement ou lipomateux, finalement la forme mixte de la lymphangectasie et de la télangectasie. Les deux premières formes sont celles les plus fréquentes dans le jeune âge. Quelques exemples de la forme mixte furent publiés par Archambault, Schmidt, Shuh, Pitha, Pauli, tandis que nous n'avons trouvé dans les archives que deux cas du quatrième type, dus à Watz et à Moncorvo.

Quelle sera la porte d'entrée de l'érysipélococcus?

Bien que sa vehéculion par l'air soit considérée exceptionnelle par Achalmé, Emmerich, Eiselberg, Uffelmann et Linden, basés sur leurs propres observations, affirment de l'y avoir trouvé.

A l'avis d'Achalmé et d'autres observateurs, la transmission se fait d'une façon médiate ou indirecte; les doigts, les linges, les vêtements, les instruments chirurgicaux, tels sont les agents habituels du transport, lorsqu'ils sont touchés par des liquides renfermant le microorganisme. Le papier-monnaie peut aussi le transmettre. Acosta et Grande Rossi, en 1894, découvrirent sur des traces du vésicatoire les streptocoques érysipélateux au milieu de huit espèces microbiennes pathogènes. Il est aussi bien admissible l'invasion du système lymphatique par les streptocoques existant dans la cavité buccale, ainsi que Pont fait voir les recherches de Netter, Vidal, Bezangon, Chauveau et d'Arloing.

Quant à la pénétration du germe à travers la peau, malgré l'intégrité de son revêtement épidermique, il paraît que le streptocoque peut bien s'y introduire, comme on le voit pour les furoncles et les acnés, par les follicules pileux et les ouvertures des glandes cutanées. C'est du reste ce qu'ont montré Garré pour le staphylocoque, Schimmelbusch pour le charbon, le choléra des poules et la septicémie du lapin, Roth pour la diphtérie du lapin, le charbon et la septicémie du rat, et enfin Nocard pour la mammité gangréneuse des chèvres, dont les

microbes pénètrent par les canaux galactophores. La coïncidence d'un ulcère ou d'une blessure avec la lymphangite, il n'est point difficile de reconnaître la porte d'entrée du germe originaire de celle-ci. Les muqueuses sont peut-être moins résistantes à la pénétration du streptocoque, comme il arrive pour les microorganismes pathogènes en général.

Des conditions individuelles créent une certaine prédisposition à l'infection causée par le germe une fois pénétré dans le tissu cellulaire. D'autres individus jouissent, au contraire, d'un certain degré d'immunité contre les effets de la présence de ces microorganismes. Dans l'enfance, toutes les causes qui amènent une dystrophie ou un ralentissement de la nutrition, telles que le mauvais régime alimentaire, le sevrage prématuré, quelques maladies précédentes, notamment la malaria, la tuberculose et la syphilis augmentent presque souvent la chance de l'évolution progressive et active du streptocoque érysipélateux.

D'autre part les patientes recherches de Roger vinrent démontrer que le système nerveux joue un rôle important à la lutte de l'organisme contre le germe en question.

Mes recherches personnelles, ayant révélé la présence de ce dernier dans le sang des individus atteints quelque-temps avant d'une crise lymphangitique aiguë ou subaiguë, paraissent expliquer la récurrence de celle-ci par la reprise de la virulence du germe restant un certain temps à l'état latent dans le sang. Cette interprétation me semble justifiée, entre autres faits, par celui appartenant à Massalongo et concernant une femme qui aurait été prise de soixante crises d'érysipèle de la face dans l'espace de cinq années coïncidant avec les menstrues en l'absence de toute porte d'entrée pour le germe.

Les recherches analogues d'Achalme par rapport à l'érysipèle viennent aussi à l'appui de mon affirmation.

C'est le cas du microbisme latent admis par Cantani, Verneuil, Sabouraud, et d'autres.

A ceux qui ont prétendu nier la présence du streptocoque dans le sang, Achalme a fait voir que celui-ci y était trouvé dans les cas graves et chez les individus d'une faible résistance organique. Pour notre part, nous devons dire que nous l'avons rencontré dans le sang d'individus affectés de lymphangite aiguë ou subaiguë. Ici, comme dans d'autres cas d'infection de l'organisme l'action des fagocytes joue un rôle important.

Par rapport à la thérapeutique nous avons essayé des agents appropriés aux cas de cet ordre en accord avec la nature supposée du mal. L'ichthyol, comme remède topique se montra ici aussi héroïque que dans les cas d'érysipèle dans laquelle il est, d'après Vychpolsky, un véritable agent spécifique. Dans d'autres cas l'application de compresses imbibées d'une solution de permanganate de potasse ont porté de bons services.

A l'intérieur nous avons employé avec un profit incontestable, comme l'avait fait mon père, Pasaprol et l'ichthyol.

Nous essayons en ce moment l'application locale de l'acide picrique dont les résultats seront postérieurement publiés.

L'antipyrine, l'analgène, le bleu de méthylène, la quinine, comme antifebriles peuvent également agir favorablement.

Le quinquina, la kola et l'alcool seront employés avec un grand effet pour combattre l'adynamie, parfois très marquée dans les cas de cette nature.

Mon père et moi, désirant avant que personne étudier dans le traitement de la lymphangite aiguë l'influence du sérum de Marmorek, nous l'avons employé dans deux cas chez des enfants de notre service, suite étant heureuse, sans qu'aucun accident local ou général soit venu compliquer la situation.

Nous attendons de nouveaux faits, pour que nous puissions porter un jugement plus sûr à cet égard.

Quant au traitement de l'éléphantiasis infantile ou celui congénital, nous avons été témoins de succès extraordinaires et indéniables de l'électrothérapie employée largement avec des résultats imprévus chez les enfants par Moncorvo et Silva Araujo. Dans les cas incipiens et peu avancés la compression élastique rend souvent de très bons services.

Dr. F. Vidal Solares (Madrid).

Applications du sérum physiologique de cheval dans le traitement de quelques maladies de l'enfance.

### I. Le sérum physiologique de cheval.

Entraînés par le courant moderne de rechercher dans les vertus thérapeutiques du sérum sanguin de quelques espèces d'animaux un remède, ou tout au moins, un calmant, à de fortes souffrances, qui jusqu'à présent a été cherché en vain dans l'arsenal pharmacologique, nous essayons avec tous les égards et toute la prudence exigent des tentatives de cette nature, l'effet du sérum sanguin de cheval dans son état normal.

Dans le cas qui nous occupe actuellement, on n'a pas immunisé préalablement l'animal, comme cela arrive, par exemple, pour ce qui a rapport au bacille de Klebs-Löffler, quand se prépare le sérum antituberculeux, car il s'agissait seulement d'utiliser les énergies que renferme en soi le sérum sanguin à l'état physiologique. Si nous devons appliquer l'origine de notre idée, nous dirions qu'elle provient principalement des études de Brown-Séquard sur le rôle que jouent les sécrétions internes dans la nutrition des éléments de notre économie.

Maintenant, si, d'un côté, nous considérons que le liquide hématique est le vecteur et le distributeur de ces bienfaisants principes ou énergies, et que d'autre part, la partie essentielle de quelques progrès doit se voir dans une nutrition vicieuse de certains éléments qui complètent notre économie, on verra combien il était logique d'espérer de salutaires effets de l'application du sérum physiologique.

Et avant toute chose, nous devons avouer noblement que la priorité dans l'application du sérum physiologique ne nous appartient pas; car il est certain, qu'il y a déjà longtemps que l'on avait appliqué le sérum de différents animaux (chien, cheval, chèvre, etc.) au traitement