

Le Montréal-Médical

Paraissant le 25 de chaque mois

ABONNEMENT - - - \$ 00 PAR AN

Hygiène. — Médecine et Chirurgie.
Pratique. — Thérapeutique.

Tous les ouvrages dont il sera envoyé un exemplaire seront annoncés et analysés s'il y a lieu.

SOMMAIRE

Notes d'expériences chirurgicales	801	Les infections sous-cutanées de staphylocoques tuberculeux	813
Le traitement de l'asthme	803	Les cystites tuberculeuses tendues par M. le professeur Roger	821
Essai sur le pathogène de l'otite moyenne muco-membraneuse	806	Les frictions à l'huile de la chaîne	825
Remarques à propos d'un sérum contenant de l'oxygène, des vitamines, des hormones végétales ou animales pour le traitement des névroses d'origine stéro-essentielle	810	Sur le rôle de l'huile de foie de morue	826
Difficultés du diagnostic des affections rénales chez la femme	818	Le traitement de l'asthme bronchique	827
Révue Clinique — Marian — Pétalyses diphtériques et sérum anti-diphtérique	824	Vient de paraître	828
J. Jannet — Les ongles déformés et hypertrophiés	817	Hydrométrie par la méthode de M. le professeur Roger	829
Les bains chauds dans les maladies aiguës de l'urètre par le Dr A. Drouot	824	De l'usage des principes lactosolubles du lait par l'opération	829
Broncho-pneumonie — Traitement	821	Association Médico-Légale de la Ville de Montréal	830
La salicylate de soude dans le rhumatisme	822	Travaux de la Société de Médecine	830
		Travaux de la Société de Chirurgie	831
		Pour empêcher la chute des cheveux	831
		Travaux de la Société de Pédiatrie	832
		Travaux de la Société de Gynécologie	832
		Travaux de la Société de Dermatologie	832
		Travaux de la Société de Pathologie Bactérienne	832
		Travaux de la Société de Pathologie Expérimentale	832
		Travaux de la Société de Pathologie Générale	832
		Travaux de la Société de Pathologie Interne	832
		Travaux de la Société de Pathologie Néphrologique	832
		Travaux de la Société de Pathologie Oculaire	832
		Travaux de la Société de Pathologie Otorhinolaryngologique	832
		Travaux de la Société de Pathologie Pédagogique	832
		Travaux de la Société de Pathologie Psychiatrique	832
		Travaux de la Société de Pathologie Sociale	832
		Travaux de la Société de Pathologie Thérapeutique	832

Tous les ordres concernant la rédaction ou l'administration doivent être adressés à

LA PUBLICITE GENERALE COSMOS Ltee

SIMON MONDOU, Gérant

55, ST-FRANCOIS-XAVIER
Chambre 15.

MONTREAL-MEDICAL

VII

MONTREAL, 25 DECEMBRE 1907 10

No.

NOTES D'EXPERIENCE CHIRURGICALE

Correspondance (Suite)

Dans notre dernier article nous avons cité le cas d'une malade atteinte de septicémie suraigüe post-opératoire et fatalement destinée à mourir si les événements s'étaient conduits d'une façon habituelle.

L'observation de cette malade ayant été minutieusement prise, l'analyse du liquide péritonéal ne laissant aucun doute sur l'extrême virulence du processus infectieux, il nous a cependant fallu nous donner une explication sur cette guérison inattendue. La pierre de touche du traitement, le médicament qui a sauvé cette malade était à notre avis l'argent colloïdal.

La longue et intéressante discussion qui vient d'avoir lieu au congrès de médecine à Paris, confirme bien l'efficacité de cette thérapeutique. Il semble donc que l'on ait trouvé dans la médication des colloïdaux, sinon la panacée universelle, tout au moins un agent extrêmement précieux, parce qu'il s'applique à une quantité de maladies infectieuses et aux affections streptococciques en particulier. Quelle est la méthode de choix pour l'introduction de ce médicament dans l'organisme ? Pour M. Triboulet l'injection intra-veineuse est la voie la plus sûre, la plus active et elle n'offre vraiment pas de danger. La friction-cutanée et l'injection intramusculaire agissent moins bien ; quand à l'administration en pilule ou potion elle est de nul effet. Nous espérons qu'on nous pardonnera cette digression un peu longue dans son intérêt et nous continuons par la deuxième journée post-opératoire.

L'examen du pouls, de la température ainsi que leurs rapports si importants doivent d'abord attirer l'attention du chirurgien. Nous supposons le cas suivant : pouls 88 pulsations, température 37°4 centigrade, langue humide, facies bon, malade calme. Après ces constatations favorables, le praticien devra procéder à l'examen méthodique du pansement et du ventre. Quand nous avons mis un drain de prudente sécurité simplement, nous ne touchons pas au pansement et nous enlevons ce drain le lendemain. Si au contraire, une opération septique, ou la destruction de nombreuses adhérences a nécessité un gros drain ou un Mickulicz, il faudra changer le pansement au deuxième jour ; la sécheresse du petit bassin étant une condition à réaliser autant que possible. De plus, le drainage abondant pourrait être une cause de contamination si on le laissait s'infiltrer à travers le pansement. Satisfait de cette symptomatologie générale, le chirurgien permettra à la malade de prendre quelques cuillerées d'eau de vials coupées de champagne, ordonnera à la garde de lui administrer dans la soirée le petit lavement suivant, conseillé par le Professeur Pozzi : 6 cuillerées à bouche de vin rouge et 3 de glycerine. Ce lavement provoque en général l'émission de gaz et de quelques matières.

Ces effets bienfaisants soulageront l'opérée et lui feront attendre avec plus de calme la purgation que nous administrons systématiquement 48 heures après l'opération ; à moins que l'intervention ait porté sur l'intestin.

Est-il nécessaire de signaler l'attention toute particulière avec laquelle le praticien doit surveiller les urines ? Celles-ci seront quantitativement recueillies tous les jours et qualitativement analysées. Cette précaution d'un intérêt capital préviendra et évitera des complications sérieuses, comme nous le verrons dans la suite.

Nous venons de tracer la conduite que nous suivons dans les cas considérés comme bons, mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement.

Nous avons à la mémoire l'observation suivante, nous vous la citons comme une des complications qui nous est arrivée le second jour après l'intervention, et à laquelle il faut souvent penser pour ne pas s'égarer.

Une femme de 40 ans entre à l'hôpital pour se faire opérer d'un gros fibrome pelvien. Après les préparatifs d'usage,

c'est-à-dire, purgation l'avant-veille de l'opération, elle est "hystérectomisée" classiquement et sans difficulté. Dès le lendemain soir de l'intervention, la malade est agitée, la température est à 38° centigrade, le pouls à 108, la langue sèche. Le lendemain matin, ces mêmes symptômes sont plus accentués; état subdélirant, T. 38°, 5, pouls 112, langue extrêmement sèche, mais facies bon. On administre un grand lavement purgatif (codex) et une purgation immédiatement, (huile de ricin 40 grammes par dose fractionnée). Dans la journée la malade rend une vingtaine de garde-robes copieuses et d'une odeur infectée. Le soir, elle est calme, sa température est tombée à 37° 4, le pouls est à 90 et la langue moins sèche. A partir du lendemain matin tout rentre dans l'ordre et les suites opératoires de cette opérée se terminent sans autres incidents.

Nous terminons en disant que tous les autres cas de stercories post-opératoires qu'il nous a été donné d'observer, nous ont présenté ce même schéma symptomatologique: langue très sèche, température oscillant entre 37° 8 à 39°, pouls variant de 100 à 120, mais n'ayant d'autre caractère que cette légère rapidité, enfin l'extrême fétidité des garde-robes.

(A suivre).

Dr Z. H. ETHIER.

E. MOIGNET.

Paris le 11 novembre 1907.

LE TRAITEMENT DE L'ASYSTOLIE

(Suite de la page 694.)

Paris le 5 Décembre 1907.

L'asystolie est la faillite physiologique du muscle cardiaque qui réclame une médication d'urgence que tous les praticiens doivent avoir présente à la mémoire.

Appelé auprès d'un malade souffrant d'asystolie il n'est pas toujours facile d'en déterminer immédiatement la cause et de savoir si la lésion est valvulaire, musculaire, pulmonaire, hépatique, rénal ou d'origine nerveuse, toxique ou infectieuse. Mais quoi qu'il en soit, trois indications se posent et s'imposent: traiter le contenant, diminuer le contenu et agir sur le pouvoir moteur. Il importe de remédier immédiatement à la dyspnée intense, à la cyanose généralisée et à l'absence de pulsation cardiaque. Si une saignée de

6 à 8 onces est contre-indiquée, on applique 5 à 8 ventouses scarifiées sur la région hépatique pour diminuer l'hypertension veineuse ; l'on fait des applications chaudes aux pieds et aux mains afin de faciliter la circulation et la dilatation des vaisseaux périphériques dans le but aussi de retarder le moment de la vaso-constriction qui fait toujours suite à la vaso-dilatation. Le cœur a besoin d'un peu de repos et veut être soulagé du fardeau qu'il soulève. Il ne saurait être question, à cette période, de l'administration de la digitale qui est sans action sur une fibre cardiaque sur-distendue ; il faut lui préférer la spartéine en injection hypodermique à dose 1-4 de grain associée à 1-60 de grain de strychnine donné matin et soir au besoin. Ces deux médicaments ont une action dynamogène centrale tant bulbaire que médulaire et leurs effets sur le cœur sont des plus favorables. L'on traite la dyspnée par des applications répétées de ventouses sèches et l'on donne une potion au sirop d'éther, ajoutant au besoin 1-8 de grain de morphine en injection sous-cutanée. Lorsque le malade a passé cette crise aiguë d'asystolie et que le myocarde a repris un peu de sa tonicité on administre un purgatif (calomel 5 grains ou scammonée 10 grains ou de l'esu-de-vie allemande 1-2 oncé). Le lendemain du purgatif apparaît l'indication de la digitale que l'on prescrit en une seule dose ; 20 gouttes de digitaline (solution au millième) le premier jour et 10 gouttes durant 3 jours, on laisse reposer le malade environ quinze jours. Puis l'on revient, selon les indications, à la dose cardio-tonique de dix gouttes de digitaline durant quatre jours afin de tonifier le myocarde et d'éviter le retour à de nouvelles défaillances. En cardiothérapie comme en thérapeutique générale il n'y a pas de petits remèdes, car les plus petits qui viennent en aide à la physiologie normale sont grands, nous recommandons le port de notre coussinet précordiale qui empêche la voussure cardiaque, soutient le myocarde, diminue son hypertension veineuse et conserve une chaleur locale plus élevée, plus régulière dont les malades éprouvent les plus bien-faisants effets. Il faut aussi faire pour le rein ce que l'on a fait pour le foie, le poumon et le cœur, il importe de provoquer la diurèse sans irriter les glomérules paralysés par la stase de l'asystolie.

C'est le moment de mettre en pratique l'aphorisme en apparence paradoxal de Oertel : "La réduction de l'apport liquide est un diurétique puissant et une augmentation en ap-

parence minime des boissons provoque immédiatement une diminution de la sécrétion urinaire."

Le seul aliment doit être le lait donné en quantité d'une pinte mouillé d'une chopine d'eau, à prendre dans les 24 heures. Dès le premier jour l'action diurétique se manifeste, augmente le second et le troisième jour et se continue les jours suivants. Ces malades urinent de grande quantité de chlorure, ils absorbent à peine 35 grains de chlorure qui contient trois chopines de lait et ils éliminent 150 à 200 grains de chlorure. La réduction de liquides est donc aussi une cure de déchloruration des tissus, qu'il s'agisse d'une cardiopathie artérielle ou d'une cardiopathie valvulaire. S'il existe des épanchements pleuraux, de l'ascite ou de l'œdème des membres il y a lieu d'activer la diurèse en donnant matin et soir avant le repas 7 grains de Théobromine, dans l'intervalle du traitement par la digitale.

Lorsque l'œdème trop tendre comprime les voies de résorption les mouchetures diminueront la résistance périphérique et favoriseront l'action de la digitale et de la théobromine. Le malade allant mieux, le repos est encore nécessaire quand le myocarde a été fortement dilaté, le massage, particulièrement le massage abdominal qui aide à combattre la stase sanguine sera supérieur à la marche. L'alimentation sera sévère et graduellement croissante. Le malade ne doit pas trop boire de crainte de provoquer une pléthore vasculaire qui augmente le travail du cœur. Deux litres (pintes) de lait dans les 24 heures suffisent, plus tard un potage aux farines alimentaires ou aux légumes, puis si l'amélioration continue on permet du pain, des œufs, du riz et on prescrit pour un certain temps le régime lacto-végétarien achloruré jusqu'à ce que tous symptômes d'hyposytolie soient disparus.

Si, au contraire, malgré toute thérapeutique l'asystolie persiste, c'est que le myocarde a épuisé toutes ses forces de résistance, qu'il existe une cachexie ou une artérioso-lérose généralisée irrémédiable.

L'énorme dilatation cardiaque, l'hydrothorax, l'œdème pulmonaire, l'hypertrophie ou la sclérose du foie, etc., toutes ces lésions sont irréductibles. La digitale est impuissante et même toxique, il faut avoir recours à la caféine à dose de 5 à 8 grains en injections sous-cutanées qu'on alterne à toutes

les 2 ou 3 heures avec des injections de strychnine ou d'éther. Mais tous ces moyens qui calment le malade n'ont qu'une efficacité passagère et ne peuvent que retarder le dénouement fatal.

Dans les cas où le traitement d'urgence a été suivi d'heureux résultats, il faut étudier les causes initiales de l'asystolie et instituer un traitement pathogénique.

(A suivre.)

Dr D. E. LECAVELIER,
Paris.

ESSAI SUR LA PATHOGENIE DE L'ENTERO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

L'entéro-colite muco-membraneuse est un complexe symptomatique à évolution chronique que caractérise le syndrome suivant : constipation, production muco-membraneuse et douleurs.

De ce trépied symptomatique le signe le plus caractéristique et qui frappe tout d'abord, c'est la présence dans les selles de "mucus coagulé". Ceci implique deux phénomènes bien distincts, la sécrétion, puis la coagulations du mucus.

5. — SECRETION DU MUCUS. — Cette sécrétion, ou plutôt cette hypersécrétion, est sous la dépendance d'une excitation du grand sympathique qui peut être mise en jeu par nombre de causes : irritation provoquée par la présence du bœl fécal, par l'élimination de substances toxiques au niveau de la muqueuse intestinale, par néphroptose, hépatoptose, entéroptose, appendice plus ou moins méconnue, salpingite, cause physique, etc.

Cette multiplicité de causes invoquées fait de l'hypersécrétion un phénomène réactionnel banal. Aussi toutes les théories émises à ce sujet, suivant qu'elles font de l'une ou l'autre de ces nombreuses causes, la déterminante du syndrome entéro-colite renferment une part de vérité. Mais si chaque théorie pathogénique permet d'expliquer un certain nombre de cas, on ne peut pas plus affirmer qu'une d'entre elle les explique tous qu'il n'est permis de dire que tous les névropathes, que tous les gens dont la muqueuse intestinale est le siège d'une élimination de substances nocives, que toutes les

femmes atteintes de ptoses d'organes différents ou de lésion utéro-annexielles quelconques souffrent tous d'entéro-colite muco-membraneuse.

Et de plus, s'il est permis d'expliquer ainsi l'hypersécrétion du mucus, ce phénomène n'implique pas forcément l'excrétion, et, qui plus est, la coagulation.

II—EXCRETION DU MUCUS. — Normalement, le mucus, sécrété en grande abondance dans tout le tractus stomaco-intestinal, est résorbé dans le gros intestin.

Pathologiquement, l'excrétion s'expliquera facilement lorsque la traversée digestive sera fortement raccourcie, comme dans la dysenterie des pays chauds où le mucus n'a pas le temps d'être résorbé.

Au contraire, dans tous les cas d'entéro-colite muco-membraneuse, cette traversée est toujours ralentie et plus longue que normalement.

L'explication facile de l'excrétion dans le cas de dysenterie ne peut donc ici être invoquée, et à une stase prolongée devrait correspondre une résorption complète même en cas d'hypersécrétion, si la durée de la traversée digestive est proportionnelle.

D'ailleurs, on peut démontrer le fait par l'expérimentation chez le chien.

On fait avaler à l'animal, au moyen d'une sonde gastrique, une solution d'azotate d'argent. Cette solution au contact de la muqueuse digestive produit une abondante sécrétion de mucus. Son action est neutralisée en faisant avaler à l'animal une solution de chlorure de sodium après dix minutes environ.

Parfois l'action a été trop violente et l'animal a une diarrhée plus ou moins profuse. Mais si ces phénomènes réactionnels n'ont pas lieu, si la traversée digestive n'a pas été accélérée, l'examen des fèces ne révèle pas plus de mucus qu'à l'état normal. Cette expérience permet de supposer qu'il peut y avoir hypersécrétion de mucus sans excrétion lorsque la traversée digestive ne diminue pas, ce qui est le cas de l'entéro-colite muco-membraneuse.

III. — COAGULATION. — Mais alors pourquoi ce symptôme : évacuation plus ou moins abondante de mucus à l'état concret ?

La théorie de M. Mathieu sur l'assèchement en donne l'explication la plus plausible. Pour lui, après une exsudation de la couche mucineuse intestinale, une partie du liquide peut être résorbée par la paroi et la consistance de la mucine augmente au fur et à mesure de la résorption. Et il semble bien que l'épaisseur, la dimension et la consistance de la fausse membrane aient un rapport constant avec la durée de la stase fécale.

On peut se demander pourquoi cette réorption élective de la partie aqueuse du mucus, comment cette déshydratation peut s'accomplir et quelle raison empêche le mucus de se résorber dans son ensemble. Il faut admettre que le mucus a subi un changement d'état physique ou de composition chimique qui le rend impropre à la résorption, et c'est alors que peut intervenir le mécanisme de l'assèchement.

C'est la démonstration de ce fait qu'ont apportée Roger et Trémolières en mettant en évidence le pouvoir coagulant d'un extrait intestinal qu'ils ont appelé "mucinase". C'est lui qui rend impossible, par son action coagulante, la résorption du mucus. Il faut et il suffit que le mucus ait subi cette action pour être excrété, l'assèchement ne vient que pour en augmenter la consistance et l'hypersécrétion pour en modifier la quantité. Seule la présence de cette action est indispensable.

Nous avons retrouvé, avec le docteur Riva, cette propriété coagulante dans les fèces des malades atteints d'entéro-colite et dans ces cas seulement.

IV. — INFLUENCE DE LA BILE. — Au cours de ses recherches, le professeur Roger avait déjà constaté que la bile contenait des substances s'opposant à cette action coagulante, substances dissoutes dans l'alcool et dont l'action n'est abolie ni par l'ébullition ni par le chauffage à l'autoclave.

Dans de multiples essais, nous avons retrouvé cette même action. La bile retarde toujours et empêche complètement la coagulation si elle est en proportions suffisantes. Cette action anticoagulante est vraie "in vitro", elle se retrouve dans les selles. Dans toutes les selles, on peut déceler une action semblable due à la bile.

Le mucus de l'intestin grêle en petits grains hyalins et colorés plus ou moins par la bile qui se trouve, comme nous

l'avons constaté, complètement résorbée, est un argument de plus en faveur de cette action biliaire, et il semble que l'on peut admettre cette hypothèse sur la formation de cette fausse membrane :

Elle est fonction de l'augmentation de la mucinase et de l'hypersécrétion relative de la bile, au moins au point de vue anticoagulant, qui en permet la mise en valeur.

Sans rappeler les multiples fonctions de la bile, son rôle sur la digestion des graisses, son action antiputride et antimicrobienne, etc., il nous suffira de rappeler combien le fonctionnement du foie est intimement lié à la fonction gastro-intestinale. Toute influence nocive sur ce dernier appareil retentira sur lui. C'est l'organe qui souffre le plus des troubles digestifs. Aussi toutes les causes, de quelque origine qu'elles soient, qui auront sur l'intestin une action nocive retentiront sur le foie (intoxications, inflammation superficielle de la muqueuse, inflammation de voisinage, etc).

Depuis longtemps, l'attention des auteurs a été attirée sur les troubles hépatiques au cours de la colite.

Van Swieten, cité par Potain, avait déjà pensé qu'il fallait chercher la cause de la colite dans l'hypo-sécrétion de cet organe. Baraduc signale cette hypocholie. Malibrant et Langenhagen fait remarquer combien se retrouvent souvent, au cours de la colite, les crises de lithiase biliaire.

Dieulafoy fait remarquer que si tous les malades atteints de lithiase biliaire sont des arthritiques avérés, ils sont tous atteints de colite muco-membraneuse.

Mais l'influence de la sécrétion biliaire sur la genèse de l'entéro-colite paraîtra encore plus évidente si l'on examine son rôle dans la production des mouvements intestinaux.

La constipation est en effet un des symptômes capitaux de l'entéro-colite, à tel point que l'on peut dire que le faire disparaître c'est amener la guérison. Que cette constipation soit due à l'atonie, au spasme plus ou moins localisé, à un mélange de ces deux causes, c'est en résumé un trouble de la motricité intestinale. L'explication de ce symptôme en sera commode si l'on admet l'action de la bile sur le péristaltisme, son rôle excitateur. Il est alors facile de comprendre comment sa diminution causera des troubles de motricité.

Et cette diminution paraîtra comme naturelle si nous rappelons ce que nous disions plus haut à propos de l'influence des troubles digestifs sur les fonctions du foie.

Rappelons aussi les réflexes vaso-constricteurs produits sur le foie par l'excitation des nerfs sensibles généraux, des splanchniques, la répartition de ces réflexes, leurs effets mécaniques, leur intervention en présence des poisons traversant le foie.

C'est par un mécanisme analogue qu'agiront les intoxications, les inflammations, les influences psychiques. Elles diminueront la sécrétion biliaire, par conséquent le jeu du péristaltisme sera troublé, l'action de la mucinase l'emportera et le syndrome s'établira.

CONCLUSION : la colite muco-membraneuse est fonction de l'hypo-sécrétion biliaire.

Remarques à propos d'une série continue de 500 laparotomies, cœliotomies vaginales ou colpotomie pour lésions inflammatoires ou néoplasiques d'origine utéro-annexielle

—M. F. Jayle (de Paris) communique la statistique des laparotomies (445 cas), cœliotomies vaginales et colpotomies (55 cas), qu'il a pratiquées jusqu'ici pour des lésions utéro-annexielles inflammatoires ou néoplasiques, savoir :

1o. Lésions inflammatoires des annexes non suppurées (laparotomie avec ou sans hystérectomie) : 160 cas. Morts 3 (1.8 pour 100) : 2 cas de mort ont été causés par l'embolie ;

2. Lésions inflammatoires des annexes suppurées à pus fétide (laparotomie avec ou sans hystérectomie) : 73 cas. Morts, 0 ;

3. Lésions inflammatoires des annexes suppurées à pus fétide (laparotomie avec ou sans hystérectomie) : 17 cas. Morts, 5 (30 pour 100) ;

4o. Infection puerpérale (hystérectomie) : 2 cas. Mort, 61 (50 pour 100) ;

5o. Laparotomie pour péritonite généralisée suppurée : 3 cas. Morts, 2 (66 pour 100) ; 6o. Grossesse extra-utérine : 10 cas. Mort, 0 ;

70. Annexite tuberculeuse : 11 cas. Mort, 1 (9 p. 100);

80. Fibrome de l'utérus (hystérectomie et myomectomie) : 87 cas. Morts, 7 (8 pour 100);

90. Tumeurs cliniquement bénignes de l'ovaire: 30 cas. Morts, 2 (6 pour 100);

100. Hystérectomie pour cancer du corps ou du col de l'utérus :

a) Cancers localisés: 11 cas. Mort, 0;

b) Cancers propagés au ligament large ou au péritoine, 17 cas. Morts 5 (29 p. 100);

10. Laparotomie pour cancer de l'ovaire : 10 cas. Morts, 5 (50 pour 100);

120. Laparotomie pour complications post-opératoires immédiates (hémorragie post-opératoire, intra-péritonéale, éventration aiguë, obstruction intestinale post-opératoire) : 9 cas. Mort 1 (11 p. 100);

130. Laparotomie pour cure d'une fistule intestinale post-opératoire : 7 cas. Mort, 1 (14 pour 100);

140. Opérations pour suppuration ou adhérences post-opératoires : 24 cas. Mort, 0;

150. Laparotomie pour éventration post-opératoire : 16 cas. Mort, 1 (6 pour 100);

160. Laparotomie exploratrice : 13 cas. Morts, 4 (30 p. 100);

M. Jayle fait suivre l'étude de sa statistique de remarques concernant la comparaison entre l'ablation bilatérale des annexes non suppurées ou suppurées et cette même ablation accompagnée d'une hystérectomie totale ou sub-totale. Il conclut :

1. L'ablation de l'utérus augmente la gravité bilatérale des annexes suppurées ou non suppurées ;

2. L'ablation complémentaire de l'utérus est particulièrement indiquée dans les suppurations

3. L'ablation de l'utérus est contre-indiquée dans les cas d'annexite non suppurée accompagnée d'un notable développement du système veineux pelvien ; l'hystérectomie doit être alors remplacée par l'hystéropexie abdominale.

Au point de vue de la comparaison entre l'hystérectomie abdominale totale et sub-totale pour métro-annexite suppurée et pour fibrome, M. M. Jayle résume sa statistique qui est la suivante :

Hystérectomie totale ou subtotale pour métrite ou suppuration : 60 cas. Morts, 7 (11.6 pour 100);

Hystérectomie totale pour fibrome ou suppuration : 73 cas. Morts, 2 (2.7 pour 100);

Il conclut que l'hystérectomie abdominale totale n'est pas plus grave que l'hystérectomie sub-totale, et fait remarquer que celle-ci nécessite assez fréquemment l'ablation secondaire du col dans les deux ou trois semaines après la laparotomie lorsqu'il s'agit de métrite suppurée.

Au sujet de la question de savoir si la conservation des annexes augmente la gravité opératoire, M. Jayle établit la gravité suivante :

Hystérectomie totale ou subtotale avec ablation bilatérale des annexes pour fibrome ou métro-annexite : 96 cas ; morts, 4 (6 pour 100);

Hystérectomie totale ou subtotale avec conservation d'un ou des deux ovaires : 36 cas morts, 3 (8 pour 100);

Ainsi le degré de mortalité opératoire est à peu près analogue, avec cependant une petite aggravation pour la conservation.

M. Jayle conclut que la conservation d'un ou des deux ovaires après l'hystérectomie abdominale n'est indiquée que si les organes sont en excellent état et si l'hémostase est parfaitement assurée.

Il étudie ensuite les causes de mortalité, puis expose certains détails opératoires. Il se déclare en particulier, partisan des petites incisions, recommande volontiers l'incision transversale avec section de l'aponévrose, insiste sur la nécessité de mettre deux ligatures superposées sur le pédicule infundibulo-pelvien pour prévenir l'hémorragie causée par le déparement assez fréquent des ligatures à son niveau ; rejette l'emploi du Mikuliez comme drainage, en s'en tenant à un tube de caoutchouc avec quelques mèches dans les cas de suintement sanguin ; se déclare partisan du drainage abdo-

mino-vaginal dans tous les cas de suppuration à pus fétide et d'hystérectomie abdominale pour cancer.

Enfin, il donne une technique de l'hystérectomie abdominale qui peut se résumer ainsi :

Ablation de l'utérus d'abord, par section des ligaments larges, des artères utérines, des ligaments utéro-sacrés ; pose d'une forte pince en L au-dessous du col, et section du vagin au-dessus de cette pince au ras du col. Ablation des annexes en les décortiquant de bas en haut s'il y a lieu ; ablation de la pince en L et suture circulaire de la tranche vaginale. Drainage vaginal, péritonéoplastie et fermeture de la paroi. S'il s'agit de cancer, au lieu de sectionner le vagin au ras du col et au-dessus de la pince, on le sectionne au-dessous, après avoir libéré le vagin sur une plus grande étendue et avoir enlevé tout le tissu cellulaire de la base des ligaments larges.

De cette manière, l'hystérectomie abdominale se fait, pour ainsi dire, toujours par le même procédé applicable à tous les cas.

Difficultés du diagnostic des affections ovariennes chez la jeune fille

M. Brodier (de Paris), présente une jeune fille qui avait été condamnée dès l'âge de dix-huit ans pour des lésions tuberculeuses de l'intestin, des trompes et du péritoine. Or, l'opération montra qu'en réalité il y avait atrophie ovarienne avec dégénérescence micro-kystique. Cependant tous ceux qui avaient pratiqué le toucher rectal avaient eu la sensation de masses dures de chaque côté de l'utérus. Quelle interprétation faut-il donner à la perception de ces masses ? Ce que l'on sentait c'était, faisant corps avec la portion osseuse pubienne, la masse musculaire antérieure de l'abdomen, masse hypertrophiée et durcie par la contracture violente que déterminait la douleur de l'ovaire comprimé.

Dans les cas de ce genre, la castration doit être considérée comme l'intervention de choix. Elle a amené chez la jeune fille en question une guérison qui persiste encore après sept ans.

Revue Clinique

Marfan. — Paralyties diphtériques et sérum antidiphtérique.

Société de pédiatrie de Paris, juin 1907.

Au point de vue du pronostic, il faut distinguer deux formes de paralysie diphtérique:

1. Les paralysies "précoces" qui ne se montrent guère qu'après les diphtéries malignes et qui commencent presque toujours par une paralysie du voile apparaissant souvent avant la chute des fausses membranes; quand les malades ne succombent pas aux accidents secondaires de l'intoxication, cette paralysie se généralise presque toujours et lorsqu'elle frappe les muscles respiratoires (muscles du larynx, intercostaux, diaphragme), la mort est à peu près fatale; elle survient du fait de la bronchopneumonie, constante en pareille circonstance. Je n'ai vu guérir qu'un seul cas de cette "forme précoce généralisée aux muscles des voies respiratoires"; je l'ai observé récemment: je n'ai pas réinjecté du sérum, car la malade, une fillette de 8 ans, en avait reçu 120 centimètres cubes 19 jours auparavant et qu'elle en était encore saturée; mais je lui ai fait galvaniser le diaphragme et les muscles intercostaux trois fois par jour et je lui ai fait prendre de la noix vomique et de l'ergotinc. Ce cas est exceptionnel; cette forme précoce est presque toujours mortelle quoi qu'on fasse; c'est celle qu'on observe guère en dehors des pavillons de diphtérie.

2. Les paralysies "tardives" sont beaucoup moins graves que les premières. Elles sont plus fréquentes après les diphtéries malignes; mais elles peuvent se voir après des diphtéries communes ou très légères. Même généralisées, même atteignant les muscles des voies respiratoires, elles guérissent le plus souvent, elles guérissaient aussi très souvent avant la sérumthérapie. C'est pourquoi, il est bien difficile de conclure à l'efficacité du sérum dans les formes tardives.

Les paralysies diphtériques doivent-elles toujours être traitées par le sérum antidiphtérique? Quelques-uns de nos collègues n'ont pas là-dessus la moindre hésitation: ils répondent par l'affirmative; pour eux, sans aucun doute, le sérum guérit rapidement la plupart des paralysies diphtériques. Il ne m'est pas possible d'être aussi catégorique.

L'efficacité du traitement des paralysies diphtériques par le sérum ne paraît pas encore démontrée.

Pendant plus de quatre ans, j'ai traité systématiquement toutes les paralysies diphtériques par des réinjections de sérum. Les premiers cas que j'ai ainsi soignés m'avaient paru évoluer d'une manière assez favorable. Puis, j'ai eu toute une série de faits, notamment dans ces derniers temps, où les résultats de ce traitement m'ont paru nuls ou peu appréciables.

J'ai donc cessé de traiter systématiquement par le sérum les paralysies diphtériques. Je me laisse guider par les indications; ainsi je pratique des injections aux sujets atteints de paralysie consécutive à une diphtérie méconnue et non traitée. Or, depuis que j'agis ainsi, j'observe des faits qui renforcent singulièrement mes doutes sur l'efficacité du sérum dans les paralysies. En voici un que j'ai sous les yeux en ce moment.

Une grande fille de 14 ans, entre le 27 avril 1907, au Pavillon de la Diphtérie, avec une angine diphtérique maligne; les symptômes sont si graves que je porte un très mauvais pronostic. En tout cas, elle reçoit, le 27 avril, 80 centimètres cubes de sérum; le 28 avril, 40 centimètres cubes; le 29 avril, 20 centimètres cubes; en tout 140 centimètres cubes. La malade guérit lentement. Le 6 mai, elle présente une urticaire sérique généralisée fébrile; le 9 mai, elle a une nouvelle poussée d'accidents sériques sous forme d'arthralgie et d'érythème marginé abcérant. Elle sort le 22 mai guérie en apparence. Mais deux ou trois jours après sa sortie, elle nasonne un peu et les aliments refluent parfois par le nez; l'état général est excellent.

Par la suite, la paralysie du pharynx s'accuse; la déglutition devient plus difficile, puis les liquides refluent par le nez. Vers le 12 juin, sa vue se trouble; le 13 juin, elle ne peut plus lire et elle vient me voir à l'hôpital le samedi 15 juin. Elle présente les signes très accusés d'une paralysie de la gorge et d'une paralysie de l'accommodation: la voix nasonne; reflux des liquides par le nez; impossibilité de lire, de près ou de loin, des caractères d'imprimerie, de 1 centimètre de haut; aucun mouvement de la pupille pour l'accommodation; réaction de la pupille à la lumière conservée; pas de strabisme.

Cette paralysie diphtérique de l'accommodation passe pour être très rebelle et c'est en partie sur sa disparition rapide

après des injections de sérum qu'est fondée l'opinion de ceux qui préconisent le traitement des accidents paralytiques par l'antitoxine. Aussi fus-je très hésitant. Après réflexion, je renonçai à faire des injections à cause de la certitude que j'avais que la malade était anaphylactisée pour le sérum de cheval.

D'après ce que nous avons appris à ce sujet, j'étais un peu près sûr que, si je réinjectais du sérum à cette jeune fille, je provoquerais des accidents sériques presque immédiats et je savais que ces accidents préluderaient à une élimination rapide du sérum et des substances immunisantes et antitoxiques qu'il renferme; il m'apparaissait comme infiniment probable que l'état réfractaire que j'allais donner au sujet, quelle que fut la dose de sérum injectée, serait très courte, 3 ou 4 jours peut-être. Ce n'est donc pas par la crainte de l'anaphylaxie elle-même, c'est à cause de la très courte durée de l'état réfractaire que j'ai hésité et que finalement j'ai décidé de ne pas réinjecter de sérum à cette malade.

Je lui ai prescrit 10 gouttes de teinture de noix vomique par jour et je lui ai fait faire tous les jours de la galvanisation. Ceci se passait le samedi 15 juin. Or, le lundi 17 juin soit deux jours après, la malade pouvait lire, d'un peu loin, il est vrai, des caractères d'imprimerie de un demi-centimètre de hauteur et sa pupille ébauchait des mouvements pour l'accommodation. Il est certain, que, si j'avais injecté du sérum, j'aurais été tenté de lui attribuer cette amélioration si marquée et si rapide, et en cela je me serais trompé. (Le même traitement est continué et l'amélioration persiste; le 19 juin, la malade lit des caractères plus petits et les aliments ne refluent pas par le nez; le 21 juin, la voix est moins nasonnée; le 24 juin, la malade lit normalement; il ne reste que le nasonnement de la voix.

Cette observation n'est-elle pas propre à faire douter de l'efficacité du sérum dans la paralysie diphtérique, efficacité proclamée par quelques-uns de nos collègues? Les faits qu'ils rapportent à l'appui de leur manière de voir, ne sont-ils pas analogues à celui que je vient de relater?

Pour ma part, sachant que la variabilité est un des caractères de la paralysie diphtérique, j'attendrai de nouvelles observations avant d'accepter que cette complication doit, dans tous les cas, être traitée par le sérum.

J. Jamain.—Fibromes utérins et puerperalite.

Thèse de Paris, 1907.

Voici les conclusions de ce consciencieux travail basé sur les documents de la clinique Baudelocque :

Les fibromes, rares avant 30 ans, deviennent plus fréquents à partir de cet âge. Ils s'observent avec une fréquence relativement grande chez les femmes qui n'ont pas été fertilisées (Pinard).

Lorsque chez une femme atteinte de fibrome survient une grossesse, dans l'immense majorité des cas, l'évolution de cette grossesse reste normale.

Cependant quelquefois, mais très rarement, l'évolution de la grossesse est troublée par une complication : phénomènes de compression; de torsion de réaction péritonéale; excès de volume ou multiplicité de tumeurs; hémorragies liées ordinairement à une insertion vicieuse du placenta; dégénérescence ou marche galopante du fibrome.—Ces complications peuvent nécessiter alors l'intervention chirurgicale.

Cette intervention sera, suivant les cas, conservatrice (myomectomie) ou mutilatrice (hystérectomie). Certains se basant sur le siège, la forme et le volume de la tumeur, préconisent tantôt la voie vaginale, tantôt la voie abdominale. Pour notre part, et d'accord avec notre maître Terrier, nous recommanderons toujours la voie abdominale.

De même, le travail et la délivrance ont le plus souvent une physionomie normale chez les femmes atteintes de fibromes. Cependant, il semble que chez elles l'incertion vicieuse du placenta, la présentation du siège, la lenteur de l'expulsion soient plus fréquentes que chez la parturiente normale, aussi relate-t-on une plus grande fréquence des interventions obstétricales (forceps en particulier, exceptionnellement basiotripsie).

Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que les fibromes créent une dystocie : tumeurs très volumineuses ou enclavées; complications concomitantes, hémorragies inquiétantes; l'intervention chirurgicale sera alors nécessaire.

L'intervention sera, selon les cas, conservatrice (césa-

rienne) ou mutilatrice (Porro, sus-vaginale, abdominale totale).

Les suites de couches ne sont qu'exceptionnellement modifiées par les fibromes. Toutefois, surtout après les avortements, on peut constater la suppuration des fibromes ou observer des signes d'infection et des hémorragies. Dans ces cas, fort rares, on fera l'hystérectomie sus-vaginale ou totale.

Chez les femmes dont les fibromes sont vivants et en voie d'évolution, l'allaitement détermine une régression des tumeurs (Pinard).

De notre étude, un fait se dégage dont l'importance est capitale, c'est que le fibrome ne complique véritablement la grossesse, l'accouchement et les suites de couches que dans des cas très rares et que le meilleur traitement prophylactique que l'on puisse instituer consiste à obliger les femmes à observer, suivant l'indication de notre maître Pinard, "le rythme harmonieux de la reproduction". Elles seront fertilisées jeunes, allaiteront leurs enfants et éviteront la stérilité secondaire.

Les bains chauds dans les maladies aiguës du poumon

Par le Dr. A. DUFOUR

L'Hydrothérapie est actuellement employée dans le traitement des maladies aiguës du poumon suivant deux méthodes : la balnéation froide et la balnéation chaude. Chacune a ses partisans, chacune ses détracteurs.

L'Hydrothérapie tiède a subi bien des variations dans son emploi comme traitement des maladies aiguës du poumon. HIPPOCRATE recommande les bains tièdes dans son Traité des maladies aiguës. CELSE les conseille dans toutes les fièvres, il recommande même les grands bains.

L'Hydrothérapie tiède tombe dans l'oubli jusqu'au XVIII^e siècle, où elle est utilisée par les empiriques. Au début de ce siècle, MILLIET vante les bienfaits des bains tièdes comme calmants de la broncho-pneumonie accompagnée de fièvre vive, d'agitation ; ils procuraient aux malades un sommeil tranquille de plusieurs heures.

CHOMEL et GRISOLLE en sont partisans, surtout dans les pneumonies qui traînent : "un bain tiède pris dans ces

conditions, dit GRISOLLE, assouplit la peau, provoque la sueur et favorise ainsi le travail de résolution”.

L'hydrothérapie tiède dans la pneumonie a été surtout utilisée chez les enfants : D'ESPINE l'emploie systématiquement dans les bronchites et les pneumonies et vante ses heureux effets. Les médecins suisses s'en servent à leur grand contentement.

Les merveilleux résultats obtenus par la balnéation froide dans les pyrexies suivant la méthode de BRANDT font pendant quelque temps, oublier l'Hydrothérapie tiède.

Elle est remise en honneur en 1896 par le professeur RENAUT, de Lyon, et en même temps par le professeur LEMOINE, de Lille, qui inspire la thèse de VERNY sur le traitement des affections aiguës du poumon par la balnéation chaude systématique.

Lorsqu'on dit à l'entourage : “Vous mettrez le malade dans des bains chauds”, il est indispensable d'expliquer en même temps la technique de la balnéation, car si elle n'est pas appliquée d'une façon rigoureusement méthodique, elle peut perdre et perdra bien souvent tous les bénéfices qu'elle est capable de donner.

En règle générale, dans les pyrexies, toute balnéation, qu'elle soit chaude ou qu'elle soit froide doit être pratiquée suivant des règles bien déterminées, sans quoi l'on s'expose à des insuccès, ce qui permet à des esprits, peut-être mal intentionnés, de faire considérer comme mauvaise, une méthode qui, en des mains plus attentives, donne d'excellents résultats.

“Technique de la balnéation chaude.—Il n'y a rien d'absolu dans la manière d'administrer les bains chauds pour traiter les pneumonies, les broncho-pneumonies et les congestions pulmonaires, mais cela ne veut pas dire qu'il n'y ait aucune règle à suivre. Ce qui doit guider le médecin sur le nombre, la température et la durée des bains chauds à ordonner dans le courant de vingt-quatre heures, ce sont: l'état général du malade, sa fièvre, l'étendue des lésions pulmonaires, enfin leur plus ou moins grande résistance au traitement.

Lorsque la maladie évolue avec des phénomènes généraux d'intensité moyenne”, sans excitation nerveuse ni dépres-

sion, une température de 39 à 40' au maximum, des lésions moyennement étendues, je conseille de prescrire un bain toutes les huit heures, ce qui fait trois bains par vingt-quatre heures, à une température de 38 à 39', et d'une durée de un "quart d'heure" environ.

Lorsque les "phénomènes généraux" sont "intenses," que les malades prennent l'aspect typique, que leur système nerveux très excité, traduit son irritation par des phénomènes ataxiques, il est bon de rapprocher les bains et d'en donner un toutes les 4 heures, voire même "toutes les 3 heures," à une température de 39 à 40' et d'une durée de "un quart d'heure au minimum. Si les phénomènes nerveux sont ceux de l'"ataxo-adynergie", on élèvera la température du bain de 40 à 41.

Si les "lésions pulmonaires" sont très "étendues", s'il s'agit par exemple d'une pneumonie ou d'une congestion pulmonaire bilatérale sans grande réaction nerveuse mais avec une température élevée et un état dyspnéique considérable, on prescrira des bains à 40' et "même" 41', de "dix minutes de durée, toutes les 4 heures". De plus on sinapisera un bain le matin, un bain le soir.

Pour préparer un bain sinapisé, on délaiera de 500 grammes à 1000 grammes de farine de moutarde dans de l'eau froide, au fond de la baignoire, ce n'est qu'ensuite que l'on ajoutera l'eau chaude du bain.

Pour éviter l'irritation pénible des muqueuses nasales et oculaire du malade et de ceux qui le soignent, il suffit d'étendre au-dessus de la baignoire un drap ou un imperméable ne laissant passer que la tête du malade.

Aussitôt que le malade sera plongé dans le bain, les épaules largement couvertes par l'eau, il sera très utile de lui couvrir la tête d'une compresse imbibée d'eau froide, compresse renouvelée aussitôt qu'elle commencera à tiédir, jusqu'au moment où se termine le bain. On évite par ce moyen la congestion de la face et du crâne qui n'est pas sans danger, particulièrement chez les vieux scléreux où les artères ne demandent que l'occasion de se rompre; de plus, les malades auront ainsi une agréable sensation de fraîcheur sur la tête, contrastant avec l'hyperthermie ambiante.

Avec le professeur LEMOINE, je conseille de faire boire au malade, à son entrée dans le bain et peu de temps avant

sa sortie, quelques gorgées d'une infusion chaude alcoolisée, grog, thé au rhum, potion de Todd, ou bien un peu de champagne mousseux ou de fine champagne.

Broncho-Pneumonie- Traitement

(Moyenne intensité)

(PERIER)

1o. Commencer par désobstruer les bronches, si l'enfant n'est pas déprimé. Pour cela donner un petit vomitif :

Poudre d'ipéca. 0 gr. 30 à 60 centigr.

Sirop d'ipéca. 30 —

Une cuillerée à café de dix minutes, jusqu'à effet.

2o. Tenir l'enfant couché à demi assis, ou mieux dans les bras, s'il s'agit d'un nourrisson, pour faciliter la respiration et l'hématose. Envelopper les pieds de bottes d'ouate et taffetas gommé ;

3o. Couvrir de ventouses sèches ou de cataplasmes sinapisés la poitrine en avant, en arrière et sur les côtés, ou plonger l'enfant dans un bain sinapisé (à 35° pendant 5 minutes).

Après cela, entourer tout le thorax de l'enfant d'ouate et de taffetas gommé, et renouveler les ventouses sèches tous les jours ; on appliquera, suivant les besoins, des cataplasmes sinapisés, de petites mouches laissées en place deux ou trois heures seulement, aux points où se font les poussées ;

4o. Combattre la dyspnée et la tendance à la cyanose en donnant la potion suivante par cuillerées à café ou à dessert d'heure en heure :

Acétate d'ammoniaque. 1 à 2 grammes

Eau distillée de menthe.) à 10 —

Sirop d'éther.)

Eau-de-vie vieille. 10 à 20 —

Eau distillée de tilleul. 20 —

5o. Contre la fièvre, donner la quinine par la bouche ou en suppositoires (15 à 30 centigrammes) par jour, suivant l'âge ;

6o. S'il y a une toux quinteuse et que le cœur se fatigue, donner la potion :

Sirop de quinquina.	20 grammes.
Eau de tilleul.	80 —
Alcoolat. de rac. d'aconit.)	ââ V à X gouttes.
Teint, alcoolique de digitale.)	

Par cuillerées à dessert de 2 heures en 2 heures et cesser après 3 ou 4 jours ;

7o. Contre l'agitation et l'isomnie, la potion suivante :

Hydrate de chloral.	3 à 5 grammes.
Sirop d'éther.	10 —
— de fleurs d'oranger.	20 —
— de tilleul.	80 —

Par cuillerées à dessert d'heure en heure dans la soirée et la nuit.

9o. Chambre vaste, chauffée à 18o et ventilée convenablement ;

9o. Le lait, plus tard les crèmes, les bouillons, potages, œufs, laits de poule, etc.

Le salicylate de soude dans le rhumatisme

M. le Professeur Robin (Journ. de méd. et de chir. prat.) estime que le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu est presque toujours justiciable du salicylate de soude. Il conseille de l'administrer ainsi :

On commence par donner un purgatif tel que le sel de Seignette ou l'huile de ricin ; puis on fait prendre le salicylate de soude en cachets ou en potion, d'après la formule suivante, à la dose de 4 grammes par jour :

Salicylate de soude.	12 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères. . .	50 —
Rhum.	30 —
Eau distillée.	80 —

Quatre cuillerées à soupe par jour.

A doses trop fortes, ou chez quelques sujets présentant une idio-syncrasie particulière, le salicylate peut amener des vertiges, ou des vomissements, mais bien rarement à cette dose⁷ de 4 grammes, qui est suffisante.

On a, il est vrai, admis beaucoup de contre-indications à son emploi et en particulier une affection cardiaque anté-

CYPRIDOL

C'est une solution d'iode de mercure dans
l'huile stérilisée.

Solution préférable à toutes autres préparations mercurielles

POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Ne cause aucune intolérance de l'organisme ou de l'estomac.
on donne le CYPRIDOL en capsules de 2 milligrammes chacune

Cette

"HUILE BI-IODURÉE"

est le traitement spécifique par excellence de MM. Fournier
Panag et des autres Spécialités Français.

En bouteilles de 50 capsules et 1 once pour injection
sous-cutanée.

Dépôtaires : **LYMAN, SONS & CO.,** MONTREAL.

CELLULOGENE

(Stryglycérophosphate de quinine ferrugineux arsenié composé de Cellu-
luc.)

Le Plus assimilable des Toniques.

Le plus puissant tonique que la science médicale puisse offrir. Le Cellu-
logène renferme les principes immédiats qui entrent dans la composition de
tous les organes. Le Cellulogène est le plus puissant Reconstituant des sys-
tèmes NERVEUX, MUSCULAIRE et OSSEUX, concourt à la production des Cellu-
luc, à la formation des globules sanguins, et transforme les GLOBULES BLANCS en
GLOBULES ROUGES, excellent tonique du Cœur.

Bouteilles de 6 onces: Prix, 50 cts.

DOSE: Une cuillerée à dessert avec un peu d'eau, trois fois par jours,
après les repas.

C. MALAVANT, Pharmacien de première-classe, Paris

DÉPÔTAIRES:

LYMAN SONS & Co., RUE ST-PAUL

rière, l'albuminurie, la grossesse, l'imperméabilité rénale. Cependant M. Robin ne craint pas de le prescrire si l'albuminurie est d'origine fébrile et dans ce cas cette médication le fait souvent disparaître. Il n'en serait pas de même si l'albuminurie existait avant le rhumatisme. Quant à l'imperméabilité rénale, on peut la juger par l'examen des urines lesquelles il est facile de voir si le salicylate est éliminé.

Chez les femmes enceintes, il est prudent de ne pas administrer le salicylate. Par contre, chez les sujets atteints d'affections cardiaques, il ne semble pas qu'il y ait d'inconvénient à le donner, mais en ce cas il vaut mieux fractionner les doses et donner les 4 grammes en huit doses espacées régulièrement.

Les injections sous-cutanées de serum iode contre la peritonite tuberculeuse

Les bons résultats que donne la médication iodée employée soit localement, soit à l'intérieur, sont connus de tout le monde. Or, M. le docteur C. Mauro Greco, assistant de M. le docteur R. Jemma, professeur extraordinaire de pédiatrie à la Faculté de médecine de Palerme, pense que le moyen le meilleur pour faire pénétrer l'iode dans l'économie consiste dans l'injection sous-cutanée de serum physiologique iodé. Il injecte tous les deux jours, dans la région fessière, deux centimètres cubes de la solution suivante :

Solution physiologique de chlorure de sodium	200 grammes
Iode métallique.	2 —
Iodure de potassium.	20 —

Pendant deux mois environ, sans interruption, il a fait subir ce traitement à trois petites filles atteintes de péritonite tuberculeuse avec ascite, tandis que, à une autre petite malade, il faisait des injections sous-cutanées d'une préparation iodée, mais sans serum artificiel.

Chez cette dernière malade, l'état général s'améliora d'une manière certaine, mais l'ascite augmenta de plus en plus.

Par contre, les trois enfants qui reçurent des injections de serum iodé virent leur abdomen diminuer rapidement et leur ascite disparaître presque entièrement, en même temps que, chez elles, on constatait de la polyurie et l'élimination de chlorure dans la proportion de 9 à 15 grammes par jour.

Ces petites malades étant toutes soumises au même régime alimentaire, l'auteur croit pouvoir conclure que l'élimination hydro-chlorurée, caractéristique de l'amélioration de l'ascite tuberculeuse, a notablement favorisée par les injections de sérum iodé et cela beaucoup mieux que par les autres préparations d'iode.

Les synovites tuberculeuses tendineuses

Par M. le professeur BERGER

On distingue deux sortes de synovites tuberculeuses des tendons : 1o. la forme à grains riziformes; 2o. la forme fongueuse. Dans cette dernière des végétations remplissent les synoviales, entourent les tendons, se répandent, gagnent les articulations. Ces fongosités revêtent volontiers l'apparence de collections liquides.

Une femme adulte présente sur le pied droit, au niveau du scaphoïde, une tumeur du volume d'une cerise. Cette tumeur indépendante de la peau et des parties profondes est molle, fluctuante, est en connexion avec le tendon extenseur propre du gros orteil, augmente de volume et devient dure au moment de la contraction de ce tendon. Il s'agirait d'un simple kyste que l'incision, l'ouverture, l'excision des parois de la poche suffirait pour la guérison. Seulement il y a autre chose qu'un simple kyste. Il y a deux ans, la malade a déjà subi une opération pour une tumeur de même nature. Celle-ci occupait alors la ligne médiane, la gaine de l'extenseur commun. Le chirurgien en opérant parla d'un sarcome, et en effet, la récurrence apparut sept ou huit mois après, à la place que nous voyons aujourd'hui. Faut-il admettre ce diagnostic de sarcome? M. Berger a eu à intervenir dans un sarcome de la gaine des péroniers latéraux. L'amputation du membre avait été nécessaire.

Ici un fort doute subsiste. Cette malade a des antécédents dans sa famille; son père est mort tuberculeux. D'autre part, sa petite tumeur est fluctuante. Si la fluctuation apparaît dans les sarcomes, c'est d'ordinaire au niveau des grosses tumeurs; les petites tumeurs sarcomateuses restent plutôt dures.

Quoi qu'il en soit, on va procéder à l'extirpation de cette tumeur. Après application de la bande d'Esmarch, une

incision sera pratiquée sur le trajet du tendon. S'il s'agit d'une synovite tuberculeuse, l'ablation sera limitée. Se trouve-t-on, au contraire, en présence d'un sarcome, il faudra pratiquer l'extirpation et réunir ensuite l'extrémité centrale du tendon sectionné au tendon du jambier antérieur ou de l'extenseur commun.

Les troubles cardiaques de la chorée

Les troubles cardiaques de la chorée affectent trois types différents : 1o. ou il s'agit d'une véritable chorée du cœur, indépendante de toute lésion cardiaque et qui traduit une sorte d'incoordination motrice du cœur semblable à celle qui secoue les membres, de mouvements involontaires et désordonnés. Cette forme est rare et souvent sujette à caution ; 2o. ou bien ce sont des souffles extra-cardiaques anorganiques qui attirent l'attention. En Angleterre ces souffles sont considérés comme dus à des endocardites atténuées. M. Méry ne croit pas à l'exactitude de cette assertion. Ces souffles sont doux, varient suivant la position du malade, s'atténuent par la station assise, et quand ils occupent la pointe, ne se propagent pas vers l'aisselle ; 3o. des souffles organiques liés à des altérations valvulaires sont en jeu ; ce sont des souffles fixes, rudes, ne se modifiant point dans les positions du malade et quand ils occupent la pointe, se propageant vers l'aisselle.

Ces trois types de troubles sont présentés par des malades du service. Une petite fille de 12 ans en état de rechute choréique, présente pendant quelques jours de l'arythmie. On aurait pu songer chez elle à une chorée du cœur, quand les jours suivants cette arythmie cède pour faire place à un souffle médiocystolique, siégeant au-dessus de la pointe. Ce souffle disparaît en partie quand la malade s'assied dans son lit, et ne se propage pas vers l'aisselle.

Un autre petit malade du service présente un souffle absolument de même caractère et de même nature ; par contre un petit garçon entré le 24 décembre dans le service pour une chorée d'intensité moyenne laisse entendre un souffle rude d'insuffisance mitrale, systolique, se propageant vers l'aisselle.

La proportion d'atteintes cardiaques dans la chorée atteint un chiffre d'environ 15 0-0. En Angleterre, on estime

que cette proportion s'élève jusqu'aux 2-3 des malades, le fait de considérer comme organiques les souffles extra-cardiaques nous rend peut-être compte de cette étonnante proportion.

Seize cas d'opération de Kehr

M. Pauchet (d'Amiens) a pratiqué 16 fois l'opération de Kehr pour lithiasse du cholédoque et de l'hépatique, avec 3 morts.

Les opérations chez les non ictériques (les deux tiers des calculeux du cholédoque n'ont pas d'ictère) ont donné une mortalité très faible : les ictériques succombent, au contraire, souvent par ictère grave ou hémorragie.

Voici les réflexions que son expérience personnelle suggère à M. Pauchet :

1o. Dans tous ces cas de cholécystectomie simple, il faut cathétériser les voies biliaires, car un calcul peut avoir été mis dans le cholédoque.

2o. Quand on pratique le drainage hépatique, il faut tamponner la loge sous-hépatique et maintenir béante la plaie du cholédoque pour l'élimination secondaire des pierres oubliées dans les conduits intra-hépatiques.

3o. Chez les sujets faibles, il faut drainer à la fois l'hépatique et le cholédoque ; ce dernier drain ira dans le duodénum, et permettra d'injecter en dépit des vomissements, de l'eau sucrée et de la bile.

Un médecin, pour des raisons majeures, se trouvant dans l'obligation d'abandonner son poste, vendrait sa propriété et sa clientèle. — S'adresser à

S. MONDOU,
55 Saint-François-Xavier.

Chambre 19.
Entre 9 heures et midi.

Le diagnostic de l'adenopathie trachéo-bronchique

On sait que l'adénopathie trachéo-bronchique constitue un signe initial de la tuberculose infantile, que l'infection s'opère par la voie respiratoire ou par l'ingestion stomacale. On sait, depuis les recherches de Baréty, que les ganglions sus et inter-bronchiques sont les plus fréquemment atteints. Les groupes péri et sous-bronchiques sont moins importants. L'inflammation de ces ganglions donne naissance à des accidents de compression de la trachée (corna-gé), des vaisseaux (dilatation des veines thoraciques), des nerfs (toux coqueluchoïde), des récurrents (raucité de la voix). Des troubles peuvent se produire du côté du cœur. Chez un petit garçon de quatre ans, qui était atteint de crises d'angine de poitrine, M. Variot a pu dépister, grâce à la radiographie, une énorme hypertrophie des ganglions bronchiques dont l'ombre sur l'écran s'était superposée à l'ombre cardiaque. Cette masse ganglionnaire était disposée contre l'oreillette droite. N'eût été l'examen radioscopique, le diagnostic demeurait indécis. L'auscultation et la percussion étaient absolument négatives. C'est une erreur de croire, en effet, que les signes physiques suffisent à nous livrer la clef du diagnostic dans tous les cas. La matité interscapulaire, l'affaiblissement respiratoire, la respiration soufflée, la bronchophonie peuvent manquer. A noter du reste qu'à l'état normal, chez tous les enfants, la respiration est plus forte du côté droit que du côté gauche. On aurait bien tort de faire de ce signe une manifestation morbide.

Il n'est qu'une manière de se créer une certitude : l'examen radiographique. MM. Heubner (de Berlin), Weil (de Lyon) ont émis des doutes sur la valeur de cet examen. M. Variot a, maintes fois, pu superposer les ombres projetées sur l'écran et les ganglions caséux trouvés à l'autopsie.

Sans doute, les ganglions médians peuvent confondre leur ombre avec l'ombre de l'opacité rachidienne. Il y a là une cause d'erreur qui empêche de voir sur l'écran les ganglions qu'on soupçonnait. Mais sur les parties latérales du rachis (ganglions sus et interbronchiques), des ombres groupées de la grosseur d'une petite noix indiquent des ganglions hypertrophiés, et quand cette constatation est relevée, le diagnostic s'impose, un diagnostic dont M. Variot a relevé l'exactitude dans nombre d'autopsies qu'il a faites.

Vient de paraître

Névroses et psycho-névroses, par le Professeur F. Raymond.
 M. Delarue, éditeur, 5 rue des Grands-Augustins, Paris.
 Prix. 3 francs.

L'étude des névroses et des psycho-névroses a été l'objet, ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger, de nombreux et importants travaux. Dans cet ouvrage, M. le Professeur Raymond nous donne le point précis où nous sommes parvenus, à l'heure actuelle, sur le terrain clinique, le seul qui n'expose pas à des mécomptes, parce qu'il est le seul solide et qu'il est indépendant de tout esprit de système, de toutes exemptions à priori. L'auteur se montre avant tout, un grand clinicien, et au point de vue distinctif son ouvrage est le reflet de l'observation exacte des faits, à l'abri de toute théorie préconçue. Mais nous devons encore et surtout à son esprit à la fois critique et synthétique une conception claire et une limitation précise des nombreux états névropathiques, de nature diverse qui jusqu'ici sont tantôt rangés avec méthode dans une même et vague dénomination, tantôt décrits séparément sous des appellations variées qui ne montrent aucunement les liens qui les rattachent.

Ce livre comprend des considérations générales sur les "Névroses" et les "Psycho-Névroses", la Neurasthénie-Syndrôme, la Psychasténie, (Psycho-Névrose autonome), et l'hystérie, diagnostic et traitement. Ces leçons ont été faites à la clinique des maladies du système nerveux à l'Hospice de la Salpêtrière. Ce livre n'est pas seulement utile au spécialiste des maladies du système nerveux, mais il est aussi indispensable au praticien qui est tous les jours aux prises avec des hystériques, des neurasthéniques ou autres névropathes.

Hystérectomie vaginale pour fibromes

M. Le Bec (de Paris) a pratiqué actuellement 490 hystérectomies pour fibromes, dont 310 abdominales et 180 vaginales.

Bien qu'elle soit tombée en défaveur, l'hystérectomie vaginale lui paraît conserver ses indications pour les petits fibromes dont la partie supérieure ne dépasse pas la moitié de la distance qui sépare la symphyse pubienne de l'ombi-

lic : elle donne une guérison rapide, évite la cicatrice abdominale et n'expose pas aux éventrations.

Sur ces 180 opérations, M. Le Bec a perdu 10 malades : 2 par hémorragies, 3 d'épuisement, 3 de septicémie aiguë, 1 d'embolie, 1 d'urémie.

Un cas d'épilepsie jacksonienne guérie par l'opération

M. Péraire a eu l'occasion d'observer un malade atteint de contracture du membre inférieur droit avec troubles de la sensibilité générale consécutive à des crises d'épilepsie jacksonienne et sur lequel la guérison fut observée à la suite d'une opération ayant consisté dans l'excision du cuir chevelu autour de la cicatrice résultant d'une ancienne craniotomie.

L'auteur conclut qu'une simple irritation superficielle sur le cuir chevelu réussit à calmer et même à faire disparaître les accidents épileptiques ; il faut donc penser que la région cicatricielle est seule épileptogène sans vouloir toujours faire intervenir une compression cérébrale ou une lésion limitée de l'écorce.

Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette.

9 Décembre 1907.

Présidence de M. le Dr. Bernard.

Le comité re "Exercice illégal" de la médecine fait rapport.

Que toutes les actions judiciaires prises antérieurement contre des rebouteurs et des charlatans sont réglées ; puis il soumet trois plaintes contre le récidiviste Mireault. L'Association recommande unanimement de prendre sans délai trois actions contre ce rebouteur dont la justice de notre pays rendra le nom légendaire sans doute.

Re "Tarif des compagnies d'assurances".—M. le Dr Marion annonce qu'il a le plaisir d'informer l'Association que la "Royal Victoria" lui a payé pour un certain nombre d'exameis médicaux sur des risques de \$1,000, \$5.00 chacun.

M. le président appuie sur le fait que actuellement l'Equitable, la Mutual de New-York, la Sauvegarde, la Travelers et enfin la Royal Victoria, accordent \$5.00 aux médecins

pour leurs examens, quelque soit le montant de la police émise. Puis il fait un chaleureux appel aux médecins du district, au nom de la dignité de la profession, de la solidarité de ses membres, pour bien faire comprendre au public médical, toute l'indélicatesse, toute l'injustice qu'il y a pour un membre de la profession vis-à-vis de ses confrères, et vis-à-vis des compagnies d'assurances qui nous traitent avec justice, à faire des examens au rabais, dans un but de concurrence déloyale. Il est certain que \$5.00 n'est pas de trop pour un bon examen consciencieusement fait, de même qu'il est certain que ce tarif ne restreindra pas le nombre d'applications, c'est-à-dire d'examens médicaux.

Et en conclusion, M. le président demande que tous les médecins accordent leurs sympathies aux compagnies qui nous traitent avec équité.

"Considérant que dans l'intérêt du congrès des médecins de langue française de l'Amérique du nord", il serait préférable de faire coïncider la prochaine réunion de ses membres avec les fêtes du troisième centenaire de la fondation de Québec ;

Proposé par M. le Dr. S. Roch, secondé par M. le Dr. Th. Gervais.

Que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette approuve entièrement la suggestion faite par les officiers du Congrès, de renvoyer la prochaine réunion en juin 1909.

Adopté unanimement.

Proposé par M. le Dr. A. Rivaïd, secondé par M. le Dr. Paquet.

Que MM. les Drs. J. Marion, de Joliette ; Th. Gervais, de Berthierville, et J.-A. Barolet, de Joliette, soient choisis comme assesseurs aux examens universitaires.

Adopté.

M. le Dr. J. Marion, de Joliette, donne une conférence sur l'Ophthalmo-réaction à la tuberculine.

Il fait l'historique de cette jeune découverte, rappelle le travail de M. le Dr. A. Calmette, de Lille, présenté à l'Académie des sciences le 17 juin 1907, puis expose sa méthode. Il décrit l'effet de la tuberculine sur la conjonctive palpébrale et oculaire et en donne la signification. Il décrit la

technique qu'il a suivie dans l'application de ce nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose, puis il passe à la description de ses cas personnels, déjà assez nombreux, et enfin il insiste sur les nombreux avantages que les médecins peuvent retirer de cette merveilleuse méthode de diagnostic.

M. le Dr. S. Roch, après avoir félicité M. le Dr. Marion, cite une observation personnelle de l'emploi de l'oculo-réaction. Il dit avoir vu à l'Hôtel-Dieu, plusieurs malades chez lesquels on avait pratiqué l'oculo-réaction et les résultats en furent positifs. A l'Hôtel-Dieu, l'on a d'abord employé le "Tuberculin Test" pour l'ophtalmo-réaction, de l'Institut Pasteur de Lille, tel que préparé par Calmette. Il semble que la tuberculine de l'Institut Pasteur de Paris est supérieure à celle de Lille, et pour le prouver, M. le Dr. Roch cite quelques statistiques de Mantoux de Paris.

Von Pirkett dit que pour les jeunes enfants et les nourrissons, la cuti-réaction est préférable à l'oculo-réaction parce que cette dernière manque souvent chez eux. Jules Lemaire dit que quand l'oculo-réaction est négative, une injection sous-cutanée de la même tuberculine, de deux décimiligrammes provoque une oculo-réaction positive.

En résumé : 1 "L'oculo-réaction est très utile pour certaines étiologies douteuses dans le cas de maladie mentale ; 2 "Pour faire la classification des malades et isoler les tuberculeux des non tuberculeux ; 3 "Pour les examens médicaux des assurances ; 4. "Pour les examens d'écoliers soumis à l'inspection médicale.

Comme on le voit, l'oculo-réaction est appelée à de très sérieux et immenses services dans le diagnostic du terrible fléau qu'est l'infection Kochique et nous mettre en position de lutter avec profit.

M. le Dr. Laurendeau dit : Qu'il y a sur le marché plusieurs espèces de tuberculine, mais que toutes ne sont pas utilisables pour l'oculo-réaction. Dès qu'il eût pris connaissance des procédés de Von Pirkett (Cuti-réaction) et de Calmette (ophtalmo-réaction), tel qu'exposé par M. le Docteur Marion, il eut l'idée de s'adresser à l'établissement américain Parke Davis, pour obtenir ce produit ou quelque chose de similaire. Il reçut des comprimés de tuberculine titrés depuis 1-5 de miligramme jus-

qu'à 5 milligrammes chacune. Malheureusement la tuberculine sous cette forme n'a aucune valeur : de plus il est impossible de faire une bonne solution au centième avec ces tablettes parce que la quantité de sucre de lait qui sert de support à la tuberculine est trop considérable ; une certaine quantité de lactose demeure en suspension. Le Dr. Laurendeau a aussi fait des expériences avec une autre tuberculine (Parke Davis) préparée en vue de l'usage vétérinaire ; et il a obtenu de bons résultats avec cette préparation ; mais il existe une objection : c'est qu'elle est douloureuse au moment de l'application dans l'œil, ce qui est attribuable à la glycérine qui sert de véhicule à la toxine.

Vous trouverez sur le marché deux variétés de tuberculine française, du moins quant à la morphologie : la "tuberculin Test" de l'Institut Pasteur de Lille, sous forme de poudre sèche et la "tuberculine", solution mère au centième de l'Institut Pasteur de Paris ; cette dernière est livrée au commerce dans des ampoules de verre contenant un centième cube (15 gts. environ), et se vend un prix très modéré : 30 cts. chacune livrées à Montréal. Les deux ont à peu près la même valeur. La solution en ampoule est beaucoup plus facile à manier : il suffit de briser l'extrémité de l'ampoule, d'y introduire une aiguille hypodermique un peu longue, d'aspirer deux ou trois gouttes de liquide, puis de les déposer dans l'œil du patient à examiner. Si l'on doit procéder à un seul examen, il est important de bien stériliser la balance qui reste dans l'ampoule. A cet effet, comme la tuberculine n'est pas très fragile, l'on conseille dans les instructions qui accompagnent chaque paquet, de fermer l'ampoule à la lampe à alcool, puis de la maintenir dans l'eau bouillante une dizaine de minutes ; mais il est plus pratique d'entourer solidement l'extrémité du col de l'ampoule d'un peu de ouate aseptique, puis de procéder à sa stérilisation en la plaçant dans un vase étroit, afin que la ouate dépasse la surface de l'eau bouillante : l'auteur recommande ce procédé dont il n'a eu qu'à se louer.

Il ne faut pas trop se hâter, lorsqu'il s'agit de consigner l'effet de la tuberculine ; ainsi le Dr. Laurendeau a vu survenir le symptôme caractéristique, c'est-à-dire la congestion conjonctivale, dans un cas, seulement 48 heures après l'installation de la tuberculine, et cela après avoir déclaré à la

famille d'une jeune fille soupçonnée atteinte de bacillose, qu'elle était indemne de toute tare sous ce rapport, ce qui fut particulièrement désagréable à l'auteur.

Maintenant, comment agit la tuberculine ? en quoi consiste l'ophtalmo-réaction ? En une réaction de défense. Chez les tuberculeux, chez ceux du moins qui ont encore des moyens de défense à leur disposition, sous l'effet lent de petites quantités de toxines fabriquées par les bacilles logés dans l'économie, toxines dispersées dans tous les organes par le sérum sanguin surtout, il se produit de l'anti-toxine et cette anti-toxine circulant dans tout l'organisme est le premier acte de la réaction de défense. Lorsque nous jetons dans l'œil une solution de tuberculine au centième, c'est comme s'il existait là tout à coup une grosse colonie de bacilles, du moins quant à la production de tuberculine. Dès ce moment l'économie fait un effort et pousse sur le terrain menacé tous ses moyens de défense, elle commence d'abord par affaiblir l'ennemi avant d'engager la bataille que nous appelons phagocytose en l'espèce. Ces escarmouches préliminaires sont conduites par des substances que l'on appelle : alexine, sensibilisatrices, anticorps, obsonines, etc., Il est certain que dans ces substances, il existe un principe vasodilatateur, facteur de la congestion révélatrice de l'infection. C'est donc en résumé par une feinte, que l'on provoque cette réaction préparatoire à la défense de la république cellulaire qui compose tout individu, puis les lymphocytes, les phagocytes, se rendant compte de la fausse alerte, se retirent et retournent à la caserne : tout rentre dans l'ordre en un jour ou deux généralement.

Et maintenant, jusqu'à quel point le médecin peut-il compter sur ce procédé de diagnostic ? Malgré sa nouveauté, l'on peut dire que l'oculo-réaction donnera des indications précises et exactes, chez les adultes au moins, dans 90 à 95 pour cent des cas. Lorsque cette réaction sera positive, alors le médecin pourra affirmer avec certitude que le sujet soumis à cette expérience est porteur de bacilles tuberculeux dans quelque endroit de son économie. Mais dans la négative, il ne faudrait pas interpréter ce manque de réaction à l'absence certaine de tuberculose.

D'abord il est connu que chez les cachectisés, le phthisique à la dernière période, il n'y a plus de réaction, sans doute

parce que l'économie a épuisé ses moyens de défense, ou peut être parce que les toxines du bacille sont tellement abondantes qu'ils suffisent à neutraliser complètement les alexines, les anticorps. Mais il est d'autres cas de non réaction inexplicables, chez lesquels l'examen clinique ou microscopique dénote de la bacillose. Alors, l'on pourra essayer de la cuti-réaction de Von Pirckett, puis comme dernière ressource, injection hypodermique de tuberculine. Et il n'y a pas de doute que l'emploi de ces trois procédés successifs sera suffisant à dépister le microbe de Kock.

A trois heures P.M. le public est admis dans la salle de délibérations du Conseil de l'Hôtel de Ville et M. le Dr. Barolet fait une conférence sur "Le matérialisme condamné par la science.

Le Dr. Laurendeau lui donne la réplique.

Et la séance est ajournée au mois de mars prochain.

Emploi thérapeutique du benjoin

FUMIGATIONS. — On pratique ces fumigations en projetant de la poudre de benjoin sur des charbons ardents ou en faisant brûler des "clous fumants" (Codex), petits cônes de 3 centimètres environ de hauteur, composés de benjoin, baume de tolu, santal citrin, charbon végétal, azotate de potasse et mucilage de gomme adragante. On peut pratiquer aussi ces fumigations en faisant bouillir dans l'eau de la teinture de benjoin associée à d'autres balsamiques et substances antiseptiques.

EAU HEMOSTATIQUE DE PAGLIARI. — Obtenue en faisant bouillir pendant six heures 250 grammes de benjoin et 500 grammes d'alun dans 5 litres d'eau.

POUDRE NASALINE CONTRE LA COQUELUCHE. — (Cartaz et Moizard.)

Benjoin pulvérisé	5 gram.
Salicylate de bismuth.	5 —
Sulfate de quinine	1 —

POTION. — On peut administrer la teinture de benjoin à la dose de 1 à 2 grammes par jour dans la potion cordiale du Codex.

POUMADE CONTRE LES CREVASSES DU MAMELON
(Yvon et Gilbert.)

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

a) VERNIS.

Teinture de benjoin	15 gram.
Teinture de baune de tolu	15 —

En badigeonnages sur les crevasses du mamelon, cette préparation très simple, dont nous nous servons depuis plusieurs années, nous a toujours donné les meilleurs résultats. Elle présente l'avantage de n'être dangereuse ni pour la mère, ni surtout pour l'enfant.

b) ADHESOL. (Dufau.)

Benjoin	3 gram.
Résine copal	35 —
Tolu sec	3 —
Ether	100 —
Essence de thym	2 —
Naphtol	0 gr. 30

Enduit adhérent qui peut être déposé sur les plaies aseptiques et même sur les maqueuses.

c) STERESOL (Berlioz).—Vernis employé en badigeonnages dans l'angine diphtérique et comme topique protecteur des érosions de la face et du mamelon, etc.

d) BAUME DU COMMANDIEUR DE PERMES OU TEINTURE BALSAMIQUE (Codex).—Vernis composé de racines d'angélique, de sommets d'hypericum, d'aloès, de myrrhe, d'oliban, de baume de Tolu de benjoin, macérés dans l'alcool à 80°.

POUDRE ABSORBANTE POUR PLAIES SUIVANTES
OU FETIDES.

Poudre de benjoin	6 gram.
Poudre de quinquina	30 —
Carbonate de magnésie.	30 —

M. s. a.

On peut associer à cette poudre d'autres substances antiseptiques telles que l'iodoforme, le salol, l'eucalyptol.

ASSOCIATION MEDICAMENTEUSES. — Pour l'usage externe, outre les substances que nous venons d'énumérer, on peut associer au benjoin les substances suivantes : borate de soude, camphre, acide acétique, phénols divers, essences, etc.

INCOMPATIBILITES. — Chaux.

Pour empêcher la chute des cheveux

Lassar préconise le traitement suivant :

Lavage d'abord quotidien, puis de plus en plus espacé, de la tête avec du savon au goudron et à l'eau chaude ; rinçage abondant à l'eau tiède, puis froide, au moyen d'un appareil à douches.

Pour les cheveux blonds des femmes, remplacer le savon par :

Carbonate de potasse	15 gram.
Carbonate de soude	15 —
Savon blanc pulvérisé	70 —
Eau de roses	100 —

Après avoir séché complètement les cheveux avec des serviettes chaudes, humecter leur racine avec une solution de bichlorure de mercure à 1 p. 1000, colorée à l'éosine et à laquelle on ajoutera, en cas de démangeaisons, 2 p. 100 de phénol.

Après disparition de l'humidité, frotter énergiquement le cuir chevelu avec l'une des solutions suivantes :

A. Thymol	0 gr. 50
Alcool à 90°	200 gram.

Ou bien :

B. Naphtol	0 gr. 50
Alcool absolu	200 gram.

Enfin, faire une légère onction avec :

Acide salicylique	1 gramme.
Teinture de benjoin	2 —
Huile d'olive ou vaseline	50 —
Essence de bergamote	XV gouttes.

Dans les cas tenaces, et surtout dans le cas de l'alopecie en aires, on commence par enduire la tête d'un liniment au goudron, et ce n'est que dix minutes après qu'on procède aux lavages.

Il est quelquefois nécessaire de graisser la tête pour la

nuit avec une pommade à 10 p. 100 d'essence de térébenthine à base de lanoline ou encore avec :

Phénol.	1 gramme.
Soufre sublimé.	10 —
Lanoline.	50 —
Baume du Pérou.	2 —
Essence de bergamote.	XV gouttes.

(Journal Ph. et Ch.)

Traitement de l'ulcère de jambe

On sait combien l'ulcère de jambe est généralement rebelle à tous les traitements. Voici, d'après le "Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (10 août 1907), la formule d'une pommade qu'emploie M. Danlos dans son service de l'hôpital Saint-Louis, et qui a paru lui donner des résultats supérieurs à ceux obtenus par les autres méthodes :

Onguent Canet.)
Onguent Styrax. . . . .	) à à 75 gr.
Huile pour délayer)

Cette formule est celle qu'on utilise en été, parce qu'à ce moment les onguents sont déjà notablement ramollis par la température. En hiver, il est nécessaire d'employer 100 gr. d'huile pour délayer.

Rappelons que l'onguent Canet, qui entre dans les formules de M. Danlos, est à base d'oxyde de fer.

Cette pommade est généralement appliquée sur un linge fin, stérilisé, une mousseline, ou mieux sur un silke protective. On renouvelle l'application tous les jours ou parfois deux fois par jour. Sous cette influence, on voit la surface de l'ulcère se modifier assez vite et l'épidermisation se faire assez rapidement.

M. Beldan (de Riga) recommande une autre pommade (Münch med. Woch., et Bullet, génér. de thérapeut., 30 août 1907), qui, bien que composée d'ingrédients différents, lui a donné d'excellents résultats. En voici la formule :

Sucre blanc pulvérisé.	2 grammes.
Cire blanche.	5 —
Miel rosat.	8 —
Huile d'olives blanche. . . . .	) à à 15 —
Fiel de bœuf.)

Mêlez intimement.

L'ulcère est recouvert d'une toile fine sur laquelle on a préalablement étalé une forte couche de cette pommade. Le pansement est fixé par quelques tours de bande. S'il y a des varices, on fait porter un bas élastique.

Le pansement est renouvelé matin et soir. Chaque soir, avant l'application d'un nouveau pansement, l'ulcère est lavé à l'eau tiède dans laquelle on a fait dissoudre un peu de savon noir.

Lorsque la sécrétion est très abondante, on cherche à la modérer par l'application d'un pansement sec pulvérulent, avant d'employer la pommade en question.

Ouvrages recommandés à nos lecteurs

Loyd Tuckey.—Thérapeutique psychique, traduit de l'anglais, par le Dr J.-P. David.	0.70c
Dr Crouigneau.—Promenade d'un médecin.	\$1.50
Dr Décugis.—Le médecin et les merveilles de la médecine contemporaine. . . . .	.80
Tondeur.—Récits de la vie médicale. . . . .	.60
Camus.—Recherches sur les causes de la circulation lymphatique Nuyendæm.—La neurasthénie étudiée au point de vue médical, philosophique et social. . . . .	.25
Hamélius.—Philosophie de l'économie politique. . . . .	.80
Ab der Halden.—Etude de littérature Canadienne-Française. . . . .	.80
Bazalgotte.—L'esprit nouveau dans la vie artistique, sociale et religieuse. . . . .	.70
Foucher de Careil.—Mémoire sur la philosophie de Leibniz, Tome I. . . . .	.80
Pellier.—La Philosophie de Victor Hugo, Tome I. . . . .	.80
Ernault.—Le célibataire au point de vue social. . . . .	.60
Dr Barraud.—Promenade d'un médecin à travers l'histoire. . . . .	.70
Barthès.—Manuel d'hygiène scolaire. . . . .	.70
Dr E. Laurant.—Guide pratique pour le traitement des névroses. . . . .	.60
Dr Baumel.—Précis des maladies de enfants.	1.60
Dr Causse.—Précis d'hydrologie.	1.00
Dr Choquet.—Précis d'anatomie dentaire.	1.80
Dr Dubrisay et Jeannin.—Précis d'accouchement.	1.80
Dr Lacroix.—Précis de laryngologie.	1.60
Dr Neveu Lemaire.—Précis de parasitologie humaine.	1.40
Drs Ollive et Le Meignon.—Précis des accidents du travail.	1.60
Dr Rémond.—Précis des maladies mentales. . . . .	.80
Dr Redard.—Précis de technique orthopédique.	2.40
Envoyés franco en adressant un mandat de poste à M. de Rudeval,	
4, rue Antoine Dubois, Paris, France.	

Nos annonceurs

DECEMBRE 1907

- Charles Frosst & Cie., 91 Lagachetière Ouest, Montréal.
La Compagnie Marchand Frères Ltée, 56 Amherst, Montréal.
La Compagnie du Masseur Santé Snyder, 55 rue St-François-Xavier, Montréal.
- A. R. Elliott, 62-68 West Broadway, New-York, N.-Y., U.S.A.
Bristol-Myers Co., Brooklyn, New-York N.Y., U.S.A.
The Fellows Medical Mig. Co., M. A E. Stratton, Man'g. 26 Christopher St., New-York, N.Y., U.S.A.
The Bovinine Co., 75 W. Houston, Ntw-York, N.Y., U.S.A.
The Denver Chemical Co., Dr. Bathtel, manager, New-York, N.Y., U.S.A.
M Charles Marchand, M.C., 57-59 Prince St., New-York, N.Y., U.S.A.
Lambert Pharmacal Co., St-Louis, Mo., U.S.A.
The Antikamnia Pharmacal, St-Louis, Mo., U.S.A.
Golden Gate Ad. Co., 3400-2 Sixteenth St., San Francisco, Cal., U.S.A.
M. A. Lorette, 61 Caumartin, Paris, France
M. Chs. Chanteaud, 54 rue des Francs-Bourgeois, Paris, France.
Dr A. Angelby, Chatel-Guyon, 1 rue Rossini, Paris, France.
Messieurs Trouette, 14 rue des Immeubles, Paris, France.
Pharmacie Mialle, 8 rue Favart, Paris, France.
Pharmacie Suann, 1 rue de Castégliono, Paris, France.
La Phosphatine Fallières, 8 ave. Victoria, Paris, France.
Laporte, Martin & Cie., 78 St-Pierre, Montréal.
Lyman, Sons & So., 386 St-Paul, Montréal.
John Labatt, London! Ont. Wm. Moffat, Gérant, 107, rue Saint-Laurent, Montréal.
- Pharmacie Hoffmann Laroche & Cie., 7 rue St-Claude, Paris, France.
Pharmacie Adrian, 9 rue de la Perle, Paris, France.
F. Coursol, 382 Hôtel de Ville, Montréal.
W. & J. S. Wylie, 228 Bleury, Montréal.
Maurice LePrince, 62 rue de la Tour, Paris.
Société de l'Amidol, 32 rue du Mathurin, Paris.
Sulpho Rinol du Dr Fayès, 55 rue du Temple, Paris.
Hémoglobine Des Chiens, Rougier Frères, Montréal.