

PAGES

MANQUANTES

LE PROCHAIN CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE A MONTRÉAL

Nous avons reçu copie de la circulaire-programme de ce Congrès qui se tiendra à Montréal, comme chacun le sait, les 28, 29 et 30 juin prochain, et qui nous donne un aperçu déjà convaincant du succès mérité—tant scientifique que social—qui devra couronner les efforts de ses laborieux organisateurs. A part l'attrait spécial d'une telle réunion pour tous les médecins de cette province parlant la langue française—l'unique occasion où il leur est donné d'entendre les délibérations scientifiques ou de prendre part eux-mêmes à celles-ci dans un grand congrès dans leur langue maternelle sur ce continent—il est du devoir des médecins de ce district en particulier—berceau de l'Association elle-même pour ainsi dire—de se rendre en foule à Montréal à la fin du mois prochain ; témoigner par leur présence—comme par le nombre de travaux qu'ils y apporteront—de l'intérêt toujours vivace que porte Québec à la réussite et à la perpétuation de l'œuvre.

Ce témoignage, Québec et son district se le doivent à eux-mêmes. Nous espérons donc que tous et chacun feront l'impossible pour être présents à l'ouverture solennelle de ce deuxième Congrès qui se fera à l'Université Laval, Montréal, mardi le 28 de juin. Plusieurs délégués étrangers ainsi que des provinces et universités sœurs ont promis d'y assister.

Il est temps pour nos médecins de langue française d'Amérique, porteurs déjà d'une renommée qui ne craint pas d'être

mise en parallèle, de s'affirmer scientifiquement, d'apporter enfin leur concours indispensable—le rôle privilégié dont les caractéristiques de leur race les favorisent tout spécialement—à l'édification solidaire de cette médecine du nouveau monde, qui à la fin du XXème siècle rivalisera pour le moins avec celle de la vieille Europe.

Les journaux confrères professionnels, canadiens et américains de langue anglaise, comprennent, eux aussi, toute l'importance future, pratique, de même que scientifique, d'un pareil mouvement, et se montrent des plus sympathiques à l'Association.

Les lignes suivantes traduites du "Montreal Medical Journal" No de mai 1904, disent jusqu'à quel point ils en saisissent la véritable portée :

" L'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, vient de lancer une invitation des plus cordiales à la profession en général, et aux sociétés sœurs d'une manière toute particulière, pour prendre part aux délibérations du deuxième Congrès qui sera tenu à Laval à Montréal le 28 juin prochain. Rien que du bien peut être retiré en acceptant pleinement le privilège ainsi offert."

Le " Bulletin " ose compter qu'il y aura affluence des médecins de Québec et de ce district à Montréal à la fin du prochain mois. Encore une fois, il devrait, il *doit* en être ainsi. Si noblesse oblige, à quoi "paternité" n'engage-t-elle pas?

Nous publions ci-contre le programme officiel. Nous croyons savoir que chaque médecin a déjà en mains la copie du règlement général.

PROGRAMME DU CONGRÈS DE MONTRÉAL

Le Deuxième Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord s'ouvrira le 28 juin, à 9.30 hrs. dans les salles de l'Université Laval, à Montréal.

MARDI LE 28 JUIN A 9.30 HRS. A. M.

Ouverture du Congrès par le professeur Foucher, président. Rapport du secrétaire général, suivi de l'ouverture simultanée des différents comités qui siégeront de 10 hrs à 12 hrs a. m., et de 2 hrs à 6 hrs p.m.

Le Soir

Séance solennelle sous la présidence de Son Honneur le Lieutenant-Gouverneur.

Discours du président, des représentants officiels des gouvernements d'Ottawa et de Québec, de la ville de Montréal et des délégués étrangers. Cette séance générale sera suivie d'une réception à laquelle seront invités les dames ainsi que les amis de l'Université Laval.

MERCREDI LE 29 A 9.30 HRS. A. M.

Séances des différents comités. Visite aux hôpitaux pour ceux qui le désirent.

Après-midi à 2 hrs.

Séance des différents comités.

Le Soir

Banquet à l'Hôtel Place-Viger, suivi d'un Smoking Concert.

JEUDI LE 30 A 9.30 HRS. A. M.

Séances des comités. Visite aux hôpitaux.

Après-Midi à 2 hrs.

Election des officiers de l'Association. Date et lieu de réunion du prochain Congrès. Cérémonie de clôture. Excursion sur le Lac St-Louis, et retour par les rapides de Lachine, gracieusement offerte par la ville de Montréal aux membres du Congrès, aux délégués officiels et aux invités.

MOYENS DE TRANSPORT

Les Compagnies de Navigation et de Chemins de Fer délivreront aux membres du Congrès des billets à prix réduits. Un avis à cet effet sera inséré dans la Presse quotidienne, prochainement.

ADRESSES DE QUELQUES HOTELS A MONTRÉAL

Hotel Windsor	\$3.50 à \$6.00 par jour
Hotel Place Viger	3.00 à 5.00 " "
St.-Lawrence Hall	2.50 à 4.00 " "
Hotel Queen's	2.00 à 4.00 " "
Hotel St.-James	2.00 à 3.00 " "

NOTE

Tous les membres qui voudront bénéficier de la réduction spéciale accordée aux congressistes sur les chemins de fer canadiens devront s'en ouvrir à l'agent local des billets qui les identifiera au point de départ, afin de leur permettre d'opérer leur retour gratuitement.

AVIS IMPORTANT

Dans le but de simplifier l'organisation toujours compliquée d'un grand Congrès médical comme celui-ci, les membres du comité exécutif ont décidé ce qui suit, contrairement à la clause du règlement général :

1° Tout médecin pourra devenir membre du Congrès de Montréal en payant au trésorier la somme de \$3.00.

2° Tout membre du Congrès désireux d'assister au banquet du 29 juin devra payer une somme additionnelle de \$3.00.

3° Le nombre des billets mis en vente étant limité, nous prions les médecins qui désirent y prendre part de s'inscrire dès maintenant.

LE BUREAU DE DIRECTION.

Adresser toute souscription à M. le Dr. S. Boucher, Trésorier, 1133 rue Ontario, Montréal.

ORGANISATION

BUREAU DU CONGRÈS

Président

M. Foucher, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin ophthalmologiste de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

Vice-Présidents

M. Ahern, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. O. Larue, docteur en médecine, médecin des hôpitaux Putnam, Connecticut, Etats-Unis.

Secrétaire-général

M. J. A. Le Sage, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

Secrétaires

M. A. Simard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. A. Bédard, médecin des hôpitaux, Lyon, Mass., Etats-Unis.

M. A. Laramée, docteur en médecine, Montréal.

Trésorier-général

M. S. Boucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal.

Trésorier

M. A. Marois, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Québec.

COMITÉS EXÉCUTIFS DU CONGRÈS

SECTION DU MÉDECINE GÉNÉRALE (1)

Président

M. A. Rousseau, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Vice-présidents

M. H. Hervieux, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

M. Panneton, médecin des hôpitaux, Trois-Rivières.

Secrétaires

M. A. Mercier, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

M. A. Jobin, docteur en médecine, gouverneur du collège des médecins, Québec.

SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE

Président

M. O. F. Mercier, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

Vice-présidents

M. A. Simard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec.

M. Camirand, médecin des hôpitaux, Sherbrooke.

Secrétaires

M. E. St-Jacques, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

M. C. Drapeau, docteur en médecine, Québec,

(1) Comprenant la DERMATOLOGIE et la SYPHILIGRAPHIE.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

Président

M. de Lotbinière Harwood, professeur à la Faculté de médecine de l'Université, gynécologue de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

Vice-présidents

M. E. Turcot, médecin des hôpitaux, St-Hyacinthe.

M. Marquis, chirurgien des hôpitaux, San-Francisco, Etats-Unis

Secrétaires

M. W. A. Derome, prof. à l'école d'Anatomie comparée, Montréal.

M. A. Petigrew, docteur en médecine, Québec.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Président

M. A. R. Fortier, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec.

Vice-présidents

M. René de Cotret, professeur adjoint à la Faculté de médecine de l'Université Laval, accoucheur à la Maternité, Montréal.

M. I. Cormier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecins des enfants malades à l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

Secrétaires

M. E. Asselin, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

M. P. V. Faucher, docteur en médecine, Québec.

SECTION DES MALADIES MENTALES, DE MÉDECINE LÉGALE ET
D'ANATOMIE-PATHOLOGIQUE*Président*

M. G. Villeneuve, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, surintendant de l'Asile St-Jean de Dieu, Montréal.

Vice-présidents

M. E. P. Chagnon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin neurologue à l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

M. R. Mayrand, chargé de cours à l'Université Laval, Québec.

SECTION D'OPHTALMOLOGIE, D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Président

M. Rodolphe Boulet, médecin en chef de l'Institut ophtalmique, gouverneur du Collège des Médecins, Montréal.

Vice-présidents

M. Wilson-Prévost, professeur au Post-graduate de New-York, Etats-Unis.

M. Arthur Dussault, ophtalmologiste à l'Hôtel-Dieu de Québec.

Secrétaires

M. H. Duhamel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin ophtalmologiste à l'Hôtel-Dieu, Montréal.

M. L. N. Fiset, laryngologiste, Québec.

SECTION D'HYGIÈNE ET DES INTÉRÊTS

Président

M. C. N. Valin, professeur adjoint à la chaire d'hygiène de la Faculté de l'Université Laval, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

Vice-présidents

M. Pelletier, membre du conseil d'hygiène de la province de Québec, Montréal.

M. Sirois, gouverneur du collège des médecins, St-Ferdinand d'Halifax.

Sucrétaires

M. Jean Décarie, préparateur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, professeur d'Histologie à l'école Dentaire de Montréal.

M. F. X. Dorion, gouverneur du Collège des médecins, Québec.

PRÉSIDENTS D'HONNEUR

M. Rottot, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. Roddick, doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill, Montréal.

M. Brochu, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec.

Sir William Hingston, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. Ahern, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec.

M. Campbell, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Bishop, Montréal.

M. Coyteux-Prévost, chirurgien de l'hôpital St-Luc, Ottawa.

M. Grondin, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec.

M. Lamarche, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. E. Turcot, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec. — *avec sa femme*

M. Mignault, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. Bourque, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. Azarie Brodeur, ex-chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

M. Edouard Desjardins, professeur à l'Université Laval, Montréal.

M. Simard, Sr., professeur à l'Université Laval.

M. E. P. Lachapelle, officier de la légion d'honneur, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Président du Collège des médecins, Montréal.

M. L. Catellier, professeur à l'Université Laval, Québec.

M. Séverin Lachapelle, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal.

L'honorable J. Guérin, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. Demers, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. Laberge, médecin sanitaire de la ville de Montréal.

M. Dagenais, président du comité d'hygiène de la ville de Montréal.

M. Cléroux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. Phelan, président de la société médicale de Shefford.

M. Joyal, ancien agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal.

M. Normand, président de la société médicale de Trois-Rivières.

M. Petit, médecin des hôpitaux, Nashua, États-Unis.

M. Archambault, médecin des hôpitaux, Cohoès, États-Unis.

M. de Grandpré, docteur en médecine, Worcester, États-Unis.

MEMBRES ADJOINTS

M. J. E. Dubé, agrégé à l'Université Laval, Montréal.

M. Larin, agrégé à l'Université Laval, médecin à l'hôtel-Dieu, Montréal.

M. E. P. Benoit, professeur adjoint à l'Université Laval, médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

M. Verge, chargé du Laboratoire d'électricité à l'Hôtel-Dieu de Québec.

M. Choquette, de la société médicale de St. Hyacinthe, St. Hilaire.

M. Bernier, professeur agrégé, médecin à l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

M. F. DeMartigny, de Montréal

M. J. E. Fortier, agrégé médecin de l'Hôtel-Dieu Montréal.

M. Monod, ancien interne des hôpitaux de Paris, Montréal.

M. Marien, Agrégé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

M. Lemieux, de Montréal.

M. Laurier, gouverneur du collège des médecins, Montréal.

M. Parizeau, professeur de Pathologie externe, chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame,

M. J. E. Laberge, médecin de l'hôpital pour les maladies contagieuses, Montréal.

M. Baril, gouverneur du collège des médecins, Montréal.

M. Aumont, secrétaire de la société médicale de Joliette P. Q.

M. Lessard, secrétaire de la société médicale de Shefford P. Q.

M. Marsolais, agrégé, médecin de l'hôpital Notre-Dame gouverneur du collège des médecins P. Q.

- M. Hébert, agrégé, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.
 M. Paquin, secrétaire du collège des médecins, Québec.
 M. Boulanger, de Montréal.
 M. Lecavalier, de l'Hôtel-Dieu de Montréal.
 M. Gauthier, de la société médicale de St. Hyacinthe Upton

P. Q.

- M. J. Gauthier, agrégé, médecin de l'hôpital Notre-Dame.
 M. Fleury, surintendant médical de l'hôpital Notre-Dame.
 M. Ethier, agrégé, chirurgien à l'hôpital Notre-Dame.
 M. Nadeau, de St. Joseph, Beauce.
 M. Béland, député de Beauce.
 MM. Deblois et Tourigny, médecins, Trois-Rivières.
 M. Lasnier, chirurgien, Montréal.
 MM. Yhéaume et Ostiguy, de Valleyfield.
 M. Bruneau, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal.
 M. Morissette, de Ste Hénédine.
 MM. Valade et Chabot, Ottawa.
 MM. Bellerosse, Leclair, Guillette, LeSage, Lupien, Brind'amour, Daudelin, Boucher, Bellemare, Steele, Martel, Lamarche, médecins aux Etats-Unis.



LE SANMETTO DANS LA PROSTATITE, LA CYSTITÉ CHRONIQUE ET L'INCONTINENCE

J'ai eu une très grande expérience du SANMETTO dans le traitement de la prostatite, si commune chez les vieillards et aussi de la cystite chronique de l'homme et de la femme. Je le considère comme un médicament donnant des résultats brillants, sûrs et rapides dans ces cas et dans les autres cas d'irritabilité des organes génito-urinaires.

L'incontinence fut également soignée avec des bons résultats par le SANMETTO. En effet, d'après mon avis, il guérit tous les cas non compliqués d'une entrave mécanique.

Aurora, Ind.

DR. EDW. LIBBERT,

Diplomé en —, etc.

Travaux Originaux

RAPPORT DE DEUX OBSERVATIONS DE PURPURA HEMORRHAGIQUE AU COURS DES FIEVRES TYPHOIDES

Par M. le Docteur JOSEPH MARION, de Laurentides, Qué.

OBSERVATION 1^o Il s'agit dans cette observation d'un jeune homme âgé de 18 ans, robuste et doué d'une excellente constitution, n'ayant jamais été malade ; son père mort en 1895 des fièvres typhoïdes, sa mère opérée le 23 mai 1901 pour un cancer du sein. Il fut atteint de fièvre typhoïde le 12 de septembre dernier et je fus appelé le 18 et trouvai le malade dans le délire, la température marquait 104 à midi, le pouls 110, le ventre ballonné, il y avait vomissement et constipation. Je donne une medication pour désinfecter le tube digestif, bain d'éponge, le brandy, le lait, le bouillon comme aliments et le chlorhydrate de quinine d'après la méthode du professeur Binz (de Bonn) parue sur la Presse Médicale de Paris le 13 Mars 1901. Le professeur Binz est partisan du bain tiède et de la quinine dans les fièvres typhoïdes mais pour l'emploi de celle-ci il fait quelques recommandations qu'il me semble intéressant de signaler.

“ Tout d'abord pour ce qui est du sel quinique M. Binz pense donc que chez le typhique dont le suc gastrique du fait de la fièvre renferme très peu d'acide chlorhydrique, le sulfate ne dissout pas dans l'estomac et n'est pas absorbé. C'est donc

le chlorhydrate de quinine qu'il faut employer en utilisant la formule de Lindwarm.

Chlorhydrate quinine 2 gr.

Acide chlorhydrique 2 gr.

Eau distillée 50 gr.

On prend la moitié de la solution dans de l'eau additionnée au besoin d'un peu de vin blanc. M. Binz donne la quinine à tous les 2 heures le soir vers 8 heures prise en 2 fois après un court intervalle quand la fièvre atteint maximum.

L'effet de cette dose massive se manifeste le lendemain de 2 façons, la rémission matinale de température est plus accentuée que la veille et son ascension vespérale moins élevée, il est alors inutile de renouveler le soir même la dose et la quinine n'est donnée que le lendemain soir. Le même phénomène se produit le lendemain et une nouvelle dose de quinine n'est donnée que quarantehuit heures après la précédente et ainsi de suite jusqu'à la défervescence."

La maladie a suivi sa marche classique jusqu'au 4. d'Octobre date de la complication du purpura. Une infiltration sanguine apparut dans la peau de l'abdomen sur une grande surface, on en remarquait aussi sur le tronc, aux membres supérieurs et inférieurs. Les muqueuses et les parties profondes étaient aussi affectées. Il se produisait des hémorrhagies des muqueuses du nez, de la bouche, et du canal intestinal, et des organes internes, reins. On m'avait fait appeler surtout pour arrêter l'épistaxis qui était alarmant, je donne d'abord une injection d'ergotine et j'applique un tampon imbibé d'une solution de cocaïne 2 o/o et je fais des applications de glace sur le nez, six heures après je revois le malade et constate que la médication n'avait pas produit d'effet. Je continue cependant le même traitement en y ajoutant la Teinture de fer muriatée à la dose de 5 gouttes à toutes les heures. Le 5 Octobre,

je vois mon malade, la médication avait été bien suivie, l'épistaxis était arrêté complètement mais du côté des organes génitaux, hématurie considérable avec hémorrhagie intestinale. Le malade tolérait bien la teinture de fer muriaté; je continue la même dose et je fais une injection de strychnine et donne la caféine parce que le malade était dans un état d'adynamie grave la température marquant 96° ; je prescrit alors le brandy. On m'appelle le soir à 8 heures et ne constate aucun changement depuis le matin, le saignement de nez cependant n'était point rattaché, je renouvelle l'injection de strychnine.

Le 6 octobre, je constate une amélioration du côté de la muqueuse buccale, les urines moins rouges, je donne la teinture de fer 5 gouttes toutes les 2 heures et la strychnine en injection.

Le 7 octobre, je trouve le patient dans le même état que la veille mais avec une température de 104° , je lui donne moi-même 1 gramme de Chlorhydrate de quinine en 2 doses dans l'intervalle d'une demie heure.

Le 9 octobre, je constate grande amélioration, la température à la normale, la muqueuse buccale avait une belle apparence, l'état général meilleur, les urines renfermaient encore du sang. Je diminue la dose de la teinture de fer à 5 gouttes toutes les 4 heures le jour seulement. Je tonifie le malade par la strychnine et la caféine et je continue à surveiller le patient de 2 jours en 2 jours jusqu'au 14 octobre, date de la convalescence; les urines et les selles reviennent à la normale.

OBSERVATION 2:—Il s'agit dans cette observation d'un homme âgé de 38 ans, doué d'une excellente constitution avec de bons antécédents; le père est mort d'un accident, et la mère jouit d'une excellente santé. Il fut atteint des fièvres typhoïdes le 4 septembre 1901, la maladie marcha d'une allure assez bénigne, la température oscilla entre 100 et 103° . Le traite-

ment fut d'après la méthode du professeur Binz (de Bonn) pour ce qui regarde la quinine.

J'ai observé le malade tous les jours jusqu'au 30 septembre où la maladie paraissait entrer dans la période de convalescence, la température était normale, le pouls bon et les selles naturelles, le malade voulait se lever se sentant bien, j'ai cependant continué à l'observer jusqu'au 6 octobre, date où on m'appela pour de l'hématémèse et de l'hématurie. J'examine l'abdomen et je constate une infiltration sanguine siégeant dans le tissu cutané semblable au cas précédent si haut relaté que j'avais vu deux jours avant. J'ordonne donc le traitement à la teinture de fer et donne l'ergotine en injection pendant deux jours sans aucun effet ; l'hématémèse se renouvelait souvent et l'état général s'aggravait.

Le 9 octobre, c'est-à-dire trois jours après le début du Purpura, je lui fais une injection hypodermique de sérum artificiel à la dose de 150 grammes. Deux heures après le patient a pris un verre de lait et le toléra très bien, et les vomissements ne se renouvelèrent plus, je continue le régime lacté et des lavements alimentaires et la strychnine en injection.

Le 11 octobre, j'injecte une nouvelle dose 350 grammes de sérum qu'il toléra encore très bien et à partir de cette date toutes traces de sang commencèrent à disparaître dans les urines et dans les selles, et le malade entra en convalescence le 18 octobre et se rétablit en très peu de temps.

CONCLUSION.—La conclusion que je puis tirer de ces deux observations c'est : 1° que le pronostic de purpura doit être regardé comme devant être plus encourageant que nous l'enseigne nos auteurs classiques : 2° que le traitement au sérum artificiel doit être considéré comme plus actif et plus certain que le traitement à la teinture de fer.

Revue des Journaux

MEDECINE

LA BLENNORRAGIE ET LE TABES

Certains médecins, probablement en mal d'originalité, ont essayé de rattacher étiologiquement le tabes à l'infection gonococcique. Le professeur Erb, qui a été un des premiers, sinon le premier, à établir les rapports entre la syphilis et le tabes, a vu probablement dans ces tentatives une atteinte à sa théorie. On ne pourrait, en effet, comprendre autrement le soin qu'il a pris de citer dans la *Münchener medicinische Wochenschrift* une série de statistiques destinées à montrer que la blennorragie ne joue aucun rôle dans l'étiologie du tabes.

Le premier fait que M. Erb a tenu à élucider, c'est la fréquence de la blennorragie. Il a donc interrogé 600 hommes des classes aisées de la société ayant dépassé l'âge de vingt-cinq ans : près de la moitié d'entre eux avaient eu, à un moment donné, la chaude-pisse ; en tout cas 43,3 pour 100 n'ont jamais eu ni blennorragie ni syphilis.

D'un autre côté, dans sa dernière série de 50 tabétiques hommes, M. Erb compte 45 blennorragiques (soit 90 pour 100) et 44 syphilitiques (soit 88 pour 100). La blennorragie étant

une toxi-infection aussi légitime que la syphilis, sa plus grande fréquence n'indique-t-elle pas que c'est elle et non la syphilis qui joue un rôle efficace dans l'étiologie du tabes ?

Naturrellement M. Erb n'en pense rien. La question, dit-il, est mal posée et pour la placer sur son vrai terrain il faut établir la fréquence de la syphilis chez les gonorrhéiques tabétiques d'un côté et chez les gonorrhéiques non tabétiques de l'autre. Les statistiques montrent alors que la syphilis s'observe chez les premiers dans une proportion de 90 pour 100 et chez les seconds dans 34,7 pour 100 seulement.

C'est donc bien la syphilis que est le principal facteur étiologique dans la genèse du tabes. Quant à la blennorrhagie, M. Erb lui accorde la valeur d'une cause anjuvante dont l'action serait la même que celle du surmenage, du refroidissement, du traumatisme, des excès sexuels, par exemple.

Presse Méd. Paris, 9 Avril 1904.

MAL DE POTT ET LÉSIONS NERVEUSES CONSÉCUTIVES

PAR LE PROFESSEUR RAYMOND.

Le malade qui fait l'objet de cette leçon est intéressant à plusieurs points de vue, non pas que le diagnostic de l'affection qu'il présente soit difficile, car il suffit de regarder la région dorsale, comme l'indiquait VULPIAN, pour constater qu'il a un mal de Pott, mais parce qu'à côté de ce diagnostic grossier, il faut arriver à déterminer avec précision quels sont les effets consé-

cutifs de cette lésion de la colonne vertébrale sur le centre nerveux voisin, la moëlle, et sur les nerfs périphériques. Cette détermination exacte de lésions nerveuses est importante au point de vue du pronostic et du traitement, car c'est une des maladies que les chirurgiens traitent, à l'heure actuelle peut-être dans un trop grand nombre de cas : il importe que le médecin juge lui-même de l'opportunité de l'intervention, qui, à mon avis, doit être réservée pour certains accidents menaçants du mal de Pott.

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, photographe ; la mère est internée dans un asile d'aliénés depuis quatorze ans ; le père et les frères sont bien portants ; le malade a toujours, dans sa première enfance, été bien portant. Mais, dès la neuvième année, il est pris de douleurs vives dans l'articulation de la hanche du côté gauche, qui finissent par l'immobiliser au lit et amener un raccourcissement du membre : le médecin diagnostique un coxalgie tuberculeuse et place le membre dans la gouttière de Bonnet. Au bout de huit mois, le malade se lève, l'articulation presque entièrement ankylosée et boitant. Il reste ainsi jusqu'à 19 ans, époque à laquelle il éprouve une reprise des douleurs de la hanche, et il se forme deux abcès froids qu'on dut ponctionner. A 21 ans, pendant son travail, il se frappe avec un marteau la main gauche ; il en résulte une plaie, d'abord d'apparence bénigne, qui, bientôt, prend un aspect de mauvaise nature, suppure indéfiniment et s'ulcère en plus : il fallut amputer le doigt annulaire.

C'est à ce moment que le malade fut pris de douleurs occupant la région du sacrum et la région lombaire, sans irradiations à la partie antérieure. Le malade pouvait encore aller et venir, mais en raison des douleurs et de la raideur de la colonne vertébrale, il ne marchait qu'avec une certaine gêne. Au bout de quelques mois, comme les douleurs, qui, au début, n'appa-

raissaient que de temps à autre, étaient devenues permanentes, jour et nuit, troublant le sommeil, il alla, sur le conseil du médecin, passer cinq mois dans une station balnéaire ; à son retour, il paraissait guéri. Il y a eu là une phase douloureuse très nette, qui a commencé lentement, a augmenté progressivement et n'a coïncidé avec aucune modification de la santé générale.

Ces douleurs subissent une rémission, et c'est plus tard, en février 1803, il y a un an, qu'il est pris de lourdeur de la jambe gauche, celle du côté de son ancienne coxalgie, puis de la jambe droite. Ses membres sont raidis et affaiblis, et le malade est forcé de marcher à petits pas. S'il veut précipiter son allure, ses jambes s'embarassent et il tombe. En somme, s'est installée insidieusement et sans douleurs, dans la continuité des membres inférieurs, une paraplégie. De plus, des troubles de la sensibilité ont apparu, il y a environ cinq mois : il s'est aperçu qu'il sentait moins bien qu'auparavant le contact de la couverture de son lit. Il a manifesté en même temps un certain degré de parésie vésicale et de rétention d'urine.

A l'examen, l'apparence extérieure est bonne ; pas de fièvre, appétit satisfaisant : le malade ne souffre pas. Rien du côté des membres supérieurs ; rien dans la poitrine. On ne constate qu'une paraplégie, et une déviation du rachis. La paralysie motrice des membres inférieurs est presque complète, et elle est aussi prononcée à la racine qu'à l'extrémité du membre.

Du côté gauche, on note la semiankylose de l'articulation de la hanche et le raccourcissement de la jambe, en rapport avec l'ancienne coxalgie. Les membres sont contracturés dans une certaine mesure, il y a de la trépidation spinale ; le réflexe de l'orteil est en extension ; il y a une atrophie musculaire diffuse, plus accusée du côté gauche. Il y a diminution de l'excitabi-

lité électrique, galvanique et faradique, sans modification qualitative des réactions. Les réflexes rotuliens sont très exagérés ; les muscles du ventre tendus, contracturés, les réflexes cutanés, abdominal et crémastérien, nuls.

Il y a donc une paraplégie semi-spasmodique, c'est-à-dire complète au point de vue moteur, et accompagnée d'un certain degré de contracture, avec exagération des réflexes rotuliens et signe de l'orteil en extension.

D'autre part, troubles de la sensibilité extrêmement prononcés, remontant jusqu'à environ deux centimètres au-dessus du pubis, c'est-à-dire au niveau de la dixième racine dorsale : dans toute l'étendue des deux membres et jusqu'à la ligne indiquée, l'anesthésie existe : on trouve ensuite de l'hypoesthésie dans une zone supérieure limitée par une ligne passant un peu au-dessus de l'ombilic.

L'anesthésie de ces régions intéresse à la fois les diverses sensibilités : tact, pincement, chaleur, froid. Cependant il persiste un certain degré de perception, avec retard : ainsi lorsqu'on pique la jambe droite, on détermine le retrait du membre. C'est un phénomène réflexe avec sensation retardée, bien connu depuis VULPIAN. Cette sensibilité se trouve plus accusée à la face antérieure qu'à la face postérieure du membre. La sommation des excitations donne des résultats plus nets que l'excitation simple.

La sensibilité profonde est également très atteinte. Le malade perd ses jambes dans son lit.

La sensibilité au diapason à vibrations continues a été étudiée. Du côté droit, au pied, au tibia, à la rotule, au fémur jusqu'au niveau du grand trochanter, la sensibilité osseuse est perdue ; elle ne commence à reparaitre qu'au niveau de la crête iliaque. Du côté gauche, la sensibilité osseuse n'est perdue que pour le pied et se trouve à partir de l'extrémité inférieure

du tibia ; quand on arrive au genou, et surtout au fémur, cette sensibilité osseuse se retrouve normale.

On s'est occupé beaucoup, dans ces dernières années, de l'étude de la sensibilité osseuse ; il semblait que ce fût le complément naturel des sensibilités superficielles et profondes ; c'est en effet un procédé d'investigation important. EGGER a retrouvé ce signe à propos d'un malade présentant le syndrome de Brown-Séguard : ayant trouvé du côté paralysé une perte de la sensibilité osseuse, il en avait conclu à l'existence d'une sensibilité spéciale, inhérente à un faisceau médullaire. On a discuté le point de savoir quelle était la part de la peau, des articulations, des ligaments articulaires, dans ce phénomène.

MINOR, de MOSCOU, vient de publier le fait intéressant suivant : dans un cas de névrite du sciatique poplitée externe, il a étudié la sensibilité osseuse, et il a constaté que du côté de la lésion nerveuse, là où l'anesthésie est totale, la sensibilité osseuse a complètement disparu tandis que dans le domaine du sciatique poplitée interne cette sensibilité se trouve intacte : il y a donc là surtout transmission osseuse de la sensibilité plutôt qu'une sensibilité spéciale. Ceci se confirme par ce fait que, dans le cas de fractures avec séquestre, le même auteur ayant répété ses expériences, a vu la sensibilité se faire aussi bien à travers le séquestre, c'est-à-dire un os absolument mort.

Cette paraplégie semi-spasmodique est accompagnée de troubles de la miction et de la défécation : depuis plusieurs mois existe une rétention d'urine incomplète, et la défécation est très pénible.

La deuxième partie de l'examen doit porter sur la colonne vertébrale. Il y a d'abord une immobilité de la partie inférieure de cette colonne, une scoliose gauche très nette, une saillie avec douleur assez vive de l'apophyse épineuse de la septième

vertèbre dorsale, de même qu'au niveau de la troisième lombaire.

Voilà tout ce qu'on relève chez cet homme. Il y a donc eu dans son histoire morbide, deux phases : 1° Une coxalgie, des accidents tuberculeux de la main gauche, 2° Une paraplégie, un mal de Pott.

DIAGNOSTIC

Evidemment, un jeune homme qui a présenté dans son enfance des accidents tuberculeux, puis offre maintenant une paraplégie semi-spasmodique, doit faire penser à des accidents nerveux consécutifs à une tuberculose de la colonne vertébrale.

Pour si facile que semble ce diagnostic, il n'en demande pas moins à être discuté.

D'abord, l'*hystérie* peut simuler de tous points le mal de Pott. Les chirurgiens, PAGER, VERNEUIL, ont signalé le fait. CHARCOT a présenté une femme atteinte de vrai mal de Pott, qui avait été placée dans l'immobilisation pendant plusieurs années. Elle guérit, et environ huit ans plus tard eut une reprise de paraplégie ; cette récurrence s'expliquait par une chute insignifiante qu'avait fait la malade : celle-ci, objectivant la douleur légère qu'elle ressentait dans les reins, avait créé de toutes pièces la rigidité musculaire, etc., et présentait un mal de Pott hystérique.

Un jeune homme de 23 ans, se promenant sur les bords de la Marne, aperçoit une jeune fille qui est tombée à l'eau, se précipite à son secours et la ramène. Un roman d'amour naît de cet incident, puis une demande en mariage ; mais le jeune homme est sans fortune, on lui refuse la main de celle qu'il a sauvée. Il a des accidents hystériques, et fait un mal de Pott hystérique. Le diagnostic reposa surtout sur l'hyperesthésie cutanée localisée au niveau de la troisième vertèbre lombaire, qui semblait

plus saillante, et constituait un point hystérogène déterminant des cris de douleur et une sensation de constriction du côté de l'estomac remontant jusqu'à l'oesophage. On trouvait aussi d'autres points hyperesthésiques. La déviation de la colonne vertébrale était due à la contracture des muscles de la région lombaire.

Une femme de 47 ans, d'hérédité tuberculeuse paternelle, ayant une mère hystérique, a été réglée à 15 ans ; elle a été soignée pour une double phlébite dans le service de Terrillon, à la charité. Mariée à 19 ans, elle a quelques crises convulsives. A 31 ans, nouvelle phlébite double. Elle a épousé un alcoolique qui fait chez elle une tentative de suicide, tombe malade et meurt au bout d'un an. Cette femme déjà éprouvée par le malheur, les émotions et la fatigue, est encore épuisée par des discussions à propos de l'héritage de son mari ; enfin, elle subit d'autres ennuis, et finalement elle a un lumbago rhumatismal, mais à propos de cette maladie elle fait un mal de Pott hystérique. On trouve chez elle des points hyperesthésiques et hystérogènes.

Une première erreur possible est donc celle d'un mal de Pott hystérique avec un mal de Pott véritable.

On peut faire une autre confusion : une jeune fille de 18 ans présente une grosse déviation rachidienne, une paraplégie spasmodique, avec troubles vésicaux, exagération des réflexes, signe de l'orteil en extension, gros troubles de la sensibilité ; sa mère racontait, qu'à quatre ans, elle était tombée sur une chaise, et qu'à partir de ce moment, la colonne vertébrale s'était déviée. On la met en apprentissage comme blanchisseuse, à 12 ans ; elle était peu à peu devenue paraplégique ; elle présentait, au moment de l'examen, une énorme eschare au siège. elle succomba, et on ne constata qu'une scoliose de l'adolescen-

ce, sans aucune lésion tuberculeuse du rachis ; il y avait une myélite transverse primitive.

Cette association de la myélite transverse et d'une scoliose de l'adolescence, est bien faite pour tromper la diagnose.

Chez notre malade, il s'agit d'autre chose ; ce qu'il s'agit de déterminer, c'est l'étendue des altérations du côté de la moelle, voire même de savoir si c'est bien la moelle qui est atteinte, car il pourrait se faire, dans le cas actuel, qu'une simple compression de racines, par de la pachyméningite tuberculeuse ou bien par un abcès froid du canal rachidien, par des fongosités ou des esquilles osseuses, produisit les phénomènes que nous avons étudiés.

Il est bien certain que les racines ont été touchées à un moment donné, qu'il y a eu de la pachyméningite à l'époque où les douleurs lombaires ont commencé, et où le malade n'était pas encore paralysé. Il y aurait eu alors une phase de radiculite intéressant les racines des nerfs lombaires et des nerfs sacrés. Ces lésions ne peuvent pas expliquer la symptomatologie actuelle.

Si l'on considère, en effet, cette paraplégie semi-spasmodique, avec exagération des réflexes, signe de l'orteil en extension, atrophie diffuse, gros troubles de la sensibilité, il faut de toute nécessité invoquer une altération du côté de la moelle. Si les racines sont touchées, elles le sont relativement peu. Il est certain qu'il y a une myélite transverse consécutive. Les cordons postérieurs sont fortement touchés, de même la zone motrice, et il est certain que la substance grise l'est dans une certaine limite : peu, puisqu'il n'y a pas de grosse atrophie musculaire, et que la rétention d'urine est incomplète. La tuberculose a agi successivement de la colonne vertébrale sur les méninges, des méninges sur la moelle. Il y a là un mécanisme qu'a bien mis en lumière Percival Pott à la fin du dix-huitième siècle.

LA MALADIE DU SOMMEIL

La *maladie du sommeil* est causée, dit le Professeur RA-
PHAËL BLANCHARD, par la piqûre de la mouche "tsé-tsé"

Or, M. LAGLAIZE qui connaît à fond le pays où se produit
la *maladie du sommeil* ou *sino* (*sino* signifie dormir), — et qui
dit : pas un médecin militaire ayant stationné au Congo ne me
démentira, — affirme que *la mouche tsé-tsé ne s'attaque jamais
à l'homme* ni aux animaux sauvages, mais exclusivement aux
bœufs, aux chevaux et aux ânes qui expirent trois ou quatre
heures après la piqûre.

Cette mouche se rencontre seulement entre le Zambèze et
le Transvaal, dans un espace restreint, grand comme deux dé-
partements français. Et le "sino" règne sur toute la côte occi-
dentale, dans tout le bassin de la Casamance et dans la Gam-
bie.

Le "sino" n'atteint ni les blancs, ni les enfants, mais seule-
ment les nègres adultes. Celui qui est touché perd l'appétit,
puis tombe peu à peu dans une torpeur qui va sans cesse en
croissant jusqu'à la mort, s'il n'est pas soigné. Mais il peut
guérir, s'il est opéré. - Trois mois après les premiers symptô-
mes, il porte des ganglions volumineux derrière les oreilles ; à
ce moment, on lui enlève ces ganglions, et on bourre la plaie
d'herbes atomatiques hachées ; ce sont les vieilles négresses qui
ont le secret de ces herbes et font ces opérations. La plaie reste
ouverte, suppure abondamment, puis la cicitrisation se fait . . .
Et l'homme est guéri et n'aura plus jamais le "sino" ; il est vac-
ciné.

Le nombre des guérisons est de 60 p. o/o.

Ces renseignements proviennent d'un article de M. TREILLE,
dans "la Revue médicale".—Lequel croire de M. Blanchard ou

de M. Laglaize qui a été là-bas? . . . Sûrement, le professeur fera bien de causer avec son contradicteur.

Ce ne sont pas les hypothèses qui manquent relativement aux causes de de la maladie.

On a invoqué le paludisme, l'humidité excessive du sol et surtout la misère.—Il s'agit d'une intoxication alimentaire (Calmette) par le manioc mangé cru, empoisonnement lent par l'acide cyanhydrique (Ziemann).—la "filaria perstans" produit la léthargie des nègres, d'après M. Manson, mais, par d'autres auteurs, différents microbes sont accusés.

M. Van Campenhout, qui rappelle ces détails dans son rapport (XI^e Congrès international d'Hygiène) sur "la prophylaxie de la maladie du sommeil" déclare que, quand on étudie cette maladie, l'on trouve toujours la misère, l'encombrement comme facteurs étiologiques. — Il ajoute : "la contagiosité de cette maladie est, en somme, très limitée. Il faut qu'il y ait des rapports assez intimes pour que la maladie se transmette. La cohabitation et surtout la prise des aliments en commun semblent en être des facteurs indispensables... Les sécrétions buccales, la salive seraient peut-être un véhicule du germe de la maladie." (1)

Il dit encore : "la thérapeutique est absolument impuissante."

Et malgré tout cela, il conclut à "l'isolement rigoureux, un lazaret où les soins médicaux seraient donnés gratuitement."

Son co-rapporteur français M. MARCHOUX conclut de même : "rechercher les malades avant l'époque des symptômes caractéristiques ; — les isoler. . ."

(1) Au lieu de penser que des individus se rendent malades en buvant dans le plat commun ou en léchant réciproquement leurs cuillères, il serait peut-être aussi naturel de croire que c'est l'aliment pris par eux qui les a empoisonnés.

Ainsi, on coffrera les nègres avant qu'on sache s'ils sont réellement malades, "avant l'époque des symptômes caractéristiques", — on les coffrera bien que la contagiosité soit très limitée" (1). — Et quand on les aura enfermés "rigoureusement" dans un lazaret, que leur fera-t-on ? rien d'utile, "puisque la thérapeutique est absolument impuissante." — il est vrai que l'isolement sera fait "gratuitement" . . . La gratuité à des nègres ! comme à des blancs laïques !

Science et gratuité, microbes, salive et eau bouillie, voilà le progrès, et nous touchons à l'idéal et les nègres le connaîtront ! Réjouissons-nous !

Journal de Méd. Int. Paris, 1er Avril 1904.

(1) M. Blanchard ayant amené trois nègres, en sommeil, à Auteuil, a déclaré formellement aux habitants qu'ils n'avaient rien à craindre.

— 000 —

PAUVRETÉ DU SANG

"Pour combattre celle-ci efficacement, rien ne saurait égaler le *Pepto-mangan de Gude*. Celui-ci réallume la force nerveuse à son déclin, ravive les fonctions dégénérées, en enrichissant le sang d'une façon sûre et permanente. Le Dr Gude, un drimiste de renom, fut le premier à amener cette préparation devant le public médicale, aujourd'hui c'est le remède classique par excellence dans l'anémie".

Extrait du "Méd. Summary" Mars, 1904.

CHIRURGIE

L'ENTORSE

(1) M. le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

L'entorse résulte d'un tiraillement, d'une déchirure des ligaments articulaires. C'est une sorte de luxation manquée qui se produit surtout sur les articulations serrées (poignets, articulation tibio-tarsienne). Dans les épaules et les hanches, articulations plus lâches, l'entorse est plus rare. C'est surtout la luxation qu'on observe.

Les ligaments touchés sont ceux qui opposent la plus grande résistance : ligaments latéraux dans le genou, l'articulation tibio-tarsienne. Le praticien veillera à ne pas confondre une articulation tibio-tarsienne avec une articulation médio-tarsienne. Le siège des douleurs est différent et le massage pour être efficace devra être pratiqué au niveau de la région douloureuse. Néanmoins les épaules si elles sont plus communément atteintes de luxations, n'échappent pas à l'entorse. En pareil cas le point le plus douloureux siège en avant, au niveau de la gaine de la longue portion du biceps. Les entorses du coude n'offrent aucune particularité spéciale. A signaler, pour terminer, les entorses métacarpo-phalangiennes du pouce. Attention à cette lésion : maltraitée, elle peut être suivie de douleurs prolongées.

Les lésions de l'entorse sont assez mal connues : on a rarement l'occasion de faire une autopsie pour une entorse. En général, on se trouve en présence de déchirures ligamenteuses

(1) Clinique de l'Hôtel-Dieu, Paris.

incomplètes, de contusions nerveuses, de déchirures vasculaires, d'épanchements sanguins interstitiels entre les tendons et les muscles, ou intra articulaires. Des arrachements osseux se peuvent produire ; quant à la synoviale elle n'est pas le siège de déchirures profondes, l'écartement articulaire est peu prononcé. Plus souvent on découvre des mouvements anormaux, tels que les mouvements de latéralité dans le coude et le genou. A côté des lésions immédiates, des lésions secondaires. Celles-ci intéressent le praticien : elles consistent en effet en infiltrations périphériques pouvant aboutir à la formation de tissu fibreux et à des raideurs articulaires.

Le traitement consiste essentiellement dans le massage. Jadis on prônait le traitement antiphlogistique. On redoutait avant tout l'inflammation. On sait aujourd'hui que l'inflammation est un phénomène d'origine septique bien plutôt que traumatique. Le repos, l'application de topiques (cataplasmes), l'emploi de saignées locales, les bains chauds formaient la base de la médication. On allait jusqu'à immobiliser le blessé dans des gouttières ou des appareils inamovibles et quand au bout de trois à six semaines, il était guéri, on s'estimait content.

Les rebouteurs arrivaient à un résultat plus satisfaisant dans un temps moindre. Le massage et les mouvements qu'ils imprimaient à l'articulation activaient en effet la circulation et la résorption des exsudats épanchés. Ce n'est pas qu'il faille en tout imiter la pratique des rebouteurs. Leur massage était brutal, douloureux, trop prolongé. De plus ils ne pratiquaient qu'un massage unique.

Un massage bien fait doit être doux, non prolongé, répété pendant plusieurs jours de suite. C'est immédiatement après le traumatisme qu'il convient de l'entreprendre. La douleur à ce moment est moindre. On commencera par des frictions délicates, douces, à une certaine distance du foyer, dont on se rappro-

chera peu à peu. Les frictions seront méthodiques, constantes, dirigées dans le même sens, c'est-à-dire de l'extrémité à la racine du membre, dans le sens du courant lymphatique. La main exercera des pressions, des glissements de plus en plus profonds avec la surface palmaire des doigts, du pouce, de la main, elle-même, ou encore avec la saillie de l'éminence hypothénar. La formule des mouvements est moins importante. Topotage, pétrissage, dans la complexité de la technique dont on s'est complu à les entourer, n'agissent pas mieux que le simple glissement. Les pressions seront limitées par la douleur du sujet. Le blessé ne doit pas avoir mal. Il ne souffrira pas si l'on a soin de commencer à une certaine distance du foyer, de manière, par les pressions douces, à obtenir une action anesthésiante assez nette.

Pour opérer le massage, on enduira les doigts d'huile. Cela vaudra mieux que la vaseline, qui imprègne, bouche les pores et se montre aussi de nettoyage plus malaisé pour les mains de l'opérateur. Le savon également rend des services, mais il glisse trop, empêche les doigts d'accrocher les parties lésées. Certains masseurs usent de poudre de talc. C'est plus propre, mais moins commode pour le glissement.

Un massage de dix minutes à un quart d'heure, a pour effet de faire céder la douleur : le malade, si on l'autorise à faire un tour de chambre pour le convaincre de son amélioration, devra ensuite garder le lit cinq à six jours. Les massages quotidiens seront renouvelés jusqu'à disparition complète de la douleur. Quand aux liquides et raideurs articulaires, ils se résorberont et se dissiperont rapidement. Le massage terminé, le praticien se contentera d'enrouler une bande autour du membre blessé.

On conseille souvent d'adjoindre les bains locaux au massage. M. Lucas Championnière n'est pas de cet avis. L'entorse cons-

titue souvent un point d'appel pour le rhumatisme qui apparaîtra plus aisément si l'on baigne le membre blessé. Divers auteurs ont recommandé la bande élastique. Elle est inutile : ou bien son action est nulle, ou bien elle prolonge brutalement l'effet du massage. Ce dernier à lui seul suffit. Le tout est de bien le pratiquer ; s'il est institué tardivement, on n'attendra pas des succès aussi marqués. Le massage tardif est suivi de résultats bien moins fructueux.

Journal des Praticiens Paris, 16 avril 1904.

— 000 —

TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN PAR LA CASTRATION TOTALE

M. Reynes (de Marseille) a fait déjà une communication à l'Académie de Médecine sur ce sujet ; en outre on se souvient du rapport de M. Guinard sur un cas de M. Reynès. L'auteur présente sa malade (1), qu'il a amenée de Marseille.

C'est une petite brune, vigoureuse, mais sèche, dont la chair est très souple, à l'heure actuelle, au niveau des seins. Rappelons en quelques mots l'histoire de cette malade. Au moment de l'opération, cette femme avait trente-trois ans ; mais elle était déjà très cachectique, elle portait un épithélioma ulcéré de chacun de ses seins ; l'une des tumeurs datait déjà de neuf ans, l'autre de trois ans. L'examen histologique fait par M. Cornil a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé. L'auteur, de propos délibéré, fit, chez cette femme, la castration

(1) Société de Chirurgie, séance du 20 avril 1904.

ovarienne. Très rapidement après la castration, les tumeurs entrèrent en régression ; en deux mois, la vaste ulcération du sein était cicatrisée. Actuellement, il ne reste plus qu'une sorte de cicatrice avec induration scléreuse. M. Reynès a une autre malade dans le même cas ; il lui a fait subir la castration et la tumeur est aujourd'hui en voie de régression. Cette méthode opératoire radicale n'est évidemment applicable qu'aux cas où la femme est encore en pleine période d'activité sexuelle et aussi en pleine vigueur, car il y a une réaction considérable que doit être capable de réaliser l'organisme malade. L'explication de ces guérisons est plus difficile. Sans doute il y a des relations physiologiques indubitables entre les ovaires et les mamelles qui permettent de comprendre, dans ces cas, l'influence de la castration ; mais ces observations de constituent-elles pas aussi un appoint sérieux à la théorie nerveuse du cancer ?

Gaz. Méd. de Paris, 30 avril 1904.

OBSTÉTRIQUE

LE PRONOSTIC DE LA GONORRHÉE CHEZ LES FEMMES EN COUCHES

C'est de la gonorrhée encore, de la gonorrhée chez les femmes en couches, qu'il est question dans l'article que M. A. Martin publie dans le *Berliner Klinische Wochenschrift*.

On sait que le gonocoque a été accusé ; il est censé causer une foule de complications pendant la grossesse et les suites de couches et provoquer, plus tard, des métrites rebelles et des salpingites de toutes sortes, sans parler d'autres lésions de l'utérus

et de ses annexes. M. Martin pense qu'on a beaucoup exagéré et il cite à l'appui 13 observations de femmes gonorrhéiques qui après avoir accouché à sa clinique de Greifswald ont été suivies pendant quelque temps et chez lesquelles, malgré la présence dûment constatée du gonocoque, tout s'est fort convenablement passé.

Aucune d'elles n'a présenté le moindre trouble de l'état général et toutes ont accouché à terme, sauf une chez laquelle l'accouchement prématuré était dû à un accident. L'accouchement n'a donné lieu à aucune complication et, dans le seul cas où il existait des adhérences placentaires, l'examen du délivre ne permit pas d'incriminer les gonocoques.

Les suites de couches furent en tous points normales chez quatre. Huit ont eu une ascension thermique de courte durée et chez cinq d'entre elles le mouvement fébrile a eu les allures de la fièvre dite tardive, dont on a voulu faire une manifestation spéciale de l'infection gonococcique de l'utérus. Or l'examen bactériologique a montré seulement dans cinq cas la présence de gonocoque tandis que dans les trois autres on a trouvé d'autres microorganismes. D'un autre côté, dans bon nombre de cas de cette fièvre dite tardive, M. Martin a trouvé des sécrétions utérines stériles ou contenant des bactéries autres que le gonocoque. Enfin, chez toutes les treize femmes, l'involution utérine s'est faite normalement, exactement de la même façon que chez les femmes non gonorrhéiques. C'est pourquoi M. Martin croit pouvoir dire que le pronostic de la gonorrhée dans ses rapports avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches est bien moins tragique qu'on ne le dit généralement.

MEDECINE LEGALE

STRANGULATION OU INHIBITION

Le 5 décembre 1903, un cordonnier manceau, Dézélé, fut accusé d'avoir étranglé une jeune fille de dix-huit ans, Emilienne Meunier-

Dézélé a comparu le 17 mars dernier devant la cour d'assises de la Sarthe, et une curieuse discussion s'est engagée entre M. Blaise, médecin légiste. et M. le professeur Brouardel.

Le docteur Blaise avait été commis par le parquet pour pratiquer l'autopsie du cadavre d'Emilienne Meunier. Les stigmates extérieurs et intérieurs du corps lui avaient permis de conclure à une mort par strangulation. Dézélé déclarait-il, avait dû serrer pendant quatre ou cinq minutes. La langue, tuméfiée, était projetée en dehors des arcades dentaires. La cyanose des lèvres, l'écoulement d'écume blanche par la bouche, la congestions des poumons étaient, aux yeux du docteur Blaise, autant de preuves de la mort par asphyxie.

Un deuxième médecin, M. Persy, qui avait assisté son collègue pendant l'autopsie, était du même avis, sauf en ce qui concerne la durée de la pression des doigts du meurtrier sur le cou de la victime. M. Persy fixait cette durée à 30 ou 40 secondes.

M. Brouardel n'avait pas vu le cadavre, mais la seule étude du rapport du docteur Blaise lui a permis de conclure, non à une mort par strangulation, mais à un décès subit, par inhibition. Selon le professeur, la jeune fille a succombé à une exci-

tation violente portée sur la région du cou et qui a produit un arrêt brusque du cœur. Evidemment, si Dézélée n'avait pas pris Emilienne Meunier à la gorge, elle ne serait pas morte, mais il n'y a pas eu strangulation.

Pour M. Brouardel, la congestion des poumons, la mousse blanche à la bouche, la cyanose des lèvres, la tuméfaction de la langue et sa saillie en dehors des arcades dentaires, ne sont pas des preuves de strangulation.

M. le docteur Persy a résumé ce débat entre inédecins, qui a duré près d'une heure par ces mots :

—Il résulte des déclarations de M. Brouardel qu'il n'y a plus qu'à faire un autodafé des livres de médecine mis à notre disposition, car ils ne contiennent presque que des erreurs.

Le jury et la cour n'en ont pas moins donné raison au docteur Brouardel. Le meurtre a été écarté, et après un verdict affirmatif sur la question subsidiaire de coups et blessures ayant entraîné la mort sans intention de la donner, Dézélée a été condamné à trois années de prison.

Journal de Méd. de Paris, 27 mars 1904.



LE SANMETTO DANS LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

J'ai prescrit le SANMETTO bien des fois dans les maladies des organes génito-urinaires et malgré que j'ai l'habitude de ne pas faire des certificats pour les médicaments, même pas pour des bons, je dois franchement reconnaître que le SANMETTO est un médicament hors ligne dans le traitement des maladies génito-urinaires, surtout dans la cystite chronique, dans la prostatite, etc.

Fort Branch, Ind.

DR. W. HOPKINS,

Diplômé en 1882.

ELECTROTHERAPIE

ÉTUDE CLINIQUE SUR L'ACTION DES COURANTS DE HAUTE FREQUENCE DANS LES MALADIES PAR RALENTISSEMENT DE LA NUTRITION

M. le Dr Bonnefoy, Cannes 1903.

Le système nerveux vaso-moteur se trouve fortement impressionné par les courants de H F, qui abaissent la tension artérielle de plusieurs centimètres pendant le passage, et, même après, pendant une durée plus ou moins prolongée. Si l'on prolonge leur action pendant un certain temps, la peau ne tarde pas à se vasculariser, signe évident de l'action vaso-motrice de ces courants. En outre, il résulte des recherches d'Apostoli et Berlioz, de Desnoyès, que pendant la période de traitement il y a augmentation du volume de l'urine, de l'acide urique, de l'azote total, du rapport azoturique des phosphates, etc., ainsi qu'augmentation de la toxicité urinaire.

L'auteur apporte dans son mémoire un grand nombre d'observations de malades atteints de manifestations arthritiques et goutteuses, d'hypertension artérielle, d'obésité, d'arthrites rhumatismales, de lithiase biliaire, où il a obtenu d'excellents résultats.

DELHERM.

(Analysé dans archives Gén. de médecine, Paris.)



FORMULAIRE

Bronchite infantile :

R

Ammonii Muriat.....Drachme I
Syr. Tolu.....Onces II
M

Dose : 15 gouttes toutes les heures pour un enfant de 3 mois ;
30 gouttes à 6 mois.

Bronchite de l'adulte :

(Formule de la "Stoke's Expectorant Mixture")

R

Ammoniae Carbon.....Grains 27
Extr. fl. Senegae }
Extr. fl. Scillae } .aa Drachme 1
Tinct. Opii Camphor.....Drachmes 6
Aquae.....Drachmes 4
Syr. Tolu.....Q. S. ad Onces 4
M

Une cuillère à thé à la dose.

Bromisme Cutané

Peut être prévenu par l'administration conjointe d'antiseptiques intestinaux : naphthol ou salicylate de bismuth ; ou encore de ferrugineux. On a recommandé aussi dans ce but le café fort. On a cru pouvoir prévenir l'acné bromique par l'usage concomitant de l'arsenic.

Bourdonnements d'oreilles dûs à la quinine

Peuvent être évités en substituant le *Bromure* de quinine, ou autres sels ; ou encore en prenant le *sulphate* dissout au préalable dans de l'acide hydrobromique.

Brûlures (Formule de la "Carron Oil")

Eau de chaux	}	aa	Onces	z
Huile de lin crue				

M.

En application locale.

Comédons.

Etheris.....	Ounce	1
Ammon, Carbon.....	Drachme	1
Acid. Boracic.....	Grains	20
Aq. Destil.....	Q. S. ad.	Onces 2

M

Appliquez 2 fois par jour. Après quelques applications les comédons peuvent être facilement exprimés.

Coqueluche.

R

(Formule de la "Roche's Embrocation")

Olei Olivae.....	Onces	4
" Succini.....	Onces	2
" Caryophili..	Q. S. pour aroma-	
	tiser fortement	

M

Dose : Frotter sur poitrine, creux et dos, dans une chambre chaude, de 15 gouttes à 2 drachmes de ce liquide, une fois par jour ; suivant l'âge du malade, le plus haute dose étant pour un adulte. Bon pour couper court le période spasmodique.

R

(*Bon sirop à base de Belladonne.*)

Sulf. Zinc..... Grains 15
 Tinct. Belladonnae..(U.S.P.) Drachmes 3½
 Syr. Lactucarii.....Q. S. ad. Onces 8
 M

Dose : Pour un enfant d'environ 7 ans une cuillerée à thé toutes les deux ou trois heures, un adulte le double de la dose.

Cystite Aigue.

R

Benzoate de Soude }
 Tinct. Hyoseyami } aa Drachmes 4
 Sirop simple..... Onces 1½
 M

Dose : Une cuillerée à thé dans de l'eau toutes les 3 heures.

R

(*Vessie Irritable, pour Stériliser l'urine.*)

Sodae Biboratis.....Drachmes 2
 Acid. Borac.....Drachme 2
 Syr. Tolu.....Once ½
 Aq. destill. ad.....Onces 6
 M

Une cuillerée à soupe dans de l'eau toutes les 4 heures.

Diarrhée infantile

R

Zinci sulfo-carbol.....grains 2½
 Lactopeptine (poudre).....grains 12
 Bismuthi sub.nitr.....grains 24
 M. et divisez en 12 poudres égales.

Dose : une toutes les deux heures jusqu'à soulagement, puis éloigner les doses.

Épistaxis rebelle. Hémorrhagie de corps fibreux, etc.

Acide chromique, solution 1 à 2 drachmes pour 1 once d'eau.
En applications topiques. Moyen sûr et efficace de contrôle du symptôme.

Taches de rousseur

R

Sublimé corr.....grains 20
Sulfate de Zn }
Acétate de Pb } aa drachme I
Alcool.....Q. S. pour dissoudre sublimé
Essence de rose.....gouttes 15
Eau.....Q. S. ad onces 8
M

Dose : En lotion deux fois par jour. Agiter avant de s'en servir.

Gastralgie et Gastrodynie

R

Chloroforme.....drachmes 2
Spir. Camphorae.....drachme 1½
Tinct. opii deod.....drachme I
Olei cinnam.....gouttes 5
Alcool.....onces 3½
M

Dose : 10 à 30 gouttes dans de l'eau.

Mixture contre moustiques :

R

Olei cedar... }
Olei olivae... } aa once 1
Olei paraffin }
Glycerine.....drachmes 2
Olei penny royal.....drachmes 6
M

En application locale.

Marasme

R

Pepsine.....	grains	80
Pancréatine.....	grains	40
Acid. chlorhydriq, dil.....	drachme	½
Glycerine.....	drachmes	3
Aq destill.....	ad onces	2

M

Une cuillerée à thé dans un verre à sherry de vin de gingembre après chaque repas.

Néuralgie sus-orbitaire

Le *Croton-chloral*, à la dose de 3 à 5 grains toutes les 2 heures, jusqu'à ce que 20 grains aient été pris, donne les meilleurs résultats. Généralement trois doses suffisent pour amener la guérison.

Péviculosis pubis

R

Sublimé corros.	1 gramme
Acide acét. dil.	300 grammes

M

En lotion.

Piqûres d'insecte

(Guêpe, bourdon, etc.)

R

Potassii permangan.....	Grains	10
Aquae destill.....	Onces	2

M

En application locale

Pityriasis versicolor :

R

Résorcine	}	aa	1 Gramme
Acide salicylique			
Soufre précipité			15 Grammes
Vaseline	}	aa	50 Grammes
Lanoline			
M			

Appliquer cette pommade chaque soir et l'enlever le matin.

Surexcitation nerveuse, hystérie, etc.

R

Spir, aetheris Co.....	Drachme	1 ½
Spir. ammon, arom.....	Drachmes	2
Aqual ad.....	Onces	2
M		

Une cuillerée à thé dans de l'eau, toutes les hrs. jusqu'à soulagement.

Tout foetus dont le *nombre moyen* des battements du cœur est inférieur au double du pouls moyen de la mère est un garçon, tout foetus dont le nombre moyen des pulsations est supérieur, est une fille.

Les causes d'erreur peuvent être relativement nombreuses et résider dans les variations de santé de la mère et du foetus, mais, *règle générale*, j'ai trouvé ce moyen de diagnostic *invariable* et *constant*.

(*Dr Fanton, de Marseille.*)

Papus : Pseudonyme, du Dr Encausse, chef de clinique de Luys à la *Charité* (Paris) 1894.

VARIETES

GUERRE RUSSO-JAPONAISE

Mission médicale militaire

Le gouvernement français vient de déléguer un certain nombre d'officiers pour suivre les opérations de la guerre russo-japonaise. Cette mesure, du reste conforme à l'usage, est louable. Mais ne pourrait-on pas leur adjoindre des *médecins militaires*, au même titre que des officiers, pour étudier sur place l'organisation sanitaire des armées russe et japonaise? Les tristes constatations que révélèrent les débats au Sénat sur l'état sanitaire de notre armée, *en temps de paix*, ne laissent pas sans inquiétude sur ce qu'il pourrait advenir en cas de mobilisation, au cours des alertes d'une campagne militaire. Faut-il rappeler qu'à Madagascar, pour quatorze soldats tués à l'ennemi, il y eut 6,000 décès causés par la mauvaise hygiène, et dont la responsabilité incombe entière à l'incurie des chefs?

Train-hôpital.—La représentation, donnée à Paris, au bénéfice du *train-hôpital* de la grande-duchesse Vladimir a eu un succès éclatant. Gros succès donc pour les organisateurs. Pour finir, le chiffre de la recette : 75,000 francs, qui aideront la grande-duchesse Vladimir dans l'oeuvre patriotique qu'elle a conçue.

Dysenterie.—Les cas de dysenterie sont très nombreux parmi les troupes russes de Kharbine en Sibérie.

INSTITUT PASTEUR

Le sort des chimpanzés syphilitiques. — Charlotte, la petite chimpanzé de l'Institut Pasteur, qui avait résisté aux inoculations du mal terrible que l'on sait, vient de succomber à une simple grippe. M. le Dr METCHNIKOFF fondait sur ce sujet les plus belles espérances. Il ne s'est pourtant pas découragé et va pouvoir poursuivre ses expériences. Le jour même du décès de Charlotte, en effet, il recevait de Guinée un couple qui en attendant de servir la science, fait la joie des savants de la rue Dutot. Ce couple se compose de Fracastor, élevé par un officier de marine, et d'Aglaé, qu'un imprudent accès de tendresse pour Fracastor, fit capturer dans la case de ce chimpanzé civilisé, sur les côtes d'Afrique. Au fond du laboratoire que l'on réservait rue Dutot à M. Curie, une vaste singerie que visite le soleil a été aménagée avec soin. On y'a installé un gymnase, et Fracastor, aux cris d'admiration ou d'angoisse de sa compagne, s'y livre aux plus vertigineux exercices d'acrobatie savante. Son éducateur, l'officier de marine, lui a appris aussi le *cake walk* qu'il danse dans la perfection pour une banane.

PESTE

On a télégraphié de Johannesburg la statistique générale de la peste au 16 avril. On a constaté 159 cas, dont 18 parmi les blancs, et 75 décès, dont 7 parmi les blancs.

LES MÉDECINS VOYAGEURS

Le Dr Clémenceau en Grèce. — Une dépêche d'Athènes annonce que M. le Dr CLEMENCEAU est arrivé dans cette ville.

Une réception chaleureuse lui a été faite à Patras et à Athènes, où le ministre de France et le bureau de la société "Hellenismos" l'attendaient à la gare.

LE DOCTEUR MARMOREK A BERLIN

M. le Dr Marmorek est arrivé pour visiter les cliniques où son sérum anti-tuberculeux est employé. Les médecins allemands ont obtenu, dit-on, des résultats assez satisfaisants.

Gaz. Heb., de Paris, 30 avril 1901.

UN CAS DE JALOUSIE CHEZ UNE FILLETTE DE VINGT-HUIT MOIS.

RÉGIS a présenté à la Société de médecine de Bordeaux, une fillette de 27 mois dont la mère entra, il y a un mois et demi environ, à la Maternité où elle accoucha d'une petite fille.

Au départ de sa mère, l'enfant manifesta une certaine tristesse toute passagère. Mais dès qu'elle la vit revenir avec une petite sœur, elle fut prise d'un saisissement violent presque syncopal. Depuis ce moment, l'enfant ne mange, ni ne dort plus, l'amaigrissement est extraordinaire. La fillette accepte bien de rester sur sa mère en même temps que sa petite sœur, mais dès qu'on veut se débarrasser d'elle, elle pousse des cris violents et veut égratigner le petit nourrisson.

La jalousie étant l'apanage des alcooliques, des hystériques ou des dégénérés, le Dr RÉGIS a recherché ces trois tares chez les ascendants. Le père, alcoolique avéré, a présenté, à plusieurs reprises, du délire jaloux.

LE VERONAL

Par le Dr RENE VERHOOGEN, Agrégé, médecin de l'Hospice de
l'Infirmierie de Bruxelles.

A la liste déjà longue des médicaments hypnotiques, Fischer et von Meriny viennent de faire une nouvelle addition. Il s'agit du véronal, ou diéthylmalonylurée.

Introduit dans la pratique médicale depuis quelques mois à peine, le véronal a fait déjà l'objet de nombreuses publications. Grâce à l'exttême obligeance de la maison Merck, de Darmstadt, qui a bien voulu en mettre une quantité suffisante à ma disposition, j'ai pu, depuis deux mois, faire l'essai de ce nouveau produit ; je rapporterai brièvement ici les résultats que j'en ai obtenus.

A l'état naturel, le véronal est constitué par une poudre blanche, cristalline, d'une saveur légèrement amère, peu soluble dans l'eau ; je l'ai administré tel quel, à doses quotidiennes de 50 centigrammes.

J'ai employé aussi des tablettes, préparées à l'aide de poudre de cacao, lesquelles sont d'un usage très pratique. Elles portent en leur milieu une incisure qui aide à les casser sans difficulté et à réduire ainsi la dose totale (50 centigr. par tablettes) en fraction ; ceci permet au malade de prendre, selon qu'il lui a été prescrit, 25, 50, 75 centigrammes ou davantage. Ce mode de préparation facilite l'administration et l'absorption du médicament ; il met aussi le médecin à même d'exercer un contrôle effectif sur l'usage qui en est fait.

J'ai administré le véronal à 18 sujets différents. Deux fois le résultat n'a pas été satisfaisant, en ce sens que les malades se plaignaient, le lendemain, d'avoir la tête lourde et d'être

en proie à une somnolence qu'ils ne pouvaient combattre. Il s'agissait dans le premier cas d'une insuffisance mitrale avec troubles légers de compensation ; la deuxième malade était atteinte de paralysie agitante et, bien que le médicament apportât un soulagement réel à sa situation, au moins pour quelques heures, elle préférait ne pas en prendre, plutôt que d'éprouver cette lourdeur de tête, quelle disait être très désagréable.

Dans les 16 autres cas, le résultat a été remarquable. Une demi-heure ou une heure après avoir pris le véronal, les malades s'endorment paisiblement et, duraux six à huit heures, jouissent d'un sommeil réparateur. Au réveil ils sont reposés et ne ressentent plus en aucune manière l'action du médicament.

Dans trois de ces cas, il s'agissait de tabétiques. . Contre les douleurs fulgurantes le véronal est dépourvu d'action : lorsqu'elles surviennent, il ne les atténue en repos. Dans les intervalles des crises par contre, et lorsqu'il existe des fourmillements, de l'agitation nerveuse ou quelque autre phénomène occasionnant habituellement l'insomnie, son effet est prompt et complet.

En dehors des cas signalés précédemment, deux autres cardiaques ont bénéficié de l'action du véronal. L'une était atteinte d'insuffisance mitrale à la période ultime de la maladie, avec anasarque, dyspnée, se trouvait en un mot dans un état de cachexie cardiaque des plus prononcés, avec insomnie presque totale. Pendant plus d'un mois et jusqu'à la fin de son existence, le véronal lui a régulièrement procuré un sommeil reposant, exempt de tous inconvénients ultérieurs. L'autre malade souffre d'une insuffisance aortique relativement accentuée et présente en ce moment les premiers signes de la rupture de compensation. Chaque fois qu'il prend du véronal ses nuits sont bonnes ; la dyspnée disparaît, le pouls devient plus calme et la situation générale s'améliore. Ici encore il n'y a pas de suites éloignées.

Les autres malades sont des tuberculeux (dont un mal de Pott) ou des vieillards atteints de démence sénile avec agitation nocturne. Chez trois de ces derniers, qui se levaient la nuit et circulaient dans les sal'les ou parlaient sans répit, empêchant leurs voisins de dormir, le médicament a procuré un repos complet, non seulement à ceux qui le prennent, mais encore par contre-coup, à tous leurs voisins de lit. Cet effet collectif méritait d'être signalé.

En résumé, et sauf les insuccès dont j'ai indiqué précédemment la nature, j'ai eu qu'à me louer de l'emploi du véronal, que je considère comme un médicament utile, d'un effet prompt, sûr et inoffensif. Même lorsque l'administration en a été prolongée, je n'ai pas observé qu'elle entraîna des conséquences quelconques. Je n'ai jamais été obligé de dépasser la dose quotidienne de 50 centigrammes et même dans un certain nombre de cas, la dose de 25 centigrammes m'a paru suffisante.

Extrait du "Journal Médical de Bruxelles" 1901



La Breitenbac Co. de New-York, propriétaire du Pepto-Mangan de Gude, vient de gagner un important procès contre les défendeurs Seigel Cooper Co. et Thos. H. McInnerney, les agents de ceux-ci à New-York. Il s'agissait de la vente par ces derniers d'une préparation connue sous le nom de "Pepto Manganaté. Le juge Bischoff a déclaré dans son jugement que ce dernier mot constituait un empiètement sur les droits acquis et patentés du "Pepto-Mangan", et a enjoint les propriétaires et vendeurs du "Pepto-Manganate" d'avoir à détruire immédiatement toute bouteille et annonce etc., contenant la préparation de "Pepto-Manganate", encore en stock, ou l'annonçant.