

# Le Montréal-Médical

Paraissant le 25 de chaque mois

ABONNEMENT - - - \$1.00 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

A nos lecteurs .....	359	De l'emploi de la strychnine dans la tuberculose, par M. le docteur Georges Petit .....	359
De la stérilisation de l'air.....	340	Symptômes, diagnostic et traitement des salpingites hystériques, par M. le Professeur Pozzi.....	356
Le traitement médical de l'appendicite, par M. le Professeur Robin .....	342	Ouvrages recommandés à nos lecteurs .....	361
Le phosphate de soude contre la neurasthénie .....	347	L'ophtalmio-réaction présente-t-elle quelque danger pour l'œil ? Par M. le Professeur F. de La Personne .....	363
Comment traiter l'hémorragie dentaire .....	347	Organisation du traitement médical de l'ulcère de l'estomac.....	373
Injections hypodermiques contre le mal de mer.....	349	Vient de paraître.....	376
Traitement de l'hyperhidrose plantaire et palmaire .....	349		
Traitements des blépharites.....	351		

Tous ce qui concerne la rédaction ou l'administration doit être adressé à :

" LA PUBLICITE GENERALE COSMOS, Ltée "

SIMEON MONTEAU, Gérant

55, ST-FRANCOIS-BOVIER

# MONTREAL-MEDICAL

VII

MONTREAL, 25 JANVIER 1907

No. 11

## A nos lecteurs

EN REPOSE A PLUSIEURS DEMANDES CONCERNANT LA COLLABORATION A LA REDACTION DE LA REVUE, NOUS AVONS L'HONNEUR DE PORTER A LA CONNAISSANCE DE NOS LECTEURS QUE "LE MONTREAL-MEDICAL" EST UNE REVUE LIBRE OU CHACUN PEUT EXPRIMER SON OPINION SOUS SA SEULE RESPONSABILITE ET NOUS PUBLIONS LES CORRESPONDANCES SERIEUSES SIGNEES OU NON, POURVU QUE L'AUTEUR RESPONSABLE VEUILLE BIEN SE FAIRE CONNAITRE.

"LE MONTREAL-MEDICAL" FIDELE A SON PROGRAMME POURSUIT SANS CESSER LE BUT DE FACILITER LA TACHE DU PRATICIEN EN LUI PRESENTANT LES NOUVELLES DONNEES DE LA SCIENCE MEDICALE, SOUS LA FORME LA PLUS CLAIRE ET LA PLUS CONDENSEE POSSIBLE AFIN D'APPRENDRE BEAUCOUP EN PEU DE TEMPS. NOUS AVONS TOUJOURS CHERCHE A AUGMENTER LE NOMBRE DE CEUX QUI PENSENT, TRAVAILLENT, ET PRODUISENT; NOUS NOUS EFFORÇONS DE FAIRE CHAQUE JOUR PLUS ET MEUX.

AVEC NOS MEILLEURS SOUHAITS DE BONHEUR POUR 1908 NOUS AVONS L'HONNEUR D'OFFRIR UN CADEAU D'UNE GRANDE VALEUR ARTISTIQUE A TOUS NOS CONFREERES, QUI DURANT LES PROCHAINS DOUZE MOIS, VOUDRONT BIEN ECRIRE SPECIALEMENT POUR LE "MONTREAL-MEDICAL" QUATRE ARTICLES D'UN TRAVAIL ORIGINAL. CET HOMMAGE DECERNE AUX MERITES DE NOS COLLABORATEURS CONSISTE EN UNE MAGNIFIQUE PLAQUETTE EN BRONZE, DONT LE DESSEIN A ETE FAIT PAR NOTRE JEUNE ET ILLUSTRE COMPATRIOTE, M. HEBERT, ET FRAPPEE A L'HOTEL DE LA MONNAIE A PARIS, SPECIALEMENT POUR NOTRE REVUE.

"LA REDACTION".

## DE LA STERILISATION DE L'AIR

( Découverte du Dr. Bernheim )

Paris, le 28 Décembre 1907

Au moment où tous les hygiénistes de l'univers s'occupent d'une façon intense de la stérilisation il n'est pas sans intérêt de faire connaître au public médical du Canada la récente découverte du Dr Samuel Bernheim de Paris. Le nom de l'éminent Président Fondateur de l'"Oeuvre de la tuberculose humaine" n'est pas étranger en Amérique, déjà, les échos de ses nombreux travaux et de ses remarquables fondations, l'ont présenté. C'est la démonstration de cette dernière et toute intéressante découverte que le Dr Bernheim fit à la "Société internationale de la Tuberculose" dans la séance du 27 décembre 1907. L'auteur rappelle les études de Pasteur, Laveran et Miquel qui ont prouvé la présence d'un nombre considérable de microbes dans l'air. Ce nombre de germes varie d'un endroit à l'autre et augmente surtout dans les grandes agglomérations. C'est ainsi que les maisons parisiennes contiennent en moyenne 20 mille germes par mètre cube d'air et ce chiffre double et atteint même 50 mille dans nos salles d'hôpitaux, dans certains ateliers, dans les théâtres et même à la chambre des députés.

L'homme normal respirant 10 mille litre d'air pur par jour, on peut s'imaginer facilement le nombre de bactéries qu'il absorbe et qu'il retient dans ses poumons.

Expérimentalement, le danger de ces germes aériens a été démontré, puisque l'inoculation des poussières de l'air provoque chez les animaux, de l'infection. Cliniquement aussi, M. Lantier a observé que la diphtérie, l'érysipèle, les fièvres éruptives, se transportent à distance ; il en est de même des fièvres paludéennes, de la tuberculose et de la fièvre jaune. Enfin, on sait fort bien que le nombre des maladies épidémiques et transmissibles dans un quartier déterminé est proportionnel à la densité des microbes de l'air.

M. Bernheim a pensé utile de rechercher la stérilisation de cet air chargé de microbes dangereux. Il a fait un grand nombre d'expériences, non pas avec des produits antiseptiques, mais par l'intermédiaire de la chaleur qui se dégage de nos foyers ordinaires. Entourant une cheminée habituelle d'une cuve creuse, due à l'ingéniosité du Dr Goupil, le Dr

LE FIGURE 23 LI FIGURE 24 LI FIGURE 25

Bernheim fait passer à l'aide d'un puissant tirage tout le cubage d'air d'un local à travers plusieurs couches d'amiante chauffée à 180°. Les microbes de l'air qui traversent ainsi cette haute température sont tués et en moins de trois heures, le Dr Bernheim a pu stériliser l'air même pollué des plus grandes salles, l'air le plus chargé de microbes et le plus nocif. Même quand l'expérience n'a pas duré assez longtemps, l'expérimentateur a pu dans tous les cas, diminuer 17 à 18 fois le nombre des microbes contenus dans l'air au début de l'épreuve.

Voilà donc le principe de la stérilisation de l'air bien établi. L'importance de ces résultats sera compris par tous les hygiénistes, les chirurgiens et les accoucheurs. On sait que l'air naturel n'est nullement nuisible par sa composition chimique mais par sa teneur en germes. Pouvoir espérer stériliser par un appareil simple l'air d'un local surpeuplé accidentellement ou continuellement est un progrès hygiénique important pour la santé. On stérilise le lait, on surveille la qualité des denrées alimentaires et particulièrement de la viande, on fait bouillir l'eau pour éviter la fièvre typhoïde, pourquoi ne purifierait-on pas l'air des appartements, des habitations? Cette aéro-stérilisation trouve son indication particulière dans les salles d'hôpitaux dont l'air est si dangereux, dans les écoles, dans les lycées, les théâtres. Il sera employé utilement dans toutes les affections des voies respiratoires où l'air pur, cet aliment pulmonaire, joue un rôle prépondérant. Donnez une bonne alimentation et soumettez un tuberculeux au repos absolu dans un air vicié, la maladie continuera son évolution; placez ce même tuberculeux dans un air bactériologiquement pur, avec le même repos et la même alimentation et vous l'amènerez à l'amélioration et à la guérison. Il en est de même pour les pneumoniques, les bronchitiques, les emphysémateux; etc.

Voilà donc une première série d'indications pour l'aéro-stérilisation. Mais que dire des salles d'opération ou d'accouchement où les chefs de services prennent tant de mesure de précautions afin d'éviter toute infection? Nous sommes convaincus que tous les praticiens seront heureux d'augmenter les chances de succès de leurs interventions en stérilisant d'avance et pendant l'opération l'air contenu dans leur salle.

Mes compatriotes me permettront-ils, pour stimuler notre ardeur dans sa grande lutte contre la tuberculose: de rappo-

ler une création relativement récente du Dr Bernheim, mais qui nous semble déjà ancienne par ses bienfaits immenses ; je veux parler de l'“Oeuvre des dispensaires Antituberculeux” C'est en 1901 que le premier de ces dispensaires, “vrai poste vigie de la santé” publique, fut fondé à Paris, par le Dr Bernheim ; depuis, 18 filiales ont été créés dans les quartiers populeux, ce qui prouve la nécessité urgente de cette œuvre et la faveur qu'elle a rencontré auprès de la charité privée et les pouvoirs publics. Tous les jours de 50 à 100 malades viennent demander secours et appui dans ces dispensaires, ce nombre est tellement considérable qu'il me semble inutile d'insister sur le rôle d'assistance et de préservation que joue en France l'“Oeuvre de la tuberculose humaine.”

Notre beau et jeune pays n'est malheureusement pas à l'abri de la tuberculose et cette “peste moderne” comme l'appelle le Professeur Letulle, fait aussi chez nous de trop nombreuses victimes. Aussi j'exprime le vœu que la nouvelle année apporte dans notre population canadienne un souffle d'humanité, et qu'à l'exemple du Dr Bernheim, de nombreuses âmes charitables viennent porter secours à nos pauvres tuberculeux.

Dr Z. H. ETHIER.  
245 Boulevard Raspail.  
Paris.

## LE TRAITEMENT MEDICAL DE L'APPENDICITE.

Par M. le Professeur ROBIN.

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'une des questions les plus discutées à l'heure actuelle, du traitement de l'appendicite. Ma pratique, en cette matière, est contraire à l'enseignement classique ; les résultats qu'elle m'a procurés suffiront, je l'espère, à la légitimer à vos yeux. Les événements d'ailleurs, ont singulièrement atténué les critiques qu'on lui a jadis adressées et tous les praticiens admettent aujourd'hui qu'on a trop abusé, contre les appendicites, du traitement chirurgical.

Je ne préconise pas ma méthode contre les appendicites qui surviennent chez les enfants, parce que je manque d'une suffisante expérience personnelle. J'élimine aussi les appendicites infectieuses consécutives à la grippe, à la scarlatine.

à la fièvre typhoïde ; les appendicites secondaires, utérines et annexielles ; les appendicites traumatiques ; enfin, celles qui sont dues à la présence de corps étrangers dans l'appareil vermiforme. Ces variétés d'appendicites ont une tendance marquée à la suppuration et relèvent le plus souvent de la chirurgie. Celles que je vise dans cette leçon ont comme caractéristique d'être accompagnées ou d'avoir été précédées de troubles gastriques survenant du fait de l'hypersthénie avec hyperchlorhydrie, distension secondaire de l'estomac, stase et fermentations.

Tous les accidents qui dérivent de l'hypersthénie gastrique pour aboutir à l'appendicite, conduisent à de précieuses "indications thérapeutiques".

En vertu de la pratique de la majorité des médecins, et de tous les chirurgiens, nos malades auraient été mis à la diète hydrique, au repos absolu, avec vessie pleine de glace sur le ventre, et on leur aurait donné assez d'opiacés pour immobiliser l'intestin et pour attendre le refroidissement propice à l'intervention : quelques chirurgiens, plus hardis encore et respectueux des vieilles formules seraient intervenus immédiatement.

Tous les éléments de cette thérapeutique classique, qui ne temporise que pour opérer dans de meilleures conditions, la diète hydrique, repos au lit, vessie de glace sur le ventre, opiacés, ont leur raison d'être, sauf les opiacés que je considère comme des médicaments dangereux, en raison de l'immobilité de l'intestin qu'ils déterminent, puisqu'ils accentuent la coprostase, avec rétention dans le cœcum de matières irritantes et toxiques.

Malgré les anathèmes prononcés contre moi, j'ai eu et j'ai toujours la tranquille audace de donner à ces malades des purgatifs. Mis au lit, au repos, à la diète hydrique, ils sont purgés immédiatement, soit avec de l'huile de ricin, soit avec du calomel. Ce dernier est tout indiqué quand il y a une énorme coprostase et qu'il importe d'agir moins brutalement qu'avec l'huile. On le formule, comme suit :

Calomel . . . . . 0 gr. 40

A diviser en 4 paquets qu'on donne à une heure d'intervalle.

L'huile de ricin est habituellement administrée à la dose de 30 grammes. On y ajoute, pour rendre son action moins brusque, I à II gouttes de teinture thébaïque ou un centigramme d'extrait de belladone.

Ne mettez pas de glace sur le ventre tant que le purgatif n'aura pas produit son effet; vous retarderiez et vous amoindririez son action. On devra l'appliquer plus tard, quand l'intestin sera exonéré.

Quand le malade a été bien purgé, j'examine son estomac. S'il présente les signes de l'hypersthénie gastrique, je lui prescris de prendre une des poudres de saturation dont je vous rappelle la formule :

Magnésie hydratée. . . . .	1 gr. 50
Bicarbonate de soude. . . . .	1 gramme
Sucre blanc. . . . .	1 —
Codéine. . . . .	0 gr. 005
Carbonate de chaux précipité . . . . .	.0.gr. 80
Sous-nitrate de bismuth précipité . . . . .	.0 gr. 50

Mélez pour un paquet.

Et chaque fois que le malade éprouvera une sensation ou un malaise gastrique quelconques, il aura de nouveau recours à ces poudres de saturation.

Le soir même, ou douze heures après, quand l'action purgative est terminée, je fais donner une irrigation intestinale. Celle-ci sera administrée une ou deux fois par jour, avec un litre d'eau bouillie, ramenée à 38° et additionnée de deux à trois cuillerées à soupe d'huile d'olives et de V à X gouttes de teinture de sauge. Ces irrigations seront faites sans pression,—le bock n'étant pas élevé à plus de 0m,50 au-dessus du plan du lit—très lentement à l'aide d'une longue sonde en caoutchouc rouge, enfoncée doucement, aussi loin que possible.

Avant l'application de la vessie de glace, qui, je le répète, doit être placée quand le purgatif a fait ses effets, oindre le flanc droit avec la pommade ci-dessous :

Onguent mercuriel double. . . . .	10 grammes
Extrait de belladone. . . . .	10 —

F. s. a. pommade.

Si le malade souffre, on calmera la douleur en prescrivant les pilules ci-après :

Codéine. . . . .	0 gr. 02
Extrait de gentiane. . . . .	0 gr. 10

Pour une pilule. F. 30. Deux à trois pilules par jour.

Si l'évacuation intestinale n'a pas été complète, ce qu'indique la palpation méthodique et douce du ventre, ou si les irrigations ramenaient encore des boules dures, il faudrait réitérer les purgatifs et diminuer les irrigations.

Le malade restera au repos et à la diète hydrique, avec glace sur le ventre, aussi longtemps qu'il éprouvera des douleurs spontanées ou à la pression dans la région appendiculaire.

Quand toute sensibilité aura disparu, on reprendra doucement l'alimentation, d'abord avec du lait, dont on augmentera très progressivement la quantité. Ce régime, suivi pendant une à trois semaines, sera remplacé peu à peu par d'autres aliments choisis parmi ceux qui conviennent aux hypersthéniques. La règle fondamentale de l'alimentation sera de n'user que modérément des aliments animaux et d'insister sur l'alimentation végétale, dans laquelle les pâtes auront une part importante. Ce régime sera suivi pendant des mois et même des années.

Alors commencera le traitement consécutif, destiné à modifier l'hypersthénie causale et à amener le fonctionnement normal de l'intestin, ce qui est une excellente manière d'éviter les récurrences de l'appendicite.

Pour assurer l'évacuation de l'intestin, tout en traitant l'hypersthénie gastrique, le procédé le plus sûr est l'usage d'une eau bicarbonatée, sulfatée, dont voici la formule :

Bicarbonaté de soude. . . . .	8 grammes.
Sulfate de soude anhydre. . . . .	4 —
Phosphate de soude anhydre. . . . .	4 —

qu'on fera dissoudre dans un litre d'eau bouillie.

On en prendra 100 cc. au réveil et 125 cc. de 10 heures à midi, de 4 à 6 heures, de 9 à 10 h. 1-2 du soir.

Toutes ces prises sont tiédies au bain-marie, et absorbées lentement, par petites gorgées.

Ce traitement sera fait aussi longtemps que les garde-robes ne seront pas régulières. Si les doses étaient insuffisantes, on les porterait de 150 à 200 cc.

Il faut bien recommander encore au malade de pratiquer régulièrement les irrigations intestinales, tous les trois jours d'abord, puis une fois par semaine, et de prendre, quand les fonctions alvines ne seront pas suffisantes, de l'huile de ricin ou du calomel.

Il devra, bien entendu, avoir toujours sur lui, ou à côté de lui, des paquets de saturation qu'il absorbera à la moindre sensation d'un malaise gastrique ou intestinal. Et toutes les fois qu'il aura dû absorber un de ces paquets, soit pendant le jour, soit pendant la nuit, il en prendra un, à titre préventif, en se couchant, trois soirs de suite.

L'été, ces malades se trouveront bien d'aller faire une cure à Plombières ou à Châtel-Guyon. Sont justiciables de Plombières ceux chez lesquels dominent les symptômes d'hypers-thénie gastrique, l'état névropathique, les douleurs, une constipation liée au spasme intestinal, tous ceux, en un mot, qui relèvent d'un traitement sédatif. Envoyer à Châtel-Guyon les malades lymphatiques, mous, torpides, constipés par le fait de l'atonie intestinale, ou bien qui présentent des symptômes hépatiques.

A quel cas sera réservée l'intervention chirurgicale ?

Il y a indication d'opérer quand l'appendicite se complique d'abcès ou de péritonite, quand, malgré le traitement préventif qui vient d'être exposé, elle est sujette aux récidi- ves ; enfin, quand les occupations du sujet et son mode de vie ne lui permettent pas de s'occuper de son régime et de surveiller rigoureusement ses fonctions alvines.

En somme, le médecin doit garder la direction du traitement de l'appendicite, mais savoir faire intervenir le chirurgien à son heure, avec de précises indications.

## LE PHOSPHATE DE SOUDE CONTRE LA NEURASTHENIE.

On sait que quand Brown-Sequard introduisit dans la thérapeutique les injections de suc testiculaire, on attribua leurs effets particulièrement au phosphate de soude. S'appuyant sur cette idée, M. le docteur H.-J. Vetlesen, médecin de l'hôpital de Christiania, emploie ce médicament pour combattre la neurasthénie. Il le prescrit suivant la formule ci-dessous :

Phosphate de soude. . . . .	15 grammes.
Eau distillée. . . . .	250 —

A prendre 4 cuillerées à soupe par jour.

L'auteur a soumis à ce traitement une trentaine de malades et il dit en avoir retiré de grands avantages et le relèvement de l'état psychique. M. Vetlesen considère le phosphate de soude comme possédant une influence certaine sur le système nerveux ; en effet, il lui aurait donné d'excellents résultats dans le cas d'ophtalmie exophtalmique. Il faut ajouter que ce médicament peut être donné pendant plusieurs mois sans aucun inconvénient.

## COMMENT TRAITE L'HEMORRAGIE DENTAIRE.

L'hémorragie dentaire intéressant non seulement le stomatologiste, mais le médecin faisant de la médecine générale, il est d'une grande utilité de connaître la conduite à tenir en face d'une hémorragie dentaire.

On attribue trop souvent les hémorragies dentaires à une cause relativement peu fréquente : l'hémophilie. La vérité est que presque toujours ces hémorragies surviennent après des extractions laborieuses ayant entraîné des petites lésions osseuses du maxillaire (grosses molaires à racines très convergentes ou très divergentes, soudures ostéo-radiculaires dues à une périostite, ou pour mieux dire une ostéo-arthrite alvéolaire ancienne). La plupart des cas sérieux et mêmes graves de ces hémorragies sont consécutifs à l'emploi de l'élevateur servant à luxer les racines lorsqu'on a préalablement fracturé la couronne.

Ces hémorragies surviennent à la suite d'une lésion artérielle ou d'une lésion osseuse. Dans le premier cas, on voit sourdre d'un point déterminé un léger filet de sang s'échappant par la lumière de l'artère intéressée; dans le second, c'est une hémorragie en nappe.

Pour pratiquer l'hémostase sûre et définitive, on a préconisé de nombreux moyens sur lesquels nous ne reviendrons pas, ne voulant retenir dans cette petite note que ceux que nous considérons comme les meilleurs et devant donner les résultats les plus satisfaisants.

L'antipyrine en solution concentrée (1 pour 5) est à notre avis un des plus sûrs hémostatiques à cause même du mécanisme de l'hémostase qui est la vaso-constriction des artérioles qu'ils donnent. Le thermo-cautère ou l'électro-cautère donne de bons résultats, mais il faut bien voir la source de l'hémorragie, ce qui n'est pas toujours très aisé. De plus, la cautérisation ignée entraîne souvent des hémorragies secondaires après la chute de l'échare.

L'antipyrine associée à l'adrénaline donne aussi d'excellents résultats. Un des meilleurs hémostatiques, des plus actifs et des plus sûrs, est le ferripyne, mélange d'antipyrine et de perchlorure de fer. Quant à la méthode d'intervention, elle consiste surtout à mettre à nu d'une façon absolue nette la région saignante, à se rendre bien compte du point d'où vient le sang et de comprimer fortement la plaie avec un tampon d'ouate imbibé de ferripyne. Puis, placer sur ce premier tampon qui obture fortement l'alvéole un second tampon sec. Faire fermer la bouche solidement et entourer la tête d'une bande de toile bien serrée passant sous le menton. Ne jamais coucher le patient, le laisser ainsi tout le temps. Quelquefois on est obligé de le laisser ainsi plusieurs heures pour attendre la formation et la fixation absolue d'un caillot. Pendant ce temps, il faut alimenter le malade, surtout s'il a déjà perdu beaucoup de sang, ce qui arrive réquemment: les malades venant vous trouver parce qu'ils ont quelquefois passé toute une nuit à saigner. On leur fait prendre du lait le plus possible au moyen d'un chalumeau flexible en caoutchouc qu'on place doucement entre les lèvres et qu'on fait pénétrer, si l'on peut, dans un espace interdentaire si les dents sont suffisamment écartées, ou dans un espace laissé libre par une dent absente. Quelquefois, dans certains cas graves, il a été nécessaire d'extraire une dent antérieure pour pouvoir alimenter le malade.

Quant à l'état général, la thérapeutique doit surtout faire appel aux injections d'ergotinine, de sérum artificiel de 250 à 500 grammes.

Enfin, on préconise en ce moment, à titre surtout préventif, dans certaines interventions, surtout du nez et de la gorge et aussi de la bouche, les injections de sérum naturel et l'administration par la voie gastrique, de chlorure de calcium de 2 à 4 grammes. Ces deux moyens thérapeutiques auraient un pouvoir coagulateur très grand.

### INJECTIONS HYPODERMIQUES CONTRE LE MAL DE MER.

Un médecin américain, le docteur Girard, dit le "Journal de médecine de Paris", lutte contre le mal de mer en pratiquant dès les premiers symptômes une injection sous-cutanée d'un centimètre cube de la solution :

Sulfate d'atropine. . . . .	0 gr. 005
Strychnine. . . . .	0 gr. 01
Eau d stillée stérilisée. . . . .	10 grammes.

Si malgré cette injection les accidents habituels au mal de mer surviennent, il fait une heure plus tard une seconde piqûre.

### TRAITEMENT DE L'HYPERHYDROSE PLANTAIRE ET PALMAIRE.

Très pénible en temps ordinaire, l'hyperhydrose plantaire et palmaire devient une véritable infirmité pendant les chaleurs. Voici quelques formules usitées pour la combattre et qui sont indiquées par M. G. Lyon.

Bains locaux chauds, additionnés de vinaigre aromatique (3 à 4 cuillerées à soupe par litre) ou composés de :

a) Décoction de feuilles de noyer. . . . .	1.000 grammes.
Alun ou borate de soude. . . . .	10 —
b) Eau . . . . .	1.000 grammes.
Permanganate de potasse. . . . .	0 gr. 25.
c) Eau. . . . .	1.000 grammes.
Formol. . . . .	15 —
Teinture de benjoin. . . . .	10 —

Si, au lieu d'être froids et cyanosés, les pieds et les mains sont chauds, on fera usage de bains locaux frais et on fera des applications d'ichtyol ou de naphthol ou de tannin :

a) Icthyol. . . . .	25 grammes.
Eau. . . . .	15 —
Lanoline anhydre . . . . .	25 —
b) Naphthol. . . . .	5 grammes.
	( Unna. )
Glycérine. . . . .	10 —
Alcool. . . . .	100 —
c) Tanin. . . . .	1 à 3 grammes.
	( Kaposi. )
Alcool à 60o. . . . .	250 —

En lotion deux fois par jour.

Le sulfate de quinine en solution alcoolique donne aussi de bons résultats:

Sulfate de quinine. . . . .	5 grammes.
Alcool à 60o. . . . .	100 —

On peut encore utiliser le perchlorure de fer :

Glycérine . . . . .	10 grammes.
Perchlorure de fer . . . . .	30 —
Essence de bergamote . . . . .	XX gouttes

En dehors des bains et lotions on peut employer uniquement des poudres inertes auxquelles on incorpore de l'acide salicylique ou tartrique :

a) Talc . . . . .	87 grammes.
Amidon . . . . .	20 —
Acide tartrique . . . . .	3 —
a) Talc . . . . .	60 grammes.
Sous-nitrate de bismuth . . . . .	32 —
Acide salicylique . . . . .	5 —
Permanganate de potasse . . . . .	2 —

A l'intérieur des chaussures, on pourra placer des semelles de papier à filtrer, trempées préalablement dans la solution suivante :

Permanganate de potasse . . . . .	1 gramme.
Eau distillée . . . . .	100 —
Thymol . . . . .	0 gr.:30.
	( Brocq. )

## TRAITEMENT DES BLEPHARITES

Voici, d'après M. Terrien, les règles à suivre dans le traitement des blépharites.

1. Traitement local. — Le malade doit porter des lunettes fumées pour se protéger contre les poussières.

Dans les formes légères, on lavera le bord palpébral à l'eau bouillie additionnée de sous-carbonate de zinc dans la proportion de 1 à 5 p. 100, et de sulfate de zinc dans la proportion de 1 p. 100.

Les croûtes, s'il en existe, seront ramollies à l'aide de compresses trempées dans la solution de cyanure d'hydrargyre à 1 p. 5.000. On les enlèvera avec du coton hydrophile mouillé ou à l'aide de la pince à curettes, en procédant avec beaucoup de précaution et de douceur.

On pourra recommander aussi les lavages avec l'eau d'Alibour en solution très étendue (surtout dans la forme ulcéreuse) :

Sulfate de zinc . . . . .	2 —
Sulfate de cuivre . . . . .	7 grammes.
Camphre . . . . .	0 gr. 50
Safran . . . . .	0 gr. 50
Eau distillée . . . . .	300 grammes.

Une cuillerée à soupe pour un verre d'eau bouillie.

Le soir, afin d'éviter la reproduction des croûtes, le bord palpébral sera recouvert, à la racine des cils, d'une couche de pommade, soit la pommade au bioxyde jaune ou la pommade au précipité rouge, quelquefois un peu irritante.

Précipité rouge obtenu par voie humide . . . . .	0 gr. 10
Vaseline neutre . . . . .	0 gr. 10
Lanoline . . . . .	5 grammes.

Ou la pommade au calomel à 1 ou 2 p. 100.

L'ichthyol ou la résorcine méritent aussi d'être recommandés.

Ichthyol . . . . .	0 gr. 20
Oxyde de zinc . . . . .	0 gr. 50
Vaseline . . . . .	10 grammes.

ou bien :

Résorcine . . . . .	0 gr. 10
Oxyde de zinc . . . . .	0 gr. 50
Vaseline neutre . . . . .	10 grammes.

Les cils seront épilés, et à un stade plus avancé les ulcérations qui entourent la base des cils seront touchées avec une solution de nitrate d'argent à 5 ou 10 p. 100.

On se trouve bien aussi quelquefois de l'emploi de la glycérine au sublimé, qu'on applique très soigneusement à l'aide d'un petit tampon effilé, à la surface des ulcérations.

Glycérine . . . . . 20 grammes.  
Sublimé . . . . . 0 gr. 10 à 0 gr. 50

2. Traitement général.—On doit recommander une très grande propreté ; les mains toujours sales des enfants, et souvent portées aux paupières, seront fréquemment lavées, ainsi que le visage. On fera tomber les croûtes d'impétigo de la face et du cuir chevelu à l'aide de compresses humides, puis de pommades.

On recommandera le séjour dans un air pur, les bains salés et fortifiants, les frictions sèches sur tout le corps. Lorsque le malade est anémique ou scrofuleux, on devra user de toniques (sirop iodo-tannique, phosphate de chaux, arséniate de soude, etc.)

## DE L'EMPLOI DE LA STRYCHNINE DANS LA TUBERCULOSE

Par M. le docteur Georges Petit.

Parmi les substances que la pharmacologie met à notre disposition, il n'en est pas d'une utilité plus incontestable, plus multiple et plus sûre que la strychnine. Cet alcaloïde, insoluble dans l'eau, soluble dans les acides, même ceux de l'estomac, est un merveilleux excito-moteur, recommandé par Trousseau, Pidoux, Gubler, dans la paralysie.

Ce dernier avait remarqué que localement elle excite les nerfs sensitifs de la peau, d'où contraction musculaire par excitation réflexe.

A petites doses, dit le docteur Salivas, elle ne modifie pas la sensibilité, mais augmente le pouvoir réflexe de la moelle épinière, d'où la contraction réflexe des muscles lisses, l'activité des mouvements péristaltiques de l'estomac et de l'intestin, la facilité de digestion, de la défécation, de la miction et des érections, d'élévation de température ; à dose un peu plus

fortes on observe de l'hyperesthésie tactile et sensorielle, ainsi que des contractions de la mâchoire et de la nuque; à dose toxique, la strychnine est convulsivante, elle entraîne la mort par asphyxie, c'est un poison névrosthénique et, pour cette même cause, c'est thérapeutiquement un incitant vital.

C'est de ce précieux agent thérapeutique que mon savant confrère, le docteur Toussaint, disait dans son "Traité de thérapeutique simpliste": "Il n'est pas une seule maladie, soit aiguë, soit chronique, où il ne soit pas indiqué, à un moment quelconque, d'administrer la strychnine, soit pour relever la vitalité, soit pour exciter l'appétit, soit pour soutenir le muscle cardiaque, soit pour combattre une paralysie, soit, enfin, pour appuyer l'action d'une ou plusieurs substances médicamenteuses dont elle double l'action et facilite singulièrement la tolérance.

Son action sur les muscles lisses l'ayant fait d'abord adopter dans les paralysies ou pseudo-paralysies de ces organes, les sphincters, en particulier, la strychnine étant considérée à juste titre comme l'agent principal du "strictum", son action fut peu à peu étendue à toutes les affections où le muscle lisse est en souffrance; c'est ainsi qu'essayé contre l'asthme elle donne d'excellents résultats, soit seule, soit associée à la lobeline et à l'hyosciamine.

On retrouve encore sa présence dans les granules composées antidiathésiques, contre la diathèse tuberculeuse, associées à l'hélénine et au tannin.

M. le docteur Galopin administrait la strychnine, systématiquement, à tous les sujets reconnus tuberculeux ou seulement soupçonnés d'être tuberculisables. Dans les mêmes conditions, le docteur Ferran, de Lyon, recommande l'arséniat de strychnine, antiseptique et névrosthénique d'une puissance et d'une efficacité rares, toujours inoffensif à dose faible et absolument inemployé dans la thérapie classique.

La strychnine a été préconisée par M. Huchard dans l'asthénie post-grippale. Or on sait le rapport intime qui existe entre cet état et la tuberculose, l'asthénie n'étant souvent que le premier symptôme de l'écllosion du mal qui marque la moindre résistance de l'organisme et le début de l'invasion microbienne. Dans ce cas encore la strychnine a donné des résultats souvent remarquables, et j'ai vu un certain nombre de cas dans lesquels le diagnostic de tuberculose fut définitivement éliminé, après un certain temps de traitement par ce moyen.

Dans certains cas il m'a semblé qu'on aurait presque pu conclure à une jugulation de la tuberculose, tout au moins un retard de son éclosion, peut-être un arrêt définitif, cliniquement parlant.

M. le professeur Thomas F. Mayr (de Boston) a obtenu dans plusieurs cas de dyspnée avec toux, et d'asthme, de très bons résultats, meilleurs qu'avec tous les autres moyens, par les injections hypodermiques de strychnine associée à l'atropine, la première à la dose de 1 à 3 milligrammes, la deuxième à celle de 1 quart 1 demi-milligramme. Les injections sont répétées d'abord tous les jours, puis, dès que le malade est un peu soulagé, tous les deux jours, et on cesse lorsqu'amélioration paraît persistante.

Le docteur W. Hammond, le neurologiste américain, administre avec succès la strychnine à doses progressivement croissantes dans la faiblesse du cœur. Il pousse l'action du médicament jusqu'à l'apparition d'une légère rigidité des muscles de la nuque ou des cuisses, ce qui constitue pour lui le premier signe de l'action générale du médicament. On cesse ensuite pendant deux jours, pour reprendre à la même dose et en continuer l'emploi aussi longtemps qu'on le croit nécessaire.

On peut ainsi tonifier, au moyen de la strychnine, des cœur affaiblis sur lesquels tous les autres moyens, y compris la digitale, sont sans action.

J'ai vu sous l'influence de ce traitement, s'améliorer des tachycardies pré-tuberculeuses.

Le professeur Giovanni (de Padoue) emploie la strychnine dans tous les états d'adynamie et d'hyposystolie qui surviennent au cours des cardiopathies les plus diverses. Les résultats seraient étonnants à la seule condition de prendre la strychnine à haute dose.

Les mêmes avantages s'observent dans le traitement de la tachycardie sans lésions cardiaques.

Ces tachycardies appartiennent à la variété dite essentielle, qui, chez les pré-tuberculeux, aggrave le pronostic, et il n'est pas rare de l'observer comme symptôme précurseur de l'évolution pulmonaire. Il est donc logique d'admettre que tout traitement agissant sur la tuberculose elle-même en-

traîne la disparition de ce symptôme, et que si la strychnine agit ainsi sur la tachycardie pré-tuberculeuse, c'est parce que son action se porte sur la maladie générale, dont elle entrave l'évolution par sa puissance énergétique et dynamogène.

D'après les expériences de M. le professeur W. F. Mileroy, professeur de clinique médicale de l'University of Nebraska, d'Omaha, la strychnine à haute dose — que W. Peper a préconisée jadis dans ce but — constituerait un remède précieux contre la tuberculose pulmonaire, même dans le cas où le traitement classique par le repos, la suralimentation et la cure d'air demeure inefficace.

Notre confrère prescrit cet alcaloïde à la dose de 0 gr. 002 répétée quatre fois par jour. Tous les cinq jours on double l'une des prises, de sorte que le total journalier finit par atteindre 0 gr. 016. A partir de ce moment on n'augmente plus la dose que de 0 gr. 001 à la fois, mais on continue néanmoins à progresser jusqu'à ce qu'on arrive à la limite de tolérance, ce que l'on reconnaît à l'apparition de la raideur de la nuque, de la mâchoire inférieure ou des muscles antérieurs de la cuisse. Aussitôt que l'on constate ce signe, on réduit la quantité quotidienne d'un quart, puis on remonte de façon à revenir à la dose immédiatement inférieure à celle qui avait provoqué la rigidité musculaire. Ce maximum quotidien varie d'ailleurs considérablement d'un individu à l'autre. Un des malades de M. Mileroy a supporté 0 gr. 05 sans accident pendant des mois ; et il est, d'autre part, essentiel d'atteindre cette limite pour obtenir un résultat thérapeutique. Il faut ajouter du reste que les tuberculeux présentent à l'égard de la strychnine une tolérance particulière qui diminue lorsque l'affection entre dans la voie de guérison.

Ce mode de traitement aurait réussi dans les nombreux cas où notre confrère y a eu recours.

Une phthisique notamment, qui paraissait à toute extrémité fut considérablement améliorée en huit jours et remise sur pied en deux semaines par la strychnine à haute dose, et c'est à l'usage constant de ce médicament, que M. Mileroy attribue la survie de cinq ans qu'offrit cette femme.

Il résulte de cette courte étude que la strychnine trouve son indication constante dans le traitement de la tuberculose et dans toutes les formes de la maladie ; pour assurer le succès de ce traitement, il faut le continuer longtemps et le pousser à doses élevées, tout en surveillant l'action.

### SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES SALPINGITES HYSTIQUES

Par M. le professeur Pozzi.

Les symptômes à considérer dans les cas de salpingite qui nous occupent sont ceux que l'on rencontre dans toutes les maladies de l'utérus et que M. Pozzi a réunis sous la dénomination de "syndrome utérin."

Ce syndrome utérin, d'une localisation exacte impossible aux malades, existe dans toutes les affections utérines ; cependant, dans cet ensemble de signes, il y a certains points dont le dessin s'accroît vers tel ou tel symptôme.

**DOULEURS.** — Les douleurs dues aux salpingites sont différentes de celles des autres affections de l'utérus. Généralement très vives, moins cependant que dans le cancer, ces douleurs présentent ceci de particulier qu'elles ont une intensité extrême, surtout quand l'ovaire et la trompe sont pris. Elles sont constantes et siègent aux flancs et dans les fosses iliaques ; véritables coliques, dites coliques salpingiennes, elles surviennent à certaines époques particulières, presque toujours trois, quatre ou cinq jours avant les règles, et quelquefois pendant la période intermenstruelle, d'où ce paradoxe apparent que les femmes souffrent moins au moment de leurs règles qu'en dehors.

A ces crises douloureuses et qui existent dans les salpingites, on a donné le nom de dysménorrhée intermenstruelle, expression impropre, mais consacrée par l'usage.

Les autres symptômes ne présentent rien de particulier. Tout comme dans les autres affections, on note de la leucorrhée et des troubles menstruels. Dans certains cas particuliers cependant, dans les salpingites bilatérales principalement, l'écoulement sanguin est constant et peu accentué, "espèce de distillation", caractère bien différent de celui des hémorragies du cancer. Quand on constate ce phénomène, on doit soupçonner une annexite et on peut être à peu près certain de la bilatéralité de la lésion.

Quand on examine l'utérus et les annexes d'une femme atteinte de salpingite kystique, en déprimant le cul-de-sac latéral par le doigté vaginal et en y ajoutant la palpation abdominale — manœuvre qui permet d'avoir une sensation assez complète — on trouve une tumeur dont le caractère varie suivant les cas.

Tantôt cette tumeur est dure, marronnée comme un fibrome, ou bien l'annexe est indurée comme dans le vrai pyosalpinx. D'autres fois, on a dans les culs-de-sac latéraux une sensation de corps élastique, et si on examine le cul-de-sac de Douglas, on constate la superposition des annexes. Cette sensation élastique ressemble à celle que donne un petit ballon de caoutchouc gonflé avec de l'air. En circonscrivant la poche, ou tout au moins un segment de poche, on obtient cette sensation d'élasticité, sensation qui permet de conclure qu'on a affaire à un hydrosalpinx.

La tumeur est en général bilatérale, parce que l'infection atteint presque toujours les deux côtés ; il y a cependant des exceptions à cette règle, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte chez une malade opérée récemment.

Le volume de la tumeur n'est pas le même des deux côtés ; d'ordinaire elle est beaucoup plus grosse à gauche : mais il peut arriver que la lésion s'éteigne à gauche ou soit éteinte, et c'est alors à droite, et seulement à droite, qu'on trouvera une tumeur et qu'existeront les douleurs.

Quand la salpingite est double, la stérilité a bien des chances de s'établir par l'oblitération des trompes.

La salpingite kystique peut-elle être confondue avec d'autres tumeurs ? En général non, et quand on trouve les différents symptômes dont nous avons parlé, le diagnostic est facile. Cependant, il devient difficile quand la lésion s'accompagne d'inflammation péri-utérine et coïncide avec un pyosalpinx ancien. Si l'annexite est nouvelle, avec périméthro-salpingite, en pareil cas, on a la sensation d'une masse noueuse formée par l'utérus et les annexes, masse dans laquelle on ne peut absolument rien distinguer. Que la malade vous renseigne mal et qu'elle ait avec sa tumeur une hémorrhagie, on sera tenté de croire à l'existence d'un fibrome.

Si cette confusion peut se faire pour une tumeur adhérente à l'utérus, elle peut se faire aussi pour une tumeur adhérente aux ligaments larges, tumeurs à parois très minces, très fluctuante, accolée à la face postérieure du ligament large, et qui, par cela même, semble être intraligamentaire. L'erreur est très difficile à éviter.

Quelquefois, on peut croire à un kyste de l'ovaire; une erreur plus grave serait de reconnaître une grossesse dans laquelle l'utérus serait rétro ou latéro-fléchi, surtout quand les signes de grossesse ont été troublés par une menace d'avortement.

La grossesse extra-utérine peut être aussi très difficile à distinguer d'une annexite; pour éviter toute erreur, il faut rechercher les caractères particuliers de la grossesse extra-utérine non rompue. Dans la grossesse extra-utérine, la tumeur est généralement unilatérale, très grosse, l'autre côté étant absolument libre; il y a aussi aménorrhée et douleurs paroxystiques.

Les salpingites kystiques sont remarquables par leur marche insidieuse, hors de proportion, comme symptômes, avec l'amplitude des lésions constatées à l'opération. On ne s'imaginerait que difficilement qu'une poche de pus ou un kyste séreux adhérent de tous côtés puisse permettre aux malades de vivre longtemps en continuant à travailler. Mais cette absence de réaction est composée par des poussées aiguës; les femmes ne souffrent pas beaucoup, mais ces poussées les obligent à s'arrêter; elles sont plus infirmes que malades.

Le traitement des salpingites kystiques est essentiellement chirurgical. Il est impossible de guérir sans le secours de la chirurgie. Certes on peut vivre avec un pyosalpinx et nombreuses sont les femmes qui ont survécu longtemps à leur affection; mais elles ne connurent jamais la guérison. Celle-ci ne s'obtient qu'en enlevant la poche de pus, ou en faisant l'extirpation.

L'opération a été faite par deux voies différentes: la voie vaginale et la voie abdominale. Après une période d'enthousiasme pour l'hystérectomie vaginale, on est revenu, grâce aux perfectionnements de la technique, à la laparotomie.

Pour les salpingites kystiques le manuel opératoire est absolument le même que pour les opérations faites par la voie abdominale: mêmes précautions aseptiques et antiseptiques, et ouverture de la paroi couche par couche.

Y a-t-il des précautions spéciales à observer ? Assurément.

Il est absolument inutile de faire une incision énorme; elle doit être aussi petite que possible ; ni trop, ni trop peu.

Il n'est pas nécessaire en effet, au point de vue opératoire, d'avoir une grande incision par laquelle l'intestin pourrait sortir et s'infecter. Il faut avoir un champ opératoire commode et faire une incision de 10 centimètres environ, quitte à l'agrandir de 2 ou 3 centimètres aux ciseaux, s'il est besoin. C'est la règle que suit depuis longtemps M. Pozzi, et qui a été indiquée par Lawson Tait. Une autre raison qui milite en faveur d'une petite incision, c'est qu'avec une grande incision on a une grande cicatrice et partant, plus de chance à l'éventration et aux hernies post-opératoires.

La malade sera mise dans la position déclive qui permet de libérer le champ opératoire des intestins qui déshabitent le petit bassin et se réfugient vers le diaphragme et l'hypochondre. On a alors un espace vide où on peut manœuvrer tout à son aise.

Quand l'intestin est très adhérent à la trompe, on peut sortir la partie adhérente, la mettre sur une compresse mouillée, et faire la libération à l'air libre (éviscération partielle). Cette pratique n'est pas à recommander, et ne doit s'employer que dans des cas très exceptionnels. En général on ne doit pas voir l'intestin.

Faut-il essayer de détacher la poche sans la ponctionner ou la ponctionner avant de la détacher ?

Si on est en présence d'un pyosalpinx, on l'évacuera par la ponction aspiratrice ; sur le point de ponction on mettra une pince et on procédera au détachement de la poche. Il est assurément moins facile de décortiquer une poche vide que si elle est pleine, cependant il faut le faire à cause du danger d'infection. Si l'effusion du liquide dans le péritoine n'est pas à craindre, on pourra essayer la décortication sans ponction préalable.

Donc, toutes les fois que le contenu de la poche est infectant, il faut l'évacuer au préalable ; si le liquide est indifférent, décortiquer sans ponction, ce qui permettra d'être plus expéditif.-

La poche étant évacuée ou non, la libérer de tous côtés et la pédiculiser.

Quand on opère à droite, ne jamais perdre de vue la possibilité d'adhérence avec l'appendice ; ne pas confondre non plus le pédicule avec l'appendice ; se garder également de laisser en place un appendice adhérent à un salpinx, il faut le réséquer, car il peut être un collaborateur d'infection.

Quand on est arrivé sur le pédicule, on le lie ; on enlève l'ovaire et la trompe malades en ayant soin de ne pas toucher à l'ovaire du côté opposé s'il est sain, non pas tant pour assurer la fécondité que pour éviter les accidents consécutifs à l'insuffisance ovarienne.

Le pédicule sera lié par une ligature en chaîne. S'il est petit, peu large, on le traversera avec une aiguille mousse et, croisant les fils, on liera à droite et à gauche ; au-dessus on mettra une ligature de sûreté.

Si le pédicule est très large on fera une ligature en chaîne, c'est-à-dire en prenant segment par segment, de façon à ne pas lier à la fois et en même temps une très grande étendue de pédicule. Cette ligature faite, on la consolidera par une une ligature en masse. Si ce n'est pas possible, avec une aiguille mousse on traversera le pédicule, pour faire une ligature à droite et à gauche. On évitera ainsi les hémorragies secondaires.

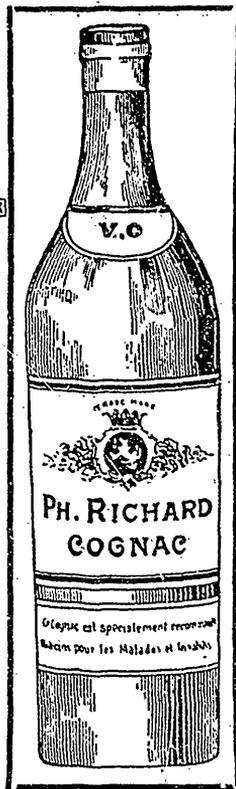
On emploiera pour ces ligatures le catgut et non la soie qui peut s'infecter et donner lieu à de petits nodules d'inflammation locale, extrêmement douloureux.

Certains auteurs ont conseillé, lorsque la trompe n'était pas infectée, mais seulement malade, de faire la salpingostomie ou conservation d'une partie de la trompe. Cette manœuvre repose sur un "postulatum" qui est : qu'une trompe réséquée peut conduire un ovule dans l'utérus. M. Pozzi nie absolument la chose, car c'est se faire illusion sur la valeur d'une trompe réséquée au point de vue de la fécondité.

Il arrive parfois qu'on trouve un utérus très adhérent et très saignant. Quand l'utérus est malade, flasque, violacé ou bien exsangue ayant l'apparence grasseuse, en un mot, visiblement malade, il y a intérêt à l'enlever. Certains veu-



V. O.  
V. O. S.  
V. S. O. P.



F. G.  
Fine  
Champagne

# BRANDIES

## PH. RICHARD

### COGNAC

Ces brandies se recommandent à la profession médicale à cause de leur pureté reconnue, leur haute qualité et leur action tonique et stimulante toujours efficace.

**Laporte, Martin & Gie,**  
MONTREAL.

DEPOSITAIRES

# CYPRIDOL

C'est une solution d'iodure 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 si  
on donne le CYPRIDOL en capsules de 2 milligrammes chacune.

· Cette

**"HUILE BI-IODUREE"**

est le traitement spécifique par excellence de MM. Fournier  
Panas 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-  
line.)

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, con ourt à la production des Cellu-  
les, 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**

DÉPOSITAIRES :

**LYMAN SONS & Co., RUE ST-PAUL**

lent qu'il soit toujours ainsi fait. C'est inutile quand l'utérus est sain, d'abord parce qu'il sert à la statique pelvienne, et aussi parce qu'il n'est pas nécessaire de compliquer et d'allonger l'opération.

En agissant comme nous venons de le dire, on obtiendra toujours des guérisons absolument durables.

### 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
Tondour.—Récits de la vie médicale.	.60
Camus.—Recherches sur les causes de la circulation-lymphatique	.60
Nuvendam.—La neurasthénie étudiée au point de vue médical, philosophique et social.	.25
Haménius.—Philosophie de l'économie politique.	.80
Ab der Halden.—Etude de littérature Canadienne-Française.	.80
Bazalgette.—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. Laurent.—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.	1.60
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 Meignen.—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.	

M. A. MALOINÉ, éditeur, 25-27 rue de l'Ecole de Médecine, Paris, enverra FRANCO, les ouvrages suivants, sur réception d'un mandat de poste.

BATTAUD.—La neurasthénie Génitale féminine in-8.	.80
Après un bref historique l'auteur démontre l'importance souvent méconnue de la coexistence de la neurasthénie avec une infection pelvienne. Il décrit en détail l'influence de la neurasthénie sur l'appareil utéro ovarien, etc. Ce livre se présente comme une œuvre très nouvelle et très originale.	
BERNAL.—Traité complet des maladies vénériennes, deux volumes in-8.	5.00

Séparément :

Tome I. Traité pratique des maladies vénériennes, affections blennorragiques, ulcérations, affections paravénériennes in 8 avec fig. et 7 planches coloriées.	2.00
Tome II. Traité pratique de la syphilis. 58 similigravures, 18 planches dont 17 en couleurs.	3.00
BERDAL.—Nouveaux éléments d'histologie normale. 6ème édition, 411 fig.	1.60
L'accueil favorable que ce livre a trouvé auprès du corps enseignant et des étudiants en médecine est dû à ce que l'ouvrage du Dr Berdal est rédigé avec une très grande clarté.	
BLARIZ.—L'urine au point de vue chimique et médicale. Analyse simplifiée avec la signification et l'interprétation physiologique des résultats in-18. 1907.	.60
BOURC.—L'art dentaire à la portée du médecin. Conseils pratiques in-18. 73 fig.	.80
CARBOURIECH.—Technique des analyses chimiques médicales industrielles des produits alimentaires et pharmaceutiques in-18, cart. 81 fig.	1.40
Bibliographie complète et Méthodique des livres de Médecine de 1886 à 1908 in-8. 101 pages. "Gratuit sur demande."	

MM. VIGOT FRÈRES, Editeurs, 23 Place de l'École de Médecine, Paris, enverra FRANCO sur réception d'un mandat de poste, les ouvrages suivants qui viennent de paraître :

Traité clinique et Thérapeutique des maladies de l'appareil respiratoire, par M. le Professeur Carrière.	\$3.00
Traité pratique d'analyse des denrées alimentaires, par MM. les Professeurs Gérard et Bonne.	3.00
Le Criminel aux points de vue Anthropologique, Psychologique et Social, par M. le Docteur Emile Laurent.	.70
Comment épurer son eau, par W. Malméjac (212 pages).	.70
Technique Chirurgicale journalière au lit du malade, par M. le Docteur Besson.	.60
Analytique de l'esprit humain (Bio-Anjmisme) par M. le Docteur Molinié.	.40
Traitement de la Tuberculose, par MM. les Professeurs Gérard et Lemoine.	.36
Les ferments Métalliques et leur emploi en Thérapeutique, par M. le Professeur Robin.	.80

M. JULES ROUSSET, 1 rue Casimir - Delavigne, Paris, enverra FRANCO sur réception d'un mandat de poste, les ouvrages suivants qui viennent de paraître :

Traité Clinique des Maladies de l'Estomac, par M. le Docteur Lucien Fron (d'Alger).	\$2.40
La Gastrectomie, par M. le Professeur Monprofit.	1.20
La Transmission de la pensée par M. G. Bonnet.	.70
Traité d'Hypnotisme, de Suggestion Thérapeutiques, par M. Géraud Bonnet.	.70
Les Conserves Ménagères et fermières (Manuel pratique) par M. J. Fritsch.	.70
La Maladie de Parkinson, par M. le Docteur G. Maillard.	.70
Les Homosexuels de Berlin, par M. le Docteur M. Hirschfeld.	.40
Théories Modernes sur la Matière, par M. Emm. Pozzi-Escot.	.30
La Radio-Activité de la Matière, par M. Emm. Pozzi-Escot.	.30

L'OPHTHALMO-REACTION PRESENTE-T-ELLE QUEL-  
QUE DANGER POUR L'OEIL ?

Par M. le Professeur F. de Lapersonne.

Il est suffisamment établi aujourd'hui que l'ophtalmo-réaction à la tuberculine est un moyen de grande valeur pour le diagnostic des formes initiales ou légères de tuberculose, quel que soit le siège de la lésion bacillaire, surtout quand cette lésion est peu accessible aux procédés ordinaires du diagnostic clinique.

Elle a des effets bien plus constants que la cuti-réaction, à tel point que, dans un travail récent, on s'est cru obligé de contrôler la cuti-réaction par l'ophtalmo-réaction. Elle est d'un maniement moins dangereux que l'injection sous-cutanée de tuberculine.

Si l'on songe que, le 17 juin dernier, Calmette présentait l'ophtalmo-réaction à l'Académie des sciences, on jugera que cette méthode n'a pas été longue à fournir ses preuves. Les lecteurs de "La Presse Médicale" se souviennent que, peu de jours après la communication de Calmette, Letulle montrait par quelques exemples bien choisis, toute l'importance du nouveau procédé, Comby donnait les résultats obtenus chez les enfants, Bazy indiquait l'emploi de l'ophtalmo-réaction dans le diagnostic des tuberculoses chirurgicales.

Généralisant la méthode, Chantemesse faisait servir l'ophtalmo-réaction dans le diagnostic de la fièvre typhoïde à toutes les périodes.

Les résultats confirmatifs ont été tout de suite extrêmement nombreux : on en trouvera le résumé dans la thèse récente de M. Léon Petit. C'est par centaine de mille que se comptent maintenant les cas d'ophtalmo-réaction. Dans certains services on a mis systématiquement une goutte de tuberculine au centième dans le cul-de-sac conjonctival de "tous" les malades présents.

Comme il était à prévoir, des critiques se sont fait jour bientôt. On a rapporté des faits défavorables à la méthode dans diverses Sociétés savantes, en particulier à la Société d'ophtalmologie de Paris et à la Société médicale des hôpitaux. On a dit : 1. que l'ophtalmo-réaction était souvent infidèle : 2. qu'elle pouvait avoir des dangers pour l'œil.

Il ne m'appartient pas de discuter le premier point. Quant

au second, qui serait plus grave, je pense qu'il ne faut pas exagérer, étant donné la véritable débauche que l'on a faite du procédé, "sans examen préalable des yeux", et la rareté des accidents signalés.

Il me paraît donc utile d'étudier les quelques cas, soit de réaction violente, soit de complication véritable, qui ont été publiés ou que j'ai observés moi-même, d'analyser ces faits, d'en rechercher les causes et de voir s'il est possible de les prévenir.

Il est un premier point, bien établi, par Comby, c'est que la réaction est plus violente chez les enfants. Elle se traduit quelquefois par une conjonctivite intense, avec tuméfaction de la paupière supérieure, empêchant l'ouverture de la fente palpébrale, par une sécrétion très abondante muco-purulente, par une rougeur violente de la conjonctive avec chémosis, et même par un léger enduit couenneux à la surface de la muqueuse. L'intensité de la réaction n'entraîne, du reste, aucune complication cornéenne et la conjonctivite guérit assez facilement au bout de quelques jours. Il n'en est pas moins vrai que, chez les enfants, Comby a eu parfaitement raison de remplacer la tuberculine au centième par une solution au deux centième.

Il ne faut pas oublier que la couche lymphoïde sous-épithéliale de la conjonctive est très développée chez l'enfant et qu'elle s'infiltré avec une extrême facilité sous l'influence d'une infection quelconque ou seulement d'une cause mécanique. La toxine tuberculeuse peut dans un tel tissu provoquer un apport énorme d'éléments lymphoïdes, comme Calmette l'a démontré pour d'autres toxines microbiennes, la toxine diphtérique, pour des toxines animales, le venin des serpents, pour des toxines végétales, l'abrine.

A côté de cette véritable conjonctivite toxique, il était intéressant de savoir s'il ne se produisait pas des infections associées, et si, dans les réactions violentes, la sécrétion ne contenait pas les agents pathogènes des conjonctivites. L'examen microscopique nous a donné des résultats variables : nul dans la plupart des cas, il nous a montré dans d'autres des saprophytes vulgaires, en particulier la bacille massué. Une fois seulement nous avons trouvé en grande abondance le bacille de Weeks, agent spécifique de la conjonctivite aiguë

contagieuse. On peut dès lors se demander si, chez certains sujets prédisposés ou dans des milieux contagieux, l'ophtalmo-réaction ne pourrait pas faire éclore la conjonctivite, la toxine tuberculeuse venant exalter la virulence d'agents pathogènes si fréquemment contenus dans le cul-de-sac conjonctival.

Pour faire disparaître en peu de temps cette réaction violente, il suffit de mettre trois ou quatre fois par jour une goutte de collyre :

Argyrol . . . . . 20 centigr.  
Eau distillée bouillie . . . . . 10 grammes  
et de faire des lavages au cyanure d'hydrargyre faible  
0.10 : 500 grammes.

Dans une seconde catégorie, doivent être placées les réactions tardives, survenant deux, trois ou même quatre jours après l'instillation, chez des sujets indemnes de toute affection oculaire antérieure. Il est démontré que la réaction est plus persistante, durant plusieurs jours, et que les malades peuvent conserver une certaine sensibilité à la lumière, un peu de photophobie et de larmoiement pendant plusieurs semaines. La réaction peut même se reproduire au bout de quelque temps, ainsi que je l'ai observé une fois.

Un homme de trente-sept ans, atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, reçoit au mois d'août une goutte de tuberculine-test ; la réaction, lente à se produire, est positive. Tout semblait rentré dans l'ordre, lorsque, "trois semaines" après l'instillation de la tuberculine, l'œil redevenait rouge. Quand le malade me fut amené, il présentait une injection périkeratique assez intense à la partie inférieure, un léger panus dans la portion correspondante de la cornée, les vaisseaux aboutissant à une ulcération superficielle, assez étendue, formée par la réunion de plusieurs points ulcérés. Ce malade avait la sensation de corps étranger, de la photophobie, du larmoiement et un léger trouble de la vue, la sécrétion était insignifiante. Traitée par le collargol, la cocaïne, l'atropine, les compresses chaudes, cette kératite mit assez longtemps à disparaître, mais il n'y eut pas de retentissement intra-oculaire.

C'est à cette kératite ulcérovasculaire que se sont bornés ordinairement les accidents que j'ai observés moi-même ou qui m'ont été signalés par des confrères ; j'ai réuni six cas de ce genre. Chez un malade entré récemment dans mon service, l'ulcération bien circulaire, entourée de vaisseaux, siège sur la conjonctive bulbaire, à quelques millimètres du limbe. Elle ressemble à l'ulcération d'une conjonctivite phlycténulaire ; la cornée est tout à fait transparente. Cet homme est certainement tuberculeux, il a des adénopathies multiples et une laryngite très suspecte.

Dans tous les cas précédents les accidents, qui n'ont jamais menacé sérieusement les yeux, se sont produits de dix à vingt jours après l'instillation ; la réaction a été le plus souvent tardive et il y a eu un véritable réveil de la réaction oculaire quelque temps après. On ne peut s'empêcher de songer aux faits expérimentaux dans lesquels une injection sous-cutanée de tuberculine, faite deux ou trois semaines après l'instillation, chez des animaux tuberculisés, ramène une ophtalmo-réaction. On pourrait se demander même si toute infection locale ou générale intercurrente ne pourrait pas, chez un tuberculeux, réveiller ou entretenir la réaction.

Plus sérieux et d'interprétation beaucoup plus difficile est le fait que j'observe encore à la clinique de l'Hôtel-Dieu: il s'agit ici d'une véritable complication.

Une femme de quarante-cinq ans, sans antécédents tuberculeux personnels ou héréditaires, sans stigmates syphilitiques, est atteinte de rhumatisme chronique depuis quatre ans, avec déformations très accusées des doigts et des mains. Ne pouvant pas travailler, elle a fait de fréquents séjours dans les hôpitaux. Le 24 août dernier, on lui instille une goutte de tuberculine, comme à tous les malades se trouvant à ce moment dans ce service de médecine. Aux dires de cette femme, la réaction fut vive et n'était pas tout à fait terminée au moment de son départ pour le Vésinet, huit jours après. Pendant un mois l'œil serait resté rouge, mais non douloureux, puis l'inflammation a augmenté, et, lorsque cette malade est venue nous consulter à l'Hôtel-Dieu, le 23 octobre, soit deux mois après l'ophtalmo-réaction, elle présentait une kératite ulcéreuse, au niveau de la partie inférieure du limbe, avec épisclérite assez intense. Le fond de l'œil

était d'ailleurs bien éclairable, il présentait un large staphylôme postérieur myopique. Des deux côtés la myopie est de 11 dioptries et l'acuité visuelle n'est qu'imparfaitement corrigée par les verres.

Sous l'influence du traitement institué, l'ulcération tendait à se cicatriser, lorsque nous vîmes apparaître une iritis séreuse avec dépôts pigmentaires sur la face postérieure de la cornée et troubles des milieux de l'œil. Contre cette complication irido-choroïdienne, évoluant sans douleurs vives, j'ai fait faire un traitement mixte, iodure et frictions mercurielles, associé à l'atropine. Depuis quelques jours seulement l'amélioration paraît sensible, mais il existe encore de l'injection périkeratique et le fond de l'œil est difficilement éclairable.

Il n'est pas douteux que chez cette femme l'ophtalmo-réaction a été suivie de complications oculaires assez sérieuses, sur l'origine desquelles il est bien difficile de se prononcer.

S'agit-il d'une simple coïncidence ? Les complications kératiques ne sont survenues que deux mois et les accidents irido-cycliques trois mois après l'instillation de tuberculine.

L'ophtalmo-réaction positive doit-elle faire croire à un pseudo-rhumatisme tuberculeux et sommes-nous en présence d'une iridocydite tuberculeuse ? La marche et l'aspect clinique de l'affection oculaire ne rappellent en rien ce que nous observons ordinairement en pareil cas.

Ou bien sommes-nous en présence d'une lésion syphilitique, bien que les antécédents paraissent négatifs ? Cette dernière hypothèse ne doit pas être repoussée, étant donnée la marche torpide de l'iritis séreuse, l'absence de douleurs et l'efficacité du traitement mercuriel.

En somme, c'est la seule complication sérieuse que j'ai pu observer, lorsque les malades ne présentaient antérieurement aucune lésion inflammatoire de l'œil. Encore est-il difficile de la mettre directement sur le compte de l'ophtalmo-réaction.

Dans une troisième catégorie doivent se placer les cas dans lesquels il y avait des lésions préexistantes de l'œil.

Dès sa première communication, Calmette avait eu soin de dire qu'il ne fallait pas faire l'ophtalmo-réaction si l'œil ou les paupières présentaient une maladie inflammatoire quelconque, en évolution ou cicatrisée, parce que l'ophtalmo-réaction perdait alors de sa valeur diagnostique et qu'elle risquait soit d'aggraver une lésion existante, soit de réchauffer une lésion ancienne. Mais bientôt, en présence de la bénignité ordinaire de la méthode, on l'a appliquée à des serofulo-tuberculeux ayant de vieilles lésions oculo-palpébrales, on l'a même essayée, de propos délibéré, en oculistique.

Aubaret et Lafon l'ont appliqué 17 fois, et ils concluent que si son emploi semble limité à première vue aux affections intéressant les membranes internes, on pourrait cependant l'utiliser dans le diagnostic rétrospectif des lésions kérato-conjonctivales, en ayant soin d'attendre leur guérison complète. Ils n'ont pas constaté d'accidents, bien que la réaction ait été parfois intense.

Brunetière l'a essayée 3 fois dans une iritis, une kératite interstitielle et une choroïdite exsudative; il est vrai qu'elle fut négative. Négative encore dans le cas de Chaillous; il s'agissait d'une ulcération douteuse de la conjonctive. Elle fut positive dans une vingtaine d'affections oculaires diverses rapportées par S. Stéphenson.

Mon ancien chef de clinique Painblan, qui a assisté Calmette dans ses premières recherches, a eu lui aussi des résultats positifs. Non seulement l'emploi local de la tuberculine n'a eu, entre ses mains, aucun inconvénient du côté de l'iris ou de la cornée, mais même une tuberculose conjonctivale, après avoir réagi violemment s'est améliorée au point que, cinq semaines après, l'ulcération était cicatrisée et l'infiltration presque disparue, sans aucun traitement.

A la dernière séance de la Société d'ophtalmologie de Paris, Morax et Chaillous nous ont dit n'avoir constaté aucun accident à la suite de l'ophtalmo-réaction.

Voici cependant des faits moins favorables :

Un enfant de treize ans, traité à plusieurs reprises pour des affections oculaires qui lui ont laissé un trouble assez considérable de la vue, présente des adénopathies serofulo-tuberculeuses de la région cervicale. Étant en traitement à l'hôpital Hérodé, on lui instille une goutte de tuberculine-

test dans l'œil droit. Au bout de vingt-quatre heures, la réaction violente se produit et persiste. Une dizaine de jours après, l'œil gauche se prend à son tour, bien qu'il n'y ait pas eu de tuberculine dans cet œil. Lorsque, le 5 octobre, le malade nous est adressé, nous constatons des deux côtés une kératite panneuse, avec ulcérations superficielles reposant sur d'anciens leucomes. Sous l'influence du traitement, atropine, collargol et compresses chaudes, la photophobie et le larmoiement ont disparu, les ulcérations tendent à se cicatriser, mais le pannus persiste.

Il n'est pas douteux que chez cet enfant l'ophtalmo-réaction a été la cause occasionnelle d'une nouvelle poussée sur les deux yeux de kératite ulcéro-vasculaire. Si dans ce cas les conséquences ont été relativement peu graves, il n'en est plus de même chez le malade que Kalt a présenté à la Société d'ophtalmologie.

Un homme de 64 ans, n'ayant aucun signe de tuberculose ou de syphilis, peut-être rhumatisant, présentait à l'œil droit un léger trouble cornéen, de nombreuses synéchies et des milieux inéclairables. A gauche, il y avait des lésions récentes : exsudats iritiques, foyer de sclérite, tons érévés nécessita une sclérotomie, des injections sous-conjonctivales de cyanure et des pointes de feu contre la sclérite. Un traitement général par les injections intra-musculaires n'a donné aucun résultat.

Le 24 juillet, la situation restait stationnaire, à l'exception d'un petit point de scléro-kératite récente, avec légère rougeur de l'œil droit, Kalt se décida à instiller une goutte de tuberculine au centième sur la conjonctive de l'œil droit, pour éclairer le diagnostic. La réaction fut positive et persista les jours suivants. Six jours après, l'état de l'œil s'aggravait ; il se formait un foyer de scléro-kératite très étendu occupant la moitié supérieure du globe. Peu à peu l'iris se troublait, l'injection pérékératique restait intense et la vision était réduite à la perception lumineuse. Finalement, la cornée est devenue presque complètement opaque.

Ainsi, en réunissant consciencieusement et sans parti pris tous les accidents oculaires que j'ai observés moi-même ou qui sont parvenus à ma connaissance, je ne peux arriver qu'à un total insignifiant par rapport au nombre considérable d'oculo-réactions positives qui ont été obtenues.

C'est par une kératite ulcéro-vasculaire, avec retentissement sur la sclérotique, que se sont manifestés ces accidents, les lésions préexistantes de la cornée favorisant leur production. Ils n'ont pas suivi nécessairement les réactions violentes, mais plutôt les réactions tardives et prolongées. Les conséquences sur la vision n'ont pas été importantes.

"Deux fois" seulement des complications intra-oculaires plus sérieuses se sont produites, avec retentissements irido-cyclitique : dans un cas, il s'agissait d'une myope de haut degré, dans l'autre, d'un homme présentant d'anciennes lésions iritiques. L'un et l'autre étaient des sujets âgés : la femme, quarante-cinq ans, mais en paraissant davantage ; l'homme, soixante-quatre ans.

Nous sommes donc en droit de conclure que "l'ophtalmo-réaction ne présente pas de danger pour l'œil". Toutefois, les accidents signalés plus haut (quoique très rares et n'offrant pas avec l'ophtalmo-réaction une relation très directe de cause à effet) doivent nous dicter quelques conseils de prudence.

1. On ne devrait jamais essayer l'ophtalmo-réaction sans avoir fait faire au préalable l'examen complet des yeux du malade ;

2. En oculistique, son emploi me paraît devoir être limité. Je ne m'en servais pas pour le diagnostic des lésions du globe de l'œil, superficielles ou profondes et je la réserverais pour le diagnostic des maladies des annexes paupières, voies lacrymales, orbite :

3. Volontiers, j'ajouterais qu'il vaut mieux ne pas employer ce moyen de diagnostic chez les individus âgés. Trop d'éléments sont réunis pour fausser les résultats, la réaction est moins franche, et, si des incidents se produisent, ils guérissent plus difficilement.

ORGANISATION DU TRAITEMENT MEDICAL DE  
L'ULCERE DE L'ESTOMAC

M. G. Linossier a présenté au dernier Congrès de médecine un rapport très remarqué sur le "Traitement de l'ulcère simple de l'estomac". Les lecteurs de "La Presse Médicale" ont pu lire dans le numéro du 15 octobre le résumé de ce rapport. Un point de ce travail sur lequel nous tenons à revenir, car il présente un grand intérêt pour le médecin praticien, c'est la façon dont on doit organiser le traitement médical de l'ulcère de l'estomac.

Supposons un ulcère qui vient de se révéler par une hémorragie de moyenne intensité. L'examen ne révèle aucune complication; il permet d'éliminer les ulcères spécifiques, syphilitique ou tuberculeux, pour lesquels le traitement doit être dirigé dans un sens spécial.

Le malade sera immédiatement mis au repos physique absolu au lit. Les premiers jours, il ne sera même pas autorisé à se lever pour aller à la selle. Tous mouvements lui seront interdits. On maintiendra sur le creux épigastrique une vessie de glace. L'action de la vessie de glace sur l'hématémèse est douteuse, mais c'est un bon moyen d'immobiliser le malade. Après quelque jours, la glace sera remplacée par une simple compresse tiède, protégée contre l'évaporation et le refroidissement au moyen de toile imperméable.

Le malade sera très couvert dans son lit; au besoin on luttera contre l'abaissement de la température au moyen de bouillottes chaudes.

Si le sujet est suffisamment vigoureux, on commencera le traitement par quelques jours de suppression absolue de l'alimentation buccale. Le malade n'introduira dans son estomac ni aliments, ni boissons.

Pour donner au sujet l'eau qui lui est nécessaire, le mieux sera de recourir, le premier jour, aux injections sous-cutanées de sérum physiologique, dont l'administration provoque moins de mouvements de l'estomac que celle des lavements. On s'adressera à ceux-ci dès le second ou troisième jour.

Dès ce moment, en général, l'estomac est vide, les vomissements ont cessé, et les douleurs sont calmées. Si l'évacuation de l'organe par le pylore paraissait ne pouvoir se faire, on fera un lavage. Un lavage bien fait trouble moins le repos stomacal que les efforts de vomissements incessants que l'on observe chez certains ulcéreux.

Les lavements alimentaires seront prescrits dès que le malade pourra les supporter. On donnera, par exemple, un lavement évacuant le matin et trois lavements alimentaires, l'un immédiatement après la selle, les deux autres répartis dans la journée.

Ils seront d'abord de très faible volume et ne renfermeront aucune substance irritante. On pourra formuler, par exemple :

Eau. . . . .	300 grammes.
Oeuf. . . . .	No 1.
Dexterine. . . . .	10 grammes.
Phosphate de soude. . . . .	) à 1 —
Bicarbonat de soude. . . . .	)
Laudanum de Sydenham. . . . .	IV gouttes.

Si ces premiers lavements sont bien tolérés, on les rendra progressivement plus nourrissants. On prescrira :

Bouillon non salé. . . . .	300 c. c.
Dextrine. . . . .	15 à 50 grammes.
Oeufs. . . . .	2 à 3.
Bicarbonat de soude. . . . .	1 gramme.

Les jours suivants, on pourra ajouter 20 à 30 gr. de glucose pur. Si l'on n'a pas à sa disposition de glucose pur, le glucose ordinaire du commerce étant très irritant, il vaudra mieux employer du miel. Enfin, dans les cas où la tolérance sera parfaite, et si les phénomènes de putréfaction ne sont pas accentués, on pourra prescrire encore une cuillerée de peptone ; mais il faudra alors ajouter assez de bicarbonat de soude pour que le mélange soit neutre ou légèrement alcalin.

On pourra enfin tenter de donner quatre lavements par jour ; mais il importe de n'accroître que très progressivement l'alimentation par le rectum.

L'usage du laudanum est indispensable le premier jour. La température des lavements sera de 38°.

Les lavements seront portés un peu haut dans l'intestin avec une sonde souple et introduits très lentement.

Combien de temps devra-t-on poursuivre l'alimentation rectale exclusive ?

Il est impossible de répondre à cette question. Quand les lavements alimentaires sont mal tolérés, il ne faut pas s'obstiner non plus si la dénutrition est très rapide, s'il y a des tendances syncopales, des troubles nerveux excessifs, un abaissement exagéré de la tension sanguine, si la quantité quotidienne d'urine s'abaisse au-dessous de 400 grammes.

En général, il n'y a aucun inconvénient à continuer la cure une semaine. Au delà, il faut user de précaution et ne poursuivre le traitement que si la diminution quotidienne du poids est médiocre, si l'état général se maintient bon, si la quantité d'urée de l'urine va en diminuant ou reste stationnaire.

La cure de diète stomacale est utile tant que l'ulcère n'est pas cicatrisé, c'est-à-dire longtemps, et seuls les inconvénients résultant de la dénutrition doivent engager à l'interrompre.

La plupart des auteurs ont fixé entre cinq et dix jours la durée de l'alimentation rectale exclusive. Sous la réserve que cette durée n'est en réalité déterminable que dans chaque cas particulier, on peut accepter cette formule.

L'alimentation devra être reprise très progressivement. Les malades, d'ailleurs, n'ont pas faim. On ne cessera les lavements alimentaires que quand la quantité d'aliments prise par la bouche sera suffisante à entretenir la vie. On commencera par donner par petites portions de l'eau pure, non alcaline, à la température de la chambre, ou une infusion un peu de sucre, ou de lactose, si le sujet redoute la saveur trop sucrée.

Le lendemain viendra le lait, qui, chez le plus grand nombre des malades, est très bien toléré.

On ne dépassera pas 300 grammes le premier jour, et on augmentera de 100 à 300 par jour jusqu'à un litre et demi. La périodicité des repas sera réglée de manière à ce que n'apparaisse aucun malaise permettant de soupçonner une action

irritante du suc gastrique vers la fin de la digestion.

Si le régime lacté est établi dès le début du traitement, il est souvent nécessaire de continuer l'alimentation la nuit pour prévenir les crises douloureuses de l'hypersécrétion. Quand le régime lacté succède à une cure de diète stomacale, il n'en est généralement pas de même, et, dans ce cas, une période quotidienne de vacuité et de repos sécrétoire de l'organe ne peut qu'être favorable à la cicatrisation définitive de l'ulcère.

On devra, pendant cette première période de réalimentation, interroger très soigneusement, non seulement la sécrétion de l'estomac dont les malaises subjectifs peuvent déceler les troubles, mais la motricité dont la percussioin et la recherche du bruit de clapotage indiquent l'insuffisance. Si l'estomac paraît se laisser distendre, et si l'évacuation en est anormalement prolongée, on évitera d'augmenter trop vite la quantité de lait, et on préférera en accentuer le pouvoir nutritif, soit en le concentrant par la chaleur, soit en y ajoutant de la poudre de lait, de la graisse (crème), du sucre (lactose), des amylacés (riz, tapioca.) des albuminoïdes, parmi lesquels le meilleur est la caséine.

Les œufs apportent à la fois de l'albumine et une graisse bien émulsionnée. La viande crue, qui joue un rôle assez important dans le régime de Lenhartz, semble particulièrement à éviter.

En principe, on cherchera plutôt à restreindre la sécrétion chlorhydrique par l'usage d'une alimentation riche en hydrocarbonés et en graisses qu'à l'exciter par une nourriture azotée.

C'est dans cette période de la cure que pourra se trouver l'indication du bicarbonate de soude et du sous-nitrate de bismuth à hautes doses. Pour Linossier, cette indication est la persistance des douleurs, malgré tous les soins apportés au régime alimentaire.

Accessoirement, certains symptômes devront être combattus. La constipation peut être une cause d'hyperchlorhydrie. Elle est l'indication la plus nette de la cure à l'eau de Karlsbad artificielle, mais il est préférable de la combattre, si possible, par de simples lavements aqueux, ou des lavements d'huile, dont l'action semble s'exercer sur l'hyperchlorhydrie d'une manière très favorable.

Contre l'anémie, on a conseillé le fer à l'état de perchlorure ; contre la dépression, l'arsenic.

Les préparations arsenicales pouvant facilement être administrées par voie sous-cutanée (injection de cacodylate de soude), sont plus recommandables.

Pour lutter contre la sécheresse de la bouche et éviter la complication grave de la périostite, des lavages fréquents de la cavité buccale à l'eau boriquée seront utiles.

Telle est la marche du traitement dans un cas type d'ulcère, en activité, sans complications. On peut être tenté d'en adoucir la sévérité dans les cas graves ; mais il ne faut pas se laisser trop aller à cette tendance.

**RESULTATS ET DUREE DU TRAITEMENT.**—Quel que soit le traitement employé, il est rare, s'il est conduit avec logique et sévérité, que les symptômes ne se dissipent pas.

En parcourant la littérature de l'ulcère de l'estomac, on ne peut ne pas être frappé de ce fait que tous les auteurs sont enchantés du traitement qu'ils ont adopté. Qu'en conclure, sinon que l'ulcère a une tendance naturelle à la cicatrisation, et qu'il suffit de le mettre dans des conditions qui ne troublent pas trop cette tendance naturelle pour obtenir de bons résultats ?

Donc le malade est rétabli ; les troubles digestifs qu'il présentait antérieurement aux manifestations caractéristiques de l'ulcère ont disparu ; le poids antérieur est reconquis ; on peut légitimement, semble-t-il, parler de guérison.

Il faut bien savoir que la guérison de l'ulcère de l'estomac est toujours une guérison incertaine. Il importe donc essentiellement de pousser au maximum la sévérité, la durée du traitement.

C'est pendant des mois, pendant des années parfois, après la disparition des symptômes, que l'ulcère guéri devra être suivi de près et soumis à un régime alimentaire strict.

## VIENT DE PARAÎTRE

**LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE.** par William Osler, professeur royal à l'Université d'Oxford. Traduction française sur la 6e édition par les docteur M. Salomon, chef de clinique à la Faculté, et Louis Lazard, ancien interne de l'hôpital de Rothschild. Un volume in-8 raisin de 1224 pages, avec 22 figures dans le texte et 1 planches en couleurs. Prix, cartonné, 25 fr. Paris, 1908. G. Steinhil, éditeur, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Le manuel de M. William Osler, dont la librairie G. Steinhil vient de publier la traduction, est un des ouvrages médicaux les plus connus et les plus classiques en Angleterre et en Amérique. M. Osler, actuellement professeur royal de médecine à Oxford, a enseigné longtemps dans plusieurs universités des Etats-Unis et du Canada ; il n'est pas, dans le monde anglo-saxon, de personnalité médicale plus notoire ni plus influente. Son enseignement a pour tout praticien de langue anglaise autant d'autorité que peut en avoir en France l'enseignement officiel de nos professeurs les plus considérés. Aussi ne peut-on manquer d'ouvrir le livre avec un vif intérêt, et cet intérêt n'est pas déçu.

Il semble difficile qu'un ouvrage qui embrasse en douze cents pages la médecine tout entière puisse être original. Le manuel de M. Osler est cependant un ouvrage original, non pas qu'il renverse souvent les idées reçues, ou que le paradoxe y tienne une grande place, mais parce que tout ou presque tout ce qu'il contient a été personnellement observé, vécu par l'auteur.

Nous possédons en France différents manuels, qui s'ont d'excellents résumés de l'état actuel des connaissances humaines sur la pathologie interne. Ces ouvrages présentent à un degré éminent l'ordre, la clarté et toutes les qualités d'exposition par lesquelles les maîtres français ont toujours particulièrement brillé. A beaucoup d'égards, ils pourraient être pris pour modèles à l'étranger ; mais de notre côté nous avons quelque chose à apprendre dans un livre qui, comme celui de M. Osler, est tout entier l'expression de l'expérience personnelle d'un seul et même praticien, où tout est digéré et mûri, et où l'érudition superficielle joue un rôle à peu près négligeable.

Il serait impossible d'analyser en quelques lignes un ouvrage qui touche à un très grand nombre de matières différentes. Tous les chapitres de la pathologie interne, telle qu'on l'enseigne en France, y sont portés avec des développements suffisants. Quelques sujets pour lesquels M. Osler paraît avoir une certaine prédilection ont été étudiés un peu plus longuement. Nous citerons par exemple, dans deux ordres de maladies assez éloignés l'un de l'autre, la fièvre typhoïde et la chorée de Sydenham.

Les étudiants auront profit à étudier un auteur dont le souci constant est d'assigner à chaque notion, à chaque symptôme son importance relative, appréciée au nom de trente années d'observation clinique. Le praticien déjà plus expérimenté aura plaisir à remarquer les nuances de pensée ou d'observation par lesquelles l'auteur anglais s'écarte de nos pathologistes. Les médecins instruits seront heureux de quitter pour un moment, avec un guide comme M. Osler, leur point de vue habituel, et de voir comment leurs méthodes cliniques et thérapeutiques sont appréciées à distance par un juge autorisé.

Les traducteurs de M. Osler paraissent s'être acquittés heureusement d'une tâche qui a dû être assez lourde. Leur texte français est clair et se lit facilement. Ils se sont efforcés de respecter autant que possible l'originalité du texte anglais et de conserver à l'ouvrage son cachet personnel.

Cette traduction nous paraît appelée à jouer un rôle des plus utiles. Aux quelques manuels de pathologie interne que nos étudiants et nos praticiens possèdent déjà, elle ajoutera un ouvrage de premier ordre, propre à les compléter et prêtant à une multitude de comparaisons. Elle contribuera puissamment à faciliter et à multiplier les rapports intellectuels entre les médecins français et les médecins de langue anglaise. A ce point de vue, elle pourra être très utile non seulement à l'enseignement mais même au progrès de la pathologie interne.

PRODUITS GRANULES  
**CHARLES CHANTEAUD**

INSTITUT DOSIMETRIQUE

54 Rue des Francs Bourgeois, Paris.

**LES GRANULES DOSIMETRIQUES** de Charles Chanteaud sont dosés au centigramme, au milligramme et au dixième de milligramme, suivant un procédé spécial inventé en 1872 par Charles Chanteaud de Paris. Des analyses fréquentes faites par le Laboratoire officiel d'analyse de la Ville de Paris, indiquent que les dosages en sont toujours réguliers. Cent-cinq (105) sortes d'alcaloïdes et produits chimiques absolument purs peuvent ainsi être administrés sous forme de granules dosimétriques de Charles Chanteaud. L'avantage de l'emploi de ces granules est de pouvoir mesurer exactement la dose du médicament à l'intensité de l'affection; et à la sensibilité particulière du malade (idiosyncrasie). Il suffit en effet de répéter les prises de granules de quart d'heure en quart d'heure ou à intervalles plus grands (selon l'intensité de la maladie) pour obtenir un effet curatif progressif, et sans craindre de dépasser la dose de médicament voulu, puisque l'effet curatif se montre bien avant l'effet toxique. En employant les granules dosimétriques de Charles Chanteaud il n'y a pas à craindre d'accumulation puisque ces granules sont très solubles, c'est donc avec eux de préférence qu'il convient de faire de

**PALCA LOIDOTHERAPIE.**

Pour recevoir des échantillons et des ouvrages sur Alcaloidothérapie, écrire au docteur Chanteaud, Directeur de l'Institut Dosimétrique, 54, rue des Francs Bourgeois, Paris.

DEPOSITAIRES :

**PHARMACIE DECARY**

1688, Rue Ste-Catherine, Montreal.

**LEFORT IMPORTING CO.**

56 ST-FRANCOIS XAVIER, MONTREAL.

**L. A. BERNARD,**

38 STE-CATHERINE EST - - - MONTREAL.

# Nos annonceurs

JANVIER 1908

---

---

- Charles Frosst & Cie., 91 LaGauchetière Ouest, Montréal.  
La Compagnie Marchand Frères Lée, 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 Mfg. Co., M. A. E. Stratton, Man'g. 26 Christopher St., New-York, N.Y., U.S.A.
- The Bovine Co., 75 W. Houston, Ntw-York, N.Y., U.S.A.  
The Denver Chemical Co., Dr. Bathel, 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 Mialhe, 8 rue Favart, Paris, France.  
Pharmacie Suann, 1 rue de Castéglione, 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.  
Homoglobine Des Chiens, Rougier Frères, Montréal.