

**PAGES**

**MANQUANTES**

# **Travaux Originaux**

---

## **DEUX CAS DE SARCOMÉ SECONDAIRE DU POUÏON A ÉVOLUTION DIFFÉRENTÉ (1)**

---

Par le Dr EUG. ST-JACQUES de Montréal

---

La fréquence du sarcome secondaire du poumon est reconnue ;—que le sarcome se montre sous des apparences si totalement différentes, voilà qui ne m'avait pas encore été donné de constater si clairement : c'est là l'intérêt de ces deux observations que vous me permettez de vous présenter.

### I

Un nommé R,—vieillard dans la soixantaine se présente à l'hôpital pour une grosseur à la cuisse.

En effet à l'examen nous constatons à la partie interne de la cuisse, dans son 1/3 moyen une tumeur de la grosseur d'une moyenne orange.

Cette masse ptérente elle-même deux petits nodules extérieuas, où la peau est de coloration vineuse, violacée quasi. La meur, adhérente à la peau et bien que prise dans les tissus sous-jacents ne paraît pas faire corps avec le femur. Elle est indolore,—comme également elle a été lente d'évolution.

(1) Travail présenté au Premier Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, tenu à Québec.

Rien d'ailleurs à noter chez le sujet, sauf que c'est un artério-scléreux et qu'il fait de la myocardite.

Le diagnostic est posé par Sir Wil. Hingston de sarcome et l'excision généreuse en est faite. Une large et longue ellipse cutanée est enlevée et avec elle la tumeur qui intéresse le vaste interne. Celui-ci est sacrifié et le long et moyen adducteurs sont partiellement réséqués. Le femur ne paraissant pas intéressé, le périoste n'est touché. La plaie pansée à plat guérit bien et vite.

Mais vers la fin du second mois il est évident que l'élément néoplasique gagne du terrain. Une deuxième fois au thermocautère, une troisième à l'écraseur de Chassagnac. Les noyaux de granulation sont excisés.

Peu à peu le malade devient oppressé surtout par crise—et voilà qu'un jour il se plaint d'une douleur très vive au côté droit, en même temps que son oppression augmente. Pouls intermittent et fort,—difficulté respiratoire,—apyrexie.

Un examen attentif nous fait découvrir un épanchement pleural à droite.

Nous concluons à pleurésie, probablement d'origine néoplasique ; la ponction nous donne raison et nous évacuons une première fois 1500 grammes d'un liquide séreux franchement hémorrhagique. Soulagé pour quelques jours, le malade reprend bientôt ses crises dyspnéiques. Une seconde ponction évacue 1000 grammes. Mais le malade affaiblit graduellement, sans appétit qu'il est, et avec tant de difficultés respiratoire, et finalement meurt d'asthénie.

A L'AUTOPSIE, nous trouvons des bourgeons néoplasiques à la plaie fémorale. L'artère fémorale est quasi complètement solidifiée, par une masse charnue néoplasique, qui se continue dans l'iliaque. A l'iliaque primitive nous suivons ce noyau endartérien qui a fait bourgeon dans l'iliaque du côté opposé,

tandis qu'il se continue en haut dans l'artère abdominale, sans évidemment obstruer complètement la lumière du vaisseau.

Dans la cavité thoracique, bien des choses intéressantes. Le poumon droit, côté de la pleurésie hémorrhagique, n'est plus qu'une "masse tout-à-fait solide," d'un tissu lardacé. Les adhérences pleurales sont marquées surtout en avant, mais ne sont difficiles à dissocier qu'au lobe inférieur.

Quant au poumon gauche, il est encore à peu près dans sa totalité perméable à l'air et l'on n'y trouve que des noyaux épars. En un endroit les adhérences pleurales sont si fortes que pour enlever le poumon je dois faire la résection de deux côtes afin de ne pas déchirer la masse. En un autre point de ce même poumon nous trouvons un noyau sous pleural extériorisé comme

- une cerise.

Le cœur est hypertrophié, tant le droit que le gauche. Signes de dégénérescence scléreuse de l'aorte et des coronaires.

Particularité intéressante,—nous trouvons une péricardite "sèche" marquée. Le péricarde fort épaissi est à sa face interne granuleux, granulations que nous sentons sous le doigt et voyons nettement.

Examen microscopique : Sarcome à petites cellules rondes.

Quant au second cas, voici :

En octobre 1901, le nommé Alf. D., 25 ans, peintre, nous arrive envoyé par un confrère réclamant intervention pour un épanchement pleurétique : matité de tout le poumon gauche jusqu'à la clavicule ;—à droite, exagération d'intensité respiratoire. Poids 90. Temp. 100°.

Une ponction exploratrice pour nous assurer de la nature du liquide nous donne à notre grand étonnement un liquide franchement hémorrhagique. La thoracenthèse avec le Potain ne nous permet de recueillir qu'environ 500 grammes de liquide hémorrhagique, si riche en fibrine qu'il se coagule "*immédia-*

tement" dans la bouteille et si bien qu'il obstrue le tube de l'appareil.

Reprenant les antécédents du cas dans tous ses détails en autant que le patient les peut préciser, nous arrivons au diagnostic de sarcôme secondaire du poumon, probable. En effet nous apprimes plus tard du Dr Ahern, de Québec, qu'il avait fait à ce jeune homme, 18 mois auparavant, une désarticulation à la hanche gauche, pour sarcôme du genou.

Une seconde ponction aspiratrice, faite 5 jours plus tard nous donne un liquide hémorrhagique "très fluide cette fois." La matité n'étant aucunement diminuée après évacuation de 1500 grammes de liquide, nous ne continuons pas.

Le malade maigrit peu à peu, devient très pâle, et mourut d'asthénie, 7 semaines après la dernière ponction.

**AUTOPSIE.**—Corps décharné, dépourvu de tout tissu adipeux. Téguments d'une pâleur d'anémie avancée. Thorax gauche voussé en masse,—matité absolue qui avait d'ailleurs toujours persisté ;—à droite résonnance normale, sauf à la base postérieure où une légère sous-matité.

Au soulèvement du plastron musculo-costal nous tombons sur une cavité pleurale droite normale,—tandis que la gauche est remplie d'une "bouillie grumelleuse rouge foncé." Le péricarde et son contenu sont repoussés vers la droite.

Nous cherchons à enlever cette bouillie, et à notre étonnement la main enfonce dans cette masse sans résistance aucune et se promène en toutes directions dans cette section gauche du thorax. A peine quelques légères fibres çà et là offrent une certaine résistance. Cette gelée fibrineuse hématique—véritable pulpe splénique ramollie—est "tout ce qui reste du poumon gauche" : Je ne trouve qu'un tronçon court de cinq centimètres environ, mignon pulmonaire si je puis ainsi parler, composé

du commencement de la bronche et des vaisseaux. Ceux-ci sont fermés, obstrués, les parois étant simplement accolées.

Chose étrange, à aucun temps le malade n'a eu d'hémorragie, ni même de crachottements sanguinolents.

En deux endroits cette pulpe a contracté adhérences avec la plèvre costale : aux 2 endroits de ponction, et même à l'un d'eux la côte est évidemment hypertrophié et en commencement de processus sarcomateux.

Poumon droit : légère congestion hypostatique. Le coeur droit est dilaté; son oreillette et son ventricule sont remplis par un caillot d'organisation toute récente qui se poursuit jusque dans le cul de sac artériel pulmonaire. Caillot récent dans ventricule gauche.

Foie pâle, participant à l'anémie générale. Le tablier épiploïque est réduit à un minimum de tissu gras. Rien de particulier à la rate, ni aux reins.

Dans le premier cas, une solidification dense du poumon par le processus pathologique ; chez ce dernier malade, une disparition du tissu pulmonaire, qui est remplacé par une pulpe sanguinolente, où il est impossible de trouver un centimètre cube de tissu solide pour examen microscopique.

Dans les deux cas,—originant de la cuisse gauche et chez les deux la métastase au poumon gauche.



## MEDECINE

---

### DEUX SŒURS ATTEINTES DE PÉRITONITE A GONOCOQUE CONSÉCUTIVE A UNE VULVITE.

---

Conférence de M. le docteur G. VARIOT, recueillie par M. SEBILLÉAU,  
interne des hôpitaux.

---

Messieurs,

Je vous présente aujourd'hui deux fillettes, deux soeurs qui ont été atteintes l'une après l'autre d'une affection que nous avons rarement l'occasion d'observer dans nos salles, de péritonite à gonocoque au cours de vulvite.

Née par Ril'iet et Barthez, cette variété similiaire de péritonite a été parfaitement établie, aussi bien au point de vue clinique qu'anatomique ; par les auteurs les plus compétents et les plus autorisés. En Allemagne Epstein, Baginsky, Fremberg, Sauger ; Huber, Curriet en Amérique ; en France, MM. Martin, Mary, Marfan, Comby, Chatard, etc., ont publié des observations et des travaux qui nous fixent assez bien sur les divers caractères de cette maladie de l'enfance.

Tout récemment, dans la revue américaine *Pediatrics*, M. Northrup a relaté deux faits semblables à ceux qui se sont déroulés sous nos yeux, puisqu'ils concernent aussi deux soeurs.

Je revierdrai plus loin sur le travail de M. Northrup.

Mais voyons d'abord que nos deux observations cliniques personnelles qui peuvent être considérées comme très typiques, si on les rapproche des descriptions antérieurement faites.

Les deux fillettes Louise et Blanche H. . . . ., âgées respectivement de 12 ans et de dix ans et demi, entrent ensemble le 16 janvier à l'hôpital des Enfants-Malades. Les parents sont très misérables, la mère alcoolique est remariée depuis cinq ans. Sur douze enfants six sont morts ; des six survivants, ces deux enfants seules habitent avec leurs parents dans une chambre garnie d'hôtel meublé. Elles partagent le même lit et toutes deux sont atteintes de vulvite avec écoulement purulent assez abondant. Il semble que l'aînée des deux sœurs ait été prise la première et qu'elle aurait contaminé l'autre. Quant à l'origine de la vulvite initiale nous resterons dans le doute ; l'enfant prétend bien que son beau-père se livrait sur elle à des attouchements, mais on sait combien les témoignages à cet âge sont sujets à caution.

C'est à la fin de décembre 1903 que la vulvite aurait commencé, jusque-là l'enfant avait en une très bonne santé ; elle était incommodée sérieusement par l'écoulement purulent qui souillait sa chemise. Le 13 janvier, étant en promenade, elle aurait été prise de douleurs brusques et violentes dans tout le ventre, mais elle n'eut pas de vomissements ; ces douleurs auraient duré deux jours. Après cette première crise elle entre à l'hôpital le 16 janvier ; dès le lendemain 17 le diagnostic de vulvite fut posé. Non seulement il y avait un écoulement visqueux et purulent, mais la peau de la face interne des cuisses était rongie par le frottement ; les grandes et surtout les petites lèvres étaient tuméfiées et rouges ; on ne faisait pas sourdre de pus à la pression du méat urinaire, l'émission des urines n'était pas douloureuse.

La palpation de l'abdomen fit constater qu'il était souple et indolore ; il ne restait pas de vestiges des douleurs des jours précédents.

Sous l'influence des lavages et des applications de solution



de permanganate de potasse à 2/1000, l'écoulement devint moins abondant les jours suivants ; l'état général était bon et l'enfant s'alimentait normalement, quand dans la nuit du 25 au 26 janvier, elle fut prise subitement de douleurs très violentes dans tout l'abdomen. A la visite du matin, on trouva le facies de la malade absolument changé. Les yeux étaient enfoncés dans les orbités ; les traits étaient effilés et angoissants ; elle était couchée sur le dos, immobile, appréhendant les moindres explorations et se plaignant du ventre. A l'inspection, l'abdomen paraissait légèrement ballonné et à la palpation il y avait une tension marquée.

La pression limitée sur les diverses parties de l'abdomen exaspérait beaucoup les douleurs surtout dans la fosse iliaque gauche. La fosse iliaque droite et la région de Mac Burney étaient bien moins sensibles.

Le traitement consiste dans une large ampoule de glace appliquée sur le ventre. On prescrit la diète (une cuillerée de vin de Champagne de temps à autre comme unique boisson).

Température  $39^{\circ}2$ . Pouls petit, serré à 120.

Le soir, la température était de  $38^{\circ}2$ , le pouls était à 108. Douleurs toujours vives, dans l'après-midi un vomissement jaunâtre, d'apparence bilieuse. Le toucher rectal pratiqué montra que le cul-de-sac de Douglas était souple. Dans le rectum il y avait une assez grande quantité de matières accumulées. La malade n'était pas allée à la selle depuis deux jours. On prescrit un lavement émollient.

27 janvier : T.,  $36^{\circ}4$  ; pouls, 103.

L'enfant souffre moins. L'abdomen est moins tendu, moins sensible à la pression. Le facies est beaucoup meilleur ; même traitement.

28 janvier : T.  $37^{\circ}2$  le matin,  $37^{\circ}2$  le soir.

Il reste une douleur légère à la pression dans la fosse iliaque gauche. L'écoulement vulvaire qui avait diminué pendant la crise douloureuse reparait notablement.

29 janvier : Température et pouls normaux.

Le ventre est redevenu souple, non douloureux. La malade demande à manger. On donne un peu de lait.

30 janvier : L'état est redevenu absolument normal.

31 janvier : On permet à la malade de s'alimenter légèrement et quelques jours après elle se lève et est entièrement guérie. L'examen du pus vulvaire sur lamelle colorée au bleu de Kuhne nous a montré des diplocoques intra et extra-cellulaires qui disparaissent par le Gram. Il s'agit donc bien d'une vulvite à gonocoque.

L'observation clinique de la seconde fillette est calquée presque exactement sur la précédente : elle fut prise dès le 20 janvier, c'est-à-dire deux jours seulement après son entrée à l'hôpital, de douleurs extrêmement violentes dans tout l'abdomen. Le diagnostic de vulvite était bien évident à l'entrée. L'écoulement purulent n'avait commencé pour elle que huit jours environ après celui de sa sœur aînée.

Le traitement au permanganate de potasse à 1/2000 fut institué ; la suppuration diminuait déjà quand, le 20 janvier, la température s'éleva à 38 degrés. Dans la nuit les douleurs abdominales avaient été très violentes et avaient débuté subitement. Ces douleurs spontanées, continues, occupent tout l'abdomen. Une pression légère de la paroi abdominale provoque des douleurs très aiguës au niveau de la fosse iliaque gauche. La pression au niveau de la fosse iliaque droite et de la région appendiculaire n'est pas très douloureuse.

Le facies est très altéré, péritonique. Le pouls bat 112 petit et rapide. Il y a de la constipation depuis deux jours.

Le soir, la température 39 degrés ; le pouls 116.

Les douleurs restent très vives dans le ventre. Dans la nuit du 20 au 21, un vomissement verdâtre, porracé, peu abondant. L'interne de garde fut appelé mais ne jugea pas l'opération urgente et fit continuer le traitement commencé depuis le matin, c'est-à-dire la glace sur le ventre; une cuillerée de champagne de temps à autre.

21 janvier : T. m. 38 degrés; s. 37°4; pouls, 105.

Abdomen légèrement ballonné. Météorisme à la percussion. Facies altéré. Douleurs spontanées et provoquées toujours très aiguës. Le toucher rectal permet de reconnaître un très léger empâtement dans la partie gauche du cul-de-sac de Douglas. Constipation opiniâtre.

22 janvier : T. m. 36°3; s. 37 degrés; pouls 108.

L'état est bien moins inquiétant. L'idée de la laparotomie écartée définitivement.

23 janvier : T. m. 36°8; s. 37 degrés; pouls, 90.

La malade, après une nuit tranquille, est mieux. Le facies reprend son aspect normal; la sensibilité de l'abdomen est apaisée. On donne du lait à l'enfant.

Les jours suivants, le ventre reprend sa souplesse normale et les douleurs ont entièrement cessé.

On a constaté dans le pus vulvaire des diplocoques intra et extra-cellulaires comme chez la sœur aînée.

Nous devons avouer que pour cette première fillette le diagnostic resta en suspens; malgré la diffusion des douleurs abdominales, nous pensâmes tout d'abord à une poussée péritonéale d'origine appendiculaire; mais l'apparition d'accidents identiques chez la sœur aînée, l'évolution également rapide de ces troubles péritonitiques effrayants, au premier abord, nous firent rejeter le diagnostic d'appendicite. Ces deux enfants nous ont offert le tableau complet et répété, à quelques jours d'intervalle, de la péritonite à gonocoque d'origine vulvaire. Même début

formidable des accidents. Douleurs extrêmement vives dans tout l'abdomen ; le facies immédiatement altéré, celui du *shock* péritonéal. La température monte à plus de 39 degrés ; le pouls devient petit, serré, rapide. Chez les deux un vomissement bilieux. Même météorisme abdominal douloureux. Même douleur très aiguë, surtout dans la fosse iliaque gauche et exaspérée par la pression légère. Pas de point spécialement douloureux dans la fosse iliaque droite. Tous ces accidents si graves en apparence se terminent en trois ou quatre jours.

Ce sont bien là les caractères cliniques et l'évolution de la péritonite à gonocoque, telle qu'elle a été décrite par les auteurs que je citais en commençant.

Les accidents sont tellement alarmants qu'on pense à une intervention chirurgicale, mais il faut patienter car les accidents se dissipent très vite. Si l'on ne patiente pas on risque d'ouvrir inutilement l'abdomen comme cela est arrivé dans l'un des cas publiés en décembre 1903 par M. Northrup dans *Pediatrics*. Il s'agissait aussi de deux sœurs dont l'une présenta des symptômes tels qu'un chirurgien, le docteur Woolsey, appelé en consultation, diagnostiqua une appendicite avec péritonite généralisée et fit la laparotomie immédiatement. On put étudier *in vivo* les lésions du péritoine. On trouva quelques grammes d'un liquide clair, de couleur jaune paille au fond du cul-de-sac pélvien ; un péritoine rouge, aux vaisseaux très distendus et très injectés. On nota que le péritoine était moins glissant que d'ordinaire, plus terne. Mais l'appendice était sain. Malheureusement Woolsey ne nous donne aucun renseignement sur l'état des trompes et des ovaires. Il se contente simplement de dire que ces organes n'étaient pas déplacés.

La péritonite à gonocoques venant compliquer la vulvite est en général *pénigne* et son évolution est très rapide ; cependant Huber, Baginsky, etc., ont observé quelques cas mortels.

Comment ces péritonites à gonocoques se produisent-elles et quel est leur mécanisme physiologique ? Les gonocoques se propageant par les voies génitales, par l'utérus, puis par les trompes ne peuvent-ils pas aller infecter directement le péritoine ? Cette théorie de la contamination directe est difficile à contrôler ; il faudrait pour cela constater l'état de l'utérus et cet examen est impossible chez la fillette. Cependant Eyrard et Ropnick ont vu une fois un col rouge, présentant une calotte de pus à son orifice.

Ne pourrait-on pas invoquer aussi la propagation indirecte au péritoine par les voies lymphatiques, si riches, si développées des organes génitaux ? Cette hypothèse devient très plausible si l'on songe que le gonocoque pénètre dans le globule blanc, que c'est à l'intérieur des cellules lymphatiques qu'on le rencontre surtout. Ces cellules sont probablement les éléments vecteurs des germes infectieux jusqu'à la séreuse péritonéale.

La cause de la bénignité habituelle de ces péritonites à gonocoques est assez difficile à préciser.

Peut-être la trouvera-t-on dans les conditions biologiques spéciales du gonocoque qui s'accommoderait mal du péritoine comme milieu de culture. Mon collègue et ami M. Villemin nous dit que, d'après Jacobi et Goldmann, même dans les séreuses, le gonocoque peut se montrer franchement pyogène, mais que la suppuration qu'il provoque n'affecte pas le caractère destructif commun aux pyogènes ordinaires. De plus, il est à remarquer que dans les organes internes, des séreuses en particulier, le gonocoque disparaît rapidement. Il supporterait mal, dit Finger, l'élévation de température que sa présence détermine.

*Gazette des Hôpitaux, Paris, 8 mars, 1904*

## L'APPENDICALGIE

A la Société de chirurgie de Paris (séances du 17 et du 24 février), on est revenu sur la question de l'appendicalgie, dont nous avons déjà parlé dans notre revue précédente. C'est encore là un sujet qui intéresse autant la médecine que la chirurgie.

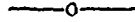
Potherat pense que, sous le nom d'appendicalgie, Guinard a voulu parler surtout d'appendicites réelles, c'est-à-dire avec lésions certaines, et qui, cependant, ne se traduisent par aucun symptôme, si ce n'est une douleur plus ou moins localisée et nette au niveau de la fosse iliaque droite. L'auteur en cite deux cas personnels, dont le premier a trait à un homme d'un certain âge qui présentait des troubles digestifs tels qu'on diagnostiqua un cancer du tube digestif. La palpation de l'abdomen ne fit découvrir qu'un point douloureux au niveau du cœcum. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une appendicite chronique. L'appendice fut extirpé et la guérison fut rapide.

La deuxième observation a trait à une jeune femme de 28 ans, en état de dénutrition accentuée, et qui présentait de vagues douleurs dans le bas ventre. On pensa à des lésions ovariennes, bien que le toucher vaginal ne révélât aucune lésion annexielle. La laparotomie démontra une appendicite chronique. L'appendice enlevé, la malade guérit en quelques jours.

D'après Picqué, il existe incontestablement des appendicites latentes qui ne donnent lieu à aucun symptôme, ou qui ne se trahissent que par une douleur plus ou moins localisée au niveau de l'appendice. Il rappelle que certaines femmes obsédées, hypochondriaques, hystériques, souffrent continuellement du ventre, mais ce n'est pas toujours là une preuve d'appendicite. En somme, l'appendicite latente est très rare, et vouloir enlever l'appendice toutes les fois qu'un malade accuse une douleur plus

ou moins vague dans la fosse iliaque droite, c'est exposer à renouveler les exagérations opératoires reprochées autrefois aux ovariectomistes.

*Journal de Méd. Interne, Paris, 15 Mars 1904.*



### TROUBLES URINAIRES CHEZ LES ATAXIQUES.

Desnos a attiré l'attention, à la Société de Thérapeutique, sur ces troubles qui évoluent sourdement et qu'il faut savoir diagnostiquer au début, car l'avenir des malades qui en sont atteints peut dépendre d'un diagnostic précoce.

En général, le premier symptôme consiste en une hésitation particulière du départ du jet.

Cette sorte de timidité de la vessie, ce "bégaiement urinaire," est ordinairement peu marqué et ne retient pas l'attention des malades qui, se bornent à dire que leur vessie est paresseuse.

Cependant, le jet peut rester puissant pendant longtemps, mais, après un temps qui échappe à toute détermination, il commence à faiblir, il est projeté moins loin ; l'urine tombe verticalement, parfois goutte à goutte, à sa sortie du méat, les malades "urinent sur leurs chaussures". Apparaît alors un nouveau symptôme : l'effort pour uriner, conscient ou non.

A ces symptômes, d'ordre banal dans la pathologie urinaire, s'en joignent deux autres qui, bien étudiés, sont plus caractéristiques : d'abord, l'arrêt brusque du jet, perçu ou non par le

malade. Sans doute, ce phénomène s'observe ailleurs, il est parfois produit par l'application d'un calcul sur le col vésical, mais là, l'obstruction s'accompagne d'une sensation douloureuse et pénible, ou tout au moins d'une sensation de contact, tandis que l'ataxique ne remarque ordinairement l'arrêt du jet qu'en voyant que son urine ne s'écoule plus.

Un autre phénomène, plus rare, mais presque pathognomonique de l'ataxie, consiste dans l'impossibilité de provoquer le départ de l'urine, suivi d'une évacuation involontaire. Ce fait s'observe dès le début ; il est plus rarement une conséquence de la rétention.

Dans l'ordre sensitif, les phénomènes du début ne présentent pas moins de variété ; très exceptionnellement, la maladie débute par des douleurs violentes, vraiment fulgurantes, qui occupent la région vésicale en s'irradiant dans le pénis ou l'urèthre. Un peu plus souvent, des crises de cystalgie, parfois atroces, exaspérées par la miction qu'elles rendent fréquente, ouvrent la scène. Presque toujours, les troubles sensitifs du début sont vagues, consistent en sensations mal limitées, qui deviennent pénibles, difficiles, puis vraiment douloureuses. C'est à cet état imprécis qu'on a donné le nom de "vessie irritable." Toutes réserves faites pour les exceptions, on doit le considérer comme un prodrome soit de l'ataxie, soit de la tuberculose, suivant l'âge du malade et les circonstances concomitantes.

D'une manière générale, ces symptômes des zones sensitive et matrice sont peu marqués au début. Il n'en est pas de même d'un phénomène qui attire l'attention ; c'est l'incontinence. Celle-ci semble quelquefois presque prémonitoire ou, tout au moins, précoce ; ce n'est là qu'une apparence, car toute une période, parfois très longue et d'une durée de plusieurs mois et d'années, a pu s'écouler sans éveiller l'attention. L'auteur insiste donc sur la modalité des pertes de l'urine chez les tabétiques.



Chez eux, ce qu'on voit désigné sous le nom d'incontinence comprend des faits de plusieurs ordres : tantôt on est en présence d'une fausse incontinence au cours d'une cystalgie ou irritabilité vésicale ; le malade est pris de besoins fréquents et tellement impérieux qu'il est obligé d'accomplir la miction instantanément, mais il y a acte mictionnel avec sensation perçue et parfois douloureuse, l'urine ne s'écoule pas involontairement ; ce n'est pas là de l'incontinence. Ailleurs, il s'agit d'un relâchement du sphincter vésical, d'une paralysie plus ou moins complète des muscles de la région sphinctérienne, et l'urine s'échappe sans que le malade en ait conscience, d'autant plus qu'elle est parfois projetée par des contractions irrégulières et spasmodiques du corps de la vessie. Cette forme, la plus rare, est celle du début, l'incontinence post-mictionnelle. Mais dans la majorité des cas, l'incontinence des tabétiques est due à la rétention et à la distension de la vessie, une véritable incontinence par regorgement, comparable dans ses formes et ses indications thérapeutiques à celle des prostatiques.

Si l'examen du malade a permis de constater des signes manifestes du tabès, la nature des troubles urinaires est, de suite, élucidée, mais s'il n'y a, nulle part, de symptômes pathognomoniques, c'est par la recherche des signes physiques que se fera le diagnostic différentiel d'avec les affections dont la symptomatologie est similaire à celle des troubles urinaires des ataxiques, telles que le rétrécissement de l'urèthre, l'hypertrophie de la prostate, les cystites et les infections vésicales.

Appliquée en temps utile, la thérapeutique a une grande efficacité contre les accidents des tabétiques dont beaucoup n'arrivent pas à la dernière période, à la période dangereuse, c'est-à-dire à la rétention. Presque toute la thérapeutique est là : à la première période, empêcher la rétention de se produire ; plus

tard, l'empêcher de déterminer les lésions ascendantes qui menacent l'économie.

En somme l'incontinence des tabétiques est bien moins souvent produite par une paralysie primitive de la vessie que par un regorgement et par la distension vésicale. Celle-ci à bien des égards semblable à celle des prostatiques, présente des dangers d'infection encore plus grands, et est justifiable d'une thérapeutique analogue.

*Jour. de Méd. Int., Paris, 25 mars 1902.*



#### LE SANMETTO DANS L'IRRITABILITÉ ET L'INFLAMMATION DE LA VESSIE, DES VOIES URINAIRES ET DANS LES TROUBLES PROSTATIQUES.

Quand mon attention fut attirée pour la première fois sur le SANMETTO j'en ai eu une bonne idée parce que les principes qui le composent le recommandent pour le traitement de l'irritabilité et de l'inflammation de la vessie, des voies urinaires, des troubles prostatiques et d'autres affections semblables. Le SANMETTO se présente dans un véhicule agréable et sous une façon élégante, uniforme et sure. Les expériences cliniques ont données raisons à ma première idée et justifiées les applications répétées que j'en ai faites.

St. Louis, Mo.

DR. I. N. LOVE,

Diplomé en 1872, etc.

## PEDIATRIE

---

### ALBUMINURIE AU COURS DE LA VARICELLE

---

M. Arnozan appelle l'attention de la Société (1) sur l'albuminurie constatée au cours de la varicelle. Il eut l'occasion de soigner, cinq à six ans auparavant, sept enfants atteints de varicelle, dont six guérirent sans incidents ; la septième, une fillette de quatorze ans, présenta des troubles congestifs du côté des reins avec un dépôt assez abondant d'albumine dans ses urines, soit environ 2 à 3 grammes. Elle eut, en même temps que cette néphrite subaiguë, de la tuméfaction du foie. Sous l'influence du régime lacté, l'albuminurie rétrocéda très lentement ; elle s'est manifestée pendant très longtemps sous une forme particulière : dès que la malade était couchée, il n'y avait pas trace d'albumine, et dès qu'elle était debout, l'albumine reparaisait, malgré le régime le plus sévère ; l'albuminurie était orthostatique. Deux ans plus tard, ayant à soigner une épidémie de varicelle dans un pensionnat où il constata six ou sept cas, et mis en éveil par l'exemple de la jeune fille, il examina méthodiquement l'urine de ces enfants, dont cinq avaient de l'albuminurie qui, cette fois, fut passagère et ne dura que quinze à vingt jours. Tout récemment encore il a vu une jeune fille de seize ans qui a présenté au moment de sa varicelle une poussée d'albumine disparue rapidement.

M. Arnozan désirerait savoir si ses collègues ont observé des faits identiques ?

M. Rivière a vu, il y a quelques mois, un cas analogue chez un enfant de sept à huit ans atteint de varicelle légère ; ayant eu l'idée de faire l'examen de l'urine, il trouva une dose très notable d'albumine qui disparut au bout de quelques jours. Cet enfant ne présentait aucun symptôme permettant de faire supposer l'existence de l'albumine.

M. Arnozan confirme, en effet, qu'aucun signe extérieur ne permet de révéler l'albuminurie ; il n'y a ni œdème, ni troubles de la vue, c'est par hasard qu'on la découvre ; il pense qu'il y a tout lieu d'être prudent sur le régime des malades atteints de varicelle, auxquels on devrait donner un régime très peu azoté.

M. Davezac estime qu'on devrait faire plus fréquemment l'examen de l'urine, où on a souvent la surprise de constater la présence de l'albumine, plus particulièrement chez les femmes. Récemment il avait dans son service un homme de 35 ans qui avait plutôt le visage d'un bacillaire ; or, à l'examen de son urine, on trouva plusieurs grammes d'albumine.

(1). *Société de Méd. et Chirurgie de Bordeaux, Séance du 19 fév. 1904.*

— 000 —

## LE SANMETTO DANS L'IRRITABILITÉ VÉSICALE, LA CYSTITES ET L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

Il y a déjà plusieurs années que j'ordonne le SANMETTO, à côté des médicaments usuels, aux malades atteints d'irritabilité vésicale, de cystite et d'hypertrophie prostatique. L'emploi du SANMETTO était suivi de meilleurs résultats que n'importe quelle autre médecine. Il va sans dire que l'usage du SANMETTO ne m'a pas empêché de faire de lavages de la vessie dans des cas spéciaux, mais je le répète, le SANMETTO, dans ces maladies, est supérieur à tous les autres médicaments.

Evansville, Ind.

Dr B. J. WEEVER.

## THERAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

---

### GUÉRISON DES TEIGNES CRYPTOGAMIQUES PAR LES RAYONS "X"

---

Le traitement de la teigne peut être présenté, d'après Sabouraud, de la façon suivante : Tous les antiseptiques détruisent les parasites des teignes *in vitro*, mais aucun antiseptique ne pénètre dans les follicules pileux à plus de 1 millimètre de profondeur : or le parasite de la teigne descend à près de quatre millimètres ; donc l'antiseptique ne peut pas l'atteindre et le traitement de la teigne par les *antiseptiques est impossible*.

Comme l'antiseptique ne peut aller jusqu'au parasite, on s'est efforcé d'enlever le parasite en enlevant le cheveu ; d'où le procédé de l'épilation. Ce procédé réussit dans le *favus* où le cheveu est solide et s'extrait sans se briser. Mais dans la teigne ordinaire (tondante) le cheveu est cassant : on ne l'extrait pas entier et on laisse du parasite. L'épilation dans la teigne ordinaire ne donne donc pour cette raison que de piètres résultats.

S'ensuit-il que scientifiquement la teigne en soit réduite à guérir par les uniques ressources de la nature médicatrice ?

La notion aujourd'hui bien établie que certains rayons lumineux (rayons X en particulier) ont la puissance de *pénétrer* à des épaisseurs de tissus considérables, avait donné à divers expérimentateurs l'idée d'attaquer *in situ* le parasite de la teigne au moyen de rayons dont on peut régler aujourd'hui à l'avance et l'intensité et la pénétration comme on règle depuis longtemps en balistique la distance d'écartement d'un projectile. La plupart des tentatives de ce genre furent faites malheureusement *sans mesures* et c'est ainsi que l'on doit expliquer ce mélange

surprenant de succès, d'insuccès et d'accidents, le découragement de certains auteurs et l'engouement de quelques autres.

M. Srbouraud dans un remarquable mémoire des *Annales de l'Institut Pasteur* (25 janvier 1904) vient de mettre finalement la question au point :

“*Pour guérir* une plaque de teigne il faut l'exposer à une distance de 15 centimètres du centre de l'ampoule de Villars, l'ampoule ayant une résistance constante correspondant à la quatrième division du radio-chromomètre de Benoit, jusqu'à ce que la source électrique ait fourni une somme de rayons X correspondant à 4 ou 5 H de Holz knecht.”

Immédiatement on ne voit rien, le sujet ne sent rien. Vers le 7<sup>e</sup> jour apparaît un érythème léger. Au 15<sup>e</sup> jour les cheveux tombent. Bientôt la dépilation est complète. Les cheveux en tombant spontanément entraînent leurs manchons de trycophytes. Vers la 12<sup>e</sup> semaine les nouveaux cheveux commencent à réapparaître. La guérison est complète.

Sabouraud a traité ainsi, à l'école Lailier, *une centaine de cas avec succès*. Alors que le traitement moyen d'une teigne fait dans les meilleures conditions dure 18 mois, le traitement par les rayons X dure 3 mois, ou plus exactement une séance de radiothérapie de 20 minutes et trois mois de soins consécutifs.

Nous pensons que ces faits sont trop éloquents pour qu'il soit nécessaire de les commenter.

(*Journal des Praticiens*, 12 mars 1904.)

Depuis, M. Sabouraud a montré, à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie dix enfants pris au hasard parmi ceux qu'il a traités et guéris de la teigne par la radiothérapie ; le traitement consiste en une seule séance de quarante minutes ; vingt jours après les cheveux tombent tous, et, au bout de huit semaines, ils reparaissent sains ; l'épilation ayant été complète, tous les follicules sont débarrassés de leurs parasites.

(*Annales de Médecine, Paris.*)

## CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES

---

### ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

---

Professeur H. SURMONT

---

*Informations cliniques*—L'entéro-colite muco-membraneuse est un syndrome clinique constitué par une constipation tenace à l'ordinaire spasmodique, avec évacuation habituelle de scybales et de quantités abondantes de mucus. Celui-ci existe : soit à l'état de liquide plus ou moins visqueux, parfois ressemblant à de la glaire d'œuf, d'autres fois, demi-solide comme du frai de grenouilles ou de la gelée ; soit à l'état de membranes, parfois minces comme la pellicule d'un œuf, parfois épaisses comme des fausses membranes diphtériques et longues au point d'en imposer au malade pour des débris de tœnia. Les expulsions rares, douloureuses, sont la règle ; pourtant il existe une forme diarrhéique, syndrome dans lequel les matières sont, au contraire, expulsées sous forme de masses liquides au milieu desquelles nagent les scybales, les glaires et les membranes (fausse diarrhée).

L'entéro-colite muco-membraneuse a d'ordinaire sa marche interrompue par des paroxysmes douloureux, constitués par des crises d'entéralgie spasmodique ou des crises d'entéro-colite saibleuse (lithiase intestinale) paroxysmes qui peuvent rester simples et simuler une colique hépatique ou néphrétique, ou devenir fébriles et ressembler à un état typhoïde ou dysentérique, paroxysmes qui viennent compliquer une situation déjà très grave et très pénible en elle-même, tant par l'état intestinal que

par les troubles gastriques et nerveux qui la précèdent, l'accompagnent ou la suivent et par les complications variées qui peuvent survenir à tout instant.

*Indications étiologiques et pathogéniques*—Le syndrome de l'entéro-colite muco-membraneuse est quelquefois primitif d'apparence, mais le plus souvent il est secondaire, *a)* soit à des troubles gastriques, en particulier à l'hyperpepsie, *b)* soit à des troubles hépatiques, en particulier aux infections biliaires, même très légères, *c)* soit à des troubles nerveux, en particulier à la neurasthénie, *d)* soit à des troubles génitaux, en particulier aux affections utérines, *e)* soit à des troubles statiques, en particulier à l'enteroptose. Le premier soin du médecin doit donc être de chercher la cause de l'entéro-colite et de remplir les indications thérapeutiques qui découlent de sa découverte. Cela fait, il faut se rappeler qu'au point de vue pathogénique, la caractéristique de l'état intestinal est l'hyperexcitabilité qui se traduit par l'extrême sensibilité de l'intestin à tous les agents irritants : aliments, médicaments, agents physiques et qui a pour résultats réactionnels, d'amener l'hypersecretion muqueuse et le spasme musculaire, qui sont le fonds de la maladie.

L'indication pathogénique capitale est donc d'éviter, dans l'alimentation, l'hygiène générale et la thérapeutique, tous les excitants, pour ne recourir qu'aux agents susceptibles de calmer l'hyperexcitabilité neuro-musculaire et sécrétoire qui sont les grands facteurs du mal.

*Traitement*—S'il est bien entendu que les indications étiologiques ont été les premières suivies, que l'état utérin, gastrique, hépatique ou nerveux antécédentiel a été soigné, il ne reste à remplir que les indications tirées du syndrome entérocolitique lui-même. Ces indications sont remplies de façon un peu différente suivant que l'on est en présence d'un paroxysme en activité ou que le paroxysme a cessé.



*Traitement interparoxystique*.—La diététique, l'hygiène générale constituent ce traitement interparoxystique, autant et plus que les moyens médicamenteux ou les agents physiques.

(A) *Diététique*.—Ce qu'il faut interdire, ce qu'il faut permettre, voilà le secret de la diététique spéciale de l'entéro-colite muco-membraneuse.

*Ce qu'il faut interdire.* Ce qui est interdit, ce sont tous les excitants : épices stimulants dont sont si friands les dyspeptiques : poivre, moutarde, cornichons, pickles, etc. . . ; les hors-d'œuvre : tomates, concombres, radis, celeri, betterave ; les sauces grasses au beurre fondu, au beurre noir, les mayonnaises, les béarnaises, les sauces au vin, au vinaigre ; les ragôts, les viandes grasses, les poissons gras : maquereau, saumon, anguille, les poissons conservés à l'huile ; les aliments fermentescibles tels que le gibier, particulièrement le faisandé ; les fromages, les légumes acides : oseille, épinards, ou trop indigestes : chou, chou-fleur, chou de Bruxelles, chou-rouge, les crudités : salades variées ; les fruits acides ; groseilles, cerises aigres ; les fruits insuffisamment mûrs.

Parmi les boissons, ce qui est interdit c'est : le vin pur, particulièrement les vins de Bourgogne, de Moselle et du Rhin ; la bière : surtout les bières acides ; le cidre ; le thé ; le café ; la camomille ; la menthe.

*Ce qu'il faut permettre.*—Ce qu'il faut permettre est variable suivant le degré d'intensité du mal.

*Après un paroxysme.*—Au début du traitement, ou immédiatement après un paroxysme, on aura recours, de préférence, au lait ou au képhir, en se basant sur l'état de l'estomac ou du foie pour la façon dont on réglera l'alimentation lactée. On se rappellera que, laissant à l'ordinaire peu de résidus dans l'intestin, le lait ne doit pas être administré d'une façon prolongée et qu'il est bon d'y ajouter rapidement d'autres aliments.

Si le lait est mal supporté, on commencera l'alimentation par des potages que l'on préparera à l'eau pure, au lait coupé, ou au bouillon de poulet, puis de bœuf, soigneusement dégraissés ; ces potages seront faits avec les diverses farines alimentaires : crème de riz, crème d'orge, crème d'avoine, tapioca, avec les pâtes telles que le vermicelle, les pâtes dites d'Italie, etc., ou avec les farines composées telles que : farine lactée, cacahout, phosphatine, céréalose, etc. . . Ces potages seront donnés à intervalles variables, suivant les cas ; par exemple : toutes les quatre heures, huit heures matin midi, quatre heures et huit heures du soir ; ou toutes les trois heures, de façon à arriver le plus rapidement possible à donner au malade une ration qui ne soit pas trop insuffisante.

*Quelques jours après le paroxysme.*—Dès que l'on se sera assuré que les potages précédents sont tolérés, on les rendra plus nourrissants en ajoutant : d'abord, un jaune d'œuf, puis, un œuf entier. Les crèmes cuites, les flans sont également parmi les aliments les mieux supportés. À ce moment, on peut remplacer, dans les potages, les farines tamisées, utilisées jusque là, par des gruaux d'avoine ou d'orge, ou même par des grains complets. C'est également le moment des panades au pain ordinaire ou à la biscotte de pain complet, des œufs crus, tiédés ou brouillés.

*Le paroxysme est éloigné.*—Petit à petit viendront se joindre au régime précédent des aliments plus substantiels : parmi les viandes, la pulpe de viande crue préparée avec de la chair de bœuf, de mouton ou de cheval, rapée, pilée et passée ; puis le filet grillé, les cervelles, les ris de veau, le poulet et le dindonneau rôtis ou au blanc, le bœuf roti, le mouton grillé ; parmi les poissons : la sole bouillie, la barbue à la sauce blanche ; les pâtes alimentaires : macaroni, nouilles cuites à l'eau additionnées d'un peu de beurre au moment de servir ; les purées de pois, de lentilles, de chataignes, de pommes de terre, les purées de navets

au lait, les salades cuites. Contrairement à la pratique d'un grand nombre de médecins, il n'y a pas intérêt à utiliser largement les légumes herbacés cuits, qui encombrant l'intestin sans être suffisamment nutritifs ; ce n'est que lorsque le malade va mieux qu'il faut y recourir.

Parmi les fruits, on donnera d'abord le jus d'orange, les mandarines ; puis les compotes de pruneaux, de prunes, de poires, d'abricots, de pêches, préparées soit avec des fruits frais, soit avec des fruits secs, soit avec des fruits bien conservés, le raisin bien mûr. Le fromage Gervais sera seul permis pendant très longtemps. Le sucre sera absorbé avantagusement sous forme de miel ou de cassonade.

La boisson la meilleure est incontestablement l'eau pure ou les eaux très légères : telle que Evian, Vittel, Contrexéville, Martigny. Aux malades qui refusent l'eau pure, on permettra selon les cas une infusion légère et tiède de tilleul, de feuilles d'oranger, de malt ; ou bien on permettra l'addition à l'eau d'une petite quantité de bière de malt. *Avoir soin d'éviter les boissons glacées ou très chaudes.*

Au début, on interdira l'usage du pain, pour permettre seulement l'usage de quelques biscuits secs légers, d'échaudés, de biscottes, puis de pain grillé, enfin de pain ordinaire.

*L'amélioration est survenue.*—Quand le malade sera suffisamment amélioré, on pourra ajouter aux aliments précédents, parmi les viandes : le jambon maigre, la langue de bœuf fumée ; parmi les poissons : le turbot, le rouget, le cabilland ; parmi les légumes : les pommes de terre bouillies, cuites au four, le riz à l'eau, les purées de haricots, de fèves, les petits pois, les haricots verts. *La graisse devra toujours être proscrite du régime* : seul le beurre frais pourra être ajouté sur le pain ou dans l'assiette, sans être fondu ni roussi.

A ce moment, l'alimentation de l'entérocolitique sera suffi-

sante pour lui permettre de reprendre modérément ses occupations et de satisfaire aux exigences d'un travail, non exagéré cependant.

(B) *Hygiène générale.*—L'hygiène générale de l'entérocolitique doit viser à être d'abord sédative, plus tard tonique, sans arriver jamais à être excitante.

Au point de vue des séjours, on recommandera la *campagne* des *altitudes moyennes* : par exemple de 400 à 800 mètres, de préférence à la mer. En tout cas, on choisira parmi les stations marines les moins excitantes et on recommandera aux malades d'habiter à distance de la côte et de ne faire sur la plage que de courtes apparitions.

*Les exercices violents seront bannis* : tels l'équitation, l'es-crime, la gymnastique aux agrès. On recommandera de préférence : les promenades, d'abord en voiture, puis à pied : plus tard, la promenade à bicyclette, mais toujours à allure très modérée, de très courte durée et sur de bonnes routes. Les promenades seront faites de préférence à distance des repas, de façon à permettre un repos d'une heure au moins avant le repas et de deux heures au moins après lui.

Au point de vue des occupations physiques et intellectuelles, le malade devra, autant que sa situation sociale lui permettra, éviter *toutes causes de fatigues*.

Les malades seront *chaudement vêtus* leur sensibilité au froid étant souvent extrême. Cependant, on tâchera de faciliter chez eux les combustions respiratoires par une aération continue, quand la saison le permettra.

Les soins de la peau consisteront essentiellement en lotions tièdes ou frictions légèrement stimulantes ; *on évitera les lotions froides et les frictions trop violentes*, surtout au niveau du ventre.

(C) *Traitement proprement dit.*—Sous ce titre, sont groupés

les moyens d'ordre divers, agents physiques, mécaniques, médicamenteux, cures hydrominérales dont l'application est susceptible d'apporter du soulagement au malade.

a) *Agents physiques.*—Les agents physiques ne sont susceptibles d'être appliqués au traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse que sous leurs modes les plus sédatifs. *L'hydrothérapie* sera donc utilisée sous forme de bains et de douches tièdes, d'applications chaudes sur le ventre : particulièrement compresses, ouataplâmes, généralement beaucoup mieux tolérés que les cataplasmes. *L'électrothérapie* d'un maniement très délicat, sera essayé sous forme de courants continus faibles ; les autres modes d'applications seront plus spécialement réservés à certains entéro-colitiques chez lesquels l'élément névropathique est trop marqué.

Le *massage* est, si possible, d'un maniement plus délicat encore que l'électricité. Il doit, lui aussi, n'être pratiqué que dans ses modes les plus sédatifs : *vibrations*.

(b) *Agents mécaniques.*—Ici trouve naturellement sa place le lavage de l'intestin, dont on a tant abusé dans les derniers temps. Pour tirer de ce mode de traitement tous les résultats favorables qu'il peut donner, il faut se rappeler que le spasme est l'élément musculaire le plus important. Par conséquent, on évitera les irrigations ou trop chaudes ou trop froides, pour *utiliser exclusivement l'eau tiède*. On évitera les *pressions fortes ou trop brusques*, qui amèneraient une réaction trop marquée de l'intestin, pour recourir exclusivement à une introduction douce et progressive.

On évitera l'adjonction de toutes substances chimiques irritantes qui amènent une sécrétion muqueuse très intense, pour n'employer que des substances adoucissantes. On se gardera des quantités trop grandes qui amènent, quoi qu'en disent beaucoup d'auteurs, une distension marquée de l'intestin, pour se conten-

ter d'irrigations moyennes : par exemple, un litre et demi à deux litres. On rejettera les canules trop courtes qui déterminent une évacuation de l'extrémité inférieure seulement du gros intestin, et l'on recommandera les canules longues de cinquante, soixante centimètres qui, seules, permettent d'atteindre et de dépasser l'angle colique gauche.

*Technique du lavage de l'intestin.*—Pour faire une bonne côlyse, il faut que le malade soit placé dans le décubitus horizontal, avec un coussin placé sur la hanche gauche, de façon à permettre plus facilement au liquide de couler vers l'angle colique droit et de pénétrer dans le cæcum. Il est bon, à notre avis, que le malade ne résiste pas au besoin d'aller à la garde-robe quand l'envie s'en produit et ne cherche pas à s'injecter, coûte que coûte, en une seule fois, la quantité de liquide prescrite par le médecin.

Les formules qui répondent le mieux aux indications précédentes sont les suivantes : l'eau bouillie pure ou additionnée de sel de cuisine, à la dose de deux cuillerées à café par litre ; la décoction de racines de guimauve ou de graines de lin sont également à recommander ; de même l'eau bouillie additionnée d'une petite quantité de bicarbonate de soude ou de un gramme de salicylate de soude par litre, l'eau additionnée d'eau minérale sulfureuse naturelle ou artificielle : par exemple, un quart de litre d'Eau-Bonne pour un litre trois quarts d'eau bouillie. Enfin, Piethyol nous a donné fréquemment des résultats excellents.

Quand les lavages de l'intestin ne donnent pas l'effet attendu, ou quand il existe un état spasmodique marqué, on se trouvera bien d'avoir recours aux lavements d'huile : 150 grammes à 300 grammes d'huile tiédie introduits avec la sonde de Nélaton dans l'intestin, le soir au coucher et laissés en place jusqu'au lendemain matin, ont habituellement d'excellents effets.

D'une façon générale, se rappeler que *les lavages n'ont*

d'indication que lorsque la coprostase est rebelle à tous les autres moyens ou engendre, soit du côté de l'intestin lui-même, soit du côté du foie, soit du côté de l'état général, des réactions particulièrement graves (fièvre, crises de diarrhée, etc.)

c) *Agents médicamenteux.*—On aura recours aux médicaments de deux ordres : les uns ayant pour but de faciliter l'évacuation intestinale, les autres de calmer le spasme.

On évitera avec soin, d'abord, tous les purgatifs qui agissent d'une façon intense sur la fibre musculaire intestinale, pour avoir recours aux laxatifs les plus doux : magnésie calcinée, huile de ricin donnée à la dose d'une cuillerée à dessert à une cuillerée à potage ; l'huile d'olive ou d'amandes douces à la dose d'une cuillerée à potage, le soir.

Les antispasmodiques qui rendent le plus de services sont en première ligne : la *belladone* qui sera utilisée sous forme de pilules d'extrait à la dose de un centigramme : deux à quatre par vingt-quatre heures ou sous forme de suppositoires ; l'atropine qui pourra remplacer la belladone ; la *jusquiame* ou même l'hyosciamine. Ces préparations relativement actives ne doivent jamais être employés d'une façon prolongée : par exemple plus de huit à dix jours et leur administration doit être coupée par celle d'antispasmodiques plus inoffensifs, tels que la *valériane* et ses principes qui en dérivent : valérianate d'ammoniaque ou panvalérine.

d) *Cures hydro-minérales.*—Un très grand nombre de stations thermales revendiquent les entérocolitiques comme clients. Des cures thermales, les unes s'adressent à l'état général neuroarthritiques si fréquent chez les entérocolitiques ; les autres agissent sur le foie, l'estomac, l'utérus et améliorent naturellement l'entéropathie secondaire. D'autres réclament plus directement la cure de l'entérocolite comme leur spécialisation directe : les deux plus connues sont *Plombières* et *Châtel-Guyon*.

On enverra plus particulièrement à la première de ces stations les nerveux, les irritables, les affaiblis qui sont le plus grand nombre. On adressera à la seconde les malades plus vigoureux, ceux qui présentent la forme diarrhéique de la maladie ; ceux enfin chez lesquels les manifestations hépatiques primitives ou secondaires sont palpables. Il est bon de savoir, au reste, que si les malades reviennent d'ordinaire améliorés de Plombières ou de Châtel-Guyon, il est assez rare qu'une seule cure suffise à les guérir.

*Traitement des paroxysmes.*—Les crises paroxystiques de l'entéro-colite muco-membraneuse réclament, comme premier traitement, la mise au repos complet de l'intestin ; le meilleur moyen consiste à suspendre l'alimentation pendant vingt-quatre à quarante-huit heures et à la remplacer uniquement par l'ingestion d'eau pure. Après la diète hydrique, on en viendra progressivement au régime indiqué, en débutant par le lait coupé.

Pendant la durée de la crise, on maintiendra en permanence des applications chaudes sur le ventre. On aura recours à la médication antispasmodique telle qu'elle a été recommandée ; on y ajoutera les lavements d'huile.

Si les antispasmodiques indiqués plus haut ne sont pas suffisants pour calmer la crise douloureuse, on pourra être amené à avoir recours à l'injection de morphine ou d'atropo-morphine.

Contre la crise fébrile, on aura recours d'abord aux lavages de l'intestin, puis aux divers agents antipyrétiques habituels que l'on donnera de préférence en lavements. Cette médication s'applique aux paroxysmes fébriles, qu'ils soient simples ou dysentériques. Quand la fièvre se prolonge et que la maladie prend l'aspect typhoïde, la balnéation tiède peut s'ajouter utilement aux médications précédentes.

“ L'Echo Médical du Nord ” de Lille, France, 27 mars 1904.



## ELECTRO-THERAPIE

---

### TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE D'URINE CHEZ L'HOMME PAR LA PARADISATION DU SPHINCTER URÉTHRAL, A TRAVERS LES TÉGUMENTS.

---

Il s'agit de l'incontinence d'urine essentielle. Contre elle, les traitements par les toniques, le fer, l'arsenic, la belladone échoue très souvent.

Voici une analyse d'un travail de MM. GENOUVILLE ET COMPAIN (Soc. Méd. du VIIe Arr.) relative à un mode de traitement de l'incontinence par l'électricité dû à M. COURTADE et qui dérive du procédé du Pr GUYON.

M. GUYON électrise directement le sphincter à l'aide d'une olive métallique qu'il introduit dans l'urèthre et conduit jusqu'au niveau de la portion membranuse.

Chez l'homme, M. COURTADE ne pratique pas le cathétérisme ; il remplace l'olive métallique intra-uréthrale par un tampon de charbon recouvert de peau de chamois et imbibé d'eau salée qu'il applique sur la région périnéale.

C'est ce procédé qu'ont adopté MM. GENOUVILLE et COMPAIN.

Ils recommandent de prendre : 1° une bobine d'induction à gros fil ou à fil moyen, 2° " et surtout un interrupteur réglable, donnant à volonté des interruptions très lentes ou très rapides. " Ils se servent du chariot de GaiFFE muni de l'interrupteur à bascule réglable entre une interruption à la seconde et des inter-

mittences extrêmement rapides, tétanisantes.—Le fil des petites bobines dont on se sert vulgairement est trop fin et les intermittences de ces instruments trop rapides ; on veut l'exercer et le fortifier : pour cela, il faut le laisser se reposer entre chaque contraction.

L'électrode indifférente (plaque d'étain de 5 centimètres sur 10, recouverte d'une peau de chamois) est placée sur la région hypogastrique et reliée au pôle positif.—L'électrode active (tampon de charbon recouvert de peau de chamois et imbibé d'eau salée) est appliquée sur la région périnéale et reliée au pôle négatif.

Il est indifférent que la vessie soit pleine ou vide. En remplissant la vessie avec de l'eau boriquée et en faradisant le sphincter, les auteurs n'ont pas obtenu de meilleurs résultats que par la faradisation seule.

On fait passer le courant en réglant son intensité sur la sensibilité du sujet ; l'intensité est jugée suffisante quand les muscles des régions hypogastrique et périnéale se contractent nettement. Les secousses ne doivent pas être douloureuses.

On règle l'interrupteur de façon à avoir une secousse par seconde.

On applique le courant 5 minutes par séance et on donne trois séances par semaine.—On continue ainsi les séances pendant un mois encore après le dernier accident et, en outre, on termine le traitement par quelques séances de plus en plus espacées.

Quel nombre de séances faut-il prévoir jusqu'à la guérison ?

guérisons obtenues par les auteurs, 15 ont nécessité de 6 à 15 séances ; les autres ont demandé 20, 24, 27 et 29 séances. (Les chiffres les plus bas, 5, 6, 7 et 8 séances se rapportent à des incontinenances congénitales).

Dès la deuxième séance, il y a amélioration et parfois même disparition complète et définitive des accidents.—L'amélioration précoce fait prévoir un succès rapide mais, pourvu que dans la première quinzaine du traitement on obtienne un léger résultat, il faut continuer le traitement patiemment avec espoir de succès.

Les garçons qui ont toujours uriné au lit depuis leur naissance sont plus faciles à guérir que les garçons qui, après avoir été normaux, ont commencé à uriner dans leur lit à 6, 7, 8 ans et plus tard.

*(Journal de Méd. Interne de Paris, 10 fév. 1904.)*



## OPHTALMOLOGIE

---

### PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ŒIL PAR UN ÉCLAT D'ACIER. EXTRACTION DU CORPS ÉTRANGER VITRÉEN PAR L'ÉLECTRO-AIMANT. CON- SERVATION DU GLOBE (1)

---

*M. Fromaget.* Le 19 novembre 1903, se présenta à ma consultation, sur la recommandation de M. le Dr Volpillac, le nommé Edmond B. . . . âgé de vingt-neuf ans, qui avait été victime d'un accident grave à l'œil droit. En travaillant, il avait reçu dans l'œil un éclat d'acier qui avait sectionné la cornée à la partie interne et supérieure sur une étendue de 5 à 6 millimètres, intéressé même un peu la sclérotique. Par cette plaie irrégulière sortait une masse irienne volumineuse. Le cristallin est encore transparent. Mais les douleurs empêchent de pousser plus loin les investigations. J'interrogeai avec soin le malade pour savoir s'il avait des doutes au sujet de la présence dans l'œil du corps étranger. Il m'affirma avec la dernière énergie que la chose n'était pas possible, que le morceau qui l'avait frappé devait être trop volumineux.

Pour éviter l'infection de l'organe, je fis le soir même à 5 heures, à la Clinique Pasteur, la résection de l'iris hernié et j'appliquai un pansement aseptique sur l'œil. Le malade ne souffrit pas et tout semblait aller pour le mieux, lorsque des symptômes inflammatoires légers me firent soupçonner l'erreur du

(1) Société de Médecine et Chirurgie de Bordeaux, séance du 19 fév. 1904

malade, je le priai de vouloir bien venir se faire radiographier et il me fallut le convaincre. Le 28 novembre, à six heures du soir, M. le Dr. Debédât pratiqua un examen radiographique qui démontra l'existence dans l'œil d'un corps étranger triangulaire de 5 à 6 millimètres de longueur.

En présence de la gravité des phénomènes inflammatoires qui allaient éclater, je décidai le malade à subir immédiatement l'extraction du corps étranger avec l'électro-aimant.

Le lendemain matin, à neuf heures, le malade étant chloroformé par le Dr. Volpillac et avec l'aide de M. Debédât, je pratiquai cette extraction. Pensant qu'il était inutile de faire une incision sclérale et qu'il valait mieux profiter de la plaie d'entrée, je fis au niveau du limbe, perpendiculairement à la cornéenne, une incision de 6 millimètres à la pique. J'approchai l'extrémité désinfectée par l'ébullition de l'électro-aimant au contact même du globe et le courant passa une première fois pendant quelques secondes sans résultat, mais à la seconde tentative un choc sec m'indiqua la réussite de l'entreprise.

En effet, j'ai retiré le corps étranger en acier que vous pouvez voir, il a la forme d'une pyramide triangulaire, ses dimensions correspondent bien à l'épreuve radiographique et son poids, de 6 centigrammes, permet de le ranger parmi les corps étrangers relativement volumineux qu'on extrait du vitré.

Ce corps étranger avait traversé la cornée, l'iris, le cristallin et son séjour dans le vitré fut pendant quatre ou cinq jours absolument indolore. Ce n'est qu'à ce moment que des douleurs un peu vives me poussèrent à le rechercher et à l'extraire.

La guérison fut rapide et remarquable. Malgré une cataracte partielle, le 8 décembre, le malade compte les doigts à 50 centimètres; le 11 décembre, il quittait la clinique et il a repris son travail le 18 janvier 1904.

Depuis, le phénomènes inflammatoires ont absolument disparu et la cataracte s'est complétée.

Cette observation, intéressante par sa rareté même dans notre région, montre quels bénéfices énormes peut retirer un malade dont le cristallin n'est pas atteint par le traumatisme *et chez lequel l'extraction sera faite le jour même de l'accident.* Ici, le résultat a dépassé nos espérances, car nous n'aurions osé être aussi optimiste en présence d'un corps non aseptisé ayant séjourné dix jours dans le vitré. Le globe droit présente la forme, le volume, la consistance du globe gauche et, plus tard, il pourra peut-être tirer bénéfice de l'extraction du cristallin cataracté.

M. Armaignac demande quelle était la puissance de l'électro-aimant qui a donné un résultat aussi brillant, et si on peut s'en procurer aisément.

M. Fromaget déclare que l'électro-aimant a été fabriqué par M. Debédât, qu'il a 90 mètres de fil susceptible d'enlever un poids de 200 grammes à la distance de 2 centimètres, qu'il chauffe très peu et que ses effets sont très puissants. (1).

(1) Le "Victor Giant Eye Magnet" fabriqué ici en Amérique, disposé pour être adapté soit sur un courant direct de 110 à 500 volts ou sur un circuit de batteries, et avec rhéostat gradué, enlève un poids d'environ 400 lbs. au pouce carré, et pèse à peu près 60 lbs. *Note de la Réd.*

*Gaz. Hebd. des Sciences Méd. de Bordeaux, 20 mars, 1904.*



## FORMULAIRE

---

### COLLODION IODOFORMÉ :

R

Collodion	.	.	Drachmes	XV
Iodoforme	.	.	"	I

M.

De même que l'éther iodoformé, il faut prendre bien soin de l'éloigner de tout foyer incandescent. On cite le cas d'un chirurgien qui a enflammé une malade qu'il venait de badigeonner au collodion. Ce collodion a d'ailleurs l'inconvénient de se désagréger assez facilement, de s'effriter par trop ; ce qui a engagé quelques-uns à le remplacer parfois par du collodion au salol, dans la même proportion, ou

R

Collodion	.	.	Drachmes	XV
Salol	.	.	"	I

M.

---

### COMBINAISONS EXPLOSIVES

*L'acide chromique* et la *glycérine* ne doivent jamais se prescrire ensemble dans le même composé, car le mélange est explosible.

Ne jamais triturer ou mélanger le *Permanganate* ou le *chlorate de Potasse* avec des substances aisément oxydables, telles que : sucre, sirop, glycérine, soufre, phosphore, parce

qu'une combustion spontanée ou une explosion peut se produire.

En général toutes les substances riches en oxygène ou facilement déoxydables (telles qu'acide picrique et chromique, chlorate, iodate, bichromate, permanganate, nitrate et picrate de K., oxyde et nitrate d'Ag., chlorate de Ca., etc., ne doivent jamais être triturées avec des substances aisément oxydables telle que charbon, poudres organiques, iode, soufre, sulfures, huiles étherées, phosphore, sels ammoniacaux, sucre, sirop, glycérine.)

La *créosote* ne doit jamais être ordonnée mélangée à de l'*oxyde d'Ag.* dans une pilule, car alors il y a danger d'explosion. Des pilules contenant de l'*oxyde d'Ag.* peuvent s'enflammer spontanément si elles sont gardées à la chaleur.

On rapporte des cas où elles ont ainsi pris feu dans la poche d'un habit, causant des brûlures graves.

---

#### TACHES SUR PEAU ET LINGE

Dues à l'*Iode*: Laver avec solution *Hyposulfite de Soude* (saturée).

Dues au *Nitrate d'Argent*: Frotter avec cristal d'Iodure de K, mouillé, ou encore, peindre avec Teinture d'Iode, puis laver ensuite dans solution d'aqua ammoniae.

Dues à *Permanganate de K*: Laver avec solution d'acide chlorhydrique (17100) (soluble dans l'eau), ou d'acide oxalique.

Causées par l'*encre à écrire*: Laver avec la solution suivante:

R

Acide acétique - - - Drachme ½

Eau-de rose - - - Drachmes IX

M.



Causées par le *Goudron sur les mains* : Peuvent être enlevées instantanément en frottant avec le côté *externe* d'une écorce (fraîche) d'orange ou de citron, puis essuyer la partie *de suite après* à sec. Les huiles volatiles contenue dans l'écorce dissolvent le goudron.

---

ALOPECIA AREATA

R

Acide acétique glacial - - } àà once ½  
 Chloroforme - - - - }

M.

En application topique. Enlever le surplus du liquide sur le pinceau avant chaque application.

---

ALOPÉCIE

R

Extr. Pilocarpi Fl, - - - - - once I  
 Tinct. Cantharides - - - - - " ½  
 Liniment saponis - - Q. S. ad onces IV

M.

Pour être frotté sur la tête chaque jour.

R

Quininae sulf. - - - - - drachme ½  
 Tinct. canthar. - - - - - " I  
 Spir. amm. aromat. - - - - - once I  
 Olei ricini - - - - - " 1½  
 Spiritus myrciae - - - - - onces V½  
 Olei Rosemarini - - - - - gtt. V

M.

A être bien frotté dans le cuir chevelu trois fois par jour avec une brosse très dure. Agiter la bouteille avant de s'en servir.

## ALCOOLISME AIGU

R

Gr. Capsici	- - -	once	½
Pot. Bromidi	- - -	"	½
Tinct. nucis vom.	- -	drachmes	2
Sp. Ammoniae arom.	- -	onces	3
Syr. Tolut	- -	Q. S. ad "	6
M.			

Une cuillerée à dessert dans de l'eau, toutes les 2 heures.

## ALCOOLISME CHRONIQUE

{(Comme breuvage pour substituer à l'alcool :)

R

Tinct. nucis vom.	- - -	once	½
Tinct. capsici	- - -	"	I
Fl. extr. Lupulin	- -	onces	III
Co. Infus. Gentian.	- -	once	½
M.			

Une cuillerée à dessert trois à quatre fois par jour, bien diluée.

## DELIRIUM TREMENS

Morphine ( $\frac{1}{4}$ gr.) et atropine (1/120) hypodermiquement, ou encore hydrobromate d'hyoscine (1/100 gr.), à répéter au besoin. Si l'estomac n'est pas trop irritable et le cœur bon, le choral dans la combinaison suivante agit bien:

R

Chloral	-	-	-	-	once	$\frac{1}{2}$
Tinct capsici	-	-	-	-	"	$\frac{1}{2}$
Aquæ menth. piper	-	-	-	-	"	$5\frac{1}{2}$

M.

Une cuillerée à thé toute les 2 heures jusqu'à production du sommeil (action spécifique du capsicum) ; alterner avec tasse de thé de bœuf chaud, assaisonné de capsicum en poudre.

## TREMBLEMENT ALCOOLIQUE

(Action spécifique de l'oxyde de Zn.)

R

Zinci oxydi	-	-	drachme	℥
Piperini	-	-	gr.	XX

M. et ft. pil. no. XX.

Sig.—Une pilule trois à quatre fois par jour.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DU COMTÉ DE PORTNEUF

---

*Séance du 20 mars 1904*

---

La 15<sup>ème</sup> réunion régulière des membres de cette Société a eu lieu dimanche le 20 mars, à St-Casimir, chez M. le Dr P. Dolbec.

Ouverture de la séance à 3.30 p. m., sous la présidence du Dr L. T. E. Rousseau.

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

Après avoir cordialement remercié les confrères présents, de leur ponctualité et de leur empressement à se rendre à l'appel du secrétaire pour cette 15<sup>ème</sup> réunion, le Président demande à tous les membres, que par un vote unanime, le nom de M. le Dr D. Brochu soit inscrit dans les annales de la Société, comme généreux donateur et bienfaiteur de la Société Médicale du comté de Portneuf.

L'orateur ajoute que le Dr Brochu a bien voulu nous donner une marque tangible de l'intérêt qu'il porte à notre Société en faisant cadeau d'une somme généreuse, qui sera destinée à fonder une caisse, dont les deniers serviront exclusivement à payer les abonnements aux meilleures revues scientifiques et à l'achat d'ouvrages de médecine, qui seront mis à la disposition des membres désireux de s'instruire et de préparer des conférences.

Ces paroles bien senties et si bien dites par le Dr Rousseau, sont accueillies par des applaudissements enthousiastes, et, sur proposition du Dr A. Marcotte secondée par toute l'assemblée,

le secrétaire devra aller dire au Dr Brochu combien nous sommes sensibles à l'intérêt qu'il nous porte et reconnaissants pour tout le bien qu'il nous veut.

Aussi profitant de cette heureuse circonstance, il nous fait plaisir d'affirmer hautement notre estime pour ce professeur distingué ; le don que vient de nous faire le Dr Brochu est apprécié à sa juste valeur et placé au crédit du généreux donateur avec toutes les autres preuves d'estime, de considération et d'encouragement qu'il nous a témoignées depuis la fondation de notre société.

Que monsieur le Dr Brochu soit sûr que tous et chacun des membres de la Société Médicale de Portneuf le considèrent comme un ami sincère, un Protecteur distingué et sûr, et surtout un modèle à imiter.

Le secrétaire donne ensuite communication de toutes les correspondances depuis la dernière réunion, faisant connaître les raisons majeures motivant l'absence d'un certain nombre de confrères.

Au nombre de ces lettres reçues, une surtout a causé beaucoup de joie aux membres présents, C'est l'aimable et gracieuse invitation de monsieur le Dr Jules Desrochers de St-Raymond qui invite cordialement tous ses confrères à se réunir chez lui pour la prochaine assemblée qui aura lieu au mois de juin.

L'invitation du Dr Desrochers est reçue et acceptée avec applaudissements de tous et il est décidé que cette réunion aura lieu durant les 15 premiers jours de juin.

Monsieur le Dr Desrochers devra s'entendre avec le secrétaire pour fixer le jour et l'heure de cette réunion.

L'assemblée s'occupe longuement d'une lettre circulaire du Dr L. A. Lesage, secrétaire général de "l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord." Après

avoir pris note des renseignements communiqués se rapportant au grand Congrès qui aura lieu à Montréal les 28, 29 et 30 juin prochain, il est définitivement décidé que la Société de Portneuf doit déléguer un de ses membres qui assistera à toutes les séances du Congrès.

Proposé par les Drs Rousseau et Marcotte, secondé par les Drs Dolbec et Fillion que le secrétaire de la société le Dr S. Geo. Paquin soit le délégué choisi pour cette circonstance.

Adopté unanimement.

Sur proposition du Président il est décidé à l'unanimité que la société se charge de payer tous les frais de voyage, etc., etc., du délégué choisi pour assister à cette grande célébration médicale.

Vu l'absence de MM. les Drs Antoine Larue et Philippe Lord qui tous deux devaient donner une conférence, il est proposé et adopté que les deux mêmes confrères ne devront pas manquer d'assister à la prochaine réunion et nous faire profiter du fruit de leurs études et de leur expérience acquise.

Le reste de la séance est employée à traiter au long plusieurs sujets d'intérêts professionnels de la plus haute importance.— Savoir : 1° Le secrétaire devra s'enquérir des détails et être capable de donner des explications satisfaisantes touchant les procédures que le Collège des M. & C. P. Q. a dû intenter contre les deux délinquants le Dr S. Perron du Cap Santé et le Charlatan Chalifour des Grandines.

2° Question Pharmaceutique :— Cette question d'intérêt capital pour le médecin de la campagne, consiste à décider s'il n'y a pas un moyen de s'entendre pour que tous les médecins du comté achètent à la même pharmacie tous les médicaments et les instruments de chirurgie, pourvu que cette pharmacie soit recommandable sous tous les rapports et nous donne les garan-

ties désirées sur la qualité des articles achetées. De la sorte nous pourrions aussi profiter des avantages pécuniaires résultant d'un achat considérable, fait en commun.

Afin d'avoir l'opinion des confrères absents, et pour permettre à tous d'étudier cette question plus en détail elle est renvoyée à la prochaine assemblée.

3° Il est encore décidé que tous les membres de la Société Médicale du comté de Portneuf devront se faire un honneur de payer intégralement les arrérages pour contribution annuelle dus au Collège des M. & C. P. Q., afin que, étant tout-à-fait en règle avec le Bureau, ils aient le plaisir d'appuyer de leurs votes les candidats proposés aux prochaines élections du mois de juillet.

4° Après avoir traité de plusieurs cas de pratique active où l'opinion, la science et l'expérience de chaque confrère est mutuellement mise à profit, l'assemblée s'occupe des affaires de routine et termine la séance à 6¼ du soir.

Monsieur et Madame Dr Dolbec convient ensuite tous les confrères à un magnifique souper pendant lequel n'ont cessé de régner la gaiété la plus franche et la confraternité la plus sincère.

A 8 heures, nous nous séparons emportant avec nous un très agréable souvenir de la cordiale hospitalité de Monsieur et Madame docteur Dolbec. Merci à nos aimables hôtes qui ont rivalisé de zèle pour nous faire plaisir et nous traiter comme des enfants gâtés.

Dr S. GEO. PAQUIN,  
Secrétaire-Trésorier.

#### NAISSANCE

Le 22 avril 1904, au No. 136 rue d'Aiguillon, Québec, Madame (Dr) Arthur Roy, un fils et une fille.

## LE SANMETTO DANS LA PROSTATITE, DANS LA SÉNILITÉ PRÉCOCE ET DANS TOUTES LES AFFECTIONS DES MUQUEUSES

Depuis la première apparition du SANMETTO dans le monde thérapeutique j'ai eu l'occasion de l'essayer et ma foi dans ce médicament n'a fait qu'accroître. Il est spécialement indiqué dans la prostatite et dans la sénilité précoce. D'après mes expériences, le SANMETTO exerce une influence favorable sur toutes les muqueuses.

St. Louis, Mo.

DR. MCG. WILSON.

Diplomé en 1857.

Dans le "Medical Record" de New-York, N° du 19 mars 1904, nous remarquons un article très intéressant intitulé "Des ferments solubles du lait" par le Dr. Jos. Lespérance de Montréal. Ce travail très bien fait, mérite d'être lu attentivement et nous en recommandons fortement la lecture aux abonnés du "Bulletin" qui auront l'avantage de se procurer le numéro en question du journal américain.

## 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.



L'ALPHAZONE se recommande au médecin tout particulièrement : ce produit se vend sur le marché comme une drogue *pure*, sans mélange d'aucune substance. Une solution limpide d'Alphazone s'obtient en agitant quelques grains de ce dans 3 ou 4 onces d'eau, démontrent sa grande solubilité. Le grand désavantage des peroxydes organiques jusqu'à présent a été la tendance de leurs atomes à se dissocier ; aussi le danger d'explosion. L'Alphazone est aussi un peroxyde organique, mais sa stabilité est si grande que le danger d'explosion est nul. Aussi les manufacturiers d'Alphazone ne sont pas obligés d'ajouter du krolin ou du talc à sa fabrication. Un chimiste compétent l'a récemment analysé et a trouvé qu'il était un produit *pur* à 99.75 0/0. Il s'emploie pour tout usage interne et externe d'un bon désinfectant ou germicide. Préparé par Frederick Stearns & Co. Windsor, Ont.

---

LE SANMETTO DANS LES TROUBLES PROSTATIQUES, L'INCONTINENCE NOCTURNE, LA BLENNORRHAGIE, LA GOUTTE MILITAIRE, L'IMPUISSANCE ET LA CYSTITE

J'ai ordonné le SANMETTO depuis qu'il est connu aux médecins et toujours avec de bons résultats. Je le prescris dans les troubles prostatiques, l'incontinence nocturne, la blennorrhagie, la goutte militaire, l'impuissance et la cystite, etc. Partout où il est indiqué il se range parmi les meilleurs médicaments qui nous sont connus.

Cannelton, Ind.

DR. T. I. EADS,  
Diplômé en 1881.