

Le Journal de Médecine et de Chirurgie Montréal, Canada

Paraissant les 2^{ième} et 4^{ième} Samedis de chaque mois.

SOMMAIRE

MEMOIRES:

MEMOIRES:

De la nécessité de l'ablation des végétations adénoïdes et des amygdales hypertrophiées. — M. J. N. Roy. 337

Traitement de l'Infection Malarienne par l'Enésol et le 606. — M. R. Fleckseder. 340

Pratique Gynécologique: médication et technique du curetage de l'utérus. — M. J. Laurence. 345

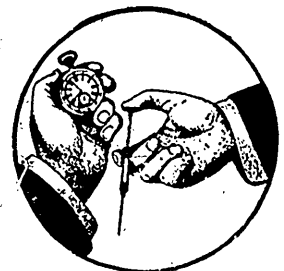
Société Médicale de Montréal. 349

NOTES THERAPEUTIQUES:

Traitement de la Pthiriazé — de la Péricardite — de la Tachycardie paroxystique — de l'Ashme. — MM. L. E. Fortier et H. Lebel. 351

Cinq secondes a la montre

Lorsqu'un médecin emploie un comprimé, il s'attend à des résultats rapides. Pour cette fin, il doit employer un comprimé soluble—c'est-à-dire qui se dissout facilement et entièrement. Le fait de s'émietter dans l'eau n'est pas ce que l'on demande. C'est là une désagrégation, non pas une solution.



Les comprimés hypodermiques

—DE—

PARKE, DAVIS & CIE,

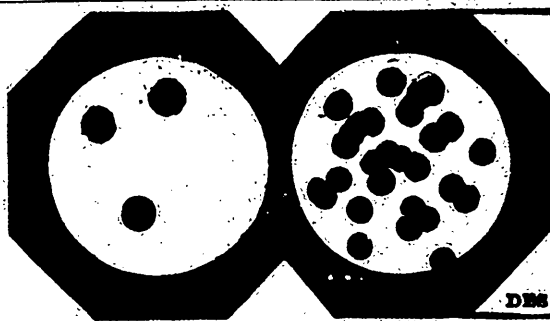
se dissolvent rapidement et entièrement. **Faites en l'essai montre en main.** Introduisez un comprimé dans une seringue à demi remplie d'eau tiède. Agitez fortement. En cinq secondes (ou moins) il sera complètement dissous.

Employez nos comprimés hypodermiques. Obtenez les résultats voulus. Obtenez-les promptement.

Parke, Davis & Cie.

Walkerville, Ont.

Montréal, Qu^é



HÉMOGLOBINE DESCHIENS

OXYDASES, FER VITALISÉ
ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE

Remplace la viande crue
Sirop, 1 cuill. à soupe à chaque repas.
Vin, Granulé, Dragées. (4^e).

DESCHIENS, 8, Rue Paul-Baudry, PARIS et Ph^{ie}

Seuls Agents pour le Canada: ROUGIER et FRÈRES (Agences Decary-Rougier) 63 Notre-Dame Est, Montréal.

De la nécessité de l'ablation

Des végétations adénoïdes, et des amygdales hypertrophiées (1)

Par le Dr J.-N. Roy,

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal

En 1868, le docteur Meyer, de Copenhague, avait l'honneur d'être le premier à donner une description complète des végétations adénoïdes, qu'il avait reconnues en examinant un certain nombre d'enfants des écoles danoises. D'autres observateurs avant lui avaient remarqué le facies adénoïdien; mais ne sachant pas ce qu'il pouvait y avoir au delà des limites du voile du palais, ces auteurs attribuaient, bien à tort, les symptômes de la maladie à la seule hypertrophie des amygdales palatines. Aussi Meyer a-t-il rendu un grand service à la science en localisant cette lésion d'une manière précise, et en faisant ressortir la très grande importance des complications.

L'amygdale pharyngée, ou amygdale de Luschka, occupe la voûte du naso-pharynx, et présente normalement, de un à quatorze ans, une épaisseur de quatre à six millimètres environ. A partir de quatorze ans, cette amygdale doit graduellement s'atrophier de manière à ce que sa régression soit complète à vingt ans. Par tumeurs adénoïdes nous entendons une hypertrophie chronique plus ou moins considérable du tissu lymphoïde qui compose l'amygdale pharyngée. Cette affection, quelquefois congénitale, se rencontre surtout chez les enfants lymphatiques, et l'hérédité de la diathèse explique l'enchaînement familial des végétations adénoïdes. D'après Ruault, l'âge où l'on observe le plus communément ces tumeurs, serait de trois à dix ans; cependant les adultes n'en sont pas toujours exempts, puisqu'on a déjà été obligé d'opérer des vieillards de soixante ans. Toutefois, il est généralement admis que, dans ce dernier cas, la maladie existait dès l'enfance, avec des symptômes atténués, lesquels auraient augmenté avec les progrès de l'affection; d'après une cause locale ou générale quelconque. La rougeole, la scarlatine, la diphtérie, la grippe, la coqueluche, la fièvre typhoïde provoquent non seulement l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, mais aussi des amygdales palatines, et ceci en rapport avec l'état de lymphatisme du sujet. Comme ces végétations obstruent plus ou moins fortement les fosses nasales, et le pavillon des trompes d'Eustache, il en résulte des symptômes quelquefois alarmants, et des complications toutes plus graves

les unes que les autres. La physiologie nasale nous enseigne que, dans les vingt-quatre heures, la pituitaire sécrète environ une chopine de liquide; de plus cette membrane renferme un très grand nombre de cils vibratiles, et de follicules pileux à l'orifice des narines. L'air, pour se rendre au poumon en passant par le nez, a pour propriété, par ce fait même, d'être purifié, de se charger d'une certaine quantité d'humidité par un temps sec, et par un temps froid, de se réchauffer légèrement. Si la respiration se fait par la bouche, comme c'est toujours le cas, chez les porteurs de végétations, cet air contenant des microbes, est irritant pour les bronches et les alvéoles pulmonaires, et n'a pas les propriétés voulues pour une parfaite hématoxygénation; conséquemment ces malades sont exposés aux laryngites, aux trachéites, aux bronchites; et le poumon à son tour peut être envahi par les affections les plus graves: voire même la tuberculose. La respiration se faisant avec difficulté, il y a arrêt de développement et déformation de la cage thoracique. Chez le nourrisson l'allaitement est très défectueux, puisqu'il ne peut prendre le sein et respirer en même temps; aussi la dénutrition et la mauvaise hématoxygénation amènent rapidement de l'atresie adénoïdienne. Ces porteurs de végétations sont apathiques, anémiés, s'essoufflent rapidement en jouant, en montant un escalier, ou en faisant un effort quelconque. Pendant le sommeil, ils tiennent la bouche toujours ouverte, et font du bruit en dormant. Ils ont des sueurs nocturnes localisées surtout à la tête, des cauchemars, quelquefois de l'incontinence de l'urine, ils s'éveillent en sursaut; et ces symptômes sont dus à un excès d'acide carbonique dans le sang. Le jour la bouche est constamment demi-ouverte, la lèvre inférieure pendante, les ailes du nez sont atrophiées, le teint est pâle et blafard, la physionomie hébétée, et le regard sans expression. Certains mots sont prononcés avec difficulté, surtout ceux dont l'émission vocale exige une participation de résonance du naso-pharynx et des fosses nasales. L'enfant a de la misère à se moucher et il est plus exposé que les autres aux rhinites. L'odorat est amoindri par diminution de la ventilation du nez. Il y a souvent un arrêt du développement du maxillaire supérieur et du squelette de la face, et la voûte palatine prend une forme ogivale. Ces végétations, toujours dans un état constant d'infection font pour la moindre cause des poussées aiguës d'adénoïdite. On est souvent étonné de voir des petits malades ayant toujours de la température, où un diagnostic par exclusion n'amènerait à aucune conclusion, si l'on ne pensait pas à une infection du naso-pharynx. Ils sont fortement exposés aux angines, aux adénites cervicales, aux abcès rétro-pharyngiens, et dans certains cas exceptionnels, à l'envahissement bacillaire de l'amygdale pharyngée. Cependant, les complications les plus communes se rencontrent surtout du côté de l'oreille, par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache. En effet, son pavillon étant en contact direct avec les tumeurs elles-mêmes, ou les sécrétions pharyngées, il en résulte immédiatement une infection suppurative de la caisse, ou bien un gonflement de la muqueuse tubaire, une diminu-

(1) Communication faite à l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, Sherbrooke, août 1910.

tion de la ventilation tubo-tympanique, de l'enfoncement des tympans, des bourdonnements, et à la longue, de la surdité par sclérose de l'oreille moyenne, et ankylose des osselets. Les statistiques nous apprennent que sur trois personnes prises au hasard, sur la rue par exemple, une entend mal. De plus, que les $\frac{3}{5}$ des sourds ont été, ou sont des adénoïdiens. Et enfin, que 75 pour cent des otites moyennes aiguës suppurées chez les enfants, sont dues aux végétations adénoïdes. Si nous envisageons le pourcentage effrayant des maladies de l'oreille causées par ces tumeurs, la gravité des suppurations, les complications souvent mortelles, et en dernier lieu l'impuissance devant laquelle nous nous trouvons à pouvoir guérir, ou même améliorer la sclérose de l'oreille moyenne, et l'ankylose des osselets, nous sommes bien obligés d'admettre que ces végétations adénoïdes ont des conséquences désastreuses sur l'organe de l'ouïe. Outre les symptômes généraux déjà mentionnés, nous constatons encore chez les sujets nerveux des troubles réflexes qui alarment quelquefois considérablement les parents. Ils peuvent avoir des maux de tête, des quintes de toux, de la laryngite striduleuse, du spasme glottique, du délire, et même des attaques hystérisiformes ou épileptiformes. Enfin, l'expérience a prouvé que les maladies infectieuses sont beaucoup plus graves chez les porteurs de végétations, que chez ceux qui n'en ont pas.

Inutile d'essayer un traitement médical dans ces cas ; ce serait faire perdre un temps précieux, tout en augmentant les dangers des complications de cette affection déjà pourtant assez complexe. Le diagnostic étant fait, il faut immédiatement recourir à l'opération après avoir aseptisé les fosses nasales et le rhino-pharynx au moyen d'une pommade borico-mentholée, et chez les tous jeunes enfants, d'huile mentholée. Toutefois l'ablation sera remise à plus tard s'il existe une poussée aiguë d'adénoïdite, et l'on fera de l'antisepsie nasale en attendant que la fièvre soit disparue. Le nourrisson devra être opéré le plus tôt possible, et cette intervention sera plus tard répétée s'il y a récurrence.

Comme contre-indication il faut mentionner l'hémophilie et les tares constitutionnelles qui, à brève échéance conduisent à la mort, telles que la tuberculose pulmonaire, les maladies du cœur, les maladies du rein, le diabète, etc.

* * *

Jadis l'on croyait que l'ablation des amygdales palatines hypertrophiées avait pour propriété de changer la voix. De nos jours il est généralement admis qu'à la suite de cette intervention, la voix peut être quelquefois modifiée, mais dans des conditions les plus favorables pour son harmonie. Il est facile de comprendre que l'inflammation chronique de l'amygdale se transmet naturellement au pharynx et au larynx ; aussi, celui-ci dans un état constant d'hyperémie, se fatigue rapidement, et la voix devient moins vibrante pendant le chant, ou un effort oratoire chez l'adulte. Cependant l'on observe que l'abla-

tion des amygdales hypertrophiées chez les chanteurs, a quelquefois pour effet de les obliger à modifier leurs moyens d'émettre les sons, sans toutefois que pour cela, la voix en soit altérée. L'amygdale, logée entre les deux piliers du voile du palais, mesure normalement chez l'adulte, environ 22 millimètres dans le sens vertical, 15 millimètres dans le sens antéro-postérieur, et 11 millimètres dans le sens transversal.

Bien que certains auteurs prétendent que cette glande n'a aucune fonction physiologique, il est encore admis d'une manière générale qu'elle a pour propriété de sécréter un liquide phagocytaire. Lorsqu'elle conserve sa grosseur normale, il ne faut pas y toucher, mais si elle augmente de volume et si elle se remplit de cavités, il faut en faire l'ablation. Une fois hypertrophiée, l'amygdale qui renferme alors toujours des cryptes à l'état pathologique, ne peut plus remplir son rôle physiologique ; au contraire ces cavités servent de réceptacle aux agents pathogènes les plus variés, et les sécrétions qu'on y trouve sont par le fait même un excellent milieu de culture microbienne. Nous ajouterons en plus que la lutte microbio-phagocytaire est une des causes de son hypertrophie. Cette affection, qui se déclare surtout pendant la période de croissance est très commune, et les statistiques nous apprennent que nous la rencontrons chez $\frac{1}{6}$ des enfants des villes. D'après Lermoyez, il y aurait aussi, une fois sur trois, association d'hypertrophie amygdalienne aux végétations adénoïdes. Deux facteurs principaux sont la cause de cette maladie : l'un constitutionnel, l'autre infectieux. En effet, l'hérédité manifestée du lymphatisme est aujourd'hui admise par un très grand nombre de médecins, et cette diathèse expliquerait, dans les familles qui en sont atteintes, la fréquence de l'hypertrophie des amygdales palatines et des tumeurs adénoïdes, comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire. Quant au facteur infectieux, les observations prouvent que cette glande s'hypertrophie avec d'autant plus de rapidité qu'elle est plus souvent enflammée, et que sa fonction phagocytaire est mise en jeu pour sa propre défense. En outre, les maladies générales infectieuses telles que la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, la fièvre typhoïde, la coqueluche et la grippe la font aussi augmenter de volume. L'amygdale hypertrophiée a généralement une consistance molle chez l'enfant et dure chez l'adulte ; et sa forme peut être pédiculée, plongeante ou enchatonnée. Quelquefois son volume est tellement considérable que ces glandes se rejoignent sur la ligne médiane du voile du palais. Les porteurs d'amygdales hypertrophiées, même sans végétations, ont une tendance à respirer la bouche ouverte ; conséquemment les poussières venant se déposer sur les tonsilles, les exposent aux angines et aux adénopathies cervicales. Ils sont enclins pour la même raison à faire de l'infection des voies respiratoires, et d'une manière réflexe à avoir de la toux, des attaques d'asthme, et des crises hystérisiformes ou épileptiformes. Le pharynx s'hyperémie à son tour, et dans la suite son inflammation est la cause du catarrhe tubulaire, symptôme précurseur de la surdité. La phonation prend un caractère spécial dé-

signé sous le terme de voix amygdalienne, qui est due à la diminution de résonance des cavités sinusales, et à l'entrave du jeu du voile du palais. Les rhumes de cerveau sont très fréquents chez ces malades. Si par malheur ils sont atteints de diphtérie, et que les fausses membranes envahissent le larynx, l'intubation devient alors contre-indiquée, et il faut, tout en donnant le sérum, recourir à la trachéotomie. Les porteurs d'amygdales renfermant des cryptes à l'état pathologique sont spécialement exposés aux maladies du tube digestif, par déglutition des produits caséux formés à l'intérieur de ces cavités, résultat de la culture microbienne et de la fermentation. Ils ont en plus l'haleine fétide, un mauvais goût le matin, et par les temps froids et humides, sont prédisposés aux abcès de l'amygdale. Leurs ganglions du cou s'infectent facilement, et à ce sujet, messieurs, vous me permettrez de vous relater brièvement l'observation d'un malade que j'ai opéré d'une adénite cervicale suppurée, de nature tuberculeuse, à point de départ amygdalien.

Observation (résumée).—M. X...., 34 ans, vient nous consulter le 15 septembre, 1905, pour une adénite cervicale à droite, datant d'une semaine. Quinze jours auparavant il avait souffert d'une forte angine grippale.

Il n'y a pas de tuberculose dans sa famille.

Le patient a une constitution très robuste, et son adénite n'est pas diathésique.

Température: 100.2.

Rhino-pharyngite assez prononcée.

Angine cryptique double, et gonflement de l'amygdale droite.

Larynx hyperémié.

Hypertrophie inflammatoire des ganglions cervicaux du côté correspondant, sans ramollissement.

Traitement: pommade borico-mentholée, gargarisme antiseptique et pansement humide sur le cou.

L'opération faite le 22 septembre, donne issue à une demi-cuillerée à thé de pus — qui, examiné au microscope renferme de nombreux bacilles de Koch.

Drain à la gaze, et pansement humide renouvelé tous les jours.

La température tombe presque à la normale.

Comme les amygdales ne sont plus hyperémiées le 6 octobre, et par le fait même ne présentent plus de danger d'hémorrhagie, nous en faisons alors l'ablation.

A la fin de décembre le malade est complètement guéri.

Il a repris les 30 livres qu'il avait perdues pendant le cours de sa maladie.

Cette observation, très intéressante, prouve que le bacille de Koch, à l'état latent dans les cryptes de l'amygdale droite, est allé infecter les ganglions du cou, après une poussée d'angine grippale. Le malade étant très fort, nous avons eu un excellent résultat; mais s'il avait été rachitique ou lymphatique, la guérison n'aurait certainement pas été aussi facile; et en outre il aurait pu mourir de complications tuberculeuses. Aussi malgré les circonstances favorables qui se présentaient dans notre cas,

M. X.... a perdu quand même 30 livres dans l'espace d'un mois.

En présence d'amygdales hypertrophiées chez les enfants, il ne faut pas trop compter sur leur régression à la puberté; car l'expérience prouve que ces glandes ont plutôt une tendance d'augmenter qu'à diminuer de volume. Il faut immédiatement les enlever, et l'opérateur choisira ses instruments d'après le genre d'hypertrophie qu'il aura à traiter. Néanmoins, il est bien entendu que lorsqu'il existe une poussée aiguë d'amygdalite, l'opération doit être remise à plus tard, pour ne pas s'exposer à une hémorrhagie. S'il y a des tumeurs adénoïdes, on les enlèvera dans la même séance, après les amygdales. Lorsque celles-ci renferment des cryptes il vaut mieux en faire l'ablation, même si elles ne sont pas hypertrophiées; car tôt ou tard il peut se former des complications. D'ailleurs, l'opération aura toujours pour propriété de faire disparaître l'anoréxie, la dyspepsie, l'entérite et les troubles digestifs auxquels les malades sont constamment exposés. Cependant l'hémophilie sera une contre-indication à l'ablation amygdalienne — de même qu'elle l'était, comme nous l'avons dit plus haut, chez les porteurs de végétations adénoïdes — et dans ce cas seulement faudra-t-il faire des cautérisations ignées.

CONCLUSIONS.

Il est nécessaire et même indispensable d'opérer les porteurs de végétations, pour leur éviter:

- 1° l'atresie adénoïdienne,
- 2° l'arrêt de développement du squelette de la face, et de la cage thoracique,
- 3° les infections des voies respiratoires en général,
- 4° les inconvénients du nez bouché, et les dangers de la respiration buccale,
- 5° les infections de l'oreille, ou la surdité,
- 6° les troubles nerveux réflexes,
- 7° les complications doublement redoutables des maladies infectieuses,
- 8° le retard de leur développement intellectuel.

Il est également nécessaire d'enlever les amygdales hypertrophiées, pour éviter:

- 1° les infections des voies respiratoires, et du tube digestif,
- 2° les maladies de l'oreille,
- 3° l'aggravation d'une diphtérie,
- 4° les troubles nerveux réflexes,
- 5° et enfin, l'infection des ganglions du cou.



Traitement de l'infection Malarienne

Par l'Enésol et le Dioxydiamidoarsenobenzol d'Erlich (préparation 606)

Par le Dr Rodolphe Fleckseder,

Assistent de la 2^{me} Clinique Médicale de Vienne, dirigée par le professeur von Neusser (*).

Le cas, traité par ces préparations, offrant un intérêt particulier au point de vue du diagnostic et de la symptomatologie, je tiens à m'étendre d'abord un peu longuement sur l'observation, et sur sa discussion.

Le malade, âgé aujourd'hui de 39 ans, électricien, séjourna deux fois à notre clinique; la première fois du 22 novembre 1909 au 24 janvier 1910; la seconde du 6 au 28 juillet 1910.

1^{ER} SEJOUR A L'HOPITAL,

Antécédents recueillis le 22 novembre 1909.—Antécédents familiaux sans importance. Maladies infantiles du sujet: scarlatine, rougeole, angine. Il fut exempté du service militaire à cause de varices des membres inférieurs. Blennorrhagie en 1892; en février 1900 exanthème sur la peau et les muqueuses, pour lequel on lui fit suivre un traitement comportant des frictions à l'onguent napolitain. Des papules ont persisté dans la cavité buccale assez longtemps après le traitement; il en a encore observé il y a 4 à 5 ans. En 1905, attaque de psychose transitoire qui, d'après l'observation de la clinique de psychiatrie, fut complètement guérie en 8 jours (Étiologie; syphilophilie, dépression mélancolique reconnaissant pour cause la séparation d'avec sa femme). Du 17 avril au 29 octobre 1909, le malade séjourna en Dalmatie, où s'occupant d'installer le transport de la force à distance, il exécuta de pénibles travaux et subit de nombreuses privations. Là il fut atteint brusquement, le 24 ou 25 octobre 1909, d'un violent malaise suivi d'un frisson intense qui dura 2 heures. Le frisson se reproduisit, le lendemain, de la même manière. Comme on soupçonna le paludisme (on ne pouvait pratiquer l'examen du sang) on lui administra, après la deuxième attaque de frisson, de la quinine dont il prit à dater de ce jour cinq comprimés matin et soir tous les jours pendant quinze jours. Malgré cela, il souffrit souvent, dans la période qui suivit, de forte sensation de chaleur, de céphalée, d'anorexie et de fatigue croissante. Il s'affaiblit beaucoup.

Le 1^{er} novembre, il revint à Vienne où il eut un nouveau frisson, mais celui-là moins intense. Ni les frissons, ni la sensation de chaleur ne s'accompagnèrent jamais de sueurs. Les frissons en demeurèrent là; il n'en eut que

trois; mais la fatigue, la diminution de l'appétit et une sensation intermittente de chaleur persistèrent.

C'est pour ce motif que le malade vint à la Clinique. Pas d'alcoolisme. Le malade a un enfant en bonne santé; sa femme n'a pas eu de fausse-couche.

Etat actuel, 23 novembre 1909.

Malade de taille assez élevée, amaigri, légèrement anémique, avec teinte subictérique marquée de la peau et des sclérotiques; Réaction pupillaire rapide à la lumière et à l'accommodation.

Goître parenchymateux modéré. Poumons et cœur normaux, signalons toutefois un léger déplacement du cœur vers le haut. Aorte et artères périphériques sans altérations. Nombre de pulsations: 60; température normale. L'estomac atteint la hauteur de l'ombilic et est un peu dilaté par le météorisme.

A la percussion on constate que le foie est augmenté de volume; la limite supérieure de matité est, sur la ligne parasternale droite, au niveau du bord inférieur de la cinquième côte, l'inférieure sur la ligne-mamillaire, à un travers de doigt au-dessous du rebord costal, sur la ligne médiane à quatre travers de doigts au-dessous de l'extrémité de l'appendice xyphoïde. A cet endroit on peut sentir par la palpation le rebord du foie, il est assez mou, assez net et sensible à la pression dans sa partie droite. La surface de l'organe est uniformément molle et lisse. La matité splénique s'étend de la 8^e à la 10^e côte et en avant, elle confine au son tympanique de l'estomac jusqu'à la ligne axillaire antérieure; le pôle supérieur de la rate ne peut être senti par la palpation, quand on palpe plus profondément on sent une résistance mal définie. Le reste de l'abdomen est mou, et possède une sonorité tympanique. Organes génitaux normaux; signalons une cicatrice pigmentée en brun, au côté droit de la verge; nulle part il n'y a de plaques ou de papules. Pas de stigmates d'hypoplasie; mais il y a des stygmates de neurasthénie, exagération des réflexes rotuliens et achilléens.

Rien de particulier dans l'urine et les matières fécales, pas de galactosurie alimentaire. L'état du sang (22 novembre) montre une chloro-anémie marquée avec normoblastes isolés. On ne trouve pas de plasmodies de la malaria.

MARCHE DE L'AFFECTION

23 novembre: sensation subjective de chaleur, plusieurs fois répétée dans la journée; pas de douleurs.

28 novembre: la sensation de chaleur a disparu graduellement. Le foie a diminué d'un travers de doigt sur la ligne médiane.

29 novembre: Réaction de Wassermann complètement positive.

30 novembre: Accès fébrile vespéral, précédé d'une forte sensation de froid, pas de frissons ni de sueurs. Légères douleurs dans les deux hypocondres. A part cela, le malade se sent bien. Pendant la fièvre on n'a pas davantage trouvé, dans le sang, de plasmodies de la malaria. Pulsations pendant l'accès: 112.

1^{er} décembre: Mêmes symptômes.

(*) Wiener Klin. Woch., sept. 1910.

Essence de Pepsine—Fairchild

Est, à dessin et de fait, physiologiquement différente des préparations à base de pepsine sèche, on l'obtient des glandes sécrétors de la muqueuse gastrique fraîche, par un procédé qui extrait les principes et les propriétés du suc gastrique associés à tous les éléments solubles de la cellule gastrique.

Essence de Pepsine—Fairchild

est réellement un suc gastrique artificiel dont l'activité est proportionnée à chacun des deux ferments gastriques bien connus. Elle assure promptement le bon fonctionnement de l'estomac, qui régit la transformation normale des aliments en vue de leur absorption, source directe de vie et d'énergie.

Fairchild Bros & Foster
NEW YORK

Agents pour le Canada
Holden & Compagnie, Montreal

Ne se vendent pas au Détail.

Blancard INALTERABLES CHLOROSE ASSIMILABLES *Blancard*
PILULES SIROP
ANÉMIE **BLANCARD** LEUCORRHEE
EXIGER: Signature, Étiquette verte, Cachet de garantie et Adresse.
PARIS, Rue Bonaparte, 40.
IODE SCROFULE FER
Refuser les Similaires inefficaces. Refuser les Imitations dangereuses.

Le plus Puissant Reconstituant général

HISTOGENOL

(Médication Arsenio-Phosphorée à base de Nuclarrhine).
Indications de la Médication Arsenicale et Phosphorée organique:
TUBERCULOSE, BRONCHITES, LYMPHATISME, SCROFULE, ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, ASTHME, DIABÈTE, AFFECTIONS CUTANÉES, FAIBLESSE GÉNÉRALE, CONVALESCENCES DIFFICILES, etc.
FORMES: Elixir, Emulsion, Granulé, Comprimés, Ampoules.
Echantillons: S'adr. Laboratoires A. NALINE, 11^{ème} à Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine).

Naline

Seuls agents pour le Canada, ROUGIER FRERES, agence Déery-Rougier, 63 Notre-Dame Est, Montréal.

AFFECTIONS HÉPATIQUES

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie

Coliques hépatiques
Ictère**GRANULES TITRÉS de**
BOLDINE HOUDÉCachexie
d'origine paludéenne
et consécutive au long
séjour dans les pays chauds.POSOLOGIE : Chaque granule est rigoureusement titré à 1 milligr
DOSE : 6 à 8 Granules par jour.

Dépôt : A. HOUDÉ, 29, Rue Albouy, PARIS. — DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

BOLDOINE ÉPARVIERNOUVEAU SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS
DU Foie, DES Reins, DE l'Estomac

Granulee — Non Alcolique — Soluble

ATONIE DES ORGANES DIGESTIFS, DYSPEPSIES.

STIMULANT TONIQUE GÉNÉRAL, SANS ACTION SUR LE CŒUR

Contient tous les Principes du **Boldo Frais**, y compris LA PARTIE AROMATIQUE

DOSE : DEUX À QUATRE CUEILLÉES À CAFÉ PAR JOUR, À LA FIN DE CHAQUE REPAS

PILULES ÉPARVIER (CASCARA ÉPARVIER)

Prescrites avec un succès constant par le Corps Médical depuis plus de vingt ans dans tous les cas de

CONSTIPATION — Atonie intestinale — Hémorroïdes — Jaunisse — Grossesse — Allaitement.

Pas de Congestion, pas de Coliques, pas de Diarrhée, pas d'Accoutumance.

DOSE : UNE PILULE chaque soir au repas

ÉCHANTILLONS GRATUITS

DE CES PRODUITS SUR
DEMANDE adressée à laPHARMACIE DECARY 1688 RUE STE-CATHERINE
A MONTREAL.MARIUS ÉPARVIER, Pharmacien de 1^{re} classe, 26, Grande rue Saint-Clair, LYON (France)**AFFECTIONS DE LA GORGE**

Laryngites, Pharyngites, Amygdalites

Angines, Diphtérie

Toux nerveuses

Picotements

PASTILLES HOUDÉ
à la **STOVAÏNE**

POSOLOGIE :

Chaque Pastille

renferme exactement

3 milligrammes de principe actif.

DOSE : 6 à 12 par jour suivant l'âge,
à prendre consécutivement.

Dépôt : A. HOUDÉ, 9, Rue Dieu, PARIS, DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

CAPSULES DARTOIS

Ogr. 05 véritable créosote de hêtre titrée en Gaïacol. 2 à 5 à chaque repas, contre :

Toux rebelles, Bronchites chroniques, Tuberculose

6, rue ABEL, PARIS (Anct. 83, rue de Rennes). Le Fl. 3 fr.

6 décembre: Ordinairement le soir, on signale une sensation de froid, autrement le malade se sent bien; appétit bon.

7 à 12 décembre. Trois accès de fièvre; en même temps bien-être subjectif. Le foie a diminué de volume; sur la mamillaire, il est au niveau du rebord costal; sur la ligne médiane, il est à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Rate non augmentée à la percussion; non palpable.

18 décembre. Augmentation de poids de près de 3 kilos. Traitement suivi jusqu'ici: 2 gr. d'iode de sodium.

A partir du 16 décembre, on injecte dans la région fessière, deux centimètres cubes d'Enésol, tous les deux jours.

20 décembre. Foie plus mou et plus petit.

30 décembre: Le malade se trouve constamment très bien. La fièvre et la sensation si désagréable de chaleur ont totalement disparu.

1910. 10 janvier: Foie à peine palpable sur la ligne mamillaire au niveau du rebord costal; sur la ligne médiane, il n'est pas tout à fait à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde; augmentation de poids.

20 janvier. Après 18 injections d'Enésol: réaction de Wasserman négative.

23 janvier. 20^e injection d'Enésol. Pas d'albumine dans l'urine.

24 janvier. Depuis le 12 décembre le malade n'a plus de fièvre; il se sent en santé parfaite et sort de l'hôpital sur son désir.

Augmentation de poids depuis l'entrée 4 kilos 1/2.

La teinte subictérique a totalement disparu; les limites de palpation du foie sont les mêmes qu'au 20 janvier. La rate à la percussion ne semble plus augmentée de volume. Pulsations: environ 80, et cela de façon constante.

Nous appuyant sur les antécédents de syphilis qui avaient provoqué des manifestations jusqu'à ces dernières années, nous appuyant aussi sur la réaction de Wassermann complètement positive et sur les modifications du foie, nous avions porté le diagnostic de syphilis hépatique: et comme la situation nous faisait éliminer la cirrhose syphilitique et la gomme du foie, nous pensâmes à une forme assez aiguë d'hépatite diffuse ou à une dégénérescence du foie. L'effet rapide du traitement spécifique parle en faveur de cette étiologie. Déjà pendant le traitement ioduré, le foie diminua de volume. Une série de 20 injections intrafessières d'Enésol nous permit cependant d'obtenir une disparition complète des manifestations et en particulier des accès fébriles: le malade jusqu'à sa sortie, les températures oscillèrent entre 36° et 36°6; température maxima 36°9, le 18 décembre à 4 heures de l'après-midi.

Au point de vue du diagnostic différentiel, il y avait à tenir compte de la malaria, cependant on l'élimina à cause de l'irrégularité des accès fébriles qui, en outre, se produisaient sans sueurs, et même parfois sans frissons, à cause aussi de l'augmentation du foie qui dominait le

tableau pathologique alors que la rate était au second plan et enfin d'une raison qui n'est pas la moins importante: les constatations négatives fournies par l'examen du sang.

2^e SEJOUR A L'HOPITAL.

Renseignements recueillis le 6 juillet 1910. Santé parfaite depuis que le sujet a quitté la Clinique, signalons spécialement qu'il n'a pas ressenti la moindre sensation de chaleur. Tout d'abord, il se livra à l'exercice de sa profession à Vienne, et plus tard en Moravie et en Sibérie. En dernier lieu il travaillait dans un village de Moravie, en montagne. Un jour, il se baigna en cet endroit, dans un établissement de bains en plein air et il fut piqué sur tout le corps par des moustiques. Cela se passait le 19 juin, 5 jours plus tard, il fut pris d'un malaise général avec anorexie. Le lendemain, 25 juin, après le repas de midi, survinrent des nausées, une sensation de faiblesse et de vertige à un degré si marqué que le malade tomba et dans sa chute se mordit la lèvre inférieure et se blessa au front. Pas de perte de connaissance. Il se ressaisit immédiatement et se mit au lit. Un frisson violent s'empara de lui accompagné d'une sensation très pénible de chaleur et de soif, la température monta jusqu'à 41° et la crise se termina par une abondante sudation.

Du 26 au 30 juin, il n'eut plus d'accès semblable, cependant il se sentait très abattu et mal à son aise, de sorte que le 30, il partit pour Vienne. Le 1^{er} juillet un nouveau frisson survint vers le soir, mais l'accès fut d'intensité moindre. Comme les 3 et 5 juillet, il eut, l'après-midi, de nouveaux accès, très violents, de même nature, il revint ce matin (8 juillet) à la Clinique pour la seconde fois. Il a pris de la quinine en poudre immédiatement après le premier accès, mais il l'a vomie tout de suite après. Depuis, il n'a pas fait de traitement.

Etat actuel. (6 juillet 1910) Amaigrissement et teinte subictérique, comme lors de la première entrée. Température normale. Organes thoraciques normaux. Foie augmenté de volume, palpable à 4 bons travers de doigt au dessous de l'appendice xyphoïde et à deux travers de doigt sous le rebord costal droit, sensible à la pression, présentant la même constitution que la première fois. Matité splénique augmentée, 7^e à 10^e côte; en bas elle s'étend presque jusqu'au rebord costal. Le pôle antérieur de l'organe est palpable. Le reste de l'abdomen est normal. L'urine renferme de l'urobilin et de l'urobilinogène en quantités appréciables, sans autres éléments anormaux.

MARCHE DE LA MALADIE

7 Juillet. Malade déprimé dès le matin; peu d'appétit. A 1 heure 3/4 l'après-midi: au milieu d'une sensation de froid apparaît un frisson tellement violent que le lit en tremble. Quand le frisson a duré environ 1 heure, la sueur commence à apparaître. Le malade éprouve une soif torturante, il a une forte céphalée et se sent très affaibli. La température monte jusqu'à 40°9.

Pendant cet accès de nombreuses plasmodies malariennes se montrent dans le sang. Fond de l'oeil normal.

9 et 11 Juillet. Nouveaux accès. 9 Juillet; réaction de Wasserman complètement positive.

13 Juillet. 9h. 1/2 du matin 0,30 cgr. du 606-Ehrlich dans 20 cc. d'émulsion, en injection dans la région fessière.

à midi: température 37°5. Douleur augmentant aux deux endroits où furent faites les injections de sorte que le malade ne peut rester couché sur le dos; irradiations allant jusqu'aux pieds; les endroits injectés sont très sensibles à la pression et très infiltrée. Vers midi 1/2 le froid et le frisson commencent à se manifester. Mais, le frisson n'atteint pas l'intensité du précédent. Temp. à 2 h. 40°.

4 à 6 h. Bien que la température soit encore élevée le malade se sent mieux que lors des accès antérieurs et la tête est aussi plus dégagée. Temp. à 8 h. du soir 36°8.

14 Juillet. Journée apyrétique. Tandis que les jours précédents la teinte subictérique avait diminué, elle est aujourd'hui très intense, plus forte que lors de l'entrée. Le malade a mauvaise mine. L'infiltration et la douleur locale ont quelque peu diminué. Le malade se sent bien.

15 Juillet. La teinte subictérique a beaucoup diminué. Douleurs aux lieux de l'injection minimes, un peu plus fortes quand le malade s'assied. A ces régions, il y a des nodosités d'un volume un peu supérieur à celui d'un pois, assez dures, légèrement sensibles à la pression. Le foie est devenu plus mou et plus petit, son rebord est sur la ligne médiane un bon travers de doigt plus haut que les 6 et 12 juillet. La matité splénique demeure aussi à son pôle antérieur presque à 2 travers de doigt du rebord costal.

L'accès attendu pour aujourd'hui ne s'est pas produit. Il y a eu seulement un léger début de sensation de chaleur. Température vespérale subfébrile: 37°2.

Le 16 Juillet. Etat bon. Température vespérale subfébrile: 37°3.

17 Juillet. L'accès ne se produit pas: aucune trace. Maximum de température 36°7. Foie: état identique, mou; matité splénique demeure toujours à deux travers de doigt du rebord costal, le pôle antérieur ne se palpe pas de façon nette.

18 Juillet. Etat subjectif excellent. Le malade a bien meilleure mine et il a grand appétit. La teinte subictérique a complètement disparu. Aux lieux d'injections, il y a toujours une douleur locale de faible intensité.

21 Juillet. Foie diminué de volume et remonté de 1/2 travers de doigt sur la ligne médiane. Matité splénique à trois travers de doigt du rebord costal. Températures vespérales allant jusqu'à 36°9.

22 Juillet. Augmentation de poids depuis le 15 juillet environ 250 grammes. Réaction de Wasserman d'intensité moyenne.

25 Juillet. Le foie et la rate ont encore diminué. Le rebord du foie se sent à deux bons travers de doigt au dessous de l'extrémité de l'apophyse zyphoïde et à 1 travers de doigt en dessous du rebord costal. La rate est à 3 travers de doigt 1/2 du rebord costal.

28 Juillet. Nouvelle augmentation de poids de 800 gr. Pas d'accès depuis le 13 juillet. Le malade est congedié sur ses instances.

Matité splénique commençant au bord inférieur de la 8e côte, se terminant sur la ligne axillaire à 4 travers de doigt avant le rebord costal; l'organe ne peut être atteint même par la palpation profonde. Foie: comme au 25 juillet; non sensible à la pression. Peau et sclérotiques présentant une teinte absolument normale. Les réflexes rotuliens, vivement exagérés, n'ont pas varié dans toute la durée de l'observation. L'urobiline et l'urobilinogène ont disparu de l'urine; pas d'autres éléments anormaux.

30 Juillet. (à la consultation) Réaction de Wasserman comme au 22 juillet (intensité moyenne).

Le tableau suivant permet de comparer l'état du sang pendant les deux périodes d'observation.

Si nous examinons les données recueillies jusqu'ici sur ce cas, nous semblons avoir obtenu la réalisation de notre espoir et atteint d'un seul coup deux facteurs nuisibles avec la nouvelle préparation arsénicale d'Ehrlich. Car, étant donnée l'hypertrophie nouvelle et répétée du foie que nous ne sommes pas habitués à voir chez les paludéens de nos pays, il nous semblait plausible de supposer que la syphilis jouait encore un rôle dans le tableau clinique. Il est vraisemblable que le foie du syphilitique est beaucoup plus accessible à une lésion que celui du sujet non syphilitique. L'observation faite à notre Clinique de la fréquence de l'ictère catarrhal chez les spécifiques parle d'une façon particulière en faveur de cette supposition. Il existe dans la littérature quelques données sur l'action réciproque de la syphilis et de la malaria. Ainsi A. Klein (1) et Plehn rapportent chacun un cas de récurrence de paludisme provoqué par l'infection syphilitique. D'autre part, on peut admettre qu'une syphilis préexistante peut ajouter des traits au tableau pathologique du paludisme. Mais, il est possible de rencontrer aussi des difficultés portant purement et simplement sur le diagnostic différentiel des deux affections. Ainsi, Thomas Reads (2) avait déjà observé en 1837 un cas de prétendu paludisme colonial, où tout traitement anti-malarien demeura sans effet et qui guérit rapidement par les frictions mercurielles. Le contraire aussi, c'est à dire la confusion de la malaria avec la syphilis peut se produire même à notre époque où nous opérons avec les méthodes modernes d'examen. Dans notre cas, en comparant l'état actuel avec celui de la pré-

(1) A. Klein. Wiener Klin. Wochenschrift, 1891 p. 746. Plehn. Etudes étiologiques et cliniques sur le paludisme. Berlin 1892.

(2) Cité d'après le Schrecksbericht de Wirchow. Hirsch 1872.

mière affection, mon regard se fixa sur un symptôme, secondaire en apparence, qui existait alors et qui, après l'apyrexie, devint de nouveau permanent; je veux parler de l'hyperéosinophilie du sang. Il y a plus encore: qu'on compare dans le tableau hématologique les chiffres de pourcentage des leucocytes qui sont identiques sauf pour la décimale. Ayant considéré l'éosinophilie et la mononucléose du sang, qui ont duré du 19 juillet jusqu'à la fin de l'observation (4 août) comme un signe de la malaria au stade apyrétique, j'eus le désir de reviser l'examen du sang prélevé autrefois. Je me rappelai avoir fait quatre frottis que je n'avais cependant pas examinés. Je les recherchai et, à ma grande joie, constatai que les faits confirmaient la conclusion à laquelle j'étais arrivé.

Préparation par la méthode de Leischmann du 26 novembre 1909 (au milieu de la période apyrétique). Formes en croissant du Laveran, typiques, en grandes parties extraglobulaires, en nombre très considérable. En outre nombreuses formes assexuées du parasite tropical, allant de la petite sphère apigmentée de plasma jusqu'à la forme pigmentée, çà et là plasmodies pourvues de prolongements anoebiens. Ces formes sont peu nombreuses en dehors des globules. Polychromasie diffuse de quelques globules rouges. Eosinophilis très forte, polynucléose très marquée.

Il s'agissait donc, chez notre malade, la première fois d'une infection avec parasites formant des croissants, la seconde fois il n'y avait dans le sang que les parasites ordinaires de la fièvre tierce.

Ce qui est important dans notre cas au point de vue du diagnostic, c'est la proportion de leucocytes; nous devons y insister, car les indications à ce sujet trouvées dans la littérature se contredisent absolument. Turck (1) trouva, dans quatre cas, une tendance marquée à la diminution des éosinophiles pendant l'accès et des valeurs normales en dehors des accès. D'autres auteurs (1) trouvèrent une éosinophilie marquée dans la période où il n'y avait pas d'accès. Vincent (2) parle des éosinophiles et des lymphocytes. A mon avis la façon dont se comportent les éosinophiles dépend du degré de l'érythrolyse (3) elle est donc parallèle à la gravité du cas. Chez notre malade, la destruction des érythrocytes était très marquée, il existait une amende considérable, dans les globules blancs on trouvait des débris de globules rouges phagocytés, des signes de réaction médullaire (normoblastes et çà et là un myélocyte), signes qui existèrent autrefois et aujourd'hui. Ce qui était extraordinaire dans notre cas c'était l'absence de leucocytose pendant l'accès.

La deuxième période d'observation a encore un symptôme qui lui est commun avec la première, c'est la polyurie qui est très fréquente dans la malaria. En effet, interrogé ultérieurement, notre malade déclare que

pendant sa première et sa seconde maladie, il avait remarqué une augmentation de la quantité d'urine.

Occupons-nous maintenant de la signification de la réaction de Wasserman dans notre cas et de la question de savoir si la syphilis acquise antérieurement par le malade jouait un rôle dans la scène morbide dont nous fûmes spectateur. W. Boehm (4) chez 35,5 p. c. de paludiques qui n'étaient pas certainement syphilitiques trouva positive la réaction de fixation du complément, mais seulement quand il trouvait des parasites; dans 3 cas la réaction devint négative après disparition des plasmodies. Les constatations faites dans notre cas sont complètement d'accord avec cela: pendant l'existence des parasites de la malaria, réaction complètement positive. Guérison de la fièvre paludéenne. Réaction négative. Résultat du laboratoire de sérodiagnostic (Clinique Finger) pendant l'infection tierce: lors de l'abondance de la faune parasitaire de la période fébrile: réaction complètement positive; après cessation de la fièvre, alors que le nombre des plasmodies était très réduit: réaction d'intensité moyenne.

Donc, étant donné ce parallélisme parfait avec la présence des parasites, c'est à dire avec la façon dont se comporte la fièvre, la réaction de Wasserman n'est pas utilisable dans notre cas, au point de vue de la syphilis. Mais le reste de l'ensemble des symptômes, en particulier l'état du foie, s'explique maintenant sans peine parce que notre diagnostic est certain. Le premier tableau morbide présenté par notre malade s'observe souvent dans la malaria pernicieuse; récides cycliques, accès isolés, en succession irrégulière, sans sueurs. Plus tard, à la Clinique, même sans frisson, nombreuses formes en croissant dans le sang dans l'intervalle de deux cycles, formes de sporulations absentes à ce moment. C'est justement dans ces formes graves que le foie, par suite de l'hyperhémie et du dépôt de pigment, occupe une place au premier plan. Il est facile de comprendre qu'un organe ainsi ne pourra pas revenir aussi rapidement à un état parfaitement normal, même après destruction du micro-organisme qui a été le facteur pathogène; l'hyperhémie disparaît assez vite, la pigmentation très graduellement. On comprend aussi qu'un tel foie pourra réagir à une fièvre tierce, même bénigne, par une forte augmentation de volume. L'hypothèse de ces modifications hépatiques concorde très bien avec l'état clinique du foie chez notre malade, tandis que le diagnostic de syphilis hépatique ne nous en fournissait, certes, aucune explication de nature à nous satisfaire.

(1) S. Karl Meyer, Die klin. Bedeutung der Eosinophilie. Berlin 1905.

(2) Vincent, Ann. de l'Institut Pasteur 1897.

(3) Fleckseder, Ein Fall von hamolytischem Icterus. Beiblatt zu den Mitteilungen der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien 1910.

(4) W. Boehm. Malaria und Wasser manische Reaktion II. Tagung der tropenmed. Gesellschaft in Berlin 1909. Zentralblatt für Bakt. und Parasitenkunde 1909. T. 43 Analyses.

(1) Turk. Klinische Untersuchungen über das Verhalten den Blutes bei akuten Infektion Krankheiten, Vienne et Leipzig 1898.

Nous passons maintenant à la question de savoir s'il est possible de trouver une relation quelconque entre les accès pernicioeux naciens et la fièvre tierce récente. Je répondrai par la négative d'une façon absolue au moins en ce qui concerne l'agent. A mon avis, il s'agit dans notre cas d'une réinfection réelle par des plasmodies d'une autre variété: les formes de la tierce faisaient nettement défaut dans la première infection et les croissants manquèrent toute la durée d'observation de la seconde. La courbe de la fièvre de la deuxième infection ne présente pas non plus le type de la tierce maligne. Enfin, le malade fournit lui-même des indications sur le mode de réinfection. Deux circonstances nous frappent ici: d'abord, la nouvelle infection s'est produite dans un pays qu'il n'y a aucune raison de suspecter de malaria. Il faut peut-être chercher l'explication de la production de l'infection, malgré cela, dans le fait qu'au même endroit, des ouvriers italiens qui pouvaient transmettre l'infection travaillaient avec le malade. Comme il ne semble pas qu'il se soit produit d'autres cas de fièvre intermittente aigue en cette région, on pourrait penser que le fait d'avoir eu antérieurement une fièvre pernicioeuse avait fait acquérir au malade une prédisposition particulière à la malaria. Nous sommes amenés à la même hypothèse par le deuxième fait marquant: à savoir que, chez lui, le temps d'incubation de la fièvre tierce ne fut que de six jours, tandis qu'ordinairement, dans la malaria, ce stade dure en moyenne 10 à 12 jours et que ce n'est que dans les cas d'infection très grave qu'il s'écoule seulement 5 à 6 jours entre l'infection et l'apparition de la maladie. (1)

Quant au traitement, il fut, dans les deux variétés de fièvre, différent par le remède, le dosage et le résultat. On fit en tout 20 injections intrafessières d'Enésol Clin qui est une solution de salicylarsinate de mercure à la dose de 2 cc. par chaque injection, c'est-à-dire qu'en 40 jours, on injecte, à doses réfractées, 0 gr. 46 de mercure et 0 gr. 17 d'arsenic. Le résultat fut une guérison complète de la fièvre pernicioeuse, guérison se manifestant d'abord par l'absence de la fièvre, la disparition totale de la réaction de Wassermann et enfin la destruction permanente des parasites. Contre la tierce bénigne de la deuxième période, on injecta en une seule fois, dans la fesse 0,30 gr. de dioxydiamidoarsenobenzol. D'après la formule (1), cette quantité correspond à 0,12 cent. d'arsenic. Le résultat sembla être extraordinairement rapide. Il est vrai que par suite de la lente résorption de l'émulsion colloïdale l'accès qui devait arriver environ 3 heures après l'injection, se produisit, mais il fut beaucoup moins intense que les précédents. Les accès qu'on attendait ensuite ne se produisirent, par contre, et le malade est demeuré maintenant 3 semaines sans accès.

Nous avons incontestablement dans l'arsenic un remède d'action spécifique sur l'agent de la malaria. Boudin (2) avait, le premier, reconnu cette propriété à l'arsenic. Récemment plusieurs auteurs (Georgopoulos,

Grosch, Gonder et Depos (3) ont employé avec succès contre la malaria l'atoxyl en injections répétées.

Vassal (4) au contraire vit que l'Atoxyl seul n'avait aucune action sur la fièvre. Du reste, l'arsenic a peu conquis de partisans comme antipaludéen. Maragliano (5) lui refuse toute valeur spécifique. Celli (6) même déconseille son emploi. Il est exact en tous cas que les parasites sont relativement résistants vis-à-vis d'une dose unique et forte d'arsenic, car, par suite de leur mode cyclique particulier de développement, ils sont capables de survivre à l'action de ce remède et, bien que lésés pour longtemps ils peuvent à la fin reprendre toute leur activité. Ainsi chez notre malade, le dernier examen de sang, fait le 4 août, montra une augmentation, minime cependant, et une forme normale des plasmodies par comparaison avec ce qu'on avait constaté jusqu'ici après l'injection. Cependant avec cela, une légère teinte subictérique est revenue récemment aux sclérotiques et le malade éprouve, de temps en temps, de légers accès de sensation de chaleur. Nous ne pourrions donc pas nous passer d'un traitement ultérieur à la quinine. Peut-être faudrait-il préférer dans la malaria le dosage fractionné de la *Therapia sterilisans magna* inaugurée par Ehrlich. Peut-être la combinaison, sous la forme indiquée plus haut, convenue dans l'Enésol a-t-elle une action spécifique sur le processus morbide. Les expériences sur un plus grand nombre de malades que celui que nous avons à notre disposition à Vienne doivent en décider.

CONCLUSIONS

1° L'éosinophilie et la mononucléose du sang peuvent être l'imposant stigmatisme d'une infection malarienne latente. Le nombre des éosinophiles dépend, dans la malaria, du degré de l'érythrolyse et est donc parallèle à la gravité du cas.

2° La réaction de Wassermann peut être complètement positive dans la fièvre coloniale comme dans la fièvre tierce et semble marcher parallèlement à la quantité de plasmodies existant dans le sang. Elle peut donc, à côté de l'état du sang servir d'indicateur de la guérison de la fièvre intermittente.

3° L'arsenic mérite d'être employé dans la malaria, non pas seulement à titre de fortifiant et de régénérateur du sang, mais aussi comme un poison spécifique pour les plasmodies. La fièvre coloniale contre les récidives de laquelle la quinine est si souvent impuissante peut guérir complètement par l'injection intramusculaire répétée d'Enésol; les parasites et la réaction de Wassermann disparaissent sans laisser de traces. Par

(1) K. Alt. Munchener med. Wochenschrift 1910. No 11.

(2) Boudin. Traité des fièvres intermittentes, Paris 1842.

(3) R. Gonder et F. Dapas, Wiener klin. Wochenschrift 1908, No 23.

(4) J. Vassal. Bull. de la soc. de Path. exot. 1908.

(5) E. Maragliano. Handbuch von Penzoldt-Stintzing, 1894.

(6) Celli. IIe Compte-rendu de la Sté Italienne pr l'Etude de la malaria.

(1) Cf. Ruge: Malaria-Parasiten. Handbuch der patholog. Mikro-organ. de Kolle-Wasserman 1903, Tome I, p. 768.

contre l'application massive du 606 dans la fièvre tierce bénigne amène, il est vrai, une cessation des accès et une destruction étendue des plasmodes; un affaiblissement du cycle de ces dernières et une réaction de Wasserman incomplète se montrent encore, cependant, trois semaines après l'injection. En tous cas les injections d'arsenic devraient être essayées d'une façon plus étendue, sous l'une ou l'autre forme dans la malaria et dans les formes bénignes présentant de l'idio-syncrasie à l'égard de la quinine.

4° Le dioxydiamidoarsénobenzol d'Ehrlich a produit, dans ce cas, comme dans d'autres observés par nous, une douleur très marquée, persistant souvent assez longtemps, ainsi que de l'infiltration, mais, dans aucun cas, il n'y a jamais eu de phénomènes généraux menaçants. Comme le montre, d'une façon spéciale, notre cas de malaria, le remède, employé en injections intra-musculaires n'est résorbé que très lentement.

ADDITION AU 29 AOÛT 1910

Le pronostic que nous avons exprimé plus haut s'est vérifié. *L'effet étonnant du 606 d'Ehrlich chez notre paludéen n'indiquait pas une guérison durable.* D'après une lettre, le malade a eu, depuis le 23 août, de nouveaux accès de fièvre, du type tierce, avec des températures jusqu'à 40°2 et de très fortes sueurs, sans frissons pour le moment. Il compte revenir à la clinique chercher une guérison définitive.

Pratique gynécologie

Indications et technique du curettage de l'utérus

Devenu très vite, après l'avènement de l'antisepsie, l'une des opérations les plus banales de la chirurgie gynécologique, le curettage fut appliqué trop indistinctement à des affections utérines fort différentes. Les succès se multiplièrent, et l'on en vint à dire que l'intervention était toujours inutile. Dans l'un et l'autre sens, le but avait été dépassé. Le curettage reste une excellente opération, simple et facile, pourvu qu'elle soit pratiquée sous le couvert d'une stricte asepsie; il est capable entre toutes les mains et presque dans tous les milieux, de donner les meilleurs résultats, à condition de ne lui demander que ce qu'il peut donner, c'est-à-dire de respecter strictement ses indications et ses contre indications.

I.—INDICATIONS

Il peut être question d'un curettage: 10 dans les hémorragies ou les infections utérines post partum ou

post abortum; 20 dans les affections inflammatoires banales de la muqueuse de l'utérus.

L'infection consécutive à l'avortement est très souvent justiciable de l'emploi de la curette; à la première élévation thermique, on pratique une injection intra-utérine: est-elle insuffisante à faire tomber la fièvre, le curettage s'impose, et l'on doit même y recourir d'emblée si l'inspection de l'oeuf expulsé ou l'examen direct de la malade prouvent qu'il y a rétention de quelques fragments placentaires. A attendre il n'y a rien à gagner, car les accidents infectieux peuvent s'aggraver singulièrement en douze ou vingt-quatre heures.

Les *hémorragies post abortum* qui persistent après l'apparente délivrance et qui durent parfois des semaines ou même des mois, constituent encore une *indication formelle*: si l'utérus saigne, c'est qu'il n'est pas vide, et son évacuation est seule capable d'assurer l'hémostase.

Pendant notre internat dans les maternités de de l'hôpital Boucicaut et de l'hôpital Saint-Antoine, nous avons pu observer plusieurs centaines de malades entrées à la suite de fausses couches. Suivant la pratique de notre maître, M. le Dr Doléris, nous avons systématiquement nettoyé à la curette et à l'écouvillon non seulement les utérus franchement infectés, mais encore tous les utérus suspects (suintement sanguin persistant, température vespérale dépassant 37°6, pouls un peu raide). On peut accuser cette ligne de conduite d'être trop radicale et d'exposer à des interventions inutiles; il est certain qu'en dehors de la pratique hospitalière, elle rencontrerait des difficultés. Mais les résultats que nous avons obtenus prouvent du moins l'excellence de la méthode; il est hors de doute que le curettage correctement pratiqué met beaucoup de malades à l'abri des métrites tenaces si souvent consécutives à des infections légères nées d'un avortement.

Certains gynécologues, certains accoucheurs surtout, préfèrent au curettage le curage digital; dans un avortement de quatre mois ou davantage, quand la cavité utérine est encombrée de fragments placentaires volumineux et *adhérents*, le curage digital est le procédé de choix: jusqu'à trois mois ou trois mois et demi la curette nous a paru presque toujours d'un emploi plus simple et plus facile.

Il est assez délicat de préciser les indications du curettage dans *l'infection puerpérale post partum*; d'une façon générale on peut, avec Lejars, dire qu'il faut y recourir *"quand il n'y a pas de grosses masses placentaires retenues dans l'utérus ou adhérentes à la paroi, mais que la cavité est plus ou moins élargie et béante, et la muqueuse souillée de débris de membranes et de caillots putréfiés"*. La curette glisse en effet sur des fragments de délivre trop volumineux, ou les dilacère sans les entraîner au dehors: si l'on insiste, on risque une perforation; le curage digital est, en pareil cas, bien préférable.

On a beaucoup reproché au curettage pratiqué chez une nouvelle accouchée ce danger de perforer un utérus dont les tissus sont très faibles; on a dit aussi que le nettoyage de la matrice restait très imparfait, malgré tous

les soins apportés à l'opération, et que la curette, en traumatisant les parois utérines, ouvrait aux germes septiques de larges bouches d'absorption. Ces reproches ne sont qu'en partie justifiés: l'emploi prudent de l'instrumentation que nous décrirons plus loin réduit au minimum les risques de perforation; d'autre part, les exemples abondent de curettages suivis des plus heureux résultats.

Pour rester sans danger en conservant le maximum d'efficacité, l'opération ne doit être pratiquée ni trop tôt ni trop tard. Jusqu'au troisième jour après l'accouchement, la curette est dangereuse et l'on n'a guère d'autre ressource que l'injection intra-utérine; d'un autre côté, il est évident que le curettage devient inutile ou reste impuissant quand l'infection, partie de l'utérus, est déjà propagée aux annexes et au tissu cellulaire pelvien, à plus forte raison quand il s'agit d'une septicémie ou d'une pyohémie.

En matière d'infection puerpérale tant soit peu grave, le curettage n'est d'ailleurs que le premier temps, l'un des termes de l'intervention thérapeutique (Lejars): injections de sérum artificiel, de sérum antistreptococcique polyvalent, de collargol ou d'électargol, médication générale tonique, etc., tous ces moyens devront être mis en oeuvre.

Il est une forme spéciale d'infection puerpérale, due à la rétention lochiale par antéflexion utérine, dans laquelle des moyens plus simples que le curettage suffisent le plus souvent à amener la guérison; les accidents, assez légers, n'apparaissent d'ordinaire qu'au 5^e, 6^e ou 7^e jour des suites de couches. Quelques injections intra-utérines et la correction de l'antéflexion au moyen d'un tampon sus-pubien font presque toujours disparaître tout phénomène morbide.

Appliqué aux affections inflammatoires banales de la muqueuse de l'utérus, aux métrites, le curettage a pour but de "provoquer artificiellement une mue de la muqueuse...; il substitue, comme on l'a dit, une nouvelle muqueuse régénérée dans un milieu antiseptique, à une membrane infectée par les germes et ayant subi des modifications profondes dont la régression serait des plus longues et des plus pénibles". Mais la curette "ne peut modifier en rien les altérations déjà anciennes du parenchyme, et de plus elle ne peut enlever toute la muqueuse, toutes les glandes, jusque dans le plus petit recoin. Si elle en supprime les parties superficielles les plus atteintes, elle laisse dans la profondeur les culs-de-sac glandulaires qui, s'ils président à la rénovation de la muqueuse, contribuent aussi à perpétuer l'infection".

Cette notion fondamentale, trop souvent oubliée, explique bien des déboires; le curettage ne saurait être indistinctement appliqué à toutes les catégories de métrite: son emploi judicieux nécessite un examen clinique approfondi et l'exacte connaissance des lésions anatomo-pathologiques de l'utérus dans les diverses variétés d'inflammation de sa muqueuse.

Dans l'endométrite cervicale chronique, avec gros col bourré de kystes et sécrétion de muco-pus glaireux, un

simple curettage ne suffit pas, les culs-de-sac glandulaires échappant à l'instrument; il est indispensable de compléter l'intervention par des sacrifices, une hersage du col avec la curette-hersc de Doléris, et souvent par une opération plastique, Opération de Schroder ou procédés anglais).

Par contre, plusieurs variétés de métrite du corps de l'utérus peuvent, dans une large mesure, bénéficier du curettage proprement dit.

Le curettage est, en effet, "sans contestation possible, le remède héroïque et en quelques sortes spécifique de l'endométrite chronique fongueuse et hémorragique. Bien exécuté, il n'échoue jamais." Les leucorrhées muco-purulentes déjà anciennes et que l'on voit se transformer petit à petit en un écoulement sanieux, puis saignant (endométrie polypeuse) disparaissent le plus souvent sans retour.

L'endométrite exfoliatrice ou dysménorrhée membraneuse ne guérit presque jamais sans curettage, mais cette opération ne suffit pas à elle seule; en même temps que l'on abrase la muqueuse malade, il faut s'adresser "aux causes essentielles de la maladie: arthritisme et névropathie; contre ces deux divers facteurs devra être dirigé tout l'effort de la thérapeutique".

La métrite fétide des femmes âgées doit être toujours traitée par la curette; les difficultés du diagnostic entre cette forme spéciale et le cancer du corps de l'utérus rendent l'indication encore plus précise, car le curettage, véritable biopsie, permet à l'examen histologique de lever les doutes; nous avons eu tout récemment à nous louer de cette pratique.

S'agit-il d'une simple métrite fétide, le curettage assure la guérison; s'agit-il d'un cancer, on doit, à moins de contre-indication formelle tirée de l'état général, recourir à l'hystérectomie totale.

Dans certains fibromes et certains cancers de l'utérus, le curettage peut rendre de très appréciables services à titre de traitement palliatif. En atténuant ou en faisant momentanément disparaître les lésions de métrite hémorragique qui accompagnent les fibromes, il permet de gagner du temps et d'attendre la ménopause chez des femmes qui en approchent; il procure quelques répit aux malades qui ne pourraient supporter une intervention radicale.

Dans les cancers inopérables, le curettage "supprime les masses bourgeonnantes, arrête les hémorragies, calme les douleurs, et atténue pour un temps les pertes ichoreuses et fétides (3)".

Enfin, le curettage est un complément très utile, sinon indispensable, des hystéropexies et des colpo péri-néorhaphies.

II. CONTRE-INDICATIONS

Nous avons eu déjà l'occasion d'insister sur les circonstances qui, dans les infections post-partum ou post-abortum, rendent inutile ou dangereux l'emploi de la curette.

Appliqué aux métrites banales, le curettage reconnaît à de très rares exceptions près *deux contre-indications formelles*: la *métrite aiguë* et *l'existence d'une phlegmasie péri utérine* ou d'une *annexite*.

Pendant la phase aiguë du processus inflammatoire, la muqueuse est boursoufflée et infiltrée de pus, la musculature utérine presque toujours atteinte; le traumatisme opératoire ne pourrait que donner un coup de fouet à l'infection en faisant pénétrer des germes virulents dans les vaisseaux dilatés et gorgés de sang.

Si le tissu cellulaire péri-utérin ou les annexes sont touchés par une infection même atténuée, il faut encore s'abstenir de toute manoeuvre intra-utérine; au cours de l'opération, l'utérus est tirailé, des adhérences protectrices se rompent, et l'on a vu plus d'une fois des phénomènes péritonéaux très graves éclater à la suite d'un curettage pratiqué dans ces conditions.

III.—TECHNIQUE

Soins préliminaires.—Quand on le pratique après un avortement ou un accouchement, le *curettage* est presque toujours une opération d'urgence, et la malade ne peut subir une longue préparation. Si l'on n'a pu donner la veille un purgatif, on prescrira un *grand lavement à prendre plusieurs heures avant l'opération*, pour que l'intestin ait le temps de se vider et que des évacuations alvines ne se produisent pas au cours de l'acte opératoire. Les organes génitaux externes, toujours souillés par des écoulements septiques, seront rasés et longuement savonnés à l'eau chaude, ainsi que la face interne des cuisses. On donnera deux ou trois injections vaginales à l'eau oxygénée: le vagin sera lui-même, au dernier moment, nettoyé avec une compresse imbibée d'eau très savonneuse.

Le toucher aura permis de constater si la dilatation du col est encore suffisante pour permettre le jeu facile de la curette; le col est-il déjà refermé, le premier temps de l'intervention consistera à le dilater au moyen de bougies de Hégar, à moins qu'on ne préfère mettre une ou deux laminaires, si l'on en a le délai.

Chez une femme atteinte de métrite banale, l'opérateur choisit son jour et son heure; la malade peut donc être convenablement préparée par des injections et des toilettes vulvaires fréquentes, afin d'obtenir une asepsie aussi complète qu'elle peut l'être dans ces régions. Le col doit toujours être *bien dilaté*; deux procédés peuvent être mis en oeuvre à cet effet: la dilatation extemporanée au moyen de dilata-teurs spéciaux ou de bougies de Hegar, — pratiquée au moment même de l'opération, — et la dilatation progressive à l'aide de laminaires. Nous donnons sans hésiter la préférence à la *dilatation progressive*, qui assouplit merveilleusement l'utérus, étale la muqueuse malade jusque dans ses petits replis et facilite beaucoup l'intervention. Cette dilatation peut être menée à bien en 48 heures, trois jours au maximum, à condition de changer les tiges dilatatrices toutes les dix ou douze heures; les douleurs quelques fois assez vive provoquées par les la-

minaires sont facilement calmées par l'administration d'un lavement laudanisé.

Manuel opératoire.—Il n'est pas indispensable d'endormir la malade. Nous avons fait un très grand nombre de curettages sans anesthésie, et beaucoup de patientes déclarent, à la fin de l'opération, qu'elles ont eu "plus de peur que de mal". Si la dilatation est parfaite l'anesthésie n'est pas nécessaire dans la majorité des cas: au contraire, la dilatation extemporanée pratiquée au début de l'intervention est très douloureuse.

Le matériel instrumental n'est pas très compliqué: une série de bougies de Hégar, (si l'on n'a pas fait de dilatation préalable), un jeu de valves, une pince à col, deux ou trois curettes, un hystéromètre, une pince longue à pansement utérin, une pince à faux germe (si l'on prévoit avoir à enlever de gros fragments de placenta), une sonde de Doléris ou de Budin, deux ou trois écouvillons de Doloris, un bock à injections stérilisé par ébullition avec son tuyau.

Le choix de la curette est très importants il en est de dangereuses, qu'il ne faut jamais employer dans des utérus ramollis, après un accouchement ou un avortement. Pour ces curettages post partum ou post abortum, M. Doléris a fait construire des curettes fenêtrées presque arrondies, à peine ovalaires, ayant la forme d'une bague dont la circonférence est mousse et dont l'un des bords seulement est taillé en biseau légèrement tranchant. Ces curettes, de dimensions variables, remplissent admirablement leur office et permettent d'éviter presque à coup sûr la perforation.

Le curettage gynécologique proprement dit permet l'emploi de curettes plus tranchantes; mais ici encore, fenêtrées, dont l'un des bords seul est coupant (curette de Bouilly) sont préférables. On en aura deux à sa disposition, de dimensions différentes: l'une pour le raclage des deux faces de l'utérus; l'autre, plus petite et triangulaire ou très ovalaire, pour le nettoyage des angles.

La malade étant mise en position obstétricale, on fait une dernière toilette des organes génitaux et la vessie est vidée par un cathétérisme aseptique; des champs stérilisés délimitent la région vulvaire. L'opérateur introduit dans le vagin deux valves qu'il confie à un aide (à la rigueur, on peut se passer d'aide en employant un spéculum ordinaire, ou mieux un spéculum de Clado); le col étant mis à nu, on saisit avec une pince la lèvre antérieure et l'on attire légèrement l'utérus. La valve antérieure est alors enlevée.

On commence par se rendre compte de la direction et de la profondeur de la cavité utérine en glissant sans force un hystéromètre. La reconnaissance du terrain ainsi faite, on entreprend le curettage proprement dit, en conduisant l'instrument prudemment et *methodiquement*. La curette attaque tour à tour la face antérieure, la face postérieure, les bords, le fond, les angles. Avec un peu d'habitude, quelques minutes suffisent à mener à bien l'opération: les utérus curettés pour métrite donnent, aussitôt que la muqueuse est détruite, une sensation spéciale perçue toujours par la main et souvent par l'oreille (cri

utérin); dans l'infection puerpérale, on ne doit jamais chercher à obtenir ce cri; mais celui-ci se produit assez souvent sans qu'on le cherche.

Dès que l'utérus est vide, on parachève le nettoyage en introduisant dans sa cavité, par des mouvements de vrille, un écouvillon de Doléris dont on coude à angle droit la tige libre, à quelques centimètres de l'extrémité, pour faciliter les manœuvres de rotation.

L'emploi de l'écouvillon est extrêmement utile, et un écouvillonnage bien fait suffit souvent à débarrasser la matrice dans les rétentions de membranes consécutives à l'accouchement, sans qu'il soit besoin de recourir à la curette. L'écouvillon ne doit pas être trop dur; on lui donne au besoin la souplesse voulue en le plongeant dans l'eau bouillante.

L'écouvillon retiré, on donne une grande injection intra-utérine très chaude pour entraîner les derniers débris: le liquide employé ne doit jamais être très toxique, et le sublimé, en particulier, doit être rigoureusement proscrié. Nous employons très souvent l'eau oxygénée coupée de moitié; dans les curettages pratiqués trois ou quatre jours après l'accouchement, mieux vaut, par prudence et à cause des bulles gazeuses que l'eau oxygénée dégage, utiliser du permanganate de potasse à 1-1500, ou encore l'une des solutions suivantes:

Liquueur de Labarraque: 30 grammes;
Eau stérilisée: 1 litre.

Iode métalloïde: 2 grammes;
Iodure de potassium: 4 grammes;
Eau stérilisée: 1 litre.

(Solution faible)

Iode métalloïde: 3 grammes;
Iodure de potassium: 6 grammes;
Eau stérilisée: 1 litre.

(Solution forte)

Nous nous sommes toujours bien trouvé de faire passer dans l'utérus, immédiatement après cette injection, 250 grammes environ d'alcool rectifié à 90°. Cette pratique, conseillée par Doléris, a l'avantage de provoquer quelques contractions utérines et d'amener l'expulsion un liquide d'injection retenu dans la matrice, tout en favorisant l'hémostase.

L'opération est terminée: il suffit d'assécher le vagin au moyen de quelques tampons et d'introduire dans l'utérus, sans la tasser, une mince mèche de gaze stérilisée imbibée de glycérine créosotée à 1-3 si l'on est intervenu pour une métrite, à 1-25 si l'on est intervenu pour une infection puerpérale.

Un tampon de gaze est placé dans le cul-de-sac postérieur, un autre sur le col; il est inutile de bourrer le vagin, dont la distension n'aurait d'autre effet que de gêner la malade et de favoriser la rétention d'urine. On applique ensuite un pansement vulvaire.

Soins consécutifs. — Si la malade ne peut uriner

seule le soir de l'opération, on la sondera avec de minutieuses précautions d'asepsie. Le pansement intra-utérin ne sera jamais laissé en place plus de 48 heures; il sera renouvelé au bout de 12 à 18 heures si la curette a ramené des débris putréfiés. D'une façon générale, on pourra se contenter ensuite des injections vaginales très chaudes et de maintenir un pansement sur la vulve. Le deuxième ou le troisième jour, on administrera un purgatif. La malade pourra se lever du huitième au quinzième jour, suivant le cas, à la condition de rester sous la surveillance du médecin.

A ces soins d'ordre général s'ajouteront, chez telle ou telle malade, des soins particuliers dont les indications seront fournies par la nature de l'affection qui a nécessité le curetage: dans les métrites, traitement des troubles dyspeptiques ou nerveux concomitants, cure thermale, etc.; dans les infections puerpérales, médication sur laquelle nous avons insisté déjà.

IV. — ACCIDENTS

L'hémorragie provoquée par le curetage est parfois assez abondante: il n'y a pas lieu de s'en préoccuper, car elle cesse presque toujours d'elle-même aussitôt que l'utérus est vide. Si elle persistait, il serait facile de s'en rendre maître par un tamponnement utéro-vaginal. On ne doit pas s'inquiéter davantage, — pourvu qu'elle soit passagère, — de l'élévation thermique très souvent observée dans les heures qui suivent l'opération.

La perforation constitue le seul accident redoutable; elle se produit surtout dans des utérus très ramollis par une infection puerpérale, mais on l'a vue survenir entre les mains des opérateurs les plus habiles au cours d'un curetage pratiqué pour une métrite banale. Si la malade n'est pas endormie, elle accuse une vive douleur; de plus, le chirurgien voit sa curette disparaître brusquement à une profondeur inusitée.

La conduite à suivre en pareille circonstance est différente suivant les cas.

Si l'on intervenait pour une métrite banale, on se contentera, à l'exemple de Pozzi, de ne pas donner d'injection intra-utérine et de mettre la malade au repos absolu, avec de la glace sur le ventre, tout en se tenant prêt à faire une laparotomie au premier symptôme de réaction péritonéale.

Si l'utérus que l'on curetait renfermait des débris très septiques, l'hystérectomie immédiate serait la seule chance de salut. — Dr J. Laurence, ancien interne des Hôpitaux.



LA MEDICATION IODOTANNEE

Vin Bonaparte

Iodo-Quino-Tannique

Succédané de l'Huile de Foie de Morue
Aperitif—Tonique et reconstituant par excellence

Le plus puissant des Iodo-Tanniques

Pas de contre-indications
Pas de fatigue stomacale

Trouve son application dans les cas suivants :

Engorgements ganglionnaires, lymphatisme, rachitisme, suppurations prolongées, MALADIES DE POITRINE, cachexies, anémie et faiblesse générale.

AGENTS POUR LE CANADA

"LE MEDECIN" LIMITEE

25, rue Notre-Dame Est, Montreal



BOVRIL.

Est fait avec les cellules musculaires de bœuf de première qualité parfaitement dissociées.

Les sucs de la viande, avec les enzymes intra-cellulaires en solution, sont concentrés et incorporés avec la fibrine pulvérisée de tissu musculaire frais.

Outre sa valeur comme aliment azoté, le **BOVRIL** est doué de propriétés hydrolysantes et oxydantes qui amènent une large part des changements anaboliques et castaboliques dans les tissus du consommateur.

Un échantillon de 3 onces, franco par la poste, sur demande

SAL LITHOFOS

Laxatif Salin Effervescent

SAL LITHOFOS est une préparation à base de lithine et de phosphate de soude.

Il est indiqué dans le traitement de l'indigestion, de la constipation du diabète, des affections gastriques et rénales.

Il trouve surtout son indication dans le RHUMATISME, l'ARTHRITE RHUMATISMALE, la GOUTTE, le LUMBAGO, la SCIATIQUE, les NEURALGIES, en un mot dans tous les désordres de la DIATHESE URIQUE.

SAL LITHOFOS contient en solution, sans précipité, la lithine et le phosphate de soude.

Cette combinaison possède des propriétés toniques, altérantes et laxatives que nulle eau minérale naturelle ne peut surpasser.

LA COMPAGNIE CHIMIQUE WINGATE

CHIMISTES FABRIQUANTS

545 rue Notre-Dame West

MONTREAL

PHARMACIE
du DOCTEUR MIALHE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
8, rue Favart, Paris.

SOLUTION DE DIGITALINE
Cristallisée de Petit-Mialhe Titree au milligramme
Soul traitement rationnel et scientifique des cardiopathes

LEVURE de BIÈRE MÉDICINALE
Furonculose, Eczéma, Diabète, Dermatitis

LAB-LACTO-FERMENT
Digestion et assimilation du lait à tout âge

BANANINE MIALHE
Farine de bananes phosphatée. Nourriture légère et rafraichissante.
Employée également avec succès dans le traitement de la
Dyspepsie, de la Gastro-Entérite et de la Constipation
habituelle.

ELIXIR ET PASTILLES DIGESTIVES MIALHE
Digestion - Suralimentation

Dépôt Général : **Agence ROUGIER**
MONTREAL

MALADIES DE LA PEAU

Les cas les plus rebelles d'ECZEMA,
PSORIASIS, DARTRES, RIFLE, DE-
MANGEAISONS, ULCERES, MAL DE
BARBE, ETC., sont guéris rapidement
par

— LA POMMADE —
ANTISEPTIQUE RAMEAU

Ce remède efficace a pour base une
association de produits antiseptiques
puissants et inoffensifs.
Les travaux d'une légion de savants
ont proclamé et prouvé les succès
éclatants de l'antiseptique, et les succès
obtenus dans les hôpitaux démontrent
tous les jours l'efficacité incontestable
de cette merveilleuse méthode.

En vente dans toutes les pharmacies

Dépositaires pour le Canada:
LECOURS & DECARY, — Montréal.

Pour les Etats-Unis:
GEO. MORTIMER & CO.,
247, Atlantic Avenue, — Boston, Mass.

TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN
OXYGENE PUR NAISSANT

Affections de la Gorge et Voies Respiratoires
Maladies et hygiène de la bouche et des dents

Les TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN sont à base d'Oxygène à l'état naissant de Menthol, faible de
Coscastovaine, de Benzoate de Soude et d'Extraits Végétaux d'un goût très agréable. Elles sont souveraines contre

Toux, Gripes, Larvngites, Pharyngites,
Asthme, Amphyseme, etc - - - -

Echantillons gratuits sur demande, adresser

Pharmacie PERRAUDIN, 70 rue Legendre, Paris, et au dépôt pour
le Canada, Pharmacie DECARY, 310 rue Sainte-Catherine Est, Mont-
réal.

6 A 10 TABLETTES PAR JOUR

TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN
OXYGENE PUR NAISSANT

Dans les **CONGESTIONS** et les **Troubles fonctionnels du FOIE**,
la **DYSPEPSIE ATONIQUE**, les **FIEVRES INTERMITTENTES**,
les **CACHEXIES** d'origine paludéenne

ET CONSÉCUTIVES AU LONG SÉJOUR DANS LES PAYS CHAUDS
On prescrit dans les Hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour, de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : **VERNE**, Professeur à l'École de Médecine de **GRENOBLE** (France)

ET DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER.

Dépôt Général pour le **CANADA** : Pharmacie **ARTEUR DECARY**, à **Montréal**.

Société Médicale de Montréal.

SEANCE DU 11 OCTOBRE 1910

Présidence du Dr E. Saint-Jacques

ADDISON ET ADRENALINE

Le Professeur Hervieux nous rapporte l'histoire intéressante d'un malade qu'il a vu pour la première fois le 5 février 1909 et souffrant d'hémorragies intestinales et nasales, impotence, asthénie, hypotension artérielle, etc., enfin tous les symptômes de la maladie d'Addison. Il prescrivit l'adrénaline à son malade et le suivit pendant quelques semaines alors qu'il constata une certaine amélioration. Ayant perdu de vue son malade, il le rencontre par hasard un an après et fut agréablement surpris d'apprendre qu'il se portait beaucoup mieux, au point de reprendre ses occupations antérieures. Le malade déclara, qu'il avait continué à prendre de temps en temps de l'adrénaline.

Le Dr Hervieux fait ici remarquer que malgré l'amélioration notable de son malade, la mélanodermie n'avait pas disparu. Il en profite pour exposer les différentes théories proposées pour expliquer la maladie d'Addison, en particulier celle de Brown-Sequard, la théorie nerveuse d'Addison et enfin celle de Chauffard, qui semble celle acceptée par tous aujourd'hui.

Le Dr Hervieux ne voudrait pas porter des conclusions d'après ce seul cas; mais il saisit l'occasion de l'exposer devant cette société et engage les médecins à prescrire l'adrénaline dans la maladie d'Addison.

Le Dr Latreille ajoute que dans la maladie d'Addison il y a des lésions glandulaires et des lésions nerveuses péri-capsulaires et d'après lui, ce serait les lésions nerveuses qui détermineraient la pigmentation.

UTILITE DU BUREAU D'HYGIENE, par le Dr Jules Laberge.

Cet excellent travail a été publié dans le No du 22 octobre de notre journal.

ADENOPATHIES CERVICALES:

Leurs causes et leur traitement.

M. B. G. Bourgeois nous donne ensuite un excellent travail sur les adénopathies cervicales.

Après avoir rappelé brièvement l'anatomie générale et la physiologie du système lymphatique, il aborda la question de l'étiologie des adénopathies. Il dit en substance que si les adénopathies secondaires sont relative-

ment faciles à diagnostiquer, il n'en est pas toujours ainsi des adénopathies primitives. Il faut alors recourir à l'examen histologique.

Quant au traitement, il rappelle que le traitement médical ne doit pas être laissé tout à fait de côté, en particulier dans l'adénopathie tuberculeuse; mais que cependant le traitement chirurgical donne de bons résultats, si on s'en rapporte aux statistiques.

Il cite les résultats merveilleux obtenus par le Dr Calot de Berck-sur-mer, dans les adénopathies tuberculeuses, grâce aux injections de naphтол camphré.

M. le Dr O. Mercier félicite le Dr Bourgeois et ajoute que si les ganglions tuberculeux sont suppurés, on doit faire les injections mais si au contraire les ganglions sont durs, les injections sont dangereuses et il conseille alors l'extirpation, surtout s'il en existe un grand nombre.

La séance est levée.

SEANCE DU 27 OCTOBRE 1910

Présidence de M. E. P. Benoit

Après lecture du procès-verbal, M. Benoit, exprime tous les regrets de la Société à l'occasion de la mort du professeur J. P. Rottot, et sur la suggestion du Dr. A. Lesage, secondée par le Dr Hervieux, les résolutions suivantes sont adoptées:

Les membres de la Société Médicale de Montréal ont appris avec regret la mort du bon et vénéré maître, le Dr J. P. Rottot, et offrent à la famille leurs vives sympathies, en cette triste circonstance.

Avant de passer à l'ordre du jour, M. Hervieux rappelle qu'à la dernière séance, M. Laberge avait invité la Société à former un comité pour étudier la question de la réforme des lois municipales en rapport avec l'hygiène. Après avoir étudié le projet, M. Hervieux croit que l'initiative de la Société n'est pas pratique pour le moment; il faut attendre le concours de toutes les sociétés sœurs.

SPECIMENS PATHOLOGIQUES

M. Latreille soumet à la Société des préparations histologiques, provenant de deux tumeurs de l'oeil; la première de ces tumeurs a évolué chez un homme de 70 ans, observé à la consultation de l'Hotel-Dieu, par le Dr Roy, qui doit en faire le sujet d'une communication anatomo-clinique ultérieure. Histologiquement, M. Latreille signale à l'attention des membres: 1er. la morphologie des cellules de cette tumeur, dont la plupart sont fusiformes; 2em. le groupement de ces cellules en alvéoles centrées par des vaisseaux, dont les parois sont embryonnaires ou à structure histologique à peine ébauchée. Ces deux caractères essentiels sont spéciaux aux sarcomes. M. Latreille profite de l'occasion pour rappeler la description histologique classique de ce genre de tumeur: embryologie, histogénie variété clinique. Parmi ces variétés cliniques, l'auteur appuie sur une en particulier, le sarcome méla-

nique, dont il présente un spécimen dans sa deuxième communication. Il s'agit cette fois, d'une tumeur de l'oeil, ayant évolué chez un homme de 40 ans, à la suite d'un traumatisme, et présentant les caractères physiques d'un véritable fragment de charbon. Histologiquement, c'est un sarcome globo-cellulaire dont les cellules du type chromoblaste, sont infiltrées de pigments mélaniques.

A PROPOS DU TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE

M. Lesage, qui vient de traiter une éclampsie multipare venue le consulter, quelques heures seulement avant sa première crise, fait l'exposé du traitement qu'il croit le plus avantageux aux malades. Il se résume dans les conclusions suivantes.

1e. Surveillance étroite de la malade par une personne compétente ou au moins dévouée.

2e. Chloroforme à la reine durant quelques heures, comme moyen palliatif.

3e. Si le pouls est rapide, avec tension artérielle élevée, comme c'est la règle dans ces cas, donner 20 gouttes de veratrum viride en injection sous-cutanée, puis 10 gouttes toutes les demie-heures, jusqu'à ce que le pouls descende à 60 pulsations. Il faut surveiller avec beaucoup de soin l'effet du veratrum viride sur le pouls qui peut descendre quelquefois en-dessous de 30.

4e. Saignée de 300 à 600 grammes suivant les cas.

5e. Lavage évacuant de l'intestin avec la sonde de Débove.

6e. Théobromine à la dose de 0. gram. 50 cent. toutes les six heures soit 2 grammes par jour, durant 2 ou 3 jours, suivant la quantité d'urine émise.

7e. Brom. de potasse à la dose de 1 à 2 grammes le soir s'il y a céphalé.

8e. Si la crise se continue ou s'aggrave, si l'anurie apparaît ou persiste, faire la décapsulation et même la néphrostomie.

9e. Hâter l'accouchement par la dilation bi-manuelle du col, afin de sauver l'enfant dont la vie est menacée.

10e. Diète hydrique pendant 12 heures, suivie de la diète lactée absolue pendant un temps plus ou moins long.

M. de Cotret en discussion est très optimiste: sur 300 à 400 malades éclampsiques qu'il a eu à traiter, il n'a eu que 8 décès.

Pour lui la cause première de l'éclampsie réside dans l'intestin. C'est l'intoxication intestinale, en présence d'un foie insuffisant qui amène l'altération du sang et des reins. L'éclampsisme précède l'éclampsie, il s'annonce par la constipation, les névralgies, les troubles de la vue et de l'ouïe, les vomissements et les oedemes. Contre l'éclampsisme M. de Cotret emploie la diète lactée, puis le chloral pendant deux ou trois mois.

Quand l'attaque survient, il utilise le chloroforme comme palliatif durant l'attaque seulement.

Il passe en revue les différents médicaments employés contre l'éclampsie et accorde sa préférence au veratrum viride, dont il a souventes fois, dans les revues, étudié les propriétés bienfaisantes.

MOYENS A PRENDRE POUR DIMINUER LA MORTALITE INFANTILE

Lar M. Eug. Gagnon.

Le problème de la mortalité infantile intéresse vivement tous les pays, spécialement la Province de Québec, où un taux de natalité exceptionnel nous laisse entrevoir les plus belles espérances nationales.

Cette mortalité peut s'enrayer en s'attaquant aux maladies évitables et plus spécialement à la gastro-entérite qui fait plus de victimes dans notre province que toutes les maladies réputées épidémiques réunies: rougeole, scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde et tuberculose.

Le meilleur moyen de mettre un terme à cette terrible maladie, c'est d'établir des consultations de nourrissons et de gouttes de lait. Ces institutions ont été inaugurées en France depuis près de 20 ans et se sont répandues avec une étonnante rapidité, à tel point que non seulement les grandes villes mais les municipalités rurales en sont pourvues. Toutes les nations européennes ont aussi suivi le mouvement, agissant indépendamment l'une de l'autre; consultations et gouttes de lait tendent à se fusionner pour le plus grand bien des nourrissons.

À Montréal depuis la fondation, pleine de promesses et d'existence trop éphémère, rien ou à peu près n'a été fait jusqu'à l'année courante qui vit s'établir trois consultations avec distribution de lait. L'une, celle de l'hôpital Ste-Justine est fondée sur le modèle de celle De Fecamp, les deux autres suivant la méthode suivie par Variot à Belleville, qui distribue le lait stérilisé du commerce.

La consultation de nourrissons et gouttes de lait de la paroisse St-Enfant Jésus, établie le 5 juillet dernier a donné des résultats très encourageants. Le pourcentage des décès par gastro-entérite durant 9 mois de l'année 1910, comparé avec les 6 dernières années, a été diminué d'une façon notable. Mais cette diminution porte surtout sur les mois de juillet, août et septembre dont la moyenne de décès par gastro-entérite était de 16.8 au cours des 6 dernières années et n'a été que de 7 cette année, soit 61 pour cent de diminution.

L'auteur croit que ces résultats remarquables ne sont pas seulement l'effet du hasard, et il vaudrait que dans un avenir prochain, ces établissements si utiles se généralisent dans toute la ville.

Avant de clore la séance, sur proposition de M. Bourgeois, l'assemblée décide de donner aux membres retardataires, une extension de temps pour payer leur contribution: jusqu'à la première séance de novembre.

À 11 heures la séance est levée.

(in Anal. des Praticiens.)



NOTES THERAPEUTIQUES

Dr L. E. FORTIER, Professeur de Thérapeutique, et Dr M. H. LEBEL, Médecin de l'Hôtel-Dieu

TRAITEMENT DE LA PÉRIARIESE.

Dans une thèse fort instructive pour tous ceux qui s'intéressent à l'hygiène des écoles, et c'est le cas pour la plupart des médecins de province, M. le Dr. Huet montre comment, de concert avec M. le Dr. Loir, ils ont organisé la lutte contre les poux dans les écoles du Havre, où, pour certains quartiers, ils constituent une véritable menace d'épidémie.

Nous ne pouvons insister ici sur les mesures prophylactiques à prendre en pareil cas; elles consistent surtout dans des visites répétées, en même temps qu'on distribue aux mères un opuscule indiquant les moyens à employer pour la destruction des poux et des lentes.

On peut employer dans ce but une pommade au bleu de méthylène préconisée par M. Thorel et dont la formule est la suivante: —

Bleu de méthylène, 2 grammes.

Eau distillée, 20 grammes.

Faire dissoudre le bleu et ajouter: —

Lanoline, 30 grammes.

quand l'incorporation du bleu est complète, ajouter pour faire une pommade:

Oxyde de zinc, 12 grammes

Sous-nitrate de bismuth, 12 grammes

Vaseline, 12 grammes.

Cette formule, excellente pour la clientèle de ville, est un peu coûteuse pour la clientèle ouvrière. M. Huet préconise dans ce cas plutôt les moyens suivants:

Chez les enfants dont la tête ne présente pas de porte d'entrée, telle qu'elle en présente quand elle est couverte d'impétigo, on emploie de préférence une solution de la formule suivante:

Vinaigre ordinaire, ââ

Liqueur de Van-Sweten, ââ

Cette formule, qui est d'ailleurs la formule en usage dans l'armée allemande, a l'avantage de n'être pas toxique, et, si on prend les précautions voulues, elle ne présente aucun danger.

Lorsqu'on se trouve en présence d'impétigo, on procède en deux temps. En premier lieu on prescrit:

Pétrole, ââ

Huile d'olive, ââ

Le mélange de l'huile au pétrole le rend moins inflammable, et cette solution, qui ne présente aucune toxicité, peut facilement être employée alors même que la peau présenterait une solution de continuité facilitant l'absorption, et on fait une friction au vinaigre sublimé un peu plus tard. La marche à suivre a été résumée dans la note suivante, remise aux parents:

"Faire à trois jours d'intervalle deux applications d'un mélange d'huile d'olive et de pétrole lampant à parties égales. Six à sept jours après, si les lésions produites par le grattage sont suffisamment atténuées, laver au savon noir et à l'eau, et faire une friction au sublimé dissous dans le vinaigre, à raison de 50 centigrammes de sublimé pour un litre de vinaigre."

LE TRAITEMENT DE LA PÉRICARDITE.

Toute péricardite exige le repos absolu au lit, en position assise si elle s'accompagne de dyspnée, et jusqu'à ce que tout reste d'épanchement et tout frottement aient disparu. Si la fonction cardiaque est revenue à la normale, on passe peu à peu aux exercices ordinaires, en commençant par la position assise.

L'alimentation se règle sur la nature de la maladie causale le régime mixte sera abondant chez les tuberculeux, avec repas fréquents et petits. En cas de néphrite ou d'urémie, le régime est celui de ces affections, moins rigoureux cependant si le cœur est menacé dans ses forces. La péricardite rhumatismale exclut le régime carné.

Une diète relative s'impose dans les cas fébriles sans tuberculose ni rhumatisme. Si le malade le désire, on peut lui permettre la viande finement hachée, et en tout cas des oeufs, du lait, des céréales, des consommés. Si le malade était habitué à l'alcool on lui accordera un peu de vin. Le café noir, le thé fort sont défendus. La quantité de liquide à autoriser dépend surtout de l'état de la fonction du cœur. Si cette fonction ne souffre pas, le malade peut prendre jusqu'à deux litres et plus de liquide par jour; dans le cas contraire on abaisse les liquides à un litre ou un litre et demi; c'est l'examen de la quantité d'urine qui renseigne le mieux à ce sujet. S'il est survenu des oedèmes on recommandera le régime déchloruré, qui peut être utile même dans les cas de péricardite tuberculeuse chronique.

Il est très important d'assurer des selles faciles, sans oublier que le malade ne doit pas quitter le lit, ni faire un effort.

Contre certains troubles locaux, douleurs angineuses surtout, l'auteur recommande soit le sac de glace, soit simplement les compresses froides. Cependant les compresses très chaudes sont supérieures dans leur action à ces dernières si les douleurs sont intenses. Elles ont d'ailleurs une action plus profonde et relèvent la fonction cardiaque. Les ventouses sèches ou des sangsues

calment aussi les douleurs. Enfin on peut utiliser la morphine ou le pantopon associé à la caféine.

Le traitement médicamenteux est à la fois étiologique et symptomatique. Il est causal dans la syphilis et le rhumatisme, encore le salicylate dans ce dernier cas n'a-t-il qu'une action limitée. Dans les péricardites des maladies infectieuses, on peut obtenir de bons résultats du collargol et de l'électrargol. Le traitement symptomatique a pour but d'abord de tonifier le myocarde par ces préparations digitaliques, de relever l'état général par les stimulants: caféine, éther, huile camphrée, de favoriser la disparition de l'épanchement par l'emploi des diurétiques.

Dans les cas où la péricardite aiguë s'accompagne d'épanchement dangereux pour le cœur, il ne faut pas hésiter à recourir à la paracentèse du péricarde; en général on choisit le cinquième ou sixième espace intercostal gauche soit près de la ligne mammillaire, soit à un ou deux centimètres en dehors du point où l'on reconstate ni frottement ni pulsation. Il faut agir de même dans la péricardite hémorragique. Un épanchement purulent exige la large ouverture du péricarde. Enfin les troubles graves causés par les adhérences peuvent être combattus par la cardiolyse.

Par le professeur N. Ortner (*Deut. med. Woch.*, 19 mai 1910).

+

TRAITEMENT DE LA TACHYCARDE PAROXYSMES DE LA MALADIE DE BASEDOW

Ce traitement est d'abord celui de la maladie de Basedow même. Il va de soi que dans les cas qui se distinguent par des accès particulièrement fréquents, le repos physique et intellectuel doit être observé pendant longtemps et qu'on doit utiliser tous les facteurs thérapeutiques qui sont utiles dans la maladie; régime végétal, traitement hydrothérapique léger, climadothérapie, galvanisation du sympathique, médicaments, arsenic, protyline, antithyroïne. Mais ce traitement ne réussit pas toujours à calmer la tachycardie. On ne doit, d'autre part, recourir à l'opération que si tout traitement interne a échoué. Et, d'ailleurs, les observations n'indiquent pas que les accès de tachycardie paroxystique aient été guéris après l'intervention.

L'auteur a employé avec succès certaines manoeuvres considérées comme efficaces: compression du pneumogastrique, inspirations profondes procédé de Valsalva, renversement de la tête, compression de l'abdomen.

Fairbrother qui était sujet dès sa jeunesse à des accès de tachycardie paroxystique, observait toujours le repos pendant les accès, jusqu'au jour où il découvrit qu'ils pouvaient rapidement s'arrêter en exécutant 60 à 100 sauts, comme le font les enfants qui sautent à la corde. Sheffield a vu une jeune fille de quinze ans sujette depuis dix ans à des accès, guérie définitivement après avoir eu un zona dans le territoire du deuxième nerf dorsal gauche.

Parmi les médicaments, les narcotiques sont parfois utiles. Hoessling a employé avec un bon résultat des lavements de teinture d'opium et l'auteur a utilisé avec avantage le pantopon préconisé par Sahli à la dose de 1 centigramme. Bamberger a constaté par contre l'échec complet des cardiaques, de la digitale, du strophanthus, de la caféine ou du canphre. Les préparations de valériane et de brome peuvent abrégé l'accès, mais il faut se garder d'employer de trop faibles doses. On appliquera en même temps une vessie de glace sur le cœur le malade étant au lit. Dans un cas, Bamberger a vu l'accès s'arrêter à la suite de douches froides sur le dos et les cuisses, mais le résultat n'a pas été constant. Le massage vibratoire du dos et du thorax, l'électricité n'ont donné aucun résultat. On peut dire du reste que nous ne possédons aucun moyen certain d'arrêter l'accès.

Par Bamberger (*Deutsche med. Woch.*, 28 juillet 1910).

✦

TRAITEMENT DE L'ASTHME PAR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES D'ADRENALINE.

Frappé de l'inefficacité des moyens ordinairement employés pour combattre certains accès d'asthme vrai (émétique, chloral, inhalations de fumées provenant de la combustion de poudres à base de nitre, stramonium, etc.). M. Brian Melland (*The Lancet*, 21 mai) eut l'idée de recourir aux injections hypodermiques d'adrénaline; les effets auraient été remarquables et immédiats.

Voici, à titre d'exemple, l'observation d'un des malades. Il s'agit d'une dame de trente ans, traitée depuis plusieurs années pour des accès d'asthme, au moyen de pulvérisations d'atropine et de cocaïne. Comme une de ses crises résistait à cette thérapeutique, on essaya des pulvérisations de solution d'adrénaline à 1/4000; ces dernières atténuèrent le processus morbide, mais ne le calmèrent pas complètement.

A quelque temps de là, lors d'une nouvelle crise, l'auteur injecta sous la peau de l'avant-bras dix gouttes de la solution d'adrénaline à 1/1000. L'effet fut presque instantané. Les pupilles se dilatèrent subitement, les paupières s'ouvrirent davantage, les sifflements bronchiques cessèrent immédiatement et un bien-être général envahit le sujet, qui put alors tousser presque naturellement; une expectoration légère eut lieu, comme il arrive à la fin de la crise. Jamais, avec aucune médication, un résultat aussi rapide n'avait pu être obtenu. A chaque nouvelle reprise d'asthme, on pratiquait une injection d'adrénaline et chaque fois cette injection arrêta l'accès presque instantanément, le "temps de compter jusqu'à cinq", suivant l'expression de la malade.

Au fur et à mesure que de nouvelles crises se produisaient, la dose de l'injection devenait moindre (six gouttes), car ces crises étaient elles-mêmes moins fortes. Finalement, au bout de trois mois, l'asthme avait complètement disparu.