

Le Journal de Médecine et de Chirurgie

Montréal, Canada

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

SOMMAIRE

MEMOIRES:

- La méningite cérébro-spinale — Son diagnostic.
Par le Dr L.-E. Fortier. 193
- Thérapeutique Médicale: Le repos dans les maladies du coeur. Par M. le Dr Ch. Fiesinger. 196
- Clinique Médicale: Les colites hémorrhagiques. Par M. le Dr Mathieu. 200
- Thérapeutique obstétricale: Traitement de l'éclampsie puerpérale pendant le travail. Par M. le Dr Boissard. 203
-
- Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette. 205
-

PROGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES:

- Pansement des otites moyennes. — Des indications opératoires dans la cholelithiase. 208

En vogue depuis nombre d'années

Liquor Sedans

Chaque once liquide renferme: senellier 60 grains, hydrastine, équivalant à 30 gouttes d'extrait liquide d'hydrastis, cornouiller de la Jamaïque 30 grains, en combinaison avec des substances aromatiques.

Sédatif et anodin utéro-ovarien de qualité supérieure. Dans le traitement de la dysménorrhée fonctionnelle, de la ménorrhagie, de l'irritabilité ovarienne et de la menstruation irrégulière, LIQUOR SEDANS a été prescrite avec un succès signalé dans plusieurs milliers de cas.

LIQUOR SEDANS Rx. 2 (Sans sucre) a la même formule que le LIQUOR SEDANS sauf l'exception mentionnée.

LIQUOR SEDANS AVEC CASCARA a la même composition que le LIQUOR SEDANS, sauf que chaque once liquide renferme 40 gouttes de cascara sagrada.

Parke, Davis & Cie.

Walkerville, Ont.

Montréal, Que



**HÉMOGLOBINE
DESCHIENS**

OXYDASES, FER VITALISÉ
ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE

Remplace la viande crue
Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.
Vin, Granulé, Dragées (47).

DESCHIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et PH^{ce}.

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

La méningite cérébro-spinale

SON DIAGNOSTIC (*)

Par le Dr L.-E. Fortier

Messieurs,

Quand notre président m'a fait l'honneur de m'inviter à remplir ce qu'il appelle fort agréablement mes devoirs envers la Société Médicale, j'ai accepté avec empressement.

Mais quand il m'a proposé pour sujet de travail, la méningite cérébro-spinale, son diagnostic et son traitement, je vous avouerai en toute franchise que je suis resté un peu déconcerté.

Cela pour une raison bien simple: je n'ai eu que bien peu de cas de cette maladie si terrible. Ma mémoire me rappelle nombre d'enfants et même d'adultes, succombant à la méningite tuberculeuse; j'ai eu quelques cas de méningites foudroyantes à la suite d'infection ou d'abcès de voisinage mais de méningite cérébro-spinale, probablement quatre cas, au plus.

Comme la clientèle d'un praticien est toujours plus ou moins un reflet de celle des autres, du moins d'après ce que l'on dit, j'étais jusqu'à présent sous l'impression que nous avions fort peu de ces cas parmi nous. N'avais-je pas d'ailleurs pour me tenir dans cette présomptueuse sécurité, cette assertion assez piquante d'Osler, que les cas de méningite cérébro-spinale, sont beaucoup moins fréquents que les statistiques des Bureaux de Santé ne l'indiquent.

Je ne prévoyais pas alors que ce sujet deviendrait bientôt pour nous d'une si triste actualité et que le terrible fléau enlèverait si cruellement à l'affection de sa famille, l'enfant de l'un de nos confrères les plus distingués.

Cette invitation me mettait à même de vérifier une de mes idées préconçues et de la corriger au besoin. Je me suis mis résolument à l'oeuvre. Mais — l'égoïsme est toujours au fond du coeur humain, — la première question que j'ai cherché à élucider est celle de la fréquence approximative de cette affection, parmi nous, ici, à Montréal.

S'il est vrai, comme le dit Osler, que les statistiques des Bureaux de Santé, nous trompent parfois, par suite de diagnostics insuffisants ou fantaisistes, il n'en doit pas être de même, me semble-t-il, des statistiques de nos hôpitaux: là, tout est fait d'une manière complète et précise: rien si possible n'est laissé au hasard ou dans l'obscurité. C'est là que je suis allé aux renseignements.

Or les statistiques que j'ai recueillies démontrent que

si la méningite cérébro-spinale ne sévit pas ici à l'état épidémique, nous en avons continuellement une foule de cas sporadiques. Et depuis que l'on fait l'analyse bactériologique du liquide céphalo-rachidien, l'on constate que nombre de cas, classés jusqu'à présent, parmi les méningites tuberculeuses ou les méningites simples, produites par des bactéries banales, sont en réalité des méningites cérébro-spinales, à manifestations atténuées ou anormales.

Les rapports annuels de nos différents hôpitaux démontrent que de 1900 à 1910:

58 cas ont été traités à l'Hôpital Général;

35 cas à l'Hôpital Royal Victoria;

21 cas à l'Hôpital Notre-Dame, et à peu près le même nombre à l'Hôtel-Dieu.

La méningite cérébro-spinale existe donc parmi nous, et si les épidémies y sont rares, les cas isolés, d'origine difficile à retracer, sont assez fréquents pour attirer l'attention et mériter l'étude sérieuse de tous les praticiens.

On réserve aujourd'hui le nom de méningite cérébro-spinale, à une infection le plus souvent épidémique, mais parfois sporadique, des méninges du cerveau et de la moelle par un microbe spécial: le diplocoque de Weichselbaum.

Cette affection n'avait jamais eu jusqu'à ces dernières années de symptomatologie bien définie ni de traitement particulier. Souvent le médecin était en présence d'un problème dont les données étaient insuffisantes et où réellement la précision était impossible. Que de fois n'a-t-on pas confondu ce mal avec des méningites d'autre nature ou avec des infections à forme ataxique. Les recherches récentes, si intéressantes et si nombreuses, n'ont pas pu contribuer à faire émerger cette affection de son obscurité vague, à en faire connaître certains caractères et surtout à lui opposer un traitement sinon plus scientifique, au moins plus efficace.

Est-il possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de faire un diagnostic certain de cette maladie? Oui, assurément; peut-être pas toujours par les signes cliniques seuls, mais toujours si l'on associe aux recherches cliniques, les recherches de laboratoire.

Ici, au pays, l'état d'épidémicité peut rarement nous guider: nous n'avons pas en effet ces agglomérations ou cette misère, qui, dans les pays l'Europe, favorisent une éclosion générale. C'est presque toujours sur des cas isolés que le praticien doit mettre un diagnostic.

Une chose frappe, tout d'abord, quand on compulse les observations cliniques, c'est la fréquence avec laquelle se trouvent notés avant le début de la méningite, les rhinorrhées, les angines, mais surtout les pharyngites.

Ce mode d'invasion est presque constant.

La méningite cérébro-spinale est surtout une infection des adénoïdiens et de ceux qui souffrent des voies respiratoires supérieures.

(*) Travail lu à la Société Médicale de Montréal.

Le rhino-pharynx est la porte d'entrée du méningo-coque; celui-ci en fait son habitat électif et y pullule rapidement. Mais s'il est un endroit où la barrière épithéliale soit en mauvais état, immédiatement, il la franchit et c'est de ce point qu'il diffuse vers les méninges, qui semblent être douées d'une susceptibilité spéciale à son égard.

Le microbe y parvient, l'expérimentation le démontre, par les lymphatiques qui partent de la muqueuse pituitaire et qui, en passant à travers la lame criblée de l'éthmoïde, aboutissent aux espaces sous-arachnoïdiens.

Souvent, ce n'est pas seulement vers les méninges que le microbe diffuse, il envahit simultanément les cavités voisines du rhino-pharynx, surtout l'oreille moyenne, où il peut pénétrer directement à travers la trompe d'Eustache et où il produit une otite intense.

C'est précisément cette otite moyenne qui est cause de la surdité que l'on observe si souvent.

On prétend qu'il est nombre de cas, dont le symptôme principal est cette affection concomitante de l'ouïe.

Chez les sujets qui ont le nez sain, en général la méningite ne se déclare pas, mais le microbe peut séjourner longtemps, et ces sujets par leurs sécrétions nasales, peuvent transmettre la maladie. Ainsi s'explique la spontanéité apparente des épidémies et l'irrégularité de la contagion.

Je ne veux pas exagérer l'importance des symptômes précurseurs que je viens de décrire. Evidemment ce serait aller trop loin, beaucoup trop loin que de prétendre qu'ils forment le début nécessaire de la méningite cérébro-spinale. Mais leur constance, ne l'oublions pas, en fait toujours un indice de grande valeur.

* * *

Sans avoir peut-être une valeur diagnostique aussi considérable, la succession des symptômes présente souvent des caractères spéciaux qui peuvent faire soupçonner la nature de la maladie.

De même que le microbe de la grippe avec lequel on souvent confondu, le microbe de Weichsel, bauni est es-l'a souvent confondu, le microbe de Weichselbaum est es-dans ses migrations.

Tandis que dans les méningites tuberculeuses les symptômes apparaissent, se groupent et se succèdent d'une manière vraiment caractéristique, l'évolution de la méningite cérébro-spinale est absolument irrégulière. C'est en vain que l'on s'attend à une évolution périodique quelconque; tous les symptômes se mêlent et se succèdent sans ordre. Symptômes que l'on suit avec autant de surprise que de crainte et dont on ne peut toujours saisir la suite.

C'est que les colonies microbiennes émigrent parfois avant d'avoir produit des lésions irrémédiables.

On est souvent tout étonné de constater des améliorations soudaines de certains symptômes et l'espérance renaît. Trompeuse apparence. De nouvelles localisations

se font, de nouveaux symptômes s'affirment d'une façon bruyante.

Il faut bien constater que la maladie est en pleine évolution, alors qu'on la croyait jugulée.

La fièvre elle-même ce guide généralement si sûr de la marche des infections, ne peut nous servir ici de guide que par son irrégularité. On ne peut s'y fier ni pour le pronostic ni pour le traitement. Elle oscille comme l'aiguille d'une boussole affolée.

Avec cette marche capricieuse, on conçoit que la durée de la maladie n'ait rien de fixe; et si les formes moyennes durent de 10 à 20 jours environ, on a pu voir certaines formes évoluer vers la mort en quelques heures. Les accidents sont alors tellement brusques que les malades s'affaissent comme foudroyés. D'autres formes se prolongent au contraire pendant des mois et présentent souvent des symptômes indiquant des localisations sans cesse nouvelles.

* * *

Après le mode d'invasion et la marche de la maladie nous avons dans l'analyse des symptômes un jalon d'une grande valeur.

Il existe pour les localisations cérébrales de cette infection, une particularité clinique, que les auteurs n'expliquent pas, mais qui est d'un grand secours pour le diagnostic: La méningite cérébro-spinale n'est pas basilaire comme la méningite tuberculeuse.

Les symptômes qui témoignent d'une lésion de la base, tel le strabisme, lorsqu'ils apparaissent pendant l'évolution d'une méningite, révèlent presque sûrement sa nature tuberculeuse.

Puis du moment que l'infection atteint franchement les méninges spinaux, il est remarquable de voir la plupart des malades conserver toute leur connaissance et toute leur présence d'esprit au milieu de symptômes très inquiétants. Cette persistance de l'intellect fait contraste avec la somnolence et l'hébétéude de la méningite tuberculeuse.

L'on se demande avec raison si l'apparition de symptômes médullaires n'indique pas toujours une méningite cérébro-spinale.

Pas nécessairement.—Toutes les méningites cérébrales, tuberculeuses ou autres se propagent toujours plus ou moins aux méninges spinaux.

Mais cet envahissement est en général secondaire, et souvent peu marqué; la méningite cérébro-spinale vraie, la méningite de Weichselbaum, au contraire, s'y établit franchement et d'emblée, dans l'immense majorité des cas. C'est ce qu'avaient fort bien observé nos prédécesseurs, quand, avec le sens clinique si délicat, qui caractérise les hommes de leur époque, ils lui donnèrent ce nom de méningite cérébro-spinale.

Or ces signes médullaires, vous les connaissez tous: ce sont d'abord des douleurs intenses au niveau de la colonne vertébrale, puis différents troubles trophiques, sensitifs, mais surtout moteurs dans les régions innervées par les nerfs rachidiens.

La rachialgie, quelquefois très intense, qui traduit

l'atteinte des méninges spinaux, se localise de préférence à la région lombaire; mais elle peut s'étendre à tout le rachis.

Les moindres mouvements imprimés aux malades, parfois même la simple pression des apophyses épineuses, l'exaspèrent au point de déterminer parfois des convulsions.

Les troubles trophiques sont caractérisés par des éruptions très variables, le plus souvent d'apparence herpétique. Ils ne sont pas constants, mais quand ils apparaissent au milieu d'un état méningé bien caractérisé, ils présentent toujours une valeur diagnostique réelle. Ils sont presque particuliers à la méningite cérébro-spinale et dans certains cas, ils suivent manifestement une distribution nerveuse.

La méningite produit des troubles trophiques beaucoup plus profonds encore. Fait curieux, cette infection n'affecte pas la nutrition générale à la manière des maladies infectieuses ordinaires. C'est ce que l'urine nous fait souvent bien constater.

Alors que dans les maladies fébriles on constate une diminution de la quantité des urines et du taux des sels urinaires normaux, dans la méningite cérébro-spinale, on observe exactement le contraire.

La polyurie domine le syndrome urinaire et l'on voit des malades passer jusqu'à 3 et 4 litres d'urine par 24 heures, avec une température de 104 F. A cette augmentation du volume des urines qui traduit déjà une suractivité fonctionnelle du rein, se joint une exagération notable des divers produits de l'élimination urinaire.

Ce syndrome est parfois tellement accentué qu'on lui a donné le nom de diabète méningitique.

Sa fréquence lui donne une importance clinique considérable.

Si l'on recherche la cause de ce symptôme: dans certains cas, l'on peut incriminer des lésions directes du bulbe; dans d'autres, un retentissement sur le bulbe, d'irritations dont le point de départ est dans les nerfs périphériques ou dans la moelle.

Les troubles sensitifs n'ont pas une grande valeur diagnostique: on les rencontre souvent dans la plupart des autres méningites: ils se manifestent par une extrême sensibilité, une hyperesthésie au froid et à la chaleur.

Bien autre est la valeur des troubles moteurs: ce qui prime tout dans la méningite cérébro spinale, ce sont les raideurs.

Cette tendance aux contractures est un symptôme capital et que présentent pour ainsi dire, tous les malades. Cette hypertonie prédomine en général au niveau des muscles du plan dorsal — extenseurs de la nuque et du tronc, extenseurs des membres supérieurs, fléchisseurs des membres inférieurs.

Parfois la contracture de la nuque est appréciable à la simple inspection du malade qui se présente avec la tête complètement renversée en arrière, dans l'attitude de l'opisthotonos. Cette attitude persiste parfois pendant toute la durée de la maladie.

Sans aller toujours jusqu'à ce degré extrême, cette raideur se constate aisément, dès qu'on essaie de mobiliser la tête.

Au niveau des membres inférieurs la contracture se démontre par le signe de Kernig.

Quand le malade est complètement étendu sur le dos, on peut lui mouvoir les membres inférieurs sans difficulté, mais si on le fait asseoir sur son lit, on constate que les cuisses se fléchissent à demi, sur le bassin, tandis que les jambes se fléchissent sur les cuisses et qu'une pression même énergique sur les genoux provoque de la douleur, mais ne peut pas vaincre la contracture des membres inférieurs de manière à ramener le creux poplité au contact du lit.

Ce signe traduit toujours la participation des méninges spinaux à la maladie. Sa seule constatation doit immédiatement faire penser à une lésion méningée mé-dullaire et elle légitime en temps l'épidémie surtout, une ponction lombaire qui seule pourra nous dire s'il s'agit bien d'une méningite cérébro-spinale.

Ces symptômes ont certainement une bien grande importance; lorsqu'ils sont réunis on peut généralement sans crainte de se tromper, affirmer que l'on est en présence d'un cas de méningite cérébro-spinale. Toutefois le diagnostic peut encore être erroné et l'on est dans une incertitude relative: l'on n'acquiert la certitude rigoureusement scientifique que par la ponction lombaire et l'analyse du liquide céphalo-rachidien.

Ici se pose une question de pratique: Quelle est la gravité de la ponction lombaire? Dans quel cas le praticien peut-il la faire?

Il semble être reconnu que la ponction lombaire, lorsqu'elle est bien faite, est inoffensive; et elle est admise toutes les fois que l'on peut raisonnablement soupçonner une lésion méningée.

Positifs ou négatifs, les résultats qu'elle donne sont presque toujours probants.

Voici ce que nous apprend la ponction lombaire.

Chez un sujet normal, le liquide s'écoule goutte à goutte; il est absolument clair, limpide, incolore, et ne contient pas même de traces d'albumine. Sa quantité normale ne dépasse jamais 50 c.c. Quand on le centrifuge on y trouve des éléments figurés en grand nombre: ce sont surtout des leucocytes polynucléaires.

Dans les méningites, la quantité du liquide que l'on retire est toujours supérieure à la normale: elle atteint parfois plus de 100 c.c.

La pression est toujours beaucoup plus forte; souvent, au moins dans les premiers instants, le liquide jaillit hors du trocart. Si dans quelques cas la ponction reste blanche, et si dans d'autres cas, il ne s'écoule que quelques gouttes de liquide, cela dépend généralement d'adhérences qui forment des cavités cloisonnées.

L'examen clinique montre que le liquide contient une proportion d'albumine qui peut aller jusqu'à 15 grammes

par litre. L'aspect du liquide varie selon que la lésion est restée limitée à l'encéphale ou qu'elle est étendue aux méninges médullaires. Dans le premier cas, il peut paraître limpide ou à peine trouble; dans le second, il apparaît trouble et est souvent franchement purulent: il contient fréquemment des grumeaux de fibrine. Tout liquide céphalo-rachidien franchement trouble appartient presque toujours à une méningite méningococcique. Si le malade doit aller mieux, le liquide céphalo-rachidien devient de plus en plus clair et aux polynucléaires succèdent les lymphocytes. On peut ainsi par les modifications du liquide céphalo-rachidien saisir les phases de regression et annoncer la guérison prochaine.

Puis si le diagnostic reste malgré tout hésitant, l'on a encore à sa disposition l'analyse microscopique: la mise en évidence du microbe de Weichselbaum autorise toujours à poser le diagnostic de méningite cérébro-spinale contagieuse.

Il est curieux de constater comme la flore microbienne du liquide céphalo-rachidien est abondante: l'on y rencontre une foule de microbes, pour le plupart inoffensifs dans ce nouveau milieu. Il est important, non seulement pour le diagnostic, mais surtout pour le traitement de bien identifier le microbe de Weichselbaum: ce sont des diplocoques en grains de café, ressemblant beaucoup au gonocoque.

Les sérums récents en effet sont univalents et n'agissent que sur ce seul germe.

Il est des circonstances où l'on n'ose pas faire la ponction lombaire; il en est d'autres où l'on a fait une ponction blanche, c'est-à-dire, sans retirer aucun liquide. Dans ces cas, on peut faire la recherche du méningocoque dans les fosses nasales ou dans la gorge.

La découverte en est aisée, mais l'identification en est assez délicate, plus difficile même que dans le liquide céphalo-rachidien, à cause de la multiplicité des saprophytes qui pullulent dans le mucus nasal et dont les caractères se rapprochent du méningocoque.

Suppositoires nutritifs

L'auteur recommande des suppositoires composés de beurre de cacao, albumine d'œuf de poule, dextrine et huile de cacao en émulsion, pesant 11 grammes, longs de 6,2 centimètres épais de 1,5 centimètres. Pour subvenir au besoin d'eau, on donne en outre des lavements de solution saline physiologique.

E. VOGT.

(Par Boas (Soc. Hufelandienne, 10 février 1910).



Thérapeutique Médicale

Par M. le Dr. Ch. Fiessinger.

Le repos dans les maladies du cœur

En médecine, comme en art, les procédés simples ont seuls chance d'atteindre leur but, qui est la beauté en matière d'art et l'efficacité dans le domaine qui est nôtre. Les méthodes thérapeutiques les plus actives répugnent à la complexité des formules; un seul médicament, celui qui est spécifique; beaucoup de diététique et d'hygiène. Ce sont les grandes lignes du paysage; la guérison, quand elle sera possible, s'y inscrira tout naturellement.

Le repos, agent curatif dans les maladies du cœur, appartient à ces méthodes éternelles et larges. Beaucoup d'auteurs en parlent; plus que tout autre, M. Huchard a insisté sur son utilité: "Le repos, cette digitale du cœur", a-t-il écrit. Et c'est une digitale plus puissante encore que l'autre, puisqu'à côté des maladies que cette dernière guérit, le repos compte des succès que la digitale n'enregistre pas.

Seulement nous ne sachions pas qu'un mémoire d'ensemble ait été composé sur ce sujet. La comparaison n'est point établie entre les temps variables qu'il convient de condamner un malade au lit, au hasard des affections en jeu. Or si un repos absolu de quinze jours peut être suffisant dans un état hyposystolique léger, nous prolongeons ce temps à six semaines au moins dans les dilatations des cardiopathies artérielles et dans l'angine de poitrine organique. Souvent il faut davantage, soit dans ces maladies, soit dans d'autres qu'il nous reste à signaler. Certains pouls lents permanents réclament des mois de lit et M. Huchard a cité trois guérisons d'anévrysmes qui ont suivi un alitement maintenu pendant plus d'une année.

Non pas que les malades se laissent faire sans murmurer. Ils protestent comme de beaux diables. Si leur situation matérielle le permet, le médecin ne se laissera pas fléchir. Il le faut: la vie et souvent la guérison, celle-ci au moins relative, sont à ce prix. L'obéissance du malade doit être absolue. Mieux vaut qu'elle soit consentie dès le début, qu'après plusieurs étapes de rechutes qui diminueront d'autant les chances d'amélioration. A la *Clinique du Cœur*, il nous est malheureusement impossible d'obtenir le consentement des malades. Comment vivraient-ils pendant ce temps? C'est pourquoi les succès dans la clientèle de ville sont bien souvent plus encourageants que ceux dont nous pouvons nous réclamer ici. Les malades fortunés gardent le lit; les pauvres travaillent. C'est une misère de constater combien notre société, si prodigue en promesses et en attestations hu-

PANOPEPTON

Source de données Scientifiques et Cliniques

PANOPEPTON est avant tout une nourriture pour les malades. Il s'emploie dans les "état de santé" très différents de ceux où les nourritures ordinaires trouvent leur indication, et par conséquent doit être jugé d'après les données cliniques et chimiques qu'il fournit.

Panopepton est d'une composition constante, d'une qualité uniforme, et possède un rapport exact entre sa protéine et ses hydrates de carbone, ce qui donne une valeur scientifique importante aux observations cliniques de ses effets.

C'est un fait que le **Panopepton** est toléré alors que toute autre forme de nourriture est rejetée, qu'il ranime aux moments critiques, qu'il a une valeur spéciale comme conservateur d'énergie et stimulant vivifiant.

En somme, à considérer ce qu'il est et ce qu'il accomplit pour le patient, les résultats cliniques du **Panopepton** offre des données aussi scientifiques et significatives que celles que l'on obtient par la combustion d'aliments dans le "Creuset" du laboratoire, ou par la calorimétrie, en évaluant la quantité de nourriture utilisée dans l'économie.

Fairchild Bros & Foster
NEW YORK

Agents pour le Canada
Holden & Compagnie, Montreal

Ne se vendent pas au Détail.

INALTERABLES CHLOROSE ASSIMILABLES
PILULES SIROP
ANÉMIE BLANCARD LEUCORRÉE
 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, Ph^m à Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine)

Naline

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

AFFECTIONS HÉPATIQUES

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie

Coliques hépatiques

Ictère

**GRANULES TITRÉS de
BOLDINE HOUDÉ**Cachexie
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 Alcoolique — 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 CUILLÉRÉES 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 la PHARMACIE 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.

manitaires, fait peu pour ces malheureux que la modicité de leur budget chasse du lit et ramène à leur travail aussitôt qu'un peu de souffle leur permet de respirer. Nous ne pouvons que déplorer la disparition de ces commissaires enquêteurs établis par saint Louis et qui étaient chargés d'aller secourir les pauvres honteux et les vrais misérables à domicile. Nos malades dénués s'en porteraient mieux, si ces institutions d'autrefois n'avaient pas été saccagées, comme tant d'autres, par la bourrasque de la révolution.

Comment agit le repos dans les affections cardiaques? Nous entendons le repos au lit et non sur une chaise longue ou un fauteuil, ce dernier n'étant toléré que passagèrement chez les sujets qu'une dyspnée trop vive empêche de rester couchés. Les effets salutaires du repos au lit se manifestent sur un triple mécanisme: l'impulsion et l'excitabilité cardiaque d'abord, la diurèse et l'état de la tension artérielle ensuite.

On sait que le repos accroît l'énergie du coeur. Nous disons le repos et non le sommeil. Le sommeil engourdit et rien n'est plus pénible que la matinée des cardiaques. Il en va autrement du repos. Sous son effet, les contractions se régularisent, leur amplitude augmente. Sans doute, certains auteurs pensent autrement. Il n'y a qu'à rappeler la méthode d'Oertel, l'exercice progressif, la cure de terrain avec marche horizontale, puis ascendante. Si les malades la supportent, c'est que leur coeur allait déjà mieux du fait du repos et du régime diététique préalablement institués. Un cardiaque asystolique, une fois rétabli, peut se permettre sur le moment bien des imprudences. Je me souviens de l'un d'eux qui, âgé de 66 ans, se risqua, dans sa convalescence, à une ascension alpestre. Sur le moment, aucun accident, la digitaline maintenant le myocarde, mais très vite la défaillance définitive s'organisa.

Ce qui convient au cardiaque, mieux que l'exercice rapidement progressif, c'est d'abord le repos absolu. Ensuite des mouvements passifs, le massage et quelques marches très courtes et sans montées. Les signes de dilatation ou le bruit du galop qui reparaissent indiquent que la limite de tolérance a été franchie.

Un autre effet du repos est à côté, de l'impulsion systolique accrue, l'excitabilité de l'organe diminuée. Les faux pas du coeur aujourd'hui appelés extra systoles sont en général liés à une exagération de l'excitabilité myocardique. Celle-ci peut être d'origine nerveuse ou lésionale. Nerveuse et de cause psychique, le repos fait plus de mal que de bien. L'idée fixe, l'obsession causale s'exaspère avec le séjour au lit; les extra-systoles se multiplient. Il faut se lever, dissiper l'obsession dans la reprise des occupations coutumières.

Quand les faux pas sont liés à une excitation directe du myocarde, le repos au contraire les atténue.

Si le coeur se tonifie par le repos, on comprend que la diurèse soit également activée. Chez les malades qui gardent le lit, la quantité d'urine émise dépasse à boisson égale, la quantité d'urine éliminée par les sujets qui mar-

chent. Les travaux de Linossier et Lemoine, Bergouignan, Amblard, ont éclairé bien des points de ce sujet qu'Oertel avait abordé autrefois. Un cardiaque couché élimine par les urines jusqu'à 85 et 90 p. c. des boissons ingérées. Se lève-t-il, ce chiffre descend à 75, 70 p. c. Nous ne parlons pas des sujets hyposystoliques ou asystoliques où la réduction des liquides produit la résorption des œdèmes interstitiels et réalise des débâcles urinaires étonnantes de quantité.

Cette suractivité de la diurèse par le repos au lit tient avant tout à l'accroissement de l'impulsion cardiaque et à la décongestion qui s'opère de ce fait dans les organes splanchniques. Ainsi produite, la diurèse retentit à son tour sur le coeur; la décongestion qu'elle assure, en dissipant les obstacles périphériques, favorise indirectement l'énergie systolique par le travail moindre qu'elle lui réserve.

Sur la tension artérielle, l'effet du repos est variable. Il existe en effet deux sortes d'asystolies: les asystolies avec hypertension et les asystolies avec hypotension. Le repos abaisse l'hypertension des premières en réduisant en partie les obstacles dans la circulation artério-capillaire ou veineuse, lesquels composent le bilan des résistances périphériques. On connaît en effet ces obstacles: les lésions rénales qui sont le grand facteur de l'hypertension; l'athérome, qui diminue l'élasticité artérielle; l'obstacle veineux, sur lequel a insisté Potain et qui, ainsi que l'athérome, ne joue qu'un rôle secondaire. Quelle est difficile de donner des notions très précises. Toutefois, l'influence du repos sur chacun de ces facteurs? Il est pour les rénaux et les athéromateux, alors que leur tension s'élève à 20 et 22, le repos, plus d'une fois aidé d'une alimentation réduite, a ramené ces chiffres à 18 et à 16. Une autre action est réservée encore à l'immobilité. Elle abaisse la tension en éliminant avec la diurèse accrue des principes toxiques qui peuvent, comme le pense M. Huchard, agir à la façon de substances vaso-constrictives.

Le repos élève la tension faible par l'énergie rendue à la contraction cardiaque. Les pulsations cardiaques reprennent leur amplitude. Cette dernière rentre dans la communauté des faits observés.

Ajoutons que ce premier effet obtenu il s'y adjoint aussitôt un second: nous voulons dire la régularisation de la tension artérielle. Divers actes physiologiques modifient cette tension: telles les émotions morales, la digestion, les exercices physiques, les variations de la température extérieure. Toutes ces conditions sont réduites au minimum chez un malade qui ne bouge pas, mange peu, de par sa solitude est soustrait à nombre de chocs émotionnels et maintient sous les couvertures son corps exposé à une température constante.

Tels sont les avantages de la méthode. Entrons maintenant dans le chapitre des applications.

Dans tous les états hyposystoliques et asystoliques, quelle que soit leur origine, qu'il s'agisse de lésions valvulaires, de myocardites, des cardiopathies artérielles, le repos au lit est obligatoire. Sa durée est commandée par la nature de la lésion et aussi le nombre des récidives.

Un sujet dont l'état hypo-systolique commence, aura besoin de moins de repos qu'un autre dont les crises ont déjà connu des accidents antérieurs. Tel jeune homme atteint d'insuffisance mitrale, avec légère fatigue du myocarde, se contentera de quinze jours de repos, alors que les récidives nécessiteront un séjour au lit de deux à trois mois.

Dans les myocardites et cardiopathies artérielles, dès la première atteinte, le médecin devra avertir de la durée plus longue. Ces affections touchent souvent le second âge de la vie; elle se distinguent par des altérations avancées de la fibre musculaire. Six semaines à deux mois de repos absolu sont indispensables au moindre signe de dilatation cardiaque. Sinon, les accidents se précipitent et c'est la mort à bref délai. Dans notre récent rapport au *Congrès de Physiothérapie*, sur la réduction des liquides, nous disions que le pronostic, s'il est sombre quand la diurèse libératrice ne se produit pas, n'est pas toujours favorable, même quand elle est obtenue. Après un mieux passer, c'est le retour des accidents initiaux. Pareils échecs sont maintes fois dus au manque d'obéissance du malade. Sa dyspnée a disparu, il se sent bien; pourquoi garderait-il le lit? Et au bout de dix à quinze jours, le voilà de nouveau dans la rue. Nous ne comptons plus les rechutes dues à de semblables imprudences. Au contraire, une immobilité de six semaines à deux mois est-elle consentie, l'amélioration a chance de se prolonger pendant des mois, à condition d'être maintenue par l'emploi de la digitaline cristallisée à très faibles doses (1-10 de milligr.) et continuées de longues séries de dix jours coupés d'intervalles de cinq jours.

Il est une complication des cardiopathies artérielles sur laquelle nous ne fixons guère l'attention que pour en déplorer la gravité: je veux dire le *rythme Cheyne Stokes*. Maintenons les malades au lit six semaines à deux mois. Réduisons la quantité de liquides, 800 grammes à 1 litre dans les 24 heures, et dans les 2 premiers jours rien que de l'eau, puis de l'eau lactée. Nous serons étonnés des résurrections et des survies, lesquelles, chez certains de nos malades, atteignent plusieurs années. Adjonction naturellement de la digitaline à très faibles doses (1-10 de milligr.) et de la théobromine (0 gr. 50). Au bout de 8 à 10 jours, monter les quantités de liquides à 1,200 et 1,400 grammes, ajouter peu à peu des hydrocarbures. A voir combien les malades se relèvent avec pareille médication, il est à se demander si le pronostic si sévère du *Cheyne Stokes* ne tient pas parfois aux fautes de régime jadis commises. Surtout ne laissons pas lever les malades trop tôt. Maintenons les six semaines réglementaires.

Nous allons aborder maintenant une série de maladies plus graves encore et où l'immobilité absolue doit être prolongée plus longtemps encore. Nous voulons dire la *tachycardie paroxystique*, le *pouls lent permanent*, les *anévrismes et l'angine de poitrine organique*.

Pour la *tachycardie paroxystique*, nous ne parlons que de la permanente, disons tout de suite que certains

faits ne semblent pas rentrer dans la formule. On a vu des malades arrêter leur crise à l'aide d'un pas de course accéléré. Il y a quelques années, nous voyions un malade semblable avec M. Huchard. Il avait une manière de suspendre sa tachycardie qui atteignait 180 à 200 pulsations: il courait après son auto; au bout d'une centaine de mètres, la crise cessait brusquement. Du reste cette tachycardie paroxystique est une maladie bien étrange; elle guérit maintes fois par le vomissement, à telle fin que le traitement par l'ipéca, l'émétique, voire une injection d'apomorphine à 0,01, a arrêté de nombreux accès comme M. Savy l'a récemment démontré. Toute impression vive, toute émotion, voire une complication portée sur un autre organe, agissent dans le même sens. Le même malade qui arrêta sa tachycardie en courant après son auto, l'a vu céder plus tard passagèrement à un œdème aigu du poulmon.

L'asystolie à ce moment s'était déclarée et une dilatation du cœur énorme avait pris position. Pas de tachycardie plus asystolisante en effet et voici pourquoi. Qu'il existe ou non une maladie de cœur concomitante, telle que myocardite, péricardite, affection valvulaire de la mitrale ou de l'aorte, la tachycardie paroxystique n'est possible qu'à condition qu'un trouble survienne dans une région du cœur bien localisée: le nœud de Tawara. Ce nœud de Tawara siège à l'entrée du ventricule, le long du faisceau de His. Son excitation se communique en même temps en haut vers l'oreillette, en bas vers le ventricule. Il en résulte une contraction simultanée de l'oreillette et du ventricule; alors qu'à l'état normal un intervalle d'un cinquième de seconde sépare ces deux contractions, ici l'opération s'effectue en un temps. Elle aboutit à des contractions auriculaires inefficaces puisque celle-ci poussent le sang dans un ventricule qui est lui-même contracté. D'où fatigue de l'organe rapidité accrue du pouls, distension de l'oreillette qui ne peut plus se vider, asystolie rapide — Mackenzie appelle *rythme nodal*, ce rythme qui caractérise les contractions simultanées de l'oreillette et du ventricule.

En raison de l'asystolie menaçante, maintenons ces malades au lit: tout au plus, pourrions-nous dire que l'immobilité sera observée moins longtemps dans la tachycardie paroxystique où le trouble est fonctionnel que dans celle où le nœud de Tawara est réellement lésé.

Mais comment les distinguer l'une de l'autre? Il est fort malaisé de fixer une règle décisive. Commençons par examiner avec soin l'organe. Existe-t-il des signes de symphyse cardiaque? Une lésion valvulaire de l'aorte ou de la mitrale? Le sujet a-t-il eu la syphilis? Est-il de par son âge déjà avancé, suspect d'une lésion organique et ordonnons un repos de six semaines à deux mois.

Au contraire s'agit-il d'un sujet jeune, indemne de lésions objectives, nous pourrions réduire cette immobilité. Peut-être le trouble fonctionnel susceptible de guérir par un vomitif ne réparait-il plus? Quant à définir le rôle de ce trouble fonctionnel, à savoir s'il s'agit d'une excitation nerveuse directe ou à la faveur d'une intoxication par

sécrétion intense, nous sommes peu renseignés sur ce sujet. Que si la tachycardie paroxystique est suivie d'asystolie, c'est un repos de longs mois qui deviendra indispensable.

Ce que nous avons dit montre que la tachycardie paroxystique est essentiellement différente de la tachycardie de la *maladie de Basedow*. Dans cette dernière affection, le rythme nodal n'existe pas. C'est pourquoi le coeur bat moins vite: 120 à 140 pulsations à la minute, et pourquoi aussi l'asystolie y est bien plus rare. Il est inutile en général de faire coucher les basedowiens. Le traitement par la faradisation, l'hémo--thyroïdine, la poudre d'hypophyse suffisent à assurer des guérisons définitives.

Il nous reste à parler de deux maladies particulièrement angoissantes, le pouls lent permanent et l'anévrysme, et d'une autre à la fois douloureuse et angoissante, l'angine de poitrine.

Le *pouls lent permanent* est une de ces affections où les malades gravissent un calvaire tragique. Nous traitions, il y quatre ans, en ville, un artério-scléreux, âgé de 68 ans. Son pouls donnait de 12 à 18 battements par minutes. A chaque battement, il se demandait si le suivant se produirait encore. Des crises syncopales, épileptiformes, survenaient à tout instant. La digitaline à très faibles doses (1-10 de milligr. 3 à 4 jours de suite, interrompre autant et reprendre) fit remonter le pouls à 36, à 40. Un mieux se manifesta; les crises cessèrent. Le lit fut gardé quatre mois; puis le malade commença à se lever. Il succomba brusquement, un jour qu'il rentrait en voiture du bois.

Sans doute un séjour plus prolongé au lit serait désirable. Au lieu de quatre mois, huit mois, un an et davantage. Les malades implorent grâce et se désolent. Et puis lorsque quatre mois d'immobilité absolue n'ont amené aucun mieux, un an donnerait-il davantage? On évite la syncope, dites-vous. Pas toujours. Celle-ci surgit au moment où l'on y pense le moins, quand le malade se réveille, se retourne dans son lit.

Faisons rester couchés les malades le plus longtemps possible; nous verrons ensuite.

Nous ne parlons, bien entendu, que des pouls lents permanents à origine intra-cardiaque et qui sont liés à des lésions intéressant les fibres neuro-musculaires de Gaskell-His. L'excitation de ces fibres donne naissance au niveau du nœud de Tawara, au rythme nodal de Mackenzie. La destruction de ces fibres produit les pouls lents permanents. Mais ces pouls lents eux-mêmes ont été divisés en deux classes. Dans la première variété, la transmission auriculo-ventriculaire n'est plus possible, un trouble de conductibilité du myocarde est en jeu; les ventricules sont livrés à leur automatisme propre. C'est dans cette forme la plus grave qu'un séjour de plusieurs mois au lit est indispensable.

Dans la seconde forme que Potain appelait la bradycardie asystolique, ce serait l'excitabilité du myocarde qui serait touchée. Il se forme de ce fait des contractions

prématurées de l'oreillette, si affaiblies, si lointaines, que M. Huchard les a dénommées *bruits en écho*. Les tracés qui enregistrent les battements des jugulaires, l'existence même de ces bruits en écho assurent le diagnostic. Les syncopes et mouvements épileptiformes font défaut ou sont très atténués. La cause du trouble est l'affaiblissement du pouvoir contractile du coeur. Mais les lésions occupent le faisceau de Gaskell comme le pouls lent lié à un trouble de conductibilité. Il faut du repos dans cette forme comme dans la précédente, moins prolongé toutefois, parce que souvent l'amélioration apparaît plus rapide.

En effet donnons — au contraire de ce que disent les auteurs — de très faibles doses de digitaline (1-10 de milligr. trois à quatre jours de suite, interrompre autant et reprendre), le pouls remontera parfois au chiffre normal de pulsations: de 40 à 60 pulsations.

D'autres fois, au contraire, le chiffre des pulsations augmente très peu: de 20 à 30 par exemple et c'est tout. Ces formes très fréquentes semblent indiquer que la division entre les deux variétés de pouls lent permanent, n'est pas aussi tranchée que les auteurs le voudraient faire croire. Il existe de nombreux cas intermédiaires où les extrasystoles existent en même temps que les troubles de conductibilité. Prescrivez de la digitale; les extrasystoles se transforment en contraction complètes; le pouls augmente de fréquence. Mais les troubles de conductibilité persistent. Le pouls demeure lent.

Quant aux *pouls lents extracardiaques*, à ceux qui font suite à des intoxications, des maladies infectieuses, des affection gastriques, des états neurasthéniques, des irritations ou des compressions du nerf vague, le repos n'y est guère nécessaire. Seulement comment distinguer ces formes des pouls lents intracardiaques? L'injection d'atropine, comme l'a démontré Hering, aux doses de 1 milligramme, fait disparaître le faux pouls lent et n'agit pas sur le vrai. C'est là un moyen de diagnostic qui n'est point toujours exempt d'inconvénients. Sur les sujets sensibles, une intoxication est possible. Un milligramme d'atropine, la dose est considérable. Nous préférons, pour notre part, nous en tenir à l'examen clinique, à l'étude des antécédents. Dernièrement encore, nous soignons en ville un malade âgé de 65 ans, dont le coeur après la grippe était descendu à 40 battements. Nous ordonnons un peu de caféine; les choses se remettent tout de suite. Dans ces pouls lents post-infectieux, la caféine à pouvoir de faire remonter le pouls. N'en ordonnons toutefois pas à des neurasthéniques; ils en ressentiraient une excitation trop vive.

Venons maintenant à l'anévrysme.

Il y a quelques années, nous voyions en ville avec M. Huchard, un colonel péruvien. Atteint d'un anévrysme de l'aorte qui avait détruit la paroi costale et bombait sous la peau; il passait son temps dans son fauteuil à contempler les battements de la poche bleuâtre et amincie qui menaçait de se rompre.

Quand se fera l'ouverture? la minute présente ou celle qui suivra? Inutile de dépeindre l'état anxieux du

malheureux. Rappelons pour ceux qui se feraient une panacée de l'emploi de sérum gélatiné que l'aggravation avait suivi une série d'injections de 150 centimètres cubes de ce mélange. Le pauvre diable mourut subitement ; mais il ne vit pas éclater sa poche : elle creva à l'intérieur.

Quand la maladie est moins avancée, le repos absolu peut réaliser des guérisons définitives. On l'associe à l'iodure à hautes doses, en cas de syphilis. Des mois et des mois sont nécessaires. La poche, à la longue, peut se combler. M. Huchard a cité trois exemples de guérison à la suite d'un repos dépassant une année. Nous savons que le repos prolongé constitue un des éléments de traitement dans la méthode de Valsalva. Les deux autres conditions étaient la diète et les saignées répétées. On a beaucoup médité de cette méthode. Aujourd'hui, elle semble gagner du crédit. Nous connaissons les dangers des boissons abondantes et de l'alimentation trop substantielle chez les cardiaques. D'autre part, nous savons que les saignées font fléchir passagèrement la tension artérielle ; cela ne se prolonge pas sans doute, mais on abaissement de tension, si peu durable soit-il, ne nous semble pas négligeable vis-à-vis de parois prêtes à l'éclatement. D'ailleurs, les saignées répétées, si elles diminuent la fibrine du sang, comme l'ont démontré les expériences d'Andral et Gavarret, ne provoquent cet abaissement que d'une manière toute transitoire, puisque chacun sait que les coagulations sont plus rapides après les hémorragies.

L'inconvénient de la méthode de Valsalva était de provoquer des syncopes. Hodgson les évitait par la pratique de petites saignées fréquemment répétées. A l'occasion, nous n'hésiterons pas à recourir à cette vieille technique ; utilisée avec prudence, elle est susceptible de rendre de grands services.

Il nous reste maintenant à parler de l'angine de poitrine. Que le repos soit inutile dans les angines de poitrine névrosiques, ou fausses angines de M. Huchard, tout le monde est d'accord. Soignons ce trouble nerveux. L'état dyspeptique : le malade guérira.

Malheureusement, il est des angines de poitrine névrosiques, celles-ci plus rares, qui simulent les angines de poitrine organiques. La marche surtout les fait naître et le repos les calme.

Cette apparition de la douleur par la marche est le caractère habituel de l'angine lésionale que cette dernière soit coronarienne ou myocardique ou liée à une lésion aortique. M. Huchard, qui a insisté sur ce fait, a mis également en vedette le rôle de l'hypertension artérielle qui précède la crise. C'est pourquoi de simples nerveux offrent la même particularité ; ils présentent, sans doute suite de la marche, des crises hypertensives. Comment les distinguer les uns des autres ? Les signes physiques font défaut : les troubles fonctionnels sont les mêmes. Le jeune âge, l'absence de syphilis ou de lésion cardiaque quelconque, l'état nerveux du sujet plaident en faveur de la fausse angine de poitrine. A un âge avancé, il est plus malaisé de prendre parti.

En cas de doute, faisons coucher le malade. Si l'ori-

gine est organique, un micux immédiat ne tardera pas. Entre tous les traitements proposés contre l'angine de poitrine organique, le repos nous apparaît, en effet, comme le meilleur. Sans doute il y a les iodures, la trinitrine et le nitrite. Mais tout cela ne calme que passagèrement. Une amélioration définitive, voire la guérison peuvent suivre l'immobilité suffisamment gardée.

Nous possédons, jusqu'aujourd'hui, six exemples de guérison définitive obtenue à l'aide de cette méthode. Au bout de quelques mois et à la suite de fatigues, les accidents peuvent sans doute revenir. Le repos au lit tout de suite et pendant six semaines, et l'orage se calmera.

Les anciens avaient fait valoir les avantages de cette immobilité prolongée, dans nombre de maladies. En faisant coucher ses fébricitants, Hippocrate a réalisé un immense progrès dans l'art de guérir. Journallement les tuberculeux en tirent un avantage assuré. Nous ordonnons l'immobilité absolue aux calculeux hépatiques à crises subintrantes, aux cirrhotiques du foie avec ascite, aux ulcères saignants de l'estomac, aux néphrites aiguës, etc. Retenons, si possible, davantage nos cardiaques au lit, nous abrègerons la voie qui mène à la guérison.

(In Jnal des Praticiens.)

Clinique Médicale

Par M. le Dr Mathieu.

Les colites hémorragiques

Sous ce nom, il y a lieu de distinguer une variété de colite dysentérique, caractérisée par l'évacuation d'une quantité abondante de sang, généralement sous la forme de sang rouge presque pur. Mais ces hémorragies peuvent aussi se rencontrer au cours d'autres espèces de colites, si bien qu'on peut ranger les colites hémorragiques en trois catégories : 10 celles qui surviennent à la suite des colites dysentériques ; 20 celles qui se rattachent à la colite chronique ulcéreuse ; 30 celles qu'on observe dans la colite muco-membraneuse.

La colite hémorragique du premier groupe a un début brusque, avec ou sans fièvre ; il n'y a pas de fièvre, par exemple, quand il s'agit d'une colite toxique, comme la colite hydrargyrique, tandis qu'il y en a dans les colites infectieuses. D'autres fois, c'est d'abord une débâcle à petite allure, et l'élément dysentérique ne se dessine qu'après quelques jours. Quoi qu'il en soit, l'évolution est assez rapide, elle dure 8 à 10 jours dans les cas légers, 15 à 20 jours dans les plus intenses. Après cette

période, on peut observer seulement des phénomènes de colite chronique consécutifs.

Voici des exemples assez typiques de colite dysentérique hémorragique. Un malade en pleine crise de colique hépatique éprouve des douleurs sur le trajet du côlon descendant, des épreintes, il a une dizaine de selles sanglantes; on peut estimer à 800 grammes environ la quantité de sang ainsi rendu dans une journée.

Dans un autre cas, les accidents furent beaucoup plus prolongés. Une dame présentait depuis plusieurs jours des selles hémorragiques; vu son état général, on se demandait si cette malade n'avait pas un cancer du gros intestin. Mais en considérant le mode de début des accidents, on put établir qu'il ne s'agissait pas d'hémorragies intestinales symptomatiques d'un néoplasme, comme on le craignait, mais de colite hémorragique simple, et rassurer la famille. Cette malade, âgée de 70 ans, avait mangé du pâté de lièvre pendant plusieurs jours de suite. Elle présenta d'abord des phénomènes d'embaras gastrique, fébrile, puis au bout de quelques jours des selles dysentériques avec épreintes, contenant des caillots de sang pur, dont quelques-uns avaient la dimension d'un oeuf de poule. Les matières fécales proprement dites ne sont représentées que par une petite quantité de matières demi-liquides, en purée claire. La malade pâlit, s'affaiblit, ce qui s'explique par la restriction de son alimentation pendant une douzaine de jours. Elle fut traitée par un régime de lait, de bouillon de légumes, par l'administration de comprimés de Kho-Sam, de lavements d'eau bouillie avec addition de chlorure de sodium et 2 grammes de chlorure de calcium, puis de lavements d'eau distillée au nitrate d'argent. On fut même obligé, à cause de la faiblesse extrême et des tendances à la syncope, de lui faire des injections de sérum (300 gr.). On donna enfin de l'huile de ricin à petites doses pour combattre la constipation, l'évacuation des matières dures produisant des selles sanglantes. Finalement, on vit cesser cette poussée de colite hémorragique qui avait duré 7 semaines, avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration. La santé s'est complètement rétablie, le sang n'a pas reparu dans les selles et les fonctions alvines ne laissent rien à désirer.

Cette observation typique est surtout remarquable par la cause (intoxication alimentaire) qui paraît avoir amené les accidents, et par sa longue durée. Il y a des faits beaucoup plus atténués, où les évacuations sanguinolentes ne durent que quelques jours. Il peut se produire des rechutes à intervalles éloignés, ne se reliant par aucun état de colite intermédiaire.

À côté de ces faits, il faut signaler la possibilité de selles non seulement sanglantes, mais véritablement méloéniques. Ces selles noires, qui peuvent apparaître au cours d'accidents semblables aux précédents, sont intéressantes à connaître, car elles pourraient égarer singulièrement le diagnostic.

Il y a quelques années, dit M. Mathieu, j'étais appelé à voir un monsieur que je soignais depuis quelque

temps pour des accidents très légers de colite muqueuse chronique, et qui certainement ne serait pas venu me voir si la mort d'un de ses fils à la suite d'une appendicite aiguë n'avait attiré son attention sur son propre intestin. Ce malade qui n'avait guère, jusque-là, que de la constipation chronique avec un peu de dilatation du cœcum et de douleur coccale, fut pris d'une poussée aiguë de colite. On me fit appeler d'urgence, très effrayé parce que la veille on avait trouvé dans les matières du sang noir. Il avait eu des coliques assez intenses, des épreintes, un peu de fièvre, et, à la palpation on constatait une corde colique presque totale, douloureuse sur toute son étendue, un peu plus vers la région du cœcum et du côlon ascendant que du côté opposé. Les selles avaient l'aspect dysentérique, muqueuses, avec du sang intimement mélangé au mucus; ce sang était parfaitement noir, méloénique, ce qui pouvait faire craindre un néoplasme intestinal. Je fus rassuré, les jours suivants, en voyant que les selles avaient continué à être sanglantes, mais en perdant le caractère méloénique. Puis il eut des épreintes plus marquées, une sensibilité beaucoup plus vive du côté du côlon descendant et de l'S iliaque. Ceci permettait d'admettre qu'il y avait eu d'abord une colite ascendante avec suintement sanguin, que le sang avait pu séjourner dans le cœcum et y prendre la teinte noire caractéristique du méolena, puis que, la colite descendant, les selles étaient devenues nettement dysentériques.

Ce malade a guéri après une dizaine de jours; actuellement il est parfaitement bien portant.

Il y a une seconde catégorie de cas, où les accidents sont beaucoup plus marqués, plus durables; le début est plus ou moins aigu, mais assez rapidement les selles deviennent hémorragiques, et ces accidents tendent à se perpétuer pendant des semaines, des mois, sinon des années, à se reproduire avec une ténacité désolante, avec des paroxysmes et des rechutes plus ou moins éloignées, mais reliées par la persistance d'un certain degré de colite. Cette catégorie appartient à la colite chronique ulcéreuse. En voici un exemple.

Une malade, actuellement soignée à St-Antoine, a été prise il y a un an de colite, d'une façon aiguë, à la suite non seulement d'un traitement mercuriel subi pendant sa grossesse, mais encore d'une injection intra-utérine au sublimé, faite deux jours après l'accouchement. Cette malade présentait des douleurs très intenses, des coliques, des épreintes et jusqu'à vingt selles par jour, les unes simplement dysentériques, quelques-unes vraiment sanglantes.

Chez cette malade, les accidents étaient si intenses qu'on parlait déjà d'une intervention chirurgicale et de la création d'un anus contre nature au niveau du cœcum, afin d'obtenir par le repos du gros intestin la guérison des lésions vraisemblablement ulcéreuses du côlon descendant. Ni le Kho-Sam que la malade vomissait, ni les injections rectales de nitrate d'argent à 0,30 pour mille, ni celles de carbonate de bismuth en suspension gommeuse n'ayant rien donné, on pratiqua une rectoscopie qui permit à M.

Friedel de constater une surface ulcérée de la muqueuse.

Il peut y avoir en cas semblable tout simplement une congestion marquée de la muqueuse, quelquefois de petites hémorragies interstitielles, mais parfois des ulcérations assez étendues, limitées au rectum et à l'S iliaque ou étendues au colon tout entier. Les hémorragies peuvent être abondantes, et on a même cité un cas de mort.

Ce groupe est en somme mal connu, mal déterminé quant à sa nature, et pourtant par son ensemble symptomatique il forme une entité clinique très intéressante à connaître.

Dans le troisième groupe, il s'agit d'hémorragies survenant au cours de la colite muco-membraneuse. Ces faits ne sont pas très rares, ils ont été signalés par Potain, Malibrant, Nothnagel, etc., et tous les médecins qui traitent les constipés habituels ont eu certainement l'occasion d'en observer de nombreux cas. Ces hémorragies sont très importantes à connaître, afin qu'on puisse les rapporter à leur véritable cause, et de ne pas étayer sur elle un diagnostic de néoplasme ou de lésions tuberculeuses, nullement justifié par ailleurs. Elles ne se présentent du reste pas toujours de la même façon et doivent être divisées en trois catégories: elles peuvent apparaître sous forme d'hémorragies isolées, presque simples, c'est ce qu'on peut appeler des *épistaxis coliques*. D'autres fois, elles accompagnent des crises paroxystiques dysentériques. Enfin, il y a des formes à rechutes répétées, qui prêtent à discussion avec la colite chronique ulcéreuse.

Voici des exemples du premier type:

Dans un cas, une dame qui était soignée depuis longtemps pour de la colite muco-membraneuse vraie, avec constipation, spasme du gros intestin, matières dures, ovillées, mélangées d'une certaine quantité de muco-membranes, et crises de débâcle subaiguës, a eu, à deux reprises, une assez grande hémorragie de l'intestin, à la suite d'une vive émotion. La première fois, elle avait été effrayée par un coup de fusil tiré près d'elle par un chasseur, tandis qu'elle se promenait à la campagne. Elle alla à la selle en rentrant chez elle, et évacua un demi-litre de sang pur. Trois ans plus tard un accident analogue se reproduisit, à l'occasion d'une visite au tombeau de sa mère.

Chez une autre, c'est à la suite de fatigues, de courses multiples dans la capitale, où elle arrivait de province, que la malade fut prise d'une de ces épistaxis coliques.

Ces hémorragies, isolées de toute poussée dysentérique ou de paroxysme des phénomènes de la colite muco-membraneuse, ne sont pas des faits extrêmement rares. Ils peuvent se présenter sans que rien ne les fasse prévoir, et sans que rien ne succède à leur production.

Les crises dysentériques marquent souvent le début d'une colite muco-membraneuse, ou l'un de ses paroxysmes, mais apparaissent aussi dans les périodes de calme. Elles peuvent être l'occasion d'hémorragies assez abondantes, constituant un second groupe.

Dans un troisième groupe de cas, les malades ont des hémorragies à rechutes.

Une dame, soignée depuis sept ans pour une colite muco-membraneuse assez marquée, compliquée d'une salpingite, avait depuis quelques années, plusieurs fois par an, de véritables hémorragies, survenant par crises, qui duraient plusieurs jours. La malade, pendant 4 à 5 jours, souffrait de coliques violentes, d'une douleur continue du ventre, irradiée aux reins et aux cuisses, et présentait des selles sanglantes. Racontant ses souffrances dans une lettre: "J'étais prise, dit cette malade, d'une faiblesse extrême et de nausées qui m'obligeaient à rester couchée, et mon ventre était tellement sensible qu'instinctivement je le protégeais avec la main. Toute tentative d'alimentation mettait mon ventre en feu..." Des crises analogues se reproduisirent à l'occasion d'une promenade en auto, et d'autres causes de surmenage.

Chez cette malade, on constatait une corde colique douloureuse, avec dilatation coecale en boudin. Elle n'avait pas d'hémorroïdes. La douleur n'a jamais affecté un point fixe, son maximum se trouvait tantôt à droite, tantôt à gauche, fait qui n'est guère favorable à l'hypothèse d'une ulcération chronique de l'intestin.

Le diagnostic différentiel de ces accidents est à faire avec certaines hémorragies intestinales se produisant sans être annoncées ni suivies par aucune des manifestations, sur lesquelles Lancereaux insiste dans un ouvrage récemment paru, sur la goutte; avec les hémorragies symptomatiques de l'ulcère simple de l'intestin, de Quénu et Duval; comme point de repère, dans ces cas-là, on peut trouver une douleur nettement localisée et une tuméfaction rappelant ce qu'on trouve dans les pseudo-cancers et les cancers vrais de l'intestin. Le début brusque par une poussée dysentérique sera de nature à étayer le diagnostic de colite hémorragique; toutefois, il peut y avoir des crises dysentériques révélatrices d'un cancer de l'intestin jusque-là latent; la tendance à la localisation des phénomènes douloureux, la présence d'une tumeur, la persistance et la non-guérison des lésions, et, tôt ou tard, les phénomènes de sténose et d'occlusion intestinale feront faire ce diagnostic.

Il peut se produire aussi des hémorragies répétées, parfois avec des phénomènes de colite, dans la *polypose intestinale*, lésion assez rare, pour laquelle il n'existe qu'un moyen de diagnostic: c'est de constater les polypes par l'examen direct au rectoscope ou simplement par le toucher rectal.

La *tuberculose ulcéreuse* banale donne lieu à une diarrhée permanente, désolante par sa résistance à toute espèce de traitement, et par une localisation douloureuse dans la région iléo-coecale; de plus, la plupart du temps, ces lésions se produisent chez des malades nettement tuberculeux, si bien que leur diagnostic ne présente pas de difficulté. Dans des faits rares, les lésions tuberculeuses peuvent se localiser à la région sigmoïdo-rectale. En ce cas, l'examen rectoscopique serait utile, de même que dans les cas exceptionnels, de syndrome dysentérique hémorragique causé par des lésions syphilitiques de cette région.

Cette étude d'ensemble des colites hémorragiques est surtout intéressante, parce qu'elle rapproche les uns des autres des faits qui, pour n'être pas absolument fréquents, rentrent pourtant dans les possibilités cliniques que tout médecin peut rencontrer au cours de sa pratique. Il est donc nécessaire qu'il soit éclairé à leur sujet, pour éviter cette tendance à porter trop rapidement le diagnostic d'une lésion organique, notamment d'une ulcération cancéreuse, de l'intestin, lorsqu'il s'agit des formes chroniques.

(In Jnal des Praticiens.)

Thérapeutique obstétricale

Par M. le Dr Boissard.

Traitement de l'éclampsie puerpérale pendant le travail

(Saignée massive combinée à l'accouchement accéléré)

Dans ces dernières années, le traitement de l'éclampsie puerpérale a subi de profondes modifications qui relèvent moins d'une connaissance plus complète de sa pathogénie que de la possession d'une instrumentation plus parfaite et plus efficace. Si la formule définitive de ce traitement ne peut être encore donnée, du moins peut-on affirmer que le traitement par les inhalations chloroformiques est pour ainsi dire abandonné de la majorité des accoucheurs, qui ont vainement essayé d'obtenir, par cette méthode, les succès qu'on avait trop rapidement annoncés; ce fut même cette méthode des inhalations chloroformiques qui retarda le retour à une thérapeutique plus conforme aux lois de la physiologie pathologique, nous voulons parler du traitement par la saignée massive combinée à l'accouchement méthodiquement accéléré.

Si cette méthode reste discutable lorsque les attaques d'éclampsie se produisent au cours de la grossesse, nous croyons pouvoir affirmer qu'elle deviendra le procédé du travail, et que le tissu sera visible-gESCESCESCS de chaque mois que ces attaques se montreront au cours de choix chaque fois que ces attaques se montreront au cours du travail, et que le foetus sera viable et vivant.

Il y a lieu, en effet, pour tracer une ligne de conduite en ces graves circonstances, de bien sérier les faits et de bien spécifier les cas, car le traitement sera complètement différent suivant que la femme sera enceinte ou en travail, et que le produit de conception sera vivant ou mort.

Comme les attaques d'éclampsie sont exceptionnelles avant le 7^e mois, c'est-à-dire avant la viabilité du

foetus, et que le plus souvent les crises convulsives débütent au cours du travail, nous n'envisagerons le traitement de l'éclampsie que dans ces deux conditions, à savoir: *femme en travail, foetus viable et vivant*. Si la méthode de l'accouchement accéléré reste indiscutable ou exceptionnelle lorsque la femme est prise d'éclampsie dans le cours des six premiers mois de la grossesse, par contre, les indications de la saignée massive restent les mêmes, quel que soit le moment où apparaîtra la première crise d'éclampsie, grossesse ou travail?

Que faire lorsqu'une femme enceinte est prise d'éclampsie au cours du travail et que l'enfant est viable et vivant?

Lorsque, ainsi que cela se produit dans l'immense majorité des cas, la femme est prise d'éclampsie dans les deux derniers mois de la grossesse et au cours du travail, la première chose à faire est d'ouvrir très largement la veine; cette méthode, fort ancienne, est celle qu'employaient exclusivement les accoucheurs des XVII^e et XVIII^e siècles; c'était celle que pratiquaient Dubois et Dépaül. Après Broussais, le discrédit fut jeté sur la saignée en général, et malgré les protestations de Peter, elle disparut pour ainsi dire presque complètement du cadre de la thérapeutique médicale et obstétricale. Depuis ces dernières années, une réaction s'est opérée en faveur de cette vieille méthode. Pour notre part, dès que nous avons eu la responsabilité d'un service d'accouchements, nous avons toujours eu recours à la méthode de la saignée dans les cas d'éclampsie. Au fur et à mesure que notre expérience clinique prenait plus d'ampleur, nos saignées devenaient de plus en plus larges et copieuses, en même temps que nous reconnaissons l'utilité, pour ne pas dire la nécessité, de faire suivre la saignée de l'accouchement accéléré, de façon à extraire le foetus dès que la dilatation artificielle est devenue complète; le procédé que nous employons actuellement est donc une méthode mixte ou combinée, puisque de suite après la saignée nous nous employons à pratiquer un accouchement méthodiquement accéléré pour extraire le produit de conception.

La saignée sera pratiquée dès la première crise d'éclampsie, sans attendre le retour d'une deuxième attaque, sans espérer que cette attaque, en raison de son peu d'acuité, pourra être unique.

Il n'est pas toujours facile d'ouvrir une des veines du pli du bras chez une femme éclamptique, soit en raison de la petitesse des veines, soit en raison d'une certaine surcharge graisseuse. La nécessité de la saignée est si impérieuse qu'on ne devra ni la différer ni y renoncer en présence de ces difficultés; on devra alors, soit disséquer la région du pli du coude pour aller à la découverte de la veine, soit encore s'adresser à la veine saphène externe, qui est généralement très apparente, à moins que le membre ne soit très infiltré; on pourrait alors, comme cela nous est arrivé, couper la saphène en travers. La quantité de sang retiré sera toujours grande; le sang sera recueilli dans une pilette ou un vase gradué, afin de mesurer la quantité de sang; on ne retirera jamais moins

de 400 grammes de sang, même chez une femme paraissant chétive ou anémique; le plus souvent, on ira d'emblée jusqu'à 600 grammes.

La femme étant en travail, aussitôt après la saignée on se mettra en mesure de procéder à l'accouchement rapide ou méthodiquement accéléré, en ayant soin de soumettre la parturiente aux inhalations chloroformiques pour la soustraire aux excitations extérieures et aux réflexes dont l'utérus est le point de départ.

Moyens employés pour provoquer l'accouchement accéléré.—Quel que soit le moyen auquel on aura recours, on ne devra jamais oublier les deux points suivants:

10 L'accouchement accéléré donnera d'autant plus de chances de succès que le travail sera plus avancé et qu'on aura affaire à une multipare;

20 On ne devra jamais se hâter, c'est-à-dire employer la force, au point de produire des traumatismes cervico-utérins ou des déchirures.

La méthode de l'accouchement rapide réussira donc plus vite chez les multipares (malheureusement ce sont des éclampsiques d'exception), et le temps nécessaire pour procéder à l'extraction du fœtus sera d'autant plus court que le col sera plus effacé. En effet, c'est plus le degré d'effacement du col que celui de la dilatation de l'orifice qui joue le rôle capital, au point de vue de la rapidité du résultat.

De tous les moyens préconisés et employés pour dilater l'orifice du col, la main, organe souple et sensible, a été pendant longtemps le seul agent employé par les accoucheurs; c'était avec la main qu'Ambroise Paré, Guillemeau, Mauriceau pratiquaient l'accouchement forcé, et il faut même reconnaître que si la méthode de l'accouchement rapide ou accéléré a rencontré dans les esprits tant de résistance, cela tenait au souvenir des désastres causés par l'accouchement forcé; dans le procédé de l'accouchement méthodiquement rapide, rien de semblable ne doit arriver, car on agit par *continuité des efforts*, sans employer la violence à aucun moment.

Lorsqu'on aura recours à la main, on pourra employer la méthode de Rizzoli qui consiste à dilater l'orifice en introduisant successivement les cinq doigts de la main disposée en cône, ou la méthode de Bonnaire, les doigts des deux mains faisant effort par leur face dorsale.

Quel que soit le procédé employé, la méthode manuelle est longue, laborieuse, et l'accoucheur est tellement épuisé après une heure d'efforts qu'il est pour ainsi dire hors d'état de terminer lui-même l'accouchement par une application de forceps, une fois la dilatation complète obtenue.

Pour obvier à ces inconvénients on a plutôt recours aux instruments qui sont des ballons inextensibles, le dilateur-accelérateur de Tarnier, ou enfin le dilateur de Bossi. Les ballons, quels qu'ils soient, sont de mauvais dilateurs au point de vue du but pourvisi, à savoir la rapidité du résultat; il en est à peu près de même de l'appareil à trois branches de Tarnier, qui, prenant point fixe

en trois points, donne une dilatation triangulaire, et dont la durée de pose peut être considérable, ce qui est dangereux en raison des escarres qui marquent sur le col.

L'appareil de Bossi est un dilateur à quatre branches, alors que l'idéal serait d'avoir un instrument produisant progressivement une dilatation circulaire.

Quoi qu'il en soit, l'appareil de Bossi étant un instrument de force, doit être manié prudemment, doucement; par le cadran gradué qu'il porte sur sa tige, on doit se rendre compte, à chaque instant, du degré de dilatation, dont on suit la marche en pratiquant souvent le toucher pour juger du degré de la tension des bords de l'orifice; lorsque ces bords paraissent très tendus, on s'arrête plus ou moins longtemps, c'est-à-dire qu'on ne fait plus jouer la vis; bientôt alors on voit la fibre musculaire du col se fatiguer et se relâcher; on reprend alors la manoeuvre en tournant le pas de vis dans l'intervalle des contractures utérines, de façon à se mettre à l'abri d'une déchirure du col ou d'une rupture.

La durée pendant laquelle on doit procéder à la dilatation instrumentale avec l'appareil de Bossi, est absolument variable; cette durée variera avec l'âge de la grossesse, l'état de primiparité ou de multiparité de la femme, et enfin le degré d'effacement du col; si le col est complètement effacé, et l'orifice dilaté comme 2 f., il suffira le plus souvent de 40 à 50 minutes pour obtenir une dilatation complète, qui sera suivie immédiatement de l'extraction du fœtus, au moyen du forceps ou de la version, suivant la présentation.

Dans les cas où le col est incomplètement ou nullement effacé, la durée de l'intervention sera plus longue et variera de 1 heure à 2 heures. L'essentiel est d'aller progressivement, méthodiquement, sans effraction, de façon à s'en tenir à l'accouchement accéléré sans jamais arriver à l'accouchement forcé; c'est là le secret des succès obtenus par la méthode de la saignée massive combinée à l'accouchement accéléré comme nous venons en observer un nouveau cas à la maternité de St-Louis, où en avril dernier on amena dans le coma une primipare enceinte de 8 mois et en travail; enfant viable et vivant; urines renfermant 12 grammes d'urine.

Immédiatement après une saignée de 600 grammes, nous procédions à la dilatation accélérée au moyen de l'appareil de Bossi; col effacé, dilatation de 2f; au bout de 30 minutes la dilatation était presque complète, et permit d'extraire un enfant vivant, de 2130 grammes; quelques heures après l'accouchement, la femme était reprise d'une nouvelle crise d'éclampsie, avec une température de 39°: on fit une nouvelle saignée de 190g.

39°: on fit une nouvelle saignée de 300 grammes.

Le coma persistant encore le lendemain, on appliqua deux sangsues derrière les apophyses mastoïdes; la femme reprit connaissance, et vingt jours après, sortit avec son enfant, en bon état.

Chez cette éclampsique on retira donc 900 grammes de sang, sans compter la quantité de sang perdu lors de la délivrance, et après l'application des sangsues.

LA MEDICATION IODOTANNEE

Vin Bonaparte

Iodo-Quino-Tannique

Succedane 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

POUR MALADES

Notre préparation "Invalid Bovril" répond parfaitement aux desiderata des medecins dans l'alimentation des malades.

Notre préparation possède toutes les excellentes qualites du Bovril ordinaire moins l'assaisonnement.

Un echantillon vous sera expedie gratuitement sur demande.

LA COMPAGNIE BOVRIL, Limitee,

27 rue St-Pierre,

MONTREAL.

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

SAL LITHOFOS

Laxatif Salin Effervescent

SAL LITHOFOS est une preparation a base de lithine et de phosphate de soude.

Il est indique dans le traitement de l'indigestion, de la constipation du diabete, des affections gastriques et renales.

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 desordres de la DIATHESE URIQUE.

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

Cette combinaison possede des proprietes toniques, alterantes et laxatives que nulle eau minerale naturelle ne peut surpasser.

LA COMPAGNIE CHIMIQUE WINGATE

CHIMISTES FABRIQUANTS

545 rue Notre-Dame West

MONTREAL

MALADIES DE LA PEAU

Les cas les plus rebelles d'ECZEMA, PSORIASIS, DARTRES, RIFLE, DEMANGEAISONS, 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 léction de savants ont proclamé et prouvé les succès éclatants de l'antiseptie, 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, Laryngites, 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, Montréal.

6 A 10 TABLETTES PAR JOUR

TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN
OXYGENE PUR NAISSANT

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

ET CONSÉCUTIVES AU LONG SEJOUR 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'ELIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : VERNE, Professeur à l'Ecole de Médecine de GRENOBLE (France)
ET DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER.
Dépôt Général pour le CANADA : Pharmacie ARTHUR DECARY, à Montréal.

C'est là un nouveau exploit par la saignée
C'est là un nouvel et bel exemple des exemples,

C'est là un nouvel et bel exemple des heureux effets produits par la saignée massive combinée à l'accouchement accéléré: cette méthode nous semble devoir être appliquée de préférence aux larges incisions de Dubrssen, incisions qui se trouveraient plutôt justifiées lorsque la femme éclamptique n'est pas en travail.

En exposant à nouveau un point capital de la pratique obstétricale, nous avons cru utile de montrer les succès que donneront au cours de l'éclampsie du travail, les saignées massives combinées à l'accouchement méthodiquement accéléré.

(In Jnal des Praticiens.)

Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette

Séance du 12 juin, tenue à St. Gabriel de Brandon.

Répondant à l'invitation de leurs confrères de St. Gabriel de Brandon, les médecins du district de Joliette, se rendirent à la cabane du Dr Laurendeau où eut lieu la réunion.

Les médecins suivants assistaient à la réunion:

M. le Dr François de Martigny, de Montréal,
M. le Dr Elie Asselin, de Montréal,
M. le Dr Aumont, de Montréal,
M. le Dr V. Lavallée, de St. Félix de Valois,
M. le Dr C. Bernard, de Joliette,
M. le Dr J. Sheppard, de Joliette.
M. le Dr Gaudet, de Joliette.
M. le Dr Forest, de Laurentides,
M. le Dr E. Paquin, de St. Didace,
M. le Dr H. Archambault, de St. Gabriel de Brandon,
M. le Dr A. Laurendeau, de St. Gabriel de Brandon,
M. le Dr S. Roch, secrétaire, de St. Gabriel de Brandon.

A leur arrivée, les médecins furent reçus à la gare par leurs confrères Laurendeau, Archambeault, Roch et conduits à la cabane sur les bords du lac Maskinongé, où un lunch leur fut servi par Mesdames Laurendeau, Archambeault, et Roch.

A la fin du repas, le Dr Sheppard se leva et fit l'éloge du Dr Lavallée, le héros de la fête, qui célébrait son cinquantième anniversaire de la pratique de la médecine.

Le Dr Lavallée sut remercier ses confrères de la réception qui lui était faite à cette occasion.

Le Dr Laurendeau félicita le jubilaire en ces termes:

"Au nom de la profession médicale du district que je représente, je vous souhaite bonheur, prospérité et

"longue vie. Il nous fait vraiment plaisir de commémorer cette étape de votre carrière en groupant nos sympathies autour de vous. Les soucis, les travaux de tous ceux qui se vouent à l'exercice de notre profession, les rancoeurs, les déboires, qui abreuvent bon nombre d'entre nous, sont si absorbants, si épuisants, si usants, que bien peu ont l'heur d'atteindre le tournant de la vie où vous êtes. Vous avez atteint l'âge où la philosophie qui se fait sage, humanitaire, altruiste; aussi vous nous voyez serrant nos rangs autour de vous pour vous écouter, profiter de vos paroles, recevoir une leçon de votre expérience.

"Votre vie se compose de deux parts: l'une vouée à notre art, l'autre à la politique. La médecine rurale, la médecine du village, d'humilité et de dévouement, vous l'avez aimée sans doute, car vous y êtes revenu après une longue infidélité, durant laquelle vous avez courtoisé l'altière et décevante politique.

"Vous aviez peut-être raison d'aimer la politique, car la nature vous avait fait don de ces qualités qui vous ont permis de briller au forum, de même qu'à l'assemblée des "Pères Conscrits" mais je ne doute pas que votre affection, votre tendresse n'aille à la modeste médecine de campagne.

"J'ai fait allusion tantôt aux soucis, aux déboires, aux rancoeurs que nous cueillons le long de notre route, mais je m'empresse d'ajouter que ces tribulations sont le fait des hommes et non de l'art que nous exerçons.

"La science médicale et toutes celles accessoires, je ne crains pas de l'affirmer hautement, messieurs, sont à la fois celles qui ont le plus d'attraits et qui rendent le plus de services à l'humanité. A part cette jouissance supérieure et intime que nous éprouvons par l'acquit de ces sciences, nous ressentons des satisfactions d'un autre ordre, mais non moins consolantes, par l'application de nos connaissances. Sans doute que dans cet exercice, nous voyons parfois se dresser en face de nous du préjugé, de l'ignorance, de l'ingratitude même; mais à côté de ces laideurs, que de joies, que de victoires, que de triomphes.

"Nous relevons de toutes les classes de la société, c'est pourquoi nous nous trouvons souvent en face de plaies hideuses, et les plus laides sont les plaies morales; mais sans le mauvais, le laid, le faux, nous ne pourrions juger à son mérite le bon, le beau et le vrai. Si toutefois, l'on compare l'homme primitif, l'homme ancien et l'homme actuel, dont il reste encore quelques spécimens des premiers, dans l'entourage de chacun de nous; nous devons reconnaître que l'humanité progresse, que l'évolution de l'homme n'est pas finie, qu'elle se fait dans la bonne direction, c'est-à-dire, vers le mieux. Voilà ce qui est consolant, ce qui peut restaurer notre philosophie.

"Nul, messieurs, plus que l'hôte sympathique que nous honorons aujourd'hui, n'a au cours de sa carrière longue, recueilli plus de horions et d'acclamations; nul peut-être n'a connu comme lui la griserie des pinacles et l'amertume des effondrements; mais quelque fussent les caprices de la fortune, dans ses faveurs comme dans ses

"rigueurs, la grandeur d'âme, l'inaltérable bonne humeur "de notre confrère, lui ont permis de conserver une santé "florissante. Il a fondé une famille dont il a raison d'être "orgueilleux; il a semé sans compter son dévouement "civique et professionnel, il a donc été bon père, bon ci- "toyen et bon médecin. Que chacun de nous s'inspire de "son passé."

Ensuite l'on procéda à l'ordre du jour:

Le Dr Sheppard fut élu président "pro-tempore".

Le Dr de Martigny fit une intéressante conférence sur le "*Traitement des fausses-couches*".

Le Dr Laurendeau offre ses félicitations au conférencier d'avoir choisi un sujet pratique que nous rencontrons tous les jours.

Il s'ensuit une discussion à laquelle prennent part les Drs Bernard, Archambeault, Laurendeau, Roch et De-Martigny.

10. Proposé par le docteur Laurendeau et secondé par le docteur Aumont qu'un vote de remerciements soit adressé au Docteur DeMartigny, pour son intéressante conférence.

Adopté à l'unanimité.

Le docteur Elie Asselin ajoute ses félicitations au nom de la Société Médicale de l'ouest de Montréal:

Je ressens, dit-il, beaucoup de plaisir d'être au milieu des membres de la Société de Médecine de Joliette; je félicite les membres de la manière dont ils s'occupent d'intérêts professionnels; vous vous protégez et vous voulez améliorer votre position. Ensuite il parle de l'organisation d'une association de prévoyance pour les médecins, il est temps de se réveiller, dit-il, parce que le médecin d'aujourd'hui n'est pas assez rémunéré de ses services: il se dit heureux de constater que le précurseur de ce mouvement est un médecin de la société de Joliette, le docteur Lippé de St. Ambroise de Kildare.

20. Proposé par le docteur Forest et secondé par le docteur Bernard que le docteur Grondin de Laurentides, soit admis membre. Adopté.

30. Proposé par le docteur Bernard et secondé par le docteur Archambeault que le docteur Albert Laurendeau soit choisi comme candidat au poste de gouverneur du district de Joliette aux élections de septembre.

Adopté.

40. Proposé par le docteur Archambeault et secondé par le docteur Paquin que les docteurs Bernard, Laurendeau et Roch soient nommés représentants officiels au "*Congrès des Médecins de l'Amérique du Nord*", lequel aura lieu à Sherbrooke au mois d'août.

Et la séance est levée.

Après la réunion, il y eut une agréable excursion en yacht sur le lac Maskinongé.

La prochaine réunion aura lieu à Joliette, le second lundi de septembre.

Le secrétaire,

SYLVIO ROCH, M.D.

Remarques de M. le Dr Laurendeau

Monsieur le Président, Messieurs,

Si j'offrais mes félicitations à mon confrère et ami le docteur DeMartigny, sous prétexte que sa conférence est intéressante, savante, magnifique, vous vous diriez peut-être: c'est d'usage, ou c'est un témoignage d'amitié, ou l'on fait ici comme dans d'autres cénacles: de l'admiration mutuelle, bref, toutes sortes d'arrière-pensées que vous auriez tort de laisser germer dans vos cerveaux, car il y aurait bien peu de vrai dans cette appréciation; mais ce qui est incontestable, ce que vous avouerez franchement avec moi, c'est que le docteur DeMartigny, spécialiste en chirurgie, mérite nos félicitations pour avoir mis sans doute ses préférences de côté et avoir choisi un sujet pratique, d'expérience quotidienne: *l'avortement* pour lequel cependant il existe encore beaucoup de diversité dans le traitement.

Avant de faire la critique de quelques détails exposés par mon ami, nous allons nous rémemorer à grands traits la didactique de cet accident, en jalonant les points saillants essentiels de l'avortement. Cela aidera à la compréhension rationnelle du traitement.

L'avortement est l'expulsion de l'oeuf avant que le foetus soit viable; de sept à neuf mois, nous dirions que l'accouchement est prématuré.

L'avortement peut être pathologique ou provoqué, thérapeutique ou criminel. Sa fréquence est d'environ de 1-6 des cas de grossesse. Du premier au vingtième jour, on dit que l'avortement est ovulaire; du vingtième jour au troisième mois, *embryonnaire* et enfin du troisième mois au cinquième, *foetal*. Deux actes prédominent dans le mécanisme de l'avortement: l'expulsion de l'oeuf, l'expulsion de la caduque. Quant aux causes, elles peuvent résider dans l'oeuf, ou dans le contenant, c'est-à-dire, l'utérus. Les maladies de l'oeuf comprennent celles de la caduque, du chorion, de l'amnios, du placenta ou du foetus; les maladies de l'utérus consistent en traumatismes, congestions, intoxications, infections, malformations utérines, affections diverses de l'utérus. Une femme peut y être prédisposée par hérédité et par répétition. Il ne m'est pas nécessaire d'en décrire la symptomatologie car vous connaissez tous les malaises, l'hémorrhagie, les douleurs utérines et lombaires, qui précèdent l'avortement. Quelquefois, dans les premiers mois de la grossesse, l'oeuf peut être expulsé en entier; mais parfois et surtout du troisième au septième mois, le foetus est d'abord expulsé, puis la difficulté réside dans l'expulsion du placenta. Quant au pronostic, m'en rapportant à mon expérience, il acquiert la plus grande gravité du troisième mois au cinquième inclusivement. Le pronostic immédiat peut être grave par l'hémorrhagie; puis plus tard il peut le devenir par septicémie, par métrite, paramétrite, etc. Pour en faire le diagnostic, il faut d'abord établir la grossesse; puis l'hémorrhagie, les douleurs. La rupture de l'oeuf viendra confirmer le diagnostic d'avortement inévitable.

Nous allons entrer maintenant de plein pied dans notre sujet. Vous êtes appelés pour une femme enceinte, vous constatez les symptômes de l'avortement, qu'avez-vous à faire? Voyez d'abord si l'avortement est évitable ou s'il est inévitable. Ici dans ma pratique, j'ai toujours adopté ou suivi une règle invariable: "Il faut toujours se conduire comme s'il était évitable jusqu'à ce que l'avortement soit manifeste."

Si toutefois le fœtus était mort et que vous constateriez quelques symptômes inquiétants, il ne faudrait pas hésiter à intervenir. Si l'avortement vous semble inévitable et que l'échéance n'en soit pas immédiate, faites d'abord un traitement préventif; spécifique dans la syphilis, approprié dans l'infection, l'intoxication, ou les diathèses quelconques. Il faut traiter aussi les symptômes: les calmants contre la douleur; en tous cas, repos au lit jusqu'à ce que les symptômes bruyants au moins soient apaisés.

Je suppose maintenant que l'avortement soit fatal.

Dans l'avortement ovarien la complication la plus immédiatement redoutable est l'hémorrhagie. Il fut un temps où l'on conseillait alors l'ergot, mais il n'en va plus ainsi. Ne donnez jamais d'ergot et j'insiste sur cette interdiction. Je compte dans mes fautes de jeunesse l'administration de l'ergot dans ces circonstances; presque chaque fois j'ai constaté que le *seigle coulé* agissait comme constricteur des capillaires, son activité s'étendait aussi sur la fibre utérine et presque invariablement, le placenta demeurait emprisonné de fait. C'est dire que pour éviter un danger immédiat, qu'il est facile de conjurer par ailleurs, l'on court au-devant d'une catastrophe plus grave: la septicémie par rétention. Mon confrère le docteur De-Martigny conseille alors avec raison la *quinine*; je concours pleinement dans ses remarques; la *quinine* favorise l'expulsion du délivre en augmentant les contractions du muscle utérin, et il m'a semblé que ces contractions por-

taient plutôt sur le corps que sur le col utérin. Il semble aussi que la *quinine* augmente les douleurs intermittentes, tandis que l'ergot produit des contractures continues; bref, je crois que la *quinine* est le médicament de choix; mais je diffère d'opinion avec mon ami quant au mode d'administration. Au lieu de cinq grains de demie heure en demie heure, je donne en une seule fois quinze à vingt grains suivant la taille de la malade; l'effet est plus prompt et je n'ai jamais rencontré aucun accident consécutif. Si ça ne suffit pas, vous pouvez faire un bon tamponnement vaginal, en plaçant le premier tampon dans le col utérin. Ce serait peut-être une erreur de croire qu'alors votre tampon agit comme une digue hermétique, car il est de règle que le sang fuse avec facilité entre ce tampon et les parois vaginales, mais l'avantage de ce procédé, c'est que le tampon réveille ou augmente les contractions expulsives de l'utérus. Vous avez encore à votre disposition, la compression de l'aorte à travers la paroi abdominale, les injections vaginales ou utérines très chaudes, etc. Dans l'avortement embryonnaire, vous procéderez de la même façon. Si la dilatation du col est avancée, surtout chez les multiparés, il vous sera parfois possible d'introduire deux doigts dans l'utérus pour aider le décollement et l'extraction du placenta.

Je n'insiste pas sur le traitement des complications ultérieures. La faiblesse, l'anémie aiguë, la syncope, seront traitées par des injections hypodermiques de strychnine, de nitro-glycérine, d'huile camphrée, de sérum artificiel, etc.

La rétention avec infection, la métrite consécutive, sont justiciables de l'écouvillonnage, du curettage, etc.

Les complications les plus éloignées, relèvent le plus souvent de la chirurgie gynécologique.

Tel est, Messieurs, dans ses grandes lignes, et traitement que j'ai adopté, après une expérience d'un quart de siècle.

Progrès des Sciences Médicales

PANSEMENT DES OTITES MOYENNES

Le pansement est le moyen ou l'ensemble des moyens à employer entre deux visites du malade, pour s'opposer à l'infection, l'enrayer ou la combattre.

Considération générales.—Les injections doivent être proscrites. Les instillations ou bains d'oreilles sont faits, 9 fois sur 10, sans précautions aseptiques et sont, dès lors nuisibles; chez les enfants, ils déterminent plus ou moins vite la macération de l'épiderme du conduit ou des éruptions sur le pavillon ou son voisinage. Néanmoins, dans nombre de cas, ce moyen est excellent; on doit sécher, après, le conduit auditif avec une boulette de coton aseptique.

Les bains d'oreille doivent être réservés aux vieilles otites chroniques qui coulent peu et à l'otite aiguë.

Il ne reste plus que le pansement sec sous forme de boulette d'ouate introduite à l'orifice du méat car le pansement poussé profondément expose aux mêmes inconvénients que les lavages.

Pansement de l'otite aiguë.—L'otite moyenne aiguë, non ouverte, sera traitée par les bains d'oreille fréquents et prolongés avec ou sans adjonction de compresses chaudes recouvrant toute la région de l'oreille. On peut se trouver très bien de l'onguent napolitain en onction derrière l'oreille.

Comme solutions antiseptiques, on pourra employer les suivantes:

Liqueur de Van Swieten.
Glycérine neutre, parties égales.

ou encore :

Phénosalyl, 1 gr.
Glycérine pure, 10 gr.

ou :

Acide phénique neigeux, 1 gr.
Glycérine pure, 10 gr.

La liqueur de Van Swieten pure ou coupée de moitié eau est aussi très calmante.

Vers la fin de l'écoulement, on conseillera d'instiller dans l'oreille, le soir en se couchant, IV à V gouttes de :
Alcool à 70 degrés.

Acide borique en poudre, 2 gr.

Après perforation spontanée ou chirurgicale du tympan il faut cesser les bains et se borner à placer dans le méat une boulette d'ouate que l'on renouvelle aussi souvent qu'il le faut.

Traitement de l'otite chronique.—Quand il n'existe qu'un suintement insignifiant, le mieux est de se borner aux pensements rares que l'auriste fait lui-même. On pourra par exception faire des instillations d'alcool boriqué ou insuffler de la poudre d'acide borique.

Quand l'écoulement est modéré on prescrit au malade de faire tous les soirs une instillation d'alcool boriqué ou de la solution suivante :

Acide picrique, 0 gr. 20.
Alcool à 90 degrés, 3 gr.
Eau distillée, 20 gr.

On peut encore employer la préparation suivante :

Tincture d'iode, 10 gr.
Alcool absolu, à 15 gr.
Glycérine pure, à 15 gr.
Iodoforme, à 1 gr.

Iodure de potassium, à 1 gr.

De temps à autre suivant les cas, on peut faire un nettoyage avec :

Eau oxygénée borat. à 12 vol. 100 gr.
dont on verse dans le conduit, à l'aide d'une cuiller à café flambée, 20 à 25 gouttes.

Après 5 ou 6 minutes de séjour, on absorbe le liquide avec de l'ouate et on sèche le conduit auditif, puis on pratique l'instillation avec un des liquides précédents.

Quand l'écoulement est abondant, fétide, on peut user largement des bains et de tout autre moyen de nettoyage.

On conseillera des bains fréquents à l'eau oxygénée dédoublée, ou à la liqueur de Van Swieten, au phénobore, au coaltar saponiné, à l'ichthyol, puis, après séchage, une instillation.

Il ne faut pas insuffler de poudre.

A. COURTAGE.



ERRATA

Nous regrettons de nombreuses erreurs typographiques dans l'excellent mémoire de M. Laurent sur l'Otite Moyenne Aigue purulente, publié dans notre numéro du 25 juin 1910.

Les principales sont les suivantes :

Dans le titre lire E. E. Laurent, au lieu de E. C. Laurent; oculiste au lieu de oculiste; Auriste au lieu de Suriste.

Page 177, 1ère col., 4ème alinéa, lire: qui sépare l'oreille moyenne de l'oreille externe, au lieu de: qui sépare l'oreille externe.

Page 177, 2ème col., 1er alinéa, lire: vibratiles au lieu de: vibratides; 5ème alinéa, lire une otite au lieu de un otite; 6ème alinéa, lire cornet au lieu de carnet.

Page 178, 1ère col., 3ème alinéa, lire, en haut, en arrière et en dehors, chez l'adulte; en arrière, en dehors et en bas, chez le nourrisson; au lieu de en haut, en arrière chez le nourrisson; 4ème alinéa, lire, pustule d'acné au lieu de pustule d'aené; Sharpnell au lieu de Sharpwell; 2ème col., 2ème alinéa, lire normal au lieu de anormal; 3ème alinéa lire Il peut au lieu de il peut; 4ème alinéa, lire: sans elles toutes les otites moyennes suppurées guériraient sans passer par l'état chronique, excepté chez les sujets à santé délabrée; au lieu de, sans elles toutes les otites chroniques guériraient sans passer par l'état chronique en évitant les infections secondaires et en santé délabrée.

Page 179, 1ère col., 1er alinéa, lire: fosses au lieu de fossés; ne pas lancer au lieu de ne pas laver; gargarismes au lieu de gargarismes; 2ème alinéa, lire sulfonal, au lieu de sufforal; 2ème col., 1er alinéa, lire phéniquée au lieu de pénituee; soude au lieu de soda; 2ème alinéa, lire tympanal au lieu de tympanol; 3ème alinéa: lire tamponnera au lieu de tanponne; stérilisées au lieu de stérélisée.

Page 180, 1ère col., 2ème alinéa: lire van Swieten au lieu de Van Awieten.