

# LA CLINIQUE

III<sup>e</sup> ANNÉE

JANVIER 1897

No. 6

---

## REPRODUCTION

---

### CLINIQUE MEDICALE

---

#### DE L'ENTÉRALGIE

---

HOPITAL DE LA CHARITÉ.—M. LE PROFESSEUR POTAIN

---

Ces jours derniers entraît dans notre service un homme âgé de cinquante-sept ans, exerçant depuis longtemps la profession de comptable. Peu de temps avant son entrée, il avait été pris brusquement, une demi-heure environ après le repas de midi, d'une douleur très vive de l'hypocondre droit s'étendant de là à l'hypocondre gauche, s'irradiant d'autre part dans tout l'abdomen, principalement autour de la région ombilicale. Un malaise notable, des nausées, puis des vomissements alimentaires survenus peu après l'apparition de cette douleur paroxystique durèrent à vrai dire peu de temps ; la douleur elle-même ne persista pas au delà de deux à trois heures, durant lesquelles elle se produisit surtout par accès de dix minutes environ.

Une certaine fatigue, une courbature assez pénible semblaient avoir terminé cette crise, sous l'influence de laquelle notre malade se trouvait cependant encore lorsque nous l'avons examiné.

Cette crise n'était pas précisément inopinée pour lui : depuis sept ans, en effet, il avait des accès de ce genre qui se répétaient assez régulièrement, presque mensuellement. Dans les premiers temps, les crises étaient de médiocre intensité ; dans l'intervalle, le

malade retrouvait sa santé. A chaque accès il se purgeait et se trouvait, dit-il, soulagé ; un purgatif pris à l'avance n'empêchait pas, il est vrai, la crise. Depuis trois ans, les accès sont devenus plus violents, en même temps qu'ils ont une durée plus longue ; certains vont jusqu'à persister pendant deux à trois jours. Les médecins qui soignèrent le malade à cette époque crurent à l'existence de coliques hépatiques, se basant surtout sur la localisation de la douleur à la partie supérieure de l'abdomen. J'ai eu récemment l'occasion de vous faire remarquer à quel point la douleur était un signe banal en clinique, et je vous disais encore pour quelles raisons la douleur épigastrique pouvait se rapporter à de nombreuses maladies et être due non seulement à des lésions de l'estomac, mais aussi à des lésions du foie et de l'intestin. Dans le cas présent, la douleur seule pouvait guider le diagnostic, puisque les symptômes habituels de la colique hépatique, l'ictère notamment, faisaient défaut, que les garde-robes n'étaient nullement décolorées, que les urines restaient claires.

Sans doute, il existe des faits de colique hépatique sans ictère, sans décoloration des fèces, mais il s'agit alors, dans ces cas, de colique hépatique de peu de durée. Or, chez notre homme, l'apparition régulière de cette douleur paroxystique, sa durée parfois si prolongée en l'absence de tout symptôme d'ictère ne nous permettent pas de supposer qu'il pouvait s'agir d'une colique hépatique. J'ajoute que cette douleur ne présentait nullement les irradiations de la douleur hépatique.

En dehors d'une certaine fatigue, le malade n'éprouva tout d'abord aucune suite fâcheuse de ses accès ; sa santé générale restait bonne. Dans certains cas, il avait pu, nous dit-il, constater la présence de mucosités peu abondantes dans les garde-robes qui avaient suivi la fin de la crise. Depuis trois ans, toutefois, il a perdu un peu ses forces, il a maigri et il éprouve actuellement un sentiment à peu près constant de fatigue.

L'examen que nous avons pu faire du malade, dès le lendemain de son entrée, fut surtout négatif. L'apyrexie était absolue, le pouls normal ; il n'éprouvait aucun symptôme du côté des voies respiratoires ; le cœur n'était nullement dilaté ; la circulation périphérique était régulière, sans refroidissement des extrémités. La langue était un peu blanche, l'appétit plutôt médiocre, mais l'abdomen était souple, sans traces de ballonnement. Si toute la région supérieure du ventre était comme endolorie, on n'obtenait cependant de douleur à la pression que sur le trajet du côlon descendant et de l'S iliaque. Cette partie de l'intestin se percevait nettement au niveau de la fosse iliaque gauche et, sans être notablement épaissie, se présentait sous la forme d'un cordon résistant, élastique, roulant sous

le doigt et qui, à la palpitation profonde, était légèrement douloureux. L'intestin grêle ne paraissait guère distendu ; le tympanisme était en effet, peu accentué à ce niveau, contrairement à ce que l'on observait pour le gros intestin, qui constituait une cavité assez grande remplie de gaz. Aucun clapotement, aucun gargouillement ne se faisaient sentir au niveau de l'estomac, même alors que nous avions fait boire le malade, peu avant l'examen.

Le foie était normal, la pression au niveau des voies biliaires ne provoquait aucune douleur, la rate mesurait ses dimensions habituelles ; les urines ne présentaient ni sucre, ni albumine, ni aucune trace de matières colorantes biliaires.

Il nous reste à signaler un point, à savoir la présence de lipomes multiples peu volumineux, disséminés sur le cou, les avant-bras, les cuisses, assez symétriquement disposés et à propos desquels il n'y aurait rien à dire si leur existence ne pouvait servir dans une certaine mesure à caractériser l'état général de notre malade.

La sensibilité cutanée était sensiblement normale partout ; il n'existait aucun trouble de la vue ni de l'ouïe ; les contractions musculaires s'accomplissaient régulièrement. Les réflexes rotuliens, quoique affaiblis, restaient très distincts. L'équilibration était parfaite, la station debout s'effectuait sans oscillations ; notre malade pouvait se tenir, comme vous avez pu le voir, à cloche-pied et les yeux fermés.

Sauf un léger tremblement des doigts persistant depuis l'avant-dernière crise et ne permettant plus guère au malade d'écrire et par suite de continuer sa profession de comptable, nous ne trouvons donc à signaler aucun trouble notable du système nerveux.

Notre examen terminé, il nous restait à nous demander la nature de la crise douloureuse dont cet homme venait d'être atteint. Une douleur paroxystique de la région abdominale sans fièvre, cela s'appelle, en terminologie médicale, une colique. Mais de quelle espèce de colique s'agit-il ici ? Le siège de la colique est multiple, et peut se trouver aussi bien dans les voies urinaires que dans les voies biliaires, dans l'estomac ou dans l'intestin. Je vous ai dit tantôt les raisons pour lesquelles il ne me semblait pas possible d'admettre l'existence d'une colique hépatique. La colique néphrétique n'est guère plus probable, vu l'absence de toute irradiation urétérale, inguino-scrotale de la douleur et l'état absolument normal de la fonction urinaire.

L'intégrité absolue du système nerveux, la faculté d'équilibration, si parfaite dans le cas présent, défendent d'autre part de s'arrêter à l'hypothèse de crises gastriques tabétiques.

Pour la gastralgie, la question devient un peu plus délicate, en

raison seule de l'existence, constatée par nous, de douleurs au siège épigastrique, suivies de nausées et de vomissements. Mais dans la gastralgie, ce qu'il importe de noter surtout, c'est le rapport de l'accès douloureux avec l'alimentation. La douleur survient après l'ingestion et au moment de l'évacuation des aliments. D'autre part, les sensations éprouvées par le malade sont essentiellement différentes, et lorsque l'évacuation des aliments est complète, le retour à l'état normal arrive très rapidement grâce à la faible intensité des troubles digestifs.

Nous n'avons pu constater aucun de ces symptômes chez notre malade ; ce n'est donc pas une gastralgie. Restent les coliques intestinales, l'entéralgie ; c'est là, sans aucun doute, le diagnostic auquel nous devons nous arrêter.

Le siège de la douleur que nous avons vue exister sous forme d'une barre transversale suivant la direction du côlon transverse, l'irradiation de cette douleur le long du côlon descendant, et surtout cet endolorissement si net provoqué par la pression dans la fosse iliaque gauche, au niveau du cordon formé par l'S iliaque, sont suffisamment caractéristiques.

Mais quelle est la cause de ces coliques intestinales ? S'agit-il d'une de ces formes si fréquentes d'entérite chronique dans le cours desquelles des crises douloureuses avec exacerbations périodiques peuvent aussi survenir, moins régulièrement toutefois que chez notre malade ? L'absence de diarrhée, de produits muqueux autour des fèces, la régularité à peu près normale des garde-robes, la conservation de l'appétit, aussi bien que l'indépendance absolue de l'alimentation plaident contre ce diagnostic.

Il ne s'agit pas non plus ici de colique saturnine ; notre malade n'est pas saturnin et n'est exposé d'aucune façon à l'intoxication par le plomb ; du reste, il ne présente aucun symptôme de parésie intestinale ; la douleur n'offre nullement chez lui les caractères de celle de la colique saturnine, le ventre n'est pas rétracté. Il faut donc rejeter aussi le diagnostic de colique saturnine.

Le seul fait que, lorsque les crises sont terminées, l'intestin reprend ses fonctions normales nous conduit à penser que nous pouvons avoir affaire à une simple névralgie intestinale, à une *entéralgie*, comme l'a dénommé Layet dès l'année 1832.

L'entéralgie est une affection très mal connue et qui jusqu'à présent n'a fait l'objet que d'un nombre restreint de travaux. Elle est mal connue, d'abord parce qu'elle est souvent difficile à dépister et, d'autre part, parce qu'elle n'est pas à proprement parler une maladie d'hôpital : c'est en ville qu'on la rencontre le plus fréquemment.

En France cette affection est assez rare pour avoir peu fixé

l'attention, et il faut remonter aux travaux de Barras, parus en 1844, pour trouver une description suffisamment précise de l'entéralgie.

En Allemagne, Eichhorst, Leube l'ont confondue avec la colique intestinale banale, lui attribuant comme à cette dernière une origine quelconque due soit à une maladie de l'intestin, soit à une affection du système nerveux.

Or, l'entéralgie a, à n'en pas douter, une existence indépendante bien établie présentement, grâce surtout aux observations faites tant en Russie qu'en Angleterre. En Russie, Cherchevsky notamment l'a étudiée d'une façon très complète et il a pu réaliser cette étude parce que l'entéralgie est une affection fréquente dans ce pays : l'entéralgie est, en effet, une névrose, et l'on connaît le tempérament nerveux des Russes ainsi que leur propension à contracter des névroses.

Cette affection a été aussi très bien observée en Angleterre, notamment par Norri, Clifford Albutt, mais pour des raisons tout autres que celles que nous venons d'exposer. L'entéralgie est fréquente en Angleterre parce qu'elle est une névrose de source arthritique. Or, l'arthritisme est commun dans la Grande-Bretagne ; la goutte, notamment, contrairement à ce qui se passe chez nous, s'observe assez souvent dans les services hospitaliers. L'alimentation surtout carnée, les boissons alcooliques prédisposent aux affections goutteuses qui, par hérédité, créent le terrain arthritique.

L'intéressant mémoire de Cherchevsky s'appuie sur une série d'observations très méticuleusement prises et qui ont permis à son auteur de fixer d'une façon fort précise la symptomatologie de la névralgie intestinale.

Qu'est-ce, en effet, que l'entéralgie ? Quels moyens avons-nous de la reconnaître ?

L'entéralgie est surtout caractérisée par des accès paroxystiques douloureux réapparaissant à des intervalles pouvant varier de quelques heures à quelques jours, à quelques semaines et même à plusieurs mois.

Le début est soudain, sans cause appréciable, sans que l'on puisse constater une provocation d'origine alimentaire. La douleur occupe surtout la partie moyenne ou supérieure de l'abdomen, l'épigastre et la région péri-ombilicale, où elle présente son maximum d'intensité. Elle s'irradie vers l'hypocondre droit, pouvant simuler ainsi la colique hépatique, vers les lombes et les uretères, parfois même vers les membres inférieurs, comme la douleur de la colique néphrétique. Ces irradiations sont surtout importantes à connaître en raison des causes d'erreur qu'elles constituent.

Cette douleur est aiguë, tormineuse ; quelquefois son intensité

va si loin que le malade peut perdre connaissance, avoir une véritable syncope. En général, cependant, son intensité est moindre que celle de la colique hépatique ou de la colique néphrétique.

Le ventre est ballonné et ce ballonnement est lui-même très variable ; tantôt général, tantôt partiel, il est surtout essentiellement mobile.

Lorsque la crise se prolonge, des nausées suivies de vomissements alimentaires surviennent. Parfois ces vomissements sont très abondants, très pénibles ; dans une observation, on a même pu observer des vomissements fécaloïdes.

Le malade éprouve une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, avec ténésme, besoins fréquents d'aller à la garde-robe.

Ordinairement les évacuations sont difficiles et les fèces présentent une série de modifications progressives, bien connues aujourd'hui, qui ont une importance très grande et dont les caractères ont conduit à une pathogénie plus exacte de la maladie.

Ces garde-robes changent, en effet, entièrement d'aspect durant l'évolution de la crise ; elles se modifient même avant le début de cette crise. Peu de jours avant, les garde-robes sont plus dures, plus difficiles, puis progressivement, au fur et à mesure que la crise évolue, les fèces prennent l'aspect ovillé, parfois même se présentent sous forme de matières rubanées. Quelquefois aussi, elles sont effilées à ce point qu'elles se réduisent au volume d'un crayon, tout en conservant leur consistance.

Lorsque la crise va cesser, leur volume redevient peu à peu plus considérable, et finit par atteindre le calibre ordinaire lorsque la colique est terminée. Chez certains malades, la transition est tout à fait brusque et le retour à l'état normal se fait après une évacuation abondante avec ou sans débâcle. Ces accès durent, en général, quelques heures, parfois même quelques jours ; la crise est constituée par plusieurs accès. Dans l'intervalle des crises, la maladie disparaît entièrement pour reparaitre à époques variables d'une façon tout aussi inopinée.

L'apyrexie est toujours absolue ; l'appétit est conservé même au milieu de crises prolongées. Si les malades s'abstiennent de manger, c'est qu'ils redoutent leurs accès, et, lorsqu'ils maigrissent, c'est surtout par insuffisance alimentaire volontaire. L'on constate, par exemple, l'existence d'un état neuropathique très accentué : la perte des forces est grande ; le malade se sent courbaturé, brisé ; c'est à peine, dans certains cas, s'il peut se tenir debout ; les membres inférieurs sont très affaiblis ; les genoux se dérobaient. A ces symptômes s'ajoute une dépression physique considérable, mais surtout une dépression morale. Les malades sont découragés, mélancoliques ; l'hypocondrie est parfois à ce point accentuée qu'elle

les pousse aux idées de suicide lorsque les douleurs sont trop fréquemment répétées.

Si en général l'entéralgie ne paraît pas reconnaître de causes occasionnelles bien précises, il existe parfois chez les malades une prédisposition nerveuse héréditaire très caractérisée. Chez quelques-uns d'entre eux, cette prédisposition s'affirme par l'existence d'accidents intestinaux similaires à ceux que présentèrent leurs ascendants. Je connais pour ma part des familles où existe cette transmission fâcheuse de l'entéralgie. Dans d'autres cas, les parents ont souffert d'affections intestinales très graves ; ils transmettent seulement à leurs descendants une excitabilité fonctionnelle exagérée de l'intestin sans lésions organiques : l'hérédité de localisation joue donc ici, comme vous le voyez, un rôle aussi important que l'hérédité de diathèse.

Parfois enfin, ce qui se transmet simplement, c'est la prédisposition à l'état neurasthénique. Or, cette maladie se concentre le plus souvent chez les neurasthéniques arthritiques. On a dit, à tort selon moi, que l'entéralgie était plus fréquente chez la femme ; je crois au contraire qu'elle est plus souvent observée chez l'homme, qui, vous le savez, est plus fréquemment arthritique. Elle se rencontre en réalité surtout chez les sujets livrés à des travaux intellectuels persistants, et c'est pour cette raison qu'on la retrouve chez les littérateurs, chez les artistes, chez les musiciens.

Un travail intellectuel excessif et fait d'une manière hâtive en constitue assez souvent la cause occasionnelle ; presque toujours la crise apparaît sous l'influence d'une cause déprimante : préoccupation grave, tristesse, inquiétude. Cherchevsky parle d'un jeune musicien allemand, habitant la Russie, qui présentait ces accidents chaque fois qu'il éprouvait une déception et chez lequel la disparition de l'entéralgie coïncidait avec le retour du succès.

L'entéralgie est donc une maladie nerveuse au premier chef, dominée par un état nerveux, commandée par les causes qui favorisent ou exagèrent cet état nerveux.

Elle est constituée, comme nous venons de le voir, par trois ordres de symptômes : la *douleur*, les *troubles fonctionnels*, *intestinaux*, l'*état neuropathique*. Il nous reste à nous demander quels rapports l'on peut établir entre ces différents symptômes !

Quelle relation notamment faut-il admettre entre la douleur et le trouble fonctionnel ? Est-ce l'obstruction intestinale passagère qui provoque la douleur, ou est-ce la douleur qui détermine la difficulté de l'évacuation intestinale ? Cette question, fort difficile à résoudre au premier abord, peut être éclaircie par les faits de Cherchevsky. Cet auteur a remarqué, en effet, que les modifications des fonctions intestinales précèdent l'apparition de la douleur ;

mais il a noté, en outre, que cette douleur prend rapidement une intensité hors de proportion avec les légers troubles constatés du côté de l'intestin et que, dès que la douleur cesse, l'évacuation intestinale redevient immédiatement normale.

En quoi consiste le trouble fonctionnel ? S'agit-il d'une inflammation muqueuse ou d'un catarrhe intestinal ? La reproduction périodique des crises, leur cessation et leur apparition subite permettent d'éliminer l'inflammation. Quant au catarrhe intestinal, pour lequel souvent ces malades sont envoyés dans des stations thermales, il est loin d'exister dans tous les cas. Parfois les sécrétions sont exagérées ; il y a de la colite muco-membraneuse, mais cette colite muco-membraneuse n'existe pas, tant s'en faut, dans tous les cas d'entéralgie. Sans doute, elle peut coïncider avec cet état morbide, car la colite est aussi une affection de nature arthritique, que l'on retrouve surtout chez les sujets nerveux. L'irritation constante de l'intestin peut d'autre part à elle seule créer un état nerveux ; les réflexes qui prennent leur origine dans le gros intestin sont, vous le savez, des réflexes puissants qui ont une grande influence sur le caractère des gens : les maladies du gros intestin troublent le caractère à un haut degré. Je connais pour ma part une fillette très douce habituellement, qui devient insupportable sitôt que son gros intestin fonctionne mal et que sa mère envoie aux cabinets pour lui permettre de retrouver son caractère habituel.

Les fatigues intellectuelles ont, de même, une action sur l'intestin : la diarrhée qui précède un examen, l'effet laxatif qu'entraîne la préoccupation d'une leçon, sont choses bien connues. Les rapports sont donc, comme vous le voyez, très étroits entre les impressions nerveuses et les fonctions intestinales.

Si l'inflammation et le catarrhe de l'intestin doivent être rejetés, peut-on penser à une paralysie de l'intestin ou à un spasme de cet organe ? Chez les entéralgiques, on doit noter surtout deux phénomènes : le ballonnement abdominal, quelquefois assez prolongé, et le retard dans les garde-robes.

Si la paralysie intestinale paraît vraisemblablement au premier abord, on ne peut cependant s'arrêter longtemps à cette idée lorsqu'on examine le ventre par les procédés classiques d'exploration. On trouve, en effet, au niveau de la région iliaque gauche, un cordon dur qui représente l'S iliaque ; ce cordon douloureux est certainement l'indice d'une *contraction exagérée* qui contribue à empêcher l'évacuation des gaz. Ces gaz paraissent eux-mêmes résulter non pas de fermentations intestinales, ainsi qu'on pourrait le croire, mais, comme le disait Trousseau, d'une véritable sécrétion muqueuse. Le ballonnement, en effet, ici comme chez les hystériques, apparaît

*brusquement* et disparaît sans qu'il y ait aucune évacuation. Chez notre malade nous n'observons pas, comme chez les hystériques, la déglutition des gaz, et leur disparition sans évacuation buccale ou rectale indique une résorption. Cette brusquerie du début suffit, à mon avis, à éliminer l'existence des fermentations intestinales.

Nous sommes donc conduits en dernière analyse à admettre un spasme de l'S iliaque, spasme que nous apprécions nettement à la palpitation en cet endroit, mais qui peut sans doute occuper d'autres parties de l'intestin, ce dont il est assurément difficile de se rendre compte. La palpitation peut, en effet, donner des renseignements sur l'S iliaque, qui repose sur un plan résistant, mais nous apprécions fort mal par ce moyen la consistance du reste de l'intestin. C'est ainsi que souvent, par exemple, on croit même à l'existence de scybales, alors qu'on se trouve en présence d'inégalités de résistance relevant de contractures partielles.

Quant à la percussion, elle nous indique bien l'existence de la dilatation, mais elle ne peut nous faire connaître la rétraction.

Pour ces raisons on peut admettre que l'intestin est le siège de contractures prolongées ou intermittentes, douloureuses, dont le siège très divers explique la mobilité du ballonnement durant la crise.

Il s'agit donc d'un spasme douloureux dont la physiologie pathologique se rapproche de celle de toutes les coliques, car toutes les coliques sont des phénomènes spasmodiques; ce spasme peut être favorisé par l'état neuropathique héréditaire ou acquis du malade, et la répétition de ces crises douloureuses peut se répercuter à son tour sur le système nerveux.

Ces considérations ne sont certes pas indifférentes, lorsqu'on y veut trouver des indications thérapeutiques précises. Si le trouble des fonctions intestinales est le fait primitif, c'est sur lui qu'il faut tout d'abord agir: dans ce cas, les laxatifs trouvent leur emploi; si, au contraire, nous sommes en présence d'un phénomène spasmodique cause initiale de tous les accidents, c'est lui que le traitement doit viser tout d'abord. Or, l'expérience vient ici confirmer les faits acquis par l'observation: les purgatifs, comme cela arrive le plus fréquemment, comme nous l'avons vu chez notre malade, n'ont aucun effet ou à peu près; ils ne purgent pas, même à fortes doses. Ce qui détermine le mieux les garde-robes, c'est la belladone, quelquefois même l'opium à petites doses et cela à l'inverse de l'action habituelle de ces médicaments. Cherchevsky a rapporté à ce propos des faits très probants d'efficacité de l'opium en pareil cas.

D'autre part, pour prévenir cet état de susceptibilité fonctionnelle intestinale, l'éther, la valériane, surtout le valérianate d'am.

moniaque, cet alcalin diffusible si favorable aux arthritiques, agissent très bien.

Les laxatifs ne seront guère utilisés que dans l'intervalle des crises, pour éviter l'accumulation des fèces susceptible de déterminer à elle seule une irritation intestinale ; mais il faudra assurément éliminer d'une façon absolue les purgatifs drastiques, même salins, éviter les préparations d'aloès, de séné, qui exagèrent les contractions intestinales. L'huile de ricin, la fleur de soufre, la rhubarbe sont les médicaments auxquels on peut recourir, si dans l'intervalle des crises la constipation persiste.

Pendant les accès on a préconisé l'emploi des bains chauds. La balnéation chaude, utilisée même dans l'intervalle des crises, agit en effet sur l'arthritisme ; mais il faut éviter avant tout les imprudences, les refroidissements. La balnéation doit être très soigneusement surveillée, si on veut éviter tout le mal qu'elle peut faire.

Les cures d'eaux salines faiblement minéralisées agissent bien plutôt par la façon dont se fait la balnéation.

L'hydrothérapie peut aussi produire de bons effets, mais il s'agit encore là d'une hydrothérapie spéciale. Elle ne doit pas être trop intense chez les gens nerveux ; il faut tout d'abord employer la douche chaude ou tiède de durée modérée, puis alterner la douche chaude avec la douche progressivement refroidie pour arriver lentement à la douche froide isolée. Il faut, de plus, que la réaction soit absolue et, pour cela, que la douche froide soit très courte et qu'elle soit suivie d'exercice ; enfin, il faut aussi, contrairement à ce que l'on fait habituellement, que le malade ne prenne pas la douche en état de fatigue, car l'individu fatigué réagit mal. L'association de la douche à l'escrime et à la gymnastique constitue donc une erreur thérapeutique dans le cas qui nous occupe.

Pour l'électricité, nous pourrions répéter les mêmes observations, car selon l'application qu'on en fera, elle sera utile ou nuisible.

Pendant la durée de la crise, la faradisation est quelquefois très efficace ; cette faradisation doit se faire avec le balai ; elle doit, en effet, être superficielle et ne pas provoquer la contraction musculaire. Pour ce faire, il suffit de dessécher la peau au moyen d'une poudre inerte, par exemple, comme le faisait Duchenne (de Boulogne), et de diffuser le courant.

Dans l'intervalle des crises, au contraire, la faradisation doit être profonde, atteindre les muscles, surtout lorsque les parois abdominales, ayant perdu leur élasticité, entraînent ainsi un prolapsus de l'intestin qui, dans une certaine mesure, peut, à son tour, provoquer l'accès. C'est là un point mis surtout en évidence par M. Glénard ; mais, contrairement à cet auteur et loin de prétendre

que l'entéralgie soit toujours une conséquence de l'entéroptose, je suis plutôt porté à croire que cette dernière est le résultat de crises répétées d'entéralgie.

Cette laxité abdominale peut être efficacement combattue par la faradisation.

Les courants continus peuvent aussi trouver leur indication dans la parésie intestinale, notamment dans la dilatation du gros intestin qu'ils combattent parfois avec efficacité en réveillant la contractilité des fibres lisses. Le pôle positif, dans ce cas, doit être placé sur le rachis en un point correspondant aux dernières vertèbres dorsales, le pôle négatif étant promené sur les côlons ascendant et transverse ; l'intensité du courant devra être très modérée, 4 milliampères par exemple, sans jamais dépasser 10 milliampères. Le malade vous dira souvent qu'il n'éprouve aucune sensation ; il ne faut pas y attacher d'importance. La médication par les courants continus doit, pour être efficace, durer assez longtemps : un mois à six semaines. Or, si l'on va trop vite ou trop fort, on crée un état de malaise et d'angoisse, indice d'une surexcitation nerveuse, et vous ne pourrez plus faire accepter à votre malade une nouvelle application de ces courants.

Mais ce qu'il importe surtout de régler, c'est assurément l'hygiène physique et, autant que faire se peut, l'hygiène morale. Les influences morales ont, vous l'avez vu, une part dans la genèse de l'entéralgie. Il faut donc les combattre ; mais nous nous trouvons en présence de la partie la plus difficile de la thérapeutique, peu applicable à l'hôpital, plus facile à la ville, où parfois les conseils peuvent avoir une réelle influence.

Chez notre malade il s'agit bien d'une entéralgie existant depuis longtemps ; nous ne trouvons cependant chez lui aucune cause morale au début de sa maladie ; il ne présente, d'autre part, qu'un seul signe d'arthritisme, les lipomes. Il faut, à mon avis, tenir compte de ce stigmate de l'arthritisme, admettre l'influence de sa profession : cette homme, nous l'avons dit, est comptable et reste tout le temps assis. De plus, il a eu récemment des préoccupations multiples que nous n'avons pu exactement déterminer ; l'exercice de sa profession est devenu difficile par suite du léger tremblement des mains qu'il présente ; tout cela a pu contribuer à exagérer ses crises.

Tout nous permet donc de nier ici l'existence d'une affection organique de l'intestin ; tout, par contre, nous conduit à admettre une entéralgie, c'est-à-dire une maladie qui ne menace pas l'existence, mais qui trouble le repos et qui, pour cette raison, doit être soignée avec attention, d'autant plus que les entéralgiques sont des sujets très impressionnables et chez lesquels les erreurs thérapeutiques peuvent avoir des conséquences fâcheuses.

# CLINIQUE CHIRURGICALE

## TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES

Cette année, j'ai eu l'occasion, dans mon service de la Pitié, de traiter, par la dilatation, l'extirpation et la suture au catgut, vingt-huit personnes atteintes d'hémorrhoïdes. Je veux en prendre texte pour étudier ici les points importants de cette opération et exposer ma technique à laquelle j'ai apporté, récemment, quelques nouvelles modifications.

### I

Il est un premier degré du mal où les accidents sont de si médiocre importance qu'un traitement médical suffit, et lorsque la crise hémorrhoïdaire, qui survient à peine trois ou quatre fois l'an, ne se traduit guère que par un peu d'ardeur, une cuisson désagréable à l'anus, du prurit, un écoulement sanguin sans durée et sans intensité, je conseille les purgatifs légers, les lavages du périnée à l'eau très chaude — et j'entends par là de l'eau à 50° ou 55°C — les lavements à la même température et les applications de tampons d'ouate hydrophile de la grosseur d'un gros pois et imbibés d'une solution de cocaïne à 1 0/0. Sous l'influence de cette médication, absolument simple, les crises s'apaisent et s'espacent et les hémorrhoïdaires de cette catégorie ne songent plus à invoquer l'intervention du chirurgien. Mais il en est tout autrement dès que les varices rectales deviennent douloureuses, saignantes et procidentales.

Un seul de ces accidents suffit pour me décider à intervenir ; mais l'opération varie suivant la nature et la gravité des lésions. Lorsque le symptôme douleur domine, — et ces cas ne sont pas rares chez les hypocondriaques et chez les nerveux, — lorsque, d'autre part, les masses variqueuses sont peu abondantes et que quelques petites ampoules veineuses apparaissent seules à la marge anale après chaque défécation, les hémorrhoïdes peuvent être considérées alors comme l'équivalent de la fissure et le même traitement leur convient. La dilatation force le sphincter, la contracture cesse et avec elle les souffrances, la constipation et les écoulements sanguins. On n'a plus à faire l'éloge de cette opération, aussi simple qu'efficace, et nous ne comptons plus les observations où elle a eu pour résultat une guérison complète et durable. Après la campagne

menée jadis par Verneuil et par Fontan, cette cause est définitivement gagnée.

La manœuvre est si simple, l'opération si efficace d'ordinaire, que pendant plusieurs années on n'a pas cherché autre chose et cette opération était pratiquée par plusieurs de nos maîtres dans tous les cas d'hémorroïdes. C'est ainsi que j'en ai usé longtemps, et j'ai raconté ailleurs, l'histoire d'un négociant de Bordeaux dont j'ai forcé le sphincter pour des varices rectales si abondantes que, après la dilatation anale, elles formaient, dans le sillon interfessier, une tumeur plus volumineuse que le poing. Cette masse énorme, congestionnée et turgescente s'affaissa peu à peu grâce à la disparition de la contracture sphinctérienne et sans doute aussi grâce aux applications de compresses imbibées d'eau à 55°C. A la place des bourrelets violacés il ne resta bientôt plus que quelques marisques et la guérison fut complète. Mais elle ne se maintint pas, et au bout de quelques années, la récurrence était évidente.

C'est pour éviter cette récurrence, dont j'ai déjà publié plusieurs observations concluantes, que, maintenant je joins à la dilatation l'extirpation des tumeurs hémorroïdes toutes les fois que, le sphincter forcé, s'accroissent à la marge de l'anüs des masses variqueuses appréciables. L'indication est pour moi suffisante. Elle l'est aussi pour la plupart des chirurgiens. Je sais bien que certains interviennent peut-être pour des hémorroïdes que d'autres trouveraient encore négligeables, mais, ces nuances, on ne les saisit guère qu'à la comparaison des pratiques et, si nous nous en tenons simplement à ce qu'écrivent les auteurs, l'accord est établi sur ce point : dès que les hémorroïdes deviennent procidentes, il faut ajouter à la dilatation l'extirpation des paquets variqueux.

## II

Nous avons, comme tous nos collègues, enlevé les hémorroïdes au thermocautère, et "le fer à friser" du professeur Richet nous a paru à l'époque un instrument excellent. Mais lorsque, avec l'iodoforme, l'antisepsie de la région anale est devenue suffisante pour ne craindre, après l'excision des masses variqueuses, ni infection ni suppuration, on a songé à obtenir ici, comme ailleurs, la réunion primitive des tissus divisés, et je pense que cette idée est venue simultanément à un grand nombre de chirurgiens. Toujours est-il que, lorsque Delorme exposa devant la Société de Chirurgie les résultats de la méthode de Whitehead, j'excisais, depuis plusieurs années déjà, les bourrelets hémorroïdaires et je réunissais peau et muqueuse par une suture immédiate. Voici, du reste, quelle est ma technique :

Tout d'abord, j'ai presque toujours recours à l'anesthésie à la

cocaïne ; c'est ainsi que, sur mes 28 opérations de cette année, 26 ont été pratiquées sous l'analgésie locale. Elle est aussi délicate et mérite d'être décrite avec soin : le malade est mis dans la position classique, sur le côté, une jambe étendue et l'autre repliée sur la cuisse et le ventre ; un aide soulève la fesse de manière à bien exposer la région anale. Je prends alors, du bout d'une pince, un petit tampon de ouate hydrophile imbibé d'une solution de cocaïne à 1 0/0, gros tout au plus comme un pois et muni d'un fil d'attache ; je le fais pénétrer, lentement et progressivement, dans l'orifice anal, étalé pour ainsi dire grâce aux tractions exercées sur la peau des fesses ; il entre par la pression douce pour éviter toute douleur et je l'abandonne dès qu'il est dans l'ampoule rectale ; j'en pousse ainsi un deuxième, un troisième, un quatrième, de plus en plus gros, et le dernier aussi volumineux qu'une noisette ; celui-ci entre facilement car la contracture primitive du sphincter a déjà cédé sous l'influence de l'analgésie commençante et l'anus est presque béant.

Je plante alors, d'un coup sec, la pointe de l'aiguille de la seringue de Pravaz dans la peau du périnée, en avant de l'anus, à 1 centimètre environ en dehors de l'orifice rectal et je la fais cheminer dans le tissu cellulaire en poussant au fur et à mesure mon injection ; la solution est invariablement titrée à 1 0/0 ; lors ma seringue est arrivée au bout de sa course, elle est vide et j'ai laissé une cocaïnique dans le quart environ de la circonférence excentrique que je trace autour de l'anus. Au point d'arrêt, mais un peu en amont, en tissu déjà anesthésié, je plante de nouveau mon aiguille ; ici la peau est insensible et la douleur est nulle ; j'analgésie ainsi un nouveau quart de la circonférence, et j'en use de la même manière pour le troisième et pour le quatrième quart. Le contenu de quatre seringues de Pravaz, par conséquent 0 gr. 04 centigr. de cocaïne, a suffi pour obtenir l'insensibilisation de cette peau marginale.

Pour que la dilatation ne provoque aucune douleur, il faut ajouter à l'anesthésie de la muqueuse et de la peau, l'insensibilisation du muscle sphincter. Pour y atteindre, j'introduis alors l'index dans le trajet anal, puis l'enfonce dans la peau l'aiguille et je la fais cheminer lentement dans l'épaisseur du muscle et parallèlement à mon doigt, qui la guide pour ainsi dire. Pendant l'ascension de la seringue je vide environ la moitié de ma seringue, et pendant sa descente l'autre moitié ; il ne faut pas s'arrêter, car il y aurait probabilité dans ces régions variqueuses, de pousser l'injection dans l'intérieur d'une veine. Je ne saurais trop recommander la prudence, tout en remarquant que, dans cette espèce de tissu caverneux la circulation est peu active ; les oblitérations des vaisseaux sont nombreuses, et, de fait, voici près de cent anesthésies anales que je

pratique sans avoir jamais observé le plus léger indice d'intoxication. Ces piqûres intrasphinctériennes sont au nombre de six et régulièrement espacées. Les injections sont alors terminées et la dose totale de la cocaïne injectée est de 0 gr. 04 centigr., plus 0 gr. 06 centigr., soit 0 gr. 10 centigr. d'alcaloïde, sans compter la quantité indéterminée que la muqueuse absorbe au contact du tampon.

Il faut attendre cinq minutes, cinq minutes bien comptées, et si, il y a deux ans encore, je constatais une anesthésie parfois incomplète, si quelques malades éprouvaient de la douleur au moment du plus grand écartement des valves du spéculum, c'est que je saisisais l'instrument avec trop de précipitation ; cette année, je n'ai pas vu un seul opéré manifester la moindre souffrance, mais nous comptons, montre en main, cinq minutes entre la dernière injection et la prise du spéculum. A ce moment, nous pouvons sans crainte l'introduire dans l'anus, déjà béant ; le trajet sphinctérien qui laissait, au début, passer difficilement le doigt, s'ouvre pour ainsi dire devant le spéculum depuis que l'anesthésie de la muqueuse a supprimé le réflexe. La manœuvre est des plus faciles : on prend les deux leviers entre le pouce et l'index et on les rapproche lentement, progressivement, sans à-coup ; d'après Trélat, il faudrait mettre près de trois minutes pour obtenir l'écartement maximum des deux valves. On retire le spéculum ouvert, puis on le ferme, on le remet une fois encore et l'on dilate à nouveau, mais dans un sens perpendiculaire au premier. Et c'est suffisant, la dilatation est terminée.

Alors deux cas se présentent : ou bien les hémorroïdes, qui bordent alors le trajet béant, forment ça et là quelques petites saillies bleuâtres sans importance, ou bien des bourrelets variqueux sortent au travers de l'orifice en masse turgescence. Dans le premier cas, la dilatation constitue à elle seule l'opération suffisante et efficace ; dans le second, il faut, à la dilatation, ajouter l'extirpation des hémorroïdes. Mais pour cette intervention nouvelle, une nouvelle analgésie n'est pas nécessaire, car la première a insensibilisé toutes les parties du foyer opératoire. Nous allons intéresser la peau marginale, la muqueuse et les tissus cellulaires sous-cutané et sous-muqueux ; or, nos tampons et nos injecteurs ont créé dans tous ces tissus des zones analgésiques : la technique de l'analgésie est donc la même, qu'il s'agisse de la dilatation simple ou de la dilatation avec extirpation.

Cette extirpation me paraît des plus simples et je trouve que beaucoup de nos collègues compliquent bien inutilement ce temps de l'intervention : les dissections longues et minutieuses qu'ils nous décrivent ne me paraissent pas nécessaires, et voici comment nous nous y prenons pour extirper les masses hémorroïdaires. Nous

saisissons, avec les pinces à griffe de Kocher, le sommet du bourrelet d'une demi-circonférence de la marge anale ; en général, trois pinces placées à égale distance y suffisent. Nous tirons dessus, nous étalons la muqueuse et nous voyons à quelle hauteur s'arrêtent les ectasies ; à ce point, sur la muqueuse saine, nous plaçons trois ou quatre nouvelles pinces également espacées ; elles nous serviront à la fois de repère pour notre incision et de maintien pour la muqueuse qui, après section, pourrait remonter et se perdre dans l'ampoule rectale. Nous saisissons alors, de la main droite, un bistouri ou des ciseaux qui coupent les masses hémorroïdaires saillantes que tendent les premières pinces, tenues et tirées de la main gauche.

Cette abrasion se fait d'un bout à l'autre de la demi-circonférence, sans s'occuper de l'hémostase ; d'ailleurs, ce tissu caverneux, rempli de sang coagulé, de caillots noirs, saigne beaucoup moins qu'on ne le suppose. La peau et la muqueuse ont été coupées, l'une au niveau du point où commence le bourrelet et l'autre au niveau du point où il finit. La perte de substance en est souvent large et profonde, mais les bords en sont facilement rapprochés par la suture, qui se pratique de la manière suivante : on tire sur la muqueuse avec les pinces "jalonnantes" qu'on y avait placées avant l'excision, puis on enfonce assez loin, à un demi ou à un centimètre même de son bord saignant, une aiguille de Reverdin courbe qui traverse d'abord cette muqueuse, puis l'extrémité inférieure du sphincter, puis la peau, de telle sorte que le fil chemine toujours sous les tissus. On le serre avec énergie, de façon non seulement à rapprocher peau et muqueuse, mais à ne laisser entre les deux téguments aucun "espace mort" où pourrait s'accumuler le sang ou la sérosité ; on évite ainsi les clapiers suppurants et l'hémostase est parfaite.

On met autant de fils qu'il en faut pour bien juxtaposer la peau à la muqueuse et pour assurer l'hémostase. Ces fils—et j'insiste particulièrement sur ce point—doivent être de catgut ; autrefois j'avais recours au crin de Florence ou à la soie. Je sais bien que quelques uns de ces derniers fils, malgré l'épaisseur des tissus pris dans la suture, coupaient ces tissus et tombaient d'eux-mêmes ; mais il fallait enlever les autres, profondément cachés dans les plis des téguments œdématisés ; or cette section des fils, au septième ou au huitième jour, était pour les malades beaucoup plus douloureuse que l'opération elle-même, tandis que les fils de catgut se résorbent ; il n'y a pas à les enlever et, l'opération finie, tout est fini. Pour le pansement, que l'on fait dès que l'autre demi-circonférence du bourrelet hémorroïdaire a été extirpée et suturée comme la première, j'introduis dans le trajet anal une grosse mèche de mousse-

line iodoformée ointé de pommade antiseptique et parfois traversée d'un gros drain pour faciliter l'expulsion des gaz. Le malade, purgé avant l'opération, est constipé, après, par l'absorption quotidienne de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 centigr. d'extrait thébaïque ; au septième jour on lui administre 30 grammes d'huile de ricin et la première garde-robe se fait sans douleur ; la cicatrisation est déjà à peu près complète.

### III

Telle est cette opération : elle doit, sans doute, beaucoup ressembler à celles que pratiquent ceux de nos collègues qui ont recours, comme nous, à l'exérèse sanglante suivie de réunion immédiate. Il y a cependant certaines petites particularités que je réclame comme miennes et dont l'ensemble peut constituer un procédé personnel : d'abord l'anesthésie à la cocaïne, puis l'excision sans dissection de la muqueuse et sans hémostase proprement dite, puis le mode particulier de sutures qui assure la juxtaposition des parties profondes et tarit l'écoulement sanguin, enfin l'emploi systématique du catgut, qui supprime le temps si douloureux de l'enlèvement des fils. Ces diverses manœuvres font de cette extirpation, autrefois si redoutée, une intervention simple et sans danger. Elle est aussi très rapide, et tandis que certains de nos collègues décrivent une technique qui exige quatre, cinq ou six quarts d'heure, nous, nous n'atteignons pas toujours et nous ne dépassons presque jamais une demi-heure.

Et les résultats éloignés et immédiats sont excellents : au début, grâce à l'emploi de la cocaïne, pas ou peu de ces douleurs post-opératoires, si fréquentes après l'extirpation des bourrelets sous l'anesthésie au chloroforme. Quelquefois, cependant, la première nuit ne se passe pas sans cuisson, sans lourdeur, sans souffrances même dans la région anale ; mais je crois pouvoir affirmer qu'après l'anesthésie par le chloroforme ces douleurs sont plus intenses et plus constantes.—Il y a souvent rétention d'urine, peut-être une fois sur dix, mais elle n'est pas le fait du procédé ; elle est provoquée par la dilatation, qui, sans doute produit une légère contusion de la prostate pendant l'écartement des valves. Elle n'est pas durable ; d'habitude elle cède au premier cathétérisme. Une fois, je l'ai vu persister huit jours, et même dernièrement, chez un employé dans les douanes chinoises, un Russe neurasthénique et hypocondriaque, elle revenait, par intermittences, trois semaines après l'opération.

Je n'ai jamais constaté d'abcès péri-anal après l'extirpation du bourrelet hémorroïdaire ; une fois, à la suite d'une dilatation simple, chez une dame que j'opérai avec mon maître, M. Millard, une collection purulente s'est amassée au niveau de la marge ; nous

avons profité de l'anesthésie pour enlever, après avoir ouvert l'abcès, les varices procidentes, dont la malade avait, lors de la première intervention, refusé l'excision. En enlevant les hémorroïdes on enlève en effet le tissu sous-muqueux déjà inoculé, les lacunes lymphatiques et les caillots sanguins intraveineux, milieux très propices à la culture des staphylocoques et des coli-bacilles. Dans aucun cas non plus, depuis que je pratique mes sutures profondes au catgut dont je multiplie les anses selon les besoins, je n'ai observé d'hémorrhagie immédiate ou secondaire.

Lorsque, au deuxième ou au troisième jour, les cuissons, la pesanteur, une souffrance plus ou moins vive persistent ou se manifestent dans la région opérée, j'enlève l'ouate hygrophile maintenue par un bandage en T et je sou mets le foyer à une pulvérisation phéniquée avec la marmite de Lucas-Championnière ; puis je tire doucement sur le tampon de gaze iodoformée enfoncé dans le rectum. Presque toujours les douleurs cessent immédiatement, surtout si on pratique des balnéations de la région avec de l'eau à la température de 50 à 55° C. ; les vellétés d'inflammation tombent tout de suite et la guérison est des plus rapides ; en général, c'est à partir du dixième jour qu'on peut la compter comme assurée, et la moyenne du séjour à l'hôpital de mes 28 opérés a été de quatorze jours.

Quant aux résultats définitifs, je ne pense pas qu'on puisse nous en opposer de meilleurs. Je ne parlerai pas de mes 28 derniers cas, puisqu'il s'agit de sujets opérés à l'hôpital ; ils sont tous partis au cours de la deuxième semaine sans que la guérison ait jamais été entravée par un accident ou même par un incident ; je n'ai pas essayé de les revoir pour contrôler la durée du bénéfice obtenu. Mais, par contre, j'ai recueilli l'observation de plus de vingt opérés de la clientèle de ville, amis ou connaissances que j'ai pu suivre plusieurs années, depuis le jour de mon intervention. Chez aucun encore, je n'ai vu survenir de récédive après la dilatation suivie d'extirpation des hémorroïdes ; jamais, bien entendu, je n'ai constaté la moindre tendance au rétrécissement de l'an us et tous se félicitent d'avoir si simplement et si complètement guéri d'une affection qui, pour quelques-uns, constituaient une infirmité véritable.

PAUL RECLUS,

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.*

# THERAPEUTIQUE

---

## ATTAQUES APOPLECTIQUES

PAR LE

DOCTEUR G. LEMOINE

---

Sous cette dénomination on réunit des états cérébraux, qui sont très différents par leurs causes, mais qui ont de très grandes ressemblances dans leurs manifestations cliniques. L'apoplexie est surtout caractérisée par la perte de la connaissance, avec persistance de la respiration et de la circulation, et par l'abolition des mouvements volontaires ; cependant, dans bien des cas, dans les attaques apoplectiformes par exemple, ou dans celles qui sont sous la dépendance d'une thrombose cérébrale ou d'une tumeur, la perte de la connaissance et la paralysie peuvent être très incomplètes. Les causes des attaques apoplectiques sont fort nombreuses ; les unes sont liées à des phénomènes congestifs, congestion, hémorrhagie cérébrale, les autres à une anémie brusque de tout un territoire cérébral, par ramollissement cérébral. Les causes éloignées sont plus intéressantes à connaître : maladies du cœur, hypertrophie, myocardite, caillots intra-cardiaques fournissant des embolies ; tempérament congestif ; artério-sclérose et athérome, anévrysmes miliaires ; péri-encéphalite, sclérose en plaques, productions syphilitiques déterminant des poussées congestives par irritation de voisinage ; etc. D'une façon plus générale on peut dire que l'apoplexie est liée à deux ordres de causes ; les altérations du système circulatoire et les néoplasies cérébrales. Dans bien des cas il y aurait le plus grand intérêt à faire un diagnostic causal précis, mais malheureusement, c'est souvent une chose fort difficile.

### A. CONGESTION ET HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALES

Il n'est pas toujours facile de les distinguer, au début, l'une de l'autre ; elles sont caractérisées par un ictus apoplectique, la perte de la connaissance et une hémiplégié qui occupe le côté du corps opposé à celui où siège la lésion dans le cerveau. Dans la congestion l'ictus et la perte de connaissance peuvent être incomplets, la paralysie peut être limitée et dure moins longtemps que dans l'hémorrhagie. Dans tous les cas, les accidents se montrent chez des gens sanguins, de tempérament congestif, ayant un cœur volumineux et des vaisseaux touchés par l'artério-sclérose. Dans une certaine mesure, on peut reconnaître quelles sont les personnes prédisposées à l'apoplexie d'origine congestive et leur faire suivre un traitement préventif.

**HYGIÈNE PROPHYLACTIQUE.**—On est autorisé à la prescrire aux sujets qui présentent les symptômes suivants : une hérédité arthritique, et où l'on relève quelquefois des cas de mort par apoplexie, une certaine corpulence, la face colorée, le cœur un peu hypertrophié et atteint, comme les vaisseaux, d'artério-sclérose ; un pouls plein et dur, des étourdissements et des vertiges faciles, des bourdonnements d'oreilles, des troubles subits de la vue, etc. Ce sont des arthritiques congestifs qu'il ne faut pas confondre avec d'autres arthritiques, qui ont une lésion rénale, et qui présentent des symptômes presque identiques à ceux ci.

Le traitement préventif se composera de l'hygiène sévère et de la médication que l'on impose à tout arthritique menacé d'un accident.

*Soins hygiéniques.*—Il faut lutter contre l'apathie naturelle de ces malades et leur tendance à la somnolence : ils ne doivent rester au lit que sept ou huit heures par nuit et ne pas dormir après les repas. Cela veut dire qu'ils doivent faire de l'exercice, d'une façon modérée, mais régulière ; non seulement par la marche, mais aussi en s'occupant à des travaux variés, demandant des mouvements des bras.

Tous les matins ils se font faire une friction sèche sur les membres et sur les reins. L'hydrothérapie ne peut leur être conseillée qu'avec beaucoup de prudence, et il ne faut pas oublier qu'une douche sur la tête peut leur être mortelle. Quand ils prennent des bains, il est nécessaire qu'ils se couvrent la tête d'une serviette trempée dans de l'eau froide, pour éviter des appels congestifs de ce côté.

Ils doivent éviter avec soin les changements brusques de température et de ne pas séjourner dans des appartements trop chauds ou trop froids. Le froid aux pieds leur est nuisible.

Leur nourriture doit être simple et jamais abondante ; tout écart de régime leur est interdit. Il faut que leurs repas soient peu copieux (car une fatigue de l'estomac se traduirait pour eux par des troubles circulatoires), suffisamment espacés et composés d'aliments de digestion facile : viandes, lait, œufs, légumes verts, fruits, à l'exclusion complète des farineux ; le pain ne peut être pris qu'en quantité modérée ; peu de vin, et seulement coupé d'eau, un peu de café et pas de liqueurs. Les repas doivent être pris lentement et les aliments bien mâchés ; courte promenade, sans hâte, après le repas.

La régularité des selles a une importance capitale chez les congestifs ; la moindre constipation leur donne des maux de tête et une sensation désagréable de pesanteur cérébrale. Aussi est-il bon qu'ils prennent des laxatifs légers ou des lavements tous les jours et des purgatifs assez souvent. Une nourriture spéciale peut aider à la liberté habituelle du ventre.

*Médication.*—C'est encore ici à l'iodure de potassium qu'il faut recourir pour prévenir, dans la mesure du possible, les accidents redoutés, surtout quand il existe de la sclérose ou de l'athérome des artères. En excitant les échanges organiques, on peut espérer qu'il empêchera le processus fibreux de continuer à évoluer et qu'il maintiendra au moins le statu quo. Mais dans bien des cas, sur-

tout quand il existe de la tension artérielle exagérée et quand le pouls est plein et tendu, je me trouve bien de faire précéder la médication iodurée de l'administration du bromure de potassium. Ce produit agit comme vaso-constricteur et diminue l'éréthisme nerveux, qui est si fréquent chez les congestifs.

Par conséquent, avant de donner de l'iodure à un de ces sujets prédisposés, je commence par lui faire prendre, pendant trois ou quatre semaines, une cuillerée à bouche, matin et soir, de la solution suivante :

Solution :

Bromure de potassium.....	20 gr.
Eau distillée.....	300 gr.

Lorsque l'éréthisme circulatoire et cérébral est tombé, je donne alors un mélange d'iodure et de bromure de potassium, de façon à obtenir les effets qu'on est en droit d'attendre de l'iodure sans qu'il puisse provoquer de poussées congestives et produire de la lourdeur de tête.

Solution :

Iodure de potassium.....	10 gr.
Bromure de potassium.....	10 —
Eau distillée.....	300 —

Deux cuillerées à soupe par jour, dans du lait.

Cette médication mixte doit être continuée pendant de longs mois, avec ou sans repos, et en variant le rapport des doses de chaque médicament. Selon les effets obtenus il est bon de donner plus ou moins de l'un ou de l'autre. En général, je crois préférable de laisser le malade se reposer de cette médication pendant quelques jours chaque mois, et de lui faire prendre, pendant ce temps de repos, des eaux alcalines, telles que celles de Pougues, Alet, Royat. Eviter celles qui sont très alcalines, telles que Vichy et Vals.

TRAITEMENT DE L'ATTAQUE.—Il est le même, que l'attaque soit le résultat d'une hémorragie ou d'une simple congestion cérébrale.

Il faut de suite dévêtir et coucher le malade en lui maintenant la tête élevée, au moyen de plusieurs oreillers, sa poitrine reste peu couverte, mais en revanche il faut entourer de ouate les membres inférieurs, ou, ce qui est préférable, attendre pour cela d'avoir fait de la révulsion sur eux. La chambre est largement aérée, et sa température ne doit pas, en hiver, dépasser 16 degrés. En été on la rafraîchira par tous les moyens possibles.

Pour dégager le cerveau de l'afflux sanguin dont il est le siège, il faut chercher à attirer le sang vers les autres régions du corps, par de la révulsion à distance et de la dérivation. On met pour cela des sinapismes sur les membres inférieurs, puis on entoure ces membres de ouate et de bouillottes remplies d'eau chaude ; mais il ne faut pas oublier que le malade est incapable d'apprécier le degré de la sinapisation et de la chaleur auxquelles on le soumet, et il faut veiller avec soin à ne pas le brûler.

En dehors de cette révulsion à distance, il est utile de faire une

puissante dérivation sur l'intestin, car il n'existe pas de meilleur moyen de décongestionner l'encéphale que de faire un appel sanguin vers l'abdomen. Si le malade peut avaler, on lui fera prendre un *purgatif drastique*, de l'eau-de-vie allemande, par exemple ; dans le cas contraire, on lui donnera un *lavement purgatif* dans le genre de celui-ci :

Lavement :

Sulfate de sode.....	30 gr.
Follicules de séné.....	10 —
Décoction de guimardes.....	500 —

Ce lavement sera suivi s'il le faut, d'un ou de plusieurs lavements huileux ou glycerinés, car il est nécessaire de provoquer, non seulement des évacuations de matières fécales, mais une véritable diarrhée séreuse. Ce n'est qu'ainsi qu'on a un afflux sanguin suffisant vers l'intestin.

Les purgatifs ou les lavements seront répétés pendant plusieurs jours de suite, si leur action est jugée nécessaire.

Faut-il faire une *émission sanguine* générale ou locale ? Je crois que cette pratique, qui est cependant repoussée par de très bons esprits, a une véritable utilité. S'il se fait une hémorrhagie dans le cerveau, il est bien évident que l'on n'a pas la prétention de l'arrêter ou même de la diminuer par une saignée, mais on peut empêcher la rupture de nouvelles artéριοles en diminuant la tension sanguine. S'il existe seulement de la congestion, la saignée agit puissamment pour dégager le cerveau et peut, dans bien des cas, empêcher que le processus, qui commence par de la congestion, ne se termine par une rupture vasculaire et par une hémorrhagie.

Pour ces raisons, je conseille de faire, aussitôt qu'on le peut, une saignée générale ou une application de sangsues, selon le tempérament du malade. Est-il pléthorique, une saignée abondante faite au bras est indiquée ; ne l'est-il pas et présente-t-il surtout de la sclérose artérielle, des sangsues appliquées derrière les apophyses mastoïdes peuvent suffire. Il n'est pas rare de voir la connaissance revenir au malade, de suite après cette émission sanguine, quand il n'a été atteint que d'une congestion cérébrale.

Pour terminer l'énumération des pratiques externes à employer de suite, il faut mentionner l'application d'une vessie de *glace*, souvent renouvelée, sur le côté du crâne où siège la congestion. On suspend cette vessie à un cercle en bois, placé au-dessus de la tête du malade, de façon quelle soit en contact avec elle sans gêner par son poids. L'emploi de la glace sera continué pendant toute la durée des phénomènes congestifs, au moins pendant plusieurs jours.

Si le malade peut avaler, il est indispensable de lui faire prendre deux ou trois grammes de bromure de potassium en 24 heures, pour diminuer la dilatation des petits vaisseaux. C'est là un décongestif puissant, indiqué dans les cas de ce genre, car il est en outre un calmant du système nerveux.

Dans la majorité des cas, la médication se bornera à cela, mais il y a cependant une éventualité qu'il faut envisager.

C'est quand le bulbe se trouve influencé, directement ou par réflexe, et que le cœur et le poumon ne fonctionnent plus réguliè-

rement. On s'en aperçoit aux irrégularités du pouls et à la gêne de la respiration ; parfois le phénomène de Cheynestokes apparaît. Il faut alors chercher à stimuler le bulbe et les nerfs cardiaques en faisant alternativement des injections d'éther et de caféine. L'éther sera donné, pour ainsi dire sans compter, à la dose de 10 à 15 injections, dans une journée ou dans une nuit, et la caféine à la dose de 0,50 à 2 grammes, selon l'état du cœur et du pouls. J'ai vu des malades, sérieusement menacés, recouvrer peu à peu la santé par l'emploi persistant de cette médication.

Pendant toute la période où le malade reste sous le coup de l'ictus, plusieurs jours à plusieurs semaines, on ne lui donnera que des aliments liquides, surtout du lait et du bouillon et on veillera avec grand soin à ce qu'il ne s'étrangle pas en buvant.

### B.—ATTAQUES APOPLECTIFORMES

Ce sont des attaques qui ont, avec l'apoplexie congestive, les plus grandes ressemblances, car elles sont dues elles-mêmes à des poussées congestives qui se produisent dans le cerveau, autour de points antérieurement malades. Mais elles en diffèrent souvent au point de vue clinique : le malade ne perd pas toujours connaissance, la paralysie est plus limitée et parfois même elle est remplacée par des mouvements spasmodiques ou des contractures. Le traitement de ces attaques peut exiger des soins spéciaux en rapport avec leur cause.

C'est surtout dans la sclérose en plaques, la paralysie générale, les tumeurs cérébrales et la syphilis, que les attaques apoplectiformes sont fréquentes. Elles sont toujours graves, car alors même qu'elles n'entraînent pas la mort, elles donnent une allure plus rapide à la maladie qui les cause. Il y a donc intérêt à diminuer leur intensité et leur durée, si l'on veut prolonger la vie du malade.

En présence d'une de ces attaques, on doit commencer par établir le traitement qui vient d'être conseillé contre la congestion cérébrale, puis, suivant la méthode préconisée par MM. Girma et Christian, on les soumet à l'action de l'*ergot de seigle*. Ces auteurs ont vu les accidents apoplectiformes disparaître rapidement chez des paralytiques généraux, à la suite de quelques injections d'ergotine. Moi-même, j'ai eu l'occasion d'observer les mêmes résultats dans des cas semblables. Très probablement l'ergot de seigle doit ses bons effets à son action sur les fibres musculaires lisses des vaisseaux qu'elle fait contracter ; il agit comme vaso-constricteur.

On injectera à ces malades deux à trois grammes d'ergotine pendant la demi-journée qui suit le moment de l'attaque, et l'on recommencera les jours suivants, mais en espaçant un peu plus les injections. L'ergotine ou l'ergotinine, données en injections sous-cutanées, sont de beaucoup préférables à l'ergot de seigle pris par la bouche. Si l'on a recours à l'ergotinine, il faut se rappeler qu'un milligramme d'ergotinine correspond à un gramme d'ergot de seigle.

Solution pour injections :

E gotinine.....	0 gr. 01
Acide lactique.....	0 — 02
Eau de laurier cerise .....	10 —

(Tanret).

Un centimètre cube contient un milligramme d'ergotinine.

Ce traitement, qui donne de bons résultats quand il s'agit des attaques apoplectiformes symptomatiques d'une lésion cérébrale ne doit être employé, dans l'apoplexie des arthritiques, que lorsqu'il y a des troubles du cœur et conjointement avec la caféine et l'éther.

### C. SYPHILIS CÉRÉBRALE

Une thérapeutique hâtive et énergique est de la plus haute importance, car elle peut guérir, en peu de jours, un malade qui succomberait sans elle. Il n'est pas toujours facile de poser le diagnostic d'attaque apoplectique d'origine syphilitique, quand on manque de renseignements sur les antécédents du malade. Elle est, en général, moins franche que l'apoplexie vulgaire; ses effets sont plus limités, elle est ordinairement précédée par une période de troubles cérébraux, portant sur l'intelligence ou la motilité; la paralysie est incomplète, et parfois même localisée en un groupe de muscles, etc.

Dès que le diagnostic de congestion d'origine syphilitique aura été posé, il faudra recourir de suite à la médication spécifique, sans s'attarder aux autres moyens thérapeutiques, qui ne jouent plus ici que le rôle d'adjuvants.

Le traitement de ces accidents doit toujours reposer sur la médication mixte par le mercure et par l'iodure de potassium. Le mercure sera prescrit en frictions faites, soit sur la plante des pieds soit sur le cuir chevelu rasé, pour la circonstance, du côté où siège la lésion. On fera ainsi une friction chaque jour, avec six à huit grammes d'onguent mercuriel. Pendant toute la durée de ce traitement, les dents et les gencives seront l'objet de soins journaliers, et lavées avec une solution de chlorate de potasse.

Mais ce qu'il importe, c'est de donner l'iodure de potassium à des doses rapidement progressives. On commencera par deux grammes le premier jour et l'on augmentera cette dose de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour pour arriver à 8 et 10 gr. par jour, sinon davantage. Il faut pour avoir des succès, donner l'iodure à la dose maxima que le malade peut supporter sans accidents.

Quand on lui donne une dose journalière forte, il est bon de la fractionner et de la lui faire prendre par cuillerées à soupe, dans du lait, toutes les deux heures environ. J'ai pu ainsi arriver à donner 14 gr. par jour d'iodure de potassium, sans déterminer de malaises sérieux. On abaisse du reste progressivement la dose du médicament dès que l'amélioration commence à se montrer.

Il ne faut pas oublier que le traitement mixte est indispensable et que l'iodure seul, même pris à haute dose, est incapable de donner les mêmes résultats qu'il est pris avec le mercure.

Par cette médication, la guérison des poussées congestives d'origine syphilitique est ordinairement rapide, mais il faut savoir que s'il existe déjà des gommes quand on commence ce traitement, on peut, en provoquant leur cicatrisation, donner naissance à de l'épilepsie Jacksonienne. C'est là un fait très rare, mais dont j'ai vu quelques exemples.

Dès que les symptômes congestifs ont disparu, il faut remplacer le traitement mixte par une médication avec du bromure de potassium et de phosphates alcalins. Elle a pour but de lutter

contre l'excitation nerveuse et les tendances neurasthéniques consécutives aux crises de ce genre.

#### D. RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL

Il est le résultat de l'interruption de la circulation du sang dans un territoire cérébral, par suite de l'oblitération d'un vaisseau soit par thrombose, soit par embolie. Il est donc la conséquence d'une lésion des vaisseaux ou du cœur; c'est un accident de la vieillesse et des athéromateux précoces, alcooliques, syphilitiques, rhumatisants. Le territoire, dans lequel le sang cesse de circuler, s'anémie, perd ses fonctions et subit une dégénérescence par nécrose ou ramollissement.

Quand le sang cesse brusquement d'arriver dans un point du cerveau, il se produit une attaque apoplectique qui ne diffère guère de celle de la congestion ou de l'hémorrhagie; parfois, cependant, l'ictus est moins subit, la perte de connaissance moins complète, et le malade assiste en quelque sorte à l'envahissement graduel d'un côté de son corps par la paralysie. Le diagnostic est souvent facilité par l'examen des vaisseaux et du cœur; la présence de leurs lésions doit faire penser au ramollissement plutôt qu'à une hémorrhagie.

Le traitement de l'apoplexie par ramollissement cérébral se rapproche de celui de l'hémorrhagie, par suite de ce fait que l'anémie d'un territoire cérébral entraîne une forte congestion des territoires voisins. Cette congestion de voisinage tient même souvent sous sa dépendance immédiate une partie des symptômes réactionnels observés à ce moment.

On fera donc de la révulsion par des sinapismes sur les membres inférieurs, et de la dérivation par des lavements purgatifs ou des purgations; mais on s'en tiendra là et on ne mettra de sangsues derrière les oreilles que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Il vaut mieux tenter une médication stimulante ayant tout à la fois pour but d'exciter les fonctions cérébrales et de soutenir les forces du cœur. On y arrivera par des injections d'éther, de caféine et d'ergotine, les premières surtout. On fera par jour plusieurs injections d'éther, et l'on donnera en outre ce médicament par la bouche, par cuillerées à café dans de l'eau sucrée, si le malade peut avaler. La caféine sera injectée à une dose variable de 0,60 à 1 gr. 50 en 24 heures. L'ergotine ne sera donnée que dans les cas où l'on croit qu'il existe plutôt une embolie cérébrale qu'une thrombose.

Ce n'est qu'une fois que les phénomènes aigus sont passés, qu'il y a lieu d'instituer la médication iodurée, pour chercher à faire résorber les produits mortifiés et activer les échanges organiques.

---

#### LE RAYON SYKE

On annonce de Paris que le professeur Dauneum Syke a découvert un nouveau rayon d'une force de pénétration plus grande que le rayon de Roentgen.

—*The Ohio Medical Journal.*

# REVUE DU MOIS

## ULCÈRES DE LA JAMBE

M. Chauffard, à propos de la communication faite à la société médicale par M. Gaucher sur le pansement des ulcères de la jambe avec le sous-nitrate de Bismuth, prétend avoir obtenu d'excellents résultats en saupoudrant la plaie avec du sucre en poudre et en recouvrant avec du taffetas gommé. Le pansement est renouvelé tous les deux jours.

—*Répertoire de Pharmacie.*

## DIABÈTE SUCRÉ

R.—Lithii carbonat.....30 grains  
Sodii Arsenit..... 1 “  
Extr-gentianae..... 15 “

Fit massa et in pil No 20 divid :

Sig.—Une pilule soir et matin.

VIVIER.—(*Annual Universal Med.-Sci.*)

## DU COLLODION DANS LE TRAITEMENT DU PRURIT ANAL ET DES HÉMORRHOÏDES

D'après M. le docteur D. W. Samways (de Menton), les applications de collodion constitueraient un excellent moyen pour combattre le prurit anal : un seul badigeonnage de l'anus avec cette substance suffirait pour faire disparaître la démangeaison pendant douze à vingt-quatre heures.

Ce même traitement conviendrait très bien aux hémorroïdes externes. En effet, notre confrère a trouvé que l'application, sur la tumeur hémorroïdaire, d'une mince couche d'ouate imbibée de collodion simple (non riciné) a pour effet non seulement de procurer un soulagement considérable, mais encore d'amener une réduction progressive du volume de l'hémorroïde.

Les applications de collodion à la région anale n'ont que l'inconvénient de provoquer une cuisson intense ; mais cette sensation est de courte durée, et l'on peut d'ailleurs l'éviter au moyen d'un badigeonnage préalable à la cocaïne.

## LES PETITS LAVEMENTS MÉDICAMENTEUX DANS LA MÉDECINE DES ENFANTS

Pour combattre les préjugés qui s'opposent à l'emploi plus fréquent des petits lavements médicamenteux, M. le Dr Montenuis, de Dunkerque, signale d'abord, dans une étude intéressante sur ce sujet, publiée dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, le prix relativement élevé qu'exige l'acquisition d'une seringue spéciale.

Or, quoi qu'en dise, par erreur, M. le docteur Condamin, qui a inventé à cet usage une seringue et une canule spéciale, M. Montenuis prétend que le petit lavement médicamenteux ne comporte aucune instrumentation spéciale. Il suffit que toute seringue urétrale fonctionne bien pour introduire d'office un médicament en solution concentrée par la voie rectale. Contrairement à une erreur encore en cours, la seringue urétrale est suffisamment longue pour être utilisée avec succès ; néanmoins, il est encore des médecins, et surtout des mères, qui ne sont pas partisans de la seringue en verre.

Heureusement, on trouve partout, aujourd'hui, à un prix réellement modéré, de petites seringues de 5 à 6 centimètres cubes de contenance, terminées par un embout en gutta-percha, exemptes de tout danger, et qui, sous le nom de *seringue pneumatique*, fonctionnent avec une grande régularité. Telle est la seringue qu'emploie de préférence notre confrère français. Grâce à la méthode des petits lavements qu'elle permet d'administrer, elle est appelée tous les jours à rendre des services signalés, en répondant à une foule d'indications malaisées à remplir, particulièrement chez les enfants, savoir :

I. *Dans les convulsions* survenant presque toujours à la suite d'une indigestion ou de constipation. Dans quel embarras ne se trouve pas alors le médecin obligé d'agir vite et bien ! Deux raisons s'opposent à recourir à l'ipéca. En premier lieu, ce médicament arrive trop tard généralement pour expulser les toxines, causes de l'indigestion et des convulsions, et alors qu'il n'y a plus de résidus dans l'estomac ; en second lieu, l'état convulsif ne permet pas d'agir avec un vomitif.

Que faire ? L'indication urgente, dit l'auteur, est de vider l'intestin, puis de calmer le système nerveux. A cet effet, au lieu de grands lavements, longs à préparer, difficiles à administrer et à faire garder, on donnera un petit lavement avec une cuillerée ou même une demi-cuillerée à café de glycérine pure. De cette façon, on obtient sûrement et rapidement une débacle ordinairement en moins de 10 minutes.

Pour calmer ensuite le système nerveux, on donnera, quelques minutes après le lavement à la glycérine, un petit lavement, et au besoin, au bout d'un quart d'heure, un second lavement avec 25 centigr. d'antipyrine dans la première année et 50 centigr. dans la seconde.

Parmi les médecins, un certain nombre s'effraient encore de ces doses fortes, malgré l'admirable tolérance des enfants pour l'antipyrine. Par contre, tous les spécialistes qui l'ont employée lui reconnaissent le précieux avantage d'être bien supportée. D'après Comby, l'antipyrine, donnée aux enfants très jeunes, même à doses très fortes, peut être prescrite en toute confiance dans la clinique infantile. Jamais elle n'a occasionné d'accidents sérieux. La dose selon l'auteur, est de 50 centigrammes par année d'âge, et on peut la prolonger pendant des semaines. S'agit-il d'accidents convulsifs ou fébriles, il importe de la donner à doses élevées et non fractionnées, dont le savant médecin de l'Hôpital Trousseau n'a jamais eu qu'à se louer.

Dans les convulsions, il convient de la prescrire en solution à 1/10 ou à 1/20, suivant l'âge de l'enfant qui la tolère parfaitement la solution à 1/4 seulement produit une légère cuisson d'une minute à peine.

Aucun des moyens habituellement en usage ne calmera aussi rapidement que le petit lavement médicamenteux l'excitation des centres nerveux. Il est des plus puissants et des plus pratiques, ainsi qu'il a été démontré expérimentalement.

II. *Dans les vomissements liés, chez l'enfant plus âgé, à de l'embarras gastrique, à une fièvre éruptive ou autre avec douleur de tête, ce qui affole l'entourage par le spectre de la méningite. L'estomac est réfractaire à toutes les boissons et l'enfant les refuse le plus souvent dans la crainte de vomir.*

Dans ces conditions, qu'y a-t-il à faire, si ce n'est agir par le rectum ? L'antipyrine, qui est à la fois *antispasmodique, antithermique et analgésique*, trouve encore ici son indication ; elle réussit à tirer d'embarras.

Malgré l'efficacité et la simplicité de ce traitement, bien peu de médecins y ont recours. Petit partisan de ce mode d'absorption, Comby lui-même, d'accord avec les autres praticiens, considère comme unique raison l'honneur de la poire et parfois même de l'injecteur au sein des familles. Or, objecte avec raison l'auteur de ce beau travail, la poire est un mauvais instrument, qui ne se vide jamais, ce qui ne permet pas de savoir exactement la quantité de liquide administré, et qui, en outre, introduit de l'air, suivi de coliques.

A l'appui de la valeur des petits lavements, M. Montenuis in-

voque les avantages d'une bonne seringue et fait ressortir les inconvénients de la poire pour le lavement de glycérine même. De toutes les raisons qu'il donne, il résulte que la seringue pneumatique, si utile dans la pratique courante, doit faire partie du petit arsenal thérapeutique de la mère de famille et remplacer la traditionnelle poire, qui doit céder sa place devant un véritable progrès.

Ici l'auteur passe en revue les services que peuvent rendre les petits lavements médicamenteux dans les indispositions de la première enfance.

Chez un enfant de quelques mois, atteint de coliques et d'agitation, que les moyens habituels ne réussissent pas à calmer, il parvint, avec un lavement renfermant une demi-cuillerée à café de glycérine, à produire une selle plus ou moins copieuse, souvent fétide et à ramener le calme.

Dans la médecine journalière, chez un enfant plus âgé, sujet aux constipations habituelles, il vit céder celles-ci à la suite également de lavements à la glycérine pure, correspondant à un quart de seringue pneumatique. Ce moyen peut être continué au besoin pendant toute la première enfance, avec la précaution toutefois de ne pas se servir de glycérine trop épaisse, à 28° et même 30°, telle qu'elle existe dans les pharmacies.

Les petits lavements de glycérine sont encore indiqués dans la médecine infantile en cas d'indocilité du jeune âge ou du mauvais état des voies digestives : en agissant avec douceur, le praticien arrivera à tourner la difficulté chez les enfants indociles et, si certains médicaments, tels que la quinine et la caféine sont trop désagréables au goût, il renoncera à les faire prendre par la bouche.

La question de la quantité des boissons est d'une grande importance au point de vue du fonctionnement du rein, de l'intestin et de la peau. Les affections infectieuses sont beaucoup plus graves et durent plus longtemps si le médecin ne parvient pas à faire absorber des liquides aux petits malades.

S'il y a lieu de ménager les voies digestives, mieux vaut se servir des petits lavements médicamenteux. Cette préférence est d'autant plus justifiée que l'intestin supporte parfaitement les médicaments les plus usités de la thérapeutique infantile. Les doses sont généralement les mêmes en lavements que par la bouche.

L'antipyrine est admirablement supportée en lavement et a toujours paru agir plus vite que par la voie buccale. En cas de préférence pour la quinine, celle-ci peut également s'administrer en petits lavements sous forme de chlorhydrate neutre. La quinine et l'antipyrine sont compatibles l'une avec l'autre.

La méthode des petits lavements répond parfaitement à l'indication dans tous les cas où il s'agit de combattre la fièvre et la dou-

leur. Dans certaines affections graves, elle sera souvent presque l'unique méthode à employer.

Notre savant confrère termine son étude instructive et intéressante en ces termes : " Le retour éclairé à la pratique de l'administration des médicaments par la voie rectale nous parait un véritable progrès." *Sic magister dicit.*

Dr J. B.

—*Gazette médicale de Liège.*

### ARISTOL

Succédané de l'iodoforme, dont s'est servi depuis quatre ans M. Meyer. On peut le prescrire soit en poudre ou en onguent, soit associé au collodion.

En poudre, mélangé à parties égales avec l'acide borique, il a donné de bons résultats en insufflations dans l'ozone : l'odeur disparaît en peu de temps. Ce mélange a réussi également dans l'otorrhée chronique à faire disparaître les sécrétions purulentes en moins de temps que ne le fait la poudre d'acide borique seule ; il a guéri, en outre, rapidement les ulcères avec sécrétions abondantes ; le fond de l'ulcère se dessèche énergiquement et les bourgeons charnus poussent avec une grande activité.

Sous forme de collodion aristolé (0,15 pour 30 grammes de collodion), il a la propriété de maintenir aseptiques les plaies suturées. Il ne rend pas moins de services dans l'érysipèle où le collodion agit non seulement par sa compression uniforme, mais aussi où l'aristol exerce une influence puissante sur les streptocoques.

A l'état pur, l'aristol amène promptement la guérison des ulcères.

On l'appliquera avec avantage dans le cancer, après cautérisation préalable par le sulfate de cuivre, préférable de beaucoup au nitrate d'argent ; de même les brûlures et les engelures traitées préalablement par le liniment calcaire, puis par le naphthol, seront influencées plus favorablement qu'avec tous les autres médicaments. Enfin, l'usage de l'aristol en poudre est recommandé par l'auteur dans le traitement de l'endométrite, après cautérisation ou curetage préalable.

L'onguent aristolé (3 gr. 75 pour 30 grammes d'onguent simple) est indiqué à son tour dans les plaies par brûlures, que l'on appliquera sur leurs surfaces, après les avoir soigneusement nettoyées ; le pansement sera recouvert d'une couche d'ouate souple maintenue par une bande ; il sera renouvelé tous les deux ou trois jours. Par ce mode de traitement, on obtient des cicatrices moins proéminentes et ayant moins de tendance à se rétracter qu'après n'importe quelle autre médication. La plaie restera sèche et la guérison surviendra rapidement sans odeur ni sécrétion.

# MÉDECINE PRATIQUE

## LE STÉRÉSOL ET SES APPLICATIONS

Parmi les médicaments qui ont vu le jour en 1893, l'un des plus utiles et des plus intéressants est le stérésol qui a été l'objet d'une communication à l'Académie de médecine en juin dernier, faite par M. F. Berlioz, professeur de thérapeutique à l'école de médecine de Grenoble.

M. Berlioz a résolu le problème d'appliquer un pausement antiseptique permanent sur les muqueuses et les surfaces humides, et cela au moyen d'un vernis renfermant une très forte proportion d'acide phénique. Par des expériences multiples et variées il s'est assuré du pouvoir énergiquement microbicide de ce vernis et a constaté que l'acide phénique s'évapore peu à peu de la pellicule, de telle sorte qu'au bout de vingt-quatre heures il n'en reste plus que des traces. En somme, le stérésol est un microbe puissant, nullement caustique, et en même temps un vernis isolant, adhérent aux muqueuses et à la peau, qui préserve les surfaces des contaminations extérieures et des inoculations du voisinage.

En vertu de ces propriétés, le stérésol se prête à des applications multiples dont nous envisagerons les principales.

*Diphthérie. Angines.*—On est d'accord aujourd'hui pour admettre que la diphthérie et la plupart des angines sont de nature microbienne; aussi l'indication de l'antisepsie locale s'impose-t-elle. Tous les traitements employés tendent à ce but, mais aucun ne l'atteint mieux que le stérésol. En effet, il a sur les lavages et les attouchements caustiques ou antiseptiques l'avantage de réaliser une antisepsie durable, la pellicule de vernis adhérent aux mouvements de déglutition. D'autre part, son acide phénique, qui se dégage d'une façon continue, entretient dans la bouche une atmosphère antiseptique très utile.

Da reste, la statistique a jugé la valeur de ce traitement qui est employé depuis un an à l'hôpital Trousseau. Nous donnons comparativement la statistique des "Enfants-Malades" où le stérésol n'est pas employé.

### Angines diphthéritiques

	Trousseau	Enfants-Malades
Cas.....	152	150
Guérisons.....	112	97
Pour 100.....	73,6	64,6

Le stérésol donne donc 73 0/0 de guérisons.

Ce résultat, obtenu dans un milieu hospitalier, chez des enfants pauvres et qui n'arrivent à l'hôpital que déjà très malades, sont très encourageants.

Si aux 152 angines de l'hôpital Trousseau nous en ajoutons 15 traitées par divers médecins, et toutes suivies de guérisons, nous avons un total de 167 angines diphtéritiques avec 127 guérisons, soit 76 0/0.

Indépendamment du résultat final, il n'est pas sans intérêt de constater que l'application du stérésol n'est pas douloureuse et que les enfants l'acceptent sans difficulté.

Le Dr Achkinazi rapporte dans sa thèse (novembre 1893) plusieurs observations d'angines graves dans lesquelles les fausses membranes, étendues aux fosses nasales et pharynx, ont disparu en deux ou trois jours.

A l'hôpital Trousseau, on ne fait que deux ou trois applications de stérésol par jour, quatre dans les cas graves, mais il est préférable d'en faire plus souvent, au moins toutes les trois heures.

*Maladies de la peau.*—Dans son travail M. Berlioz relate plusieurs observations dues à M. Hallopeau, qui a essayé le stérésol dans les lupus ulcérés. Les ulcérations se sont cicatrisées très rapidement en quelques jours.

Divers médecins l'ont employé dans l'eczéma ; il convient surtout aux eczémats qui, en raison de leur siège, sont difficiles à panser : racine des cuisses, parties génitales, paupières, oreilles, etc.

Dans l'impétigo infantile il amène la guérison en trois ou quatre jours si l'on a, au préalable, bien désinfecté le placard par le sublimé. Les plaques muqueuses, d'après les observations de M. Renault, médecin de Lourcine, guérissent aussi vite que les cautérisations au chlorure de zinc, et le stérésol a l'avantage de n'être pas douloureux et d'empêcher les auto-intoxications du voisinage. Enfin les brûlures, les gercures, les engelures, les excoriations de toute espèce sont très facilement traitées par lui chez les enfants.

*Maladies des yeux.*—Le stérésol ne pouvait manquer d'être utile dans cette région inaccessible aux pansements. M. Gillet de Grandmont, qui l'a expérimenté dans les kératites et ulcères de la cornée, a constaté que la pellicule de vernis reste adhérente pendant trois jours.

*Affections chirurgicales.*—Les applications du stérésol à la chirurgie sont nombreuses. M. Montaz, chirurgien en chef de l'hôpital de Grenoble, l'emploie d'une façon courante, tant à l'hôpital qu'à sa clinique particulière. Sa conduite est la suivante : le pansement appliqué sur la région opérée se compose de poudre d'iodoforme et de compresses de sublimé recouvertes de taffetas gommé. Au hui-

tième ou neuvième jour on enlève ce pansement ; la ligne de suture est largement badigeonnée de stérésol et, avant que la dessiccation du vernis soit complète, on applique une bandelette de coton ou de gaze. Le tout se soude et forme une carapace solide et protectrice. Les malades sortent pour la plupart du temps avec ce pansement. Les pansements pour la parotomie se font de la même façon.

Mentionnons en dernier lieu les heureuses applications qui ont été faites du stérésol par M. le Dr Eyssautier dans les maladies de la bouche et des gingivites.

En résumé, le stérésol réalise un progrès considérable dans le traitement des maladies des muqueuses et de la peau, et il est certainement appelé à rendre de nombreux services.

---

*La pyramidone.*—La "diméthylamidoantipyrine" ou *pyramidone* est une substance cristalline de couleur blanc jaunâtre, presque insipide et facilement soluble dans l'eau, qui, d'après M. le docteur W. Filehne, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Breslau, serait douée des mêmes propriétés antithermiques et analgésiques que l'antipyrine. En outre, la pyramidone se montrerait efficace à une dose moindre que l'antipyrine ; enfin, son action ne se manifesterait et ne se dissiperait que lentement, ce qui peut avoir de l'importance pour l'emploi du médicament en qualité d'antithermique.

La dose de pyramidone qu'on peut prescrire pour un adulte varie de 0 gr. 10 à 0 gr. 75 centigr.; elle est en moyenne de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 centigrammes.

#### TRAITEMENT DES SUEURS FÉTIDES DES PIEDS. PAR LE FORMOL.

---

D'après M. le docteur Frey (de Suisse), il suffirait, pour combattre la bromhidrose des pieds, de laver une ou deux fois par jour la surface plantaire et les espaces interdigitaux avec une solution de formol à 20%. L'odeur fétide disparaîtrait au bout de quelques jours. On fera bien de se servir aussi de cette même solution formalinée pour rincer la chaussure, surtout la surface interne des semelles, qu'on aura soin d'essuyer après chaque lavage. Grâce à ces simples précautions, M. Frey a obtenu d'excellents résultats dans des cas de sueurs fétides des pieds qui avaient résisté aux poudres à base d'acide salicylique et aux applications d'acide chromique.

## NOUVEAUX MÉDICAMENTS

*L'euquinine.*—En faisant agir sur la quinine du chlorocarbonate d'éthyle, on obtient une substance cristalline peu soluble dans l'eau, mais qui se dissout facilement dans l'alcool, l'éther et le chloroforme; elle est de réaction basique et forme avec les acides des sels cristallisables.

■ D'après M. le professeur C. von Noorden, médecin-chef de l'hôpital municipal de Francfort-sur-le-Mein, ce nouveau produit, qui a reçu le nom d'*euquinine*, se distingue avantageusement de la quinine sous deux rapports importants: d'une part, il serait presque complètement insipide, ce qui le rend précieux pour la pratique infantile; d'autre part, il n'occasionnerait pas les troubles dyspeptiques si souvent dus à la quinine et produirait beaucoup moins de tintements d'oreille que les composés de quinine.

Quant à sa valeur thérapeutique, M. von Noorden a trouvé que dans le traitement de la coqueluche, de la fièvre hectique des tuberculeux, de la fièvre d'origine septique, de la pneumonie avec résolution retardante, de la dothiéntérie à la période des grandes oscillations thermiques et enfin des névralgies, 1 gramme de quinine pouvait être considéré comme l'équivalent de 1 gr. 50 centigr. à 2 grammes d'*euquinine*.

Reste à expérimenter l'action de l'*euquinine* dans les affections palustres, ce que notre confrère n'a pas encore eu l'occasion de faire jusqu'ici.

On administre l'*euquinine* aux adultes en cachets et aux enfants dans du lait, de la soupe et du cacao. On peut se servir aussi de tannate d'*euquinine*, sel également insipide. Par contre, le chlorhydrate d'*euquinine* a mauvais goût et ne présente par conséquent aucun avantage sur la quinine et ses divers sels.

## DOULEURS POSTPARTUM

Dans les cas ordinaires, un repas léger, bien chaud, suffit pour calmer les douleurs postpartum. mais quelquefois ces douleurs sont tellement atroces, que l'on est obligé d'avoir recours à un calmant. Dans ce cas, nous ne connaissons rien d'aussi efficace que le Nitrite d'Amyle, qui n'offre absolument aucun danger, pourvu qu'il soit administré avec prudence. Un moyen facile de l'employer est le suivant: on verse 5 à 6 gouttes de Nitrite d'Amyle sur un petit morceau de papier buvard que l'on introduit dans une fiole bien bouchée, et l'on fait inhaler les vapeurs quand les douleurs apparaissent.

## EDITORIAL

---

### LA BONNE ANNÉE

---

C'est de Paris que j'adresse à mes lecteurs mes souhaits du nouvel an.

C'est bien loin Paris, bien grand, bien captivant, et sans doute on pourrait croire qu'au milieu des délices de cette Capoue, j'oublie ceux de mes confrères qui m'ont aidé à publier ma modeste revue.

Qu'il n'en est rien, pourtant. Tout au contraire pourrais je dire, car à l'approche des fêtes et des rejoissances qu'entraîne toujours le commencement d'une nouvelle année, on se sent d'autant plus seul, à Paris, que la foule est plus nombreuse autour de vous et plus bruyante. Tous ces gens-là vont par quatre ou cinq, en famille ; ils vont au théâtre, visitent les boulevards pavoisés mais s'ils s'amusent tant, on se dit qu'une grande partie de leur joie vient de ce qu'ils trouveront en rentrant la famille qui nous manque d'au tant plus, que jamais encore on n'en a été séparé dans cette occasion.

Et les lecteurs, savez-vous, c'est une grande famille pour un rédacteur, une famille qu'il aime et chez laquelle il sent de l'intérêt pour lui.

Et voilà, chers lecteurs, comment votre pensée m'est plus chère et plus vivace tant éloigné de vous que je sois.

Aussi est-ce de tout cœur, chers lecteurs, que je vous adresse mes souhaits les plus sincères pour cette nouvelle année qui sera commencée lorsque vous lirez ces quelques lignes.

Dois-je me permettre, en même temps, de vous remercier encore de votre assistance, sans dire combien je suis assuré de la mériter ?

Je fais actuellement tous mes efforts pour que la CLINIQUE profite de mon voyage et soit, plus que par le passé, digne de l'encouragement de ses abonnés.

Et je termine par le souhait populaire de notre beau Canada  
" Bonne année."

F. X. DE MARTIGNY.

# Interet Professionnel

---

## BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

---

Nos lecteurs savent que la prochaine assemblée annuelle de la *British Medical Association* aura lieu à Montréal. C'est la première fois que cette association se décide à sortir des Iles Britanniques—pour visiter une colonie et c'est le Canada qu'elle choisit,—comme méritant cet honneur de la recevoir.

Il est curieux de voir que c'est encore un Canadien, le Dr Roddick, qui, le premier, a été élu comme président de l'Association bien que n'étant pas anglais d'Angleterre.

C'est aussi un Canadien, Sir William Hingston qui, le premier comme étranger, comme colon, fut appelé à présenter l'adresse en chirurgie à la grande assemblée annuelle de Londres en 1894.

Si l'on suit l'évolution de la *British Medical*, on la voit tout d'abord, une association provinciale. Bientôt elle devient insulaire et s'étend aux Iles Britanniques, aussi bien qu'elle s'y confine.

Plus tard, elle tend à s'étendre à toutes les possessions anglaises et forme des branches locales, associées, dans les colonies. C'est le Canada qui posséda la première, croyons nous.

Cependant, encore, on fait une certaine distinction entre les membres véritables, ceux d'Angleterre, et les membres associés, ou ceux des colonies.

Petit à petit, la profession coloniale sut faire connaître sa valeur et conquérir dans l'Association, les droits égaux à ceux des membres du Royaume-Uni, et l'on vit, cette année même, l'égalité vraie, enfin reconnue et prouvée par l'élection du Dr Roddick d'abord puis par le choix de Montréal comme théâtre de l'assemblée.

A nous maintenant de répondre dignement à la confiance que l'on a mise en nous.

On pourra voir dans les détails que nous donnons ailleurs, que nous avons tout droit d'espérer que la réunion prochaine sera un succès.

Le choix de la grande et belle salle du Windsor comme lieu de réunion générale, l'avantage de posséder dans les bâtisses de l'Université McGill, autant de salles qu'on en peut avoir besoin, pour

les réunions des sections particulières, et des salles aménagées d'une façon tout à fait propre aux besoins de ces réunions, les richesses cliniques de nos quatre grands hôpitaux qui nous promettent une abondance de cas intéressants et profitables, tout nous est gage que l'assemblée de l'été prochain n'aura rien à envier aux précédentes.

Le *British Medical Journal* dans son numéro du 5 décembre publie sur Montréal deux études très détaillées et très engageantes pour nos confrères d'Angleterre à venir visiter sa " première " colonie anglaise, et nul doute que très nombreux seront les membres de l'Association qui profiteront de l'occasion pour faire un voyage d'Amérique et visiter New-York et Chicago tout aussi bien que Montréal.

Ce sera donc pour les médecins de la province une occasion, sans précédente, et qui ne se renouvellera pas de longtemps de voir et d'entendre les personnalités les plus en vue d'Angleterre et des autres colonies. Aussi espérons que nos confrères assisteront en grand nombre aux séances de l'Association.

Il est entendu que les membres seuls de l'Association auront droit d'assister aux réunions. C'est pourquoi nous prévenons nos confrères afin qu'ils aient, d'avance, le temps de faire application comme membres de la *British Medical*.

Les membres de la branche locale aussi bien que les autorités de l'Association Médicale Britannique de Londres se sont occupés activement de l'assemblée qui doit avoir lieu à Montréal. Nous apprenons que des circulaires et des blancs d'application de membres associés, ont été adressés à tous les médecins du Canada, les invitant à faire partie de la branche la plus voisine. S'il y avait quelqu'un qui n'eût pas reçu ce prospectus, les branches locales, à Montréal (2204 rue Ste-Catherine), à Toronto (Dr W. B. Thistle, rue McCaul), à Halifax (Dr G. C. Jones, 136 rue Hallis), à Victoria B. C. (Dr G. L. Milne), et à Ottawa (Dr C. P. Dewar), sont chargés de transmettre des blancs d'application.

La branche d'Ottawa a été établie le 15 courant, et nous félicitons nos confrères de l'enthousiasme avec lequel ils se sont unis. Le Dr Roddick, le président élu, a adressé la parole à environ 40 des 50 médecins de la ville, et sur ce nombre, au-delà de 30 on fait application pour le titre de membre. Le Dr C. R. Church a été élu président, le Dr L. C. Prevost, vice-président; le Dr C. Consens, trésorier-honoraire; le Dr C. P. Dewar, secrétaire-honoraire; et le conseil de cinq membres, comprend Sir James Grant, si avantageusement connu, H. P. Wright, W. R. Bell, A. J. Harsey et P. A. Mac-Dougall.

La branche de Toronto a aussi été établie durant ce mois avec

le Dr J. B. Cameron comme président, Dr W. J. Wilson vice-président, Dr W. B. Thistle, secrétaire honoraire, et le comité suivant : Dr Allan Baines, John Caven, Chas. Sheard, A. McPhedran et R. A. Reave. Les Drs Wilson, Baines et Caven, sont respectivement présidents des sociétés Cliniques et Pathologiques de Toronto. Avec des membres aussi actifs et aussi influents, il est évident que Toronto ne peut manquer de concourir efficacement aux efforts qui se font pour faire " un succès de l'assemblée."

31 nouveaux membres ont été enrégistrés à l'assemblée annuelle de la branche de Montréal, et durant les derniers dix jours plus de 40 applications ont été reçues par le secrétaire.

Nous attirons l'attention sur le fait qu'un membre peut être transféré de la branche de Montréal aux branches qui pourraient être formées plus tard dans leur voisinage. Il est important que les membres fassent partie de la branche la plus voisine d'eux. A la dernière assemblée de la branche de Montréal, il a été décidé de réduire la souscription annuelle à \$5.25, pour tous les membres résidant hors de la ville de Montréal, réception du *British Medical Journal* comprise.

Le *British Medical Journal* du 5 décembre courant peut à bon droit être appelé un numéro canadien, car outre un article intéressant sur Montréal, il passe en revue ses institutions médicales, ses voies de communication, mentionne l'excursion projetée, et publie les mémoires des Drs G. E. Armstrong, Wyatt Johnston, C. F. Martin et C. F. Mathewson. Nous apprenons que les autorités de Londres désirent faire de la réunion de l'Association Médicale Britannique un événement tout à fait canadien, et que des articles ont été sollicités des médecins hors de Montréal, mais malheureusement le temps alloué pour leur préparation était trop court.

Parmi les amusements locaux offerts aux membres de l'Association et à leurs amis, on peut mentionner une excursion à Ste-Agathe et à la Montagne Tremblante à 50 milles au nord de Montréal. Une excursion dans l'après-midi sur le fleuve St-Laurent, dans un des plus magnifiques bateaux de la compagnie de navigation Richelieu & Ontario. Une autre excursion à Ste-Anne et la descente des rapides de Lachine, et une réception sur la montagne. Ceci sera offert par la branche locale. Il est encore trop tôt pour parler de l'hospitalité privée.

Le muséum consacré à l'exposition des appareils, préparations médicales, livres, et tout ce qui peut spécialement intéresser les médecins, promet d'être un des événements de l'assemblée. Le comité du muséum est autorisé à dépenser \$1000. pour préparer et décorer le rond à patiner Victoria, la bâtisse la plus spacieuse et la

plus convenable pour la circonstance, et l'exposition sera attrayante pour le public en général aussi bien que pour les médecins.

Actuellement les grands manufacturiers de spécialités médicinales tant en Angleterre qu'aux Etats Unis prennent des informations sur le museum qui promet d'avoir un caractère international, les maisons importantes de France et d'Angleterre étant désireuses d'introduire leurs produits en Amérique ; et les manufacturiers Américains étant anxieux de faire connaître leurs produits aux membres de l'Association. Il y aura ainsi beaucoup de compétition, et l'exposition sera remarquable.

### SANMETTO

Le tonique vivifiant du système reproducteur, SANMETTO pour les maladies des organes génito-urinaires.

Le Santal Blanc et le Saw Palmetto scientifiquement déguisés dans un véhicule aromatique agréable entrent dans sa préparation.

Spécialement utile dans les affections prostatiques des vieillards, l'impuissance sénile, la miction difficile, l'inflammation de l'urèthre, les douleurs ovariennes, l'irritation de la vessie.

Valeur positive comme reconstituant. DOSE.—Une cuillerée à thé quatre fois par jour. —*Od. Chem. Co., New-York.*

### LE DERMATOL EN CHIRURGIE.

M. JUILLARD.—Malgré ses avantages qui sont d'être antiseptique par dégagement d'iode, siccatif et excitant des plaies, hémostatique sous forme de gaze, antisyphilitique et peut-être antituberculeux, l'iodoforme a le grave inconvénient d'être horriblement odorant, d'être souvent irritant et toxique ; enfin la gaze iodoformée, on l'a démontré, n'est pas toujours aseptique. On a donc cherché à remplacer l'iodoforme par l'airoïl, l'iodol, l'europhène, le dermatol. C'est ce dernier corps qu'emploie M. Juillard et il s'en montre extrêmement satisfait. Il l'utilise en poudre, ou sous forme de gaze (que l'on prépare en trempant de la gaze hydrophile dans un mélange d'eau et de glycérine contenant en suspension 30 de dermatol). Ainsi préparée cette gaze peut être stérilisée à la vapeur, ce qu'il est impossible de faire avec la gaze iodoformée. Le pansement est donc stérile ; il est également un peu antiseptique, siccatif, excitant des plaies, hémostatique. Le dermatol n'est point irritant, ni toxique ; inodore lui-même, il désodorise les plaies. Il peut être employé avantageusement pour tous les pansements aseptiques, pour tamponner lorsqu'on craint une hémorragie, pour bourrer les cavités d'abcès ruberculeux ou lymphangitiques, etc., etc. M. Juillard ne le recommande cependant pas lorsqu'il faut une antiseptie marquée, dans les fractures compliquées par exemple. En pareil cas il faut sans hésiter recourir au sublimé.

—*La Médecine Moderne.*

# FORMULAIRE

—0—

## LE BROMOFORME DANS LA TOUX DES PITHISITIQUES

R.—Bromoforme.....30 gouttes  
Alcool.....10 grammes  
Syr. Ipecac. ʒo.  
Syr. opii.  
Syr. Laurel ceras: ʒâ 100 gr.

Mêlez dans l'ordre indiqué afin d'obtenir un mélange limpide.

Sig.—Trois à quatre cuillerées à soupe par jour, entre les repas.

Dr ROLLAND,  
*Semaine Médicale.*

## MIGRAINE

R.—Chloroforme.  
Alcool.....ʒâ 2 drachmes  
Sul. de Morphine...4 grains  
Sirop Simple.....1 once  
Eau pure.....4 onces

Sig.—Une cuillerée à thé toutes les demi-heures tant qu'il y a douleur.

R.—Caffeine citr.....gr. XX  
Phenacétine.....gr. XXX  
Sucre blanc.....gr. XV

M.—Divisez en 10 cachets.  
Sig.—Un cachet toutes les trois heures.

—*St. Louis Med. & Surg. Journal.*

## TAENIFURGE

R.—Extr. Éthéré de fougère mâle.

P. de gomme arabique  
.....ʒâ 8 grammes  
Sir. d'Ether.....30 —  
Infus. de Menthe, 100 —

S.—Prendre en une seule dose le matin, et faire suivre d'une émulsion contenant 2 ou 3 gouttes d'huile de croton.

Dr BARKER.

## ANTIPRURITIQUE

R.—Tr. Gelsemii...4 drachmes  
Syr. Limonis.  
Aquæ.....ʒâ 3 onces

S.—Une cuillerée à thé toutes les trois heures.

Dr BARKER.

## LAXATIF POUR REMPLACER L'HUILE DE RICIN APRÈS LES COUCHES

R.—Confection de senné...2 onc.  
Sir. de gingembre... $\frac{1}{2}$  once  
Poudre de Guaiac...1 drach.

S.—Une cuillerée à thé, dans un verre à vin d'eau froide; répétée au besoin.

Ce laxatif est assez agréable au goût, et ne cause pas de coliques.

Dr JACKSON.

## PILULES DE MIGLIN

(Contre la névralgie)

R.—Extr. de Jusquiame.  
Extr. de Valerian.  
Oxide de zinc...ʒâ 1 grain

M. et F. Pil. No. 1.

S.—Deux à six pilules par jour. On peut augmenter la dose dans les cas graves.

## TOUX OPINIATRE

R.—Muriate de cocaine 2 grains  
Sulfate de morphine  $\frac{1}{2}$  —  
Extr. de réglise li-  
quide ou Eau de lau-  
rier-cerise.....4 onces

S.—Une cuillerée à soupe toutes les quatre heures.

—*Pacific Record.*