

# Le Journal de Médecine et de Chirurgie Montréal, Canada

Paraissant les 2ième et 4ième Samedis de chaque mois.

### SOMMAIRE

**MEMOIRES: —**

- La Méningite Cérébro-Spinale: diagnostic et traitement (fin). — Prof. L. E. Fortier 209
- L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. — Prof. Brindeau. . . . . 212
- L'appendicite chronique chez les enfants. — Prof. Comby. . . . . 214
- Les pseudo-appendicites pneumoniques. — M. Kerlizewski. . . . . 216
- Comment prescrire la pepsine dans le traitement de la dyspepsie. — A. Chassevant. . 217
- La Diète Féculente. . . . . 218
- Le Congrès Médical à Sherbrooke. . . . . 219

**NOTES THERAPEUTIQUES: —**

- Traitement de la maladie de Parkinson — de la pneumonie — des formes graves de la tuberculose vésicale. . . . . 221

**PROGRES DES SCIENCES MEDICALES: —**

- La maladie de Madelung. — Les paralysies diphtériques tardives et leur traitement. . 223

**BIBLIOGRAPHIE. . . . . 224**

### L'Adrénaline dans la Fièvre de Foin

Dans le traitement du coryza d'origine vasomotrice, mieux connu sous le nom de Fièvre de Foin, de tous les agents thérapeutiques à la portée du praticien, l'Adrénaline s'est montré le plus satisfaisant. Sans être un spécifique, dans le sens strict du mot, il contrôle très effectivement les symptômes et apporte au patient un degré de confort non équivoque.

#### La solution de chlorure d'Adrénaline et l'Adrénaline inhalant

Sont les préparations les plus communément employées, sous forme de vaporisation dans les narines et le pharynx. La solution doit être diluée dans quatre ou cinq fois son volume de sérum artificiel. L'Adrénaline inhalant (préférée par certains médecins à cause de sa base huileuse, qui lui donne un effet émollient et tempère son action astringente) doit être étendu de deux ou trois fois son volume d'huile d'olive. Ces deux préparations sont faciles à administrer avec notre Glaseptic Nebulizer.

#### En vente en flacons d'une once, bouchés à l'émeri.

Nous vendons aussi l'Onguent d'Adrénaline, l'Onguent d'Adrénaline et de Chlorotone, la Crème d'Anesthone (en tubes flexible à col allongé) et les Rubans d'Anesthone, qui sont tous employés avec succès dans le traitement de l'asthme de foin.

#### Le "Glaseptic Nebulizer" Vaporisateur Aseptique en verre

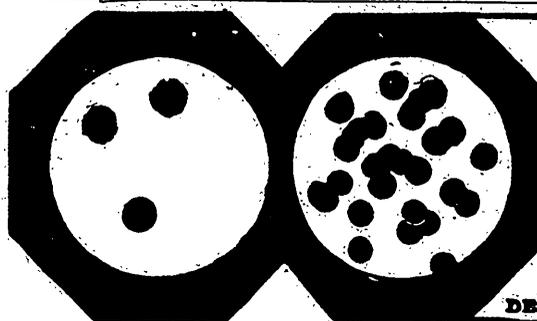
Nous croyons sincèrement que ce vaporisateur est le plus pratique qui ait jamais été offert à la profession médicale. Il est à la fois aseptique, commode, efficace et simple. Facilement stérilisable son mécanisme consiste en un seul morceau de verre. Il donne un jet très fin, et convient tout aussi bien aux huiles de toute densité, qu'aux solutions aqueuses, alcooliques ou éthérées. Prix au complet (morceau pour la gorge compris) \$1.50.

Demandez notre brochure sur l'Asthme de foin.

## Parke, Davis & Co.

Walkerville, Ont.

Montréal, Que



HÉMOGLOBINE  
DESCHIENS

OXYDASES, FER VITALISE  
ANÉMIE, TUBERCULOSE  
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE

Remplace la viande crue

Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.  
Vin, Granulé, Dragées (47).

DESCHIENS, 6, Rue Paul-Baudry, PARIS et PH<sup>ie</sup>.

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

## La méningite cérébro-spinale

SON DIAGNOSTIC ET SON TRAITEMENT (\*)

Par le Dr L.-E. Fortier

(Suite et fin)

Messieurs,

Les principes qui ont guidé la thérapeutique dans le traitement de la méningite cérébro-spinale ont varié.

Il ne s'agit pas évidemment ici du traitement banal des symptômes: l'on oppose encore à l'insomnie et à l'agitation, le chloral et les bromures; aux contractures et aux douleurs, l'opium.

Contre la fièvre l'on donne avec succès la quinine, ou de préférence les antiseptiques plus modernes dérivés du goudron de houille.

Ces médicaments n'apportent pas la guérison, mais presque toujours, l'on obtient en les maniant à propos, un soulagement, parfois considérable; on prévient l'épuisement qui résulte de l'insomnie, de la fièvre ou de la douleur et l'on met certainement ainsi le malade plus en état de lutter contre l'infection.

Si l'on étudie le sujet à un point de vue plus général, si l'on recherche ce que nos prédécesseurs et nos contemporains ont fait contre la maladie elle-même, au lieu de se borner à la combattre dans ses manifestations, on constate que quatre médications principales ont été tour à tour, et parfois simultanément proposées à la guérison de la méningite cérébro-spinale.

Comme pour le traitement de la plupart des maladies inflammatoires, la révulsion est la méthode la plus ancienne; elle fut même pendant longtemps la seule employée dans un but de thérapeutique étiologique.

Après elle, à une période récente sont venues la décompression mécanique des centres nerveux, l'antisepsie et depuis une couple d'années, la sérothérapie.

\* \* \*

Peu de méthodes thérapeutiques ont été plus discutées que la révulsion: aucune, peut-être, n'a eu, de ce chef, des vicissitudes plus variées. On l'a tour à tour vantée comme nécessaire ou décriée comme inutile, — même nuisible.

Quelles qu'aient été les théories, la clinique n'a jamais entièrement abandonné cette méthode. A toutes les époques, on la retrouve dans le traitement des maladies inflammatoires; et les praticiens lui attribuent des guérisons.

Guérisons spontanées! guérisons malgré le traitement! prétendent les adversaires.

La science expérimentale en montrant le mode d'action des révulsifs, a par le fait même démontré la réalité de certains succès qu'on lui attribue.

Révulsifs par action vasculaire, révulsifs douloureux, révulsifs provoquant un exsudat. Chacune de ces méthodes réalise des effets physiologiques et dans le traitement de la méningite cérébro-spinale, répond à certaines indications.

Un expérimentateur moderne, François Franck a démontré que la vaso dilatation périphérique consécutive aux excitations cutanées, avait sa contre partie dans l'appareil vasculaire des organes profonds: à la vaso-dilatation périphérique correspond la vaso-constriction interne.

Les centres nerveux en raisons de la richesse de leur irrigation sanguine réagissent le plus fortement à ces excitations périphériques.

De tous les révulsifs vasculaires, les plus importants sont sans contredit les bains chauds. Leur action sur une grande surface produit une dérivation intense et par suite un effet sédatif remarquable. Peu de procédés réussissent aussi bien à calmer les douleurs, les contractures, l'agitation et l'insomnie.

Si l'on réfléchit qu'à cet effet dérivatif le bain chaud, joint une action éliminatoire considérable — et qu'il est en plus antipyrétique: — à 36 degrés ou à 38 degrés, le bain tout chaud qu'il soit, est encore inférieur à la température du malade et lui soustrait de la chaleur, — on n'est plus étonné de la vogue de ce procédé; et l'on peut prévoir qu'il sera pendant bien longtemps encore l'un des moyens de traitement les plus efficaces.

Les ventouses et les sangsues sont d'un emploi fréquent.

Outre la saignée qu'elles provoquent et qui est parfois d'un grand secours, elles exercent une action dérivative très énergique, sur les organes situés près du point d'application.

Ce sont des adjuvants précieux du bain chaud, qu'ils ne sauraient toutefois détroner.

Plus complexe est le mode d'action des révulsifs douloureux: — à la congestion périphérique locale s'ajoute ici la douleur. Or une expérience qui date d'Illipocrate nous enseigne ceci:

“Quand l'on excite douloureusement un nerf sensitif, l'un des phénomènes les plus inattendus, mais les plus constants est précisément la disparition des phénomènes douloureux, siégeant dans le voisinage des points d'application”

Ces faits dont on ne peut donner d'explication rigoureusement scientifique, sont faciles à constater: ils sont d'occurrence journalière.

C'est ainsi qu'agissent les pointes de feu; et parmi les adjuvants du bain chaud, c'est à ce procédé que l'on devra recourir quand les douleurs domineront la scène.

Les révulsifs qui causent de l'exsudation ne produisent pas de vaso-constriction interne plus intenses que les révulsifs ordinaires, simplement rubéfiants; — par contre leur action est plus prolongée; et la science expérimentale démontre que ce sont des éliminateurs de premier ordre.

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

Il résulte en effet d'études très sérieuses faites depuis quelques années que dans les infections, les leucocytes s'emparent des toxines, les charrient à travers l'organisme et les portent non seulement vers les divers organes éliminateurs, mais aussi vers les points ulcérés de l'organisme. Les plaies cutanées, les ulcérations, les surfaces suintantes de l'eczéma forment ainsi une voie d'élimination toute naturelle pour les toxines incorporées aux globules blancs.

A cause de la douleur, de l'affaiblissement qu'il provoque, ce genre de révulsion ne doit pas être employé à toutes les périodes de la maladie.

C'est une erreur croyons nous que de provoquer des plaies au début d'une affection aussi grave; — ces procédés ne sont indiqués que lorsque les organes éliminateurs fonctionnent mal et que le malade se trouve sous le coup de l'intoxication toxinique.

Le professeur Arnozan se déclare partisan des abcès de fixation.

On peut imaginer, dit-il, telle explication que l'on voudra sur la pathogénie et le rôle de ces abcès, faire les hypothèses les plus variées, mais il faudra toujours reconnaître les faits suivants:

Après une injection d'un ou deux centimètres cubes d'essence de térébentine, injection que l'on fait à la paroi abdominale au à la face externe de la cuisse, le malade éprouve une douleur qui va grandissant les deux ou trois premiers jours, et il se développe une inflammation locale.

Plus cette inflammation est nette et franche, plus le pronostic de la maladie est favorable.

Si au contraire la maladie évolue mal, si des complications surviennent, l'abcès ne se forme pas et tout se borne à un peu de gonflement autour de l'injection.

Le rapport entre l'évolution de l'abcès et celle de la maladie infectieuse est incontestable "et il résulte de mon expérience qui est considérable que l'abcès de fixation a une action véritablement bonne dans la méningite cérébro-spinale."

\* \* \*

Il y a quelques années, — c'était en 1891, un médecin allemand, le Dr. Quincke, qui s'occupait tout particulièrement des maladies du système nerveux, émit l'idée que nombre de symptômes dans les affections des méninges, et même dans certaines maladies médullaires, sont dûs à la compression de la moelle: et que cette compression est souvent le résultat d'un épanchement dans les espaces méningés.

Dans des méningites, affirmait-il, il se forme dans le canal rachidien, un épanchement, et cet épanchement contribue à aggraver la maladie, non seulement par la compression qu'il détermine, mais encore en servant de milieu de culture aux germes, favorisant ainsi l'apparition de nouveaux foyers infectieux. Il faut donc absolument donner issue à ce liquide.

Ses connaissances anatomiques lui firent choisir comme l'endroit le plus propice à la ponction, la région lombaire.

Des expériences pratiquées sur les animaux démon-

trèrent l'innocuité de la ponction pratiquée à ce foyer. Et dès les premières interventions dans les cas de méningites, l'on dut reconnaître la justesse des vues de l'observateur allemand.

La ponction lombaire, donc est une acquisition thérapeutique récente.

On croyait auparavant, différents traités d'anatomie en font foi, que la pression d'une certaine masse liquide était indispensable au bon fonctionnement de la moelle et du cerveau et que la blessure des méninges spinales en donnant issue au liquide déterminant fatalement la paralysie.

Si la ponction lombaire n'a pas réalisé toutes les espérances qu'un très grand enthousiasme fit d'abord concevoir, si elle ne guérit pas la maladie, elle n'en est pas moins devenue à l'heure actuelle une opération courante dans la méningite cérébro-spinale; — Elle est en effet un élément rationnel et important du traitement.

La décompression intense et rapide qu'elle provoque est bientôt suivie de la sédation très évidente du symptôme peut être le plus pénible, la céphalée. La ponction apporte une accalmie tellement appréciable que le patient n'hésite pas à la réclamer malgré l'appréhension qu'il peut avoir de la piqûre.

C'est le traitement le plus rapide et le plus certain des phénomènes de compression. Elle diminue en outre notablement la contracture de flexion, la raideur de la nuque et la rachialgie, et après deux ou trois ponctions, l'hypertonie musculaire décroît d'une façon remarquable.

Il n'entre point dans mon plan de décrire la technique de la ponction lombaire. Il est cependant certains points que le praticien doit toujours avoir présents à l'esprit.

Tout d'abord la ponction lombaire thérapeutique doit être parcimonieuse. Au début de son emploi, l'on n'hésitait pas à enlever d'une seule fois 40 ou même 50 cc. et parfois même à faire l'aspiration du liquide. Des accidents graves, la mort parfois ont été la conséquence de cette manière de procéder.

Aujourd'hui l'on ne retire guère chaque fois plus de 8 à 10 cc. chez les enfants et de 20 à 30 cc. chez les adultes.

Il n'y a d'exceptions que si le liquide est purulent: dans ces cas l'on doit en enlever le plus possible, mais il faut avoir soin de le remplacer immédiatement par un sérum isotonique.

L'épanchement se renouvelle en général très rapidement; aussi est-il de bonne thérapeutique de renouveler ces ponctions au moins tous les deux ou trois jours. Toujours quand elles seront suivies d'un écoulement facile elles soulageront le malade.

On réalisera toute l'importance de cette intervention par la statistique de Netter: ce professeur a démontré que le traitement par la ponction lombaire, combinée aux bains chauds, avait abaissé la mortalité à 40 p. c.

\* \* \*

Si important que soit cette conquête de la science

contemporaine, il n'en est pas moins vrai que dans le traitement de la méningite cérébro-spinale la ponction lombaire n'est pour ainsi dire que le premier pas d'autres interventions aussi scientifiques et plus efficaces.

Les découvertes pasteurienne ont fait entrer le traitement de cette affection dans une nouvelle phase.

Avec une nouvelle conception pathogénique surgit une thérapeutique, basée sur des principes nouveaux : détruire le germe infectieux.

L'on se bornait à antiseptiser le sang par des injections, plus ou moins inoffensives de ferments métalliques ou d'autres substances et l'on obtenait des succès problématiques, quand la découverte de Quinck vint permettre d'agir d'une manière beaucoup plus active et de porter directement sur le siège de la maladie, le médicament curateur. Ce sont les sels d'argent que l'on emploie surtout.

Pasteur avait déjà signalé l'impossibilité d'obtenir des cultures microbiennes dans des vases d'argent. A dose infinitésimale l'argent colloïdal entrave le développement des bactéries pathogènes, dans le sérum sanguin, comme dans tous les autres milieux.

Par le succès que l'on a obtenu, il apparaît assez clairement que l'argent colloïdal et en particulier l'électargol ainsi administré est un médicament précieux dans ces cas.

Sans être d'aucune manière le spécifique des méningites septiques aiguës il occasionne une polynucléose intense qui favorise l'englobement du méningocoque.

L'injection intra-rachidienne provoque tout d'abord une réaction fébrile intense, accompagnée d'une diminution notable de la céphalée, puis suivie d'une chute durable de la courbe thermique. L'asepsie du canal n'est pas obtenue dès les premières injections, mais les analyses démontrent que les agents pathogènes sont de moins en moins nombreux dans le liquide que l'on retire avant chaque injection.

Ceux qui se sont occupés de la question préconisent la technique suivante : Après avoir fait une ponction lombaire, suffisante pour calmer les symptômes de compression, l'on injectera dans le canal rachidien l'électargol à la dose de 5 à 10 c.c. Jamais la dose de la solution ne sera équivalente à la quantité du liquide que l'on aura retiré ; et ces injections devront être répétées tous les 2 ou 3 jours, selon l'intensité des symptômes.

En même temps et comme complément de ce traitement, afin de modifier le milieu sanguin et atteindre ainsi les germes que l'on ne peut atteindre localement, on commencera une série d'injections intra-veineuses quotidiennes à la dose moyenne de 0.20 c.c.

Plusieurs fois, dit Comby, après la ponction lombaire j'ai injecté dans le canal rachidien, 5 à 10 cc. d'électargol : il m'a semblé que chez quelques enfants ce médicament avait eu une efficacité réelle.

Malgré la base scientifique de ces injections antiseptiques, il ne semble pas qu'elles aient donné de meilleurs résultats que la simple ponction lombaire.

Le traitement serothérapique qui a détroné toutes ces médications depuis 1907, est la conséquence naturelle de la découverte du microbe de Weischelbaum.

Il est admis que le Dr Simon Flexner, de l'Institut Rockefeller, de Philadelphie est le véritable promoteur de la méthode.

Dès 1905, par des injections intra-rachidiennes, du microbe pur de Weischelbaum il provoquait chez le singe la méningite cérébro-spinale. Inoculant divers animaux avec des cultures atténuées d'abord, puis de plus en plus virulentes, il parvenait à provoquer chez ces animaux une immunisation complète.

L'année suivante en 1906, à l'aide du sérum de ces animaux immunisés, il guérissait les méningites expérimentales ou les prévenait : alors que chez les singes qui n'avaient pas été ainsi traités, la maladie évoluait et amenait une mort presque toujours certaine.

C'est à la suite de ces expériences que Flexner se crût autorisé à préparer un sérum antiméningococcique pour s'en servir chez l'homme.

Vers la même époque, Wasserman et Kolle préparaient en Allemagne, à l'Institut de Berlin, un sérum identique.

C'est à ce dernier Institut que la France envoya en 1908 le Dr Dopter pour se rendre compte des heureux effets du traitement sur le sérum. Depuis lors le Dr Dopter a préparé à l'Institut Pasteur un sérum qui a rendu à la France de grands services au cours des deux dernières années.

Flexner immunise ses chevaux en leur inoculant d'abord des cultures mortes, puis ensuite des cultures vivantes, et enfin des toxines du méningocoque.

Kolle et Wasserman n'admettent pas l'unité du méningocoque ; ils en reconnaissent plusieurs espèces.

Leur procédé nécessite trois chevaux ; le premier ne reçoit que des microbes d'une seule et même race, — le microbe classique de Weischelbaum — le second reçoit des méningocoques de plusieurs races ; — enfin le troisième est immunisé avec des toxines de ces diverses variétés.

Le mélange à parties égales du sérum de ces trois chevaux constitue leur sérum antiméningococcique.

Dopter vaccine tout simplement ses chevaux par des injections intra-veineuses répétées de cultures vivantes du méningocoque de Weischelbaum.

Somme toute, les sérums employés jusqu'à présent, sont fabriqués surtout par trois personnalités scientifiques ; Flexner, Wasserman et Dopter.

Sans doute, chacun de ces auteurs apporte à la préparation du sérum un tour de main qui lui est propre, mais jusqu'à présent tout au moins, les trois sérums sont obtenus par des procédés analogues ; ils ont des propriétés semblables et on les emploie de la même façon.

Contrairement aux sérums ordinaires, ces sérums, quand on les administre par voie sous-cutanée ou par voie veineuse, ne produisent pas d'effets, ou ne produisent que des effets négligeables.

Ils agissent surtout localement, à la manière des antiseptiques: et on doit toujours les administrer par la voie intra-rachidienne.

Les statistiques démontrent que de tous les traitements employés jusqu'à ce jour la sérothérapie est celui qui atténue d'avantage la gravité de la maladie.

Généralement dans les 24 heures qui suivent l'administration du sérum le microbe cesse de se reproduire. Survient bientôt une sédation marquée de tous les symptômes et la maladie se termine peu à peu après quelques jours.

Les suites, cela va sans dire, d'une maladie ainsi atténuée, sont beaucoup moins pénibles. Alors qu'avant l'application du sérum, plus de la moitié des malheureux guéris, présentaient des infirmités incurables, comme de la cécité, de la surdité, ou des paralysies, depuis la sérothérapie, on en observe à peine deux ou trois cas pour 100 cas de guérison.

Le taux de la mortalité qui, avec les autres méthodes, n'est jamais inférieur à 40 pour cent, est manifestement abaissé par les nouveaux sérums.

Flexhner dans un travail publié en décembre dernier donne la statistique suivante:

Cas traités.	Guéris.	Morts.	Mortalité %
712	483	224	31 %

Dopter en août dernier, donnait ces résultats:

199	165	31	16 %
-----	-----	----	------

Wasserman donne une statistique comparée des diverses provinces allemandes du Rhin qui ont souffert d'une épidémie, il y a deux ans. Celles qui ont employé le sérum ont une mortalité de 15 pour cent, tandis que les provinces qui ont employé les traitements ordinaires ont eu une mortalité de 79 pour cent. L'effet, dit-il, est stupéfiant.

Et cependant si l'on étudie chaque cas en particulier, l'on constate que ces sérums, malgré leur efficacité incontestable se sont montrés notablement inefficaces dans des cas classiques, où un traitement spécifique aurait dû agir.

L'on a attribué ces insuccès dans certains cas, à la marche foudroyante de la maladie; dans d'autres circonstances la méningite s'est compliquée de lésions sous corticales, d'encéphalite superficielle ou de petits abcès secondaires, logés à la surface ou dans les profondeurs du cerveau; souvent l'infection était mixte.

Ces raisons, nous les comprenons. Aucun traitement ne saurait agir dans des cas foudroyants; aucun ne saurait remédier à des lésions organiques et un sérum monovalant ne saurait guérir des infections mixtes. Mais quand l'on donne, comme raison des insuccès du sérum, des localisations inaccessibles de l'infection ou la septicémie méningococcique, l'on nous fait toucher les points faibles du traitement actuel.

Ces insuccès inexplicables avec un sérum parfait dénotent qu'il existe encore des inconnues et dans le mé-

canisme de l'infection, et dans les méthodes sérothérapiques.

C'est ce que nous fait entendre en particulier Dopter quand il nous dit qu'il compte donner au sérum une activité plus grande encore soit en modifiant la technique utilisée, soit en le préparant par un nouveau procédé.

## Clinique obstétricale

### L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité

Par M. le Pr. agrégé Brindeau

L'appendicite est relativement fréquente au cours de la grossesse ou des suites de couches; parmi les décès qu'on attribuait invariablement autrefois à des péritonites puerpérales, il est hors de doute qu'un certain nombre reconnaissent pour cause des péritonites appendiculaires.

Les premiers travaux sur la question ont paru en Amérique, de 1885 à 1887. En 1898, Dieulafoy et Pinard ont développé cette étude à la tribune de l'Académie de Médecine, et l'on a pu, tout récemment, publier en Allemagne une statistique portant sur 250 cas.

1. *La puerpéralité prédispose-t-elle à l'appendicite?* — Il semble qu'on puisse, sans hésiter, répondre affirmativement, en invoquant à cet égard des causes d'ordre local et des causes d'ordre général.

a) *Causes locales.*—Chez la femme, l'appendice siège normalement plus bas que chez l'homme, et dans 38 pour cent des cas, d'après Robinson, cet organe est pelvien. Il résulte de là que l'utérus, en augmentant de volume, pourra déplacer l'appendice, le comprimer, le tordre plus ou moins; d'où possibilité de l'écllosion d'une infection appendiculaire latente jusque-là.

Quand l'utérus revient sur lui-même pendant les suites de couches, les mêmes effets peuvent se produire du côté de l'appendice.

Enfin, au moment du travail, les contractions utérines, en tiraillant le péritoine, sont capables de déchirer quelques adhérences, d'ouvrir un petit abcès péri-appendiculaire, et l'observation a montré que les appendicites survenues au cours du travail étaient souvent des appendicites graves, avec péritonite suraiguë.

b) *Causes générales.* — L'appendicite est ordinairement une infection à colibacilles. Or, une pareille infection atteint avec la plus grande facilité les femmes enceintes, qui sont constipées dès le début de leur grossesse, qui restent constipées pendant leurs suites de couches et que le fonctionnement moins bon de leur foie

Essence de Pepsine—*Fairchild*

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

Essence de Pepsine—*Fairchild*

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

**Fairchild Bros & Foster**  
NEW YORK

Agents pour le Canada  
**Holden & Compagnie, Montreal**

**Ne se vendent pas au Détail.**

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

**Le plus Puissant Reconstituant général**

**HISTOGENOL**

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

**Naline**

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

**AFFECTIONS HÉPATIQUES**

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie

Coliques hépatiques

Ictère

**GRANULES TITRÉS de**  
**BOLDINE HOUDÉ**

Cachexie

d'origine paludéenne

et consécutive au long

séjour dans les pays chauds.

POSOLOGIE : Chaque granule est rigoureusement titré à 1 milligr.

DOSE : 6 à 8 Granules par jour.

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

**BOLDOINE ÉPARVIER**

NOUVEAU SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS

DU Foie, DES Reins, DE l'Estomac

Granulee — Non Alcolique — Soluble

ATONIE DES ORGANES DIGESTIFS, DYSPEPSIES

STIMULANT TONIQUE GÉNÉRAL, SANS ACTION SUR LE CŒUR

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

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

**PILULES ÉPARVIER (CASCARA ÉPARVIER)**

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

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

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

DOSE : UNE PILULE chaque soir au repas

ÉCHANTILLONS GRATUITS

DE CES PRODUITS SUR  
DEMANDE adressée à la

PHARMACIE DECARY

1088 RUE STE-CATHERINE  
A MONTREAL.MARIUS ÉPARVIER, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe, 26, Grande rue Saint-Clair, LYON (France)**AFFECTIONS DE LA GORGE**

Laryngites, Pharyngites, Amygdalites

Angines, Diphtérie

Toux nerveuses

Picotements

**PASTILLES HOUDÉ**  
à la **STOVAÏNE**

POSOLOGIE :

Chaque Pastille

renferme exactement

3 milligrammes de principe actif.

DOSE : 6 à 12 par jour suivant l'âge,

à prendre consécutivement.

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

**CAPSULES DARTOIS**

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

Toux rebelles, Bronchites chroniques, Tuberculose

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

et de leurs reins expose sans défense à toutes les intoxications. Cette infection coli-bacillaire n'est pas toujours locale d'emblée; elle peut être primitivement sanguine (Bar) et se fixer ensuite sur différents organes qui sont par ordre de fréquence: le bassin (pyélonéphrites), le foie, l'appendice.

Budin a insisté sur ce fait que des infections latentes "se réchauffent" pendant les suites de couches avec la plus grande facilité: c'est ainsi, par exemple, qu'on peut voir un abcès froid paraissant tari, suppurer de nouveau. On conçoit dès lors qu'une appendicite latente ou refroidie puisse devenir ou redevenir virulente. L'infection streptococcique des suites de couches peut, à n'en pas douter, se localiser sur l'appendice. Rob a montré que l'on trouve, chez les femmes ayant eu une salpingite, deux fois plus d'appendicites que chez celles dont les annexes sont restées intactes. Peterson, dans une statistique portant sur des laparotomies pour salpingite, indique que l'appendice était malade dans 47 pour cent des cas. La proportion atteint dans d'autres statistiques 57 pour cent et 60 pour cent des cas. Or, la salpingite puerpérale streptococcique est fréquente pendant les suites de couches. Un choc sur le flanc droit, une indigestion ont été dans certaines circonstances (Budiu, Maygrier) la cause occasionnelle de la localisation de l'infection sur l'appendice.

2. *La symptomatologie de l'appendicite est-elle modifiée?* — La crise appendiculaire peut survenir pendant la grossesse, pendant le travail, pendant les suites de couches. Pendant la grossesse, elle débute le plus souvent avant le cinquième mois; pendant le travail elle éclate généralement dès le début; pendant les suites de couches, elle apparaît volontiers dans les 48 premières heures, rarement après 8 jours. Très souvent, on apprend par l'interrogatoire que la malade avait déjà souffert de l'appendicite avant sa grossesse. Quelquefois, chaque grossesse amène une nouvelle crise (observation de Tuffier: 3 grossesses, 3 crises).

Le tableau clinique peut se présenter sous toutes les formes classiques, de la colique la plus légère à la péritonite généralisée la plus grave.

Le diagnostic présente des difficultés parfois très sérieuses. L'hésitation n'est pas permise quand on constate, en même temps que de la fièvre et des vomissements, un empatement de la fosse iliaque droite avec douleur au point de Mac Burney. Mais le plus souvent les choses ne sont pas aussi simples: l'utérus gravide masque la zone appendiculaire et le point de Mac Burney doit être recherché beaucoup plus en haut et plus en dehors qu'on n'a l'habitude de le faire. Pour dégager la fosse iliaque et faciliter son exploration, on peut faire coucher la malade sur le côté gauche.

Parfois, en comprimant du côté gauche la masse intestinale, on provoque une douleur dans la fosse iliaque droite, douleur due à la distension du colon par les gaz refoulés.

Enfin, il est indispensable de pratiquer le toucher

vaginal en refoulant aussi haut que possible le cul-de-sac droit.

Plusieurs causes d'erreur sont à éviter:

— Des coliques hépatiques ou néphrétiques, une crise d'entéro-colite, ont pu prêter à confusion.

— Dans un cas de Segond, les douleurs appendiculaires avaient été prises pour un début de travail.

— Assez souvent, on a confondu appendicite et salpingite; l'état général, ordinairement moins grave dans la salpingite, l'existence d'un passé génital, les renseignements donnés par le toucher, tels sont les moyens d'éviter l'erreur.

— Le diagnostic est parfois des plus difficiles entre une appendicite et une grossesse extra-utérine: un avortement tubaire peut donner lieu à une douleur très vive à droite, avec arrêt des matières et des gaz. La pâleur de la malade est un signe très important qui peut mettre sur la voie.

— Plus difficile encore est le diagnostic entre l'appendicite et certaines occlusions intestinales: les meilleurs cliniciens ont fait des erreurs dans les deux sens. M. Brindeau a observé une femme à terme présentant: arrêt complet des matières et des gaz, ballonnement du ventre, température modérée, pouls extrêmement rapide, vomissements incessants et subictère des conjonctives. Un chirurgien des hôpitaux diagnostiqua une appendicite grave: on ouvrit le ventre; l'appendice était sain. Comme l'état général s'aggravait, M. Brindeau pratiqua alors une césarienne pour sauver l'enfant: il ne put découvrir aucun obstacle sur l'intestin. L'enfant extrait, tout rentra dans l'ordre et la malade guérit.

— Pendant les suites de couches, il peut être délicat de différencier une appendicite d'une péritonite puerpérale; si l'on est appelé dès le début des accidents, l'apparition des phénomènes douloureux du côté droit mettra sur la voie du diagnostic.

4. *L'appendicite est-elle plus grave pendant la puerpéralité?* — On a toujours été frappé de la gravité de l'appendicite chez les femmes enceintes. En 1898, Pinard indiquait une mortalité de 43 pour cent et déclarait que l'intervention opératoire est le seul moyen de salut. Peut-être les chiffres indiqués par Pinard sont-ils un peu trop forts: on ne voit guère à l'hôpital que des cas graves; bien des crises légères passent inaperçues; d'autres, dont on peut suivre l'évolution, guérissent spontanément.

Les crises bénignes sont en général celles qui surviennent tout au début de la grossesse et chez des femmes dont l'appendice était indemne jusque-là.

Le pronostic est mauvais dans les conditions inverses, surtout si la crise éclate pendant le travail.

Les difficultés opératoires que l'on rencontre chez la femme enceinte sont une autre cause de gravité.

Mauvais, en somme, pour la mère, le pronostic est encore beaucoup plus mauvais pour le fœtus; la mortalité foetale atteint 33 pour cent dans les appendicites bénignes; elle est de 100 pour cent dans les appendicites graves.

L'avortement est très fréquent, et des examens pra-

tiqués immédiatement après la sortie du fœtus ont permis de retrouver du coli-bacille dans son sang.

4. *L'appendicite nécessite-t-elle un traitement spécial?* — Pendant les suites de couches, on se conduira comme en dehors de la puerpéralité. Pendant la grossesse et pendant le travail, que faut-il faire? Pendant longtemps, on a dit qu'il fallait opérer toujours; il y a plus d'éclectisme à l'heure actuelle.

On opérera sans hésiter: 10 si l'on est appelé dès les premières heures de la crise; 20 si le tableau clinique dénote un cas grave; 30 si l'on constate que la femme est en travail (l'expérience ayant montré que l'évolution est presque toujours grave en pareil cas).

On s'abstiendra d'intervenir: 10 s'il s'agit d'une crise extrêmement légère, ou si le diagnostic est incertain; 20 si l'on constate qu'il y a empatement circonscrit de la fosse iliaque, c'est-à-dire réaction localisant l'infection (on attendra dès lors, pour opérer, que l'appendicite soit refroidie).

Comment faut-il opérer? On pratiquera toujours une incision latérale, un peu haute et très postérieure, en couchant légèrement la femme sur le côté gauche. Si l'on se trouvait en présence d'un appendice resté pelvien, dont l'inflammation a provoqué la formation d'un abcès bombant dans un cul-de-sac vaginal, on ouvrirait cet abcès par voie basse après colpotomie.

Au point de vue obstétrical, quelle est la conduite à tenir?

Loin de chercher à provoquer l'avortement au moment où la crise appendiculaire éclate, on évitera, autant que possible, l'éveil des contractions utérines en administrant des lavements laudanisés, au besoin, en pratiquant une injection de morphine.

Si la femme est en travail et que le fœtus ne soit pas viable, on laissera l'expulsion se faire spontanément. Si le fœtus est viable, on terminera le plus rapidement possible l'accouchement par les voies naturelles, en introduisant un ballon de Champetier. La césarienne vaginale de Duhrnem serait peut-être le procédé idéal.

(in *Ann. des Praticiens*).

---

## Pédiatrie

---

### Appendicite chronique chez les enfants

---

M. le Dr Comby a consacré dans les *Archives de médecine des enfants* (No 6) un important article à l'appendicite chronique chez les enfants, appendicite qui est fréquente et qui précède toujours les attaques de l'appendicite aiguë. Cette dernière doit être considérée comme un épisode aigu de l'appendicite chronique.

L'étiologie de l'appendicite reste encore bien incertaine.

On voit de beaux enfants, bien nourris, sans troubles digestifs préalables, sans entérite, être pris d'appendicite. Pour eux, on pourrait invoquer l'hérédité, une prédisposition familiale, le lymphatisme, l'arthritisme. Chez les autres, on relève la fréquence des manifestations rhinopharyngées, des amygdalites, des végétations adénoïdes, avec ou sans otite moyenne, avec ou sans adénopathies cervicales. Ces enfants ont la gorge sensible, présentent facilement, après un coup de froid ou une grippe légère, un gonflement amygdalien avec enduit pultacé, des adénites cervicales, etc. Après une ou plusieurs poussées de ce genre, pourront se montrer les premiers symptômes de l'appendicite chronique.

D'autres sujets ont eu des gastro-entérites plus ou moins graves dans la première enfance; il est permis de supposer que l'appendice a été atteint par le processus intestinal. Ou bien c'est l'entéro-colite muco-membraneuse, dont le caractère infectieux est si manifeste chez les enfants, qui a ouvert la marche.

Parmi les maladies infectieuses et contagieuses, il en est une qui joue un grand rôle dans l'étiologie de l'appendicite. C'est la grippe, qui atteint avec prédilection l'appareil lymphatique et détermine parfois de tels engorgements ganglionnaires qu'on a pu décrire une *grippe à forme ganglionnaire*. Or l'appendice peut être assimilé à un ganglion lymphatique. La *fièvre typhoïde* vient ensuite et, après elle, on doit signaler la *scarlatine*, la *rougeole*, les *oreillons*, la *varicelle*, la *coqueluche*, et généralement toutes les infections spécifiques ou non spécifiques qui, chez l'enfant, bien plus que chez l'adulte, exaspèrent manifestement les organes lymphoïdes. C'est pourquoi l'on trouve, quand on veut bien les chercher, l'une ou l'autre des maladies précitées dans les antécédents des enfants atteints d'appendicite chronique.

Les *abus alimentaires*, particulièrement l'abus de la viande, des crudités et de tous les aliments indigestes, jouent un rôle important.

Le tableau symptomatique de l'appendicite chronique est des plus complexe et des plus variable. Tantôt la maladie se traduit sur la physiologie de l'enfant qui laisse à désirer, tantôt elle n'entraîne aucune altération des traits et se cache derrière une mine florissante.

Généralement, les enfants atteints d'appendicite latente ou larvée sont pâles, jaunes, blêmes; leur teint, souvent terreux, rappelle celui des cholémiques; il est parfois changeant d'un jour à un autre, ou d'un moment à l'autre dans la même journée. Les yeux sont cerclés de noir ou de gris, la face est amaigrie en même temps que blafarde. Le corps entier est décharné; membres grêles, ventre aplati, côtes saillantes. Cet habitus extérieur se voit surtout chez les enfants qui ont souffert d'entérite ou de dyspepsie grave.

Beaucoup d'enfants, tout en ayant de l'appendicite chronique, gardent les joues colorées, ont de l'embonpoint et un état général satisfaisant. Quelques-uns même sont gros et marquent une tendance à l'obésité.

Le facies est donc inconstant et trompeur. Ce qu'il faut mettre au premier plan, c'est l'ensemble des troubles

digestifs qui, bien étudiés, bien pesés, conduisent assez aisément au diagnostic.

L'enfant n'a que peu ou pas d'appétit, on le nourrit avec peine, il faut le pousser, le forcer. Souvent l'appétit est capricieux et irrégulier; bon aujourd'hui, il sera insuffisant demain. Quelques enfants n'ont d'appétit que dans l'intervalle des repas. On pourrait même décrire une forme *anorexique* de l'appendicite chronique. Dans un cas, la répugnance pour l'aliment avait fait penser à de l'oesophagisme, voire à du rétrécissement de l'oesophage. La sonde, passée à deux reprises, n'a pas rencontré le moindre obstacle.

Certains enfants ont un appétit exagéré, mangent trop vite et avec glotonnerie. Presque tous ont des digestions lentes, pénibles; ils présentent la dyspepsie flatulente, le gonflement épigastrique après le repas, la dilatation stomacale. Il faut se méfier de la *dyspepsie* chez les enfants; elle est souvent symptomatique d'appendicite chronique.

Avec la dyspepsie coïncide presque toujours la *constipation*, symptôme de grande valeur par sa persistance et son intensité. Par exemple, certains enfants ont de la diarrhée ou des alternatives de diarrhée ou de constipation.

On a noté l'état saburral de la langue, — la langue n'est jamais propre (disent les parents), — la fétidité de l'haleine surtout le matin. Les enfants sont sujets aux *embarras gastriques*, fébriles ou non, aux *indigestions*. Les poussées d'infection gastro-intestinale caractérisées par une langue épaisse et sale, par l'anorexie, par l'oligurie, par la constipation, quelquefois par un *ictère catarrhal* des plus nets, doivent toujours faire songer à l'appendicite. On a pu voir les embarras gastriques fébriles se répéter périodiquement à des intervalles plus ou moins longs, rappelant la *fièvre de digestion* des auteurs français, le *food fever des Anglais*.

Les troubles digestifs sont en somme assez vagues et d'une interprétation difficile. Mais il est une forme bien définie, qui a une grande importance; ce sont les *vomissements cycliques ou paroxystiques* qu'on a longtemps rattachés à l'arthritisme, à l'hystérie, à la migraine, etc. Or, M. Comby estime maintenant qu'ils constituent une crise fruste d'appendicite et relèvent directement de cette maladie.

On se défiera donc des vomissements cycliques, et on regardera tous les enfants qui en souffrent comme des candidats à l'appendicite aiguë. En d'autres termes, les vomissements cycliques, comme beaucoup d'autres vomissements de l'enfance, sont des symptômes d'appendicite chronique dans la plupart des cas.

Tout enfant qui a de fréquentes nausées, qui vomit facilement, qui vomit souvent, qui a des indigestions répétées, est suspect d'appendicite chronique et doit être examiné soigneusement à ce point de vue.

Dans l'appendicite chronique, l'intestin fonctionne aussi mal que l'estomac. La *constipation* est habituelle et opiniâtre; sa persistance, son intensité, doivent faire songer à l'appendicite chronique. On a signalé parfois

la diarrhée, la lientérie, les selles mal liées, grumeleuses, bilieuses; ces troubles sont beaucoup plus rares que la constipation, avec laquelle d'ailleurs ils peuvent alterner.

L'*entéro-colite* mérite une place spéciale dans la symptomatologie de l'appendicite chronique; dans la plupart des observations se trouvent mentionnées les selles glaireuses, muqueuses, membraneuses, sanglantes, sablées, etc.

On note souvent des douleurs abdominales spontanées; aussi tout enfant se plaignant du ventre en quel que point que ce soit sera suspect et on devra chercher chez lui l'appendicite chronique.

On met souvent ces symptômes sur le compte du foie, ou même d'une *maladie de cœur*, parfois de la tuberculose, d'autant qu'il y a parfois un véritable arrêt de développement; parfois encore on voit se développer une véritable *neurasthénie* appendiculaire: tout effort physique ou intellectuel devient impossible à ces enfants qui deviennent sauvages et mélancoliques.

Dans certains cas, il existe des douleurs irradiées dans le membre inférieur droit, avec pesanteur dans la marche ou claudication, qui ont pu faire penser à la *coxalgie*, à la *tumeur blanche* du genou. M. Comby en rapporte quelques observations. Ces formes névralgiques d'appendicite chronique sont assez curieuses.

Quelques enfants, M. Comby en a vu deux récemment ont des faiblesses, des lipothymies, des évanouissements, des *syncopes*; tout à coup ils pâlisent et tombent s'ils ne sont pas soutenus. On a parlé d'*épilepsie*. Mais les enfants assistaient à leur crise et s'en rappelaient toutes les phases. L'intoxication appendiculaire explique ces troubles de l'innervation et de la circulation.

Quelques-uns se plaignent de céphalalgies plus ou moins persistantes. Plus rarement on a noté les convulsions.

Certaines jeunes filles ont des *règles très douloureuses*, des souffrances abdominales terribles à chaque époque menstruelle. On verra, par l'examen direct, que ces souffrances ont l'appendice pour siège.

Une certaine importance doit être attribuée aux poussées d'urticaire et de prurigo qui se voient chez les enfants dyspeptiques; l'appendicite chronique les détermine assez souvent.

Seuls les signes locaux permettent de se débrouiller dans ce tableau confus et variable. Avant l'examen du ventre, on a pu rester dans l'indécision. On avait des signes de probabilité, on va trouver des signes de certitude.

Ces signes sont ceux de l'appendicite que nous ne rappellerons pas ici.

L'appendicite chronique de l'enfant a un pronostic variable et incertain. De danger immédiat, il ne semble pas y en avoir. Cependant la crise aiguë, la péritonite par propagation ou par perforation, est toujours à redouter.

Pour l'avenir, incertitude plus grande encore. L'appendicite guérira-t-elle avec le temps, par sclérose ou par résorption des produits inflammatoires qu'elle recèle? Cela est possible, mais nullement certain.

Aussi M. Comby est-il nettement interventionniste du moment que le diagnostic est certain. En opérant systématiquement l'appendicite chronique chez les enfants, avant tout accident grave, on met pour toujours les malades à l'abri de ces crises aiguës formidables qui jettent la désolation dans les familles, parce qu'elles sont trop souvent au-dessus des ressources de l'art chirurgical. Depuis qu'on opère beaucoup à froid, le nombre des interventions à chaud a diminué et la mortalité générale de l'appendicite a été réduite dans une forte proportion.

On a reproché aux chirurgiens d'opérer trop d'appendicites, M. Comby a la conviction absolue qu'ils n'en opèrent pas assez.

## Les pseudo-appendicites pneumoniques

On a fréquemment signalé ces cas dans lesquels une pneumonie au début s'accompagne de phénomènes abdominaux, et notamment d'un point de côté si violent que le diagnostic est faussé presque inévitablement et que la pneumonie, maladie principale, passe inaperçue. M. le Dr. Kulizewski vient de réunir dans sa thèse un certain nombre de faits de ce genre et de chercher à montrer comment on pouvait en reconnaître la nature. Il est incontestable que certains cas de pneumonie jouent si bien l'appendicite qu'elles méritent bien le nom de pseudo-appendicite. Cependant si on compare attentivement les deux états morbides, on peut presque toujours réunir un faisceau de preuves qui, suivant les cas, feront pencher la balance de tel ou tel côté.

Les chirurgiens, Mignon et Kirmisson, entre autres, ajoutent une très grande importance au *facies*: plombé, péritonique, dans l'appendicite; colore, vultueux, au contraire, dans la pneumonie. La rougeur de la pommette est, en effet, un bon signe d'infection pneumonique, mais il est souvent tardif et, en somme, assez inconstant. Dans une observation de ce travail, elle n'apparut qu'au quatrième jour de la maladie, alors que le malade avait été opéré la veille, de son appendicite inexistante. Il est même des cas où une appendicite indubitable s'accompagne d'un *facies vultueux*. Raillet en a signalé un cas typique.

Pour Triboulet, les vomissements seraient plus dramatiques et plus facilement bilieux dans la pneumonie.

Pour le même auteur, la *position du malade* aurait, elle aussi, une très grande importance: "d'instinct le sujet à péritoine lésé conserve l'immobilité en *position allongée*; la pneumonique, au contraire, recherche la *position en chien de fusil* ou la *position assise*."

La *marche de la température* a aussi une importance considérable; il est certain que l'élévation brusque, rapide importante, est en faveur de la pneumonie; mais comme le fait observer Garreau, il est rare que le médecin soit

appelé assez tôt pour constater ces caractères. Il vient le second jour de la maladie, et se trouve en présence d'une température élevée, sans pouvoir vérifier le mode d'ascension.

Le *pouls*, tout au moins chez l'enfant serait moins accéléré (100 pulsations) dans l'appendicite que dans la pneumonie (120-160).

La *dyspnée* se trouve constamment dans la pneumonie, mais elle peut exister aussi dans l'appendicite (Mlle Gordon), soit par action toxique ou réflexe, soit par cause mécanique, le tympanisme refoulant le diaphragme, par là même le poumon, et restreignant le champ de l'hématose.

La *toux* est assez infidèle; elle n'existe pas dans nombre de cas de pneumonie, et il en est de même de l'*expectoration*. Les fameux crachats rouillés sont souvent tardifs, parfois inexistant, souvent très rares, surtout chez l'enfant.

Restent enfin les *signes physiques*. Il faut toujours les rechercher avec soin. Mais bien souvent aussi, ils donnent des résultats décevants: quand la pneumonie est centrale, ils n'apparaissent que tardivement et sont souvent même peu appréciables.

Devant l'inconstance de tous ces signes, les auteurs ont cherché, dans les caractères mêmes de la *douleur abdominale*, les moyens de diagnostic. Pour Arrou, dans les cas de pneumonie à début appendiculaire, elle serait uniquement spontanée et indifférente à la pression. Bien des auteurs la considèrent, dans ces cas, comme plus superficielle que dans les appendicites véritables.

Mais, en réalité, il n'y a pas de signes auxquels on puisse accorder la valeur d'un critérium absolu. Le diagnostic dans chaque cas est une question d'espèce; il faut peser tous les arguments, pour et contre, et ne se prononcer qu'à bon escient. Si l'on veut cependant résumer en une seule formule la manière de distinguer l'appendicite d'une pseudo-appendicite pneumonique, on peut dire, avec Melchior, que ce dernier cas se caractérise par la discordance entre l'intensité des phénomènes généraux et la légèreté relative des signes locaux.

C'est aussi par l'observation attentive de ces deux ordres de symptômes que l'on pourra peut-être arriver à dépister la coexistence des deux infections: appendicite et pneumonie. Dans les deux seuls cas, en effet, que l'on rencontre dans les auteurs (cas de Lesné et Marre, cas de Leroux), l'état général se montre bien plus grave que pour une pneumonie ordinaire, et c'est là un avertissement qu'il est bon d'enregistrer. Mais, comme on le voit encore ici, on ne peut invoquer que des différences, souvent d'une appréciation épineuse, et c'est une nouvelle confirmation de cette parole de Moizard "En matière d'appendicite, comme pour toutes les maladies, le diagnostic implique la nécessité d'un examen approfondi."

Le mieux est donc de conclure que la connaissance de toutes les éventualités cliniques possibles, de toutes les erreurs à éviter, est la principale condition d'un bon diagnostic. Il n'y a pas de signe pathognomonique qui donne la clef de tous les cas cliniques. La solution de

chacun d'eux reste une question d'espèce. Il faut être averti, prudent et consciencieux, et quand l'existence d'une appendicite paraît probable, il faut, comme le conseillent Lesné et Marre, après Richardson, "non pas s'abstenir, mais prescrire le traitement médical de l'appendicite, et même intervenir d'urgence. De cette façon, on fait courir moins de risques aux malades."

Cette manière de faire est d'autant plus nécessaire qu'il semble bien que dans beaucoup de cas le transfert de la pleurodynie pneumonique au point de Mac Burney a pour cause une certaine irritation de l'appendice. Il peut s'agir d'une lésion chronique ancienne s'étant ou non déjà manifestée par des symptômes appendiculaires. D'autres fois, cette irritation est constituée par une ébauche d'inflammation insuffisante pour déterminer cliniquement l'appendicite, mais suffisante cependant pour servir de point d'appel à la douleur et expliquer la localisation abdominale du point de côté.

La coexistence des deux affections n'est pas impossible et c'est une circonstance à laquelle il faut toujours penser.

## Comment prescrire la pepsine dans le traitement des dyspepsies

Par M. Allyre Chassevant,  
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Lorsqu'on lit les récentes communications sur la thérapeutique des maladies de l'estomac, ou lorsqu'on interroge les dyspeptiques, qui se sont adressés déjà à plusieurs médecins, on constate qu'en France la médication par la pepsine est tombée en désuétude.

Les médecins qui prescrivent encore ce médicament semblent le faire par acquit de conscience, sans grande confiance, sans y attacher d'importance, associant le plus souvent la pepsine dans un cachet polypharmaque à d'autres poudres stomachiques, ou ordonnant de prendre une des nombreuses spécialités qui contiennent une plus ou moins forte proportion de ce médicament, dans le but de varier la médication d'un malade désespérément chronique.

A l'étranger, au contraire, et notamment en Amérique, la pepsine jouit d'une grande faveur auprès des grands dyspeptiques que sont les citoyens des Etats-Unis.

Il m'a paru intéressant de rechercher la cause de cette différence d'opinion de praticiens également compétents des deux Républiques, et de déterminer s'il s'agissait d'une question de longitude, de tempérament ou de forme pharmaceutique.

Si on compare les deux pharmacopées, on constate que le Codex français, plus récent cependant que la pharmacopée américaine, exige pour la pepsine officinale un titre notablement inférieur au pouvoir digestif exigé par la pharmacopée américaine.

La pepsine officinale française est trois fois moins active que la pepsine officinale américaine.

En outre, on a conservé en France une préparation surannée, la pepsine amyliacée, vieux vestige de la poudre nutritive de Corvisart et Boudault, produit de l'auto-digestion de l'estomac de porc, mélange complexe dont le pouvoir digestif est inférieur, dont l'action thérapeutique est nulle et qui mériterait tout au plus de figurer pour mémoire dans l'arsenal de l'histoire de la médecine.

Or, actuellement en France, la pepsine amyliacée est souvent la seule pepsine qui se trouve dans l'officine du pharmacien; c'est le produit le moins cher, et celui que l'on délivre toujours alors que le médecin prescrit pepsine sans qualificatif.

J'ai eu à examiner plusieurs échantillons de pepsine amyliacée, dont plusieurs sous cachet (spécialités).

Ces poudres, au microscope, sont toutes hétérogènes; elles contiennent des grains d'amidon de diverses céréales, de riz, de fécule de pomme de terre, etc., des grains de dextrine: le tout est empâté dans un extrait visqueux qui contient des albumoses et des peptones; dans cet extrait fourmillent, innombrables, des microorganismes divers: levures, moisissures, et surtout de très nombreux microbes, notamment des colibacilles.

Ce n'est pas très étonnant si on réfléchit au mode de préparation de ce produit, et aux manipulations auxquelles on le soumet pour y incorporer l'amidon.

La pepsine en pâte du Codex, même celle sous cachet, contient encore souvent de très nombreux bacilles; la pepsine en paillette, quoique plus pure en général, est encore trop souvent souillée.

Au contraire, les échantillons de pepsine à titre élevé (200, 300, 500, 1.000) sont beaucoup moins souillés, certains même sont stériles.

Ils contiennent une beaucoup plus faible quantité de peptones; leur pouvoir digestif élevé fait de ces produits des agents thérapeutiques de valeur certaine.

Il est très regrettable que le Codex français n'ait pas adopté comme seule pepsine officinale une pepsine à titre 300, égale en puissance à celle de la pharmacopée américaine.

L'emploi rationnel de la pepsine dans certains cas de dyspepsie est du reste conforme aux données théoriques et expérimentales. Nous avons déjà insisté en 1900 sur les indications du traitement des dyspepsies par l'opothérapie et les ferments protéolytiques, lorsqu'avec le professeur Gilbert nous avons établi la classification chimique des dyspepsies et le traitement par l'opothérapie gastrique.

Dès cette époque, nous avons fait remarquer que la plupart des hyperchlorhydriques, qui souffrent de leur estomac, étaient atteints d'hypopepsie; j'ai eu fréquemment depuis l'occasion de vérifier l'exactitude de cette observation.

Ces faits cliniques ont été du reste confirmés par l'expérimentation:

Sawrieff, élève de Paulow, a constaté que dans les cas de gastrite chronique expérimentale du chien, la sécrétion gastrique commence plus tôt, s'élève plus rapide-

ment, puis se ralentit et s'arrête prématurément; au total, la sécrétion stomacale est qualitativement et quantitativement inférieure à la sécrétion normale nécessaire pour assurer le chimisme complet du bol alimentaire ingéré.

Un estomac atteint de gastrite devient plus irritable, plus facilement excitable, mais il se fatigue plus vite qu'un estomac normal, il ne peut plus accomplir sa tâche.

Le professeur Roger et le Dr Garnier ont observé que l'hyperacidité est d'autant mieux supportée que la quantité de pepsine est plus considérable.

Ces observations expérimentales viennent corroborer les faits de la clinique et légitiment l'emploi des ferments protéolytiques qui sont indiqués dans tous les cas d'hyperchlorhydrie.

Mais il faut introduire le ferment au moment opportun, ne pas entraver la digestion par l'apport intempestif d'amidon, de microbes et de levures.

L'introduction du ferment doit avoir lieu un peu avant le moment où chez le malade se manifeste le pyrosis.

En Amérique on préconise l'administration de la pepsine sous forme de masticatoire: j'ai adopté cette forme pharmaceutique et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Voici comment il convient de procéder en général:

Après s'être assuré par l'analyse du suc gastrique du degré d'hyperchlorhydrie et d'hypo-pepsie, faire prendre au malade trois quarts d'heure après le repas dans une infusion chaude une poudre alcaline composée, calculée de façon à saturer partiellement l'excès d'acidité, puis faire mastiquer lentement un ou plusieurs masticatoires, suivant le degré d'hypo-pepsie pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure.

Incorporer dans chaque masticatoire 0,10 de pepsine titre 300.

Cette médication a pour résultat d'apporter à l'estomac le ferment protéolytique qu'il sécrète en trop faible quantité au moment où la sécrétion se ralentit. L'excitation de la muqueuse buccale provoque une sécrétion réflexe de suc gastrique, la salive sécrétée et ingérée vient en outre concourir à l'élaboration normale du chyme par son action favorisante de la digestion gastrique bien mise en lumière par les expériences du professeur Roger.

Sous l'influence de cette médication, la solubilisation des aliments est accélérée, l'estomac se vide rapidement si aucun obstacle mécanique ne s'y oppose.

Le traitement par les masticatoires pepsiques répond aux indications suivantes:

1. Il excite le réflexe gustatif, dont Paulow a démontré l'importance sur la sécrétion gastrique, réflexe qui se trouve aboli par l'état saburral observé chez la plupart des dyspeptiques;

2. Il augmente la sécrétion salivaire qui active la digestion gastrique;

3. Il augmente le pouvoir protéolytique du suc gastrique par l'apport du ferment actif nécessaire.

Il est très important de n'employer que des pepsines

très actives, avec les pepsines au titre du Codex français on n'obtient que des échecs.

C'est ce qui explique l'indifférence de la plupart des praticiens français pour cette médication et au contraire la vogue de ce traitement en Amérique.

Bien maniée, la médication par les masticatoires pepsiques procure rapidement le soulagement des malades.

(in *Rev. Thérapeutique, Paris*).

## Médecine Pratique

### La diète féculente

L'intolérance absolue pour le lait dans les différentes affections gastro-intestinales infantiles où "*l'enfant ne meurt pas de faim, mais bien plutôt d'empoisonnement*" (HUTINEL) avait amené l'emploi de la "*diète hydrique pure*" (LUTON, de Reims, 1874).

La diète hydrique consistait à "*remplacer la quantité de lait qu'on ne donnait pas par une quantité au moins équivalente d'eau bouillie*" (MARFAN).

La méthode était bonne et son succès fut légitime. Cependant, avant de ramener complètement l'enfant au lait, il fallait un régime intermédiaire, un peu plus nourrissant que l'eau, et qui bien qu'encore insuffisant, permit d'attendre la disparition complète des phénomènes graves: l'eau d'orge et l'eau de riz furent essayées.

Or, contrairement à ce qu'admettaient la plupart des auteurs, malgré la prétendue impossibilité de la digestion des féculents par l'enfant avant six mois, par absence de ferment saccharifiant parotidien et pancréatique, ces décoctions d'hydro-carbonés furent bien supportées.

Ephardis par le succès, les cliniciens donnèrent alors d'emblée et chez de très jeunes enfants, ces décoctions, et se mirent à la recherche de nouvelles formules.

C'est ainsi qu'apparurent les *bouillons végétaux* de MERY d'abord, puis de COMBY, employés directement à l'heure actuelle, sans qu'il soit besoin de passer par le stade de diète hydrique.

#### I.—Décoction d'orge.

Faire bouillir deux cuillerées à café d'orge perlé dans un demi-litre d'eau, puis passer au tamis. Ajouter du sel et du sucre, suivant les circonstances.

Donner pure pendant 24 à 48 heures, puis s'en servir pour couper le lait les jours suivants.

Cette décoction contient un peu d'amidon, du mucilage et une petite quantité de matières azotées.

#### II. — Eau de riz.

Très employée par Variot, elle a l'avantage d'être d'une préparation très simple et d'un prix peu élevé.

Riz, 2 cuillerées à soupe.

Eau, 1 litre.

Faire bouillir pendant une heure. Passer sur une étamine. Ajouter du sel (4 grammes par litre).

Remplacer les têtées par des prises d'eau de rix pendant 24 à 48 heures, suivant la gravité des cas et l'apparence des selles, puis revenir lentement et progressivement à l'alimentation normale en y ajoutant 1-3, puis moitié, puis 2-3 de lait. Puis suppression.

L'eau de riz peut être employée concurremment sous forme de lavements donnés à la poire.

L'analyse montre l'extrait sec constitué presque exclusivement par de l'amidon hydraté ou partiellement solubilisé; il ne contient qu'une très faible quantité de matières azotées et de sels (Variot et Chevalier).

Eau d'orge et eau de riz ne contiennent d'ailleurs que 5 à 6 pour cent d'amidon (Marfan).

### III. — Décoction végétale de Comby.

1. Supprimer le lait;
2. Le remplacer par la décoction végétale:

Faire bouillir trois heures dans trois litres d'eau une cuillerée à soupe (30 grammes) de: blé, orge perlé, maïs concassé, haricots secs, lentilles, pois secs, bruts ou décortiqués. Ajouter à la fin 5 grammes de sel. Passer.

Il doit rester un litre de bouillon. Ce bouillon ne se conserve pas plus de 24 heures.

Même emploi.

### IV. — Bouillon de légumes de Mery.

1. Supprimer le lait;
2. Ne donner à l'enfant que du bouillon de légumes préparé selon la formule suivante:

Eau, 1 litre.

Pommes de terre, 65 gr.

Carottes, 65 gr.

Navets, 25 gr.

Haricots et pois secs 25 gr.

Faire cuire pendant 3 heures et ajouter 5 gr. de sel après avoir ramené la quantité au litre. Passer le bouillon. Ajouter ensuite une cuillerée à café de farine de riz pour 100 grammes de bouillon et laisser cuire 1-4 d'heure.

Ce bouillon ne doit pas être conservé plus de 24 heures.

Il peut être employé dès les premières semaines de l'enfant; son usage peut être prolongé pendant plusieurs jours et même une semaine. On peut, avec ce bouillon, couper le lait; il remplace avantageusement le lait dans les bouillies, lors des troubles digestifs.

Sa principale action est une action hydratante par rétention chlorurée (Achard et Vidal), prouvée par l'oedème qui apparaît parfois assez précocement avec son usage; il suffit dans ces cas d'oedème de diminuer ou de supprimer le sel.

#### *Action de la diète féculente*

Ces différentes préparations hydro-carbonées agissent:

1. Par l'eau bouillie qu'elles contiennent en arrêtant la formation des poisons dans l'intestin et en favorisant l'élimination de ceux déjà formés:

2. Par les éléments hydro-carbonés qui entravent la putréfaction des albuminoïdes en créant un milieu défavorable aux bactéries protéolytiques, ce dont témoigne la diminution des sulfo-éthers de l'urine (Comby-Hirschler-Seyler), et qui favorisent en même temps l'assimilation des albuminoïdes, ce dont témoigne la diminution de l'azoturie (Pettenkofer, Voit, Rubner, Krauss):

3. Par le chlorure de sodium, qui, par sa rétention dans les tissus, en amène l'hydratation;

4. Par une certaine proportion de lécithine ou d'acide anhydro-oxyméthylène diphosphorique (Gilbert et Lippmann) et une très faible quantité d'éléments azotés.

### INDICATIONS

Les différentes préparations que nous venons d'étudier sont très avantageusement employées au début des différentes dyspepsies ou gastro-entérites, de l'intolérance gastrique primitive et du spasme pylorique, dans l'atrophie et l'athrepsie, en un mot dans tous les cas où le lait n'est pas toléré.

Elles ne sont inutiles que dans les cas de troubles digestifs très légers des enfants au sein où la réglementation de l'allaitement suffit.

Très bien supporté dans la plupart des cas, on n'oubliera pas cependant que le régime hydro-carboné est un régime *médicamenteux plutôt qu'alimentaire*, que par conséquent son emploi doit être *momentané*, et que le but à viser est toujours de revenir à un mode d'allaitement quelconque.

---

## Le Congrès Médical à Sherbrooke

---

Le Cinquième Congrès Médical de langue française de l'Amérique du Nord, doit avoir lieu à Sherbrooke, les 23, 24 et 25 août prochain.

La prochaine réunion s'annonce sous les plus heureux auspices: déjà plusieurs médecins nous ont manifesté leur intention d'assister aux séances, et de plus, un grand nombre doivent nous faire tenir sous peu des communications personnelles.

Les Congressistes apprendront avec plaisir, sans doute, que la Société de Chirurgie de Paris a délégué officiellement, M. le docteur Picqué, Chirurgien en chef à l'Hôpital Lariboisière, Chirurgien en chef des Asiles d'Aliénés, Officier de la Légion d'Honneur.

Spécialisé, depuis de longues années, dans la Chirurgie des Aliénés, il se propose de faire, sur le sujet, une conférence devant les membres du Congrès, pour leur marquer ce qui a été fait en France, dans le traitement Chirurgical de la folie, durant ces dernières années.

M. le docteur Picqué a déjà publié sept volumes de travaux sur cette branche de chirurgie.

Ce maître distingué sera accompagné d'un des jeunes professeurs agrégés des plus méritants.

Comme d'autre part, la Société pour l'Avancement des Sciences aura un délégué officiel, nous aurons, très certainement, trois représentants de la France au Congrès de Sherbrooke. De plus, nous avons l'assurance qu'un grand nombre de communications nous seront adressées directement des maîtres français. Partout, en un mot, nous avons rencontré un accueil très sympathique pour l'oeuvre de nos Congrès.

#### SECTION DE MEDECINE

Président: Dr P. V. Foucher, Québec; 1er Vice-Président: Dr E. R. Benoit, Montréal; 2ème Vice-Président: Dr F. J. Langlais, Trois-Pistoles; 3ème Vice-Président: Dr T. Bruncau, Montréal.

Secrétaire conjoint: Dr C. A. Prévost, St. Johnsbury.

Secrétaire conjoint: Dr Eugène Lacerte, Thetford Mines.

A la séance solennelle d'ouverture, qui aura lieu le mardi soir, 23 août, devant un public mixte, Messieurs les docteurs Décarie et Kennedy donneront leurs rapports sur l'Hygiène.

Dans l'avant-midi du 24, en séance générale, M. le Dr Picqué donnera une communication sur la Chirurgie des Aliénés,; et la troisième séance générale, dans l'après-midi du même jour, sera prise par MM. les Drs Rousseau et Leclerc, qui traiteront des Infections Gastro-Intestinales, et par M. le Dr J. C. Bourgoïn de Montréal, qui fera à des points de vue personnels, une étude sur le Cancer de l'Estomac. La soirée du 24 et l'avant-midi du 25 sont consacrés aux travaux de sections et aux élections. L'après-midi, il y aura excursion sur le lac Memphremagog.

Les adhérents qui désireraient faire un travail sur l'une ou l'autre de ces questions générales ou présenter une communication sur un autre sujet scientifique ou d'intérêt professionnel sont invités à en aviser M. le Dr F. A. Gadbois, secrétaire général du Congrès de Sherbrooke, avant le 30 juillet.

Les membres de la profession pourront s'inscrire pour des communications après le 30 juillet et même pendant le Congrès, mais ces travaux ne seront mis à l'ordre du jour qu'après discussion de ceux présentés dans le délai prescrit.

Les adhésions et les cotisations doivent être adressées à M. le Dr J. O. Ledoux, trésorier du Congrès de Sherbrooke.

Nous prions donc nos honorés confrères, tant du Dominion que de la République voisine, de s'unir à nous afin d'assurer à notre Convention el succès obtenu dans les précédents Congrès.

F. A. GADBOIS, M.D.,

Secrétaire général.

#### ORGANISATION

Président: Honorable P. Pelletier, Sherbrooke, Président de l'Assemblée Législative;

Vice-Présidents: Dr N. A. Dussault, Québec; Honorable J. J. Guerin, Montréal; Dr J. E. Larochelle, Manchester.

Secrétaire Général: Dr F. A. Gadbois, Sherbrooke.

Secrétaires: Dr P. C. Dagneau, Québec; Dr L. Verrier, Montréal.

Officiers de l'Association: Présidents d'Honneur et Membres adjoints. — *Liste non complétée.*

#### SECTION D'HYGIENE.

Président: Dr G. E. Baril, Montréal; 1er Vice-Président: Dr C. R. Paquin, Québec; 2ème Vice-Président: Dr L. A. Beaudry, St. Hyacinthe; 3ème Vice-Président: Dr J. E. Laberge, Montréal.

Secrétaire conjoint: Dr L. G. Pinault, Campbellton.

Secrétaire conjoint: Dr J. Z. Bergeron, Chicago.

#### SECTION DE CHIRURGIE

Président: Dr L. C. Prévost, Ottawa; 1er Vice-Président: Dr Eugène St. Jacques, Montréal; 2ème Vice-Président: Dr Albert Paquet, Québec; 3ème Vice-Président: Dr H. S. Béland, Beauce.

Secrétaire conjoint: Dr C. F. Darche, Trois-Rivières.

Secrétaire conjoint: Dr R. Chevrier, Ottawa

#### TRAVAUX RECUS JUSQU'A DATE

Fractures des os de l'avant-bras par retour de la manivelle. — Dr P. A. Castonguay, Québec.

L'avortement à forme syncopale: Dr P. A. Castonguay, Québec.

La transfusion directe; ses indications, sa technique, ses résultats. — Dr François de Martigny, Montréal.

Les grossesses extra-utérines, leur traitement. — Dr F. de Martigny, Montréal.

Contribution à l'étude des pleurésies purulentes. — Dr Eugène Lacerte, Thetford Mines.

La scopolamine dans l'éclampsie. — Dr A. Laurendeau, St. Gabriel de Bradon.

Considérations cliniques sur le Cancer de l'estomac avec présentation des pièces anatomiques. — Dr Eugène St-Jacques, Hôtel-Dieu.

Contribution au traitement du tétanos par la méthode de Bacelli. Observations cliniques: 4 cas avec guérison. — Dr Eugène St-Jacques, Hôtel-Dieu.

L'Anetshésie obstétricale. — Dr J. C. S. Gauthier, Upton.

Les accidents tardifs du chloroforme. — Dr J. A. St-Pierre, Montréal.

De la nécessité de l'ablation des végétations adénoïdes et des amygdales hypertrophiées. — Dr J. N. Roy, Montréal.

LA MEDICATION IODOTANNEE

# Vin Bonaparte

Iodo-Quino-Tannique

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

**Le plus puissant des Iodo-Tanniques**

Pas de contre-indications  
Pas de fatigue stomacale

Trouve son application dans les cas suivants :

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

AGENTS POUR LE CANADA

**"LE MEDECIN" LIMITEE**

25, rue Notre-Dame Est, Montreal



# BOVRIL

POUR MALADES

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

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

Un échantillon vous sera expédié gratuitement sur demande.

LA COMPAGNIE BOVRIL, Limitée,

27 rue St-Pierre,

MONTREAL.

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

# SAL LITHOFOS

**Laxatif Salin Effervescent**

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

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

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

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

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

**LA COMPAGNIE CHIMIQUE WINGATE**

CHIMISTES FABRIQUANTS

545 rue Notre-Dame West

MONTREAL

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

**SOLUTION DE DIGITALINE**  
Créalisée de Petit-Mialhe Titrée au milligramme  
*Soul traitement rationnel et scientifique des cardiopathies*

**LEVURE de BIÈRE MÉDICINALE**  
*Furonculose, Eczéma, Diabète, Dermatitis*

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

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

**ELIXIR ET PASTILLES DIGESTIVES MIALHE**  
*Digestion - Suralimentation*

Dépôt Général : **Agence ROUJER**  
**MONTREAL**

**MALADIES DE LA PEAU**

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

**— LA POMMADE —**  
**ANTISEPTIQUE RAMEAU**

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

En vente dans toutes les pharmacies

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

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

**TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN**  
**OXYGÈNE PUR NAISSANT**

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

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

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

**6 A 10 TABLETTES PAR JOUR**

Echantillons gratuits sur demande, adresser

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

**TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN**  
**OXYGÈNE PUR NAISSANT**

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

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

**BOLDO-VERNE**

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

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

Les traumatismes de l'oeil dans les accidents du Travail. — Drs N. A. Dussault et J. Vaillancourt, Québec.

Les infections post-partum. — Dr S. Grondin, Québec.

L'Anatomie pathologique des appendicites chroniques. — Dr A. Vallée, Québec.

Les dangers du chloroforme et les moyens de les éviter. — Dr P. C. Dagneau, Québec.

Les pyélonéphrites gravidiques. — Dr Achille Paquet, Québec.

La Philosophie et la Physiologie de l'alimentation. — Dr D. E. LeCavalier, Montréal.

L'Aphasie de Broca. "La nouvelle doctrine de l'aphasie avec pièce hystologiques. — Drs E. P. Benoît et Wilfrid Derôme, Montréal.

Rapport de la convergence et de l'accommodation. — Dr J. A. Darche, Sherbrooke.

Traitement de la rhinite spasmodique. — Dr J. A. Darche, Sherbrooke.

Thérapeutique des accès éclamptiques. — Dr E. Lacerre, Thetford Mines.

Récidivisme en aliénation mentale. — Dr Georges Villeneuve, Montréal.

Aliénation mentale et criminalité. — Dr Georges Villeneuve, Montréal.

Amaurose hystérique (observations cliniques). — Dr J. N. Roy, Montréal.

Cancer de l'estomac et gastrite chronique. — Diagnostic différentiel. — Dr M. D. Brochu, Québec.

La maladie de la Baie St-Paul. — Dr M. J. Ahern, Québec.

Le chimisme intestinal. — Dr Arthur Vallée, Québec.

Quelques erreurs dans l'alimentation des nourrissons. — Dr A. R. Fortier, Québec.

L'Aliénation mentale et la tuberculose chez les aliénés. — Dr D. Pagé, Québec.

Traitement de la syphilis par la méthode de Milian. — Dr P. V. Faucher, Québec.

L'Aqueduc en rapport avec l'hygiène. — Dr J. O. Camirand, Sherbrooke.

Le travail des femmes et des enfants. — Dr L. J. Sirois, St-Ferdinand d'Hali.

Hygiène de l'école et moyens de généraliser son inspection médicale. — Dr C. R. Paquin, Québec.

## NOTES THERAPEUTIQUES

Dr L. B. FORTIER, Professeur de Thérapeutique, et Dr M. H. LEBBL, Assistant à l'Hôtel-Dieu.

### LA MALADIE DE PARKINSON

*Son traitement, d'après le Prof. Robin.*

Les remèdes inefficaces dépassent de beaucoup en nombre ceux qui sont susceptibles de produire une amélioration légère. De guérison, on ne saurait parler; toutefois, la diminution du tremblement et de la rigidité musculaire, le relèvement de l'état physique et moral ne sont pas modifications négligeables et celles là peuvent être obtenues.

On ne les réalisera pas avec nombre de remèdes justement abandonnés; ergotine, picrotoxine, chlorure de baryum, chlorure d'or et de sodium, bromure d'or, borate de soude, iodures, bromure de potassium, bromure de camphre, opothérapie thyroïdienne, parathyroïdienne, hypophysaire: tout cela est inutile.

Mais le tremblement sera amendé par les injections de bromhydrate de scopolamine ou de bromhydrate d'hyoscine, les deux remèdes étant identiques de nature, selon quelques-uns. On prépare des ampoules de 1 milligramme et l'on injecte 2-10 de milligr. dans la région de la hanche; monter de 1-10 de milligr. chaque jour jusqu'à 8-10 de milligr. Interrompre en cas de sécheresse de la

bouche, de vertiges, d'étourdissements, d'obnubilation. Continuer 15 jours. Interrompre un mois et recommencer avec la dose initiale de 10 de milligr. Dès le premier jour, parfois, le tremblement cède, malheureusement l'amélioration demeure passagère.

La *dénutrition musculaire et nerveuse* qui existe chez de pareils sujets est combattue par l'emploi des arsenicaux: *cacodylate* de soude ou *arrhénal*, ce dernier en solution à 5 pour cent; 10 gouttes par jour. Continuer 8 jours, interrompre 8 jours pour permettre l'élimination du produit, reprendre 8 jours.

La *rigidité musculaire* trouve son remède dans l'*ésé-quin* au muscle; granule de 1-4 de milligr.; 2 par jour, augmenter d'un granule tous les jours. Dose maxima: 2 milligr. Certains symptômes commandent la suspension du remède: tels les vertiges, la respiration difficile, une céphalalgie gravative, la pâleur du visage, la tendance aux refroidissements chez ces malades qui ont toujours trop chaud, la myosis, la salivation, le raïntissement du pouls.

Comme reconstituant nervin, dans l'intervalle des gouttes d'arrhénal, on prescrira:

Carbonate de magnésie, 0 gr. 20.

Carbonate de chaux, 0 gr. 50.

Phosphate de soude, 0 gr. 50.

P. 1 cachet. — 2 à 3 par jour au moment des repas.

La *physiothérapie* rend des services très appréciés. On se souvient du fauteuil trépidant de la Salpêtrière sur lequel Charcot faisait asseoir ses malades. Nombre d'entre eux se portent mieux en chemin de fer.

On prescrira en plus des massages doux sur les muscles, suivis de mouvements passifs, des exercices d'écriture, des mouvements d'extension et de flexion des bras, de l'épaule, de la tête. Les malades apprendront à marcher, à modérer leur élan en avant, à étendre, à écarter les jambes. Ces exercices seront très courts: 5 à 6 minutes et répétés deux fois par jour. M. A. Robin a obtenu un amendement des symptômes en faisant conduire un auto à une de ses malades.

L'*hydrothérapie* sous forme de douches tièdes produira une sédation des phénomènes douloureux et modèrera la destruction des systèmes musculaire et nerveux. L'hydrothérapie froide ne sera employée qu'après et avec prudence.

De cures thermales rendront quelques services. Nériss La Malou, Bagnères-de-Bigorre, Royat avec ses bancs carbo-gazeux seront recommandés.

Chez soi, on pourra prendre des bains *chauds* fréquents avec les mélanges au silicate de soude (*Journ. des Praticiens*, 1910, no. 17).

Le *traitement psychothérapique* rendra à ses sujets confiance en eux-mêmes; en dépit de l'impassibilité de leur physionomie, ce sont de grands sensibles et des timides. Ils devront recevoir des visites, jouer aux cartes, se faire faire la lecture, voyager. Surtout que le médecin leur laisse toujours de l'espoir.

C'est encore la meilleure manière d'obtenir du soulagement.

#### TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

L'auteur recommande, pour le traitement de cette maladie, le repos absolu dans le décubitus dorsal: sur 17 cas ainsi traités, il n'a eu aucun décès, alors qu'à Davos, où l'auteur exerce, cette maladie donne, chez les ouvriers italiens, 44, 4 p. 100 de mortalité. L'auteur attribue le fait au transport à l'hôpital; ses 17 cas, concernant aussi des ouvriers dans de mauvaises conditions hygiéniques, sont restés à l'endroit où ils étaient tombés malades, c'est-à-dire, le plus souvent, dans des dortoirs où cinq ou six ouvriers couchent ensemble. L'auteur fait évacuer le dortoir par les sujets sains: il conseille, comme le diagnostic s'impose le plus souvent, de ne pas même faire asseoir les malades pour les ausculter. Les prescriptions se bornent en infusion d'ipéca morphinée pour calmer le point de côté, vessie de glace sur la tête en cas de besoin, et camphre en capsules pour relever la tonicité cardiaque.

Il est inutile d'examiner les pneumoniques, car cet examen ne peut donner aucune indication thérapeutique et ne sert qu'à fatiguer le malade, à provoquer une accé-

lération du rythme cardiaque: en outre, le poids du lobe hépatisé se fait sentir sur le diaphragme affaibli, dont la voussure cède, ce qui provoque des tiraillements dangereux dans les parties saines. Ces accidents ne sont pas à craindre si le malade reste constamment dans le décubitus horizontal: cette position est du reste instinctivement prise par le pneumonique.

Par Volland (*Therap. Monatshefte*, mai 1910).

#### TRAITEMENT DES FORMES GRAVES DE LA TUBERCULOSE VÉSICALE

Dans les formes graves avec ténésme intense, résistant à tous les traitements locaux, la seule ressource dont on dispose pour les cas désespérés est l'extirpation totale de la vessie. Mais cette opération est très meurtrière et peut, d'après une observation de l'auteur, être avantageusement remplacée, pour cette indication, par la dérivation complète du cours des urines.

Un malade atteint de tuberculose vésicale ancienne avait subi inutilement plusieurs cystotomies et était devenu cachectique. L'auteur, se proposant d'extirper la vessie, mit d'abord à découvert les deux reins. Le rein droit, presque entièrement détruit par la tuberculose, fut enlevé, tandis que le rein gauche, reconnu sain, fut abouché par son bassin et à la région lombaire.

La vessie étant ainsi mise au repos, les douleurs cessèrent, l'état général redevint excellent; et l'absence de douleurs rendait l'extirpation de la vessie inutile.

Cette opération est beaucoup moins grave que la cystectomie; elle est aussi efficace; on doit donc la préférer à la résection de la vessie dans tous les cas de tuberculose vésicale grave.

L'auteur préfère la néphrostomie à l'urétérotomie lombaire, parce qu'elle est plus facile à exécuter: elle assure l'évacuation de l'urine par un trajet plus direct et expose moins à la pyélonéphrite. On peut d'ailleurs remédier par des appareils portatifs aux inconvénients de la fistule lombaire, afin d'empêcher le malade d'être mouillé.

La néphrostomie double pourrait encore être indiquée pour certaines tumeurs malignes de la vessie ou de la prostate, pour certaines variétés d'exstrophie de la vessie.

Par Ch. Willems (*La Belgique médicale*, 24 avril 1910).



# Progrès des Sciences Médicales

## SUBLUXATION DES POIGNETS OU MALADIE DE MADELUNG

Il s'agit, dans cette observation, d'une fillette de douze ans sans antécédents héréditaires ni personnels particuliers. La déformation des poignets s'est manifestée chez elle il y a huit mois et s'est accentuée depuis. Actuellement, on trouve l'état suivant :

Si l'on regarde les poignets par leur face dorsale et un peu de profil du côté cubital, on constate très nettement la saillie anormale que font à ce niveau les extrémités inférieures des deux os de l'avant-bras, surtout du cubitus. Du côté de la face palmaire, au contraire, ce sont les os de la première rangée du carpe qui font une saillie anormale : les tendons fléchisseurs sont soulevés. La main, dans son ensemble, paraît déplacée en masse en avant, parallèlement à elle-même.

À la palpation, l'extrémité inférieure du cubitus paraît augmentée de volume, déviée en haut du côté de la face dorsale et séparée de l'extrémité inférieure du radius, l'articulation radio-cubitale paraissant relâchée.

La réduction de la tête cubitale est partiellement possible ; mais, dès qu'on l'abandonne, elle reprend sa position vicieuse. L'extrémité inférieure du radius semble incurvée en avant, et cette incurvation paraît déterminer la malformation.

Au point de vue fonctionnel, il faut noter qu'il existe des modifications de la motilité de l'articulation du poignet a été décrite pour la première fois, par Madelung,

L'extension de la main sur l'avant-bras est limitée ; la flexion, au contraire, est exagérée. Cette exploration n'est nullement douloureuse.

On sait que cette déformation, cette subluxation des poignets a été décrite pour la première fois, par Madelung, en 1878. Au point de vue de sa pathogénie, on a incriminé les traumatismes, les lésions nerveuses, les troubles de la croissance, le rachitisme tardif, qui créerait cette subluxation au même titre qu'il produit le *genu valgum*. Certains auteurs, comme Estor, considèrent cette subluxation comme une affection congénitale souvent héréditaire caractérisée par une laxité congénitale de l'articulation radio-cubitale inférieure, laxité qui ne devient apparente qu'au moment de l'adolescence par un traumatisme encore accidentel ou des manoeuvres professionnelles.

Le traitement chirurgical, quand il est indiqué, comporte l'ostéotomie linéaire de l'extrémité inférieure du radius ou du cubitus.

Par MM. Denucé et Rabère (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1908, no. 4, p. 58).

## TRAITEMENT DES PARALYSIES DIPHTÉRIQUES PAR LES INJECTIONS DE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE.

Cette thèse, basée sur 20 observations, a été inspirée par M. le Dr. Descos, médecin des hôpitaux de Saint-Étienne. Elle est entièrement favorable à la méthode du traitement des paralysies diphtériques par les injections répétées de sérum de Roux. Nous avons insisté déjà maintes fois sur ce traitement dans les *Archives* : 1904, pages 411 (Comby), 429 (Soulié) ; 1906, pages 103 (Comby), 107 (Chaumbron), 124 (Mourviac), etc.

Le Dr. Mitchellton (d'Aberdeen) (*The Lancet*, 18 juillet 1908), vient de citer un beau cas de guérison d'une paralysie diphtérique tardive chez un adulte de trente et un ans, par des injections répétées de sérum de Roux (au total 100 centimètres cubes). Bref, la question semble aujourd'hui tranchée par les résultats favorables publiés un peu partout, et la vulgarisation tentée par M. Mandy ne peut manquer de porter des fruits. Ses conclusions n'offrent aucune ambiguïté.

Toute paralysie diphtérique, récente ou tardive, localisée ou généralisée, doit être traitée immédiatement par des injections de sérum antidiphtérique. Ces injections, de 20 centimètres cubes en moyenne, seront répétées tous les jours ou tous les deux jours jusqu'à amélioration sensible et persistante. Il faut frapper vite et fort.

Ce traitement intensif n'offre, dans la grande majorité des cas, aucun danger ni même aucun inconvénient. Il s'applique à tous les malades, quel que soit leur âge, quelle que soit la forme de leur diphtérie, qu'ils aient été traités ou non traités préalablement par le sérum. Les faits cliniques doivent prévaloir sur les théories. Ils semblent démontrer que : ou bien la plupart des paralysies sont dues à l'action de la toxine soluble, ou bien l'antitoxine diphtérique du sérum exerce ses propriétés neutralisantes sur les endo comme sur les exotoxines. Parmi les inconvénients légers, il faut signaler les érythèmes fugaces, les douleurs myalgiques ou arthralgiques, etc. Tout cela est négligeable et ne saurait entrer en balance avec les avantages de la sérothérapie.

Par le Dr. L. Mandy (*Thèse de Lyon*, juillet 1908, 54 pages).



## Bibliographie

LES APPAREILS PLÂTRÉS, par le Dr Privat, assistant à Paris du Dr Calot, de Berck, 1 beau vol. de 296 pages, avec 268 figures originales. Préface du Dr Calot. Cartonné, 6 fr. (A. Maloine, éditeur, 25-27, rue de l'École-de-Médecine, Paris).

Quand on consulte les livres pour savoir comment traiter une fracture ou une maladie orthopédique quelconque, on trouve qu'il faut appliquer un bon appareil plâtré. C'est parfait; mais cela tous les médecins le savent; ce qu'ils ignorent et ce que personne ne leur apprend, c'est d'abord comment contraindre cet appareil et ensuite comment le faire supporter au malade.

L'ouvrage du Dr Privat initiera les praticiens à tous les détails de cette technique des appareils plâtrés. Le texte est accompagné d'innombrables dessins, tous originaux, exécutés ou schématisés d'après nature, montrant les moindres gestes à exécuter et permettant de toucher de l'oeil les plus infimes détails de la technique. Texte et dessins s'appuient et s'éclaircissent mutuellement. Rien de ce qui peut être utile n'est oublié.

Ce livre a été écrit et illustré sur la table de la clinique, les manches retroussées; il est fait pour être relu au moment du besoin: avant, pendant et après la construction du plâtre. C'est dire que tout médecin avisé devrait s'en munir et le garder toujours à portée de sa main pour les besoins de sa pratique journalière.

L'ouvrage se divise en trois parties:

La première a trait à la préparation de l'appareil et du malade: manière de choisir et d'apprêter les matériaux, soins à donner au patient.

La deuxième partie indique la manière de construire un appareil. On y trouve les indications et la technique de chaque appareil en particulier, depuis l'appareil du doigt, jusqu'au grand plâtre, allant des pieds au sommet de la tête.

Dans la troisième partie sont réunis les détails de l'entretien des appareils, des soins à donner au malade plâtré, des moyens de supprimer, ou, du moins, de réduire le plus possible la gêne et la fatigue occasionnées par le port de l'appareil.

UN NOUVEAU TRAITEMENT DU TABES, avec quelques considérations sur la répercussion centrale des irritations périphériques, par le Docteur H. Jaworski, de la Faculté de Médecine de Paris et de la Faculté de Médecine de Lemberg (Autriche), Médecin et Chirurgien de la Faculté de Médecine de Lima (Pérou) et du Royaume d'Espagne. (Paris, A. Maloine, éditeur, 25 et 27, rue de l'École de Méde-

cine. Un volume in-18 jésus de 214 pages. — Prix 3 fr. 50.)

Dans cet ouvrage excessivement intéressant et renfermant des études tout à fait nouvelles, l'auteur, sur un sujet bien peu connu encore, s'est efforcé d'être positif, n'avançant que pas à pas, n'affirmant que ce qui peut être prouvé et s'écartant le plus possible du domaine douteux de l'hypothèse.

Après avoir passé en revue tous les traitements classiques du Tabes, il expose la théorie et la méthode de traitements dont il avait assisté à une heureuse application à l'hospice de la Salpêtrière.

L'auteur rappelle ensuite les travaux de Jacquet, les expériences d'Égger, celles de Bonnier entre autres qui semblent justifier l'action de ce nouveau traitement. Celui-ci agit surtout par voix réflexe.

Enfin, l'auteur cite un grand nombre d'observations antérieures, faites à l'étranger et une série d'observations personnelles, commencées à la Salpêtrière et continuées ensuite à sa clinique.

Il termine en faisant une critique de ces observations et en présentant des conclusions.

De ces conclusions, il résulte que ce nouveau traitement agit surtout sur les troubles de la sensibilité profonde mais qu'il possède aussi une action incontestable sur la maladie elle-même.

La guérison pratique s'est même produite dans un certain nombre de cas.

L'auteur croit aussi que l'application de cette méthode n'est pas exclusive au Tabes et qu'elle peut être étendue au traitement d'un certain nombre d'autres maladies.

Ce livre mérite d'être connu de tous les médecins, car la question, peu étudiée encore, commence cependant à passionner le monde savant.

L'ouvrage du Docteur H. Jaworski, qui n'est qu'une étude préliminaire coordonne toutes les observations faites jusqu'à ce jour et ouvre le champ à toute une série d'expériences nouvelles.

# L'ampoule Compte-goutte pour Chloroforme

COMBLE UNE LACUNE RÉELLE

Il est évident que notre nouvelle ampoule compte-goutte pour chloroforme comble une lacune réelle dans le vaste domaine de la chirurgie. Actuellement des attestations non sollicitées telles que la suivante, nous sont fréquemment adressées: "Cette ampoule est sans contredit la plus commode sur le marché pour la mise en vente et l'administration du chloroforme."

L'ampoule est en même temps ferme pour chaque opération une faitement titré et chimiquement pur. est exempte de toute détérioration sont telles qu'elle peut être portée



d'urgence. Un instant suffit pour sa préparation. L'anaesthésiste brise simplement l'extrémité apillaire du long tube ainsi que la petite vésicule capillaire sur le côté de l'ampoule (avec l'ongle, une lame de couteau, ou avec une pince-arteriel) le chloroforme tombe alors goutte à goutte sur le masque.

recipient et compte-goutte, et ren ample quantité de chloroforme par. Etant hermétiquement scellée, elle et contamination. Ses dimensions commodément dans une trousse

**PARKE DAVIS & Cie.**

WALKERVILLE, ONT.

MONTREAL, QUE.

**AFFECTIONS DE LA GORGE  
ET DES VOIES RESPIRATOIRES**

Traitement par l'Hydrogène sulfuré naissant

**SULFURYL MONAL**

Combinaison fixe et inaltérable, véritable synthèse des eaux minérales sulfureuses.

Très agréables à sucer, ces pastilles se décomposent dans l'estomac et dégagent chacune 2c.c. d'hydrogène sulfuré à l'état naissant.

**ACTION RAPIDE ET CERTAINE**

DOSE. 2 Pastilles 2 ou 3 fois par jour de préférence au lever et au coucher.

Traitement **MIXTE** et **DISCRET** des manifestations *secondaires* et *tertiaires* de la

**SYPHILIS  
PAR LE  
BIODERMYL  
MONAL**

Absorption graduelle - Diffusibilité complète.  
**PAS DE TROUBLES GASTRIQUES - PAS D'IODISME**  
Traitement discret: Pas d'indications sur l'étiquette.

**Globules**  
à enveloppe de  
**gluten**  
solubles  
seulement  
dans l'intestin  
contenant chacune

Hg I<sup>2</sup>: 0 0025.

K I: 0 25.

Dose moyenne:  
4 par jour.

**VOIES URINAIRES**

**SANTAL  
MONAL**

AU BLEU DE METHYLENE

La meilleure, la plus active, la plus assimilable de toutes les préparations préconisées dans le traitement des

**MALADIES des VOIES URINAIRES**

**ANTISEPTIQUE  
DIURÉTIQUE  
ANALGÉSIQUE  
ACTION RAPIDE**

DOSE: 2 à 6 capsules par jour.

(Geo. J. WALLAU, 2 et 4 Cliff St., New York.  
Agents **LYMAN, Fils & Cie**, Montréal.  
Laboratoires **MONAL Frères**, Nancy (FRANCE)