

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS.

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ.

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

—
Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XLII

1er AVRIL 1913

No 4

LAVAL - MCGILL

UN QUIPROQUO

“Le Pays”, à propos d’un article de rédaction de notre journal. en réponse à ses attaques injustes contre la Faculté de Médecine Laval, essaie de nous réfuter en nous opposant un article du Dr LeSage, écrit en 1906.

Depuis sept ans il a coulé beaucoup d’eau dans notre grand fleuve; depuis sept ans la Faculté de Médecine a opéré de nombreuses réformes qui nous ont permis de changer d’opinion sur plus d’un point.

Est-il défendu de penser, aujourd’hui, autrement ou mieux qu’autrefois sur une question aussi importante que celle-là lorsque nous assistons, *de visu*, à la réorganisation méthodique de ce haut enseignement sur des bases telles que nous les désirions en ce temps-là?

Quel est l’esprit assez étroit qui refuserait, dans de telles circonstances, son encouragement et sa bienveillance à un corps aussi important sous prétexte qu’il aurait critiqué, autrefois, ceux-là même qui opèrent aujourd’hui les réformes demandées?

C’est là notre position. Il n’y a d’équivoque que pour les esprits à court d’arguments.

Nous nous félicitons des résultats acquis et nous espérons que l'on continuera dans cette voie.

En 1906, nous avons envisagé la question à deux points de vue :

1° *L'organisation universitaire au point de vue de la centralisation des pouvoirs et de l'unité de direction.*

Sur ce point, nous n'avons pas d'opinion et nous n'y faisons aucune allusion en 1913.

L'Université Laval a besoin d'une réorganisation : un conseil supérieur où les Facultés y seraient représentées tout en conservant leurs conseils respectifs, etc. Les meilleurs esprits tant religieux que laïques pensent comme nous. Un comité provisoire s'occupe de la question, et nous espérons que l'entente se fera avant longtemps. Nous avons besoin, pour accomplir cette tâche, de *toutes les bonnes volontés.*

“ Le Pays ” nous refuserait-il la sienne ?

2° Quant à la Faculté de Médecine, dont nous demandions la réorganisation en ce temps-là, elle s'est opérée, depuis, sur des bases sérieuses et pratiques et elle est en train d'accomplir une tâche qui lui assure déjà une place prépondérante dans l'enseignement médical au Canada.

Nous avons changé d'opinion :

Parce que nous avons maintenant, à l'Université, des laboratoires magnifiques installés dans de grandes salles bien éclairées : laboratoires d'histologie, de bactériologie, d'anatomie pathologique et de chimie biologique où l'élève s'entraîne dans l'exécution des travaux pratiques les plus utiles à son instruction médicale.

Parce que, en anatomie-pathologique, nous avons déjà un noyau important de pièces pathologiques provenant des hôpitaux, et où nous voyons, de nos yeux, les lésions véritables que nous montrons aux élèves et qui illustrent notre enseignement théorique.

Parce que la Faculté a décidé de payer les chefs de laboratoire de telle sorte qu'ils puissent se consacrer plus complètement aux recherches originales et à l'enseignement pratique.

Parce que nous avons, maintenant, dans nos hôpitaux, des laboratoires bien outillés qui viennent à la rescousse de la clinique, qui la dirigent quelquefois, qui l'éclairent souvent et qui la secondent toujours.

Parce que l'enseignement théorique lui-même s'oriente de plus en plus vers la schématisation, afin que l'élève puisse, pour ainsi dire, toucher du doigt l'exposé didactique du professeur.

Parce que l'enseignement clinique est mieux compris; que les élèves sont divisés par groupes moins nombreux et confiés à des assistants qui les initient aux secrets du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Parce que, dans toutes ces chaires, quoique vous disiez, il y a des professeurs compétents, sobres, travailleurs, dont plusieurs sont diplômés de la Faculté de Paris et membres de sociétés scientifiques étrangères.

Parce que le cours de médecine a été porté à *cinq ans*. Les élèves pourront ainsi consacrer leur dernière année exclusivement aux études de *médecine pratique* — cliniques et laboratoires. Ils fortifieront davantage leur esprit médical en acquérant l'habitude des malades, qu'ils pourront examiner, suivre et traiter avec plus de soin car ils ne seront plus tenus de suivre les cours théoriques.

Parce qu'un esprit nouveau, au point de vue pédagogique, anime le Conseil de direction de la Faculté de Médecine et que nous pouvons espérer que les réformes se continueront. Nous les demanderons au fur et à mesure de nos besoins et nous les obtiendrons, nous en sommes sûrs.

Aussi, lorsque vous voulez tirer des conclusions outrées en opposant nos textes de 1906 à ceux de 1913, nous sommes tentés de rire, car la scène a changé — à votre insu, semble-t-il. — C'est humiliant pour des gens qui ont la prétention de tout savoir, de connaître mieux que d'autres et de morigéner en toute chose.

“ Le Pays ” est en retard de sept ans.

Lorsque nous écrivions, en 1906, que le médecin qui a besoin de gagner sa vie ne peut pas “ s'éterniser dans le silence du laboratoire à la poursuite de l'inconnu et de l'infiniment petit ”, nous regrettions que les *chefs de ces laboratoires seulement* ne puissent se consacrer davantage à leurs travaux et fussent obligés d'exercer leur art afin d'équilibrer leur budget.

La Faculté de Médecine y a pourvu, dans l'intervalle, et nos vœux se réalisent. Ces chefs consacrent aux travaux de laboratoires le plus grande partie de leur temps, parce qu'ils sont mieux payés, plus libres, plus indépendants.

Sur ce point vous avez tort : vous trompez délibérément vos lecteurs et vous dénigrez injustement les professeurs de la Faculté de Médecine.

Enfin, lorsque nous affirmons, en 1913, " qu'un médecin qui enseigne et qui ne pratique pas, soit à l'hôpital, soit en ville, est impropre à l'enseignement, car sa compétence provient précisément de l'expérience acquise à ces deux endroits ", nous voulons parler de la *médecine appliquée*, alors qu'en 1906 nous voulions surtout faire allusion aux laboratoires. C'est écrit en blanc et en noir. Soyez au moins de bonne foi avec nous, et ne tronquez pas les textes par vanité.

Il n'y a donc pas contradiction de notre part. " Le Pays " a " tiré l'échelle " trop tôt, il reste suspendu dans le vide...

Telles sont les quelques bonnes raisons qui justifient le Dr LeSage d'avoir changé d'opinion depuis 1906 et d'écrire en 1913 " avec l'enseignement de la Faculté tel qu'il est institué aujourd'hui, tout élève intelligent, assidu et laborieux peut acquérir *toutes* les connaissances théoriques et pratiques requises pour l'exercice de la médecine. "

En nous exprimant ainsi, nous nous adressons surtout au public de bonne foi, car nous savons qu'au " Pays ", sans tenir compte de son incompétence absolue pour discuter une question de cette envergure, on a *des yeux qui ne veulent pas voir et des oreilles qui ne veulent pas entendre*.

— " Le Pays " peut-il nous assurer qu'il pensera dans 10 ans ce qu'il pense aujourd'hui sur cette même question universitaire ?

Pour conclure, *car notre premier article subsiste en entier*, nous continuerons notre acheminement vers les sommets tout en nous réservant le droit de changer d'opinion selon les circonstances de faits et de lieux.

L'Honorable Israël Tarte, qui fut un esprit remarquable et le premier journaliste de son temps a écrit quelque part... " qu'il n'y a que les imbéciles qui ne changent jamais d'opinion " — c'est-à-dire que l'évolution est la force attractive du lendemain, que la pensée ne peut pas être immuable en toute chose et que la sincérité n'exclut pas la décence.

LA RÉDACTION.

MEMOIRES

L'ÉRYTHREMIE

(*Maladie de Vaquez*).

OBSERVATION CLINIQUE (1)

Par M. Eugène LATREILLE,

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Membre correspondant de la Société Anatomique de Paris, Professeur d'Anatomie Pathologique à Laval, Médecin et Pathologiste de l'Hôtel-Dieu.

La maladie de Vaquez, l'*érythémie* a été introduite officiellement à Montréal par M. le professeur Marien dans une de ses dernières leçons de clinique chirurgicale sur les splénomégalies. Aucun cas, cependant, relevant de ce syndrome morbide, n'a été publié, *ici*, jusqu'à maintenant; du moins sous ce nom, et à notre connaissance. Cette maladie est d'ailleurs parmi les plus rares, *une quarantaine de cas seulement* n'ayant été rapportés jusqu'à ce jour, et, sur ce nombre, pas plus de *dix* avec autopsie.

Le malade, R. L. qui fait l'objet de cette communication est un commerçant de 42 ans, qui est venu à notre consultation des maladies nerveuses de l'Hôtel-Dieu pour de l'embarras de la parole, des mouvements désordonnés incontrôlables de la main droite, et de la gêne dans la démarche; tout cela accompagné de certains troubles psychiques: irritabilité, dépression, amnésie.

A l'examen clinique, les troubles nerveux moteurs paraissent localisés à la moitié droite du corps et sont caractérisés par des mouvements choréiformes et athétosiques. Du reste, pas d'incoordination motrice, pas de paralysie proprement dite, et aucun trouble de la sensibilité. *Réflexes pupillaires normaux* des deux côtés, à la lumière et à l'accommodation. Réflexes tendineux du côté malade légèrement exagérées, avec Babinski positif en extension. Cette *hémichorée*, qui s'accroît à l'occasion des mouvements

(1) Malade présenté à la Société Médicale de Montréal, Mars, 1913.

voulus, se serait installée graduellement, il y a 3 mois, à la suite d'un choc émotif violent, suivi d'ictus.

Or, *depuis longtemps*, des vertiges fréquents et prolongés avec ou sans vomissements, avec ou sans perte de connaissance (type de Ménière), des élancements, des bourdonnements d'oreilles, des visions étincelantes font souffrir cet homme qui, de plus, endure périodiquement, d'année en année, des crises douloureuses rhumatoïdes violentes dans ses membres, et plus spécialement dans les jointures de l'épaule, du coude et de la hanche gauche, douleurs qui ont laissé après elles *un gonflement permanent*, facilement appréciable encore actuellement par comparaison avec les membres du côté opposé. (1)

Mais, c'est surtout du côté de *la coloration des téguments* (peau et muqueuses) que notre attention a été attirée. En effet, la figure, et plus particulièrement le nez, les pommettes des joues, les oreilles ; et puis les mains jusqu'aux avant bras, les jambes, les pieds sont d'un rouge cyanotique, *plutôt violet*. D'un rouge plus sombre (viande crue) *saignant* sont les muqueuses de la langue, de la bouche, du pharynx et des paupières. Cette coloration rouge s'accroît au moindre effort, à la moindre fatigue et surtout à *la moindre émotion*. Sur la poitrine, un riche réseau vasculaire veineux superficiel s'étale à la hauteur de la région sous-claviculaire et précordiale. Les veines superficielles des membres, généralement variqueuses, apparaissent élargies, gonflées sous la peau. Ces troubles d'hypertension congestive et de stase veineuse *date- raient de l'enfance*.

Du reste, rien de particulier au cœur, aux poumons, aux médiastins, ni à la percussion, ni à l'auscultation, *ni à la radiographie*. Le foie et *la rate* ne paraissent pas *hypertrophiés*.

Notre malade est un *artério* et un *phlébo-scléreux* ; c'est aussi un *athéromateux*, puisqu'il a une accentuation marquée du second bruit, à son foyer aortique, et un peu d'hypertension artérielle (sphygmomanomètre Pachon : P. Max : 18 et P. Min : 12 ; *oscillation moyenne* : 4). Les urines contiennent de l'albumine, pas de cylindres. Le ventre renferme un peu d'ascite.

(1) La dernière crise douloureuse, qui date de l'automne dernier, a été accompagnée d'une coloration ecchymotique de la peau du bras gauche qui a duré un mois, et qui fut suivi de gonflement (*phlébite, phlébothrombose adhésive* ?)

Bref, à ce moment, la situation, qui nous apparaît plutôt complexe, peut se résumer ainsi :

Hypertension congestive viscérale.	Cerveau.	{ Vertiges. Bourdonnements d'oreille. Visions étincelantes. Ictus, hémichorée (droite).
Hypertension congestive superficielle.	Cyanose.	{ Peau (face, mains, pieds). Muqueuses saignantes.
Douleurs rhumatoïdes, gonflement permanent.	{ Bras gauche. Jambe gauche.	

Aussi, en présence de ce cortège symptomatique imposant, sommes-nous restés perplexes ; jusqu'à ce que nous ayions fait appel à ce puissant levier, cet outil merveilleux qu'est l'*hématologie*.

L'examen du sang, dont voulut bien se charger notre distingué collègue et ami, le professeur Bernier, nous révéla que le nombre des globules rouges avait atteint le chiffre énorme de 9 millions 400 milles, avec 6,800 globules blancs par millimètre cube ; et un taux d'hémoglobine égale à 150 pour cent. Du reste, sur les préparations cytologiques : pas de globules rouges nucléés, ni déformés, et pas d'éléments myéloïdes.

Neuf millions quatre cents milles globules rouges ! nous étions orientés. Nous avons affaire à une *maladie du sang*, et cette maladie n'était autre que l'*érythémie* ; la lecture de quelques pages de littérature médicale récente devait nous le démontrer.

En dehors des hyperglobulies symptomatiques (grandes pertes d'eau, choléra), ou physiologiques (stations d'altitude), où le chiffre des globules rouges ne va pas au-delà de 7 à 8 millions, aucune autre maladie comportant un nombre de globules rouges aussi grand, (9, 11, et même 14 millions), n'a été décrite jusqu'à présent.

La première observation d'érythémie publiée, celle de Vaquez, qui date de 1892, est superposable à la nôtre. Il s'agissait, en effet, d'un homme de 40 ans, qui présentait un facies cyanotique,

9 millions de globules rouges, 165% d'hémoglobine, et qui se plaignait d'étourdissements à type de Ménière.

Après Vaquez, d'autres auteurs, tels que Cabot, Seens, Sannelly et Russer, puis William Osler, Widal, Chauffard, Lutembacher, communiquèrent des cas analogues et apportèrent chacun leur contribution à l'étude de cette maladie.

C'est à Parkes, Weber et Watson (1905) que revient l'honneur d'avoir fait connaître *le substratum anatomique* de cette entité morbide qui consisterait dans une *transformation rouge de la moëlle osseuse*, avec hyperplasie diffuse portant surtout sur les éléments rouges : ou *persistance de l'état foetal*.

Erythrose et polyglobulie sont les deux symptômes *pathognomoniques* de cette affection qui peut revêtir, cependant, plusieurs formes cliniques pour lesquelles Lutembacher propose la classification suivante :

- Une forme *splénomégalique*,
- “ *sans splénomégalie*,
- “ *fruste et de début*,
- “ *congénitale et précoce*,
- “ *hypertonique*.

“ Le diagnostic présente des difficultés variables : parfois il faut savoir penser à l'*érythémie* en présence des troubles *hypérémiqes viscéraux* simulant des lésions primitives de ces organes. Ailleurs, il faudra distinguer la *cyanose* de l'*érythrose*, la *polyglobulie relative* de la *polyglobulie absolue*, les *polyglobulies compensatrices* et les *érythrocytoses passagères des toxi-infections*. ”

“ Enfin, en l'absence de toute notion étiologique, le traitement de la maladie est resté jusqu'ici *purement symptomatique*. ” (Lutembacher).

Si le diagnostic de l'affection présentée par notre malade nous paraît maintenant facile à admettre (*érythrose, hyperglobulie*), comme nous avons affaire à une forme *congénitale*, on pourrait peut-être se demander *par quoi* la cyanose congénitale des lésions cardiaques (*la maladie bleue*) diffère de la maladie de Vaquez.

Il est vrai que nous avons l'*hyperglobulie* dans l'*érythémie*, qui n'existe pas dans la maladie bleue ; mais, une étude récente du

fond de l'œil des érythémiques publiée par *Dupuy-Dutemps*, en 1912, est venu nous apprendre, que, dans la maladie bleue, les artères et les veines du fond de l'œil apparaissent également dilatées et teintées en bleu foncé à l'ophtalmoscope ; tandis que *seules les veines* présentent cette caractéristique dans l'érythémie. La confirmation de cette donnée nouvelle a été obtenue chez notre malade ; et M. le Dr Lasalle a pu constater, devant nous, l'*ectasie marquée des veines* de la papille, par rapport à l'état des artères.

Enfin, reste à élucider la pathogénie de certains symptômes observés chez notre malade, pour la première fois, au cours de cette maladie, et non encore décrits : *les troubles nerveux moteurs choréiformes et athétosiques*. Le début récent de ces accidents, à la suite d'une émotion (*mort de son père*), et leur caractère fantaisistes, nous les avait fait rattacher, tout d'abord, à l'*hystérie*. Mais plus tard, l'absence de stigmates névropathiques, l'unilatéralité droite de ces mouvements désordonnés, le Babinski positif en extension, l'exagération légère des réflexes, la notion de leur début par un ictus apoplectique nous les ont fait considérer comme *organiques*. Cet homme, en état d'hypertension congestive cérébrale permanente, était, d'ailleurs, naturellement exposé aux ictus. Survienne un effort, un excès, un choc émotif et la lésion s'établit.

Mais ici, ce n'est pas une artère qui se rompt, nous venons de voir que *la maladie siège dans les veines*.

L'hémorragie pourra donc être moins violente, et l'épanchement moins considérable pourra ne pas sectionner le faisceau pyramidal, et ne pas déterminer d'hémiplégie vraie ; mais seulement comprimer, dissocier les fibres de ce faisceau, et amener non pas de la paralysie mais de l'invalidité, de la gaucherie, de la désordination des mouvements, puis de la spasmodicité, en un mot, de l'hémi-chorée, de l'hémiathétose.

Enfin, une dernière question : *de quoi sera fait l'avenir de ce malade ?* C'est dans l'appréciation de *la valeur fonctionnelle de son foie et de ses reins* qu'on pourrait trouver, à notre sens, la réponse à cette question.

Nous avons vu que ce malade présentait de l'albuminurie et de l'ascite. La question est maintenant de savoir, si, par ces symptômes, le foie et les reins ne manifestent que l'altération subie par le fait du *processus morbide général de l'érythémie* ; ou bien, si, en plus, ces organes sont pris individuellement et indépendam-

ment, chacun pour leur propre compte ; et, en tout cas, jusqu'à quel point ils sont pris.

Les signes cliniques de l'*insuffisance hépato-rénale* ne sont pas commodes à dépister dans ce complexus pathologique ; et il est malaisé de dire ce qui appartient à l'*érythémie seule*, ce qui appartient à la *néphrite seule*, et ce qui appartient à l'*hépatite seule*. Et c'est alors que nous pourrons apprécier la valeur des renseignements fournis par les dernières données scientifiques de la chimie biologique ; car la constante uréique et le rapport azoturique, confiés à notre savant collègue et ami, le Dr Baril, seront les moyens qui nous serviront à tenter la solution de ces problèmes.

La *constante uréique*, chez notre malade, égale 0.115. La normale est 0.06. Or, si l'on tient compte que dans les néphrites avancées, dans les *insuffisances rénales marquées*, le chiffre de cette constante peut aller jusqu'à l'*unité* (1.), il est permis de croire, que, chez notre malade la lésion rénale, appréciée de par son fonctionnement, n'est que *parallèle* à la phlegmasie viscérale généralisée de l'*érythémie*, et rien de plus.

D'autre part, le *rapport azoturique*, que je demande toujours, en même temps que la constante d'Ambard, pour des raisons que je publierai ultérieurement avec Baril, devant cette société, s'est montré égale à 0.77. La normale est 0.80. Les substances albuminoïdes sont donc ici transformées en urée par le foie dans une proportion très voisine de la normale ; et la valeur fonctionnelle de cet organe, sans être parfaite, éloigne de nous l'*idée que le danger*, pour notre malade, est à son foie.

Ces constatations sont importantes parce qu'elles nous permettront d'établir, dans le cas particulier, *comme traitement*, un régime rationnel d'autant plus substantiel que les voies d'élimination sont moins insuffisantes ; un régime dans lequel il sera tenu compte surtout de l'*athérome* et de l'*artério-sclérose* du malade : c'est-à-dire, des repas, dont seront écartés les aliments riches en *cholestérine* : œufs, lait, riz de veau, cervelles ; et où seront permis les viandes adultes et bien cuites, les pâtes alimentaires, certains légumes et fruits.

Enfin, contre l'*érythémie* proprement dite, *comme traitement causal*, nous basant sur la lésion anatomique qui est à l'origine de ce syndrome i.e. : " la transformation rouge de la moëlle des os

longs (état fœtal), hyperplasie diffuse intéressant surtout les éléments rouges", nous nous proposons d'employer, chez ce malade : l'*opothérapie médullaire* (action régulatrice).

Le *citrate de soude*, préconisé récemment par Chauffard (Soc. Méd. des Hop. Paris 1913), à la dose de 7 grammes par jour, et qui nous paraît dirigé, dans cette maladie, surtout contre la *viscosité* et la *coagulabilité* du sang, sera aussi prescrit, dans notre cas, en même temps que l'*opothérapie*; et les résultats de cette thérapeutique seront contrôlés par la *fréquente numération* des globules rouges et la *viscosimétrie* du sang.

INCLUSION CONGÉNITALE DES TROMPES ET DES OVAIRES DANS LE
LIGAMENT LARGE. — ETUDE D'EMBRYOLOGIE (1)

Par J. A. St-Pierre,

Professeur agrégé à l'Université Laval, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

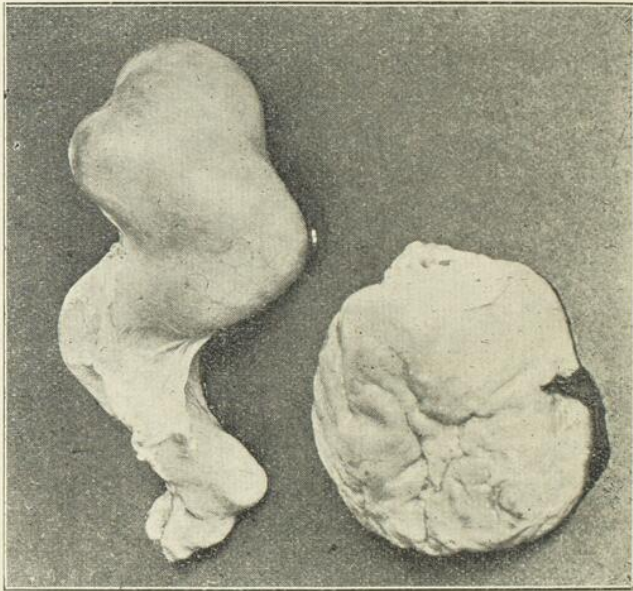
Les anomalies topographiques des organes génitaux internes de la femme sont plutôt rares ; on signale bien quelques cas d'ovaires surnuméraires situés en avant ou en arrière du ligament large ou même ailleurs, mais dans nos recherches nous n'avons trouvé nulle part une anomalie comme celle découverte en avril 1911 alors que nous avons l'honneur d'assister M le Professeur Saint-Jacques pour une laparotomie, chez une de ses malades, dont voici en quelques mots l'observation. Madame X (No 2098), 24 ans, d'un parfait état général, se plaint de dysménorrhée et de douleurs des fosses iliaques, maximum de douleur "à droite." Mariée depuis 4 ans, pas de grossesse, ni fausse-couche ; jamais aucune infection génitale.

Le toucher vaginal révèle un col de nullipare très conique et un utérus en antéflexion marquée pour lequel nous faisons une dilatation instrumentale qui ne donne qu'un résultat temporaire.

Nous revoyons la malade 18 mois après. La position utérine s'est améliorée, le col est suffisamment ouvert, mais la malade souffre beaucoup de son côté droit. Au toucher bi-manuel, on découvre dans le cul de sac droit une masse douloureuse, volume d'une mandarine ; aucune adhérence péritonéale dans le bassin.

(1) Communication à la Société Médicale. Mars 1913.

Laparatomie : La trompe et l'ovaire droits et gauches sont complètement inclus entre les feuillets du ligament large. "A droite," l'ovaire et la trompe sont considérablement augmentés de volume. Le ligament est incisé et le plus facilement du monde, on énuclée un ovaire kystique, contenu hématique ; la trompe correspondante dilatée en forme de poire est placée sous l'ovaire, en contact avec le plancher du bassin. Sa grosse extrémité est externe, dilatée par un liquide séreux et toute trace de frange a disparu. Pas de lésion apparente des corps de Rosenmüller.



Hydrosalpinx et ovaire hématokystiques intra-ligamentaires enlevés à l'opération.

Du côté gauche, l'ovaire et la trompe sont de volume normal et paraissent sains par transparence derrière le feuillet antérieur du ligament large. Aucune trace inflammatoire récente, aucune bride ou cicatrice ; le péritoine est facilement mobilisé sur les deux organes. On enlève l'annexe droite seulement.

Suites opératoires. Normales.

Juin 1912. Madame X accouche d'un bébé à terme.

Mars 1913. Madame X est à la moitié de sa 2e grossesse.

Cette situation particulière des deux trompes et des deux ovaires nous parut congénitale, car le côté gauche tout à fait indemne de

trace inflammatoire ne présentait autour du ligament large aucune bride ou adhérence quelconque ; le péritoine était absolument lisse et macroscopiquement normal ; enfin les deux feuillets du ligament large entre lesquels étaient placés et l'ovaire et le trompe pouvaient être facilement mobilisés l'un sur l'autre. Nous avons évidemment affaire à une anomalie congénitale des deux ovaires et des deux trompes, et ce fut pour nous l'occasion d'étudier.

1° les anomalies de l'ovaire ;

2° comment il se fait que cette glande génitale, née dans la région lombaire, " derrière " le péritoine devienne plus tard un organe suspendu par son hile " dans " la cavité péritonéale.

C'est le fruit de ces recherches que je me fais un honneur de vous présenter ce soir.

I

Anomalies des Ovaires

Ces anomalies peuvent exister quant au nombre, à la forme, au volume, et à la situation des ovaires.

1° *Anomalies de nombre :*

A. Par défaut. Il peut y avoir absence absolue des deux ovaires par vice de développement : (aplasie) cette anomalie coïncide toujours avec d'autres malformations utero-génitales, et ces enfants ne sont pas viables.

B. Quelquefois on ne trouve qu'un seul ovaire, l'autre s'étant atrophié par suite de péritonite fœtale. Dans ce cas, l'ovaire peut être disparu en totalité ou seulement en partie. Cette absence d'un ovaire est plus commune " à gauche " et ne trouble en rien les fonctions génitales.

Enfin le nombre d'ovaires dépasse quelquefois la normale, et ces organes accessoires portent le nom de " surnuméraires. " Waldeyer nous assure même que dans 4 pour cent des cas, il y a plus de deux ovaires. Keppler et Fork ont trouvé un 3e ovaire avec une trompe spéciale au pavillon très bien développé.

Rosentein parle d'un ovaire surnuméraire " rétropéritonéal. " Mais ces organes peuvent se présenter en différents endroits de l'abdomen ; on en a vu 1° Libres dans le petit bassin ; 2° A la surface du ligament large ; 3° Dans le mésocolon iliaque (Bassini) ;

4° Dans l'hypochondre droit. Des kystes dermoïdes de l'ovaire peuvent ainsi se développer dans des régions diverses, loin du petit bassin et donner lieu à des erreurs de diagnostic. Enfin ces ovaires surnuméraires peuvent expliquer la persistance possible des règles après l'ablation des 2 ovaires. Leur forme est très variable comme d'ailleurs leur volume et leur aspect. Arrondis, pédiculés, sessiles, lisses ou granuleux, il nous est impossible de les bien reconnaître à l'œil nu. Seul l'examen microscopique peut trancher définitivement la question.

D'autant plus qu'il existe de faux ovaires surnuméraires qui ne sont que des ovaires fragmentés par péritonite, brides ou pression de l'intestin. Nous n'avons pour ainsi dire qu'un seul moyen de reconnaître à l'opération, un ovaire surnuméraire vrai d'un faux : Le pédicule d'un véritable ovaire surnuméraire est toujours lisse et mince, tandis que le hile des faux ovaires est toujours rude et d'aspect cicatriciel.

D'où proviennent ces vrais ovaires surnuméraires ? Leur mode de formation est encore hypothétique, mais ces organes résultent certainement d'un trouble de développement embryonnaire.

On peut supposer que dans leur migration, des parcelles de tissu ovarien sont arrachées de l'ébauche principale et que, fixées sur un point quelconque du ligament large ou de l'utérus, ces parcelles continuent à se développer pour leur propre compte. C'est l'explication la plus plausible, et c'est d'ailleurs celle qu'accepte Poirier lui-même.

Anomalies de forme et de volume

On observe parfois une atrophie congénitale unie ou bi-latérale coïncidant avec une malformation de l'utérus. Souvent cette atrophie n'est qu'apparente, en ce sens que l'organe est apte à fonctionner, mais quelquefois elle est réelle, caractérisée par la disparition des ovules et des follicules primordiaux.

On cite aussi des ovaires bi et trilobés, grâce à des encoches fœtales plus ou moins profondes qui persistent chez l'adulte.

Anomalies de situation

Ce sont celles qui nous intéressaient surtout au début de ce travail, et nous n'avons parlé des autres anomalies que pour vous présenter une étude plus complète.

L'ovaire peut "très exceptionnellement" se présenter en avant de la trompe ou juste sous le rein, où il est retenu sans doute par des adhérences fœtales, ou encore, sur la face antérieure du muscle psoas où il s'est arrêté dans sa migration.

Un peu plus fréquentes, quoique rares, sont les hernies de l'ovaire. Poirier nous assure que c'est uniquement vers la région inguinale que se font les "déplacements congénitaux" de ces organes. L'ovaire hernié peut s'arrêter à l'orifice interne du canal ou pousser plus loin sa descente et venir se loger dans la grande lèvres accompagnée d'un diverticule péritonéal (canal de Nuck).

Cette hernie de l'ovaire semble trouver une explication toute naturelle dans l'action des fibres lisses du ligament inguinal qui joueraient pour l'ovaire le rôle du "gubernaculum testis"; mais il n'en est rien, car ces hernies congénitales ne se produisent que parce que l'utérus ou du moins une de ses cornes tient par suite d'un trouble embryologique, l'ovaire à l'embouchure du canal inguinal dans lequel le poussent ensuite les organes abdominaux (Poirier).

II

A quelle époque de la vie fœtale l'ovaire passe-t-il à travers le péritoine "derrière lequel il est né" pour devenir intra abdominal ?

Pour résoudre cette question, faisons ensemble une rapide étude embryologique sur le développement de l'ovaire et sa migration.

Développement de l'ovaire

On peut dès le début de la 6^e semaine, voir à la loupe chez l'embryon humain, l'ovaire qui commence déjà, sur le bord interne du corps de Wolf, à faire relief dans la cavité cœlomique. Ce relief ira toujours s'accroissant pour 2 raisons: 1° L'épithélium germinatif interne destiné à former la glande ovarienne est au début un épithélium simple, formé d'un seul rang de cellules, mais bientôt il se stratifie et compte alors jusqu'à six étages de cellules épithéliales acquérant ainsi une plus grande épaisseur, et par conséquent un relief plus marqué.

2° Ce corps de Wolf appelé aussi rein céphalique sur la face interne duquel se développe l'ovaire fait lui-même relief dans la ca-

tivité du cœlome, mais il présente une particularité remarquable : C'est un organe essentiellement transitoire, destiné à disparaître entièrement chez la femme vers le 50e jour de la vie fœtale. Et par sa régression ou plutôt par sa disparition graduelle, mais totale, l'ovaire paraît se détacher de plus en plus de la paroi cœlomique à laquelle dès lors il ne tient plus que par un pédicule conjonctivo-musculo-vasculaire qui esquisse déjà et formera plus tard le hile de l'ovaire.

Examinons maintenant l'aspect, à la 4e semaine de la vie embryonnaire de l'épithélium cœlomique sur le corps de Wolf et autour de lui. Partout, on ne voit qu'une seule rangée de cellules épithéliales, toutes semblables les unes aux autres. On peut cependant remarquer que déjà les cellules qui forment "l'épithélium germinatif interne" sont plus "hautes" que leurs "sœurs voisines", et quelques-unes d'entre elles contiennent des ovules primordiaux. Ces cellules hautes, desquelles naît l'ovaire, ne sont jamais, à aucun moment de la vie embryonnaire recouvertes de péritoine; elles se multiplient au fur et à mesure qu'augmente la masse ovarienne et elles évoluent vers le type épithélial définitif; après avoir fourni le parenchyme ovarien, elles forment à la glande une enveloppe qui l'entoure complètement et se continue au niveau du hile de l'ovaire avec l'épithélium pavimenteux simple du ligament large. On l'appelle "épithélium" ovarien. Et les cellules "sœurs voisines" de cet épithélium germinatif interne, que deviennent-elles? Elles se différencient dans une autre direction, vers le "tissu conjonctif" et forment l'endothélium de la séreuse abdominale. Elles deviennent du péritoine.

Résumons en deux mots et tirons notre conclusion. Les cellules épithéliales bordant la cavité cœlomique sont d'abord semblables en tous points. Au côté interne du corps de Wolf là où va paraître l'ovaire, les cellules restent épithéliales et enveloppent l'ovaire, qu'elles contribuent à former, mais tout autour de cet endroit spécial, les cellules épithéliales deviennent l'épithélium pavimenteux simple du péritoine.

Il faut donc conclure que l'ovaire est né, non pas derrière la séreuse mais dans une fenêtre ou dans une ouverture du péritoine, ouverture qu'il remplit parfaitement et par laquelle il fait de plus en plus relief à l'intérieur de la cavité péritonéale où nous le trouvons normalement.

Dans l'observation que nous avons l'honneur de vous présenter, nous présumons que la surface ovarienne ne s'est couverte de péritoine que par suite des circonstances exceptionnelles, i.e. par péritonite fœtale ayant, par brides de la séreuse, emprisonné et gardé l'ovaire "derrière" le péritoine.

La question de savoir à quelle époque de la vie fœtale l'ovaire et le testicule "traversaient" le péritoine, nous intriguait déjà depuis quelque temps, et nous sommes heureux de pouvoir vous faire part de conclusions absolument conformes aux faits que nous ont révélés nos recherches embryologiques.

Migration de l'ovaire

Quand l'ovaire fait son apparition, il est situé dans la région lombaire où d'ailleurs il reste toute la vie chez les oiseaux. Mais chez la femme dès le début du 3e mois, l'ovaire commence à descendre pour arriver au bassin où nous le trouvons chez l'adulte.

Tout d'abord verticaux, les 2 ovaires, en s'abaissant, s'écartent de plus en plus leur extrémité supérieure, de la ligne médiane de telle sorte qu'au 4e mois, l'extrémité supérieure de la glande est devenue externe et "atteint", "touche" la paroi latérale de l'abdomen. Un mois plus tard, au 5e, les ovaires sont au-dessous de la crête iliaque et au 9e mois, ils font leur entrée dans le petit bassin. Charpy nous enseigne que l'ovaire n'est définitivement en place que vers 9 ou 10 ans, mais Poirier nous assure qu'il a toujours trouvé l'ovaire d'un fœtus à terme "dans la fosse iliaque", et il fixe à un ou deux ans l'arrivée de l'ovaire, dans sa position définitive.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE MONSIEUR HERVIEUX (1)

C'est avec une anxiété douloureuse que nous attendions des nouvelles de notre maître Hervieux; c'est avec une tristesse profonde que nous venons d'apprendre sa fin prématurée.

(1) Nous avons reçu cette lettre d'un ancien élève de notre ami décédé. C'est un touchant hommage à sa mémoire.

N. D. L. R.

Quelques semaines avant le jour de l'an, je m'étais présenté avec mon ami le docteur Panneton à l'Hôtel Régina, nous demandâmes Monsieur Hervieux. On nous fit répondre que, trop souffrant, il ne pouvait recevoir personne.

Ancien élève, j'eusse aimé serrer la main de mon maître; médecin, je compris la consigne et je m'inclinai devant elle.

Dans les derniers jours de décembre, j'écrivais à mon ancien professeur de pathologie interne, une lettre dans laquelle je lui souhaitais de revoir le ciel natal, le plus beau de tous. Hélas! le grand maître de nos destinées voulait lui en montrer un encore plus splendide, puisqu'il l'a rappelé là-haut. Je lui disais encore: "Vivez longtemps afin d'aider l'Université par les ressources de votre intelligence et la justesse de votre jugement. Nous avons besoin d'hommes qui, comme vous, savent penser par eux-mêmes et dire sincèrement ce qu'ils pensent quand le temps en est venu.

Ouvrier de la première heure, il eut aimé sans doute beaucoup à assister au relèvement de notre Université, mais puisque notre maître est parti au moment où se lève pour l'Université Laval de Montréal comme l'aurore d'une régénérescence depuis longtemps attendue, il nous plaît de croire qu'il a pu songer avec joie que son rêve d'une faculté de médecine canadienne-française plus grande allait se réaliser. Et cette pensée a peut-être mis un peu de douceur à l'angoisse qui doit être terrible, même pour les forts, de se sentir mourir loin de la patrie. Nous avons des leçons à tirer de la vie et du caractère du docteur Hervieux. Franc, sincère, loyal, travailleur, possédant un jugement sans nuire à une intelligence bien cultivée, il eut continué à les mettre au service de notre cause universitaire, mais puisque les bons ouvriers meurent, c'est à la jeunesse médicale qu'incombe le devoir de s'unir aux aînés, il faut comprendre qu'il est temps plus que jamais d'être sur la brèche.

Soyons francs. Ne craignons pas de l'être, nous les jeunes médecins de la génération actuelle.

Trop souvent nous craignons d'exprimer notre pensée; au Canada nous avons peut-être besoin plus qu'ailleurs d'hommes francs et résolus qui ne craignent pas d'avoir des opinions et de les faire valoir, tout en ménageant certaines susceptibilités.

Trop souvent nous nous contentons de ne pas avoir d'opinions alors qu'il faut en avoir et de personnelles.

Et c'est une des conditions essentielles à remplir, si nous voulons faire une université moderne et prospère. Il faut lutter pour ces opinions et dire au grand jour les choses que nous aurons mûries par la réflexion et l'expérience des faits passés.

Monsieur Camille Roy, de Québec, n'écrivait-il pas dernièrement, en parlant du livre de M. Groulx, que la lumière pouvait venir de la jeunesse, quoique cela fut cruel parfois pour les aînés.

Et l'un des plus forts esprits de notre temps, Maurice Barrès, a écrit dans le jardin de Bérénice : " Beaucoup nier à vingt ans, c'est signe de fécondité. Si la jeunesse approuvait intégralement ce que les aînés ont constitué, ne reconnaîtrait-elle pas implicitement que sa venue en ce monde fut inutile ? Pourquoi vivre, s'il nous est interdit de composer des répliques idéales ? Et quand nous avons celles-ci dans la tête, comment nous satisfaire de celles où nous vivons ? "

A nous donc de lutter tout en sachant reconnaître ce qui fut fait avant nous. Une foule d'hommes éminents, médeins et chirurgiens, nous prêteront leur expérience et la sagesse de leurs avis, si nous voulons nous mettre sérieusement à l'œuvre.

Et c'est notre devoir de le faire.

Quand les grands artistes, qui par de longues années de patients labeurs, ont fait peu à peu surgir les cathédrales de France, mouraient, ils léguaient à leurs fils le soin de continuer leur noble tâche ; et les fils y mettant tout leur cœur, travaillaient sans relâche, jusqu'au jour où la mort venait glacer leurs mains ; mais leur œuvre était reprise, et c'est ainsi que de générations en générations, ces épopées religieuses de pierre furent écrites en hommage de la douce France à Dieu ! Eh bien la jeunesse médicale du Canada Français a — non pas une cathédrale — mais une université à réédifier, la génération précédente si bien personnifiée par Monsieur le professeur Hervieux a fait ce qu'elle pouvait dans les circonstances. Mais il y a dans toutes les choses des évolutions nécessaires, des changements impérieux qui s'imposent à certaines époques, tous l'admettront, je crois.

Grâce à la générosité un peu tardive du gouvernement, on a commencé à se réorganiser. Déjà les laboratoires surgissent comme par enchantement, on envoie des médecins en Europe, c'est l'autre, c'est le commencement !

Mais il ne faut pas que cela soit la fin et si la jeunesse médi-

cale veut apporter sa modeste contribution à l'œuvre, il lui faut d'abord se faire une mentalité scientifique et personnelle, ne pas craindre de la défendre et travailler.

Un travail opiniâtre et éclairé de la part des jeunes fera quintupler l'action de ceux qui furent nos prédécesseurs; saluons la mémoire de ceux qui sont partis et unissons-nous à ceux qui sont encore debout.

Ne craignons pas de sacrifier une soirée, une distraction agréable, pour le plaisir d'apprendre quelque chose de nouveau ou que nous n'avons pas encore appris; d'infuser dans nos cerveaux les substances des doctrines fondamentales en médecine et des nouvelles théories à l'élaboration desquelles travaillent les plus grands savants; réveillons-nous, grand Dieu! il en est temps.

Laissons notre apathie de côté; une fois le doctorat obtenu, imprégnons-nous l'esprit de l'idée que nous ne savons rien et travaillons pour l'amour de la science et de notre chère université "nouvelle."

Ah! si la jeunesse savait la somme de travail énorme que font les médecins français, elle ne serait pas surprise que, de ces labeurs incessants, naissent de si grandes découvertes à toutes les pages de la science française, et résolument elle se mettrait à l'œuvre.

Si donc nous voulons faire sur le sol d'Amérique une grande faculté de médecine française; si nous avons à cœur qu'elle ait un nom, non seulement aux Etats-Unis mais dans le monde scientifique européen; si nous désirons lui infuser du bon sang nouveau, travaillons dans les hôpitaux et les laboratoires, acquérons des connaissances étendues en médecine et en chirurgie par un labeur persévérant; formons-nous un jugement juste sur les questions scientifiques, les hommes et les choses de notre époque; ne négligeons pas la culture littéraire et artistique, et quand nous aurons des opinions solidement étagées sur de bons raisonnements, luttons pour nos idées, mettons-y toute notre âme, faisons sonner la vérité, — ce qui est difficile parfois — et soyons désintéressés: ne nous demandons pas ce qui nous sera utile, mais ce qui servira à notre cause.

C'est en apportant ainsi nos petites contributions personnelles que nous ferons une œuvre utile à Laval.

Et pour rappeler un mot de Pasteur, tâchons de pouvoir, quand

le bon travail et la vie auront mis de la neige à nos tempes, nous donner ce témoignage que nous avons fait quelque chose, "non seulement pour la science et pour la patrie, mais encore pour l'humanité."

Puisse mon cher et regretté maître Hervieux, accueillir avec sympathie ces quelques modestes pensées que je dépose pieusement sur sa tombe avec mon plus respectueux souvenir; puisse-t-il travailler encore par son influence et l'exemple de sa belle vie à la résurrection universitaire dont il eut tant aimé à voir l'épanouissement.

Dr Antoine PLOUFFE.

Paris, le 26 janvier 1913.

INTERETS PROFESSIONNELS

N. D. L. R. — Nous recevons d'un correspondant, qui demeure dans une ville voisine, la lettre suivante, à laquelle nous nous empressons de répondre.

ETIQUETTE PROFESSIONNELLE — RENSEIGNEMENTS

Monsieur le Rédacteur,

Y a-t-il, pour les médecins, manque à l'étiquette professionnelle dans le fait de s'annoncer, soit dans les journaux de médecine, soit par l'envoi de cartes de visite à leurs confrères ?

Tous les jours des médecins de la campagne ont l'occasion d'envoyer à des confrères spécialistes, des cas dont ils ne veulent pas prendre la responsabilité. Les jeunes médecins ont dans leurs professeurs des spécialistes tout choisis auxquels ils peuvent s'adresser au besoin. Mais il n'en est de même pour tous ceux qui n'ayant presque jamais l'occasion d'être en contact avec les médecins des grands centres, sont souvent fort embarrassés dans ces circonstances. Il nous arrive, faute de renseignements, d'être dans l'obligation, ou de nous priver des services des maîtres spécialistes, ou de nous adresser à mauvaise enseigne comme cela m'est arrivé dernièrement.

— Autre question : les journaux de médecine ne devraient-ils pas nous tenir plus au courant des déplacements et de toutes les nouvelles se rapportant aux médecins ? Il me semble que la profession, en général, aurait intérêt à connaître les faits et gestes de tous ceux qui, parmi nous ou à l'étranger, ont acquis un nom ou une réputation dans les sciences, les arts, la finance, la politique, l'industrie, etc., etc.

Un abonné de la campagne.

Note de la rédaction :

En réponse à notre correspondant, nous pouvons affirmer sans crainte qu'un médecin, spécialiste ou autre, peut mettre sa carte dans un journal de médecine ou l'adresser à ses confrères.

C'est une chose admise et en agissant ainsi un médecin est à l'abri de la critique au point de vue de l'étiquette professionnelle.

Quant à la dernière question, il suffit de lire un peu ce qui se passe dans nos Sociétés Médicales et dans nos journaux pour obtenir tous les renseignements voulus. Nos informations sont strictement scientifiques, car il est difficile qu'il en soit autrement dans un journal de médecine. Mais nous sommes constamment à la disposition de nos lecteurs lorsqu'ils désirent obtenir un renseignement dans quelque circonstance que ce soit.

La Rédaction.

LES APPENDICITES HEMATOGENES ET L'ELIMINATION MICROBIENNE PAR L'APPENDICITE

PAR CHARLES RICHEL FILS, de Paris.

La notion des appendicites survenant au cours d'infections généralisées n'est pas chose nouvelle.

Aux temps héroïques de l'appendicite, Bland Sutton et Sutherland avaient déjà montré que l'appendicite pouvait être consécutive au rhumatisme articulaire aigu. Jalaguier, en 1896, la

PHARMACIEN BISAILLON - HIRBOUR

MÉDICATION NOUVELLE

CHARBON SALINAPHTOLE

à base de CHARBON VÉGÉTAL

et SALICYLATE de NAPHTOL (BétoI)

Son action est toute indiquée dans le TRAITEMENT des MALADIES de l'ESTOMAC et des INTESTINS.

— Seule Dépositaire: —

PHARMACIE BISAILLON - HIRBOUR*Fait une spécialité des ORDONNANCES DE MEDECINS*

258, RUE ST-DENIS, MONTREAL.

Tél. Bell E. 889.

G A R D E S - M A L A D E S**DE L'HOPITAL NOTRE-DAME**

Mlle A. ANGERS }	325 rue Villeneuve - -	Tél. St-Ls 3978
Mlle C. ANGERS }		
Mlle M. A. FAUTEUX	447 a rue Gilford - -	Tél. St-Ls 3635
Mlle H. GUILLEMETTE	536 rue Parc Lafontaine	Tél. St-Ls 5878
Mlle HAYDEN	rue Adam - -	Tél. La Salle 635
Mlle HEROUX	1134 rue Rachel Est - -	Tél. St-Ls 3170
Mlle LAMAIRE	rue St-Denis - -	Tél. Est 6198

DE L'HOTEL-DIEU

Mlle ASSELIN	481 rue St-Antoine - -	Tél. Est 2551
Mlle DELAUD	385 rue St-Christophe - -	Tél. Est 6187
Mlle GODDARD	766 rue St-Denis - -	Tél. Est 1261
Mlle HOWIE	410 rue St-Denis - -	Tél. Est 5755
Mlle LAMOUREUX	484 rue St-Denis - -	Tél. Est 2760
Mlle LAPORTE	25 rue Bagg - -	Tél. St-Ls 61
Mlle MONTÉ	25 rue Bagg - -	Tél. St-Ls 61
Mlle NOLIN	25 rue Bagg - -	Tél. St-Ls 61

DE LA MATERNITE DE MONTREAL

Mlle M. LESSARD	161 rue St-Hubert - -	Tél. Est 965
-----------------	-----------------------	--------------

Autres Gardes-Malades

Mlle ROSE BOLTE	1334 rue St-Laurent - -	Tél. St-Ls 540
Mlle BERNARD (Hôp. St-Luc)	69 rue Sherbrooke E. - -	Tél. Est 247
Mlle L'AFRICAIN	121 rue Sherbrooke E. - -	Tél. Est 7180
Mme LALLEMAND	207 rue Champ-de-Mars - -	Tél. Main 3963
Mme ALINE MASSE	511 Ave Papineau	
Mme MOODY	12 rue St-Denis - -	Tél. Est 3063

Quatre Définitions

“LA DEFINITION est la pierre de touche de la propriété des termes, et de la clarté du langage”.

1. Définition générale :

Le Lait (à l'état normal) est un liquide opaque, de couleur blanche légèrement teintée de jaune, d'un goût sucré, ayant une odeur caractéristique variant avec chaque espèce — ainsi que sa densité — et secrété par certaines glandes propres aux femelles des mammifères.

2. Définition spécifique :

Le Lait de Vache est le lait secrété par les glandes mammaires de la vache.

3. Définition technique :

Le Lait “Laurentia” est un lait naturel de vache, purifié par la filtration, débarrassé de toute odeur animale ou étrangère par l'aération, rendu homogène dans sa composition par la division infinitésimale de ses parties solides et devenu complètement aseptique par la stérilisation.

N B. La stérilisation ayant été faite sous pression à la température voulue, dans des vases hermétiquement clos, le “Lait Laurentia” se conserve indéfiniment à toutes les températures, tant qu'il demeure à l'abri de l'air.

4. Définition médico-thérapeutique :

Le Lait “Laurentia” homogenisé et stérilisé est le meilleur substitut du lait maternel qui ait été découvert jusqu'à ce jour. (Variot). Il est plus digestible et plus assimilable que le lait cru, — au point de vue prophylactique, notamment, il présente infiniment plus de sécurité. Dans les maladies de l'estomac et du tube digestif, tant chez les nourrissons que chez les adultes, son emploi est presque infaillible.

Préparé aussitôt après la traite, sur les lieux de production même (Usine à Lacolle, P. Q.), par

LA Cie CANADIENNE DE PRODUITS AGRICOLES Limitée,
40, Place d'Youville, - Montréal.

Echantillons GRATUITS fournis aux médecins sur demande.

Téléphones Main : 3152 ou 4619.

signale dans la rougeole et en fait l'*expression locale d'une maladie générale*. Depuis, un certain nombre d'auteurs la décrivent comme complication des différentes septicémies. Un résumé assez complet de ces différents cas se trouve dans la thèse de Mlle Schoumsky. Peu de temps après la communication de Jalaguier paraît une excellente étude de Golubow qui, frappé d'une succession de plusieurs cas d'appendicite observés dans un très court laps de temps, la considère comme une véritable *maladie épidémique, spécifique, infectieuse, peut-être même contagieuse*. Ces cas sont à rapprocher de l'épidémie d'appendicite observée par Charrin et Josué sur les lapins du Collège de France. Puis les travaux se multiplient.

En France, en particulier, un grand nombre d'auteurs se font les défenseurs de cette théorie.

Mercklen étudie l'appendicite grippale. Faisans considère la grippe comme la cause réelle de l'immense majorité des cas d'appendicite. Simonin cite un grand nombre d'appendicites au cours des différentes maladies infectieuses. Reclus défend cette théorie. Gaucher fait un plaidoyer éloquent en faveur de l'origine syphilitique de maintes appendicites.

En Allemagne, cette idée est reprise; mais si Hans Weber, Kretz, Van Haussemann et Sonnenburg, Kurewski, Canon admettent sa fréquence, Hollander et Allu au contraire la considèrent comme rare, sinon exceptionnelle.

Depuis trois ans, la question n'a plus été discutée et on tend à adopter une opinion mixte: il est des cas où l'appendicite est secondaire à une maladie infectieuse; il en est d'autres où elle est secondaire à une entérite; parfois elle est provoquée par l'obstruction du canal appendiculaire; enfin souvent l'appendicite survient sans qu'on puisse en dépister la cause. Ce sont les appendicites primitives ou cryptogénétiques.

Nous avons dernièrement repris la question et avons pu voir que bien souvent l'appendicite était secondaire à l'infection sanguine, si bien qu'il n'est peut-être pas une grande septicémie, dont elle ne puisse être une localisation. Dans les oreillons, le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle, la rougeole et la scarlatine, la furonculose, la diphtérie dans la variole, la varicelle et la vaccine, l'appendicite a été signalée. Mais ce sont là des faits d'étiologie rare, aussi pour nous borner aux faits d'obser-

vation courante, n'étudierons-nous que les plus fréquentes de ces appendicites hématogènes, celles qui surviennent au cours de la tuberculose, de la typhoïde, de la pneumonie, des états angineux, de la grippe, enfin et surtout au cours de certaines septicémies mal déterminées.

Depuis les travaux de Letulle et de ses élèves, tout le monde connaît la fréquence des lésions emberculeuses de l'appendice (144 cas sur 500 autopsies de tuberculeux d'après Lesieur). Le plus souvent il existe d'autres lésions tuberculeuses de l'intestin. Enfin elle survient en général chez des phtisiques qui déglutissent leurs crachas.

Ces faits tendent à faire admettre l'origine digestive de l'appendicite tuberculeuse. Cependant en admettant que le fait soit possible et même assez fréquent, tout en reconnaissant que l'appendice peut être lésé par voie lymphatique ou par propagation d'une lésion cœcale, nous croyons que souvent, plus souvent sans doute, elle est d'origine sanguine.

On est trop porté en effet à ne voir l'origine sanguine d'une lésion tuberculeuse que dans le cas où il y a une granulie généralisée. Or il est de véritables granulies localisées ou partielles dont on admet maintenant l'existence pour le rein, les méninges, etc., et l'intestin peut, comme ces organes, présenter de véritables granulies parcellaires.

Si, en effet on examine ces lésions, non pas à un stade avancé mais tout à fait à la première période, on voit que les granulations fondamentales sont, non pas éparses de façon indifférente sur tout ou partie d'un segment du tube digestif, mais au contraire agglomérées et groupées en forme de corymbe.

Il y a, réunis dans un espace large comme une pièce de 2 francs, dix ou vingt petits tubercules miliaires faisant légère saillie sous la muqueuse non encore ulcérés, véritable bouquet d'éléments groupés à la manière de vésicules d'herpès ou mieux encore de certaines syphilides cutanées.

Il semblerait qu'il y ait eu injection microbienne de l'artère afférente: c'est une véritable *granulie localisée*. Par contre, le reste de la muqueuse est intact.

Un peu plus tard, l'aspect des lésions sera tout à fait modifié par l'ulcération qui englobera toutes les granulations périphériques, si bien qu'elle semble n'être l'aboutissant que d'un seul

tubercule, mais c'est là un aspect secondaire qui masque la disposition réelle et primitive.

Il est difficile d'expliquer par l'origine digestive une pareille disposition de tubercules initiaux.

Or ce fait, facile à contrôler, est vrai non seulement pour les lésions iléales mais encore pour les lésions appendiculaires, et lorsque la crise appendiculaire qui révèle cette tuberculose est précoce, que le traitement chirurgical est immédiat, on constate sur les pièces enlevées une disposition identique. Il y a un semis de granulations (granulie) sur l'appendice. C'est ce qui semble ressortir des observations anatomo-cliniques de Pauchet, de Demars, de Cullen de Jalaguier, de Ménétrier et Aubertin.

Les constatations qu'ont faites Letulle et Weinberg sur le début des lésions tuberculeuses par la muqueuse ne prouvent pas leur origine digestive car la muqueuse et la sous-muqueuse sont plus richement vascularisées et comme telles peuvent être infectées plus facilement que les autres tuniques.

D'ailleurs on peut opposer la rareté de la tuberculose gastroduodénale, à la fréquence de la tuberculose appendiculaire: dans la première partie du tube digestif l'absorption est considérable, elle est insignifiante dans la dernière partie; ce sont des faits peu en rapport avec l'origine digestive de la tuberculose.

Expérimentalement enfin la tuberculose intestinale est difficile à réaliser par voie digestive, du moins en tant que lésion initiale car ultérieurement elle est fréquente, mais elle peut, à cette période, être secondaire à la bacillémie. Les expériences tant de fois citées de Dobroklonsky, ont, il est vrai, donné des résultats positifs mais si, depuis, quelques auteurs les ont confirmées, ni Calmette et Guérin, ni Van Stenbergue, ni Vallée, n'ont pu, par voie digestive, déterminer des lésions intestinales malgré qu'ils aient tuberculisé les animaux.

Au contraire, certains auteurs ont pu reproduire par injection intraveineuse de diverses substances une pseudo tuberculose localisée à divers organes, en particulier à l'appendice. Loeper et Esmonet ont réalisé l'entérite tuberculeuse expérimentale par injection intraveineuse de bacilles. Ainsi arguments anatomiques, cliniques et expérimentaux établissent l'origine sanguine de la plupart des appendicites tuberculeuses.

L'origine sanguine de l'appendicite typhique nous semble in-

discutable. Ce n'est en effet qu'une entérite éberthienne et bien qu'elle soit localisée au canal appendiculaire ou maxima en ce point, sa pathogénie est identique à celle de l'entérite éberthienne généralisée.

François en a réuni dans sa thèse un grand nombre de cas; Hesse, Perrone, etc., l'ont signalée. Nous-même en avons publié une observation.

OBS. (résumée). — P..., jeune garçon de dix-sept-ans, entre dans le service de M. Chauffard pour douleurs de la fosse iliaque droite. C'est brusquement quatre jours avant son entrée, à onze heures du soir, ainsi que le malade peut le préciser exactement, qu'une douleur violente dans la région de Mac Burney survint. Dix minutes après, l'enfant vomissait et dans la nuit la diarrhée apparaissait.

Au moment de l'entrée du malade, le diagnostic d'appendicite était évident. Cependant le pouls dicrote, la langue trémulante firent supposer à M. Chauffard qu'il s'agissait peut-être d'une typhoïde à début appendiculaire. L'hémoculture positive (bacille d'Eberth à l'état de pureté sans infection associée) vint confirmer cette hypothèse. D'ailleurs les jours suivants, tous les symptômes de la typhoïde apparurent. L'évolution fut normale à part une double complication vasculaire (artérite et phlébite).

Ce cas est un exemple particulièrement net d'appendicite typhique à début aussi brusque que celui des appendicites cliniquement primitives. N'eut-il pas été suivi du tableau complet de la fièvre typhoïde, on l'aurait considéré comme une appendicite primitive; seul un interrogatoire très serré du malade nous permit de préciser que, les quelques jours qui avaient précédé "son coup de poignard abdominal", il était légèrement fatigué et avait eu des épistaxis.

A côté de ces appendicites éberthiennes véritables, il est d'autres appendicites qui surviennent dans le cours ou plutôt le décours de la fièvre typhoïde et ont été rangées par Dieulafoy, sous l'appellation d'appendicites paratyphoidiques. Ces appendicites survenant tardivement, atteignant une muqueuse ulcérée et n'étant plus contemporaines de la septicémie, nous semblent au contraire être d'origine intestinale.

Tout récemment Widal en collaboration avec P. Abrami, Bris-

saud et Weissembach a publié une observation particulièrement intéressante qui confirme entièrement l'origine sanguine des appendicites survenant dans les septicémies à bacilles du groupe Coli-Eberth. La voici résumée :

A... quarante-cinq ans, entre avec le diagnostic de fièvre typhoïde. L'hémoculture montre qu'il s'agit de septicémie à bacille paratyphique B. Le quinzième jour de la maladie, quarante-huit heures après l'hémoculture apparaît une appendicite gangréneuse à laquelle succombe la malade. A l'autopsie les lésions siègent sur l'appendice, le cœcum et la partie initiale du côlon ascendant. Il n'y a pas de lésions de l'intestin grêle sur l'appendice. On constate des lésions gangréneuses à l'examen histologique, et des bacilles courts ne prenant pas le gram. A l'examen bactériologique b. paratyphique B., Colibacille, Entérocoque.

Comme le fait remarquer M. Widal, ce fait clinique a la valeur d'un fait expérimental puisque l'appendicite est survenue alors que l'hémoculture avait déjà prouvé l'existence de la septicémie.

L'appendicite pneumococcique, malgré l'intérêt qui s'attache à son étude, est encore mal connue. Le point de côté abdominal des pneumonies chez l'enfant en est croyons-nous la manifestation la plus fréquente et cependant l'intérêt pathogénique et clinique en est méconnu.

Pour expliquer cette localisation exactement ou presque exactement située au point de Mac Burney, on invoque en effet une névralgie du douzième nerf intercostal, ce qui nous semble particulièrement erroné puisque : 1° le douzième nerf intercostal qui sort au-dessous de la douzième vertèbre dorsale est éloigné de trois ou quatre centimètres du bord inférieur du poumon et est toujours à quelque distance (un centimètre à un demi-centimètre) au-dessous du cul-de-sac pleural, ce qui rend son irritation par un foyer pulmonaire en général apical bien peu plausible ; 2° on ne comprendrait pas pourquoi la pneumonie *gauche* déterminerait une névralgie du douzième nerf intercostal *droit*. Il nous semble beaucoup plus rationnel d'admettre une réaction appendiculaire.

D'une part, en effet, n'est-ce pas chez les enfants dont l'appen-

dice est si fragile que l'on constate le plus souvent ce point de côté abdominal ? Et d'autre part, s'il est classique de donner des signes différentiels entre le point de côté abdominal dans la pneumonie et dans l'appendicite, ces différences cliniques sont bien ténues puisqu'il n'est pas de service d'enfants où l'on ne commette une ou plusieurs fois par an cette confusion.

Le seul argument sérieux élevé contre cette opinion est le suivant :

Il est des malades chez qui les phénomènes appendiculaires furent tellement nets qu'on les opéra d'urgence ; pourtant à l'examen anatomique, l'appendice fut trouvé sain.

C'est là un excellent argument qui montre que les symptômes appendiculaires peuvent apparaître sans qu'il y ait appendicite ; contre de tels faits, on ne peut répondre que par d'autres faits diamétralement opposés. Talamon, Ferrier, Leroux, Triboulet, Lesné et Marre, pour ne citer que les auteurs français, ont publié des cas d'appendicite suppurée au cours de la pneumonie.

L'observation de Lesné et Marre, dont nous avons été témoin, est à cet égard particulièrement suggestive.

L. Roger, âgé de quatre ans et demi, pris brusquement de douleur abdominale, avec fièvre et vomissements alimentaires et bilieux, entre d'urgence à l'hôpital Bretonneau le 27 mai 1907, dans l'après-midi. A ce moment, température à 40°, pouls à 130, mais régulier et bien frappé ; douleur spontanée et provoquée dans la fosse iliaque droite avec défense musculaire assez marquée, mais localisée. Le malade ne présentant aucun symptôme pulmonaire, on pense à une appendicite, et on institue le traitement d'attente, diète absolue et glace sur le ventre. Le lendemain matin 28 mai, à la visite, après un examen minutieux, on constate à la partie moyenne du poumon droit une respiration un peu souffante avec un léger degré de submatité. La température se maintient élevée, le pouls reste bon, la respiration est rapide. Dès lors le diagnostic est affirmé d'une façon absolue ; il s'agit d'une pneumonie avec réaction abdominale marquée, et le traitement est institué. Le soir, les symptômes de réaction péritonéale s'accroissent, la douleur et la résistance musculaire s'étendent, la température est élevée et le pouls rapide ; mais les phénomènes thoraciques sont un peu plus marqués, on entend

nettement un souffle, on retrouve de la matité, et le diagnostic de pneumonie est maintenu. Le lendemain matin 29 mai, le tableau a complètement changé: facies péritonéal classique avec le nez grippé, les yeux excavés; ventre de bois extrêmement douloureux; pouls filiforme et incomptable, température à 39°, 5; bref tous les signes d'une péritonite généralisée. Bien que l'examen thoracique pratiqué à nouveau fit percevoir les mêmes signes que la veille, il n'y avait plus d'hésitation possible. Le malade est immédiatement opéré par M. Villemin qui trouve, en effet, une péritonite purulente généralisée d'origine appendiculaire.

L'appendice gangrené et perforé est enlevé, mais l'enfant était dans un état tel qu'il mourut presque aussitôt.

A l'autopsie foyer d'hépatisation à la base du poumon droit.

Ainsi l'appendicite suppurée ou gangrenée est loin d'être exceptionnelle dans la pneumonie. Aussi nous semble-t-il logique d'admettre qu'à côté de tels cas, il en est d'autres où l'appendicite est légère et ne se traduit que par une douleur localisée au point de Mac Burney et accompagnée de contracture du grand droit. Si ces phénomènes s'amendent, ils sont pour un observateur non prévenu, considérés comme symptomatiques d'une pneumonie simple. En bonne logique cependant, il faut admettre que certains de ces points de côté abdominaux, peut-être seulement quelques-uns, peut-être la majorité, relèvent de l'appendicite.

Dans le même ordre de faits, on doit également se demander si dans le groupe encore confus des péritonites pneumococciques, à côté de celles qui relèvent directement de l'infection sanguine, il n'en est pas d'autres qui sont des appendicites pneumococciques méconnues et récemment Ashdowne signalait 3 observations où il y avait des lésions probablement primitives de l'appendice. Harvier, cité par Triboulet, a dans un cas comparable, réussi à déceler le pneumocoque dans la paroi appendiculaire.

Ainsi, point de côté abdominal marquant le début de la pneumonie, appendicite aiguë, péritonite généralisée à pneumocoques, tels sont les 3 aspects sous lesquels en clinique, peut se présenter l'appendicite pneumococcique.

Appendicites pneumococciques, éberthiennes, tuberculeuses, sans être exceptionnelles ne sont pas cependant très fréquentes.

Par contre, dans l'angine, la grippe et surtout dans certaines

septicémies mal déterminées, l'appendicite survient avec une fréquence remarquable.

Humphreys, Kelynak et Jalaguier, puis Brionval et Fischer sont les premiers à signaler l'appendicite au cours de l'angine.

Hans Weber étudie trois cas d'association d'appendicite et d'angine à streptocoque. Dans un cas, l'appendicite et l'angine sont apparues simultanément; dans les deux autres cas, l'appendicite est survenue soit au cours de l'angine, soit pendant la convalescence; quelques jours après, Meyer rapporte un cas analogue.

A propos de ces cas, Hans Weber admet qu'il y a infection par déglutition du pus amygdalien.

Presque en même temps, Lejars publie l'observation d'une jeune fille âgée de dix-neuf ans soignée pour angine syphilitique sur laquelle était venue se greffer une infection banale. Au cours de cette angine, elle est atteinte d'appendicite. Siredey rapporte un cas d'appendicite suppurée avec intoxication d'une gravité extrême survenue quarante-huit heures après une angine légère.

Mais ce fut surtout Kretz qui étudia les rapports entre ces deux localisations infectieuses, pharyngée et appendiculaire; dans 14 cas d'appendicite aiguë et suppurée, il constata toujours une amygdalite. Douze fois l'agent pathogène (streptocoque) était le même dans le foyer amygdalien et le foyer appendiculaire.

L'appendicite suppurée est donc fréquente dans les angines, mais bien plus fréquents sont les cas d'appendicite légère ou de douleurs appendiculaires frustes.

Simonin en cite 7 observations; nous-même en avons observé plusieurs cas.

La fréquence de l'appendicite dans la grippe est à l'heure actuelle admise par tous, mais c'est surtout Faisans qui a développé cette idée en montrant le parallélisme de la grippe et de l'appendicite.

Dans quelques cas, il y a même eu double épidémie simultanée de grippe et d'appendicite (épidémies du 155^e régiment d'infanterie, d'un régiment prussien dont l'histoire est rappelée par Schültze).

L'appendicite n'existait pour ainsi dire pas, ni en Europe, ni

en Amérique avant la grande épidémie de grippe de 1889, et Faisans concluait en disant que :

“ Toutes ces appendicites (celles d'autre nature) mises ensemble constituent l'infime exception en regard de l'appendicite grippale.

“ Ce n'est pas de préférence comme on pourrait le croire dans les formes abdominales ou gastro-intestinales de la grippe que cette éventualité se produit.

“ Il ne semble pas que l'appendicite résulte de la propagation d'une inflammation du voisinage; elle est plutôt une manifestation parfaitement localisée de l'infection générale.”

Faisans, Mercklen, Gagnière, ont publié un grand nombre de cas d'appendicites grippales; nous-mêmes en avons observé et publié plusieurs; en voici un à titre d'exemple :

OBS. (résumée). — B. . . , dix-neuf ans, infirmière à l'hôpital Cochin, vint nous trouver parce que souffrante; depuis dix jours, elle est grippée (coryza, catarrhe des voies respiratoires supérieures, fatigue générale, céphalée).

Dans la nuit du dixième jour de la maladie elle est prise brusquement d'un point de côté abdominal dans la région de Mac Burney et vomissements 15 à 20 fois dans la nuit. L'état est assez grave pour qu'elle entre d'urgence dans le service de M. Schwartz où elle eut une nouvelle crise.

L'opération cinq semaines après, montra l'existence d'une appendicite suppurée avec maximum de lésions dans la couche sous-muqueuse.

L'ensemencement du pus au milieu aérobie et anaérobie ne montra que du colibacille et du staphylocoque.

Toutes les observations d'appendicites grippales se ressemblent: au cours d'une grippe caractérisée par de l'enclenchement du coryza, de la sinusite souvent ou de l'otite, apparaît une douleur dans la fosse iliaque, puis l'appendicite évolue, catarrhale, suppurée, nécrosante parfois ou hypertoxique, si bien que au même titre que l'otite ou la bronchopneumonie, l'appendicite est une des plus sérieuses complications de la grippe.

Mais quelque fréquentes que soient les appendicites grippales, ce ne sont peut-être pas cependant les plus fréquentes des appendicites hématogènes.

Il est en effet des septicémies de nature mal déterminée, mais éphémères qui surviennent brusquement et en dehors de toute épidémie grippale. Elles ne troublent que bien peu la santé générale; un peu de malaise ou de céphalée, une légère élévation thermique, quelques frissons, tout se borne à ce tableau clinique à peine ébauché, les symptômes sont si légers, que dans les milieux non médicaux, chez des gens peu intelligents, ils passent inaperçus. Il n'y a ni toux, ni catarrhe des voies respiratoires supérieures, ni otite, ni sinusite, ni endolorissement musculaire généralisé, et malgré que par un abus de terme aussi répandu qu'erroné, on donne parfois à cette infection mal déterminée le nom de grippe, rien ne permet d'affirmer qu'elle ait quelque parent avec l'influenza vraie.

Que sont ces états infectieux exactement? On ne le peut dire, mais maintes fois l'appendicite en est l'aboutissant.

Cette pyrexie est si faible qu'elle passe souvent inaperçue. Interrogé, le malade répond qu'il a été pris brusquement et que sa santé était parfaite avant les douleurs abdominales dont il peut préciser exactement l'heure d'apparition, mais si on insiste, ou mieux si, on a pu examiner le malade les jours précédents, avant qu'il ne se plaignit de douleurs abdominales, on arrive à décèler l'état infectieux initial.

Vraisemblablement ces septicémies atténuées sont extraordinairement fréquentes; bien des malaises passagers peuvent leur être attribués. Le plus souvent elles ne s'accompagnent d'aucune localisation particulière, parfois cependant elles se fixent sur l'appendice.

En voici quelques exemples:

OBS. (résumée). — R. ., quatorze ans, collégien, appartenant à famille médicale et pour cela scrupuleusement observé, se met à pleurer un soir sans raison. Interrogé, il dit qu'il est fatigué. Ni céphalée, ni fièvre, pas de coryza, pas d'otite, pas de vomissements, de constipation, ni de diarrhée, pas de douleurs abdominales. Il se couche de bonne heure. Le lendemain, bien que fatigué, il se rend au collège une partie de la journée. Le surlendemain, douleurs abdominales, appendicite qui, quelques jours après, évolua vers une forme hypertoxique avec hématoméses. Opérations d'urgence (Jalagnier). Guérison.

Ces phénomènes initiaux dont je fus le témoin ont été extrêmement légers; ils eussent sans doute passés inaperçus dans un milieu non médical et l'appendicite eut été considérée comme primitive.

Le cas suivant, observé par un de mes collègues d'une manière particulièrement précise, appartient vraisemblablement à une septicémie aussi atténuée que possible et est de même ordre.

OBS. (résumée). — Y..., jeune femme de vingt-six ans, se plaint d'une légère céphalée le soir et d'un peu de fatigue insuffisante pour l'empêcher de vaquer à ses occupations pourtant fatigantes. Aucune douleur abdominale, la température n'est pas prise. Le lendemain, au réveil, point appendiculaire avec défense de la paroi; pas de nausées, pas de vomissements. Le surlendemain, frissons généralisés, puis apparition d'un érysipèle de la face qui guérit sans complication. L'atteinte appendiculaire fut d'ailleurs très légère. La filiation est donc la suivante: septicémie, appendicite, érysipèle. La septicémie était extrêmement atténuée et serait sûrement passée inaperçue si elle n'avait atteint l'appendice.

Tout médecin a constaté de tels faits. A la base de bien des appendicites, on retrouve ces infections atténuées.

Les arguments cliniques sont donc multiples qui peuvent être invoqués pour affirmer l'existence de ces appendicites hémato-gènes; rarement on peut en donner de preuve anatomique, et nous avons eu entre les mains plusieurs pièces d'appendicite, dont l'origine septicémique était indiscutable, et sur lesquelles pourtant nous ne pouvions déceler aucun caractère anatomique spécial.

Cependant M. Delbet (comm. orale) nous a fait remarquer que parfois il avait observé une véritable gangrène linéaire de la base de l'appendice; et il se demandait si une telle gangrène pouvant aboutir à une "amputation spontanée" de l'appendice, ne correspondant pas à une embolie septique, de l'artériolle qui irriguait cette "tranche" appendiculaire. S'il existe des plaques gangréneuses ou ecchymotiques multiples comme dans l'observation de Widal, l'origine sanguine nous paraît probable, mais de tels faits anatomiques sont relativement rares.

Cependant il est un fait qui plaide contre cette théorie de l'ap-

pendicite hémotogène, c'est que exceptionnellement, on trouve dans le pus appendiculaire ou péritonéal l'agent pathogène d'une septicémie ordinaire.

Si Wilson, Tavel et Lanz, Achard et Broca, Ferrier, Roudneff, retrouvent chacun dans 1 cas le pneumocoque, si Hans Weber dans 3 cas et Kretz dans 18, trouvent le streptocoque, si Stokes et Amick trouvent le bacille d'Eberth et Widal la paratyphique B, si Fouquet, Sabrazès et Duperié, signalent dans la paroi de l'appendice le tréponème, la plupart des auteurs, en particulier Veillon et Zuber, dans leur étude magistrale sur la bactériologie des appendicites ne décèlent que le colibacille et les anaérobies. Ce semble être là, il faut l'avouer, un bien puissant argument en faveur de d'origine digestive de l'appendicite.

Cet argument cependant n'est pas probant. Les expériences faites avec Saint Girons, nous ont montré en effet que l'invasion du tissu appendiculaire par un microbe (dans l'espèce le streptocoque) venu par voie vasculaire, permettait, aux microbes intestinaux d'infecter le tissu appendiculaire et de là le reste de l'organisme, si bien que, côte à côte, sur la même pièce, on pouvait voir les deux infections appendiculaires, celle d'origine sanguine, et celle d'origine intestinale; or, certains microbes de l'intestin, par exemple le colibacille, sont d'une vitalité excessive et rapidement arrivent surtout si l'agent de la septicémie n'est pas très vivace à masquer l'infection primitive d'origine vasculaire.

Trouver des bactéries intestinales dont le pus appendiculaire n'est donc pas plus extraordinaire que trouver des streptocoques dans la gorge des scarlatineux.

(à suivre)

NOUVELLES

A LA LONGUE-POINTE

J'ai visité Saint-Jean de Dieu. Et j'en suis revenu!

J'ai vu, dans cet asile des contrastes, mille choses intéressantes. Et par là, je n'entends ni les appareils de chauffage et d'éclair-

rage, ni la cuisine, ni les 50 pores et les 50 minots de pomme de terre qu'on sert chaque jour aux pensionnaires, ni les tramways électriques qui circulent dans les corridors, ni même les discours de Lapointe,—Elzéar celui-là.

Moi qui n'avais jamais vu de miracle j'ai assisté, là à celui de la charité. Les Sœurs l'opèrent en permanence. J'ai contemplé le luxe le plus effréné de la propreté. J'ai vu beaucoup d'hommes retirés de la circulation, et ça m'a fait songer à beaucoup d'autres qui devraient l'être. J'y ai même vu des fous. Mais jamais je n'aurais cru y rencontrer tant de gens qui ressemblent à ceux qui sont ailleurs.

* * *

Mon admiration eût été sans mélange, si je n'y avais aussi rencontré le gouvernement.

Quand je dis le gouvernement, je parle de la politique. Et quand je parle de la politique, je n'entends que les politiciens canadiens catholiques.

Savez-vous ce qu'il paie, le gouvernement de la province catholique de Québec, pour chacun de ses pensionnaires chez les Sœurs de la Providence? \$10.00 par mois. Jusqu'à ces derniers temps il ne payait même que \$9.00 et quelques sous.

Et pour ses aliénés protestants de Verdun?—\$14.50.

Ce qui fait que, grâce aux Religieuses de St-Jean-de-Dieu, les contribuables, c'est-à-dire vous et moi, épargnent \$4.50 par mois, ou \$54.00 par année sur chaque aliéné. Et comme il y en a à peu près 1800, cela forme en chiffres ronds: $1800 \times 54 = \$97,200$ par année. Les mêmes Religieuses, nous rendant ce service depuis plus de trente ans, nous tenons donc d'elles la petite aumône de $\$97,200 \times 30 = \$2,916,000$.

Près de trois millions de piastres!

Souvenez-vous de ce fait, je vous prie. Quand on vous vantera les grands dons des millionnaires protestants, vous leur rappellerez celui-ci, dont ils bénéficient comme nous, et qui leur est fait par ces petites filles du peuple que sont nos Sœurs de charité. Quand certains catholiques, qu'on prend plus facilement par la bourse que par le cœur, vous parleront avec dédain de ces s... quêteuses de Sœurs, vous mettrez sous leurs yeux ce cadeau

de trois millions, et vous y ajouterez tout ce que nous apportent, plus gratuitement encore, cent autres institutions religieuses de charité. Tout cela aide à éteindre les préjugés et à faire taire la sottise.

* * *

Un brave ouvrier, contribuable et électeur, à qui j'exposais les chiffres qui précèdent, prit la chose tout autrement que moi :

— Et pourquoi cette différence de prix en faveur des anglais ? dit-il avec indignation.

— C'est la race supérieure, voyez-vous, fis-je en souriant.

— Ah ! bien oui, par exemple, en voilà un bel endroit pour admirer la race supérieure : un asile !

— Voudriez-vous donc, repris-je, réduire à \$10.00 les \$14.50 des pensionnaires protestants ?

— Pas du tout ; leur asile ferait banqueroute, et nous les aurions tous à nos trousses !

— Alors, vous voulez élever les \$10.00 des catholiques jusqu'aux \$14.50 ?

— — Tout cela m'est bien égal ! Je veux que ce qu'on fait pour les uns, on le fasse pour les autres, quand les services rendus sont égaux. Pourquoi payer les nôtres comme des êtres inférieurs et les traiter comme des chiens battus ? On nous recommande souvent, à nous gens du peuple, d'avoir de la dignité et de nous tenir debout devant les Anglais ; on devrait bien commencer par nous en donner l'exemple. On parle de persécution et on crie contre Ontario pour obtenir des droits égaux ; les protestants d'Ontario auraient droit de nous répondre : Commencez donc par vous les accorder vous-mêmes !

— Parfaitement, parfaitement ! dis-je à mon brave homme qui parlait comme le bon sens ; mais vous allez trop vite. La dignité, ça ne s'apprend pas, comme ça, tout d'un coup. Quand on s'est habitué, en toutes choses, à regarder en haut ceux des autres races et à se mettre à genoux pour qu'ils paraissent encore plus grands, et qu'eux-mêmes se sont habitués à nous marcher dessus, on ne met pas ça de niveau d'un tour de main. Beaucoup de Canadiens catholiques sont un peu comme certains écoliers : avez-vous remarqué ce qui arrive à un écolier, même bien doué, que l'on traite sans cesse de borné, d'imbécile, d'idiot ? Il finit par le croire.

Quelques-uns des nôtres ont fini par le croire, — et ça se manifeste jusqu'aux asiles inclusivement.

“ *Passant.* ”

SOCIETES

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 4 Mars 1913.

Présidence de M. DÉCARIE.

Rapport du Comité spécial. (Re-Dr Tucker's Asthma Cure.)

La Société Médicale :

Considérant que les autorités fédérales ont permis d'introduire et de vendre librement au Canada, une médecine brevetée contenant un pourcentage élevé de cocaïne, appelée "Dr Tucker's Asthma Cure" et ayant des propriétés *curatives* dans l'asthme, la fièvre des foins et le catarrhe du nez;

Considérant que la vente libre de toute médecine brevetée ou autre contenant de la cocaïne, fait courir de grands dangers au public en général;

Considérant que plusieurs provinces du Dominion et en particulier la Province de Québec, ont passé des lois pour empêcher ou contrôler la vente de la cocaïne;

Demande avec instance que cette médecine brevetée "Dr Tucker's Asthma Cure" ne puisse être livrée au public que sur ordonnance signée par un médecin dûment qualifié;

Que ce médecin demeure dans les lieux ou le voisinage habités par le malade dont il connaît les habitudes, la maladie, les besoins, et chez qui il pourra suivre les effets de cette médecine brevetée;

Que cette prescription ne pourra être renouvelée que sur avis du même médecin.

Soumis à l'approbation des membres du comité spécial:

MM. BOULET, J. E. FORTIER, A. LESAGE.

Ce rapport est adopté à l'unanimité.

MÉMOIRES

Traitement complémentaire du cancer par les agents bio-chimiques et physiques par M. E. St-Jacques. — M. St-Jacques pro-

clame d'abord l'exérèse chirurgicale, faite largement et à bonne heure, comme le meilleur traitement actuel du cancer; mais, ajoute-t-il, toutes les fois qu'il est possible, on doit faire suivre l'exérèse par un traitement complémentaire.

Après avoir rapporté ce qu'il lui a été donné d'observer dans un récent voyage en Allemagne et particulièrement à l'Institut de Heidelberg touchant les diverses méthodes de traitements complémentaires du cancer, il nous entretient tout spécialement des agents bio-chimiques et physiques, et s'attache à démontrer leur valeur actuelle en se basant sur les résultats obtenus jusqu'ici.

Les Rayons X, dit-il, n'ont guère répondu aux espérances qu'ils avaient d'abord fait naître; ils n'ont aucune action sur les cancers profonds, et celle-ci est loin d'être constante sur les cancers superficiels. L'application des Rayons X est en outre très délicate, exige des manipulations très précises et une instrumentation de première valeur. Remarques qui, ajoute M. St-Jacques, peuvent aussi être adressées à l'application du Radium. Celui-ci aurait donné quelques résultats positifs à Paris seulement, quoiqu'il ait été utilisé dans tous les pays.

Quand aux agents chimiques, M. St-Jacques les divise pour l'étude, en deux classes :

L'une comprend le sélénium, le tellure et la cuprase, médicaments employés sous forme colloïdale, dont l'expérimentation est plutôt de date récente et qui n'ont donné jusqu'ici que des résultats problématiques.

L'autre classe comprend les arsénicaux et en particulier le 606, le 914, l'hectine, l'atoxyl, etc., dont l'action, tout particulièrement sur le sarcome, avait donné des guérisons lorsque le Wasserman était positif, et dans un très grand nombre de cas, une survie assez prolongée, lorsque celui-ci était négatif.

M. St-Jacques ajoute qu'il emploie systématiquement depuis trois ans, après chaque opération pour cancer quelconque, l'atoxyl en injection et à la dose de 10 c. m. 3, deux fois la semaine pendant trois mois. Il dit avoir toujours eu à s'en louer, parce qu'à chaque fois il en a obtenu un effet bienfaisant, et que d'ailleurs aucun accident de la vue n'est survenu chez ses malades.

En discussion, M. Léo Parizeau demande à M. St-Jacques ce qui est obtenu de la méthode de fulguration préconisée par M.

Keating-Hart et M. St-Jacques de répondre que c'est là une méthode aveugle qui ne pouvait qu'être abandonnée rapidement.

M. G. Archambault fait à son tour remarquer au conférencier que l'atoxyl a été rayée de la médication à l'hôpital St-Louis à cause de ses dangers pour la vue des malades.

MM. Robichon, Baril, LeSage, Latreille et Décarie ajoutent ensuite quelques remarques.

M. le Dr Marien qui, pendant plusieurs années, a tenu la chaire d'histologie à Laval, se dit particulièrement intéressé par le magnifique travail de M. St-Pierre et lui adresse ses plus chaleureuses félicitations.

Le secrétaire,
G. Wilfrid DEROME.

Séance du 18 Mars 1913.

Présidence de M. DÉCARIE.

Dr DUBÉ. — *Quelques notes cliniques.*

Il nous rapporte quelques observations de petits malades souffrant tous de cardiopathies et passe en revue les signes objectifs qui caractérisent tout particulièrement les lésions des valvules et sigmoïdes aortiques.

Il montre en s'aidant de schémas, comment, grâce aux dispositions anatomiques de l'endocarde, l'inflammation détermine les lésions de ces deux orifices.

Son expérience déjà longue et sa bonne habitude de conserver sur des fiches l'observation complète de ses malades, lui permettent d'affirmer avec d'autres que l'endocardite est chez l'enfant, beaucoup plus fréquente qu'on le croit généralement et que si elle passe souvent inaperçue, c'est parce que le jeune cœur s'adapte plus facilement que celui de l'adulte aux troubles survenus.

Il ajoute que l'endocardite est à craindre dans toutes les infections, même quand elles évoluent d'une façon bénigne.

En discussion, M. Latreille rappelle quelques-unes des notions anatomo-pathologiques du cœur et de l'aorte et appuie particulièrement sur les lésions dues à la syphilis et sur celles causées par la présence de cholestérine dans le sang, comme l'athérome.

M. LATREILLE. — *L'érythémie ou maladie de Vaquez* (Présentation de malade).

M. Latreille présente à la société un malade, âgé de 42 ans, qui, depuis sa naissance, offre un syndrome rare, caractérisé par de la cyanose de la face, des mains et des pieds, ainsi que des muqueuses, sans hypertrophie du foie, ni de la rate. Son sang contient 9 millions 400 milles globules rouges, nullement altérés morphologiquement, et 6800 globules blancs, avec un taux d'hémoglobine à 120%. Dans ces derniers temps, cet homme a eu un ictus, et est resté avec des troubles nerveux moteurs d'hémichorée et d'hémiathétose. Le rapport azoturique (0.77), et la constante uréique (0.115), ont été mis à profit par l'auteur pour éclairer le pronostic et diriger le traitement dans ce cas particulier.

Le secrétaire,

G. Wilfrid DEROME.

ANALYSES

MEDECINE

Un renseignement de plus pour le diagnostic du cancer gastrique (*Archives des maladies de l'Appareil digestif*. 1912, n° 6, p. 307-312), par ALFONSO MEDINA, dans *La Presse Médicale*, Mercredi, 12 mars 1913.

Müller et Lewin ont constaté récemment que, dans les tissus de quelques épithéliomes, il existait un ferment peptolytique semblable à la trypsine pancréatique ou, mieux encore, à l'érepsine intestinale laquelle, est, on le sait, capable de conduire l'hydrolyse protéique jusqu'à la mise en liberté d'acides aminés. A. Fischer et O. Neubauer ont établi sur ce fait une méthode de diagnostic du cancer gastrique; il se sont servi du glycil-tryptofane, bipeptide qui, en moins de vingt-quatre heures de digestion dans l'étuve à 38-40° avec des ferments pancréatico-intestinaux ou un suc gastrique provenant d'un cancéreux, laisse libre la tryptofane; on reconnaît facilement la mise en liberté de ce corps à la coloration rouge que l'on obtient en ajoutant au produit de l'hydrolyse de l'eau et des vapeurs de brome, la coloration étant d'autant plus in-

tense que la quantité d'acide aminé mise en liberté est plus grande. Au contraire, quand la pepsine ou le suc gastrique provenant de sujet non cancéreux est l'unique agent de l'hydrolyse, le glycytryptofane n'arrive pas à être hydrolysé dans un espace de temps si court ; on obtient seulement une légère réaction avec le brome au bout d'un temps assez long.

M. Alfonso Medina a fait plus de 40 digestions artificielles avec des sucs gastriques provenant de malades atteints de différentes affections non cancéreuses de l'estomac : jamais il n'est arrivé à obtenir du tryptofane dans les vingt-quatre heures, et c'est seulement après un séjour à l'étuve de soixante-dix à quatre-vingt-dix heures qu'il a observé une légère coloration rouge avec le brome. Par contre, dans 28 cas de cancer de l'estomac, le tryptofane est toujours apparu avant vingt-quatre heures à compter de la mise à l'étuve. Dans 2 cas, le diagnostic fut contrôlé par l'intervention chirurgicale ; 1 cas fut confirmé par l'autopsie et les autres par l'évolution clinique.

Il n'est pas nécessaire, pour que la réaction soit positive, que le néoplasme soit ulcéré ; dans 2 cas, l'auteur a eu une réaction positive plusieurs semaines avant ; l'apparition première d'un mélæna peu abondant, dans l'un des cas, le diagnostic clinique était encore très douteux. Il semble donc que ce signe puisse être utilisé pour le diagnostic précoce des néoplasmes gastriques.

L'auteur estime que la formation de ce ferment peptolytique s'explique par une altération profonde dans la nutrition et l'activité chimique des cellules néoplasiques ; le ferment élaboré par les cellules les plus superficielles de la tumeur ou par celles qui sont encore en communication avec un conduit excréteur est seul déversé dans l'estomac ; celui élaboré par les cellules centrales de la tumeur est nécessairement résorbé, et il passe dans le sang avec les autres produits du métabolisme. Cette résorption continuelle du ferment peptolytique élaboré par les cellules néoplasiques explique peut-être l'augmentation du pouvoir antitryptique du sérum sanguin qui apparaît ainsi comme un véritable processus de défense organique.

La gymnastique respiratoire par le procédé de la bouteille, dans
Gazette Médicale de Paris, 5 mars 1913.

La méthode simple, originale et pratique dont il s'agit et qu'a imaginée M. Pescher utilise le phénomène suivant de physique courante : une bouteille pleine d'eau retournée dans une cuvette d'eau ne se vide que si on insuffle de l'air par le goulot à l'aide d'un tube quelconque (tube de caoutchouc ou tube métallique re-

courbé). Comme il existe des bouteilles graduées de toutes capacités, on peut donner à la gymnastique *mathématiquement* l'intensité progressive que l'on veut.

Cette méthode consiste donc à souffler dans une bouteille pleine d'eau elle aussi. Elle met l'exercice respiratoire progressif à portée de tous les praticiens. Chaque médecin peut faire respirer ses malades à son gré en formulant pour chaque sujet la dose d'exercice qu'il juge convenable, après l'avoir déterminée par un exercice d'épreuve tout à fait élémentaire et facile. De son côté le malade se rend compte d'un jour à l'autre des progrès de son entraînement, non seulement par les effets qu'il en ressent, mais en les observant *de visu*.

Bénéficient largement du procédé, les catégories suivantes de malades: enfants débiles à la poitrine rétrécie et qui respirent mal; chlorotiques, anémiques, adénopathiques, névropathes, convalescents de toutes les affections aiguës des voies respiratoires, pré-tuberculeux, tuberculeux, coquelucheux, emphysémateux, bronchitiques, pleurétiques, cardiaques dans certaines formes d'arythmie.

Le procédé n'a pas de contre-indications spéciales. Son extrême élasticité donnant la facilité de commencer l'exercice par des doses aussi faibles qu'on le désire pour s'élever prudemment et graduellement aux doses plus fortes, permet de l'appliquer même dans certains cas où la gymnastique respiratoire serait contre-indiquée par les procédés ordinaires.

Il convient de remarquer que la bouteille a, au point de vue pratique, quelques inconvénients (remplissage, renversement, cuvette, etc). Tous ces inconvénients disparaissent grâce à un appareil très simple composé de deux flacons gradués de même contenance, reliés ensemble et munis de robinets permettant, par l'insufflation, de faire passer le liquide de l'un dans l'autre.

CHIRURGIE

Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical dans 45 cas d'ulcère gastrique ou duodénal (*Archives des maladies de l'Appareil digestif*, 1912, n° 7, p. 361-402, 8 figures), par P. CAILLÉ, GASTON DURAND et L. MAIRE, dans *La Presse Médicale*, mercredi, 12 mars 1913.

Cette étude de statistique clinique tire de l'homogénéité de ses éléments un intérêt considérable; elle porte sur 45 malades du service de M. Albert Mathieu, malades opérés pour des ulcères de

l'estomac ou du duodénum compliqués de sténose, d'hémorragies récidivantes ou de douleurs rebelles à tout traitement. Dans un premier chapitre les auteurs exposent d'abord l'ensemble des observations, groupées suivant le siège et l'âge de l'ulcère, et suivant l'ancienneté des phénomènes de sténose. Ils étudient ensuite la nature des troubles gastro-intestinaux observés après l'opération et leur mode de groupement suivant les individus et suivant la lésion. Après avoir mentionné l'état de la sécrétion gastrique, ils font une étude très complète de la motilité gastrique, étude basée sur l'examen radioscopique des opérés qui ont été vus aux rayons X avant leur sortie de l'hôpital et ensuite à des intervalles plus ou moins éloignés. Ils envisagent enfin, dans un dernier chapitre, le régime alimentaire et la capacité de travail des opérés.

De telles études qui permettent de comparer les résultats obtenus à la nature des lésions, à leur siège, à leur ancienneté, à la modalité de leurs manifestations peuvent seules faire faire des progrès à la connaissance des interventions opératoires ; seules elles peuvent permettre de décider quelles sont les conditions dans lesquelles l'intervention chirurgicale est susceptible de donner les meilleurs résultats immédiats et à distance.

Le signe de la clef dans la coxalgie au début, par le docteur H.-L. ROCHER, dans *Gazette Médicale de Paris*. 26 fév. 1913.

Le diagnostic de la coxalgie, particulièrement chez les petits enfants, et de certaines coxalgies frustes est souvent très difficile. Que de fois chez des enfants amenés pour une légère défectuosité de la marche, ou un peu de douleur dans le genou, on peut passer à côté du vrai diagnostic lorsque l'examen n'est pas minutieusement fait. J'ai souvent remarqué, en effet, que la recherche de la limitation des mouvements de la hanche, notamment de l'abduction, l'exploration de la tête fémorale par la pression digitale ne pouvaient donner de renseignements précis ; l'enfant se défend, se contracte, accuse de la douleur à chaque point comprimé ; un fait m'a également frappé depuis longtemps, c'est que même sur des articulations normales et chez des enfants intelligents, la pression de la tête fémorale au triangle de Scarpa détermine une sensibilité douloureuse, d'où possibilité d'erreur dans l'interprétation de ce signe. Et, je le répète, les signes du début d'une coxalgie chez un petit enfant sont incertains et peu nombreux..

Pratiquez au contraire la manœuvre de la clef chez un enfant qui est au repos, dans le décubitus horizontal ; aussitôt du côté

du malade, sous cette recherche faite le plus légèrement possible, vous verrez apparaître la contraction réflexe de défense des muscles du bassin et de la cuisse et une petite douleur qui ne se seront pas produites du côté sain, que vous prendrez toujours la précaution d'explorer en premier.

Cette manœuvre consiste à pratiquer un mouvement de torsion, le membre inférieur étant tenu en extension et saisi au niveau du pied par la main droite qui le tourne comme une clef, soit en dedans, soit en dehors par petit coup brusque répété une à deux fois. Cette manœuvre est supérieure aux renseignements donnés par la percussion du grand trochanter du genou, du talon qui souvent, même dans les coxalgies les plus franches et déjà avancées, ne détermine pas de douleur au niveau de la hanche: c'est là un fait que tous les chirurgiens d'enfants connaissent bien et, quand le signe de la clef est positif, il indique qu'il existe soit des lésions tuberculeuses synoviales de la hanche, soit un retentissement articulaire d'une lésion qui n'a pas encore dépassé le territoire osseux de l'extrémité supérieure du fémur.

Cette manœuvre n'a de valeur véritable que tout à fait au début de la tuberculose de la hanche; elle vient s'ajouter, quand elle est positive, aux renseignements donnés par la radiographie, qui n'est pas toujours à la portée des praticiens; car du diagnostic et du traitement précoce dépend, on le sait, l'heureuse évolution de la coxalgie.

PEDIATRIE

La méningite cérébro-spinale chez le nourrisson, par le Dr LeSage, de Paris, dans *La Clinique*, 24 septembre 1909.

Après avoir décrit les diverses formes de la méningite cérébro-spinale chez le nourrisson, formes classique, paralytique du cou, atténuée, tétanique, convulsive, cachectique avec fièvre à grandes oscillations et hyperesthésique, après avoir insisté sur quelques caractères du diagnostic (pouls irrégulier, instable, état infectieux gastro-intestinal, bombement de la fontanelle, ponction lombaire, etc.), M. Lesage se livre à quelques réflexions cliniques d'un haut intérêt.

Un premier fait se dégage: souvent la maladie est étiquetée gastro-entérite avec fièvre ou septicémie avec diarrhée. On peut voir, sous ces noms, exister une lésion méningée, soit une méningite tuberculeuse, soit une méningite cérébro-spinale. On est tellement obnubilé par cette idée que le nourrisson est un ventre que, dès qu'il a des troubles digestifs, on conclut à la gastro-entérite et on

met l'enfant au traitement : d'où la nécessité absolue d'examiner attentivement tous les organes d'un nourrisson atteint de gastro-entérite.

Un second fait important est la persistance des raideurs, du signe de Kernig. En effet, que de fois, dans diverses maladies, dans la pneumonie par exemple, ne trouve-t-on pas de la raideur du cou, du Kernig, mais passagèrement. Il faut différencier de la raideur ce qui est simplement de la défense. C'est là peut-être un des points les plus délicats de la clinique du nourrisson. Il faut pratiquer l'examen lentement, attendre, fatiguer la défense, la calmer et, peu à peu, la détente survenant, on pourra conclure qu'il n'y a aucune raideur. Ne voyons-nous pas souvent les nourrissons avoir du Kernig à un moment et ne plus en avoir à un autre ? On distinguera donc aisément la pneumonie, les broncho-pneumonies, la maladie de Barlow, les septicémies d'avec la méningite cérébro-spinale. Dans le doute, la ponction lombaire s'impose.

D'autre part, on observe fréquemment un état de l'enfant que l'on peut appeler agitation, car c'est le seul signe, et qui peut faire croire à l'existence d'une lésion méningée. Un peu de fièvre, de l'agitation intense, de l'insomnie, des cris. L'examen des organes est négatif. L'enfant semble avoir de la raideur du cou, du Kernig. Mais il ne s'agit là que de la défense. La ponction lombaire est négative, bien qu'elle donne parfois issue à un liquide clair, en hypertension. Ce sont certaines de ces "agitations" qui cessent avec l'antipyrine ou avec un lavement purgatif. Cet état est tellement trompeur que l'on peut observer la saillie de la fontanelle et une dissociation du pouls à 140-160, alors que la température est normale. On rencontre ces états chez des enfants en poussée d'alcoolisme, en poussée dentaire, ou même chez des enfants qui ont pâti et meurent de faim.

La maladie d'été ou gastro-entérite estivale peut, par certains points, ressembler à la méningite cérébro-spinale, tant l'agitation est intense parfois. Mais l'examen montre que l'enfant non seulement n'a ni raideur, ni Kernig, ni hypertension, mais qu'il n'a même pas de défense. Or, si cette dernière existe, c'est seulement au ventre, au niveau des muscles droits, qui sont douloureux à leur attache inférieure. Les autres symptômes suffisent : hypothermie cutanée, élévation de la température, etc.

Le diagnostic de la cause des convulsions ne peut être fait que par ponction lombaire, de même que pour les formes hyperesthésiques, tétaniques et à grandes oscillations thermiques.

Enfin, comme on sait, tout est excitation dans la méningite cérébro-spinale, sauf dans les dernières heures où le coma s'installe. On ne peut en aucune façon le confondre avec la méningite tuberculeuse qui revêt presque toujours la forme somnolente chez le

nourrisson. Ce n'est que dans la seconde année que la méningite tuberculeuse tend à revêtir la forme classique. Le signes caractéristiques (sommolence, fixité du regard, catalepsie oculaire, etc.) sont précédés d'une période d'excitation qui sera d'autant plus longue que l'enfant sera plus âgé. Dans ce cas, et à cette période, parfois le diagnostic sera difficile, mais la ponction lombaire lèvera les doutes. Cependant, dans quelques cas exceptionnels, on pourra voir voïncider, chez le même enfant, méningite tuberculeuse et méningite cérébro-spinale.

THERAPEUTIQUE

Thérapeutique chirurgicale; des résultats éloignés de la gastrectomie,
par M. le Dr JULES BOECKEL (de Strasbourg) (1), dans *Journal de Médecine interne*, 20 novembre 1910.

La communication que je désire porter devant la tribune de l'Académie est basée sur 76 cas de cancer stomacal observés pendant ces dix dernières années.

Elle a pour but de démontrer que malgré le nombre relativement élevé des maladies dirigés sur nos services de chirurgie, celui des cas opérables est des plus restreints.

C'est qu'en effet lorsque les médecins nous adressent leurs clients, ceux-ci ne sont que très rarement en état de supporter une opération telle que la gastrectomie. Loin de moi la pensée d'élever le moindre blâme à l'égard de nos collègues. Nous savons tous à quel point est délicat le diagnostic du cancer de l'estomac au début; les examens les plus consciencieuse ne sont pas toujours capables de le dépister; et lorsque la présence d'une tumeur dans la région stomacale ne permet plus le doute, les chances de l'opération sont des plus aléatoires; j'entends l'opération radicale; et je ne parle pas ici de ces opérations palliatives impuissantes à guérir le cancer; car en cas de réussite elles ne prolongent guère la vie que de quelques mois. Mais est-ce là un bien grand avantage et la gastro-entérostomie doit-elle être préconisée dans ce but? Pour ma part, je ne le crois pas, car lorsqu'on a été témoin des souffrances qu'endurent les malades en dépit de cette opération, par suite des progrès de leur affection, on en vient à se demander si en bonne conscience on leur a rendu service et si le bénéfice qu'ils en peuvent retirer compense les risques auxquels on les expose. Si la gastro-entérostomie dans les affections non cancéreuses est devenue de nos jours une opération qui n'accuse presque plus de mortalité, si elle réalise parfois de véritables résurrections, il n'en est pas de même dans le cancer.

Sans doute il est des circonstances spéciales où cette opération

reprend ses droits. Je veux parler des cas où une sténose pylorique très accusée entraîne fatalement la cachexie et la mort. En pareille occurrence, la gastro-entérostomie procurant un soulagement tel que les malades se croient guéris, il ne faut pas hésiter à la pratiquer.

Dans diverses autres circonstances, sur lesquelles je n'ai pas à m'appesantir dans cette note, elle répond à une indication d'ordre social. En admettant qu'elle prolonge la vie, ne fût-ce que de quelques semaines, elle ne doit pas alors être refusée.

En dehors de ces deux indications majeures, j'estime qu'il ne faut pas faire miroiter aux yeux du malade, dans le seul but d'enrichir sa statistique de quelques succès opératoires, une opération inutile.

Je me suis toujours conformé à ces principes ; et de fait je n'ai eu l'occasion de pratiquer la gastro-entérostomie dans le cancer de l'estomac que neuf fois sur un total de 76 malades.

Quels sont maintenant les cas qui sont justiciables de l'opération radicale, de la gastrectomie totale ou subtotale ?

Il est difficile, impossible même le plus souvent, de formuler d'emblée une règle précise à cet égard. D'ordinaire, ce n'est qu'après la laparotomie exploratrice qu'on est à même de se prononcer.

Tel cas qui paraît favorable, est jugé inopérable une fois que le ventre est ouvert. Il arrive souvent, en effet, que des malades ayant un aspect extérieur florissant, n'accusant aucun trouble digestif, ayant conservé un appétit excellent, malgré un cancer avéré, dont on avait jugé l'extirpation des plus simples, que ces malades n'en portent pas moins une tumeur absolument inopérable.

La réciproque est vraie aussi ; c'est-à-dire que des cancers que l'on croyait inopérables avant la laparotomie exploratrice, peuvent parfois être extirpés sans grandes difficultés.

Dans ces conditions, il y a de grandes chances de guérison.

La conclusion qui découle de ces quelques données me paraît toute naturelle.

Pratiquer la laparotomie exploratrice dans tous les cas où l'état du sujet permet encore d'y avoir recours sans compromettre son existence.

Régler ensuite sa conduite suivant les circonstances, tenir compte de l'étendue de la tumeur, de sa mobilité, de ses adhérences, des métastases, pour faire soit la résection de la tumeur, soit la gastrectomie totale ou subtotale ou borner son intervention à la simple laparotomie exploratrice, si l'une ou l'autre de ces interventions ne paraît pas praticable, telles sont les règles auxquelles je me suis rigoureusement astreint chez mes 76 malades. Sur ce nombre, j'en ai renvoyé d'emblée 21 qui étaient absolument

inopérables. La plupart d'entre eux sont morts d'ailleurs assez rapidement, après dix jours, six semaines, trois mois.

Trente-quatre malades ont subi la *laparotomie exploratrice* : 24 opérés se sont remis de cette intervention ; 10 trop gravement atteints ont succombé ; 9 cancéreux ont été soumis à la gastro-jéjunostomie ; 3 d'entre eux sont morts, 6 ont guéri ; la survie la plus longue a été observée chez une femme qui a résisté pendant un an, et qui est morte ensuite dans d'atroces souffrances. Une autre a pu entreprendre quatre semaines après l'opération un voyage en Amérique pour y rejoindre sa famille. Les 4 autres ont eu une survie de cinq à huit mois.

Enfin, chez 11 malades seulement j'ai pu faire la gastrectomie totale ou subtotale ; j'ai obtenu 7 guérisons et 4 morts, soit 36,3 p. 100 de mortalité.

Ces quatre cas de mort concernent des malades de 43 à 56 ans, arrivés dans mon service dans un état de cachexie très prononcée ; ces sujets, je le reconnais, n'auraient pas dû être opérés, bien que chez tous les quatre, la tumeur fût absolument mobile.

Une femme de cinquante-quatre ans présentant une anémie extrême ne supporta pas le shock opératoire : elle mourut quelques heures après l'opération.

Les trois autres sont morts de péritonite ; chez l'un, le côlon, par suite de la brièveté du ligament gastro-colique qui avait été coupé à ras, se nécrosa : d'où péritonite généralisée. Chez un autre, le côlon avait été réséqué en même temps que l'estomac, le ligament gastro-colique ayant été sectionné, comme dans le cas précédent, à ras de l'intestin. Il mourut également de péritonite. Chez le dernier enfin les sutures placées sur un duodénum infiltré lâchèrent. Il se déclara une péritonite généralisée suivie de mort au bout de cinq jours.

Mes sept cas de guérison ont trait à 4 femmes et à 3 hommes, âgés de 38, 43, 46, 50, 53, 72 et 75 ans. Chez tous ces sujets, j'ai fait la gastrectomie subtotale, enlevant les neuf dixièmes de l'estomac ; seul chez un vieillard de soixante-douze ans j'ai fait une résection moins large, me bornant à réséquer le pylore et la portion avoisinante de l'estomac sur une étendue de 10 centimètres. Chez 6 opérés, j'ai pu, après avoir décollé le duodénum, faire l'anastomose directe gastro-duodénale ; dans un seul cas, j'ai dû faire le Billroth II, à cause de la tension exagérée des parties à rapprocher.

Les suites ultérieures sont intéressantes à retenir.

Ma première opérée, dont l'observation a été communiquée à l'Académie il y a dix ans (1), a vécu pendant sept mois, se portant à merveille, se nourrissant comme tout le monde, digérant bien, ayant repris les apparences de la santé la plus florissante, attendu qu'en six mois elle avait augmenté de 15 kilogrammes. Puis, au

bout de sept mois et demi, elle mourut très rapidement d'occlusion intestinale. L'autopsie démontra qu'il n'y avait pas trace de récidive et qu'il n'existait aucune métastase.

Une deuxième opérée, une sœur de charité, âgée de 75 ans, se remit également admirablement d'une résection presque totale de l'estomac. Au bout de quatre mois, il se forma dans la région sus-ombilicale une fistule stercorale qui, malgré une tentative d'oblitération, finit par entraîner la mort de la malade.

Les quatre derniers cas ont trait à des sujets qui se portent à merveille, qui ont notablement augmenté de poids et qui vivent sans récidive depuis cinq mois, six mois, trois ans et demi et cinq ans passés. Ce dernier cas, le plus intéressant au point de vue de la longue survie, a fait l'objet d'une communication à l'Académie, le 3 octobre 1905 (2).

Tels sont les résultats que j'ai obtenus dans la cure du cancer stomacal. Assurément ils sont loin d'être brillants. Mais si l'on considère que toutes ces interventions ont porté sur des malades dont le cancer était déjà très avancé, si l'on songe qu'elles ont été dirigées contre une affection qui ne pardonne pas et que l'on croyait incurable jusque dans ces dernières années, on m'accordera volontiers que ces résultats doivent nous encourager à persévérer dans ces tentatives d'opération radicale.

Le seul problème à résoudre encore, et non le moins important, sera de faire le diagnostic du cancer stomacal le plus tôt possible. C'est de ce côté que, plus que jamais, devront porter nos recherches à l'avenir.

Sur la technique des abcès de fixation, dans *La Presse Médicale*,
Samedi 4 janvier 1913.

On connaît — nous y sommes revenus ici même à diverses reprises — les services que peut rendre la méthode de Fochier dans le traitement de diverses maladies dites générales, avec bacillémie (fièvre typhoïde, pneumonie, broncho-pneumonie, etc.).

Dans une monographie récente, M. Carles (de Bordeaux) revient sur cette question. Laissant de côté ce qui concerne les indications de la méthode, nous lui empruntons quelques données relatives à la technique, qui demande à être précisée.

La *quantité d'essence de térébenthine* à employer est variable. On commence, en général, par injecter 1 cm. cube, soit à la partie externe de la cuisse, région de choix, soit dans le flanc, soit dans la région lombaire, la région deltoïdienne, la partie postérieure de l'avant-bras ou externe de la jambe. L'injection doit toujours se faire dans le tissu cellulaire. Si, au bout de douze ou vingt-quatre heures, la réaction produite reste nulle ou insuffisante, il faut injecter de nouveau, en un autre point, et de douze en douze heures, de nouvelles doses d'un cmc d'essence de térébenthine. On ne dépassera pas cependant 3 ou 4 piqûres.

Il va sans dire que, chez les enfants, la dose précédente n'est pas de mise: quelques gouttes suffisent. Le jeune enfant, en particulier, est des plus sensibles à l'action violente de l'essence de térébenthine; elle détermine chez lui de véritables plaques de sphacèle pour peu que la quantité d'essence utilisée soit un peu forte. Il est donc nécessaire, quand on veut y recourir dans le jeune âge, de n'employer que de l'essence récente, moins active que celle qui est vieillie et, pour la rendre moins irritante encore, on la mélange, selon l'âge, avec $\frac{1}{3}$ ou $\frac{2}{3}$ d'huile stérilisée. Dans ces conditions, la production de l'abcès de fixation n'est plus, pour l'enfant, une méthode dangereuse en raison de sa violence même et elle peut lui rendre les mêmes services qu'à l'adulte.

Une fois l'injection faite, deux faits peuvent se produire: ou bien on voit paraître une réaction rapide, intense: celle-ci est, en général, le signal d'une amélioration et d'une guérison prochaine; ou bien, il n'y a pas de réaction et l'injection n'est pas plus irritante qu'une injection d'eau pure: cette absence de réaction est d'un mauvais présage.

Pour quiconque n'est pas habitué à utiliser les abcès de fixation, les phénomènes inflammatoires qui apparaissent, quand se produit une réaction normale, sont vraiment un peu effrayants. Déjà, au bout de quelques heures, la douleur au point de l'injection devient intense; puis on voit apparaître successivement un gonflement souvent considérable, parfois même de larges placards rougeâtres. On se croirait en présence d'un phlegmon diffus, à son début: les souffrances du sujet sont violentes et doivent être calmées par l'application de larges cataplasmes ou de grands pansements humides. Mais, déjà au bout du deuxième

ou troisième jour, l'inflammation se localise, la douleur diminue, la fluctuation apparaît; c'est à ce moment que commencent à décroître avec une rapidité souvent étonnante et tout à fait inattendue tous les symptômes de la maladie générale qui a nécessité la mise en œuvre de ce traitement violent et vraiment d'exception.

L'abcès qui, finalement, se forme, peut devenir énorme. Quand on l'incise au cinquième, au sixième, au quinzième jour, au moment où il est prêt à s'ouvrir spontanément ou bien quand la maladie en cours est définitivement jugulée, on est surpris de recueillir dans chaque abcès 100, 250, 300 gr. même quelquefois d'un pus bien lié, crémeux, sentant fortement l'essence de térébenthine, mélangé quelquefois à de larges débris de tissu cellulaire à moitié sphacélé.

Si la collection purulente tend à s'ouvrir spontanément de façon prématurée, si quelques signes d'infection générale persistent encore et si on n'a pratiqué qu'un abcès, il faut, comme le conseille Fochier, provoquer "un abcès de remplacement" avant d'ouvrir celui qui est prêt à s'évacuer au dehors.

Point très particulier: le pus de ces abcès est aseptique. Il faut donc prendre toutes les précautions habituelles d'antisepsie pour les ouvrir afin de ne pas les infecter.

Procédé simple pour arrêter les épistaxis, dans *La Presse Médicale*, Samedi, 4 Janvier 1913.

Ce procédé, qu'indique M. J. Pech, médecin de l'armée, dans l'avant-dernier numéro du *Bulletin médical* (1912, 29 Décembre, p. 1174), repose sur l'utilisation judicieuse des influences dynamiques exercées par les mouvements respiratoires sur la circulation du sang.

Le saignement du nez se produit lorsque, sous l'action d'une congestion trop intense de la muqueuse pituitaire, une des artérioles de la cloison médiane vient à se rompre. L'indication thérapeutique sera donc la suivante: abaisser la tension artérielle pour que cesse l'éréthisme vasculaire et que, sous l'influence favorisante de l'oxygène de l'air, le caillot obturateur puisse se former.

Comment abaisser cette tension? A n'en pas douter le moyen le plus simple est de faire le vide dans la tête et, pour cela, de provoquer l'afflux du sang dans le thorax par une dilatation inspiratoire portée à l'extrême. Mais comment y arriver?

Un raisonnement bien simple va nous donner la clé du problème.

Plus l'orifice d'entrée de l'air dans la poitrine sera étroit, plus il faudra faire effort pour aspirer l'air et plus aussi il conviendra de prolonger l'inspiration pour gonfler le thorax au maximum. Quoi de plus simple, dès lors, pour le patient, que de *comprimer latéralement avec l'index la narine par laquelle il ne s'écoule pas de sang?* Ce mouvement va tout d'abord obturer cette voie d'entrée de l'air, puis, la cloison médiane du nez se rapprochant de la paroi du lobule de la narine opposée, s'adossera à elle et réduira à une simple fente l'orifice par lequel l'air ne pourra entrer désormais que sous l'action d'une aspiration forcée.

L'inspiration doit durer de cinq à huit secondes, bouche close. Elle est suivie immédiatement d'une expiration brève *par la bouche*. Les inspirations se poursuivent quelques instants encore en *appelant toujours l'air par la narine qui saigne, et en le rejetant à bloc par la bouche*. Ces inspirations doivent être faites debout et tête droite. Deux ou trois suffisent généralement pour que le sang cesse de couler. Il convient d'éviter de se moucher pour ne pas détacher le caillot qui s'est formé.

L'ischémie cérébrale que l'on procure par ce moyen est si complète que, si on prolonge au delà de toute nécessité ces inspirations forcées, on vacille pris d'éblouissements.

Tel est ce procédé très simple dont M. Pech garantit l'efficacité. Il rend superflu l'emploi des eaux hémostatiques, du penghavar djambi, du tamponnement, du ballon de Laurent ou de la cautérisation, il est inoffensif. Enfin, chose précieuse, on peut dire sans métaphore qu'il est toujours à portée de la main.

Migraine ophtalmique, par R. OPPENHEIM, dans *Le Progrès Médical*. Paris, 1913.

A. Les malades atteints de migraine ophtalmique relèvent au moment de l'accès de la même médication que les migraineux ordinaires.

De cette médication, exposée ici même dans une précédente consultation, nous ne rappellerons que quelques prescriptions essentielles :

1° Pratiquer un massage lent et doux autour des orbites en exerçant une pression plus forte au niveau des artères temporales ; ou bien pratiquer une séance d'électrisation, courant continu de faible intensité, une électrode au front, l'autre à la région fronto-occipitale ;

2° Dès le début de l'accès, faire prendre les cachets suivants de demi-heure en demi-heure :

Antipyrine.....	0 gr. 50
Phénacétine.....	0 gr. 20
Acétanilide.....	0 gr. 10
Caféine.....	0 gr. 05

pour un cachet ; en prendre jusqu'à 6 par jour au maximum ;

3° Ou bien, après avoir vidé l'intestin par un lavement d'eau bouillie tiède, injecter dans le rectum la préparation suivante :

Antipyrine.....	} à à 1 gr.
Bicarbonate de soude.....	
Eau distillée.....	30 gr.

4° Si une expérience antérieure a montré l'inefficacité de l'antipyrine, recourir au bromure de potassium administré dès le début de la crise, à la dose d'1 à 2 grammes dans une tasse d'infusion de valériane.

Ou bien employer l'extrait de cannabis indica ;

En formulant :

Extrait hydro-alcoolique de cannabis indica.	0 gr. 015
Phénacétine	} à à 0 gr. 15
Acétanilide.....	

pour une pilule n° 30 ; prendre une pilule tous les quarts d'heure jusqu'à soulagement de l'accès sans jamais dépasser six pilules.

B. L'accès terminé, le traitement des périodes intercalaires destiné à en éviter ou à en espacer tout au moins le retour, comporte :

1° Le traitement des troubles oculaires que peut présenter le

malade, en particulier la correction rigoureuse des vices de réfraction, hypermétropie, astigmatisme ;

2° La médication sédative du système nerveux, dont les agents essentiels sont, d'une part, l'hydrothérapie sous forme de douches tièdes à 32° en jets très brisés pendant 2 à 3 minutes, ne touchant ni la tête ni la nuque et terminés par un jet froid direct, plein et très court, sur chacun des pieds.

D'autre part, l'emploi des préparations bromurées continuées sans interruption pendant une très longue période (plusieurs mois) :

Bromure de potassium	10 gr.
Bromure de sodium.....	} àà 5 gr.
Bromure d'ammonium.....	
Benzoate de soude.....	} 60 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	
Eau distillée.....	300 cc.

Prendre de cette préparation une cuillerée à soupe avant les deux principaux repas ;

3° Enfin le traitement de l'état dyspeptique qui, dans la très grande majorité des cas, ainsi que l'a établi surtout le Dr Albert Robin, joue dans la pathogénie de la migraine ophtalmique le rôle essentiel.

Dans cet ordre d'idées, on conseillera la pratique modérée des exercices physiques, la vie au grand air ; on recommandera d'éviter la fatigue intellectuelle, les veillées, surtout le travail du soir à la lumière artificielle ; on interdira de façon absolue l'usage du tabac.

Dans le régime alimentaire on insistera surtout sur la diminution de la viande et des aliments animaux ; on supprimera le thé, le café, le chocolat et toutes les boissons alcooliques ; on conseillera de prendre à la fin des repas une tasse d'une infusion aromatique très chaude (tilleul, camomille, etc.) ; (pour les détails du régime, se reporter à la consultation migraine) ; on fera prendre le matin à jeun un verre à bordeaux d'une solution alcaline préparée en faisant dissoudre dans une bouteille d'eau d'Evian le contenu d'un des paquets suivants :

Sulfate de soude.....	4 gr.
Bicarbonate de soude.....	5 gr.
Phosphate de soude.....	10 gr.

pour un paquet.

S'il y a, comme c'est le cas le plus fréquent d'après A. Robin, des fermentations gastriques, on fera prendre au milieu des deux principaux repas une cuillerée à soupe de la solution :

Fluorure d'ammonium.....	0 gr. 20
Eau distillée.....	300 gr.

A prendre huit jours, suspendre 4 jours ; reprendre huit jours et ainsi de suite jusqu'à ce que les troubles gastriques aient disparu.

Enfin la constipation, lorsqu'elle ne cèdera pas à l'usage de la solution de sulfate et de phosphate de soude, sera combattue par l'emploi de la préparation :

Extrait fluide de Rhamnus frangula.....	} àà 25 gr.
Extrait fluide de Cascara sagrada.....	
Glycérine.. ..	40 gr.

dont on donnera une cuillerée à café dans un demi verre d'eau le soir au coucher.

Traitement de l'hémispasme facial essentiel par les injections locales de sels de magnésie, par MM. Henri CLAUDE et Fernand LEVY.

Ces auteurs rappellent que le traitement *du spasme facial par injection d'alcool* (méthode de Schloesser) au niveau du tronc de la 7^e paire ou de ses branches de division, donne des résultats intéressants, mais le plus souvent transitoires. Il ne doit être pratiqué qu'avec la plus extrême prudence, puisqu'il s'adresse à un nerf moteur et agit toujours en produisant une paralysie.

Les auteurs, à la suite de Meltzer et Auer, ont étudié les remarquables propriétés des sels de magnésie, dont l'action inhibitrice sur le système nerveux est des plus évidentes. Ils ont pensé à en faire diverses applications dans la thérapeutique des phénomènes spasmodiques ou hyperkinétiques d'origine centrale et périphérique.

Ils présentent aujourd'hui une malade atteinte d'hémispasme facial gauche depuis 1910. On lui fit d'abord, pendant trois semaines, 14 injections de 1 cmc de sulfate de magnésie à 25 pour 100 au bord postérieur du grand zygomatique ; le nombre des

crises diminua notablement, sans cependant qu'on obtînt leur disparition complète. On pratiqua alors à l'émergence du facial, au niveau du trou styломastoïdien, une injection de 2 cme d'une solution de chlorure de magnésium à 50 pour 100. Quelques jours après, toute manifestation spasmodique avait disparu. Cet état s'est maintenu depuis cinq semaines.

C'est là un résultat intéressant, car les sels de magnésie ne peuvent provoquer la paralysie faciale qui suit l'injection d'alcool, et il n'y a, par conséquent, aucun inconvénient à renouveler l'injection magnésienne autant que cela sera nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

Le numéro du 1er février de **Paris Médical**, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, est entièrement consacré à la **TUBERCULOSE**.

Voici le sommaire :

Les maladies des voies respiratoires et la tuberculose en 1913 (*Revue annuelle*), par le Dr Pierre Lereboullet, médecin des hôpitaux de Paris. — Les cavernes tuberculeuses de la base du poumon, par le Dr Fernand Besançon, professeur agrégé. — L'état actuel de la thérapeutique dite spécifique de la tuberculose, par le Dr Léon Bernard, professeur agrégé. — La tuberculose et la vie de collègue en France, par le Dr Raoul Brunon. — Etude diagnostique sur la tuberculose pulmonaire de la première enfance, par les Drs Ribadeau-Dumas et Robert Debré. — Les voies d'administration des sérums antituberculeux, par le Dr Gausse. — Traitement de la dysphagie des tuberculeux, par le Dr Grivot. — *Sociétés savantes*. — *Libres propos*. — La lutte sociale contre la tuberculose, par le Dr A. Calmette. — Les grands médecins: Hérard et Empis. — *Variétés*. — La médecine d'aujourd'hui, par le Dr Roshem. — Notions récentes sur les techniques générales d'examen des crachats, par les Drs Crabrol et Bénard. — *La médecine au Palais*. — *Silhouettes médicales*: le Dr Hirtz.

— *La médecine humoristique. — Art et Médecine. — Diététique. — Formules thérapeutiques. — Revue de la Presse française et de la Presse étrangère. — Chronique des livres. — Nouvelles. — Cours. — Thèses, etc.*

(Envoi franco de ce numéro de 116 pages in-4 avec figures, contre 1 franc en timbres-poste, tous pays.)

Manuel pratique de Kinésithérapie, Fascicule VI: L. DUREY, *Les traumatismes et leurs suites.* 1 volume in-8° avec 32 figures dans le texte, 4 francs (Librairie Félix Alcan).

S'inspirant des principes de Lucas Championnière, mais tenant compte aussi des progrès réalisés dans la chirurgie des fractures, l'auteur s'est attaché à préciser les indications et les contre-indications du traitement kinésithérapique.

Au point de vue de la technique, il a voulu avant tout faire œuvre pratique. A propos des fractures ou des luxations les plus typiques, les manipulations nécessaires ont été décrites très longuement, de façon à ce que ces traitements types puissent servir de guides pour des cas ou plus rares ou plus faciles; en outre chacune des manœuvres usuelles a été bien individualisée et exposée dans tous les détails de son application.

Le principe général qui semble dominer tout ce travail est la recherche des effets réflexes provoqués par des manipulations légères mais précises.

On y trouve enfin relatées, les discussions les plus récentes, ouvertes sur ces sujets toujours actuels du traitement manuel des traumatismes.

Manuel pratique de Kinésithérapie, Fascicule VII: *La rééducation motrice,* par R. HIRSCHBERG. 1 vol. in-8 avec 36 figures, 3 francs (Librairie Félix Alcan).

Après une courte introduction, l'auteur consacre la première partie du livre à l'exposé général de la méthode de rééducation motrice, à la théorie de la méthode et à son application contre les troubles moteurs du Tabes dorsalis: incoordination motrice et

hypotonie musculaire. C'est la partie la plus importante du livre, car elle contient la description détaillée des exercices de rééducation applicables à différentes formes d'ataxie des membres inférieurs, du tronc et des membres supérieurs.

La deuxième partie du livre comprend *les paralysies et parésies cérébrales, spinales et périphériques*, c'est-à-dire des impotences motrices par suite de lésions organiques du système nerveux. Le chapitre VII de la IIe partie est consacré *aux tics*. Brissaud et ses élèves Meige et Feindel ont montré tout le parti qu'on peut tirer de la rééducation dans ces troubles moteurs si gênants que constituent les tics et le torticolis menal. Ici, il s'agit *d'une disciplinisation des mouvements*. Chez des malades de cette catégorie, la rééducation consiste à rétablir le contrôle de la volonté sur les mouvements volontaires, contrôle qui n'existe plus chez le tiqueur, ni chez le malade atteint de torticolis mental.

Un dernier chapitre enfin est consacré au thème si intéressant du traitement psychothérapique des troubles moteurs chez les hystériques et les neurasthéniques. Dans ces deux psychonévroses, la rééducation motrice agit tantôt par la suggestion à l'état de veille (hystérie), tantôt par la persuasion (neurasthénie, psychasthénie). Les exercices de rééducation ne sont pas ici *le but* comme dans l'ataxie et les paralysies, mais *le moyen* pour refaire une volonté aux malades.

Le numéro du 1er mars de **Paris Médical**, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, est entièrement consacré à la **Dermatologie et à la Syphilis**.

Voici le sommaire :

La dermatologie et la syphiligraphie en 1913 (*Revue annuelle*), par le Dr G. MILLIAN, médecin des hôpitaux de Paris. — Les streptococcies épidermiques, par Dr SABOURAUD. — La gangrène spontanée des organes génitaux chez l'homme et chez la femme, par les Drs SPILLMAN, THIRY et BENECH. — Essai de prophylaxie antivénérienne, par le Dr CARLE. — Remarques sur les dermopathies de quelques Etats sud-américains, par le Dr BALINA. —

Traitement des phtiriasis, par le Dr BODIN. — ACTUALITÉS MÉDICALES. — SOCIÉTÉS SAVANTES. — Les taudis et la tuberculose, par le Dr P. LEREBoulLET. — La lèpre dans le Midi de la France, par le Dr G. MILIAN. — La médaille du professeur FOURNIER. — La circoncision en Tunisie, par le Dr LOIR. — Vieilles idées sur la grosse vérole, par le Dr ROSHEM. — *Hymne au 606*. — *La médecine au Palais*. — *La médecine humoristique*. — *Diététique*. — *Formules thérapeutiques*. — *Revue de la Presse française et de la Presse étrangère*. — *Intérêts professionnels*. — *Chronique des livres*. — *Curiosités*. — *Nouvelles*. — *La vie médicale*. — *Cours*. — *Memento de la quinzaine*. — *Thèses*.

(Envoi franco de ce numéro de 112 pages in-4 avec figures, contre 1 franc en timbres-poste, tous pays.)

Æsculape, grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Le Numéro : 1 fr. Abonnement : 12 fr. (Etranger : 15 fr.). A. ROUZAUD, Editeur, 41, Rue des Ecoles, Paris.

Sommaire du No de février 1913 :

Les Serpents de mer (16 illustr.), par le Prof. Edmond PERRIER. — Le Grand Serpent de Mer décrit dès le XVI^e siècle par Olaüs Magnus ; Oudemans, directeur du Jardin Zoologique de La Haye, place en 1901 la question sur le terrain scientifique ; les faux serpents, les géants des mers pouvant simuler l'aspect du serpent de mer ; le colosse de la baie d'Along ne serait-il pas un survivant du grand type disparu des Mosasaures ?

Les Crises nerveuses de Napoléon (4 illustr.), par le Dr RAVARIT, — Une première crise au collège de Brienne, une double crise au passage de la Bérézina, peut-on penser à l'épilepsie fruste ?

Psychologie d'assiégés : Le Siège de Toul en 1870 (15 illustr.), par le Dr BONNETTE. — Un bombardement incessant, énervant ; la vie des assiégés dans les caves ; la mère Marie supérieure d'une école de la doctrine chrétienne, note quotidiennement les terreurs subies ; extraits de son journal.

La satire, le fantastique et la licence dans la sculpture flamande

(22 illustr.), par le Dr LECOUTOUR. — Les Flamands, francs-buveurs, drôles et joyeux drilles, ont créé un art populaire intéressant pour le médecin. La satire de toute une société représentée sur les stalles des églises, sur les poutres des Hôtels de Ville : la femme au ver solitaire, le moine ascétique, la courtisane, la vierge folle, le fou, le béquillard, la femme moitié ange moitié serpent, le noctambule, la belle-mère, l'ivrognerie, la vie conjugale, les bains mixtes, etc.

Preuves somatiques de l'origine royale des Naundorff (7 illustr.), par BOISSY D'ANGLAS. — Naundorff et ses descendants ont tous les caractères physiques des Bourbons et des Halsbourg : menton, dents, paupières, nez... Les trois cicatrices vaccinales de Naundorff ; le nævus de la cuisse (signe du Saint-Esprit) ; la cicatrice de la lèvre supérieure (morsure de lapin) ; l'acte de décès et le tombeau de Delft.

L'Hôtel-Dieu de Lyon (4 illustr.), par le Dr RIMAUD. — Un souvenir ému au Grand Hôtel-Dieu de Notre-Dame de Pitié du Pont du Rhône avant qu'il ne disparaisse. La fondation du roi Childebert et de la reine Ultrogothe.

Le prix des cadavres à Paris aux XVIIe et XVIIIe siècles (8 illustr.), par M. FOSSEYEU. — Exhumations de cadavres dans les cimetières parisiens par les étudiants et les chirurgiens soucieux d'étudier l'anatomie ; les luttes avec le guet ; les cadavres transportés clandestinement dans des carosses...

SUPPLÉMENT (20 illustr.). — *Une double question à propos des miracles de Lourdes.* — *Pour la construction d'un aimant gigantesque.* — *La tête de mort ailée de Ligier Richier.* — *La consommation de la viande de chien à Berlin.* — *Un Soufi à Paris.* — *Les "Nymphes" des baies du Japon.* — *La conscience des agonisants.* — *Les derniers moments de Beethoven.* — *Faut-il des spécialistes sportifs ?* — *Forain au Pavillon de Marsan.* — *Une tribu de Nilgiris, les Todas.* — *Du moyen d'exercer la médecine avec succès au XVIIe siècle.* — *Le lait desséché.* — *Les herbes du diable.* — *Le nerf de la science.*

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1913, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le professeur Albert Robin. 1 vol. in-18 de 400 pages. Cartonné: 3 fr. (Librairie J.-B. Bailière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris) .

Ce *Formulaire*, écrit avec concision et clarté, a comblé heureusement une lacune: il réunit et étudie, avec toutes les indications pratiques qu'elles comportent, les acquisitions modernes de la thérapeutique.

L'année 1912 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux: le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1913 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique et qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Une nomination à Laval :

Le Dr Albert LeSage, l'un de nos directeurs et le Rédacteur-en-chef de notre journal a été nommé professeur titulaire de Pathologie Interne. Il succède au regretté Dr Hervieux.

Le Dr LeSage donnait le cours de Pathologie Interne depuis le mois d'octobre.

SUPPLEMENT

ANEMIE SERO-SANGUINE

Dans le traitement du paludisme, le médecin doit d'abord faire disparaître l'hématozoaire, le grand destructeur des globules rouges.

Cette tâche accomplie, il doit s'efforcer de vivifier le sang afin de prévenir une réinfection. Une des meilleures médications c'est le *Pepto-Mangan*, le tonique idéal que l'on donne à haute dose aussitôt que la période fébrile est passée. La combinaison du fer et du manganèse associés à des peptones en rend l'assimilation rapide.

LE NOUVEAU TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

Après vingt mois de travaux de laboratoires et d'observations cliniques, la maison " Parke-Davis " informe les médecins qu'elle ajoute à leur liste un Phylacogène contre la pneumonie.

Il agit partout où le pneumococque est intéressé. Donné de bonne heure, il agit vite et bien.

On le donne à tous les âges, et s'il est donné dans les premières 24 heures, le malade guérit vite.

Un professeur américain écrit que, d'après son expérience, c'est la seule médication aussi efficace qu'il connaisse dans la pneumonie.

Etude expérimentale du Fer colloïdal électrique, par B.-G. DUHAMEL et G. REBIÈRE. *La Presse Médicale*, 15 fév. 1913.

Il est pratiquement impossible d'utiliser en hypodermothérapie le fer colloïdal obtenu par voie chimique. Mais il y a grand intérêt toutefois à faire bénéficier la médication ferrugineuse des propriétés thérapeutiques générales que présentent les corps à l'état colloïdal. C'est dans ce dessein que les auteurs ont mis à l'étude un fer colloïdal obtenu par voie électrique, au moyen de la méthode de G. Rebière.

Ce colloïde, qui a reçu le nom d'Electromartiol, est stable, isotonique, et contient un gramme de fer pour 1000. Son injection sous la peau ou dans les muscles est complètement indolore et ne donne jamais lieu à des nodosités.

Les auteurs ont étudié avec soin l'action de l'Electromartiol sur l'organisme; ils ont pu constater que ce colloïde est complètement dépourvu de toxicité, même pour des doses fortes et prolongées, doses auxquelles le citrate de fer, par exemple, se montre nuisible et même toxique. Ils ont observé que, sous l'action des injections d'Electromartiol, la régénération globulaire chez les animaux anémiés expérimentalement, se produit beaucoup plus rapidement qu'avec les autres composés ferrugineux. Ce fer colloïdal électrique, introduit dans l'organisme, est retenu dans certains tissus (foie, rate, sang), et utilisé; l'excès en serait éliminé par les urines. L'Electromartiol agit favorablement sur la nutrition générale. Il peut être introduit dans les veines. Son expérimentation clinique, actuellement en cours, justifie toutes les données du laboratoire.

Indiqué dans tous les cas de syndrome anémique, l'Electromartiol, fer colloïdal injectable et actif, permet de considérer comme résolu le problème de la médication ferrugineuse hypodermique.