

Pages Missing

Le

Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE — UNE PIASTRE PAR ANNEE.

MEDICINE

CHIRURGIE

SANTÉ

THERAPEUTIQUE

Sommaire

Discours de M. le Prof. RICHESOT
à l'an XXII^e Congrès de Chirurgie. 39

Le Congrès International de Bucarest. 363

La Physiologie normale et pathologique du tube digestif, par M. le Professeur ROGER. 371

Le Traitement médical de l'appendicite, par M. le Professeur LENHARTZ. 376

L'état actuel de la question de la scrofule, par M. le Professeur ESCHERICH. 385

La maladie de Banti. 387

Les principes de la localisation pathologique dans l'aphasie. 391

La perforation intes-



tinaleptique et son traitement chirurgical 392

Le traitement de la dysménorrhée essentielle. 396

L'accouchement sans douleur. 397

A quelle distance doit-on lier le cordon ombilical. 398

Le traitement de 500 cas d'infection puerpérale. 399

Le traitement des difformités paralytiques. Rapport de M. LOVET. 400

Questions relatives à l'histo-physiologie du tube digestif. 402

Rôle des processus physiques et principalement de la pression dans la sécrétion. Rapport de M. DEMEJA. 404

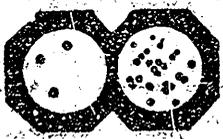
Nouvelles. 400

SCIENCE

LA PUBLICITÉ GÉNÉRALE

COSMOS LTÉE

440, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



HEMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
La seule contenant les oxydases du sang.
ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ, TUBERCULOSE.

DEPOTS

SIROP : une cuillerée à soupe à chaque repas
pour le Canada Rougier Frères, 13, Notre-Dame Est., Montréal
pour les États-Unis Fongera & Cie 90, Beckmann Street, N. Y.

LE MONTREAL-MEDICAL

Vol. 9

25 Octobre 1909

N° 8

DISCOURS

de

M. le Docteur L.-G. Richelot au XXII^e Congrès de Chirurgie

MES CHERS COLLÈGUES,

L'Association française de Chirurgie a aujourd'hui vingt-cinq années d'existence. Elle se réunit en congrès pour la vingtième-deuxième fois seulement, car nos réunions ne furent pas tout d'abord annuelles. Après avoir payé un tribut d'hommages aux disparus, l'orateur continue :

Vingt-cinq années ! J'ignore si vous êtes venus avec l'intention de fêter vos noces d'argent. Pour moi, je ne puis me défendre d'une émotion profonde, à la pensée qu'un quart de siècle s'est écoulé depuis le jour où le professeur Trélat dirigeait nos premiers travaux ; quand je me rappelle l'émulation qui nous animait, les idées nouvelles et les espoirs qui surgissaient dans nos esprits, le zèle qui nous emportait contre le scepticisme et la résignation des vieux maîtres. Nous avons presque tout à refaire. Quel monde de préjugés et d'erreurs, combattus pied à pied, évoque cette date du 16 avril 1885 ! Que de luttes, d'hésitations, de succès, peut-être aussi d'illusions généreuses ont rempli notre jeunesse et exercé nos courages ! Comme ils sont heureux et tranquilles, nos élèves d'aujourd'hui, qui trouvent si naturel de se laver les mains !

Depuis ce temps mémorable, fécond en recherches, en discussions, en progrès, d'éloquents orateurs ont décrit devant vous l'évolution de la chirurgie moderne et chanté sa gloire. Passez en revue les discours de vos anciens présidents : si vous croyez ce qu'ils disent, vous serez persuadés qu'ils sont tous des hommes extrêmement modestes, mais que la chirurgie qu'ils font est admirable. Et je n'y contredis pas, car vraiment l'essor de la chirurgie fut pendant quelques années prodigieux, et, si par la force des choses, il s'est ralenti, rien n'autorise à croire qu'il soit près de s'éteindre.

On vous a rappelé avec complaisance quelle ardeur vous avez mise, au début de notre Association, à discuter les méthodes de pansement ; puis, à créer des opérations nouvelles ; enfin, à pénétrer dans le domaine des « maladies internes », si bien que les médecins effrayés, inquiets, envahis, se demandent jusqu'où ira votre audace et à quelle portion congrue vous allez les réduire. Le chirurgien n'est-il pas l'homme nécessaire, à qui va tout le prestige et toute l'autorité ? La médecine n'est-elle pas restée en arrière, *pedo claudo* et sans faire de progrès ? Eloignons bien vite ce mensonge, et reconnaissons l'admirable poussée scientifique où parallèlement à nous sont entraînés les médecins, toujours nos collaborateurs et si souvent nos maîtres. N'empêche qu'on ne manque pas les occasions de célébrer nos succès plus extérieurs, plus faciles à voir, et de vanter notre puissance.

A cette brillante médaille, ciselée par les artistes que vous êtes, n'y a-t-il pas un revers sur lequel il serait utile de porter nos regards ? Velpeau a dit un jour : « Sans l'érysipèle et l'infection purulente, les chirurgiens seraient des dieux. » L'érysipèle et l'infection purulente ont disparu, et je crois bien que nous sommes restés des hommes.

Oui, certes, la chirurgie est toujours en marche ; mais combien de fois, en regardant autour de moi, ne me suis-je pas surpris à dire d'elle ce que Montaigne disait de la raison, qu'elle « va toujours, quoique torte et boiteuse et deshanchée ! » Que d'entraves sur sa route, que d'encombres !

que de brutalités on lui fait subir, que d'entorses on lui donne pour la ralentir ! Et je ne parle pas des abus du charlatanisme ou de la méchanceté humaine, nous n'aurions que faire ici de nous en occuper ; je parle des idées fausses, des conceptions arbitraires, des efforts sans méthode, et avant tout, du manque de simplicité qui déforme si souvent la pratique de notre art. Ce défaut-là n'est pas rare ; il produit beaucoup de littérature indigeste, il rend peu de services aux malades. Je voudrais vous dire combien j'aime la *chirurgie simple*.

Ceux d'entre vous qui me connaissent vont se rappeler que j'ai plus d'une fois soutenu la même thèse. Qui donc me disait : « Si vous suivez avec attention l'enseignement d'un homme, vous verrez qu'il fait toujours la même leçon » ? Toujours la même c'est beaucoup dire ; mais il y a dans cette boutade une part de vérité. Notre esprit, d'abord sollicité par une foule d'objets, les choisit et les classe peu à peu. Il arrive une heure où tout chirurgien digne de ce nom a mis ses idées en ordre. Sur le terrain scientifique, il a une doctrine ; dans sa pratique, il a une idée directrice et un doigté, comme un peintre a sa manière, sa couleur, ses procédés d'expression. Si je craignais de me répéter devant vous et de me montrer aujourd'hui semblable à ce que j'étais hier, c'est que j'aurais fait mon métier comme un manoeuvre et que la vie ne m'aurait rien appris.

Aussi bien, l'occasion m'est offerte en ce moment de jeter un regard en arrière, et je m'aperçois que les deux mots que je viens de prononcer résumant, pour ainsi dire, les tendances de toute ma carrière, les exemples que j'ai donnés à mes élèves, les préceptes que j'aurais voulu voir triompher. La *chirurgie simple*, ce fruit désirable d'une expérience longue et des efforts de nos vingt dernières années, a-t-elle enfin prévalu ? Non, au lieu d'idées nettes et claires, au lieu d'une pratique réduite aux mouvements strictement utiles, ce coup d'œil rétrospectif me montre partout le désordre et l'incohérence. Chacun de nous, sans doute, a pu avoir ses erreurs de jugement, ses tâtonnements irréfléchis, et n'arriver au but qu'à la suite de plus ou moins longs détours ; mais un jour ou l'autre il faut sortir du chaos... et tous n'en sont pas sortis.

Je vous en prie, ne m'accusez pas d'affecter des airs de pédagogue ; et surtout, si je critique certaines choses modernes, ne m'appellez pas réactionnaire. C'est d'injure que je crains avant toute autre.

Et pour bien nous entendre, je veux d'abord vous dire combien la chirurgie dont je parle est loin d'être une chirurgie « simpliste ». Les idées simplistes sont celles qui se présentent à nous les premières, les idées simples sont celles où nous mène l'expérience. Un esprit naturellement judicieux brûle les étapes ; le bon sens intervient pour abréger l'apprentissage.

Donc, avant d'aller plus loin et pour éviter toute confusion, écartons ce cauchemar des idées simplistes qui encombrant les livres et hantent l'esprit des débutants. J'ai autant d'aversion pour elles que pour les pratiques tortueuses et compliquées, avec lesquelles, d'ailleurs, elles font souvent bon ménage. Il ne faut pas chercher longtemps pour les rencontrer : elles se lèvent sous nos pas, elles poussent comme de la mauvaise herbe, elles pullulent comme des microbes.

N'avez-vous pas entendu dire qu'un médecin avait mesuré le poids de l'âme ? Je n'invente rien. Avec une balance très sensible, il a pesé des chiens avant et après la mort : aucune différence. Il a renouvelé l'expérience avec des hommes : le cadavre est un peu plus léger, et la différence représente — vous n'en doutez pas — le poids de l'âme qui s'est envolée. Il y a ainsi des esprits qui savent résoudre les questions les plus délicates avec une étonnante facilité.

Vous savez qu'autrefois nous avons retourné sous toutes ses faces une double question qui ne pouvait être éclaircie que par une observation prolongée : que devient l'utérus après l'extirpation des annexes ? et surtout, que deviennent les annexes malades quand on a enlevé l'utérus ? Les partisans de l'hystérectomie vaginale soutenaient que, bien traitées, convenablement évacuées, mais laissées en place dans les cas difficiles, elles s'atrophient, disparaissent pour ainsi dire et que, d'ordinaire, les malades guérissent parfait-

tement. Péan était de cet avis, et un jour il le fit connaître à ses élèves dans les termes suivants : « Eh ! sans doute, mes amis, les annexes guérissent très bien après l'ablation de l'utérus... puisque ce sont des annexes. » Voilà un mot dont je voudrais vous faire sentir toute la saveur, et qui montre bien de quelle façon expéditive on peut mettre fin aux discussions les plus graves.

Que de faits je pourrais citer, qui mettraient en lumière cette tendance à nous payer d'explications médiocres ! » Le plus grand dérèglement de l'esprit, dit Bossuet, c'est de croire les choses parce qu'on a vu qu'elles sont en effet. » Voilà un aphorisme qui suppose une certaine volonté dans l'erreur. Mais ceux dont je parle ne se donnent pas tant de peine pour se tromper. S'agit-il de porter la lumière dans un sujet obscur, dans une étiologie complexe, il semble qu'une analyse pénétrante les effraie et les rebute, et leur imagination, contente de peu, ramasse les premières causes venues. A écouter leurs sentences, j'ai envie de crier en les montrant du doigt : « En voilà encore un qui a mesuré le poids de l'âme ! »

Rien ne vous ferait mieux comprendre ma pensée que la recherche du rôle qu'on fait jouer, dans les affections chirurgicales, aux causes mécaniques. Les causes mécaniques, nous les avons toujours sous la main. Certes, je ne méconnais pas les lois de la pesanteur, les inconvénients de la stagnation des liquides et l'avantage de drainer à la partie déclive. Cependant, la politique à suivre avec les abcès n'est-elle pas surtout la politique de la porte ouverte, et ne voyons-nous pas, dès qu'il n'y a plus de cavité close, s'atténuer la virulence ? Ne suffit-il pas, si on a des doutes sur l'asepsie d'une plaie un peu malmenée, de placer le drain à l'endroit le plus commode et le mieux protégé de la suture. Oui, les conditions mécaniques sont toujours présentes et notre organisme ne saurait y échapper, mais il est bien rare qu'elles aient une grande valeur dans l'étiologie ; c'est raisonner en primitifs que de les invoquer toujours, de les mettre au premier plan dans la genèse des symptômes et des maladies elles-mêmes, de ne pas voir qu'elles sont dominées, annihilées sans cesse

par les conditions physiologiques. Or, de tout temps, elles ont eu sur l'esprit des chirurgiens une singulière emprise. Pour expliquer l'arthrite de voisinage qui survient à la suite des fractures, Gosselin croyait que la sérosité du sang épanché autour des fragments, cheminant avec l'œcchymose, venait filtrer à travers la capsule et se répandait dans l'articulation ; son esprit n'en demandait pas davantage. Ne croyez pas que les progrès de la science nous aient rendus beaucoup plus difficiles : voyez les explications qu'on donne encore de la rétroversion utérine. Les uns veulent que les femmes aient l'utérus dévié parce qu'elles sont trop souvent et trop longtemps couchées sur le dos ; comment voulez-vous qu'elles fassent ? Les autres leur reprochent de ne pas vider assez souvent leur vessie... Mais laissons de côté ces formules qui traînent dans les livres et y font si triste figure ; plus raisonnable est la distension des ligaments par le fait de la grossesse. Or, nombre de femmes qui n'ont pas accouché, nombre de jeunes filles ont de la rétroversion ; d'autres après douze enfants n'en ont pas trace. Donc, la déviation est due à un état physiologique des ligaments, et la distension n'est qu'une cause adjuvante. Entre une circonstance fortuite qui ne produit rien à elle seule, et une qualité particulière des tissus qui suffit très souvent et sans laquelle rien ne se produit, choisissez : de quel côté est la vraie cause de la déviation, le fait essentiel qui détermine sa nature, c'est-à-dire la place qu'elle doit occuper dans nos classifications ?

Encore un exemple : savez-vous pourquoi l'appendicite est plus fréquente chez l'homme que chez la femme ? Un auteur moderne va vous l'apprendre. Le psoas est, dans le sexe fort, plus développé, plus puissant et plus actif ; or, les « traumatismes déterminés par le psoas sont une cause d'appendicite ». Ainsi, nous avons laborieusement cherché et nous cherchons encore à nous expliquer la fréquence extrême de cette maladie ; nous avons étudié avec un soin minutieux la structure et les relations physiologiques de l'appendice ; des médecins avisés ont rattaché ses lésions à des troubles profonds du système lymphoïde, aux maladies de la glande hé-

patique ; d'autres ont mis au premier plan le rôle des helminthes ; les chirurgiens, convaincus de la fréquence d'une infection directe venue de l'intestin, mais un peu troublés par les séries familiales, cherchent un terrain de conciliation. Eh bien, nous nous sommes donné trop de peine et notre labeur est vain. La question n'est pas si complexe : ne voyez-vous pas le psoas donner à l'appendice des crocs-en-jambe qui lui enjoignent de s'infecter ?

J'insiste, parce que j'ai lu trop souvent des « leçons cliniques » où s'étaient naïvement la longue série des étiologies simplistes ; et maintes fois j'aurais pu dire à nos jeunes agrégés : « Prenez garde ! vous avez charge d'âmes. Ne vous contentez pas de vos traditions et de vos lectures. A l'heure où commence votre carrière de professeur, vous n'avez pas encore tout ce qu'il faut pour professer. Tant que les faits qui vous tombent sous la main, au cours de vos leçons, n'auront pas été par vous contrôlés, pesés, vécus, soyez prudents, résignez-vous à n'avoir pas d'opinions sur toutes choses, abstenez-vous plutôt que de lancer dans la circulation des opinions toutes faites, qui dispensent vos élèves de réfléchir et leur font croire que notre art est facile. »

(A suivre.)



Les enfants font non seulement la joie, mais la richesse de l'agriculteur. Dès la naissance l'enfant a sa place marquée pour l'occupation à remplir dix ans plus tard ; quand l'intérêt matériel concorde avec les devoirs moraux, il n'y a pas à craindre le danger de stériliser les unions.

Congrès International de Budapest

Le XVI^e Congrès International de Médecine tenu à Budapest du 29 août au 4 septembre a remporté un plus brillant succès encore que le précédent qui eut lieu à Lisbonne en 1906.

Plus de 4.000 médecins y étaient réunis ; 429 rapports furent présentés et plus de 1.000 communications furent faites. A la théorie qui affirme que les Congrès ne servent à rien, on peut opposer ce fait que chaque Congrès groupe toujours un plus grand nombre de confrères et que les travaux présentés sont si nombreux qu'il est très difficile de faire une analyse complète de chacun d'eux et d'en apprécier la juste valeur.

Plusieurs sujets importants, traités de façon magistrale au Congrès de Budapest se trouvent actuellement noyés par l'abondance de communications d'ordre secondaire et reviendront à la surface du mouvement thérapeutique dans dix ou quinze ans. Ainsi les communications scientifiques, faites il y a quinze ans au Congrès de Rome, reviennent aujourd'hui à l'ordre du jour. Ces abondantes semailles ne seront pas sans porter fruit dans un temps plus ou moins rapproché. Une vérité scientifique mise en lumière ne vieillit pas, elle peut attendre, elle sera vue plus tard par un autre travailleur qui la montrera à son tour à un plus grand nombre et la fera accepter avec d'autant plus d'enthousiasme qu'il possèdera de prestige.

Au Congrès de Budapest, le Canada fut pour la première fois représenté par huit membres actifs : MM. les Docteurs Todd, Mac Phedran, Tunstal, Larken, Casgrain, Ethier, Labrecque et Le Cavalier.

M. le D^r Todd fit une communication sur la Pathologie et les protozoaires; M. Le Cavalier présenta un volume de *Thérapeutique Eclectique, Physiologique et Philosophique* et commenta les principales parties originales de l'ouvrage. Ce travail très apprécié des membres de la section de Thérapeutique fut demandé par un très grand nombre de Congressistes. Le « *Budapesti Orvosi Ujság* » montra que cet ouvrage des plus documentés et des plus pratiques serait très utile aux médecins. La « *Presse médicale* » de Paris ajouta que l'auteur avait fait un livre excellent qui est un résumé succinct de la philosophie pragmatique de la médecine.

« Ce volume de pratique médicale, dit le « *Journal des Praticiens de Paris* », renferme d'excellents conseils et l'exposé de toutes les méthodes de thérapeutique moderne; les formules bien combinées se succèdent selon les nécessités pathologiques; les indications thérapeutiques sont abordées avec méthode et netteté. Cet ouvrage est un vrai guide de Thérapeutique clinique dû à la plume d'un de nos plus distingués confrères du Canada. Ce livre écrit en excellente langue française témoigne de la tradition heureuse que nos pères ont laissée derrière eux, dans ce pays intelligent et de haute initiative que nous avons perdu de notre faute. Aux praticiens des villes et des campagnes, le livre de M. Le Cavalier est appelé à rendre de précieux services. »

Le *Montréal Médical* continuera à publier les principales communications médicales faites à ce Congrès qui pourront intéresser le médecin praticien.

L'organisation de cette grande Convention internationale fut parfaite et les différents comités ont royalement reçu leurs hôtes.

Les Budapestois se sont multipliés pour nous montrer les beautés de leur ville et nous expliquer avec un légitime sentiment de fierté le prodigieux développement de la capitale de la Hongrie. En 1710, Pest ne comptait que 300 âmes, aujourd'hui elle occupe la neuvième place parmi les grandes villes européennes et la vingt-cinquième parmi les grandes villes du monde. Sa population s'élève à 823.215 habitants. De tou-

tes les villes d'Europe, c'est elle qui compte le plus grand nombre de personnes âgées de 15 à 40 ans ; la proportion en est de 50 p. 100. Londres ne possède que 43 p. 100 de sa population âgée de 15 à 40 ans et Paris, 47 p. 100, malgré le petit nombre d'enfants, (19 p. 100). Les chiffres suivants indiquent l'accroissement annuel de la populations par 1.000 habitants dans neuf grandes capitales d'Europe :

A Budapest	de	125,4	âmes
A Munich		115,0	—
A Berlin		99,8	—
A Glasgow		88,3	—
A Liverpool		78,9	—
A Breslau		74,2	—
A Vienne		57,8	—
A Paris		39,5	—
A Londres		37,3	—

l' tableau comparatif des naissances par 100 habitants en 1905.

A Paris	18,8	naissances
A Bruxelles	19,1	—
A Stockholm	24,0	—
A Berlin	24,4	—
A Hambourg	25,8	—
A Vienne	25,8	—
A Londres	27,1	—
A Budapest	27,4	—
A Dresde	28,7	—
A Dublin	29,5	—
A Munich	30,3	—
A Liverpool	33,3	—

La ville de Budapest compte 1.372 médecins, 15 chirurgiens, 341 pharmaciens et 805 sages-femmes.

Le médecin en chef de la ville préside les réunions sanitaires qui ont lieu une fois par mois ; il fait partie de droit du Conseil Municipal.

La Municipalité possède un Institut bactériologique, un Institut chimique chargé des analyses des denrées alimen-

taires, un Institut municipal central de désinfection *gratuite*, elle surveille la réglementation de la prostitution et oblige les 3.000 filles à subir un examen médical deux fois par semaine, 8 médecins de la police sont chargés de ce service.

L'Institut et l'Hôpital Pasteur, de Budapest, fondés en 1890, traitent avec le plus grand succès chaque année près de 7.000 personnes. Le dispensaire antituberculeux, situé dans l'un des quartiers les plus peuplés de la capitale, donne chaque année plus de 25.000 consultations. La ville possède aussi 10 hôpitaux ou hospices municipaux; en outre on compte 24 établissements privés qui ont pour but d'hospitaliser et de traiter les malades.

Les nombreux bains publics établis dans les différents quartiers de la ville concourent à l'éducation et à l'hygiène de la population. Les sources chaudes (43° C., 109 F.) du Mont Saint-Gérard alimentent les bains de Saros, de Racy et de Rudas. Les nombreuses sources du Mont Saint-Joseph fournissent de l'eau sulfatée calcique aux bains Saint-Lucas (11 sources), aux bains de l'Empereur (8 sources chaudes à 65° C., 109° F.) (200 chambres); aux bains de l'Île Marguerite (300 chambres).

A côté de ces nombreux progrès matériels, Budapest possède de nombreuses associations qui concourent au développement moral, intellectuel et scientifique de ses habitants : *Société pour les enfants pauvres, Société de la charité, Société pour les enfants abandonnés, Société pour combattre les maladies vénériennes, Société des sanatoriums pour tuberculeux indigents.*

Les principales institutions scientifiques sont : la Société Royale scientifique de Budapest, la Société des médecins des hôpitaux, la Société des chirurgiens Hongrois, la Société des Ophthalmologistes de Hongrie, la Société des médecins légistes Hongrois, la Société Hongroise d'édition d'ouvrages de médecine, (1067 membres), l'Union des médecins et naturalistes Hongrois, la Société nationale d'hygiène publique, etc.

27 périodiques de médecine, d'hygiène ou de chirurgie sont publiés dans la ville de Budapest.

Les études médicales de la Faculté de la grande capitale durent six années. L'étudiant doit subir deux principaux examens ; l'un après la deuxième année qui lui donne le droit d'investiture pour la troisième année, l'autre à la fin de sa cinquième année qui lui confère le titre de docteur en médecine, mais sans le droit d'exercer son art. Pour recevoir le diplôme *ad praelegendum*, le jeune médecin doit se perfectionner pratiquement à l'hôpital durant 10 à 15 mois et justifier par des certificats un stage assidu dans une ou plusieurs cliniques ; ce n'est qu'après ce temps qu'il est autorisé à ouvrir un Cabinet de consultations.

La nomination des professeurs se fait comme en Allemagne ; les agrégés par un maître deviennent *Privat-docent* après avoir été durant neuf années assistants du professeur ; dans chaque clinique il existe environ 20 à 30 assistants et 3 *privat-docents*. Les professeurs doivent aux élèves dix heures de leçons par semaine à raison de deux heures consécutives par jour. Le *Privat-docent* enseigne environ quatre heures par semaine ; deux heures le jeudi et deux le dimanche. Les médecins des hôpitaux sont nommés par le maire assisté du directeur de l'Hôpital qui est docteur en médecine. Depuis l'année 1883 on a fondé une *Post Graduate* où des cours de vacances sont donnés chaque année par les professeurs de la Faculté de médecine.

1.000 médecins environ sont venus perfectionner leurs études ou se remettre au courant de l'évolution de la médecine à cet enseignement qui fut donné par plus de 100 différents maîtres. Les professeurs ne reçoivent aucun honoraire pour ces cours ; le droit d'inscription est de 4 dollars.

Depuis longtemps la Métropole du Canada devrait posséder une institution semblable qui permettrait aux médecins français du Canada et des Etats-Unis d'avoir les mêmes avantages que leurs confrères de langue anglaise.

Comme l'on voit la ville de Budapest qui n'avait que 300 âmes en 1710 a donné un grand exemple de progrès rapides aux villes plus populeuses et plus anciennes.

Physiologie normale et pathologique du tube digestif

Par H. ROGER, Professeur de pathologie expérimentale
à l'Université de Paris (1).



L'étude de la digestion et de la nutrition est plus que jamais à l'ordre du jour. Depuis cinq ans, des recherches sont poursuivies sur cet important sujet dans mon laboratoire. Ce sont les résultats auxquels nous sommes parvenus que je voudrais exposer brièvement.

REFLEXES OESOPHAGO ET GASTRO-SALIVAIRES

Je signalerai d'abord l'existence d'un réflexe nouveau, le réflexe œsophago-salivaire, qu'on peut facilement mettre en évidence chez les animaux, chien, lapin, cobaye et que M. Carnot a étudié chez l'homme. Il suffit d'introduire par une fistule œsophagienne un corps étranger un peu volumineux, pour voir se produire une sécrétion plus ou moins abondante de salive. Le réflexe suit la voie des pneumogastriques ; la section de ces nerfs le fait disparaître, tandis que la faradisation de leur bout central est suivie d'un écoulement de salive.

Cette sécrétion réflexe a un double avantage ; le liquide produit facilite le cheminement du corps étranger, en même temps il provoque des mouvements de déglutition, des contractions pharyngiennes qui se propagent à l'œsophage ; elles sont le point de départ d'ondes péristaltiques qui tendent à chasser l'obstacle. L'œsophage quels que soient les excitants qu'on porte à sa surface, ne peut se contracter ; ses mouve-

(1). Communication faite au Congrès de Budapest.

ments doivent prendre leur origine dans le pharynx. On voit par quel curieux mécanisme, le conduit œsophagien entre en action : il lui faut susciter au préalable une sécrétion salivaire

Tandis que par sa viscosité, la salive favorise la déglutition œsophagienne, par son alcalinité elle peut diminuer l'acidité gastrique. J'ai été ainsi conduit à étudier le réflexe gastro-salivaire qui intervient dans tous les cas d'hyperacidité stomacale. Dans l'estomac d'un chien bien portant, j'introduis par une fistule gastrique, de l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique, lactique ou acétique ; au bout de 4 ou 5 minutes se produit un flux de salive. Il s'agit encore d'un réflexe qui suit les pneumogastriques, car la section de ces nerfs le fait disparaître. L'expérimentation reproduit ainsi un fait observé par les cliniciens : la sialorrhée dans les cas d'hyperchlorhydric. Ce qui est plus curieux c'est que l'expérience ne réussit pas chez les animaux malades : à plusieurs reprises j'ai pu constater, sur des chiens infectés, que les acides n'excitent plus la muqueuse gastrique et ne provoquent plus de salivation réflexe

MOUVEMENTS INTESTINAUX

J'ai commencé l'étude de la physiologie intestinale par quelques recherches sur les mouvements intestinaux. Une méthode un peu nouvelle m'a permis d'observer quelques faits intéressants. Une canule de verre, sorte de petit manomètre à air libre, était introduite dans une anse liée aux deux bouts. Le segment isolé était rempli de liquide. Si c'était de l'eau salée isotonique, aucun mouvement ne se produisait, malgré le contact de l'air. Si c'était une solution de peptone ou de glycose, on voyait survenir une série d'ondulations péristaltiques qu'il était facile d'enregistrer. Les aliments ou les substances qui en dérivent, représentent donc les excitants physiologiques de la contractilité intestinale.

La même méthode peut être appliquée à l'étude des mouvements qui se produisent dans les états pathologiques, dans les infections, les intoxications, les entérites, les obstructions intestinales, les péritonites, etc. Le champ des recherches

est vaste. Je me suis surtout attaché à l'étude de l'occlusion intestinale. C'est le lapin qui se prête le mieux aux expériences de ce genre. Il suffit de pratiquer une ligature de l'iléon. Au bout de 24 heures, se trouve accumulée au-dessus de l'obstacle une quantité considérable de liquide. Alors que l'intestin grêle renferme normalement de 20 à 30 cc. de matières, la portion obstruée peut contenir 140 à 150 cc. Introduisons, juste au-dessus de l'obstacle, notre manomètre enregistreur : le liquide se précipite dans le tube de verre et s'élève à une hauteur de 4 ou 5 centimètres. Ce liquide est animé de deux ordres de mouvements : les uns, rapides et peu étendus, sont synchrones aux mouvements respiratoires et s'expliquent par la compression qu'exercent les parois abdominales. Les autres se reproduisent toutes les trois ou quatre minutes : le liquide intestinal s'élève à 15 ou 16 centimètres, pour retomber à son chiffre initial après une série d'oscillations qui se prolongent pendant une minute. A mesure que la maladie évolue, l'anse obstruée perd sa contractilité ; à la fin, la portion voisine de l'obstacle est complètement paralysée. Cependant les grands mouvements persistent : c'est qu'ils prennent naissance dans les portions supérieures du tube intestinal. Ce sont des ondes péristaltiques qui naissent à 16 ou 20 centimètres au-dessus de la ligature et refoulent avec force le liquide qui distend l'anse paralysée. Ils traduisent la tentative sans cesse renouvelée pour chasser l'obstacle ou le faire progresser.

Pas plus à l'état pathologique qu'à l'état normal, je n'ai pu déceler le moindre mouvement antipéristaltique. Les vomissements fécaloïdes ne sont pas dus à des contractions rétrogrades. Ils résultent, comme l'avait déjà indiqué Van Swieten, de la compression exercée par le diaphragme et la paroi abdominale sur une anse obstruée et surchargée de liquide.

APPENDICITE ET ENTÉRO-COLITE MUCO-MÉMBRANEUSE

Il est deux affections intestinales, particulièrement intéressantes pour la pathologie humaine, que nous pouvons actuellement provoquer chez les animaux ou du moins chez le

lapin : ce sont l'appendicite et l'entérite muco-membraneuse.

Le lapin partage avec l'homme et certains singes le privilège de posséder un appendice et cet appendice, fort long, est tout-à-fait comparable, par sa structure histologique, à l'appendicite de l'homme. Dès 1896, nous avons montré, M. Josué et moi, qu'il est possible de provoquer des appendicites expérimentales. Nos recherches ont été confirmées et complétées par un grand nombre d'auteurs.

C'est à l'étude de l'entérite muco-membraneuse que je me suis surtout attaché dans ces dernières années.

Tous ceux qui travaillent dans les laboratoires savent combien il est fréquent de voir des matières intestinales du lapin enrobées d'un mucus épais, visqueux et parfois concrété. On pourrait croire au premier abord qu'il s'agit là d'un phénomène banal, dénué de tout intérêt. Tel n'est pas mon avis. Le lapin, comme l'homme ne rejette pas ou rejette fort peu de mucus, quand il est en bonne santé : seulement, de même que celui de l'homme, son intestin est extrêmement sensible et réagit aux influences les plus diverses. L'expérimentateur a le droit de mettre cette prédisposition à profit pour aborder l'étude pathogénique du problème et tâcher de déterminer les causes qui provoquent l'apparition des selles glaireuses.

Avec l'aide de M. Trémolières j'ai poursuivi sur le lapin une série de recherches expérimentales qui nous ont permis de provoquer des selles muqueuses par quatre procédés différents : par des excitations mécaniques, par des excitations nerveuses, par des infections intestinales, par des modifications dyscrasiques.

Qu'on fasse ingérer à un lapin des corps étrangers, par exemple des noyaux de cerise, au bout de 48 heures les crottes de l'animal seront entourées de fausses membranes ou mélangées à des flocons de mucus.

Veut-on provoquer une entérite muqueuse d'origine nerveuse ? Il suffit de mettre à nu le pneumogastrique droit à la région cervicale et de le faradiser pendant quelques minutes.

Pour démontrer l'influence de l'infection, nous faisons

ingérer à des lapins diverses cultures microbiennes, nous en introduisons dans le rectum et dans ces cas, comme dans les cas précédents, le mucus ne tarde pas à être sécrété en abondance.

Le qui est plus curieux, c'est qu'en modifiant la constitution chimique du sang, on arrive à un résultat analogue. Nous avons, M. Trémolières et moi, injecté dans les veines diverses solutions salines; presque toutes ont provoqué l'apparition de mucus. Les substances les plus actives ont été l'urate et l'oxalate de soude. De tels résultats confirment l'opinion des médecins qui font jouer à l'état *dyscrasique* un rôle important dans la genèse de l'entérite muco-membraneuse.

On peut donc conclure que les causes les plus nombreuses, les plus variées, peuvent provoquer l'apparition du mucus dans les selles. Tantôt les matières sont entourées d'une couche qui les encapuchonne et, en certains points, leur forme une sorte de panache ou d'aigrette, tantôt elles sont mélangées au mucus qui en reste distinct, constituant des masses floconneuses ou des masses concrètes, parfois de longs rubans aplatis qui rappellent un peu, chez l'animal aussi bien que chez l'homme, l'aspect du tœnia.

Qu'il s'agisse d'observations faites sur les malades, qu'il s'agisse d'expériences faites sur les animaux, le mucus revêt deux formes différentes : il est *liquide et visqueux*, ou bien il est *concrété* et ressemble à des fausses membranes. L'expression d'entérite muco-membraneuse consacre ce dernier aspect.

(A suivre.)

L'éparpillement de la vie industrielle et l'indépendance matérielle qui en résulte conduisent les générations *ignorantes* à l'individualisme, à l'égoïsme, puis graduellement au socialisme et à l'anarchie.

Congrès international de Budapest

29 Août-4 Septembre 1909

Rapport de M. le Professeur LENHARTZ

Traitement médical de l'appendicite

M. le professeur Lenhartz (de Hambourg). Les observations du rapporteur portent sur 1.000 cas observés en 15 ans à l'hôpital général de Hambourg (Hôpital d'Éppendorf).

Orth, Fraënkcl, et surtout Aschoff ont permis à la question de l'appendicite de faire un grand pas en avant, en rectifiant mainte erreur. Il a été démontré, entre autres choses, que 10 pour 100 au moins des appendices enlevées, à la suite du diagnostic d'appendicite, étaient absolument sains.

Parmi les hommes de 60 à 70 ans, 3/4 ou 4/5 ont, une fois dans leur vie, souffert de leur appendice. D'après Aschoff, une thérapeutique interne bien conduite peut apporter dans la majorité des cas une guérison parfaite. Riedel et Sprengel réclament l'opération précoce. Ce serait le meilleur moyen d'abaisser la mortalité (1 à 2 pour 100 si l'opération a lieu le premier jour ; 2 à 5 pour 100, le deuxième jour ; 10 à 12 pour 100, le troisième). Mais peut-on dès le premier jour établir avec sûreté le diagnostic ? Ferons-nous opérer d'urgence tous nos malades, ou devons-nous distinguer les cas bénins et les cas graves ? D'après de nombreux chirurgiens (Korte-Rotter), et aussi d'après l'expérience personnelle de Lenhartz, cette distinction n'est pas possible, le plus souvent. Et dans 20 pour 100 des cas, le début est tellement insidieux qu'il est impossible à préciser (Rotter). La méthode chirurgicale radicale prescrit d'opérer « à vue » tous malade aigu dont on sent encore le poulx. Suivant ses indications, Riedel, sur 639 cas graves, compte 73 pour 100 de mortalité, 53 pour 100

pour 541 cas bénins. D'autre part, Sonnenburg, en 1907, a eu à traiter 128 cas d'appendicite aiguë : 56 furent opérés sur-le-champ ; mortalité, 7 pour 100 ; 72 furent traités par l'expectative. Ils guérirent tous. L'unité est donc loin d'être faite parmi les chirurgiens sur la meilleure conduite à tenir. Et la question du traitement est loin d'être aussi claire que Riedel le disait il y a 2 ans.

D'après son expérience personnelle, Lenhartz affirme que l'appendicectomie précoce, qu'il a d'ailleurs éprouvée, notamment à l'hôpital d'Eppendorf en 1904, et maintenant encore, n'est pas aussi dénuée de danger qu'on veut bien le dire dans le camp des chirurgiens. Sur 57 cas opérés du 1^{er} janvier 1905 au 15 août 1909, la mortalité a été en chiffres ronds de 7 pour 100. Dans 2 cas, il y eut péritonite aiguë, impossible à prévoir avant et pendant l'opération. A l'hôpital d'Eppendorf, en 1908, sur 117 opérations, la mortalité n'est que de 1,7 pour 100, mais, comme l'expérience le démontre 10 fois sur 100, c'est un appendice sain qui a été enlevé ; et parmi les autres cas, 45 à 50 pour 100 auraient évolué tranquillement par un traitement interne. Le chirurgien, en présence de résultats aussi heureux, sera donc amené à opérer tout malade qui paraît au début de sa crise, surtout si, en différant l'opération, il a la crainte d'une issue fatale.

Or, Lenhartz tire de sa pratique personnelle deux exemples parallèles. Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme mariée depuis 9 ans, qui, au cours de sa première grossesse, fut prise, au 7^e mois, d'appendicite aiguë, et opérée d'urgence. 7 jours après l'opération, qui s'était, paraît-il, bien passée, survint un gros abcès sous-phrénique qui s'ouvrit dans les bronches. Malgré une intervention ultérieure, la mère et l'enfant ne purent être sauvés.

Le deuxième exemple se rapporte à une jeune femme au cinquième mois de sa grossesse, prise brusquement d'appendicite aiguë avec réaction péritonéale. Le chirurgien consulté tout d'abord déclare qu'il n'y a chance de guérison que dans l'opération, qui finalement n'est pas faite. Elle guérit parfaitement. Au bout du temps normal, c'était un heureuse mère.

On se trompe dans le camp des chirurgiens sur les statistiques, si bien que les résultats du traitement médical paraissent amoindris. Ne faut-il pas faire entrer dans le danger de l'opération précoce les cas où une erreur de diagnostic a déterminé l'intervention ? On enlève un appendice sain. Puis arrive une issue fatale. Ceci se voit dans les maladies aiguës de l'appareil génital de la femme, de l'estomac, du foie, des reins, de l'intestin, les angines aiguës, la grippe, la pneumonie, etc... Et cependant ces observations ne figurent pas dans la statistique des chirurgiens, car elles ne sont pas considérées comme de l'appendicite.

Ces erreurs de diagnostic, les dangers de l'opération ne devraient-ils pas inviter à l'expectative ?

Quand il s'agit d'*abcès aigus pérityphliques*, l'opération précoce semble plus favorable que dans les autres cas. Cependant la mortalité très élevée (24 pour 100 sur 78 cas opérés de 1905 à 1908) a déterminé Lenhartz à employer la *ponction* pour vider ces abcès. Dans 125 cas, les suites ont été favorables. Dans 42 autres cas, il fut fait d'abord des ponctions partielles et répétées ; puis, un peu plus tard, une incision tout à fait petite. *Tous ces malades ont guéri*. De plus, les suites sont très souvent surprenantes. Il est fréquent de voir les douleurs spontanées ou provoquées cesser immédiatement. La tuméfaction diminue, la température tombe. Le pouls, la leucocytose donnent des chiffres favorables. On retire par la ponction 10, 20, 50 centimètres cubes de pus ; il n'est pas rare d'en retirer 100, 200 jusqu'à 400 centimètres cubes. Parfois, à côté de quelques centimètres cubes de pus, s'échappe une grande quantité de gaz. Souvent, là encore, on observe une amélioration énorme.

Doit-on conseiller à un malade guéri d'une attaque aiguë d'appendicite de se faire opérer dans l'intervalle de deux crises ? La plupart des chirurgiens sont convaincus qu'il faut enlever un appendice qui a été malade une fois. Mais, d'après les recherches d'Aschoff, les dangers d'une attaque ultérieure sont moins grands qu'on ne le pense du côté des chirurgiens. Et de nombreux cas ont montré à Lenhartz que la

simple opération à froid n'était pas exempte de dangers. L'embarras du médecin est donc grand et Albu a raison de dire qu'il est plus sage et plus sûr d'attendre que d'opérer. C'est dans un accord entre médecins et chirurgiens que les malades trouveront le plus grand bénéfice.

Dans les cas aigus d'appendicite dont le diagnostic est évident, il paraît légitime de conseiller l'opération d'urgence. Plus l'attaque est récente, plus on sera déterminé. La douleur abdominale augmente-t-elle, devient-elle plus vive au moindre choc des doigts, il faut déjà craindre une atteinte plus sérieuse du péritoine, surtout après 2 jours écoulés ; ou bien encore il s'agit d'une altération telle de l'appendicite qu'il faut craindre l'infection généralisée du péritoine du fait de l'opération. Ici, le repos absolu au lit et la diète rigoureusement maintenue donneront les meilleurs résultats. La seule chose à craindre, c'est la formation d'un abcès. Quand il se produit, il faut conseiller l'ouverture ; elle sera faite le plus tôt possible dans les foyers purulents étendus et franchement fluctuants. L'appendice ne sera enlevé que s'il est tombé dans le foyer purulent, après s'être détaché spontanément. Quand les abcès pointent du côté du rectum, il faut les ouvrir avec la pince à verre pointue, après ponction exploratrice prudemment conduite.

Traitement du péritoine : Dans la forme la plus bénigne de péritoine purulente, celle qui se produit petit à petit, on peut espérer un résultat favorable de l'évacuation d'un foyer unique, étendu et bien limité. La seconde forme survient à la suite de perforations larges d'un appendice gangrené. Le péritoine tout entier est touché en très peu de temps. On y trouve surtout un liquide sanieux. Cette forme était redoutée à juste titre jusque dans ces tout derniers temps, à cause de ses caractères pernicieux. Il est actuellement hors de doute qu'on peut espérer une amélioration. Nous en sommes redevables à Rehen, Nœtzel et tout particulièrement à Kotzenberg. L'excision de l'appendice suivie d'un lavage abondant à l'eau salée et du drainage avec des tubes de verre de Dreesmann, a permis d'abaisser la mortalité qui,

en 1905-1906, s'élevait à 80 pour 100 jusqu'à 30 pour 100, chiffre obtenu d'après 56 cas opérés dans ces dernières années.

Lenhartz insiste encore sur l'importance du repos au lit, de la diète absolue. Suivant la gravité des cas, il prescrit seulement du thé, du cognac, ou encore, pendant 1, 2 ou 3 jours, des injections de sérum. L'évacuation douloureuse des gaz de l'intestin est indispensable. Il faut donner juste assez d'opium pour adoucir les souffrances ; en général, il n'est pas absolument indispensable, et l'on évitera ainsi les inconvénients que l'on obtient avec des doses trop élevées : paralysie et dilatation de l'intestin. Dans un grand nombre de cas, suivant la recommandation de Sonnenburg, l'auteur a employé de nouveau l'huile de ricin. Très souvent, surtout dans les appendicites légères (simple inflammation de l'appendicite), il survint une amélioration rapide ; 2 fois seulement le résultat en parut mauvais. Il serait dangereux quand même de rétablir l'huile de ricin dans tous les cas. Que ce soit possible à l'hôpital, ce n'est pas une raison pour en généraliser l'emploi.

Quand les malades sont amenés à l'hôpital avec une dilatation prononcée de l'abdomen, on déterminera des nausées par un lavage d'estomac avec du sérum. Malheureusement, il y a beaucoup de malades qui ne sont amenés à l'hôpital que lorsque la péritonite généralisée est déclarée. Cette année seulement, jusqu'au 15 août, sur 109 appendicites reçues, il y avait déjà 17 cas de péritonite généralisée. Malgré tout, de 1905 à 1908, sur 491 malades qui furent transportés dans le service de médecine de l'hôpital d'Eppendorf, la mortalité générale a été de 5,9 pour 100. Si l'on défalque les 79 opérations, elle tombe à 2,0. Sur 1.245 cas publiés, les chirurgiens accusent une mortalité de 6,1 pour 100. C'est donc un résultat dont, en attendant mieux, on puisse être content. Et Lenhartz conclut excellemment : « Ce n'est pas en luttant les uns contre les autres, mais en travaillant en commun, que médecins et chirurgiens arriveront à guérir leurs malades. »





LE BRANDY

PH. RICHARD

N'est pas un cognac artificiel composé d'alcools à bas prix, coloré, aromatisé et vendu sous une étiquette pompeuse.

Le Brandy Ph. Richard est le produit distillé par des experts du pur jus de la vigne, que l'on conserve dans des fûts de chêne jusqu'à ce qu'il ait acquis cette finesse, ce bouquet, et arôme qui sont les délices des gourmets.



L'extract de Malt

DE MILLER

Le meilleur de Milwaukee. le plus Nutritif des aliments liquides, le plus Hygiénique, le plus riche, celui qui s'assimile le plus facilement, le

TONIQUE RECONSTITUANT

le plus Efficace recommandé spécialement aux mères qui nourrissent.

Distributeurs Généraux :

LAPORTE, MARTIN & CIE. Lée.

Epicerias, Vins, Liqueurs, Eaux Minérales
en Gros

MONTREAL



SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

- Société Médicale de Montréal**
Président : M. T. Parizeau. *Secrétaire* : M. B. G. Bourgeois, 232, Sherbrooke O
 Séances régulières, le 1^{er} et le 3^e mardi de chaque mois, d'octobre à juin.
- Société Médicale de Québec**
Président : M. D. Brochu. *Secrétaire* : M. J. Dorion, Québec.
- Montreal Medico-Chirurgical Society**
Président : M. Alex. Hutchison. *Secrétaire* : M. A. H. Gordon, 125, r. Hutchison
 Séances régulières tous les 15 jours, le vendredi soir.
- Société Médicale de Shefford**
Président : M. J. A. E. Brun. *Secrétaire* : M. A. Lessard, Granby, Co. de
 (du West Shefford. Séances régulières : deux fois par année. (Shefford P. Q.)
- Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean.**
Président : M. Poliquin. *Secrétaire* : M. A. Rivier, Chicoutimi.
- Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette.**
Président : M. C. Bernard. *Secrétaire* : M. A. Laurendeau, St-Gabriel-de-
 (Brandon.
- Société Médicale du District d'Ottawa.**
Président : M. Aubry. *Secrétaire* : M. J. E. D'Amour, Papineauville.
- Société Médicale du Comté de Wolfe.**
Président : M. Thibault. *Secrétaire* : M. A. Pelletier, St-Camille.
 Séances régulières : le 1^{er} mardi de - mois de mars, juin, septembre et décembre
- Société Médicale des Comtés de Seance et Dorchester.**
Président : M. Fortier. *Secrétaire* : M. I. M. Décléna, Beauceville.
 Séances régulières : mars, juin, Septembre, Décembre.
- Société Médicale de Rimouski.**
Président : M. Fisot. *Secrétaire* : J. Gauvreau, Rimouski.
- Société Médicale de St-Hyacinthe.**
Président : M. Turcot. *Secrétaire* : M. Beaudry, de St-Hyacinthe.
- Association Médicale du Comté de Portneuf.**
Président : M. Rousseau. *Secrétaire* : M. G. Paquin, Portneuf.
 Séances régulières : mars, juin, septembre, Décembre.
- Société Médicale de Trois-Rivières.**
Président : M. De Blois. *Secrétaire* : M. O. Tourigny, Trois-Rivières.
- Société Médicale de Valleyfield.**
Président : M. Ostigny. *Secrétaire* :
- Association Médicale du District d'Arthabaska.**
Président : M. Bolloau. *Secrétaire* : M. O. E. Desjardins, de Lyster, Co.
 Séances régulières : janvier, mars, septembre. (d'Arthabaska).
- Société Médicale du Comté de Terrebonne.**
Président : M. Grignon. *Secrétaire* : M. H. Prevost, St-Jérôme.
- Société Médicale de Montmagny.**
Président : M. Gosselin. *Secrétaire* : M. Paradis, Montmagny.
- Société Médicale du Comté de Champfain.**
Président : M. Trudel. *Secrétaire* : M. Bellemare, St-Narcisse.
- Société Médicale du District de St-François (Sherbrook-).**
Président : *Secrétaire* :
- Société Médicale de St-Jean d'Iberville.**
Président : M. Moreau. *Secrétaire* : M. Duvy (St-Jean-d'Iberville).
- Société Médicale du Comté de Maskinongé,**
Président : M. L. A. Plante. *Secrétaire* : M. Dufamel.
- Association Médicale C. F. de Manitoba.**
Président : M. J. M. O. Lambert. *Secrétaire* : M. G. A. D. (duc, St-Boniface, Man
- Association Médicale de l'Ouest de Montréal.**
Président : M. E. G. Asselin. *Secrétaire* : M. Aumont, St-Henri.
- Association des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord**
Président : M. Arthur Sinaud, Québec. *Secrétaire* : M. Piquet.
 Se réunissent tous les deux ans. Prochaine réunion en août 1908, à Québec.
- Canadian Medical Association.**
Président : Dr. Montizambert, d'Ottawa. *Secrétaire* : M. Elliott, Toronto
 Réunion à Winnipeg, Wjuel-et-ann-à-0-99a. :|

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ DU DOCTEUR FRANCK

Purgatifs

Dépuratifs

Antiseptiques



Contre la Constipation

et ses fâcheuses

conséquences

Codex Français. - Edit. 1866. Formule N° 603

Prière à Mesieurs les Docteurs de stipuler les véritables Grains de Santé du Docteur Franck. - Dans toutes les Pharmacies

LA THÉORIE OPSONIQUE

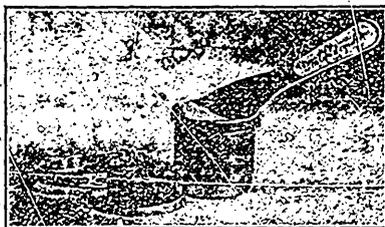
Démontre la valeur scientifique de

ANTIPHLOGISTINE

Antidote de l'Inflammation

La résistance du corps aux maladies est relative à la valeur opsonique du sang et la gravité d'une maladie localisée dépend beaucoup de la stase sanguine à cet endroit malade.

Les phagocytes peuvent s'amasser, et à moins qu'ils reçoivent



le plein montant du sang normal avec ses opsonines, la résistance est amoindrie et la suppuration s'établit. Nous devons alors augmenter le pouvoir opsonique du sang au point que la petite quantité circulant dans la partie infectée ait un pouvoir opsonique normal, ou, ce qui est plus simple et aussi effectif, dilater les vaisseaux sanguins et laisser

le sang, avec la méthode naturelle de la nature de combattre la maladie, circuler à travers la zone désirée.

La chaleur dilate les vaisseaux sanguins, mais pour être effective elle doit s'étendre à la périphérie de la zone infectée, quand elle ne cause pas la suppuration en augmentant les microbes. Un cataplasme antiseptique est la meilleure méthode de conserver la chaleur. Il n'y a qu'une seule méthode de faire des cataplasmes qui se commande à l'attention des médecins, c'est celle du pansement antiseptique, hygroscopique, plastique de

ANTIPHLOGISTINE

(Antidote de l'Inflammation)

Congrès de Budapest

Rapport de M. ESCHERICH

Sur l'état actuel de la question de la scrofule

M. Th. Escherich (de Vienne), rapporteur. L'évolution de la tuberculose chez l'enfant est fonction de l'état de l'appareil respiratoire, de la virulence de l'agent infectieux, de la porte d'entrée et de la voie de diffusion, de l'âge et de la constitution de l'individu.

La scrofule représente une forme particulière de la tuberculose infantile qui arrive le plus souvent entre la première et la troisième année. Elle se caractérise par un catarrhe opiniâtre et récidivant de la peau et des muqueuses.

Elle se développe sur les terrains lymphatiques. Ce sont des individus dont le corps se développe d'une manière parfois démesurée. Les téguments sont lâches ainsi que les pannicules adipeux. Souvent on observe de l'eczéma, du catarrhe des muqueuses, des ganglions enflammés, indolents, enfin une hyperplasie générale de l'appareil lymphatique, ainsi qu'une hypertrophie de la rate et du thymus. La cause de ces altérations est inconnue, sans doute congénitale (constitution hypoplasique pour Bartel, insuffisance du système chromatique pour Wiesel).

La constitution lymphatique est très répandue. En dehors de l'hérédité, les causes extérieures (demeures humides, alimentation, malpropreté, etc...) ont certainement une influence. Elle est souvent associée à d'autres maladies, et surtout au rachitisme.

La constitution lymphatique peut persister ainsi pendant l'enfance tout entière, puis disparaître. Certains cas tendent à la mort rapide par persistance du thymus. Le plus souvent survient une infection précoce par le bacille tuberculeux. Il n'est pas certain que les individus à tempérament lymphatique y soient particulièrement prédisposés. Mais on peut dire que cet état a une grande influence sur le mode de réaction de l'organisme, ainsi que sur le tableau clinique de la maladie.

Chez ces même individus, les téguments sont très sensibles à la toxine tuberculeuse. L'existence et les récives opiniâtres de lésions inflammatoires et catarrhales de la peau et des muqueuses en font foi. Ce sont là des signes de bacillose. Les cas de tuberculose qui surviennent chez des scrofuleux peu avancés ont une tendance à la guérison. Il est rare de voir survenir une tuberculose miliaire. Ce n'est que plus tard que le séjour prolongé du bacille dans l'organisme détermine la formation de foyers localisés de tuberculose.

On réussit, avec des doses élevées de tuberculine vieillie, à lutter contre l'intolérance et l'hypersensibilité (1 centimètre cube et plus d'ATO). La réaction cutanée à la tuberculine rétrocede bientôt. On constate, en même temps, une amélioration rapide et indubitable des catarrhes superficiels, tandis que l'évolution des foyers glandulaires ou osseux devient plus torpide.

À côté du traitement par l'iode ou l'huile de foie de morue employé depuis longtemps déjà, il convient donc actuellement de faire intervenir l'immunisation par l'une ou l'autre des tuberculines dans le traitement de la scrofule.

Les trois grandes et principales qualités de l'homme d'Etat sont : 1° l'ardeur et la vivacité de la conception ; 2° la décision du commandement ; 3° la force et la persistance du vouloir.

Maladie de Banti

La maladie de Banti ou mieux syndrome de Banti présente une évolution bien spéciale et qui la distingue des autres splénomégalias. C'est une affection particulièrement chronique, insidieuse, qui semble évoluer en trois périodes.

La *première période* se signale par deux symptômes, la splénomégalie et l'anémie. La *rate* atteint des proportions considérables, elle envahit la fosse iliaque tout en conservant sa forme. Sa surface est dure, lisse, sans bosselures, l'indolence est absolue. Aussi est-ce souvent par hasard, au cours d'un examen, que la splénomégalie est constatée. Le deuxième grand symptôme est l'*anémie*; le malade est pâle, essoufflé, présente des souffles cardiaques et l'examen du sang indique une diminution dans le taux de l'hémoglobine et dans le nombre des globules rouges. A cette époque, le foie a un volume normal et fonctionne bien. Cette période est particulièrement longue, elle peut durer deux, trois ans et même jusqu'à dix ans. A la fin, on peut observer d'abondantes hématuries qui peuvent compromettre la vie par leur persistance.

La *deuxième période*, plus courte, offre comme principaux symptômes : une diminution de la diurèse, une augmentation du volume du foie dont l'insuffisance relative se manifeste par l'abondance de l'urobilinurie. Banti signale dans ce stade qu'il qualifie « d'intermédiaire » et qui ne dure que quelques mois, des troubles digestifs, de l'anorexie, de la dyspepsie et des hémorrhoides.

Enfin, dans la *troisième période*, dite stade ascitique, apparaissent les signes d'une cirrhose atrophique du foie. Signes de gêne dans la circulation portale : circulation veineuse collatérale et ascite. Comme dans la cirrhose de

Laënnec, l'ascite et ses conséquences dominent la scène: une première puis une deuxième ponctions sont pratiquées. L'état général s'altère, des hémorragies gastro-intestinales apparaissent, de même que les épistaxis, du purpura; et la mort arrive en pleine insuffisance hépatique. La durée de cette période ne dépasse pas huit mois.

A l'autopsie, grosse rate à capsule épaissie et à parenchyme congestionné et fibreux, foie petit, rétracté dans la cirrhose de Laënnec.

On sait combien on a argumenté sur la pathogénie de ce syndrome. Les deux opinions défendues sont: MM. Gilbert et Lereboullet considèrent la maladie de Banti comme appartenant au cadre des cirrhoses hypersplénomégaliqnes. Dès le début, le foie est touché, mais son atteinte échappe à l'examen: ce que l'on découvre c'est la première conséquence de cette lésion hépatique, la splénomégalie. Par contre M. Chauffard défend l'existence du syndrome de Banti. La lésion splénique est primitive, la rate malade laisse échapper des produits nocifs qui, secondairement, après avoir atteint le foie par la veine splénique et la veine porte, lésent le parenchyme hépatique et provoquent une cirrhose consécutive. Cette interprétation pathogénique est vérifiée par des recherches démontrées aussi par les faits cliniques. MM. Oettinger et N. Fiessinger (*Revue de médecine*, déc. 1907) rapportent à ce sujet deux observations démonstratives, à l'autopsie desquelles on retrouve non seulement la splénomégalie, mais encore une thrombo-phlébite spléno-portale. Le parenchyme n'était que faiblement cirrhotique. L'atteinte de la veine splénique et de la veine porte au-dessus de l'abouchement splénique démontrait la marche de la réaction inflammatoire et son origine splénique.

L'existence d'une splénomégalie primitive ne présente pas un intérêt purement théorique; en pratique elle entraîne la conception de la splénectomie comme un traitement rationnel. Nous verrons que l'ablation de la rate a pu améliorer et même guérir certaines maladies de Banti. En enlevant la cause de l'inflammation chronique, on supprime la cause im-

portante de la cirrhose, car cette cirrhose est d'origine splénique.

Gœtz (*Société amicale de Genève*, 7 avril 1900) rapporte une observation longuement suivie d'une maladie de Banti terminée par la guérison.

Une fillette présenta en 1889, à l'âge de 5 ans et demi, une splénomégalie considérable. La rate remplit tout le flanc gauche, elle est dure, lisse et indolore. Le foie n'est plus perceptible, pas d'ictère, pas d'ascite. L'anémie est légère et consiste surtout en diminution de la quantité d'hémoglobine.

L'enfant conserve cette splénomégalie. En 1891, survient une hématoméose abondante, puis deux autres dans les jours suivants. Les hémorragies s'arrêtent, l'anémie se répare, en même temps la rate diminue de dimensions.

Mais bientôt se développe une ascite avec circulation collatérale. Cette ascite nécessite plusieurs ponctions évacuatrices. En quelques mois le liquide disparaît, mais la rate reste toujours volumineuse.

Pendant plusieurs années, l'enfant se porte bien. En 1895, à l'âge de 12 ans, nouvelle reproduction de l'ascite, la rate est volumineuse, le tout se complique d'une pneumonie. La pneumonie guérit, l'ascite persiste quelques mois plus tard, nouvelle hématoméose, puis nouvelle paracentèse.

Accalmie durant 1896-1897.

En 1898, nouvelle hématoméose, la malade a quinze ans et paraît bien portante. La rate a diminué de moitié, mais elle est toujours perceptible. La guérison se fait progressivement, actuellement la guérison se maintient, la rate n'est pas perceptible et la malade est une grande jeune fille à la taille svelte, à la démarche aisée et qui présente tous les attributs d'une bonne santé.

Cette très intéressante histoire ne peut être diagnostiquée que maladie de Banti; elle en a les trois périodes: anémie-splénomégalie, intermédiaire et ascitique; elle en a l'évolution très lente et les hématoméoses. Mais il est intéressant d'insister sur cette évolution vers la guérison spontanée.

Cette observation semble prouver que la maladie de

Banti, abandonnée à elle-même peut guérir. La thérapeutique, dans ce cas, s'est bornée à suivre les indications du moment, à combattre les hémorragies, à pratiquer des ponctions quand elles étaient nécessaires, à soutenir les forces de la malade par une bonne hygiène et une bonne alimentation. Les seuls médicaments qui aient été pris, d'une façon intermittente, sont l'huile de foie de morue et l'arsenic. Dans presque toutes les observations, l'arsenic a été prescrit et Méry conseille l'emploi des injections de cacodylate de soude.

Tout dernièrement, deux assistants du Professeur Lazarus, à l'hôpital israélite de Berlin, MM. Knoff et Fabian (*Bert. Kl. Woch.*, 18 janvier 1909), ont traité avec succès un cas de maladie de Banti par les injections d'atoxyl. Ils commencèrent par la dose de 0 gr. 10 tous les deux jours et la portèrent à 0 gr. 20. En trois mois et demi, 47 injections furent pratiquées et, pendant ce laps de temps, la quantité totale de 11 gr. 35 fut injectée. La malade, une jeune fille de 22 ans, quitta l'hôpital très améliorée; l'ascite avait disparu, la rate et le foie avaient diminué de volume.

Le traitement chirurgical a été recommandé. On a recours à la splénectomie, pratiquée dès le début de l'hypertrophie de la rate et avant les accidents de cirrhose hépatique. Banti signale 16 cas traités chirurgicalement et qui ont guéri; Harris et Herzog (*Deutsch Zeitsch., f. Chir.*, 1901) donnent une statistique de 14 guérisons sur 19 opérations.

L'ablation de la rate ne présente pas d'inconvénients sérieux, soit au point de vue de la santé générale, soit au point de vue de la constitution du sang, qui n'est pas altérée. Les nombreuses expériences sur les animaux et les travaux de Quénu et Duval ne laissent aucun doute sur ce point.

La splénectomie, dans la maladie de Banti, a été pratiquée par Poncet, Delore et Caillaud avec succès.

Récemment, Léon Bérard, de Lyon (*Bulletin médical*, 1906, n° 83), rapportait une guérison d'une maladie de Banti en un mois par la splénectomie, chez une jeune fille de 19 ans, et Torrance (*Annals of Surgery*, janvier 1908), chirurgien

américain, opérail avec succès une femme de 35 ans, indemne de paludisme et de syphilis : la malade guérit et put même faire les frais d'une grossesse.

Dans les cas où l'intervention chirurgicale sera impossible, il sera bon de se souvenir de l'observation de Gøtz et de savoir que la guérison spontanée est possible ; mais l'évolution dure toujours plusieurs années.

Principes de la localisation dans l'aphasie

M. V. Monakow (de Zurich), rapporteur. La doctrine actuelle sur la question de l'aphasie a besoin d'être agrandie à l'aide des résultats des recherches physiologiques expérimentales. D'après celles-ci les symptômes après lésion limitée de certaines parties du cortex se divisent en temporaires et résiduels. Les derniers seuls doivent être considérés comme étant étroitement liés à la lésion, pendant que les premiers s'expliquent par la diaschisis.

L'aphasie doit être envisagée comme étant en principe un phénomène transitoire. Elle est toutefois, en règle générale produite par une lésion attaquant les parties du cortex qui ont été jusqu'ici faussement considérées comme centres pour le langage. Il existe sans aucun doute une partie relativement bien délimitée de l'hémisphère gauche dont la lésion produit l'aphasie motrice (F3, la partie antérieure de l'insula, l'operculum); cette partie contient les foci pour la synergie de l'articulation. Le caractère temporaire de l'aphasie qui résulte de la lésion de cette région se laisse particulièrement bien démontrer dans les cas de lésion traumatique at-

taquant cette partie d'un cerveau autrement sain, cas dans lequel les phénomènes peuvent très vite disparaître.

La durée de l'aphasie, c'est-à-dire de la diaschisis, dépend d'autres facteurs n'ayant rien à faire avec le siège de la lésion (condition de la nutrition, état de l'esprit, etc.). La guérison de l'aphasie dépend donc du renouvellement d'une fonction qui aurait été interrompue par la diaschisis ; le langage ne s'apprend pas de nouveau par l'intermédiaire d'autres parties vicariantes du cortex comme on l'a une fois imaginé.

Les différents composants du langage, y compris ceux de moindre valeur, sont représentés dans les deux hémisphères et sur une grande étendue de ceux-ci, de sorte qu'une fois la diaschisis vaincue, le langage redevient possible, le dérangement antérieur ne laissant, nécessairement, que des traces insignifiantes.

Traitement chirurgical de la perforation intestinale typhique

La perforation intestinale constitue une complication particulièrement grave sinon fatale de la fièvre typhoïde. Si elle ne se rencontre que dans 3,5 à 4 0/0 des cas, elle est par contre 1 fois sur 3 ou sur 5 la cause de la mort.

Cette perforation est due à la nécrose du fond d'une ulcération intestinale. La chute de la petite eschare sous l'effet de circonstances occasionnelles, (efforts, mouvements violents, purgation) met en communication la cavité intestinale et le péritoine. Ce dernier n'ayant pas eu le temps de réagir loca-

liement par des adhérences de protection, la péritonite devient du coup une péritonite généralisée.

Cette péritonite est d'un pronostic fatal, car les cas où l'on a observé des guérisons spontanées par une simple expectation médicale, sont exceptionnels et leur exactitude prête à la critique. C'est pourquoi Charles Buizard conclut : toute perforation intestinale typhique commande l'intervention chirurgicale et ceci, malgré l'existence exceptionnelle des « fausses perforations. »

Sur 604 opérations pour perforations typhiques, la mortalité moyenne est de 72,69 0/0. Cette proportion est bien au-dessous de la proportion de la mortalité des perforations non opérées qui atteint 90 0/0. Ces chiffres représentent une moyenne totale, la moyenne de mortalité des perforations opérées en 1900 ne dépasse pas 64,63 0/0.

Le traitement, pour être utile, doit être précoce. La précocité du diagnostic est une cause importante de succès.

La douleur abdominale survenant brusquement constitue le symptôme le plus fidèle du début. On peut y ajouter les modifications du faciès et du pouls, la rigidité musculaire et la submatité de la fosse iliaque droite.

Le diagnostic peut être parfois difficile à affirmer. L'intervention hâtive étant la seule chance de salut du malade en cas de perforation, dans le doute on ne devra jamais s'abstenir.

Le pronostic opératoire dépend de plusieurs facteurs. Il est plus favorable chez les femmes et les sujets jeunes, il est par contre mauvais chez les malades âgés de plus de cinquante ans. Les perforations des formes bénignes de fièvres typhoïdes, et des formes ambulatoires, les perforations au début, à la rechute ou à la convalescence sont de beaucoup les moins graves quand on peut intervenir. La nature de la perforation influe aussi sur la gravité de l'évolution : pronostic plus favorable dans les perforations uniques, petites et à siège sur l'iléon, que dans les perforations multiples, étendues et à siège colique.

Enfin, l'intestin par ses lésions peut compliquer l'inter-

vention. Lorsque les ulcérations sont multiples, l'intestin distendu par des gaz, lorsque la diarrhée est profuse, le pronostic opératoire s'affirme très sombre.

Grâce à l'intervention, *la guérison* peut survenir malgré l'état désespéré du malade, malgré l'apparition de complications multiples, ou même malgré l'évolution de plusieurs rechutes.

Quant à *la mortalité*, elle est surtout considérable pendant les premiers jours :

Le premier jour, la moitié du nombre total des cas de mort, et un peu plus du tiers des malades opérés ; dans les deux premiers jours, les deux tiers du nombre total des morts et près de la moitié des opérés. Ces morts rapides se produisent par intoxication générale de l'organisme avec signes de collapsus cardiaque, due surtout à la *péritonite* suraiguë généralisée, et pour une part à l'intoxication typhique et au shock opératoire.

La péritonite entraîne encore la mort plus ou moins tardivement par occlusion paralytique de l'intestin, obstruction intestinale due à des adhérences, des brides, etc., ou par abcès secondaires localisés déterminant une intoxication lente.

La persistance de la *fièvre typhoïde* peut amener la mort plus ou moins longtemps après l'opération, par suite de dégénérescences viscérales multiples (et surtout du cœur) dues à la gravité du processus typhique, d'hémorragies intestinales ou de réouverture de l'intestin.

Cette réouverture est due, le plus souvent, à la reproduction de la perforation suturée dont les fils n'ont pas tenu.

Un malade sur sept environ y est exposé ; le pronostic est grave. La mort peut être due encore à l'apparition de *complications diverses*, les plus fréquentes étant les complications broncho-pulmonaires.

L'opération nécessite une technique particulièrement précise.

A. — *Avant l'opération*, on devra (Buizard) :

1° Soutenir énergiquement l'état général du malade (injections de sérum, huile camphrée, strychnine, etc.);

2° Lutter contre la péritonite en cherchant à augmenter la leucocytose (nucléinate de soude, électargol).

La position assise du malade (*position de Fowler*), permet « d'exclure » les surfaces péritonéales encore saines et de limiter l'infection au petit bassin ; plus tard, elle aidera considérablement au drainage. On devra donc l'appliquer dès le diagnostic posé, et la conserver après l'intervention.

B. — L'opération sera non seulement *précoce*, mais *rapide* (réduite au minimum).

On commencera par : 1° l'anesthésie locale, ou, à son défaut, l'anesthésie générale douce, de préférence au chloroforme ; 2° incision verticale un peu à droite de la ligne médiane (à travers le muscle droit, ou sur son bord externe) ; 3° ne pas laisser sortir les intestins hors de l'abdomen ; 4° Suture de la perforation dans tous les cas où elle sera possible : faire toujours une suture à deux plans au moins, le superficiel séro-séreux. Ne pas employer de catgut. Renforcer, si c'est nécessaire, la suture par une greffe (épiploïque, etc.). Si la suture est impossible, essayer une greffe ou faire un anus artificiel. Ne jamais faire de résection intestinale ; 5° Dans tous les cas, isoler l'anse malade de la grande cavité péritonéale, et l'accoler à l'incision abdominale ; 6° ne faire jamais ni essuyage, ni surtout lavage de la cavité péritonéale ; 7° drainage aussi large que possible, par l'incision primitive et des contre-incisions : tamponnement du cul-de-sac de Douglas à la gaze, l'extrémité des mèches sorties par des incisions. Sur cette gaze sera posé un drain de caoutchouc formant canal ; 8° laisser l'incision abdominale ouverte.

C. — *Après l'opération*. Soutenir l'état général : sérum, huile camphrée. Le malade restera dans la position de Fowler. A partir de la douzième heure, on peut donner un peu d'eau par cuillerées à café et des petits lavements d'eau salée.

Le traitement de dysménorrhée essentielle

Dans ce traitement méthodique, il ne faut jamais oublier de combattre la constipation, la première indication à remplir est d'entretenir la liberté de l'intestin.

Dans la majorité des cas où la dysménorrhée est accompagnée de congestion utérine, pour dissiper cette congestion, M. le D^r A. Gabriele recommande la *métranodine*, une préparation qui contient en proportions convenables l'extrait fluide d'*hydrastis canadensis*, l'extrait de *viburnum prunifolium*, le chlorhydrate d'hydrastinine, l'ergotine et l'extrait de *cannabis indica*.

Sur cinq cas ainsi traités, quatre retirèrent un grand soulagement à leurs souffrances et, dans le cinquième cas, l'effet fut complètement négatif ; il est vrai que, dans ce dernier cas, la cause de la dysménorrhée était due à une tumeur du col accompagnée de métrite.

La *métranodine* représente un remède très efficace dans tous les cas de dysménorrhée essentielle, mais elle est contre-indiquée dans les cas de dysménorrhée due à des altérations anatomiques qui relèvent plutôt de l'intervention chirurgicale.

A chaque époque, la génération nouvelle doit recevoir une éducation et une instruction modifiées et appropriées aux progrès de son temps et aux besoins de la société.

Accouchement sans douleur dans l'état de sommeil léger

M. le professeur Kronig, après avoir présenté la justification de l'accouchement sans douleur, discute les observations faites sur les 1.500 délivrances pratiquées en état de sommeil léger et attire l'attention sur l'absence de danger pour la mère et pour l'enfant. Parmi les 1.500 femmes il n'en mourut qu'une avec bassin rétréci en forme d'entonnoir, à la suite de rupture utérine. Le danger très discuté pour l'enfant n'existe également pas. Les petites quantités de scopolamine qui passent de la mère à l'enfant et qu'on peut décéler dans l'urine au moyen de la réaction sur l'œil de la grenouille sont éliminées dans l'espace de quelques heures. 10 p. 100 des enfants seulement étaient oligopnéiques et pouvaient facilement, par une excitation externe, être rappelés à un état de respiration régulière.

Un dosage exact et une surveillance minutieuse sont d'une grande importance pour le succès de la méthode.

Les sciences sont les éléments de la pensée et les lettres sont la lumière des sciences; elles se fortifient et se complètent l'une par l'autre.

Quand et à quelle distance doit-on lier le cordon ombilical du nouveau-né ?

Malgré le bénéfice de 80 à 100 grammes de sang maternel qui vont au nouveau-né quand on attend, comme Budin le conseille, que l'artère ombilicale ait cessé de battre, Ahlfeld conseille de faire la ligature du cordon ombilical sitôt que l'enfant a crié, pour échapper à l'inconvénient d'une infection possible en laissant l'enfant longtemps entre les jambes de la mère exposé aux flux gonorrhéique et pour supprimer la gêne qu'occasionnerait la présence de l'enfant en cas d'hémorragie chez la mère.

La marche à suivre est la suivante :

Quand le nouveau-né a jeté ses premiers vagissements, quelques minutes après, on coupe le cordon entre deux ligatures au fil de lin, à la distance de 10 centimètres de l'ombilic, on recouvre avec une compresse chaude et on abandonne l'enfant dans un endroit chaud. Puis, pendant une demi-heure consacrée aux soins à donner à l'accouchée, on surveille de temps en temps pour voir s'il ne se fait pas d'hémorragie par le cordon amputé. Après que la mère a reçu les soins nécessaires, on procède à la toilette de l'enfant, en le débarrassant convenablement, dans un bain, du sébum, du sang et des fèces, on l'essuie bien et on l'enveloppe dans de nouveaux langes chauds. On procède ensuite à la ligature définitive du cordon à 1 centimètre et demi de la cicatrice ombilicale, et avec des ciseaux bien désinfectés on coupe à un demi-centimètre de la ligature. On couvre le moignon avec du coton imbibé d'alcool à 80 p. 100 et par-dessus une couche d'ouate qu'on maintient par un petit bandage ombilical.

Traitement des formes bénignes de l'infection puerpérale

M. von Herff, préconise l'intervention active sur l'état général et sur l'état local. A ce dernier point de vue, il croit bon de décrire la conduite qu'il a suivie depuis huit années à Bâle, tant à sa clinique de l'Université que dans sa clientèle privée, et dont les résultats portent actuellement sur 500 cas et sont exposés dans un tableau qu'il présente à la Société.

S'agit-il de simples érosions, d'ulcérations vulvaires, vaginales ou cervicales du post-partum, M. von Herff se contente de les traiter par de simples lavages : l'emploi de poudres, inertes ou antiseptiques, est superflu. Ce n'est que dans les cas d'ulcérations graves, à marche progressive, qu'il procède à leur désinfection et à leur cautérisation à la teinture d'iode ou à l'acide phénique concentré.

En cas d'endométrite, avec ou sans rétention de débris membraneux, M. von Herff n'a jamais recours aux lavages intra-utérins : il a beaucoup plus de confiance dans l'« auto-drainage » de l'utérus, c'est-à-dire dans l'évacuation de la cavité utérine provoquée par les contractions du muscle utérin lui-même. Pour exciter cette contraction et la renforcer, il a recours aux irrigations vaginales chaudes combinées avec l'administration, *per os* ou en injections sous-cutanées, d'ergot de seigle ou d'ergotine. L'auto-drainage se montre-t-il insuffisant, comme cela arrive dans les cas d'endo-mérite grave, lorsque la musculature utérine altérée par l'inflammation est paralysée, M. von Herff lui adjoint un drainage artificiel au moyen d'un drain métallique (Lemaire).

Enfin dans les cas où la rétention des membranes, et par conséquent l'infection, persiste malgré la mise en œuvre de tous ces moyens, il faut évidemment en pratiquer l'extraction directe. Dans ces cas, M. von Herff rejette la curette qu'il considère comme très dangereuse parce qu'elle risque d'ouvrir la voie sanguine à l'infection. Le curage au doigt ou à la rigueur l'écouvillonnage doivent suffire.

Congrès de Budapest

Rapport de M. LOVETT

Le traitement des difformités paralytiques

M. Robert W. Lovett (de Boston). L'auteur borne son sujet aux difformités consécutives à la poliomyélite antérieure de l'enfance.

Il divise tout d'abord les difformités paralytiques en plusieurs variétés :

1° Difformité par déviation due à la pesanteur dans une jambe entièrement paralysée ;

2° Difformité résultant du raccourcissement ou de l'allongement des parties molles paralysées compliquant la déviation passive ;

3° Difformité résultant du raccourcissement des muscles intacts et de l'allongement des muscles paralysés ;

4° Difformité résultant du poids du corps portant sur un

membre complètement ou incomplètement paralysé (hyperextension du genou accompagnant les paralysies de la cuisse ou de la jambe);

5° Difformité du tronc résultant de l'effort nécessaire pour maintenir l'équilibre ;

6° Difformité résultant d'une malformation osseuse consécutive à une mauvaise position de la jambe;

7° Luxation résultant d'une paralysie infantile.

Nous possédons deux méthodes de traitement des difformités paralytiques : 1° la méthode mécanique ; 2° la méthode opératoire. Ces deux méthodes peuvent être complétées par des moyens physiques, tels que massage, électricité, gymnastique.

Moyens mécaniques, moyens opératoires, moyens de médecine physique, ne doivent être séparés ni en théorie ni en pratique.

Les cas justiciables de l'intervention chirurgicale demandent souvent avant ou après l'opération des moyens mécaniques et le développement des muscles est un adjuvant de tout traitement.

Le rapporteur passe ensuite en revue les différents procédés opératoires, ténotomie, myotomie, ostéotomie, transplantation tendineuse, arthrodes, greffe nerveuse.

La transplantation tendineuse est à l'ordre du jour ; elle est très employée parce qu'elle est d'une technique facile. Il est certain qu'on l'a employée dans des cas qui n'étaient pas justiciables de cette intervention, ou par des chirurgiens peu au courant des moyens mécaniques et des procédés de thérapeutique physique qui doivent compléter le traitement.

Si l'on choisit bien ses cas, si on fait un bon plan opératoire, si on institue un traitement post-opératoire bien compris on obtient de la transplantation tendineuse d'excellents résultats.

Le rapporteur a fait une enquête auprès de chacun des membres actifs de l'American Orthopedic Association.

La plupart des chirurgiens considèrent que la transplantation tendineuse, dans les *cas bien choisis*, est une méthode

vraiment utile : 31 sur 37 ont vu que leurs résultats actuels sont bien supérieurs à ceux qu'ils obtenaient au début de leur pratique.

La plupart préfèrent la transplantation périostée à la suture tendineuse proprement dite.

M. Lovett insiste tout particulièrement sur le fait que le *traitement post-opératoire est d'une importance capitale*. Le point capital de ce traitement réside dans l'entraînement progressif du muscle. L'électricité, le massage sont des moyens secondaires bien inférieurs à la gymnastique et à la rééducation musculaire.

Congrès de Budapest

Questions relatives à l'histo-physiologie du tube digestif

MM. Cl. Regaud et A. Poïcard. En ce qui concerne la composition de l'urine glomérulaire, on ne possède que des données vagues et incertaines. Il en est de même pour ce qui regarde les modifications fonctionnelles des glomérules. Les expériences de Nussbaum sont loin d'être à l'abri des critiques. En résumé, on doit admettre comme vraisemblable, quoique non démontré, que les glomérules laissent passer une partie de l'eau et des matières solides de l'urine ; l'hypothèse du glomérule-piston de Lamy et de Mayer semble exagérée.

Le tubulus contortus doit être considéré comme une glande ; ses cellules présentent trois phases de fonctionnement : intus-susception élective, élaboration, excrétion extra-cellulaire.

Gunovitsch avait considéré les enclaves lipidiques comme des organites concentrateurs. Les auteurs ne sont pas de cet avis et pensent que les concentrateurs sont les seuls grains de sécrétion. Ceux-ci ne sont pas constants chez tous les vertébrés ; les mammifères n'en possèdent pas. Au contraire, les bâtonnets — filaments ou grains mitochondriaux — sont constants, ainsi que le pense Banda. Les mitochondries, dont les bâtonnets, sont constitués par un substratum albuminoïde supportant un corps lipide dissociable (Regaud). Les auteurs croient que ces formations mitochondriales ont pour fonction essentielle l'extraction hors du sang et la fixation des substances qui doivent transiter dans la cellule. Chez les animaux, qui possèdent des grains, il y a une proportion inverse entre le développement des grains et celui des mitochondries (Regaud); avec phases alternantes (Regaud et Policard).

Les auteurs admettent que la cuticule striée est constante avec des variétés d'aspects, liées à des variations de structure, donc de perméabilité. Sans nier la possibilité de l'excrétion par filtration, les auteurs croient plus probable l'excrétion par dialyse moléculaire.

Les changements morpho-kinétiques, avec phases alternantes, résultent de ce que les fonctions d'entrée et de sortie dans la cellule ne sont ni continues, ni simultanées. L'alternance fonctionnelle se manifeste plutôt de tube à tube que de cellule à cellule.

Les phénomènes de résorption sont très probables, mais non démontrés ; ils semblent devoir être localisés au niveau du segment grêle.

Un champ bien cultivé demande moins de travail que deux champs mal cultivés et produit bien davantage.

Congrès de Budapest

Rapport de M. DEMOOR

Rôle des processus physiques et principalement de la pression dans la sécrétion

La glande, morphologiquement différenciée, remplit un rôle identique à celui de nombreux systèmes cellulaires, n'ayant aucune allure histologique spéciale. Tous les organes sont d'ailleurs de véritables glandes vis-à-vis du sang et de la lymphe, par le fait qu'ils fixent, créent et éliminent des substances diverses, et ainsi modifient et règlent les propriétés du milieu interne. Le mot sécrétion peut et doit s'appliquer à cette fonction fondamentale de toute cellule, qui lui fait régir les qualités physiques et chimiques du milieu qui l'entoure.

Le mécanisme de la sécrétion peut être avantageusement défini, au point de vue physique, par l'étude de la cellule non glandulaire. Il est régi par la sensibilité des cellules à la pression osmotique : les éléments vivants réagissent quand la pression extérieure change, et par des mécanismes variés luttent contre ces bouleversements extérieurs et ainsi maintiennent l'harmonie organique. Le mode d'action de la cellule, dans ces circonstances, est complexe et résulte, à la fois, des propriétés d'*imbition*, de *solubilité* et de *diffusion de la membrane par les ions et pour les molécules*, de la *semi-perméabilité variable des parois* sous l'influence des agents chimiques et physiques et du *phénomène d'absorption* avec formation de *complexes chimiques*, pouvant surgir entre les substances actives en dissolution ou en suspension dans les liquides.

Dislocation verticale de l'estomac Pathogénie et traitement

M. Gayet (de Lyon) a eu l'occasion d'observer chez un homme de 50 ans, qui avait un long passé de douleurs gastriques, une dislocation verticale très accentuée. Le pylore descendait jusqu'au pubis, à gauche de l'abdomen. Le malade, qui vomissait continuellement, était dans un état extrême de dénutrition (tétanie, délire d'inanition).

L'opération complexe pratiquée fut : une gastro-entérostomie transmésocolique complétée par une jéjuno-jéjunostomie. Puis, l'estomac fut plissé par un surjet lâche à la soie (gastro-plicatio) et enfin sa face antérieure suturée à la paroi de façon à rendre à l'organe sa situation normale (gastropexie). Le malade guérit simplement, et, revu 8 mois après, il avait engraisé de 17 kilogrammes et digérait fort bien. La radioscopie montrait que l'estomac avait gardé la bonne position où on l'avait fixé.

Au cours de l'opération, on avait noté un effilement du thorax en taille de guêpe ; la situation du foie, tout petit, sur la ligne médiane, tandis que la loge hépatique contenait des anses du côlon transverse. De tout cela, on peut conclure que le corset, si souvent accusé de causer la dislocation verticale n'est pas toujours en cause : qu'une part importante dans la pathogénie doit être réservée à la congénitalité et à l'arrêt de la torsion intestinale.

Au point de vue traitement il faudra combiner les diverses opérations préconisées contre la dislocation, la dilatation, la rétention. Il faudra soigner spécialement les sutures dans la partie supérieure de l'abdomen, l'estomac y ayant perdu droit de domicile.

La poésie et les lettres donnent plus de grâces à la galanterie et plus de délicatesse au plaisir.

Nouvelles

L'Olfactothérapie. — Le développement des facultés olfactives, d'après le professeur Mac Pherson, l'odorat est particulièrement aiguisé chez les personnes employées dans la pharmacie. On choisit parmi elles soixante hommes et quarante femmes. On prit ensuite des drogues, qu'on dilua tant et tant qu'il semblait impossible qu'il y restât aucune odeur perceptible. Il se trouva que les hommes montrèrent une finesse d'olfaction supérieure du double à celle observée chez les femmes. Quelques-uns découvrirent l'acide prussique dans deux millions de parties d'eau. Dans une autre expérience les odeurs furent diluées et disséminées dans une chambre contenant 9,000 pieds cubes d'air. Il y eut des sujets qui percurent 1/300 millionième de chlorphénol et la millième partie de cette quantité de mercaptan (sulfhydrate d'éthyle). Ces observations montrent jusqu'à quel degré le sens de l'odorat peut se développer, être influencé par l'entraînement, l'exaltation de fonctionnement du nerf olfactif et produire des effets thérapeutiques ou toxiques.

Les avantages de la fabrication mécanique du pain. —

Le pétrin mécanique fournit, tout aussi bien que la main de l'homme, de beau et bon pain; il le produit à un prix bien moins élevé; il supprime la fatigue excessive du gindre, si propice à l'évolution de la tuberculose; enfin, il donne complète satisfaction aux exigences de l'hygiène. Il y a donc tout lieu d'espérer que le pétrin mécanique ne tardera pas à être adopté, car c'est un important progrès en boulangerie.

La natalité française. — Le chiffre des naissances se relève quelque peu. Il est né, en effet, 18,000 enfants de plus en 1908 que dans l'année précédente. Cette constatation offre quelque agrément, mais le chiffre des naissances n'en reste pas moins très au-dessous de ce qu'il devrait être. En revanche la proportion des décès a fortement baissé, car elle a été de 19 p. 1,000, ce qui est, nous dit l'*Illustration*, le chiffre le plus bas constaté en France depuis le commencement du XIX^e siècle.

Sur les 130,000 médecins qui, en 1908, ont exercé leur profession aux États-Unis, 2,261 ont succombé, ce qui représente une mortalité de 17,39 pour 1,000.

L'âge moyen de mortalité a été de 59 ans 1/2.

Ce sont surtout les affections du système nerveux, de l'appareil circulatoire et des voies respiratoires qui figurent comme cause de léthalité.

Les morts par accident en 1908 ont été seulement de 141; on a relevé, de plus, 34 suicides.

Les âges extrêmes de ces confrères américains ayant succombé au cours de la dernière année sont 21 et 102 ans.

La profession de pharmacien est aujourd'hui très en faveur parmi les femmes russes et cette vogue ne cesse de s'accroître chaque jour.

Cette vogue spéciale vient de se traduire par la création d'une « Union professionnelle des femmes occupées dans les officines de Moscou ».

Cette association doit demeurer exclusivement féminine.

Quantité de radium dans le monde. — D'après l'éva-

luation suivante, il y aurait dans le monde entier moins d'un gramme de radium. Voici comment cette quantité se répartirait :

M ^{me} Curie.	15	milligrammes
Sir William Ramsay	20	—
Sir William Crookes.	20	—
Professeur d'Arsonval.	20	—
Professeur Bordas	10	—
M. Becquerel.	10	—
Thomas Edison	20	—
Divers	20	—

(Arch. d'élect. méd.)

La culture doit demander à l'intelligence et à la science de nouvelles méthodes pour produire chaque jour en plus grande abondance et en meilleure qualité.

Maladies du Cerveau
ÉPILEPSIE — HYSTÉRIE — NÉVROSES
Traitées depuis 40 ANS avec succès par les
SIROPS HENRY MURE

1^o Au Bromure de Potassium. } 3^o Polybromuré (potassium, sodium, ammonium).
 2^o Au Bromure de Sodium. } 4^o Au Bromure de Strontium (exempt de baryte).

Rigoureusement dosées, 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée à potage et 50 centig. par cuillerée à café de sirop d'écorces d'oranges amères irréprochable.

Établies avec des soins et des éléments susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, ces préparations permettent de comparer expérimentalement dans des conditions identiques, la valeur thérapeutique des divers bromures seuls ou associés — FLACON : 5 fr.

Maison HENRY MURE, A. GAZACNE, 11^o et 1^{er} classe, grande et rue Pont Saint-Esprit (Gard).