

Montréal - Médical

Paraissant le 15 de chaque mois

Hygiène. — Médecine et Chirurgie. Pratique. — Thérapeutique.

Tous les ouvrages dont il sera envoyé un exemplaire seront annoncés et analysés s'il y a lieu.

SOMMAIRE

Le Congrès des Trois-Rivières.....	166	de Joliette.....	178
Conseils pratiques aux mères de famille... par M. le Docteur Fanneton Président d'honneur du congrès.....	167	Quantité de gens simplement atteints de typho colite muco-membraneuse ou sabieuse, sont-ils opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas, par M. le professeur Dieulafoy.....	182
Agonie quatre jours avant la mort par Mr. le docteur J. Lippé.....	172	L'influence du travail sur l'évaporation aqueuse chez l'homme par M. M. Wolperts & Peters.....	190
Les différents facteurs de la gravité de la syphilis par M. le Docteur D. E. LeCavellier.....	169	Note sur l'anatomie pathologique de l'entéro-colite Muco-Membraneuse, par M. le docteur F. Trémolières.....	191
La syphilis et la paralysie générale par M. M. les professeurs Joffroy et Lanceraux.....	173	Traitement des écrasements des doigts, par M. le professeur Rectus.....	192
M. le Docteur Raffaelli.—Sur le tremblement des nourrissons.....	168	Sur une affection des membres inférieurs simulant la phlébite, par M. le docteur W. Bennet.....	196
Les principales formes des troubles nerveux dans le mal de Pott sans gibbosité, par M. le Docteur L. Alquier.....	168	Formes diverses de l'anémie dans la tuberculose chronique.....	196
Le glycocholate de soude à l'intérieur contre la putréfaction intestinale, l'insuffisance hépatique et la lithiase biliaire.....	171	Une bonne formule d'apéritif, par M. le docteur Martinet.....	197
Importance des stigmates de dégénérescence pour le pronostic de l'épilepsie.....	174	La Goutte de Lait (correspondance).....	198
L'influence du traumatisme sur l'origine et la croissance des tumeurs et spécialement du cancer de l'estomac, avec observation à l'appui, par Mr. le professeur Ed. Menne.....	175	Nouvelles contributions à la technique de la détalation mécanique du col, surtout dans l'éclampsie par Mr le docteur E. Pollak.....	199
Les Ions en thérapeutique.....	176	Le médecin et le tarif des compagnies d'assurances sur la vie, par M. le docteur Albert Laurendeau.....	200
La chaleur envisagée comme agent physiothérapique, par Mr. le Dr. Rivière.....	177	Nouvelles.....	201
Association Médico-Chirurgicale du district			

Tout ce qui concerne la rédaction ou l'administration doit être adressé à

“ LA PUBLICITE GENERALE COSMOS Ltee ”

473, rue Sherbrooke, MONTREAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT, \$1.00 PAR AN.

MONTREAL-MEDICAL

VOL. VI

MONTRÉAL, 15 JUILLET 1906

No 5

Le Congrès des Trois-Rivières

Les organisateurs du Congrès des Trois-Rivières et particulièrement le dévoué Secrétaire général, Monsieur le docteur Charles de Blois ont raison d'être fiers de leur œuvre. leurs efforts ont été couronnés du plus brillant succès qu'il était possible d'obtenir.

L'ouverture officielle du Congrès fut faite avec toute la solennité qui préside aux grands événements de l'histoire d'une nation, pas une note harmonieuse ne manquait à la fête. Le Gouverneur, le Premier Ministre de notre Province, l'Evêque, le Maire des Trois-Rivières, les délégués de France, les organisateurs dévoués, tous sont venus jeter dans le sillon de la science largement ouvert, des semences de travail, de joie, d'encouragement, de félicitations, d'espérances qui produiront les fruits les plus salutaires à la vie et à l'heureuse santé de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

310 confrères étaient présents; 118 travaux étaient inscrits. L'assistance était plus nombreuse qu'au Congrès de Montréal où il n'y avait que 80 travaux. Au programme, on comptait seize communications qui devaient être présentées au nom des médecins Français et Belges; pour peu que la progression continue, l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord tiendra bientôt un Congrès International. La Belgique et la République voisine n'étaient pas officiellement représentées, mais la République Française était représentée par un Confrère distingué et non pas les trois plus illustres médecins de la France comme quelques confrères et certains journaux l'ont dit.

M. le docteur H. Thiboulet était le seul délégué du gouvernement français, Monsieur le chirurgien Proust représentait l'Université de Paris et M. le préparateur A. Loir représentait l'Association française pour l'avancement des sciences. Ces confrères distingués ignorant le Canada et les Canadiens-Français, ont pu faire une étude sur place qui leur sera, nous ont-ils assuré, fertile en heureux résultats pour les amis des deux côtés de l'eau.

Le Congrès fut divisé en deux sections: La Médecine et la Chirurgie, et comme toutes les communications inscrites ne furent pas présentées, chaque confrère présent a pu facilement avoir son tour. L'originalité des travaux ne fut pas la qualité dominante, l'on a quelquefois relu ce que l'on avait déjà publié et plus souvent répété ce que tous les médecins devaient savoir; mais tous les efforts pour le bien sont dignes de notre admiration. Les aînés de la profession nous ont donné peu d'exemple, d'un travail persévérant et consciencieux; écrire clairement sa pensée et le résultat de ses observations personnelles est une rude tâche pour le praticien aux prises avec toutes les difficultés matérielles de la vie.

Un Congrès tous les deux ans est assurément placé à une date trop rapprochée pour la production de travaux d'une haute valeur scientifique, mais c'est un stimulant pour nos sociétés médicales, qui continueront avec plus d'ardeur leurs études, qui élèvent notre profession dans l'estime publique. Ces grandes assises, ces nombreuses réunions tendent à établir entre chacun des sentiments d'une bonne confraternité qui sont loin d'exister parmi tous les membres de notre famille.

Ceux qui ont lu les vœux exprimés par le Congrès des Trois-Rivières ont pu constater que c'est une nouvelle édition de ceux émis par le Congrès de Montréal, mais révisé, augmentée et corrigée. Nous avons donc raison d'écrire le 15 juillet 1904 :

Les différentes sections du Congrès de Montréal ont formé les vœux suivants qui dormiront paisiblement sur la table du Secrétaire, bravant des ans l'irréparable outrage :

La section d'hygiène forme des vœux pour l'amélioration générale du milieu scolaire, et indique les moyens à prendre pour l'amélioration de la ventilation, avec système déterminé par les villes, pour l'analyse de l'eau; elle forme des vœux pour la vulgarisation des sérums, et la fondation de différents instituts Pasteur; pour la vulgarisation de l'hygiène infantile dans les écoles.

La section de médecine légale forme des vœux pour la fondation d'établissements de refuge pour les enfants arriérés et les alcooliques, et pour l'amélioration du système d'examen mental.

La section de médecine forme des vœux pour l'application par les autorités, de tous les moyens possibles, pour arrêter la tuberculose; sanatoriums suspension et isolement des professeurs tuberculeux, conseils donnés aux professeurs sur les moyens à prendre pour instruire et préserver ces jeunes élèves; pour la fondation d'un système de conférences populaires contre l'alcoolisme, etc.

La section de chirurgie dentaire demande l'appui des médecins pour répandre la nécessité de l'hygiène de la bouche dans les maisons d'éducation, etc.

CONSEILS PRATIQUES AUX MERES DE FAMILLE (1)

I Le lait maternel est la seule nourriture qui doit être donnée à l'enfant jusqu'à l'âge de 12 mois ; ce n'est que par exception qu'on peut après 8 mois permettre des nourritures préparées ou des bouillies légères. Ces dernières doivent, dans tous les cas, être bien cuites et préparées avec beaucoup de soin.

II Lorsque l'allaitement maternel est impossible ou insuffisant, on doit donner le lait ordinaire, qui sera préparé de manière à ressembler autant que possible au lait maternel, quant à sa composition et à sa température. Pour cela le lait doit être légèrement sucré et contenir pendant les 2 premiers mois, 2 tiers d'eau bouillie pour 1 tiers de lait; de 2 à 4 mois moitié eau et moitié lait, et de 4 à 6 mois un tiers d'eau pour 2 tiers de lait. A 8 mois on donne le lait pur qui n'occasionne jamais de maladie.

III Pour les enfants encore plus que pour les adultes, il est important de prendre la nourriture à des heures régulières, et on doit au besoin éveiller l'enfant pour assurer cette régularité. Le lait doit être donné à la chaleur du sang et toutes les 2 heures et demie jusqu'à 2 mois, de 2 à 4 mois toutes les 3 heures et de 4 à 6 mois toutes les 4 heures. On peut cependant faire boire l'enfant un peu moins souvent durant la nuit.

IV Pour faire boire les enfants, on ne doit jamais se servir des bouteilles nourrices à tubes ; on ne doit pas non plus laisser les enfants garder constamment dans leur bouche les sucres en caoutchouc, surtout celles qui ont une ouverture.

V S'il survient de la diarrhée, il faut suspendre toute nourriture surtout le lait, jusqu'à ce que les selles deviennent naturelles ; on peut durant ce temps donner au petit malade de l'eau de riz, de l'eau de blé ou seulement de l'eau pure.

VI Il faut baigner tous les jours les jeunes enfants surtout quand ils sont malades.

VII L'habitude de donner aux enfants des sirops calmants ou des potions contenant des boissons fortes est tout à fait condamnable.

VIII A partir de 12 mois, on peut donner, outre le lait, des bouillons dégraissés et surtout des œufs peu cuits ; **NE DONNEZ JAMAIS DE BONBONS AUX ENFANTS.**

IX La dentition ne cause jamais la diarrhée et très rarement d'autres maladies.

X Au besoin, surtout durant les chaleurs, stérilisez le lait ; pour cela mettez dans de petites bouteilles nourrices ou autres, la quantité de lait suffisante pour un repas de l'enfant, placez debout dans une chaudière ou dans un appareil à stérilisation acheté chez le pharmacien, autant de ces bouteilles que l'enfant boira de fois dans les 24 heures. Emplissez cette chaudière d'eau froide jusqu'au niveau du lait, puis

(1) Communications faites au Congrès des Trois-Rivières par Mr. le Docteur Panneton.

faites bouillir cette eau pendant 30 minutes. Enlevez ensuite les bouteilles de lait, gardez-les bien bouchées et sur la glace et c'est possible.

XI L'usage du biberon est pour le moins inutile; surtout on ne doit jamais bercer un enfant qui vient de boire.

XII Les vêtements du bébé ne doivent en aucune manière gêner les mouvements de la poitrine ou des membres, le maillot ou la bande abdominale trop serrés sont préjudiciables à la santé.

M. LE DOCTEUR RAFFAELLI. -SUR LE TREMBLEMENT DES NOURRISSONS

L'auteur a observé trois enfants, âgés respectivement de quatorze, huit et onze mois, qui, sans aucun autre signe indiquant une affection du système nerveux, étaient atteints d'un tremblement continu, à petites oscillations, généralisé à tout le corps. Ce phénomène, tout à fait indépendant des mouvements volontaires, disparaissait durant le sommeil. Les enfants présentaient, en outre, des troubles digestifs liés à une alimentation défectueuse, et l'un d'eux était atteint d'un rachitisme accentué. Il est à noter que le liquide céphalo-rachidien était normal.

Le tremblement était manifestement en rapport avec les troubles digestifs et disparut avec eux, pour reparaitre, chez l'un des sujets, au cours d'une rechute d'entérite. L'auteur croit donc qu'il s'agit d'un phénomène lié à une intoxication d'origine digestive. Dans un cas analogue de Durante, il y avait, en outre, le tableau clinique de la tétanie, si souvent liée aux troubles digestifs des jeunes enfants, ou, en particulier, le signe de Chvostock. Mais aucun des nourrissons étudiés par Raffaelli ne présentait de symptômes de tétanie.

Les principales formes des troubles nerveux dans le mal de Pot, sans gibbosité.

PAR M. LE DOCTEUR L. ALQUIER.

Il est des cas où la tuberculose vertébrale évolue durant un temps plus ou moins long sans gibbosité apparente, ne se manifestant que par des troubles nerveux. Ces troubles sont utiles à connaître pour le praticien, car ils permettent de poser le diagnostic et d'instituer au plus tôt le traitement par l'immobilité.

Les signes sont ceux d'une compression de la moelle et des racines: douleurs, paralysie flasque ou spasmodique, atrophie musculaire, anesthésie, rétention des sphincters, offrant quelques caractères particuliers selon l'étage de la moelle lésée.

Le diagnostic se complètera par les symptômes de la tuberculose générale, la raideur vertébrale, la radiographie.

LES DIFFERENTS FACTEURS DE GRAVITE DELA SYPHILIS. (1)

PAR M. LE DOCTEUR D. E. LECAVALIER

M. le Président, Messieurs,

La syphilis est toujours à l'ordre du jour, car elle est la cause du désordre durant bien des jours et bien des nuits. Il existe plus de syphilitiques que d'alcooliques et de tuberculeux. A Montréal, Québec et Trois-Rivières l'on pourrait bien compter plus de 30.000 syphilitiques. Je ne veux pas établir qu'il y a plus de ces malades dans la Province de Québec qu'ailleurs (dans Ontario) le contraire serait peut-être vrai.

Je ne veux pas non plus diminuer la crainte de la vérole chez ceux qui ne l'ont pas, car on a dit ou plaisantant : si tu ne crains pas Dieu, crains au moins la vérole; mais il importe de mettre au point que la syphilis n'a pas dans notre pays l'excessive gravité qu'on lui attribue en Europe, et qu'il ne faut pas effrayer outre mesure le malade qui a été assez malheureux de contracter cette maladie.

La découverte du spirochète pâle, par Shaudinn, vient de mettre à l'étude dans tous les laboratoires du monde entier la question de virulence de la syphilis et de ses différents facteurs de gravité. Pour les uns, la majorité, la vérole trouve EN DEHORS D'ELLE ses moyens d'intensité, à la faveur d'un terrain éminemment propice à son évolution et à son exaltation (loi de moindre résistance); pour les autres, "RARI NANTES" la syphilis trouve en ELLE-MÊME, indépendamment de toute condition du milieu, sa virulence propre, plus ou moins grande et grave. De là les partisans du TERRAIN et les partisans de la SEMENCE.

D'après l'école des partisans du terrain, la source de la vérole n'en change pas la qualité et il n'y a, disent-ils, aucun rapport d'intensité entre la syphilis donnée et la syphilis reçue, elle est la même pour tous, chacun la porte ou conduit à sa manière.

"Très soi vent, écrit M. le professeur Fournier, une syphilis grave peut résulter d'une syphilis légère et le VIRUS EST INVARIABLE, chacun fait sa syphilis à sa manière, suivant sa santé habituelle, son tempérament, ses habitudes, ses prédispositions héréditaires ou acquises, son hygiène, son milieu, ses tares morbides et la façon dont il se soigne."

Voilà donc, clairement exposée, la doctrine du terrain, qui est encore à la mode, car on n'en trouve point d'autre dans les auteurs classiques.

Chacun connaît les facteurs de gravité qu'elle a groupés en faisceaux et dont les principaux, à peu près par ordre d'importance, sont : l'alcoolisme et, avec lui, toutes les intoxications connues; la tuberculose (scrofule, scrofule-tuberculose, lymphatisme); le paludisme aigu et surtout le paludisme chronique; l'arthritisme avec toute la série de ses multiples affections; les maladies nerveuses, les maladies infectieuses,

(1) Communication faite au Congrès des Trois-Rivières

en un mot, toute la pathologie ; les surmenages de toutes sortes, la mauvaise hygiène, la misère physiologique, les tares héréditaires ou acquises, l'âge, le sexe, etc., etc.

Assurément la question du terrain et avec elle ses facteurs de gravité qui s'y rattachent, joue un rôle très important dans l'évolution d'une syphilis, il faut très bien connaître les forces de constitution de chaque organe pour porter un pronostic. Mais cette importance pour être très grande, n'est pas capitale, c'est ce que nous voulons établir. Il est incontestable et il demeure incontesté que les circonstances d'âge, de sexe, d'hygiène, d'habitus, d'état (grossesse) de climat, etc., etc., que les maladies de toutes sortes aiguës ou chroniques ; que les tares héréditaires de toute nature ; que les intoxications et les infections quelconques ; tout ce qui est déjà une cause de souffrance et d'affaiblissement pour l'organisme, rendra celui-ci moins apte à résister à une nouvelle maladie générale, à manifestation multiples, à longue échéance, à lente évolution, comme LA SYPHILIS. Mais ce sont là des facteurs "a priori" de gravité. Rien ne prouve que telle ou telle affection donne à la syphilis une allure maligne, par le seul fait qu'elle coïncide avec elle, qu'elle l'ait précédée, accompagnée ou suivie. C'est une coïncidence fâcheuse, mais rien de plus ; et la preuve, c'est qu'un traitement bien dirigé, dans l'immense majorité des cas réussit à guérir aussi bien des syphilis malignes précoces què des benignes. Dans tous les cas, la syphilis garde son autonomie ; elle subit pour son propre compte, comme si elle évoluait seule, les influences heureuses du traitement spécifique, sans préjudice des autres maladies concomitantes de l'individu: alcoolisme, tuberculose, impaludisme, saturnisme, etc. sur le compte desquelles on en rejette toute la gravité.

La preuve, c'est que nous avons vu évoluer et guérir des syphilis malignes portées par des sujets manifestement alcooliques et tuberculeux. Que de fois n'avez-vous pas vu des syphilis précoces graves évoluant sur des sujets qui ne boivent ni vin, ni alcool. Pourquoi chez l'Arabe si tempérant et le Russe herculéen la syphilis est-elle accompagnée des complications les plus sérieuses ? On rencontre des patients SANS AUCUNE TARE PATHOLOGIQUE QUELCONQUE, chez lesquels la syphilis se présente avec tous les caractères de la plus grande malignité.

Alors où sont nos facteurs de gravité ?

La doctrine du terrain s'est posée, mais ne s'est pas affirmée, rien n'est prouvé ; l'empirisme et la routine ne sauraient former une règle invariable. Les facteurs de gravité sur lesquels elle s'appuie pour expliquer la malignité d'une syphilis, sont indéfinis et contingents, ils n'ont rien de spécial à la syphilis, ils sont tellement vagues qu'ils apparaissent comme des PASSE-PARTOUT s'appliquant aux pronostics de n'importe quelle autre maladie.

La question du virus, DE SEMENCE est toute autre et les principes sur lesquels elle repose, ont la force d'une véritable loi. La source d'une

syphilis doit en varier la qualité et il existe un rapport d'intensité entre la syphilis donnée et la syphilis reçue; entre celle du contaminant et celle du contaminé. La syphilis est la même pour tous prise à la MEME SOURCE, mais elle varie selon le degré de virulence de la semence.

"Ce qui fait la gravité de la syphilis, dit le professeur Gény, ce n'est pas la nature du terrain, c'est la nature du virus. Une syphilis, contractée à une source vierge de tout traitement depuis un nombre indéterminé de générations, par conséquent non atténuée par le traitement, c'est-à-dire non traitée par le mercure, donne toujours une syphilis grave et souvent mortelle.

"Une syphilis, contractée à cette même source, atténuée par le même traitement, c'est-à-dire tenue en échec par un traitement parasiticide constant, demeure latente et ne produit aucune manifestation, ou tout au moins ne dénonce son existence que par des accidents légers, et alors que ce traitement est suspendu.

"Une syphilis contractée à une source méthodiquement atténuée, c'est-à-dire longtemps traitée par le mercure, sera bénigne et guérira rapidement avec des doses relativement faibles de parasiticide."

Telle est, exposée et résumée en quelques principes, la doctrine de la SEMENCE clairement définie et rationnellement établie. A l'appui de cette thèse, vous pouvez dans vos souvenirs thérapeutiques trouver de nombreuses preuves. J'ai l'honneur de vous présenter quelques observations personnelles qui apportent de nouveaux faits à la démonstration des différents facteurs de gravité dans la syphilis :

(A suivre)

Le glycochocolate de soude à l'intérieur contre la putréfaction intestinale, l'insuffisance hépatique et la lithiase biliaire.

D'après l'expérience de M. le docteur A. C. Croftan (de Chicago), on obtiendrait d'excellents résultats, dans la putréfaction intestinale, l'insuffisance hépatique et la lithiase biliaire, en faisant prendre du glycochocolate de soude à l'intérieur, à la dose de 0 gr. 03 centigr., répétée aussi souvent qu'il est nécessaire pour obtenir l'effet thérapeutique recherché. Le médicament peut être donné en quantités considérables sans autre inconvénient qu'un peu de diarrhée.

En dehors des résultats cliniques, on peut encore se guider, pour apprécier l'action du glycochocolate de soude, sur trois facteurs d'ordre chimique : la disparition des sulfures des fèces—que l'on reconnaît à ce que les matières ne sont pas colorées en noir après l'administration de 2 grammes de sous-nitrate de bismuth—, la disparition des sulfates aromatiques (indican) de l'urine, enfin l'apparition, dans ce liquide, des acides biliaires qui y font normalement défaut.

AGONIE QUATRE JOURS AVANT LA MORT (1)

PAR M. LE DOCTEUR J. LIPPE.

Le 26 juin 1905, appelé à 7 heures du matin auprès de Madame P. S. L., âgée de 52 ans, cardiaque et neurasthénique depuis plusieurs années, à la suite d'une forte attaque de grippe, et chez laquelle je soupçonnais un abcès du foie, qui s'était créé une issue dans l'estomac, et avait causé une gastrite suraiguë — car les vomissements étaient incessants depuis quelques jours, — je trouvai la malade dans un état de faiblesse extrême. Le pouls battait 160 à la minute, la voix, presque éteinte, avait peine à se faire entendre. En m'apercevant, elle me dit : c'est fini, je vais mourir. J'essayais de relever son courage par quelques paroles réconfortantes. Tout à coup elle dit distinctement : "l'agonie". Aussitôt la face revêt une couleur cadavéreuse, qui s'accroît de plus en plus, les yeux oscillent lentement, deviennent ternes et se renfoncent dans leur orbite, la vue paraît s'éteindre, les extrémités se refroidissent, les narines sont palpitrantes, la déglutition est impossible, le pouls filiforme, irrégulier, intermittent, est à peine perceptible; des sueurs froides et gluantes recouvrent la figure et les membres; la respiration est ralante, et ne se fait plus que par saccades, et à de rares intervalles : le pouls enfin cesse d'être perçu. Tout annonce que c'est fini, que la vie abandonne ce corps; je passe dans une chambre voisine, attendant la fin pour me retirer. Il était 10 heures, l'agonie durait depuis 3 heures. Il n'y avait pas dix minutes que j'avais laissé ce que je ne considérais plus que comme un cadavre, que le mari vient me dire : "Ma femme demande à boire, est-ce que l'on peut lui donner quelque chose" ? Certainement, répondis-je, et je me précipite auprès de la mourante.

Jugez de mon étonnement : elle était assise sur son lit, blanche comme la cire, les yeux vitrés, et tous les traits figés dans une immobilité de statue. On lui met dans la bouche une cuillerée à thé de breuvage, qu'elle parvint à avaler avec beaucoup de difficulté. Le pouls est cependant imperceptible au poignet; mais presque aussitôt, la face commence à se colorer, la respiration se rétablit lentement, et je puis percevoir les pulsations à la radiale à de longs intervalles, qui se rapprochèrent de plus en plus. Enfin la morte ressuscita. Elle crut avoir eu un évanouissement. C'était une attaque de la grande hystérie, que ma malade venait de présenter, et qui avait simulé si exactement la véritable agonie. Si je n'avais pas été convaincu par le fait qu'elle avait annoncé elle-même que l'agonie commençait, ma conviction aurait été raffermie le lendemain; car ce jour, comme elle se plaignait de ses palpitations de cœur, qui disait-elle, la faisaient mourir, je m'assurai que les battements du cœur n'étaient pas assez forts pour soulever les parois du thorax, d'une manière aussi accentuée qu'elles l'étaient, et par un examen plus attentif, je m'aperçus que ce n'é-

(1) Communication faite au congrès des Trois-Rivières.

tait ni plus ni moins qu'une espèce de trépidation des deux seins, qui s'agitaient par mouvements convulsifs.

A ce moment, je crus un instant avoir été le jouet de cette femme, qui m'en avait imposé pour ses autres maladies, comme pour son agonie. Mais le 30 juin au soir, près de quatre jours et demi après sa prétendue agonie, ma malade s'éteignait tranquillement, ayant conservé sa connaissance jusqu'à son dernier soupir.

Ce cas m'a paru intéressant et rare, parce que je ne me rappelle pas avoir jamais rien vu de pareil dans les auteurs, et je viens vous en faire part.

LA SYPHILIS ET LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR M. LE PROFESSEUR JOFFROY

M. le professeur Joffroy a sérieusement étudié la question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale, et son opinion diffère complètement de celle de M. Fournier.

Il rappelle la distribution géographique de la syphilis, et, s'appuyant sur nombre de travaux, ceux de Jeanselme, de Wurtz, etc., montre la très grande rareté de la paralysie générale dans nombre de pays dont la population est profondément syphilitisée.

La paralysie générale dite syphilitique n'a pas, d'autre part, de caractères particuliers : le rôle préserveur du traitement méthodiquement poursuivi de la syphilis, paraît enfin à M. Joffroy beaucoup moins évident qu'à M. Fournier ; c'est ainsi que, dans nombre de pays où la syphilis est courante et la paralysie très rare, ce n'est pas au traitement, presque toujours absent, qu'on peut attribuer ce fait, M. Joffroy, en terminant, résume sa pensée dans les conclusions suivantes :

- 1o. La syphilis n'est pas une cause efficiente de paralysie générale ;
- 2o. La paralysie générale n'est pas de nature syphilitique ;
- 3o. Le traitement anti-syphilitique n'a pas d'action prophylactique vis-à-vis de la paralysie générale ;
- 4o. Le traitement spécifique de la paralysie générale n'a aucune action et peut n'être pas sans danger.

M. le professeur Lancereaux se basant sur l'étude anatomo-pathologique est d'accord avec M. Joffroy pour admettre que la paralysie générale n'est pas une manifestation syphilitique. Elle n'a ni les caractères ni l'évolution d'une lésion syphilitique. Quant aux preuves tirées des statistiques, elles ne sauraient être considérées comme ayant une valeur scientifique définitive.

Les grandes âmes communiquent à tout ce qu'elles font un peu de leur grandeur, parce qu'en elles tout est naturellement grand, divin ou divinement naturel.

Importance des stigmates de dégénérescence pour le pronostic de l'épilepsie.

M. le docteur Turner a étudié une centaine d'épileptiques dans le but de savoir si la présence de stigmates de dégénérescence avait une importance quelconque au point de vue du pronostic.

Il entend par "stigmates de dégénérescence" toute déviation de la structure normale se produisant au cours du développement chez les sujets prédisposés héréditairement à la dégénérescence.

Turner groupe les stigmates en quatre catégories : 1o. les déformations et asymétries faciales (y compris celles du nez) : cette variété est plus fréquente chez les femmes, elle existe le plus souvent en même temps qu'un centre stigmaté : c'est ainsi que Turner l'a trouvée dans 42 pour 100 des cas ; elle était isolée dans 14 pour 100 des cas seulement ;—2o. les déformations de la voûte palatine ; c'est un des stigmates les plus fréquents et les plus fidèles : l'auteur l'a trouvé 42 fois dont 17 fois à l'état isolé ;—3o. les déformations de l'oreille externe : anomalie de volume et de forme asymétrique ; 33 malades présentaient ce stigmaté qui n'était isolé que dans 9 cas ;—4o. les anomalies dentaires : vices d'implantation, etc. A ces quatre variétés principales, on peut ajouter le bégaiement et les vices de la réfraction, qui constituent les stigmates physiologiques.

Les éléments cliniques ont été groupés de la manière suivante : 1o. Sexe. Sur 100 épileptiques il y avait 62 hommes et 38 femmes. Les premiers présentaient des stigmates névropathiques beaucoup plus souvent, dans la proportion de 52 hommes pour 23 femmes ;—2o. Antécédents héréditaires. Vu la difficulté d'obtenir des renseignements précis, il est difficile de dégager des conclusions bien nettes : il a paru cependant que les antécédents héréditaires directs s'accompagnaient de stigmates plus marqués que les antécédents collatéraux ;—3o. Date d'apparition des convulsions. Les malades chez qui les accès étaient apparus avant l'âge de cinq ans présentaient presque constamment des stigmates ; ceci est conforme à la règle clinique d'après laquelle les épileptiques malades dès leur jeune âge présentent les troubles mentaux les plus profonds ;—4o. Durée des convulsions. L'étude de cet élément a montré que l'absence des stigmates de dégénérescence n'implique nullement un pronostic bénin ;—5o. l'étude des formes cliniques de l'épilepsie a mis en évidence ce fait que les stigmates sont très fréquents dans les cas de grand mal ; ils sont, au contraire, insignifiants ou absents dans les cas de petit mal ;—6o. enfin, l'association des stigmates et des troubles mentaux se présente avec une netteté absolue : parmi les sujets profondément atteints mentalement, 7 p. 100 seulement ne présentaient pas de stigmates bien nets.

Il y a donc une corrélation certaine entre les stigmates et les formes graves de l'épilepsie et Turner est d'avis que l'affaiblissement des fonctions intellectuelles qu'on observe entre les paroxysmes fait partie intégrante de la maladie.

L'influence du traumatisme sur l'origine et la croissance des tumeurs et spécialement du cancer de l'estomac, avec observations à l'appui

PAR M. LE PROFESSEUR ED. MENNE

Après avoir étudié la question de l'influence des traumatismes sur la genèse du cancer, question qu'il résout par l'affirmative, et appliqué ses idées au cancer de l'estomac, Menne finit par étudier quelques conséquences pratiques de ces théories, particulièrement au point de vue de la loi sur les accidents du travail.

Un traumatisme atteignant plus ou moins directement l'estomac peut agir sur lui de trois manières différentes : il peut créer de toutes pièces le cancer ; il peut en être simplement la cause occasionnelle, en provoquant la prolifération d'amas cancéreux datant de la période embryonnaire ou post-embryonnaire, atents jusqu'alors et incapables de proliférer ; enfin, il peut accélérer la croissance d'un cancer qui existait déjà à l'état latent et croissait lentement.

Pour que le premier cas fût admissible, il faut que l'estomac ait été absolument normal avant l'accident, et que celui-ci ait produit une inflammation passée à l'état chronique, de plus le temps écoulé depuis l'accident doit correspondre environ à la durée ordinaire de l'évolution du cancer.

Dans le deuxième cas, la continuité des phénomènes cliniques post-traumatiques n'est plus nécessaire ; une fois le branle donné à la prolifération d'un amas embryonnaire, tout signe d'irritation stomacale peut disparaître, à tel point qu'aucun symptôme subjectif ni objectif ne soit appréciable, mais il est nécessaire qu'il y ait encore ici un rapport entre la date du traumatisme et celle de l'apparition du cancer, les premiers signes fonctionnels demandant plusieurs semaines pour se montrer, alors qu'une tumeur appréciable exigera au moins plusieurs mois.

Il est beaucoup plus facile et plus certain d'affirmer cliniquement l'influence d'un traumatisme sur la croissance d'un cancer de l'estomac plus ou moins manifeste. Quel que soit le mécanisme qu'on puisse invoquer (soit accroissement de l'activité formatrice des cellules cancéreuses par suite d'un apport nutritif plus considérable, soit facilité de la dissémination du cancer par apparition de phénomènes inflammatoires à son voisinage), lorsqu'on voit les symptômes s'aggraver, lorsqu'apparaissent des hémorragies dues à des ruptures vasculaires, traumatiques, ou une perforation stomacale, lorsqu'enfin le cancer revêt une marche aiguë, alors on peut affirmer qu'il y a une connexion certaine entre cette aggravation et le traumatisme.

Il est donc rare qu'en pratique on puisse admettre comme certaine ou même probable l'influence du traumatisme sur le cancer de l'estomac ; mais il est fréquent qu'on puisse la regarder comme vraisemblable. Il est donc exagéré de nier "a priori" tout rapport entre eux, car, comme l'a dit Mendelsohn à propos de la tuberculose traumatique : "C'est toujours la balle qui tue, mais c'est toujours le coup de feu qui en est la cause."

LES IONS EN THERAPEUTIQUE

La théorie des ions a donné lieu aux applications pratiques les plus intéressantes.

"Notre médecine actuelle, écrit M. Leduc, paraîtra bien étrange et bien grossière à nos successeurs lorsqu'ils considéreront que pour agir sur un point malade très circonscrit, nous inoculons l'organisme de substances plus ou moins nuisibles, que pour guérir une gomme du tibia nous baignons de mercure ou d'iodure de potassium les cellules délicates et sensibles du cerveau et de la moelle épinière."

Or les ions présentent ceci de particulier que dans un très grand nombre de cas, ils peuvent être introduits dans l'organisme, par voie d'électrolyse, à travers la peau ou les muqueuses intactes. Une expérience de M. Leduc montre d'une façon très nette ce passage, cette pénétration des ions :

Sur la peau rasée d'un lapin, on place un tampon de coton hydrophile imbibé d'une solution de sulfate de strychnine. Aucun phénomène d'intoxication ne se produit quelle que soit la durée du contact. Mais si l'on se sert de ce tampon comme d'une électrode pour faire passer un courant d'intensité suffisante, l'animal est bientôt pris d'accidents tétaniques et meurt avec les symptômes d'intoxication strychnique. On peut faire la même expérience avec un tampon imprégné d'une solution de cyanure de potassium et pris comme électrode négative : l'ion cyanurique, comme l'ion strychnine dans l'expérience précédente, traverse alors la peau intacte et empoisonne l'animal.

On conçoit tout de suite les déductions thérapeutiques que M. Leduc a tirées de ces expériences, et parmi les cas qu'il cite dans son travail, quelques-uns sont fort curieux.

C'est ainsi que l'introduction électrolytique de l'ion salicylique au niveau de la région malade, a donné à M. Leduc des résultats très remarquables dans les névralgies rebelles de la face. C'était, entre autres, le cas d'une femme dont la névralgie faciale atroce, datant de six ans, a été successivement traitée par l'ablation de toutes les dents, la section des branches nerveuses, la résection des bords maxillaires. Elle a été guérie en quelques séances d'électrolyse locale où une des électrodes était formée par un tampon d'ouate imbibé d'une solution salicylique. Le résultat a été le même dans un autre cas de tic douloureux de la face, qui datait de trente-trois ans.

L'ion zinc posséderait une double action. Il agirait d'abord comme hémostatique et, d'après M. Leduc, l'électrolyse locale avec une anode formée par un hystéromètre en zinc introduit dans l'utérus, constituerait le meilleur traitement des endométrites hémorragiques et exercerait une action favorable sur la régression des fibromes. Le même ion jouirait encore de propriétés antiseptiques profondes, et l'électrolyse avec un tampon imbibé d'une solution étendue d'un sel de zinc, amènerait la désinfection des trajets fistuleux.

L'ion chlore produit des effets sclérolitiques, et M. Leduc cite un cas d'ankylose de la main datant de cinq mois et un autre d'ankylose du genou datant de six mois, guéris en quelques séances d'électrolyse avec une électrode formée par un tampon imbibé d'une solution de chlorure de sodium. M. Leduc est même convaincu que si cette sclérolitique de l'ion chlore était mieux connue et plus souvent employée, les compagnies d'assurances contre les accidents réaliseraient d'importantes économies !

LA CHALEUR ENVISAGÉE COMME AGENT PHYSICOTHERAPIQUE

PAR M. LE DOCTEUR RIVIERE (1)

La chaleur est un emblème de vitalité, comme le froid est l'image de la mort. La chaleur est le stimulant fidèle des cellules vivantes, le meilleur agent de la contractilité du protoplasma et de la mobilité amiboïde des leucocytes ;

La chaleur est, avec l'eau et les évacuants, facteur indispensable dans le traitement des maladies aiguës ;

Les applications thermiques sur la peau, vaste surface nerveuse, agissent comme révulsives, vaso-motrices et osmotiques. Elles mettent en jeu le dynamisme physiologique réactionnel dans les maladies, en facilitant la dilatation vasculaire et en sollicitant la diaphorèse régulatrice ;

La thermothérapie doit toujours être graduée et dosée, comme tous les agents physicothérapeutiques, d'ailleurs, qu'il s'agisse de bains, immersions, douches ou d'affusions, de bains de vapeur humide ou d'étuves sèches ;

Il faut veiller, dans les maladies, à la parfaite conservation de la thermalité périphérique : si l'on veut éviter les métastases congestives et l'abaissement implacable de la vitalité naturelle ;

Les diverses applications de la chaleur et celles de la radiothérapie (qui datent de quelques années seulement) peuvent être délimitées, cliniquement, dans leurs variantes curatives ; en dépit de certaines actions communes, leurs indications varient beaucoup, suivant les cas morbides. Par exemple, on se méfiera de la chaleur humide chez les sujets dont le système vasculaire est suspect.

(1) *Communication faite au Congrès de Lisbonne.*

La solitude est à la base des fortes vies et des grandes inspirations parce qu'elle développe la vie personnelle et intérieure. Dans la solitude de la vraie campagne, on devient meilleur ; on incline à l'optimisme, on croit au bien. L'optique est plus large.

ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE.

SÉANCE DU 11 JUIN

Présence :—MM. J. J. Shepperd, J. C. Bernard, C. Desrosiers, S. Martineau, A. Bonin, L. F. Beauchamp, J. A. Magnan, J. E. Paquin, J. A. Paquet, J. Poirier, Téléphore Morin, Joseph Lippé, J. Marion, J. P. Laporte, V. P. Lavallée, J. A. Barolet, Adhemar Magnan, Albert Laurendeau, A. Désy, S. Martineau, E.E.M.

MM. les Dr. J. A. Paquet de Ste-Elizabeth, Téléphore Morin, St. Lin, et V. P. Lavallée de St. Félix de Valois sont admis membres de l'association.

La commission, Re charlatans, fait rapport : Qu'une action judiciaire a été intentée contre un charlatan nommé Dupuis de Joliette, et que cette action est rapportable aujourd'hui. De plus, la commission croit pouvoir recommander trois autres poursuites judiciaires, dont l'une contre un nommé Joseph Farley de St. Gabriel de Brandon et les deux autres contre le récidiviste Mirault.

L'association approuve cette décision de la commission Re. charlatans. Le secrétaire présente à l'association une brochure contenant les divers rapports des questions soumises à l'étude, au "Congrès pour la répression de l'exercice illégale de la médecine", tenu à Paris durant les derniers jours de Mai 1906. Le secrétaire donne communication des résolutions adoptées par les sociétés médicales de Beauce, de Chicoutimi et Lac St. Jean, au sujet des examens pour compagnies d'assurances et sociétés de secours mutuel.

M. le secrétaire déclare qu'il est heureux de constater qu'actuellement neuf associations dans la province concourent dans le mouvement inauguré par notre société. Il dit aussi qu'il se propose de porter cette question devant le prochain Congrès des médecins de Langue française, à Trois-Rivières, ainsi qu'à la réunion du Bureau des Gouverneurs au 4 juillet prochain,

M. le Dr. Bernard dit qu'un nommé Simpson, prétendant représenter toutes les compagnies d'assurances sur la vie est venu le rencontrer à Joliette, et lui offrir \$4.00 par examen, à la condition qu'il s'engage à faire tous les examens de la ville de Joliette ou du district. Dans ces conditions, M. le Dr. Bernard refusa péremptoirement. Après quelque discussion, tous les membres présents s'engagent sur leur honneur à ne faire aucun examen médical pour aucune compagnie d'assurances à moins de \$5.00 chacun, et pour aucune société de secours mutuel à moins de \$2.00.

Le secrétaire donne communication des propositions adoptées par la société médicale de Chicoutimi et Lac St. Jean, au sujet d'un projet de loi actuellement devant la Chambre des Communes, pour régler la fabrication et la vente des médecines brevetées.

Au reçu de ces propositions, le secrétaire a envoyé la lettre suivante à MM. Charlemagne Laurier, A. Dubeau, F. O. Dugas, J. E. Archambault, lesquels représentent les quatre comtés du district de Joliette au Parlement Fédéral :

Mon cher Monsieur,

Il y a actuellement devant la Chambre des Communes un projet de loi tendant à réglementer les médecines brevetées. Nous croyons que dans l'intérêt du public, de même que dans l'intérêt de la profession médicale, toute préparation médicinale devrait porter à sa face les éléments qu'elle contient, ainsi que la quantité de chaque ingrédient élémentaire, comme cela se fait en France et dans d'autres pays où les gouvernements ont le souci de protéger leurs administrés.

Nous faisons cette démarche au nom de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, après avoir consulté M. le Président et bon nombre de nos confrères les plus influents de l'Association, dont nous vous enverrons l'expression officielle à la prochaine réunion régulière.

Nous vous supplions donc de vouloir supporter toute mesure aux fins exprimées plus haut.

Veuillez nous croire, Vos tout dévoués,

ALBERT LAURENDEAU, Sec-Trés.

Seul M. le député F. O. Dugas a répondu comme suit :

M. le Dr. A. Laurendeau,
St. Gabriel de Brandon.

Mon cher Monsieur,

En réponse à votre lettre du 31 dernier (mars 1906) je suis heureux de pouvoir vous dire que j'approuve de tout cœur le bill tendant à réglementer les médecines brevetées. Il y a déjà longtemps que je désirais l'adoption d'une loi à cet effet. Je crois que ce serait à l'avantage de tout le monde de savoir la quantité des ingrédients qui entrent dans la composition des médecines brevetées. Les médecins eux-mêmes en profiteraient peut-être, car de ces médecines brevetées il doit y en avoir d'excellentes, et les médecins avant de s'en servir n'auraient pas à en faire l'expérience, quelquefois au détriment de leurs patients ; et les inventeurs y gagneraient eux-mêmes, si leurs produits ont de la valeur par la consommation qu'en feraient les médecins.

Votre tout dévoué,

F. O. DUGAS.

Tous les membres de l'association concourent dans les vues exprimées par M. le Député F. O. Dugas ; et sur proposition de M. le Dr. C. Desrosiers de St. Félix de Valois, secondé par M. le Dr. Beauchamp, Ste-Emélie de L'Energie, un vote de remerciement et de félicitations est unanimement adopté en faveur de M. F. A. Dugas au sujet de l'expression d'opinion manifestée dans sa lettre à M. le Secrétaire de l'As-

sociation Médico-Chirurgicale du district de Joliette ; et que copie de cette résolution soit envoyée à M. le Député F. O. Dugas.

Les proposeurs et secondeurs de cette motion croient que seules, les occupations des autres députés de notre district, les ont empêchés de répondre au secrétaire de l'Association, et ne doutent pas que leurs opinions soient conformes à celles de M. le Député de Montcalm, sur cette question d'ordre et d'intérêt publics. Considérant qu'il est de l'intérêt de la profession médicale et de tout le public en général, que la formule de toute médecine brevetée soit inscrite à la face de son contenant :

Considérant que la Chambre des Communes est actuellement saisie de cette question, et qu'un projet de loi, réglant les médecines brevetées est soumis à la députation ;

Considérant que le département du revenu de l'intérieur a fait faire un rapport au sujet de ce bill par une commission dont le rapporteur était M. le Dr. DuBerger, Waterloo, laquelle commission s'est déclarée favorable au maintien du système actuel, quant au secret de la formule.

Il est proposé par le Dr. G. Desrosiers, secondé par le Dr. Beauchamp, que l'Association désapprouve les conclusions du rapport de M. le Dr. DuBerger, et que copie de cette résolution soit envoyée à chacun des députés du district de Joliette, ainsi qu'au gouvernement d'Ottawa.

Adopté unanimement.

MM. les Docteurs Lipné, Bonin, Bernard et Laporte sont nommés délégués officiels de l'Association auprès du Congrès des médecins de Langue française, qui se tiendra à Trois-Rivières les 26, 27 et 28 courant.

Proposé par M. le Dr. Martineau, secondé par M. le Dr. Desrosiers : que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette reconnaisse que le nombre des Gouverneurs du Collège, des médecins et chirurgiens de la province de Québec pourrait être réduit. Mais elle considère et recommande que la représentation de la profession médicale dans le Bureau des Gouverneurs soit mieux répartie qu'elle ne l'est maintenant, et que pour le moment, ce serait le point le plus important à régler. Et l'acte médical devrait être amendé en ce sens. Que copie de cette résolution soit transmise au Bureau des Gouverneurs.

Adopté.

Le Dr. Laurendeau donne lecture d'un travail sur : "l'emploi de la scopolamine dans l'éclampsie". Le conférencier a fait usage de la scopolamine contre les convulsions éclamptiques, et recommande la technique suivante : "Dès que vous serez appelé auprès d'une éclamptique, donnez une injection hypodermique de 1-50 de gr. de scopolamine, associée à 1-5 de gr. de morphine, immédiatement suivie d'une autre in-

"injection de 15 gouttes d'extrait fluide de veratrum viride. Faites ces "deux piqûres dans la cuisse et intramusculaire. Ne renouvelez pas ces "injections avant une heure et demie ; mais si durant ce laps de temps "ou plus tard les crises convulsives se répètent, renouvelez les piqûres "aux mêmes doses. Enfin, une heure et demie après ces secondes injec- "tions, si les crises n'étaient pas jugulées, je réitérerais la piqûre de "scopolamine morphine et j'injecterais cette fois 10 gouttes de vera- "trum viride ; ce qui donc formerait un total de 3-50 de gr. de scopo- "lamine, 3-5 de gr. de morphine et 40 gouttes de veratrum ; je n'osc- "rais pas dépasser ces doses dans l'affection qui nous occupe. Vu que "ce traitement est absolument nouveau, et n'est indiqué par aucun "accoucheur, je demanderais aux membres de l'Association de vouloir "bien l'expérimenter à la première occasion et d'en faire rapport à no- "tre Association ; car j'ai une foi absolue dans la valeur de ce traite- "ment nouveau mais rationnel."

Monsieur le Dr. C. N. Valin de Montréal fera une conférence à notre prochaine réunion (10 septembre) sur la diététique. A ce sujet M. le Secrétaire prend la parole et dit : "Je n'ai pas besoin de faire l'éloge "de M. Valin. J'espère que sa communication attirera tous ceux qui "sont anxieux de suivre les progrès de la science médicale. Eu reste, "le sujet que le conférencier a choisi est d'intérêt général, pour le mé- "decin de la campagne comme pour le médecin de la ville, pour le spé- "cialiste, pour le chirurgien comme pour le médecin, puisque toutes "les maladies, toutes les affections sont justiciables de la diététique. "Je suis donc convaincu que chacun de nous y trouvera son compte, "par l'intérêt que le conférencier sait donner aux sujets qu'il traite, "et par les notions hygiéniques que nous pourrions y acquérir."

Et la séance est ajournée au 10 septembre prochain à 1 heure après midi, à l'hôtel Commercial, Joliette.

ALBERT LAURENDEAU,

Sec-Trés.

Le rôle de la mère se ramène, à la nature, à l'amour, à la maternité, à la première éducation des enfants.

La femme qui a rempli ce rôle social a droit au respect de tous les hommes.

Dans le monde du travail, dans l'agriculture, dans l'industrie, dans le petit commerce, le mariage bien entendu est une fortune. La femme travailleuse, pour ces travailleurs, vaut un capital ; elle n'a pas besoin de dot ; elle démontre que dans cette union où elle est l'associée et non l'adversaire, "deux personnes dépensent moins qu'une."

**Quantité de gens, simplement atteints de typhlo-colite muco-membraneuse ou sabieuse, sont indument opérés (1)
d'appendicite qu'ils n'ont pas**

PAR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Ma communication a eu la bonne fortune d'attirer à cette tribune plusieurs de mes collègues. Je les remercie et je vais avoir l'honneur de leur répondre. J'avoue que lorsque je me suis décidé à faire cette communication, ça n'a pas été sans quelque hésitation. Je ne voulais pas qu'on pût supposer que je venais ici formuler un réquisitoire contre la chirurgie ou contre les chirurgiens. Loin de moi cette pensée ! Je suis l'ami des chirurgiens, j'ai pour la chirurgie une tendresse qui a fait ses preuves, les études médico-chirurgicales ont toujours tenu une large place dans mon enseignement de l'Hôtel-Dieu, et je suis le champion le plus fervent de l'intervention chirurgicale dans l'appendicite.

Mais, quand j'ai vu que cette question de l'appendicite déviait de son vrai chemin, quand j'ai constaté qu'une quantité de gens simplement atteints de typhlo-colite étaient opérés d'appendicite qu'ils n'avaient pas, quand j'ai vu les erreurs de diagnostic et les erreurs opératoires s'abriter derrière de fausses appendicites pour lesquelles, au mépris de la clinique, l'examen histologique se chargeait de tout absoudre, alors j'ai pensé que mon devoir était de parler.

On me rendra, je pense, cette justice que ma communication ne s'est en rien écartée des règles élémentaires d'un débat académique et j'ai soigneusement évité toute allusion directe, car j'aurais été désolé qu'un confrère pût se sentir même effleuré par mes paroles.

Aussi ai-je été péniblement surpris quand j'ai entendu un collègue, dont on connaît les idées généreuses, me prendre directement à partie et me rendre responsable, ici, en pleine Académie, de la mort d'un homme que je n'ai jamais ni vu ni connu. Le malade en question était atteint d'une appendicite terrible à laquelle il a fini par succomber, parce que le père, qui est médecin, a fait appeler le chirurgien trop tard. Et on insinue que je suis cause de la mort de ce pauvre garçon, sous prétexte que le père était imbu de mes idées sur la typhlo-colite. Mais si le père, en face de cette appendicite terrible, avait été imbu de mes idées sur l'appendicite, il n'aurait pas appelé le chirurgien trop tard, il aurait su que je ne suis pas de ceux qui prêchent la temporisation, il aurait su que je ne suis pas de ceux qui laissent l'appendicite "refroidir". Parce que attendre, pour opérer que l'appendicite soit refroidie, c'est exposer les malades aux pires catastrophes.

Veillez excuser, Messieurs, cette digression relative à un fait personnel et entrons maintenant dans le vif de la discussion.

M. Cornil nous a fait une remarquable conférence sur l'histologie

(1) Communication faite à l'Académie de Médecine.

pathologique des lésions de l'appendice iléo-cecal. Nous l'avons écouté avec intérêt, car nul, mieux que lui, n'était autorisé à traiter pareil sujet. Mais notre collègue se trompe, qu'il me permette de le lui dire, quand il a cru comprendre que je parlais " un peu dédaigneusement " du rôle de l'histologie en matière d'appendicite. Il y a là un malentendu que je tiens absolument à faire cesser. M. Cornil se rappelle certainement que j'ai été jadis l'un de ses élèves au laboratoire d'histologie de la rue Christine. Il y a quelques années, quand j'ai été chargé de la chaire de clinique, j'ai eu soin de m'entourer d'historiographes hors pair dont plusieurs sont élèves de M. Cornil. Dans mes publications, l'histologie pathologique tient une place honorable et le nom de notre collègue y est souvent prononcé. Tout cela pour dire en quelle estime je tiens l'histologie pathologique.

Mais je réserve tout mon dédain pour cette fausse appendicite, cliniquement inexistante, dont j'ai parlé dans ma précédente communication et dont je reparlerai dans quelques instants. C'est elle que j'ai nommée par ironie " appendicite microscopique."

J'ai écouté avec la plus grande attention la communication élégante et courtoise de M. Richelot, la communication un peu nerveuse de M. Reclus, la communication pleine de bonhomie et de franchise de M. Le Dentu et la communication de M. Reynier.

Un premier grief se dégage de toutes ces communications : c'est que je méconnais les rapports qui existent entre l'appendicite et la typhlo-colite. Ce grief ne date pas d'hier, il a été formulé en 1897 ; depuis lors, il s'est accentué avec des formules variées et il en est résulté une sorte de légende qui peut se traduire de la façon suivante : "M. Dieulafoy est dans l'erreur quand il prétend que les gens atteints de typhlo-colite n'ont jamais l'appendicite, alors, au contraire, que l'appendicite succède couramment à la typhlo-colite." Eh bien ! je ne suis pas fâché de m'expliquer une bonne fois à ce sujet.

Mes chers collègues, vous avez cité un certain nombre de cas où l'appendicite (j'entends la vraie appendicite, aiguë ou chronique) était survenue chez des gens enclins à l'entéro-colite muco-membraneuse. Pour compléter la collection, M. Reclus a battu le rappel à la Société de chirurgie, il a bien fait ; je peux moi-même ajouter deux cas à cette collection d'exception : l'un m'a été signalé par mon élève M. Lacaille, l'autre concerne un de nos confrères. Non seulement je n'ai jamais nié qu'un même individu puisse être atteint des deux maladies, mais j'ai dit et j'ai écrit que je suis surpris que cette coexistence ne soit pas plus fréquente. Mais nous ne sommes pas ici pour faire des théories, nous sommes ici pour établir des faits précis.

Or, Messieurs les chirurgiens (je m'adresse à mes honorables contradicteurs), laissez-moi vous dire que vous êtes mal placés pour juger cette question des rapports de l'appendicite avec les typhlo-colites. Vous ne voyez que le côté chirurgical de la question et le côté médical vous échappe à peu près complètement. Vous opérez d'appen-

dicite quelques individus sujets à l'entéro-colite et vous en concluez que l'appendicite est la conséquence fréquente des entéro-colites. C'est là qu'est votre erreur. On pourrait vous citer des centaines de malades, oui, des centaines, atteints de typhlo-colite-muco-membraneuse ou sableuse, malades qui ont été suivis par leurs médecins pendant des années et qui n'ont jamais été atteints d'appendicite.

Dans la discussion académique de 1897, le professeur Potain, dont nous connaissons tous le diagnostic scrupuleux, a présenté sa statistique concernant 103 malades atteints de colite muco-membraneuse, sans un seul cas d'appendicite. Et, comme M. Reclus récusait la valeur des observations de M. Potain, il s'attira du grand clinicien la riposte que voici : "J'en demande pardon à M. Reclus, les 103 malades dont j'ai parlé ne sont pas des malades d'hôpital ; ce sont, pour la plupart, des malades venus à ma consultation, revus et suivis pendant des années ; et je prie M. Reclus de croire que des accidents graves, tels que ceux décrits autrefois sous le nom de pérityphlite, et aujourd'hui sous le nom d'appendicite, ne m'auraient pas plus échappé jadis qu'ils ne m'échapperaient aujourd'hui."

Aux affirmations de M. Potain me sera-t-il permis de joindre les miennes ? Depuis une dizaine d'années, j'ai vu plus de deux cents cas de typhlo-colite muco-membraneuse ; bon nombre de ces malades ont été suivis par moi pendant des années ; c'est même l'étude spéciale que j'ai faite de ces malades qui m'a permis de faire à l'Académie une communication sur la typhlo-colite sableuse, d'autre part, on sait avec quel soin et avec quelle ardeur je traque l'appendicite partout où je la trouve, afin de la livrer au chirurgien ; eh bien ! je déclare que, sur ces deux cents cas de typhlo-colite, je n'ai surpris qu'une fois la typhlo-colite en flagrant délit d'appendicite, je n'ai pas eu d'autre occasion de livrer le malade au chirurgien et, s'il y a eu de ma part erreur commise, les malades n'ont pas eu à s'en repentir.

Qu'on aille dire maintenant que l'appendicite est la cause fréquente de typhlo-colite ! Une telle assertion est en grande partie basée sur la quantité d'erreurs de diagnostic qui ont fait prendre la typhlite pour l'appendicite. Je peux donc rassurer les nombreuses personnes qui sont atteintes de typhlo-colite ; certes, elle peuvent avoir la vraie appendicite, mais qu'elles sachent que c'est une très rare exception.

J'arrive maintenant à une autre partie du débat. Ma communication a eu pour but de démontrer que quantité de gens atteints de typhlo-colite sont opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas. Vous pensez bien qu'avant de formuler à cette tribune une assertion aussi précise, je me suis entouré de documents irréfutables.

Les treize premières observations qui servent de base à ma communication sont impeccables. Tantôt l'examen histologique de l'appendicite n'a donné que quelques hypertrophies folliculaires ou quelques travées fibreuses dont nous connaissons maintenant la valeur négative clinique ; tantôt l'examen histologique n'a rien décelé du tout, pas



V. O.
V. O. S.
V. S. O. P.



F. C.
Fine
Champagne

BRANDIES PH. RICHARD COGNAC

Ces brandies se recommandent à la profession médicale à cause de leur pureté reconnue, leur haute qualité et leur action tonique et stimulante toujours efficace.

Laporte, Martin & Cie,
MONTREAL.

DEPOSITAIRES

ADRIAN & Co
9, Rue de la Perle, Paris.

APRILHENAUX
CHIMIQUÉMENT PUR

SAUTES contenant chacune... 2 milligr.
APRILES stérilisées chacune... 50 -
COMPLÈTES dosés à... 25 -
SAVRES — 1 centigr.

CYPRIDOL

C'est une solution d'iodure de mercure dans
l'huile stérilisée.

Solution préférable à toutes autres préparations mercurielles
POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Ne cause aucune intolérance de l'organisme ou de l'estomac si
on donne le CYPRIDOL en capsules de 2 milligrammes chacune.

Cette

"HUILE BI-IODURÉE"

est le traitement spécifique par excellence de MM. Fournier,
Panas et des autres Spécialités Français.

En bouteilles de 50 capsules et 1 once pour injection
sous-cutanée.

Depositaires : **LYMAN, SONS & CO.,** MONTREAL,

Antiphlogistine

(L'Andidote de l'Inflammation)

DANS

L'ENTERO-COLITE

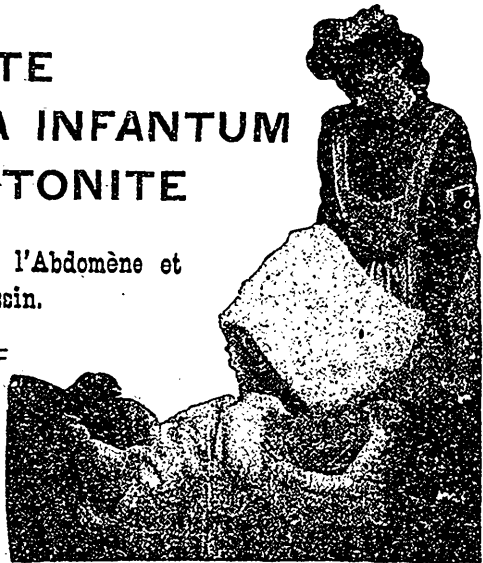
LE CHOLERA INFANTUM

LA PERITONITE

Et toutes les inflammations de l'Abdomène et
des organes du bassin.

**The Denver Chemical
Mfg. Co.**

NEW-YORK



même l'innocente hypertrophie des follicules. De plus, et ceci a une valeur considérable, dans la plupart des observations (je passe sous silence deux malades qui ont succombé aux suites de l'opération), je dis que, dans la plupart des observations, on voit qu'après un temps variable, les crises de typhlo-colite ont reparu chez les opérés, avec leur cortège de symptômes et avec la même localisation douloureuse à la fosse iliaque droite. La conclusion est facile à tirer; on a pris pour une appendicite ce qui n'était que de la typhlite, et l'erreur de diagnostic a entraîné une erreur opératoire.

Eh bien ! M. Reclus récuse toutes ces observations (une seule le satisfait complètement); il les récuse comme il récusait, il y a quelques années, les observations de M. Pétain. C'est une manière de se donner raison: tout ce qui gêne, on le récuse. Mais, mon cher collègue, laissez-moi vous dire qu'en matière scientifique récuser n'est pas argumenter. Allez-vous récuser aussi les vingt-deux observations, si concluantes, concernant les balafres de Plomblères, qui sont un peu gênantes pour vos théories? Récusez-vous les cas de M. Apert, notre collègue des hôpitaux, de M. Deléage, de M. Conchon? Puisque vous y êtes, récusez aussi le cas de M. Esmonet, cela fera plaisir à l'un de vos collègues des hôpitaux. Voulez-vous que je vous donne encore matière à récuser? Ça m'est facile, car les erreurs de diagnostic et les erreurs opératoires ne manquent pas.

J'ai vu le 1er Juin un monsieur qui habite Amiens et qui est atteint depuis plusieurs mois de typhlo-colite muco-membraneuse classique avec prédominance de typhlite; on lui a fait le diagnostic d'appendicite et on l'a opéré d'une appendicite qu'il n'avait pas. "La preuve que je ne l'avais pas, dit-il, c'est que je continue à avoir les mêmes douleurs dans le même endroit, et les crises douloureuses sont suivies des mêmes débâcles avec glaires." Je l'examine: le cœcum était distendu et très douloureux et je constate sur le ventre la balafre caractéristique; il avait été indûment opéré d'appendicite.

Le docteur Regnaud m'a communiqué les deux cas suivants dont il a été témoin. Chez une jeune femme atteinte de typhlo-colite muco-membraneuse, on diagnostiqua une appendicite: on fait l'opération et l'appendicite est trouvé sain. Pendant trois ans les crises continuèrent comme par le passé et disparurent après plusieurs saisons à Luxeuil. Une autre jeune femme fut opérée dans les mêmes conditions pour une appendicite qu'elle n'avait pas; l'appendice était sain et les crises de typhlo-colite muco-membraneuse continuèrent après comme avant l'opération.

Veuillez méditer cette dernière observation: Un de nos confrères, qui occupe une place élevée dans l'enseignement, fut pris au commencement du mois de Mars de typhlo-colite muco-membraneuse avec prédominance de typhlite. Un chirurgien porta le diagnostic d'appendicite et fut d'avis d'opérer. L'idée d'appendicite devint pour le malade une obsession. L'opération fut faite à la fin du mois de Mars et notre confrère,

comme les quarante-cinq malades dont j'ai cité les observations, n'avait pas d'appendicite; son appendice fut trouvé absolument sain et à l'examen histologique, on ne trouva même pas de folliculite.

Au cours de son argumentation, mon excellent collègue M. Reclus m'a fait dire des choses que je n'ai pas dites. Voici la phrase que M. Reclus a insérée dans le Bulletin: "Ce n'est pas pour guérir la typhlo-colite que nous extirpons l'appendice ainsi que semble le croire M. Dieulefoy." Mais je n'ai jamais cru et je n'ai jamais dit que les chirurgiens enlèvent l'appendice dans le but de guérir la typhlo-colite. J'ai dit, ce qui est tout différent, que trop souvent on commet une erreur de diagnostic: on prend la typhlite pour l'appendicite, on ouvre le ventre, on extirpe l'appendice, et la typhlite continue.

Dans une autre partie de son argumentation, M. Reclus semble regretter que ma communication ait mis le public au courant de la question qui nous occupe, attendu "que le public lui semble peu qualifié pour trancher ces délicates questions". Et qu'auriez-vous pensé, Messieurs, si au moment de faire ma communication je vous avais demandé de transformer la séance de l'Académie en comité secret? Je trouve, moi, que ce bon public est le premier intéressé aux discussions qui nous agitent; dans sa logique inflexible, il sait à quoi s'en tenir quand on lui ouvre le ventre alors qu'il n'a pas d'appendicite et il me paraît fort bien qualifié pour s'intéresser à cette question.

Et encore, ce public, dont vous parlez, il représente les heureux de la terre, les fortunés de la vie, il représente ceux qui peuvent s'entourer de conseils et qui, suivant l'expression de M. Reclus, peuvent "ne pas se livrer trop complaisamment aux entreprises de chirurgiens trop agressifs"; mais, pensons aussi aux malades de nos hôpitaux, qui, eux, n'ont aucun recours, et qui, par suite d'une erreur de diagnostic peuvent être exposés à se voir ouvrir le ventre; n'oublions pas que ces hommes et ces femmes ne gagnent leur vie qu'au prix de pénibles labeurs, et à ce point de vue une opération abdominale inutile peut avoir pour eux des conséquences regrettables. J'ai eu il y a quelques semaines, salle Saint-Christophe, un de ces malades atteint de typhlo-colite qui avait été inutilement balaféré.

J'ai vu le 6 Juin, une jeune femme de condition moyenne, qui venait me demander conseil. Elle a depuis des années des crises de typhlo-colite muco-membraneuse et, dans certaines crises, la typhlite prend le dessus et les douleurs s'exaspèrent à la fosse iliaque droite. Elle est entrée dans un service de chirurgie que je n'ai pas besoin de nommer, on a fait le diagnostic d'appendicite et on l'a opérée le 19 Octobre 1905, d'une appendicite qu'elle n'avait pas. Sept semaines après l'opération, les crises de typhlo-colite muco-membraneuse ont reparu. Quand ces malades vous racontent leur histoire, on entend toujours le même refrain: "Je vois bien, Monsieur, que je n'avais pas l'appendicite, car ça n'a servi à rien de m'opérer, j'ai les mêmes crises douloureuses dans les mêmes endroits." Et la pauvre femme ajou-

tait : "Depuis l'opération, mon ventre n'a plus la même résistance, il me semble que mes organes vont tomber".

Arrivons à la question du diagnostic ; mes collègues me demandent de les éclairer sur ce point. C'est beaucoup d'honneur qu'ils me font, mais ils oublient que c'est moi, qui lors de ma première communication, leur ai posé cette même question. Faisant allusion à ces fausses appendicites (et rien qu'à celles-là) qui ne sont constituées histologiquement que par des trouvailles de follicules hypertrophiés ou par quelque trame fibreuse, appendicite, qui sont cliniquement inexistantes, j'ai demandé aux opérateurs d'après quels symptômes ils en font le diagnostic et quelles sont les indications cliniques qui les autorisent à opérer.

M. Reclus s'est bien gardé de me répondre et cependant c'était là le nœud de la question. Quant à moi, je suis incapable de diagnostiquer une chose qui n'existe pas. Quand je suis en face d'une typhlo-colite, avec les symptômes classiques de la typhlo-colite, sans adjonction de symptômes d'appendicite vraie, je me contente du diagnostic de typhlo-colite et je n'ai jamais eu à le regretter. Mais le jour où tel malade, enclin à la typhlo-colite, aurait une appendicite vraie, je crois bien que j'arriverais à faire le diagnostic d'appendicite et le chirurgien serait vite appelé. Néanmoins je terminais ma première communication en reconnaissant qu'il peut y avoir des cas dont le diagnostic est fort difficile. Mais, en clinique, où n'y a-t-il pas de cas difficile ?

En terminant, je fais remarquer que je ne suis pas seul, il s'en faut, à signaler les erreurs commises. M. Achard, agrégé de notre Faculté et médecin des hôpitaux, me disait dernièrement qu'un chirurgien des hôpitaux lui avait demandé de faire l'examen histologique des appendices qu'il enlevait ; M. Achard a fait ces examens histologiques et il lui est assez souvent arrivé, me disait-il, de trouver des appendices absolument sains.

M. Hartman, agrégé de notre Faculté et chirurgien des hôpitaux, a signalé, dans un article, les erreurs de diagnostic, relatives à l'appendicite et à l'entéro-colite.

Si j'ai pris la parole, c'est pour venir à mon tour appeler l'attention sur ces erreurs. Mon collègue Le Dentu a fort bien résumé la situation à la fin de sa remarquable communication quand il nous dit : "Le cri d'alarme plein de franchise et certainement bien intentionné de M. Dieulafoy, aura pour résultat de nous rendre tous plus rigoureux encore dans la recherche des signes diagnostiques et dans celle des indications opératoires. Nous lui devons des remerciements pour nous avoir crié casse-cou. Les malades atteints de typhlo-colite muco-membraneuse à qui dorénavant on parlera d'intervention, se rappelleront, en l'appliquant à leur chirurgien, le dicton si profondément vrai : "Un bon averti en vaut deux". M. Le Dentu ne pouvait pas mieux résumer ma pensée,

Mon collègue M. Richelot a, lui aussi, interprété ma communication avec sa bienveillance habituelle. Voici ce qu'il en dit : "De la communication de notre collègue Dieulafoy, j'ai retenu d'abord un fait qu'il est impossible de nier : nombre de malades, depuis quelques années, ont été opérés d'une appendicite qu'ils n'avaient pas. Il faut avoir le courage de le dire et, n'eût-il que cette conclusion, le discours que vous avez entendu était chose utile." Et M. Richelot termine sa communication par la déclaration suivante : "Je veux m'associer une fois de plus, en terminant, à la condamnation prononcée par notre collègue contre les diagnostics portés à la légère et les opérations mal justifiées."

Je remercie mes éminents collègues de m'avoir prêté ici, avec tant de bienveillance, le concours de leur grande autorité.

L'INFLUENCE DU TRAVAIL SUR L'EVAPORATION AQUEUSE CHEZ L'HOMME

PAR MM. WOLPERT ET PETERS.

Les expériences ont été poursuivies suivant la méthode décrite dans le mémoire antérieur. Les dosages de vapeur d'eau et d'acide carbonique étaient opérés sur trois périodes de quatre heures : avant le travail, pendant le travail très énergique représentant jusqu'à 8.000 kilogrammètres à l'heure, et pendant le repos consécutif. Dans une première série, une ventilation de 35 mètres cubes par heure empêchait la sursaturation du milieu en vapeur d'eau. Dans la seconde série, il n'y avait pas de ventilation.

Le travail provoque une perte de vapeur d'eau qui paraît en fonction du travail effectué. Ainsi le même sujet, qui pendant un travail de 8.000 kilogrammètres par heure émettait 198 grammes d'eau, n'en donne que 90 pour un travail de 4.000 kilogrammètres. La perte d'eau pendant le travail peut être cinq fois plus forte que pendant la période de repos antérieure. Pendant la période de repos postérieure, on observe toujours une augmentation sur la première période, mais cette perte exagérée après le travail est d'assez courte durée : quelquefois elle ne persiste pas plus d'un quart d'heure, dans quelques cas elle a pu se prolonger plusieurs heures.

Il y a lieu de noter que l'excès d'évaporation aqueuse après le travail est plus accentuée et plus durable que l'excès d'acide carbonique éliminé.

NOTE SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ENTERO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

PAR M. LE DOCTEUR F. TRÉMOIÈRES

En comparant les résultats fournis par l'examen histologique d'un cas d'entéro-colite muco-membraneuse humaine et de plusieurs cas expérimentaux d'origine toxique, toxi-infectieuse et nerveuse, on relève plusieurs faits intéressants.

C'est d'abord, dans les entéro-colites muqueuses expérimentales, la similitude des lésions, à quelque cause qu'elles ressortissent. L'intestin réagit de façon identique à l'agression de causes variables. L'entéro-colite, multiple par son étiologie, est une par ses symptômes et ses lésions.

Il faut signaler ensuite l'existence et parfois la prédominance des lésions au niveau de l'intestin grêle. Les classiques semblent, au contraire, attribuer au côlon le rôle prépondérant dans l'entéro-colite muco-membraneuse.

Dans tous les cas, humains et expérimentaux, les modifications appendiculaires sont fort importantes. L'appendicite et l'entéro-colite semblent inséparables et l'on comprend que, dans certaines conditions, l'appendicite, localisation au vermium du processus intestinal, occupe le premier plan du tableau morbide.

La superficialité des lésions, aussi bien dans les entérites expérimentales que dans notre cas d'entérite humaine, mérite aussi d'être notée. La muqueuse intestinale seule est lésée, à l'exclusion des autres tuniques. C'est dans l'épithélium qu'existe la lésion caractéristique : l'augmentation parfois considérable du nombre des cellules mucipares. L'intégrité des cellules de Paneth, au fond des cryptes de Lieberkühn, témoigne de la bénignité des lésions.

L'hypergénèse des cellules muqueuses suffit à expliquer la production exagérée et l'excrétion de mucus plus ou moins concrété. C'est, pour ainsi dire, la lésion élémentaire de l'entéro-colite muco-membraneuse. Nulle des autres légions décrites par les différents auteurs n'est nécessaire. L'infiltration leucocytaire du chorion, que nous avons vue intense dans les entérites toxiques et toxi-infectueuses, manque dans les entérites nerveuses, où le mucus est cependant abondamment rejeté ; on peut donc la considérer comme contingente.

Enfin, cette infiltration leucocytaire coïncide avec le rejet de glaires épaisses et de muco-membranes ; elle semble d'autant plus abondante que le mucus expulsé est plus concrété ; elle manque dans les entérites d'origine nerveuse, où le mucus est remarquablement fluide. Il semble donc que les leucocytes soient les agents vecteurs de la mucinase, ferment coagulant de la mucine.

TRAITEMENT DES ECRASEMENTS DES DOIGTS

PAR M. LE PROFESSEUR RECLUS

Les maîtres de notre génération, Verneuil et Trélat, nous avaient appris qu'il ne faut pas amputer les mains écrasées dans les traumatismes : le chirurgien le plus expert ne peut, au milieu des os broyés, des parties molles déchirées, des tendons effilochés, des artères rompues, distinguer les tissus morts des tissus vivant encore, et s'expose, par conséquent, à pratiquer une intervention ou trop large, ou trop parcimonieuse, double écueil dont vous voyez les inconvénients : dans le second cas, la gangrène, une gangrène parfois envahissante s'empare du lambeau ; dans le premier, vous avez sacrifié des organes ou des tronçons d'organe, dont la perte n'est pas indifférente.

Nous nous sommes faits les défenseurs ardents de cette doctrine, et nous l'avons même considérablement élargie. De la main, nous l'avons étendue au pied, à la jambe, au bras, à la cuisse, et nous avons prescrit d'une façon systématique les amputations dans les grands écrasements des membres, revenant aux méthodes du Moyen-âge, où les chirurgiens n'osant porter le couteau en tissus sains, de peur des hémorragies mortelles par ouverture des gros vaisseaux, se contentaient dans les graves traumatismes, d'exciser les parties mortes ; puis ils embaumaient les chairs dans des substances antiseptiques qu'ils connaissaient fort bien : les essences, les baumes, l'esprit de vin, certains sels métalliques, parmi lesquels le sublimé corrosif. Cette méthode, révolutionnaire à force d'être conservatrice, et nouvelle, bien qu'elle remontât sans doute au centaure Chiron, a été acceptée par quelques-uns de nos meilleurs collègues et, au dernier Congrès de chirurgie, où cette question fut mise à l'ordre du jour, notre pratique a eu pour la défendre, au moins le savant rapporteur. Certes, nous ne voulons pas dire que l'abstention systématique a définitivement triomphé, et trop souvent encore nous lisons l'histoire d'écrasés dans des accidents de voiture ou de chemin de fer, dans des effondrements d'échafaudage ou d'amphithéâtre, et que des chirurgiens ont amputés en plein choc, faisant courir aux opérés tous les risques de ces opérations hâtives. Elle est loin d'être devenue la règle, mais elle a de chauds partisans et le nombre de ses adeptes augmente tous les jours.

Nous nous en réjouissons, et cependant, depuis quelques années, notre opinion s'est modifiée, du moins en ce qui concerne les plaies de la main, celles, justement, pour lesquelles l'abstention avait été préconisée par Verneuil, Trélat et Polaillon dont la devise aurait pu être : désinfecter toujours et n'amputer jamais. Or, si de plus nous la proclamons excellente pour les graves traumatismes de la cuisse, de la jambe et du pied, du bras, de l'avant-bras, autant nous aurions de la tendance à la modifier pour les doigts. Nous croyons qu'une régularisation précoce peut être indiquée dans quelques cas et nous constatons

la même tendance chez notre collègue Lejars qui fut, d'ailleurs, un des premiers à préconiser avec nous l'abstention systématique dans les grands écrasements.

Voici les raisons que nous pouvons invoquer :

D'abord l'écrasement des doigts, ou même d'une partie de la main, ne constitue pas pour l'organisme un de ces ébranlements terribles qui vont prostrer le blessé et le plonger dans le choc traumatique. Il est exceptionnel que l'individu soit sidéré ; et une intervention chirurgicale est possible sans qu'on ait à redouter la mort dans le "collapsus". Du coup tombe un de nos arguments en faveur de l'abstention systématique.

Ensuite, l'économie dans l'exérèse, notre deuxième argument péremptoire, a besoin, pour les cas de plaie de la main, d'être serré de très près et, s'il conserve à peu près toute sa valeur dans "la chirurgie des riches" où les exigences de l'esthétique priment parfois celles de l'utilité, il n'en est plus de même chez certains ouvriers, dont un doigt infirme peut être plus gênant qu'un doigt amputé.

Nous pourrions en multiplier les exemples : Hier, nous étions commis par le tribunal pour examiner un ouvrier ajusteur, victime d'un accident de travail ; l'index et le médius de la main droite avaient été écrasés par un pilon. A l'hôpital Saint-Louis on avait fait appel à toutes les ressources de la thérapeutique pour conserver ces deux doigts ; malgré un phlegmon diffus et grâce à des incisions multiples on y était parvenu, mais après sept mois d'un traitement ininterrompu et au prix d'une ankylose de toutes les jointures, de telle sorte que ces doigts, immobiles dans l'extension, ne peuvent aider à saisir le manche du marteau : que dis-je ? ils ne sont pas simplement inutiles, ils sont nuisibles, accrochant sans cesse les objets voisins et leur amputation me semble indiquée.

Remarquez que l'immobilité dans la flexion est plus nuisible encore au bon fonctionnement de la main ; et je pourrai vous citer le cas assez récent d'un menuisier dont l'index ainsi fléchi encombrant la paume de la main et s'opposait au maniement du rabot ; aussi priaient-ils le chirurgien d'amputer.

Donc, dans la flexion comme dans l'extension, on n'a pas à se féliciter de l'abstention systématique et nous proposons de réviser un mode de traitement qui peut exiger une perte de temps de plus d'une année et qui a pour résultat la conservation d'un doigt dont le blessé bénéficie si médiocrement que la reprise régulière du travail en nécessite l'amputation.

Et cette conservation d'un doigt nuisible, cette perte de temps considérable ne sont pas les seuls inconvénients de l'abstention systématique. La peau des mains de nos ouvriers est particulièrement fertile en germes de toutes sortes : le streptocoque, le staphylocoque, le colibacille végètent en abondance dans les interstices épaissis et fendillés de l'épiderme, et la désinfection de ces téguments nécessite des soins et

un temps si longs que l'inoculation des plaies est parfois fatale. En de telles conditions, malgré l'asepsie la mieux conduite, l'infection est toujours menaçante et la pullulation microbienne s'en donne à cœur joie dans la bouillie sanglante des tissus écrasés. Nous avons à cette heure un exemple dans le service.

Au No. 28 de la salle Velpeau est couché un homme dont la main gauche fut prise dans un engrenage il y a quelques semaines. Tous les doigts furent contusionnés violemment, mais surtout l'index gauche littéralement écrasé. La peau éclatée montrait la phalange fracturée, l'articulation ouverte, les tendons fléchisseurs désagrégés : je penchais pour l'amputation immédiate de ce doigt qui ne pouvait guérir qu'ankylosé et par conséquent plus nuisible qu'utile. Mais avant que l'opération fût faite et malgré une désinfection minutieuse, un pansement antiseptique humide et la baignade dans de l'eau oxygénée chaude, une inflammation grave est survenue : des collections purulentes ont dû être ouvertes dans la paume et sur le dos de la main. Cet orage est calmé, mais si, dès le premier jour, on avait supprimé l'index, principal foyer d'infection, le blessé eût peut-être échappé au phlegmon diffus. Et le bénéfice eût été double, car le doigt conservé devra certainement être amputé plus tard. Donc, lorsqu'il s'agit de la main, je romps avec mon ancienne intransigeance et j'admets la régularisation et l'assainissement du foyer traumatique par des exérèses chirurgicales. Toutes les fois qu'un doigt est écrasé, que les os sont broyés, les articulations ouvertes, les tendons effilochés, toutes les fois qu'on craint la guérison par ankylose qui laisse un organe non seulement inutile mais nuisible pour la fonction, lorsque, par surcroît, le foyer traumatique, presque impossible à désinfecter, va provoquer sans doute l'apparition d'un flegmon diffus, n'hésitez pas, enlevez les tissus voués à la nécrose.

Mais il ne s'agit ici, bien entendu, que des doigts autres que le pouce. Le pouce nécessite un traitement différent : il a droit à des égards particuliers. N'a-t-on pas dit du pouce qu'il est "tout l'homme" et que c'est à lui que nous devons de n'être pas des singes ? Nous ne devons jamais y toucher, dût-il s'ankyloser dans toutes ses jointures. N'existerait-il, après la détersion du foyer traumatique, que 4, 3, 2, 1 centimètre de l'organe, le bénéfice est assez grand pour accepter, afin de se l'assurer, la lenteur, les difficultés et les dangers même de l'abstention systématique. C'est bien entendu n'est-ce pas ? et jamais vous n'amputerez tout ou partie du pouce ; vous laisserez à la nature, plus parcimonieuse que nous dans ses moyens d'exercice, le soin de séparer le mort du vif.

Vous avez pu voir dans le service plusieurs blessés chez lesquels nous avons poussé jusqu'aux dernières limites ce principe de l'abstention systématique.

Rappelez-vous cet homme dont la main avait été prise dans un laminoir : le pouce était écrasé sous la peau d'apparence intacte, et les muscles de l'éminence thénar s'étaient énucléés en masse par une fissure des téguments au niveau du premier pli interdigital. Nous avons

agrandi la plaie, réintégré dans leur gaine et suturé les muscles déchirés, après avoir fait la désinfection la plus rigoureuse. L'inflammation ne s'en est pas moins allumée, les muscles désagrégés se sont éliminés, la plus grande partie de la peau du pouce et la phalange écrasée ont fini par s'éliminer. Eh bien ! somme toute, malgré l'étendue de la perte de substance, nous n'avons pas été mécontent du résultat définitif, puisqu'une régularisation eût exigé la désarticulation du premier métacarpien. Or, non seulement nous n'avons pas supprimé cet os, mais nous avons conservé, avec lui, 2 ou 3 centimètres du pouce qui aideront aux mouvements d'opposition indispensables pour une préhension régulière.

Rappelez-vous également cette femme traitée pendant plus de trois mois et à qui nous avons conservé enfin un moignon de pouce, tout au plus une demi-phalange, mais dont l'utilité n'est pas contestable. Aussi, nous dirions volontiers pour résumer notre pratique actuelle dans le traitement des écrasements des doigts : autant chez un ouvrier peu sensible aux questions d'esthétique, mais dominé par le désir et la nécessité d'avoir une main apte au travail, autant nous conseillons, d'une part, de sacrifier tout ou partie de ces doigts écrasés qui mettent des mois à se consolider vicieusement, après avoir provoqué trop souvent lymphangites ou phlegmons et qui, ankylosés et rigides, sont un obstacle aux fonctions régulières de la main ; autant, d'autre part, nous conseillons d'essayer tous ces risques lorsqu'il s'agit du pouce, parce que le moindre moignon conservé favorisera "l'opposition" sans laquelle les fonctions les plus délicates de la main sont abolies.

Mais combien délicates et mesurées devront être ces interventions sur les doigts ! Lejars, dans un excellent article, insiste sur les infinies précautions qu'il faut prendre pour enlever ce qu'il faut et pas plus qu'il ne faut, pour bien peser les chances de vitalité des tendons qui doivent assurer les mouvements des phalanges, car le problème à résoudre consiste, ne l'oubliez pas, à ne pas perdre des mois à essayer de conserver un moignon de doigt plus nuisible qu'utile, et qu'il faudra amputer plus tard. Certes, après l'exérèse d'une partie des tissus écrasés, la désinfection sera plus facile ; mais de combien de précaution vous devrez l'entourer encore sur ces mains rugueuses de travailleurs à l'épiderme crevassé rempli de microbes pathogènes !

Ne craignez pas d'employer une à deux heures à ce travail de décrassage par la benzine, l'éther, l'alcool, par le savonnage prolongé de la peau, le lavage à l'eau chaude, à l'eau oxygénée, l'asséchage des espaces morts, leur drainage ; les sutures seront rares pour laisser aux sérosités un facile écoulement ; la compression sera suffisante pour appliquer les surfaces cruentées les unes contre les autres. Ce que vous avez à redouter c'est l'infection, l'apparition d'un phlegmon diffus. Tendez tous les ressorts de votre thérapeutique pour qu'il ne se développe pas. N'oubliez pas, d'ailleurs, que le streptocoque et le staphylocoque ne sont pas les seuls ennemis : vous avez à lutter aussi contre le bacille de Nicolaïer et vous recourrez aux injections antitétaniques.

Sur une affection des membres inférieurs simulant la phlébite.

PAR M. LE DOCTEUR W. BENNET.

L'auteur décrit de la manière suivante une affection du membre inférieur simulant la phlébite. Le début s'annonce par une douleur diffuse aggravée par la pression superficielle, diminuée, au contraire, par la pression profonde. Puis survient l'enflure généralisée à tout le membre, ou se cantonnant dans certaines régions; la station debout ne l'augmente pas et elle ne diminue pas quand le malade est couché. Il ne s'agit pas d'œdème, et la pression ne détermine pas de godet; contrairement à ce qui se passe dans les cas d'œdème phlébitique, le contour général du membre est conservé quand le gonflement est généralisé; quand il se localise, c'est de préférence dans le territoire d'un des nerfs suivants: rameaux perforants supérieur et inférieur du musculo-cutané externe, fémoro-cutané, musculo-cutané interne à la cuisse, musculo-cutané du sciatique poplitée externe à la jambe et à la face dorsale du pied. Les réflexes sont normaux. Il est difficile de se prononcer sur la cause de cette affection qui paraît être fonction d'un trouble vasomoteur. Quant au traitement, le meilleur consiste à faire faire du massage et des mouvements passifs.

FORMES DIVERSES DE L'ANEMIE DANS LA TUBERCULOSE CHRONIQUE

M. le docteur Labbé pense qu'il faut tenir compte à la fois de la quantité totale du sang et de la proportion des éléments dans le sang pour apprécier l'anémie des tuberculeux. En se fondant sur l'examen hématimétrique, la pression vasculaire et la coloration des téguments, il distingue trois formes principales d'anémie chez les tuberculeux chroniques.

1o. L'anémie avec ochrodermie est le type le plus commun chez ces tuberculeux fébriles. La pâleur de la peau est en rapport avec l'abaissement du nombre des hématies et de la quantité d'hémoglobine, la diminution de la valeur globulaire et la faiblesse de la tension artérielle. Cette anémie est due à la fois à la diminution de la masse sanguine et à la destruction globulaire;

2o. L'anémie sans ochrodermie se voit plutôt chez les tuberculeux apyrétiques. Le nombre des hématies est très diminué, la quantité d'hémoglobine abaissée, la valeur globulaire élevée, la pression artérielle forte: il n'y a pas d'ochrodermie. Ici la masse sanguine n'est pas diminuée et la destruction globulaire est minime;

3o. L'ochrodermie sans anémie est rare. Elle est consécutive à une dénutrition lente. La proportion des hématies et de l'hémoglobine, la valeur globulaire sont normales; mais la tension artérielle est abaissée, le teint est pâle. Il y a diminution de la masse sanguine ou oligémie avec composition normale du sang.

UNE BONNE FORMULE D'APERITIF

PAR M. LE DOCTEUR MARTINET.

Les apéritifs—au sens médical du mot bien entendu — sont les substances susceptibles d'exciter l'appétit, les fonctions digestives, les sécrétions gastriques en particulier.

On peut les classer un peu artificiellement d'ailleurs en trois grands groupes :

1o. Les excitants physiologiques normaux, si l'on peut ainsi dire ; nous entendons par là ceux qui se trouvent dans l'alimentation même ou qui en dérivent directement au cours de la digestion ;

2o. Les excitants physiologiques artificiels, qui semblent agir à la façon des précédents, mais qu'on ne trouve pas normalement dans les aliments ;

3o. Les excitants médicamenteux vrais.

Au premier groupe appartiennent le jus de viande, le bouillon, les peptones ; au deuxième groupe les alcalins ; au troisième groupe les amers.

L'action apéritive du bouillon de viande et des peptones, reconnue en somme par la tradition et fixée par la coutume, a été surtout mise hors de doute et précisée par Pavloff (Le travail des glandes digestives, p. 155). "L'albumine pure n'a jamais produit un travail d'activité sécrétoire digestive. L'emploi de la peptone Chapoteaut directement introduite dans l'estomac, nous a donné un résultat positif d'excitation chimique de la muqueuse gastrique, d'où cette conclusion que la peptone était l'excitant chimique, que nous cherchions, de l'appareil neuroglandulaire de l'estomac. Cette conclusion était erronée.

"En effet, ni la peptone pure, ni les produits de digestion résultant de l'action sur la fibrine crue d'un suc gastrique pur et de grande puissance digestive, ne présentent d'action constante. Au contraire, le bouillon de viande, le jus de viande et les sécrétions d'extrait de viande se sont montrés des excitants constants et puissants du processus sécrétoire de l'estomac. "Pavloff et ses élèves fournissent à l'appui de ces affirmations de nombreuses preuves expérimentales. Retenons pour finir ces deux propositions : 1o. "L'excitation chimique produite par la viande tient, pour une part, à des corps préexistants dans sa substance et, pour une autre part, à des produits prenant seulement naissance au cours de la digestion" ; 2o. "l'eau ou mieux encore le bouillon et l'extrait de viande peuvent jouer le rôle d'allumette d'amorce" au point de vue de la mise en marche de la sécrétion gastrique pour le cas où les aliments sont pris sans appétit.

L'action des alcalins sur les fonctions stomacales est fonction du moment et de la dose de la prise ; en sorte qu'on peut, suivant la technique adoptée, obtenir une action inhibitoire ou au contraire, excita-

trice. Les divers expérimentateurs et cliniciens (Rîchet, Jacoski, Linnossier, Lemoine, Gilbert, Mathieu, etc.), abstraction faite des différences de résultats inhérentes aux différences de techniques employées, semblent être arrivés à la conclusion générale suivante : le bicarbonate de soude à dose modérée (1 à 5 grammes) ingéré vingt minutes à une heure avant le repas, active la sécrétion gastrique ; l'action est plus marquée si l'alcalin est pris avec une infusion chaude aromatique ou sous forme d'eau thermale alcaline ; la Grande Grille et l'Hôpital sont à ce point de vue particulièrement indiquées.

L'action des amers enfin est admise traditionnellement : la clinique semble vérifier cette action. La noix vomique et ses dérivés en est le type, mais nous ne sommes guère plus avancés à ce sujet qu'à l'époque où Gûbler écrivait simplement, dans ses Commentaires : "La noix vomique est un amer héroïque et peut à faible dose remplir toutes les indications des médicaments de cette classe dans la dyspepsie atonique, l'embaras gastrique, la constipation habituelle chez les femmes et les sujets anémiques, débilités."

Une bonne formule apéritive réunira ces trois excitants : dérivés de la viande, alcalins et amers.

On pourra formuler :

Prendre vingt minutes avant le repas un verre à bordeaux d'eau tiède additionnée d'un des paquets suivants :

Peptone sèche	5 grammes
Bicarbonate de soude	1 "

Pour un paquet No. 12.

et d'une cuiller à café de la potion suivante :

Teinture alcoolique de noix vomique	} à à 3 grammes.
Extrait de cascarille	
Extrait de gentiane	
Ecorces d'oranges amères ...	10 "
Eau distillée de menthe	120 "

F. s. a.

LA GOUTTE DE LAIT.

CORRESPONDANCE

CHER CONFRERE,

La Direction de la "Goutte de Lait" a ouvert depuis quelques jours, plusieurs bureaux de distribution de lait pour les nourrissons de cette ville.

Le laboratoire central pour la préparation du lait est situé au No. 208 de la rue St. Charles Borromée. Le lait, qui nous est fourni par un fermier offrant toutes les garanties nécessaires, y est mis en bouteilles dès son arrivée, après un coupage au tiers ou à moitié, ou sans

coupage du tout, suivant les prescriptions envoyées par les médecins de la ville. Placées par séries de cinq ou huit bouteilles dans des paniers, ces bouteilles de lait sont dirigées ensuite vers les différents bureaux de distributions :

No. 1.	Pharmacie Archambault,	No. 1068 St. Denis.	Tel. Bell Est	873
No. 2	"	Fortin,	No. 230 Centre.	" " Main 3530
No. 3	"	Quenneville,	No. 691 Ste-Catherine.	" Est 2000
No. 4	"	Leduc,	Carré Chaboillez,	" " Main 176
No. 5	"	Barolet,	No. 1054 Ontario	" " Est 3175

Les enfants de familles indigentes et ceux-là seulement qui seront porteurs d'un certificat de leur Médecin ou de leur Curé attestant leur trop grande pauvreté pour payer la modique somme de cinq cents par jour recevront le lait gratuitement ; les autres seront priés de donner cinq, ou dix, ou quinze, ou vingt-cinq cents par jour, suivant leur état de fortune et surtout leur désir de nous venir en aide dans la lutte que nous avons entreprise contre cette tueuse d'enfants : la diarrhée infantile !

Nous sollicitons, Cher Confrère, votre bienveillant concours, sans quoi notre œuvre serait stérile. Dirigez s. v. p. vos petits malades vers le bureau de distribution le plus proche et prescrivez-leur le lait, suivant la formule qui convient à leur état de santé, ainsi que le nombre de bouteilles que vous désirez, et vos ordres seront remplis avec autant d'exactitude que de promptitude.

Nous serions flattés d'avoir votre visite au Laboratoire Central ou aux Bureaux de distribution actuellement en fonction.

Agrérez, Cher Confrère, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

LE BUREAU DE DIRECTION.

Nouvelles contributions à la technique de la dilatation mécanique du col, surtout dans l'éclampsie.

PAR M. LE DOCTEUR E. POLLAK.

Pour Pollak, comme pour beaucoup d'auteurs à l'heure actuelle, le traitement le meilleur de l'éclampsie consiste dans l'évacuation rapide de l'utérus, dès le début même des accès.

L'auteur a rassemblé de nombreux cas d'éclampsie traités, les uns par l'opération césarienne (méthode d'Halbertsma), les autres par la dilatation rapide du col, au moyen du dilateur de Bossi.

Il trouve ainsi 32 cas dans lesquels l'opération césarienne a été faite dès le début de l'éclampsie et avant tout travail ; ces 32 cas ont donné une mortalité maternelle de 46,8 pour 100 et une mortalité fœtale de 31,25 pour 100.

Par contre, dans 21 cas d'éclampsie grave, traités par la méthode de Bossi, on note une mortalité maternelle seulement de 14,28 pour 100 et une mortalité fœtale de 38,09 pour 100. L'avantage revient donc incontestablement à la dilatation mécanique du col.

LE MEDECIN ET LE TARIF DES COMPAGNIES D'ASSURANCES SUR LA VIE (1)

PAR M. LE DOCTEUR ALBERT LAURENDEAU

M. le Président, Messieurs,

Je vous avouerai et vous le constaterez au reste, que je ne m'attendais pas à traiter cette question d'ordre à peu près exclusivement matériel : du tarif que les Compagnies d'assurances ont depuis un certain temps imposé à la profession médicale, au sujet des examens personnels de leurs assurés. Pour cette raison, je serai bref, d'autant plus que ce sujet ne comporte pas de grands développements. Il y a quelques années, la plupart des compagnies accordaient aux médecins cinq dollars chaque examen, et maintenant que les services des hommes de profession sont mieux retribués en général, aujourd'hui que les méthodes scientifiques sont plus précises, plus minutieuses, par conséquent imposant plus de responsabilité aux médecins, les compagnies, dans un vent d'économie, à la suite peut-être des extravagances de toutes sortes, que de récentes enquêtes ont dévoilées, les compagnies, dis-je, ont résolu de faire des économies au détriment de la profession médicale. Il y a à près d'un an, Messieurs, l'Association M. C. de Joliette, dont j'ai l'honneur d'être le secrétaire, a adopté quelques résolutions que je pourrais ainsi résumer : "Aucun membre de l'Association ne fera aucun examen pour compagnies d'assurances sur la vie, à moins de cinq dollars l'un".

Cette proposition a été adoptée unanimement par notre association, qui compte dans ses rangs les quatre cinquièmes des médecins du district. Nous avons fait parvenir copie de cette résolution à toutes les associations sœurs de la province, et j'ai le plaisir de vous dire qu'actuellement, sur 16 ou 17 syndicats régionaux, dont se compose la province médicale, 11 ou 12 ont accepté et endossé nos conclusions. A peu près toutes les sociétés des districts ruraux ont adopté des résolutions analogues aux nôtres ; seules les associations de Montréal, Québec et Trois-Rivières ne se sont pas encore saisies de cette question. Je comprends qu'il est peut-être plus difficile d'affirmer, d'imposer cette mesure dans les grandes villes que dans les centres ruraux ; je crois cependant qu'il serait très important que des sociétés ayant l'autorité de celles de nos grandes villes, endossent et adoptent les vues qui actuellement prévalent dans tout le reste de la province à ce sujet ; ne serait-ce que pour établir le principe que toute la profession de la province est unanime dans les réclamations.

Je crois aussi que le congrès pourrait émettre des vœux qui seraient ensuite transmis aux diverses compagnies d'assurances qui font affaires dans le pays, de même qu'à tous les syndicats de la province, afin

(1) Communication faite au Congrès des Trois-Rivières

d'encourager ce mouvement et de stimuler les dévouements qui travaillent à l'avancement des intérêts professionnels. Et si les membres du Congrès n'y voient pas d'objection, je soumettrai des vœux dans ce sens demain matin.

PROPOSITIONS

Proposé par Albert Laurendeau, M. D. Secondé par J. E. d'Amours, M. D.

Que ce Congrès approuve les résolutions adoptées par les sociétés médicales de Joliette, de Sherbrooke, de Wolfe, de Beauce, de Portneuf, de Shefford, de St-Jean, de Terrebonne, de Chicoutimi et du Lac St-Jean, d'Arthabaska, etc; fixant à cinq dollars le prix de chaque examen médical fait à la réquisition des compagnies d'assurances sur la vie, et recommande à tous les membres de suivre ce tarif. Que copie de cette résolution soit envoyée à toutes les compagnies d'assurances sur la vie, faisant affaire dans la province de Québec, ainsi qu'à toutes les sociétés médicales provinciales.

Adopté.

NOUVELLES

Noms des officiers du prochain Congrès de Québec en 1908 :

Président M. le docteur Arthur Simard ; Vice-Présidents MM. les docteurs Hervieux, Sirois, et Lanot ; Secrétaire M. le docteur E. D. Paquette ; Trésorier M. le docteur F. X. Dorion.

Les principaux sujets qui seront discutés à la 74ème réunion annuelle de la "British Medical Association" qui aura lieu à Toronto du 21 au 24 août prochain sont :

- 1o. La prophylaxie de la tuberculose ;
- 2o. L'eau pure dans les villes.
- 3o. L'hygiène des maisons, des collèges et des manufactures.
- 4o. La protection sanitaire internationale.

M. le docteur Whale nous relate l'histoire d'un malade présentant tous les signes classiques d'une appendicite : l'homme fut amené sur la table d'opération : là il se refusa à toute intervention. Le lendemain, il rendait vingt-quatre énormes ascarides et les signes d'appendicite disparurent aussitôt.

M. le docteur Massalongo a observé deux cas de mort au cours de la fièvre typhoïde par embolie de l'artère pulmonaire consécutive à une phlébite des rameaux périphériques de la veine hypogastrique. C'est seulement par un examen nécropsique minutieux qu'il a pu établir la filiation des ces accidents

Le "Cellulogène" agit en excitant la reproduction des cellules et en multipliant les hématies ; il raffermi les tissus, il confère à l'économie une extraordinaire résistance aux déchéances de causes nerveuses et morbides.

Il paraît, d'après le Dr. Lord, que le bacille tuberculeux se multiplie prodigieusement en passant dans le canal digestif de la mouche ordinaire. Une seule déjection de mouche peut contenir 5.000 bacilles, et 30 mouches infectées peuvent en déposer en trois jours de 6 à 10 millions. Or, comme les mouches ne se gênent pas pour déposer ces bacilles sur les matières alimentaires, il en résulte un danger d'infection beaucoup plus grand que celui qui vient de crachats.

Le Dr. W. Ewart a obtenu d'excellents résultats contre les gonflements articulaires douloureux, aigus ou chroniques, en déterminant l'anémie locale temporaire par une méthode analogue à celles d'Esmarch ou par le tourniquet.

LE SYSTEME METRIQUE AUX ETATS-UNIS.—Par sept voix contre cinq, la commission parlementaire chargée de l'étude de la question relative à l'adoption du système des poids et mesures par les Etats-Unis, s'est prononcée contre le projet de loi Litlauer, favorable à cette introduction.

HORLICK'S MALTED MILK

POUR LES BÉBÉS

LES INVALIDES, LES TUBERCULEUX ET LES VOYAGEURS

Aliment commode, physiologique et complet.—Du lait pur combiné avec de l'extrait de malt.—Contient tous les éléments nutritifs, essentiels au parfait développement du corps, sous la forme la plus assimilable.—Aucun risque d'avoir un lait adultéré ou infecté.—Nous avons nos propres germoirs et nos laiteries sont inspectés.—Des milliers de bébés forts et bien portants en attestent la valeur tous les ans.—Excellent dans, la diarrhée, le cholera infantum et le marasme.—Se prépare sous le plus vif délai en le faisant simplement dissoudre dans de l'eau.—Pas de nécessité d'y ajouter du lait ni de le faire cuire.—Les Tablettes LUNCI peuvent facilement être prises entre les repas à litre de suralimentation.—Echantillons gratuits envoyés franco aux médecins sur leur demande.

HORLICK'S FOOD CO.
GILMOUR BROS. & CO. AGENTS FOUR
LE CANADA.

RACINE WIS., U. S. A.
25 RUE ST-PIERRE,

MONTREAL