

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS.

PUBLIÉE PAR

MM. E. ROULET,
J. E. DUBÉ.

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

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

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

Vol. XLI

1er NOVEMBRE 1912

No 11

MEMOIRES

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HERNIES TUBAIRES, OVARIENNES ET TUBO-OVARIENNES

PAR AIME PAUL HEINECK.

Chirurgien des Hôpitaux Grace, Jefferson Park et Cook County, Chicago, Ill. U. S. A.
Professeur de Chirurgien, Bennet Medical College, Loyala University

L'étude des hernies des organes génitaux de la femme, dans les littératures médicales française, allemande et anglaise et l'analyse de nos observations cliniques entraînent et justifient les considérations suivantes sur la nature et le traitement de cette infirmité. La trompe, l'ovaire, ou la trompe et l'ovaire peuvent être herniés en partie ou en totalité. Ces hernies reconnaissent des degrés divers de développement; depuis la saillie, l'engagement de l'organe hernié dans l'orifice inguinal interne, jusqu'au déplacement complet des annexes utérines dans le sac herniaire.

Toute hernie des annexes utérines, qu'elle soit congénitale ou acquise, ischiatique, obturatrice, fémorale ou inguinale, quelque soit son volume, quelque soit l'âge de la malade, sera soumise à une opération pour cure radicale en cas:

1° D'accroissement graduel malgré les efforts de contention bien dirigés.

2° D'irréductibilité. L'irréductibilité prédispose à l'étranglement et à la torsion du pélicule de l'organe ou des organes herniés.

3° D'étranglement. Toute hernie étranglée doit être traitée d'emblée par l'opération.

4° De torsion du pédicule de l'organe ou des organes herniés. Après l'âge de deux ans, nous recommandons le traitement opératoire.

5° Si la hernie ne peut être complètement, constamment et facilement contenue par un bandage herniaire.

6° Si la hernie est double ou bilatérale.

7° Si des hernies d'autres organes coexistent.

8° Si le sac herniaire renferme des viscères autres que les annexes utérines.

9° Si le port d'un bandage herniaire occasionne de la douleur ou aggrave les symptômes.

10° Si pour un acte opératoire quelconque, il est nécessaire d'anesthésier le malade, on tirera double avantage de la narcose en pratiquant dans la même séance la cure radicale de la hernie.

11° Si la malade est exposée à la gestation.

Dans le traitement des hernies, le bandage herniaire n'est le plus souvent, qu'un agent palliatif; les cas sont peu nombreux où son emploi même prolongé a été suivi de guérison spontanée. Tout bandage herniaire, quel que soit son modèle, est pour la malade une source de gêne, une entrave à la nutrition et au développement normal de l'organe ou des organes herniés. En ne restant point parfaitement appliqué et en laissant sortir la hernie dont le contenu peut faire saillie sous lui, le bandage herniaire peut entraîner de gros inconvénients, tel que: la rupture, dans le sac herniaire, d'une trompe suppurée ou habitée par un œuf. Dans les hernies inguinales, la pression qu'exerce sur le bord inférieur du muscle petit-oblique le port prolongé d'une trousse peut déterminer l'atrophie de ce dernier et ainsi diminuer les chances de succès de cure radicale opératoire.

Toute malade âgée de deux ans ou plus, affligée d'une hernie des annexes utérines sera soumise au traitement opératoire. On n'attendra pas pour opérer l'apparition d'une des nombreuses complications qui peuvent survenir. En l'absence d'un état général interdisant toute opération d'élection, le traitement opératoire des hernies est incontestablement le traitement de choix.

Pourquoi disons-nous après la deuxième année? Cette limite est quelque peu arbitraire et paraîtra à certains de nos confrères

trop conservatrice. Un grand nombre de hernies inguinales congénitales guérissent spontanément dans les deux premières années de la vie. Sur le pourcentage de ces guérisons spontanées, les auteurs ne sont pas d'accord. De Garmo est d'avis que le port d'un bandage bien appliqué entraîne la guérison de cette infirmité chez 90% des enfants sous l'âge de trois ans. L'opinion de Coley est moins optimiste; cette autorité dit que la moitié seulement des malades sous l'âge de trois ans, sont guéris par l'emploi d'une trousse.

Le traitement opératoire des hernies tubaires, ovariennes et tubo-ovariennes non compliquées n'est ni plus dangereux, ni plus difficile que l'opération pour la cure radicale des hernies d'autres organes. Cette opération habilement et rapidement faite ne comporte en elle-même aucune mortalité. Chez l'enfant, le chirurgien peut la recommander sans crainte. Broca, sur quatre cent cinquante (450) opérations pour hernies pratiquées sur des sujets de moins de quinze ans, n'eut qu'un décès.

Pour le traitement opératoire des hernies inguinales, nous donnons la préférence à l'opération de Bassini. Cette opération a les avantages suivants: elle n'entraîne aucun danger, elle est d'une exécution facile et donne des résultats satisfaisants et permanents. D'après Coley, le procédé de Bassini est supérieur aux méthodes plus anciennes, ainsi qu'à celles préconisées depuis. 1185 hernies inguinales opérées selon le procédé classique de Bassini, ne donnèrent que neuf récurrences (7/10 de 1%) (Coley). Chez la femme, Berger n'a jamais observé de récurrence dans les hernies inguinales qu'il a opérées selon la méthode de Bassini.

Dans le traitement opératoire des hernies inguinales:

1° Il est désirable que le chirurgien et ses aides soient munis de gants de caoutchouc. Depuis l'emploi général de ces gants, à l'Hôpital pour Ruptured & Crippled Children on a obtenu dans les opérations pour cure radicale de hernies une guérison par union primitive dans quatre-vingt-dix-huit et cinq dixième pour cent (98 5/10%) des cas. A Chicago, un chirurgien qui opère sans gants, inspire de la défiance, de la crainte.

2° Il importe de ne faire emploi pour la ligature des vaisseaux et pour les points de sutures abandonnées que de matériel résorbable. Le rôle des sutures est de maintenir en apposition les tissus divisés jusqu'à ce que l'union organique de ces derniers se soit

effectuée. Cette union réalisée, tout point de suture non-absorbé ou non-enlevé est un corps étranger et comme tel peut, à une époque plus ou moins éloignée, devenir une source d'irritation et prédispose à l'inflammation et à la formation de sinus. Pour la ligature des vaisseaux et pour les points abandonnés, nous ne faisons jamais usage de soie ou d'autre matériel non-résorbable.

3° Il est essentiel que l'aponévrose du muscle oblique externe soit divisée de façon à bien mettre en vue le canal inguinal et son contenu. Chez la femme, le canal inguinal à l'état normal et une fois restauré après une opération pour hernie, ne contient en dehors de quelques artérioles et de quelques filaments nerveux que le ligament rond, organe de dimensions inférieures à celle du cordon spermatique. Ce ligament rond provient de la structure musculaire de l'utérus; il se perd dans la grande lèvre.

4° Il est nécessaire d'isoler par une dissection haute et soignée, le sac herniaire des tissus environnants, et principalement du ligament rond auquel ce sac est assez intimement adhérent. Le sac herniaire est isolé plus difficilement du ligament rond que du cordon spermatique.

5° Il est de rigueur de toujours ouvrir le sac herniaire afin de se renseigner par l'inspection et par la palpation directe et de la nature et de l'état des organes herniés. "Le temps le plus important de l'opération est l'inspection du contenu de la hernie." (Berger).

6° Après la réduction ou l'ablation ou la résection de l'organe ou des organes herniés, le collet du sac ayant été transfixé et ligaturé aussi haut que possible, on coupe le collet au-dessous de la ligature, au niveau de la cavité péritonéale, et on extirpe le sac. Afin d'empêcher toute saillie du moignon sacculaire au niveau de l'orifice abdominal interne, on ancre, on fixe le pédicule du sac à la paroi musculaire abdominale à environ trois centimètres au-dessous de l'anneau interne. Ceci s'effectue ainsi: Chaque chef du fil qui enserre le pédicule du sac est chargé sur une aiguille. L'index gauche est introduit derrière la paroi abdominale, de bas en haut, entre le péritoine pariétal qu'il décolle un peu et la face profonde du transverse. Chaque aiguille chargée est passée sur le doigt-guide dans le tissu cellulo-adipeux pro-péritonéal et perce successivement la paroi musculaire d'arrière en avant, trois ou quatre centimètres au-dessus de l'anneau inguinal profond. On noue les deux chefs en avant de l'aponévrose du grand oblique.

7° Ne sacrifiez pas le ligament rond s'il est indemne de lésions pathologiques, car l'enlèvement de ce ligament nuit à la statique utérine. Ne le transplantez pas, car cela est inutile. On abandonne ce ligament au fond de la plaie, de l'angle inférieur de laquelle il émerge, et on procède à la reconstitution méthodique et complète de la paroi abdominale de la région inguinale, en suturent premièrement le petit oblique et le tendon conjoint à la bandelette iléo-pubienne; après quoi, on unit les deux bords de l'incision de l'aponévrose du grand oblique. L'opération est achevée par la fermeture de la plaie cutanée. Après l'opération tout bandage herniaire est proscrit, car ces bandages au lieu de fortifier la cicatrice, la ramollissent, l'affaiblissent.

8° Il n'y a aucun intérêt à ménager chez la femme les anneaux inguinaux superficiels profonds. Chez elle, ces ouvertures peuvent être oblitérées sans préjudice. Dans la hernie inguinale directe, l'opérateur est parfois forcé de ligaturer l'artère épigastrique profonde.

9° Dans les hernies des annexes utérines, l'opérateur a à décider sur la disposition qu'il doit faire des organes herniés, ou il les retourne dans la cavité abdominale ou il en pratique l'ablation. Si un diverticule de Meckel sont compris dans le sac herniaire, on ampute ces organes. L'épiploon prolapsé dans un sac herniaire est ordinairement réséqué et cette résection est surtout indiquée lorsqu'il est adhérent, lorsqu'il est épaissi et qu'il a subi une dégénérescence fibreuse ou qu'il a été converti en une masse par la fusion de ses plis. Si un diverticule ou une partie de la vessie urinaire sont déplacés dans le sac herniaire, on les retourne non-lésés dans la cavité abdominale; si un parovarium kystique est présent, on en fait l'ablation; si un utérus accompagne les annexes utérines dans le sac herniaire, on l'enlève s'il est rudimentaire, infantile ou très malade (utérus étranglé, utérus gangréné), autrement, on le réduit dans la cavité abdominale. Les mêmes règles nous guident pour l'intestin; s'il est sain, il est réduit; s'il est atteint de lésions graves, on pratique une résection intestinale ou on crée un anus contre-nature. Il ne sera fait aucun sacrifice inutile de tissus ou d'organes: "Créer des eunuques sans absolue nécessité est un acte blâmable au premier chef, une véritable aberration (Puech)."

Si l'organe ou les organes herniés sont sains, on les refoule, quelque soit l'âge de la malade, dans la cavité abdominale, après ou sans élargissement de l'anneau inguinale; s'ils sont adhérents, soit à la paroi succulaire, soit à un organe hernié, ces adhérences seront brisées ou détachées ou coupées; et si les organes génitaux herniés sont sains ou ne paraissent pas atteints de malformations au-dessus des ressources de l'art, on les réintègre dans la cavité abdominale. La conduite du chirurgien est subordonnée à l'état du ou des viscères herniés il faut conserver des organes qui, quoique déplacés, ont un rôle physiologique important.

L'ablation des annexes utérines herniées n'est permise qu'en cas :

- 1° De gangrène inévitable.
- 2° De gangrène manifeste.
- 3° De formation néoplasique bénigne (Fibro-myome de l'ovaire, etc).
- 4° De formation néoplasique maligne (Sarcome de l'ovaire, etc).
- 5° De dégénérescence ovarienne kystique "uni ou multiloculaire."
- 6° D'inflammation catarrhale ou suppurative de la trompe ou de l'ovaire (Pyosalpinx, abcès de la trompe, abcès de l'ovaire). La trompe peut infecter le sac herniaire où elle est incluse.
- 7° De malformation ou d'arrêt de développement des organes génitaux internes ou externes.
- 8° D'hématome ovarien, d'hémorragie ovarienne interstitielle.
- 9° De grossesse extra-utérine ayant son siège dans la trompe herniée (avant ou après la rupture du kyste fœtal).
- 10° De tuberculose primitive ou secondaire des organes herniés.
- 11° De "distortion" rendant l'organe hernié méconnaissable. (Tailhefer, hernie de l'ovaire prise pour une hernie du rein, Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris, 1904, vol. 30, p. 45).
- 12° D'altérations anatomiques empêchant tout fonctionnement physiologique (Occlusion de la trompe, hypertrophie de la trompe, oblitération de la lumière de la trompe).

En ce qui concerne les hernies des annexes utérines, les faits suivants nous paraissent établis :

1° Le tube, l'ovaire ou le tube et l'ovaire peuvent être le seul contenu du sac herniaire, ou ce dernier peut renfermer en outre un, deux ou plusieurs des tissus ou organes suivants : Diverticule de Meckel, appendice vermiforme, vessie urinaire, intestin grêle ou gros, épiploon, utérus rudimentaire, unicorne, bicorne ou normal.

2° Les hernies des annexes utérines intéressent le côté droit ou le côté gauche sont congénitales ou acquises, unilatérales ou bilatérales; existent seules ou co-existent avec une ou plusieurs autres hernies de types anatomiques similaires ou dissimilaires, présentant ou ne présentant pas les mêmes caractéristiques cliniques.

3° Les hernies tubaires, ovariennes ou tubo-ovariennes, qu'elles soient du côté droit ou du côté gauche du corps, sont parfois accompagnées d'absence, de malformations ou d'arrêts de développement d'un ou de plusieurs autres organes génitaux internes ou externes : Absence de vagin, absence unilatérale de la trompe, de l'ovaire ou de la trompe et de l'ovaire, absence de l'utérus, vagin imperforé atresie de la trompe, utérus rudimentaire, etc.; mais dans le plus grand nombre des observations recueillies, il n'est nullement fait mention de malformations de l'utérus ou des autres organes génitaux. Il est vrai que la herniotomie ne facilite aucunement l'examen des organes pelviens.

4° Chez les malades présentant une de ces hernies, on peut rencontrer des états pathologiques acquis intéressant les organes génitaux internes non-herniés ou les organes génitaux externes : Vaginite, kyste ovarien, fibro-myome utérin, prolapsus et autres déplacements utérins, etc.

5° Ces hernies peuvent coexister avec des états pathologiques n'intéressant nullement les organes génitaux : Hydrocéphale, hydronéphrose, sténoses multiples intestinales. On n'envisage ces états pathologiques coexistants comme n'ayant aucun rapport étiologique ou autre avec l'infirmité herniaire.

6° Les hernies congénitales ou acquises de l'oviducte, de l'ovaire ou de la trompe et de l'ovaire se rencontrent chez des individus de tout âge, de toute race. On les a observées chez des

nullipares. Une de nos malades avait eu huit grossesses antérieures à sa hernie. Ces hernies surviennent avec la plus grande facilité au moment de l'accouchement. On note dans beaucoup de cas une augmentation du volume de la hernie après chaque grossesse. Il faut considérer la grossesse et l'accouchement comme une des causes prédisposante, sinon comme une des causes occasionnelles de l'apparition des hernies.

7° Les hernies des organes génitaux profonds de la femme appartiennent à plusieurs variétés anatomiques. Suivant leur siège, elles sont ventrales, ischiatiques, obturatrices, fémorales ou inguinales.

8° Suivant les caractéristiques cliniques qu'elles présentent ces hernies sont réductibles, irréductibles, non-inflammées, inflammées ou étranglées; le pédicule de la trompe, de l'ovaire ou de la trompe et de l'ovaire herniés peut, en subissant une rotation sur son axe, déterminer une véritable torsion du contenu herniaire.

9° La torsion du pédicule de l'ovaire ou de la trompe et de l'ovaire herniés détermine des symptômes et des lésions anatomiques analogues à ceux qu'on rencontre dans les hernies étranglées de ces organes. Cet accident peut, comme l'étranglement, revêtir un caractère d'une extrême gravité.

10° D'après nos statistiques, la hernie inguinale des annexes utérines est huit fois aussi fréquentes que toutes les autres variétés anatomiques réunies de ces hernies. La hernie inguinale oblique sort de la cavité abdominale et envahit le trajet inguinal par l'orifice inguinal interne; cet orifice est plus étroit chez la femme que chez l'homme. Dans son trajet, la hernie suit le ligament rond. Elle franchit l'orifice externe pour arriver à la partie supérieure de la grande lèvre, au-dessous du sac dartoïque et descend plus ou moins bas suivant les cas. Berger signale comme caractères anatomiques propres aux sacs des hernies congénitales la richesse en vaisseaux, le revêtement de fibres musculaires lisses que possède le sac, son adhérence très intime au ligament rond, et la présence dans la cavité sacculaire de rétrécissements vulvaires ou diaphragmatiques analogues à ceux qu'on trouve dans le conduit vaginal-péritonéal non-oblitéré chez l'homme.

11° Les hernies inguinales des annexes utérines sont récentes, anciennes ou récidivées; elles sont directes, interstitielles ou intr-

pariétales, indirectes ou obliques. Si indirectes ou obliques, elles sont complètes ou incomplètes. Quelques hernies par glissement sont rapportées.

12° Toutes les hernies tubaires, ovariennes ou tubo-ovariennes bilatérales, rapportées dans les littératures médicales française, allemande et anglaise durant les dernières vingt années sont de nature inguinales. Dans les hernies inguinales bilatérales, les deux hernies ont ou n'ont pas le même degré de développement elles sont ou d'origine simultanée ou un intervalle plus ou moins long s'est écoulé entre l'apparition des deux hernies. Ces hernies peuvent présenter des caractéristiques cliniques analogues ou dissimilaires; par exemple, une des hernies peut être réductible, l'autre, irréductible; une, étranglée, l'autre, le siège de torsion.

13° En parcourant les observations recueillies, on s'aperçoit que la complication "torsion du pédicule" n'est survenue que dans des hernies inguinales congénitales de type irréductibles.

14° Toutes les hernies fémorales des annexes utérines rapportées dans la littérature médicale des vingt dernières années furent des hernies acquises survenues chez des individus d'âge avancé. La hernie fémorale est essentiellement une hernie de l'âge adulte.

15° En absence d'anomalies des autres organes génitaux internes ou des organes génitaux externes, ces hernies, l'organe hernié étant de développement normal et le siège d'aucune lésion pathologique, n'empêchent pas la conception, n'interfèrent pas avec la gestation et n'exercent aucune influence défavorable sur l'accouchement. La grossesse peut survenir avant, pendant et après l'existence des hernies de cette nature.

16° L'étiologie de ces hernies est celle des hernies en général. Tout affaiblissement de la paroi abdominale, toute augmentation permanente, ou fréquemment répétée, de la pression intra-abdominale ou tout relâchement pathologique des moyens de contention, de suspension et de fixation des organes génitaux internes, facilitent le développement et l'apparition des hernies. On reconnaît aussi comme facteurs importants, prédisposant à l'infirmité sous considération, l'hérédité, la grossesse, l'accouchement, la persistance partielle ou complète du canal de Nuck. Chez la femme ce canal est l'homologue du canal vagino-péritonéal chez l'homme. Le sac de la hernie crurale est formé par le péritoine

doublé d'une couche fibreuse fournie par le septum crural que la hernie refoule en avant. La formation des hernies crurales est souvent favorisée par la présence de lipomes herniaires situés en avant du sac et qui, en exerçant une traction sur le péritoine, joue un rôle dans l'amorcement, dans le développement du sac herniaire. Quel que soit le type anatomique de la hernie, l'épaisseur de la paroi sacculaire varie suivant l'ancienneté de l'infirmité. Dans les hernies congénitales, vu la persistance de dispositions anatomiques fœtales, le sac et le trajet herniaire se trouvent préparés d'avance. Dans les hernies acquises, la hernie se fraye un trajet à travers la paroi abdominale et son sac se forme au dépens du péritoine pariétal adjacent qui peut attirer dans la hernie et le ligament large et les organes qui s'y rattachent.

17° Les organes herniés sont ou sains ou le siège d'altérations pathologiques; ils sont parfois adhérents à la paroi sacculaire ou l'un à l'autre; ils sont souvent congestionnés, gangrenés, inflammés et fréquemment présentent des foyers d'hémorragie, d'inflammation suppurative, de tuberculose primitive ou secondaire, de maladie kystique, néoplasique (bénigne ou maligne), etc.

18° L'organe hernié peut être le siège d'une grossesse ectopique. (Jordan, Grossesse Tubaire; Beck, Grossesse Tubaire; A. P. Heineck, *Hernias of the Fallopian Tube, of the Ovary and of the Fallopian Tube and Ovary, Surgery, Gynecology and Obstetrics*, July, 1912).

19° Le sac et les organes herniés peuvent être le siège d'une inflammation de nature suppurative ou autre, ayant progressé par continuité de surface, et présentant, tout en démontrant une marche ascendante du vagin, le tableau anatomique suivant: Vaginite, endocervite, endométrite, salpingite ou pyosalpinx, ovarite et péritonite sacculaire. Dans ces cas, la trompe infecte le sac herniaire qui la renferme et par l'orifice béant de son pavillon déverse largement dans le sac des éléments infectieux. L'infection de la trompe et la suppuration du sac peuvent aboutir à la péritonite généralisée. Quand l'inflammation entraîne l'oblitération de la lumière de l'ostium abdominale de la trompe, il en résulte le plus souvent une dilatation kystique du conduit tubaire. Une telle occlusion empêche tout déversement de contenu tubaire dans le sac herniaire et explique la cavité des péritonites généralisées.

consécutives à une péritonite sacculaire, déterminée par un pyosalpinx hernié.

20° Le sac herniaire et son contenu peuvent être le siège d'une inflammation, suppurative ou autre, qui, ayant pris son point d'origine dans le vagin ou dans l'utérus, s'est propagée à la trompe et à l'ovaire par la voie du tissu conjonctif paramétrial et parasalpingéal.

21° Tout processus pathologique ayant son point de départ dans les organes herniés, peut, par extension par contiguité de tissu, intéresser le sac herniaire ainsi que les tissus superposés à ce dernier.

22° Le processus inverse est aussi observé. Les altérations pathologiques ayant leur origine dans le sac herniaire ou dans les tissus superposés à celui-ci, peuvent attaquer les organes herniés.

23° Le sac herniaire, la trompe, l'ovaire, la trompe et l'ovaire herniés, peuvent être le siège d'un processus inflammatoire, néoplasique ou autre, ayant eu son point de départ, dans un autre organe contenu dans le sac herniaire: Épiploïte, appendicite, intestin gangréné, etc., l'extension se faisant par contiguité de surface. Nous ferons l'observation ici, que dans les hernies étranglées des annexes utérines suivies de mort, les malades ont manifestement succombé non à l'étranglement de la trompe mais à celui de l'intestin ainsi que le prouvent les cas où la guérison est survenue malgré un sphacèle avancé de la trompe.

24° Les annexes utérines herniées, et les autres organes contenus dans le sac herniaire peuvent être sains, ne présentant aucune altération anatomique, ou les annexes utérines peuvent être saines et les autres organes herniés être le siège de différents états pathologiques: Appendicite, intestin gangréné, épiploïte, etc., ou les organes, accompagnant les annexes, sont normaux et celles-ci présentent des lésions dégénératives.

25° Il est parfois difficile, parfois impossible d'établir avec précision si les altérations inflammatoires ou autres que présentent la trompe, l'ovaire ou la trompe et l'ovaire herniés sont antérieures ou consécutives à la pénétration de ces organes dans le sac herniaire. Lorsque la trompe et l'ovaire se trouvent simultanément compris dans une hernie, ils ne présentent pas toujours

les mêmes rapports et la même situation réciproque qu'ils ont lorsqu'ils sont normalement situés dans la cavité abdominale.

26° Toute femme enceinte, porteuse de hernie, doit être surveillée soigneusement avant, pendant et après son accouchement, afin de réduire au minimum tout effort portant sur les parties faibles de la paroi abdominale. A la fin de l'allaitement ou vers la fin de l'année qui suit l'accouchement, en absence de contre-indications, la malade sera soumise à une opération pour cure radicale de sa hernie.

27° Après la seconde année de la vie, la guérison spontanée des hernies des annexes utérines est rare, et ne survient que quand les organes herniés sont facilement, complètement et permanentement contenus dans la cavité abdominale.

28° Chez la femme, toute hernie, quelque soit son site anatomique, son état clinique ou la nature du ou des contenus herniaires, sera en absence d'un état constitutionnel interdisant toute opération de choix, soumise à une opération pour la cure radicale. Il est reconnu que chez la femme adulte le traitement opératoire de tous les traitements qui est le plus sûr et le plus rationnel.

29° Les états cliniques dont la ressemblance aux hernies des annexes utérines est si grande et qui offrent de grandes difficultés d'interprétation qu'un diagnostic positif n'est possible qu'au cours d'une opération, seront soumis au traitement opératoire. On ne tirera que profit de l'observation de cette règle; un diagnostic sera établi et une guérison, obtenue.

30° Dans le traitement des hernies des annexes utérines les opérations précoces donnent les résultats les plus satisfaisants. L'opération pour la cure radicale pratiquée en temps opportun par un opérateur adroit et habile n'a pour ainsi dire aucune mortalité. Il est préférable d'opérer avant le développement d'altérations dégénératives ou autres dans l'organe ou dans les organes herniés.

31° Toute opération pour cure radicale herniaire doit satisfaire les deux desiderata suivants: *a.* La suppression du sac; *b.* La réfection et le renforcement de la paroi abdominale au point où la hernie s'est frayé son passage.

33° Le tube, l'ovaire ou le tube et l'ovaire herniés indemnes ne seront pas sacrifiés. Ces organes ont un rôle physiologique important, et quand ils ne présentent pas d'altérations structurales évidentes et avancées, on les retourne dans la cavité abdominale.

34° Le tube, l'ovaire ou le tube et l'ovaire anormaux seront sacrifiés si leur retour dans la cavité abdominale expose la malade à des périls immédiats ou éloignés, ou si les organes montrent un degré d'altération les rendant impropres à remplir leurs fonctions. Dans l'exercice des tissus et des organes, il importe que le chirurgien soit conservateur.

35° Vu nos connaissances incomplètes sur la fréquence et la nature du vrai et du pseudo-hermaphroditisme, il est désirable que tout contenu herniaire de structure typique soit soumis à l'examen microscopique. En agissant ainsi on ne méprendra pas du tissu testiculaire pour du tissu ovarien ou vice versa.

36° Dans le traitement des hernies étranglées des annexes utérines ischiatiques, obturatrices ou fémorales compliquées par la présence dans le sac herniaire d'intestin gangréné, on pratique ordinairement une laparotomie pour la réparation des lésions intestinales et une herniotomie pour la cure radicale de la hernie.

37° Le tube, l'ovaire ou le tube et l'ovaire herniés peuvent être enlevés à l'aide des incisions couramment employées pour la cure des hernies. Les temps opératoires pour l'enlèvement de ces organes herniés correspondent, sauf la laparotomie, à la technique ordinairement employée pour la salpingectomie, pour l'ovariotomie et pour l'ôphorectomie.

LES ANORMAUX PSYCHIQUES A L'ECOLE ET LE ROLE DU MEDECIN

Par le Dr WILFRID DEROME

Professeur suppléant à la chaire de médecine légale. Chef du laboratoire à l'Hôpital Notre-Dame.

De l'instinct de conversation découle, chez tout être vivant, la nécessité de se protéger; aussi la nature a-t-elle, en général, largement pourvu à cette nécessité en dotant chaque espèce de moyens de protection qui lui sont propres.

L'homme, n'échappant pas davantage à cette loi commune, mais doué en outre d'intelligence et de raison, se doit à lui-même de développer sans cesse ses moyens naturels de protection et de faire bénéficier de plus en plus, du fruit de ses efforts, ceux que la nature a paru négliger.

On peut, en effet, rendre ce légitime témoignage à notre humanité; que, d'une manière générale, elle a toujours répondu dans la mesure de ses forces à ce sentiment profond qui commande si puissamment la protection des faibles; bien plus, tous ceux qui, à une époque quelconque, se sont occupés de cette question, non seulement ont toujours été écoutés avec attention, mais leurs vœux ont souvent donné lieu à des réformes utiles.

L'honneur d'avoir jusqu'ici dirigé les efforts dans ce sens, appartient sans contredit aux philosophes, aux sociologistes et aux pédagogues; mais voilà qu'aujourd'hui, le médecin entre en scène et son influence n'apparaît pas comme devant être la moins effective dans l'avenir, surtout pour ce qui concerne l'enfance anormale.

Appelé, en effet, par son rôle au contact de nombreux enfants et surtout fort des données acquises par la science contemporaine dans le domaine psychologique et psychique, le médecin finit par isoler les éléments composants de ces "embryons d'intelligence" et par saisir, grâce à une observation patiente, la part de chacun des facteurs qui successivement viennent contribuer à leur développement.

De là à démontrer qu'à ces facteurs, un bon nombre de petits sujets étaient plus ou moins réfractaires par suite de quelque anomalie psychique ou somatique, il n'y avait qu'un pas.

C'est ainsi que le médecin a fait son éducation de pédagogue et qu'il s'est acquis une place importante à côté de ce dernier dans la direction et le choix des moyens destinés au perfectionnement intellectuel et moral de l'enfance anormale.

I. *Division générale des anormaux.*

L'enfant peut être anormal soit physiquement, soit mentalement, ou encore, et c'est plutôt la règle, à ces deux points de vue à la fois.

La plupart des troubles physiques qui ne s'accompagnent pas

de troubles mentaux, n'exigent pas, en général, autre chose qu'une attention particulière de la part de l'éducateur, et par conséquent les porteurs de tels troubles peuvent être confondus, comme par le passé, avec les enfants normaux. Cependant, il en est de ces troubles dont on doit non seulement tenir compte, mais qui, en outre, au risque de faire de ces enfants, des arriérés d'abord et des insuffisants dans l'avenir, nécessitent le recours à un mode d'enseignement spécial. Les plus importants d'entre eux portent sur les organes des sens et particulièrement sur ceux de la vue et de l'ouï.

C'est, en effet, par nos sens, que nous accumulons dans notre mémoire les matériaux destinés à notre vie mentale, si bien qu'on a pu dire avec raison : *Nihil est in intellectu nisi prius fuerit in sensu* ; mais ne peut-on pas encore ajouter que, de l'intégrité de ces organes et de leur acuité, dépendent dans une large mesure, le nombre et la qualité des matériaux apportés.

Donc, si l'enfant souffre — parfois à son insu — d'otite ou de myopie, s'il ne peut sans un continuel effort, suivre les démonstrations au tableau, en résulte nécessairement une fatigue rapide qui ne tarde pas à compromettre son avancement.

Nous pourrions citer une foule d'autres exemples démontrant que les troubles physiques et même de mauvaises conditions morales, comme la gêne, la faim, la misère, etc., peuvent entraîner une diminution dans la valeur scolaire des sujets et partant en faire des arriérés.

Ce ne sont pas là pourtant les *vrais anormaux*, ceux que depuis quelque vingt-cinq ans, la science psycho-pathologique nous a appris à connaître. Ils présentent tous, ceux-là, à part des troubles physiques qui, encore une fois, sont de règle, un déficit intellectuel plus ou moins marqué ; ce sont enfin des dégénérés mentaux que schématiquement au moins, on a pu grouper sous les quatre chefs suivants : Les déséquilibrés, les débiles, les imbéciles et les idiots.

De cette échelle de la dégénérescence mentale, il convient de retrancher immédiatement les deux derniers groupes, non pas parce qu'ils sont absolument inaptes à toute amélioration, mais parce que celle-ci ne peut être portée à un degré suffisant pour leur permettre de bénéficier du régime scolaire. Leur place est

done soit à l'hospice, soit à l'asile, où ils peuvent parfois se rendre utile dans les travaux manuels .

Les deux premiers groupes au contraire, sont éduquables, se rencontrent dans les écoles et c'est sur eux que nous voulons attirer l'attention.

Ils comprennent tous les sujets dont l'état mental voisine à des degrés divers le "*mens sana*" depuis l'imbécillité jusqu'à l'état normal: Les moins développés formant le groupe des débiles intellectuels, tandis que les plus haut-placés dans l'échelle de la dégénérescence, sont désignés sous les différents noms suivants: dégénérés supérieurs, déséquilibrés, subnormaux, etc.

Ces derniers constituent sans contredit, le groupe le plus intéressant à étudier, d'abord parce qu'ils sont généralement méconnus non seulement par le public, mais par ceux-là mêmes qui sont chargés de les diriger, en second lieu, parce qu'ils sont les plus aptes à profiter d'une méthode éducative bien comprise et de bonne heure appliquée; enfin on peut dire que ce groupe fournit la majorité des sujets dont se compose la grande armée des criminels.

II. *Appréciation du degré et de la variété d'insuffisance psychique.*

Il n'entre pas dans le cadre forcément restreint de ce travail d'énumérer tous les éléments dont il faut tenir compte dans l'appréciation du déficit psychique.

Ceux-ci en effet consistent le plus souvent dans les manifestations complexes, de multiples nuances plutôt que dans des faits précis, que seul, le "sens clinique" du psychiatre, aidé par l'observation quotidienne de l'éducateur, peut apprécier à sa juste valeur.

Tout au plus, serait-il opportun de donner ici une vue d'ensemble sur les différents modes d'extériorisation du déficit psychique.

Et d'abord, si nous considérons les petits anormaux au point de vue de leur *activité générale*, il est assez facile de les diviser en deux grandes catégories, à savoir: D'un côté, les agités, les indisciplinés, les instables, les hypersthéniques; de l'autre, les arthériques, les apathiques ou paresseux, comme à tort, on les dé-

signe le plus communément. Chez les premiers, la mobilité des facultés intellectuelles a pour conséquence la distraction qui les empêche de profiter; chez les seconds, l'engourdissement des mêmes facultés aboutit au même résultat.

Cette première division trace déjà un plan assez vigoureux dans la méthode de redressement.

Voyons maintenant de quelle *volonté*, sont doués en général les petits anormaux, volonté dont il sera facile d'apprécier la plus ou moins grande force d'arrêt à l'occasion d'une foule de contingences.

Les troubles de la volonté sont peut-être les plus constants de tous ceux rencontrés chez les anormaux; ils dominent en outre très souvent le tableau, c'est pourquoi on a l'habitude de désigner ceux qui en sont surtout atteints, sous le nom de "débiles de la volonté" par analogie avec les "débiles de l'intelligence" et les "débiles de la moralité."

La faiblesse de la volonté constitue un terrain très propice au développement du vice par imitation, où le mauvais exemple par conséquent aura son maximum d'effet. Elle permet l'éclosion de manies de toutes sortes, en particulier la kleptomanie, la dipsomanie, la mythomanie, etc; enfin les instincts chez eux échappant plus ou moins au contrôle de la volonté, peuvent donner lieu à des actes impulsifs, toujours dangereux.

Inutile donc d'insister sur l'importance du diagnostic des troubles de la volonté en vue de la direction à donner aux anormaux. Cette tendance à imiter, en particulier, devra être mise de bonne heure, à contribution afin de permettre aux petits sujets d'acquérir des habitudes saines.

Les facultés comme l'*attention*, la *mémoire* et le *jugement* sont si intimement liées dans leur développement que la faiblesse de l'une retentit presque inévitablement sur l'autre.

La première, en effet, est absolument nécessaire à une fixation fidèle des impressions fournies par nos sens; or, la plupart des anormaux, sont à des degrés divers évidemment, incapables d'une attention soutenue, soit à cause de l'instabilité de leurs facultés, soit par une sorte d'impuissance ou de paresse à fournir l'effort qu'elle exige.

Le défaut d'attention est en général facile à constater puisqu'il

est le plus souvent quelque chose d'objectif ; mais on devra s'attacher d'autant plus fortement à le combattre qu'il a pour conséquence la faiblesse de la mémoire, non pas tant de cette mémoire inférieure, sensitive que l'on retrouve chez l'imbécile et même jusque chez l'idiote, mais de celle qui se crée avec le temps, grâce aux multiples associations ou combinaisons de nos concepts simples. Celle-là est la mémoire supérieure, psychique, chargée de fournir à l'esprit les éléments de comparaison nécessaires au jugement.

On peut voir combien ce dernier, le jugement, est une opération complexe et d'un ordre élevé ; aussi sa faiblesse, se rencontre-t-elle le plus souvent chez les anormaux et constitue peut-être le meilleur signe de déficit psychique.

Le défaut de jugement est marqué par une grande crédulité, une satisfaction niaise, de la puérilité dans les idées, les paroles et les actes.

Le *sens moral* est la faculté par laquelle nous distinguons ce qui est bien de ce qui est mal.

Or certains anormaux ont ce sens à ce point émoussé qu'on les a qualifiés de débiles moraux, anormaux, fous moraux, etc.

Sans scrupules, ni remords, ils font le mal par goût, quelques-uns disent même, par essence.

Les troubles portent généralement à la fois sur les sentiments affectifs et sur les instincts. Ils paient d'indifférence sinon de haine l'amitié qu'on leur porte ou le bien qu'on leur fait.

Ils pratiquent à bonne heure l'onanisme et plus tard d'autres perversions sexuelles, prennent plaisir à détruire tout ce qu'ils touchent, à faire souffrir les animaux. Ils se livrent au jeu, à la boisson, à la débauche, etc.

Si maintenant nous rappelons qu'à ces troubles du sens moral, sont souvent associés les *troubles du caractère*, comme l'orgueil, la jalousie, la vengeance, l'irascibilité, l'égoïsme, etc, nous avons là le groupe le plus important parmi les sujets que Lombroso et son école qualifiaient, non sans quelque apparence de vérité, de criminels-nés.

Pour nous, au contraire, ces dégénérés comme les précédents d'ailleurs, étant amoindris dans leur résistance psychique, nous saurions à l'instar des sujets normaux, opposer aux multiples sollicitations, suggestions, séductions, etc, que comporte la Société,

un pouvoir d'arrêt vraiment efficace à moins d'être soumis à bonne heure à un entraînement particulier, prophylactique, qui, dans l'espèce, ne serait autre que le traitement médico-pédagogique dont il sera question à la fin de ce travail.

Cette manière de voir a au moins le mérite de se concilier avec l'existence de notre "libre arbitre" et de laisser entrevoir une solution possible au double problème de l'enfance anormale et de l'enfance coupable.

Voilà esquissés à grands traits, les principales tares caractérisant le déficit psychique. Quant aux anomalies physiques qui très souvent les accompagnent, elles sont évidemment trop nombreuses pour en faire l'énumération; mais rappelons que si quelques-unes consistent dans des vices morphologiques irréparables, le plus grand nombre, au contraire, est accessible à la cure soit médicale, soit chirurgicale ou autre. Elles doivent donc être l'objet de l'attention immédiate du médecin, à cause de leur influence indéniable sur le déficit psychique.

III. *Facteurs étiologiques.*

Les causes du déficit psychique chez l'enfant sont multiples d'importances diverses, mais surtout variées dans leur mode d'action. Quelques-uns nous sont connus depuis des siècles, mais la plupart n'ont guère été fermement établies que dans ces derniers temps; aussi, il s'en faut qu'à l'heure actuelle, elles soient parfaitement comprises par la majorité du peuple, nonobstant le zèle admirable d'un grand nombre d'apôtres qui, en s'attaquant à des fléaux tels que l'alcoolisme, la criminalité, la prostitution, le péril vénérien, la tuberculose, etc, contribuent plus ou moins directement à les faire connaître.

Loin de nous, pourtant, l'idée de faire ici l'énumération complète de toutes ces causes; toutefois, comme le but ultime de ce travail est avant tout, de faire un exposé des moyens mis en œuvre ailleurs, et considérés jusqu'ici comme les plus propres à diminuer le nombre des anormaux, il me paraît indispensable de rappeler brièvement les plus importantes.

Il y a d'abord *l'hérédité*, c'est-à-dire cette prédisposition morbide transmise aux enfants par les parents et dont les sources principales sont les névropathies, les psychopathies, les infections et en particulier la syphilis qui, comme on sait, affectionne tout

particulièrement le système nerveux central, enfin les intoxications de toutes sortes et parmi elles, l'alcoolisme si universellement répandu de nos jours, et dont les ravages se manifestent non seulement sur l'organisme du buveur, mais encore sur sa descendance.

Voici d'après le Dr Legrain (1) à la fois psychiatre distingué et sociologiste convaincu, de quelle façon influerait l'hérédité alcoolique sur l'état mental de l'enfant. Elle rendrait d'abord celui-ci plus sensible à l'action du poison au point qu'une dose relativement inoffensive pour un individu normal, provoquerait chez lui de l'excitation, du délire, des impulsions, etc. L'alcool agirait ici comme une véritable pierre de touche. D'autres fois, l'hérédité alcoolique irait plus loin et ferait de cet enfant un buveur, soit impulsif comme le dipsomane, soit d'occasion comme l'ivrogne, soit d'habitude comme l'alcoolique chronique. Enfin l'hérédité alcoolique serait à elle seule capable de produire dès la première génération des troubles psychiques divers et en particulier, la débilité mentale, l'imbécillité, etc.

À côté de l'hérédité, se place la *congénitalité* qui à la rigueur peut être considérée comme une forme particulière de cette dernière, mais qui, dans tous les cas, consiste dans les influences morbides passagères, agissant au moment de la conception ou de la gestation. Ce sont surtout les émotions morales vives, la misère, les infections et les intoxications, dont l'ivresse, qu'un philosophe ancien, Diogène le Cynique, avait déjà remarquée et qu'il rappelait en ces termes à un jeune débauché: " Mon ami, ton père t'a engendré, étant ivre."

Il paraît qu'en Belgique, les *enfants du dimanche* (conçus le dimanche), comme on dit là-bas, ont une mentalité inférieure aux autres. Il serait intéressant de contrôler le fait — si possible! — à Montréal, du samedi midi au lundi.

Parmi les causes postérieures à la naissance et capables de produire du déficit psychique, il faut compter les traumatismes crâniens, les végétations adénoïdes, les affections des glandes endocrines, les infections et intoxications, enfin les causes sociales ou inhérentes aux différents milieux où vit l'enfant, tels sont le défaut d'éducation des parents, le mauvais exemple, la débauche,

la misère, l'alcoolisme en famille, etc, etc, qui agissent d'autant plus sûrement que l'enfant est plus prédisposé.

IV. *Comment venir en aide aux anormaux psychiques. Traitement médico-pédagogique.*

Les moyens à notre disposition pour résoudre le problème de l'enfance anormale sont de deux ordres, tous deux d'une égale importance. L'un comprend les moyens tendant à diminuer dans l'avenir le nombre des anormaux en s'attaquant aux nombreux facteurs étiologiques énumérés plus haut, c'est le *traitement prophylactique*, aujourd'hui parfaitement connu, mais malheureusement pas assez mis en pratique; l'autre consiste dans un traitement spécial, basé sur la psychologie particulière aux dégénérés et auquel collaboreraient à la fois médecins et pédagogues, c'est le *traitement curatif* ou *traitement médico-pédagogique*.

Il ne peut être question d'étudier ici le traitement prophylactique qui sort d'ailleurs du cadre que nous nous sommes tracé; mais le traitement médico-pédagogique nécessite quelques explications que nous essaierons de rendre aussi claires et brèves que possible.

Pourquoi, d'abord, un traitement spécial ou mieux, une méthode éducationnelle particulière pour les anormaux psychiques. et quel peut être le rôle du médecin à côté du pédagogue dans son application.

La réponse à ces deux questions peut être tirée en partie, du moins, de ce qui précède. Nous avons, en effet, essayé de démontrer que les anormaux psychiques sont des malades spéciaux, des malades de l'esprit; or, comme tels, il est raisonnable de penser, et d'ailleurs l'expérience le prouve, que la méthode pédagogique employée jusqu'ici chez tous, mais édifiée particulièrement pour les enfants sains de corps et d'esprit, ne peut leur être applicable. Quelques-uns même soutiennent avec raison, je crois, qu'elle leur est préjudiciable, justement parce que, inadaptée à l'état de leurs facultés.

Quant au médecin, nous avons montré au début que, par ses connaissances psycho-pathologiques, il était arrivé, le premier, à disséquer et à comprendre l'état mental des petits anormaux, et grâce à son "sens clinique" si développé, il reste encore le plus qualifié pour apprécier les nuances dans leur psychicité et

partant, pour doser en quelque sorte leur capacité scolaire. Il est donc juste et nécessaire qu'il ait sa part dans la direction et le choix des moyens destinés au développement intellectuel et moral des anormaux psychiques. Et comme le disait récemment le Professeur Régis de Bordeaux (La Clinique, 15 déc. 1911): "L'assistance éducative des anormaux psychiques sera essentiellement médico-pédagogique ou elle ne sera pas."

Quant à l'organisation que nécessiterait ce nouvel enseignement pédagogique des anormaux, nous ne saurions mieux faire que donner ci-contre un résumé de la loi française:

Loi du 15 avril 1909 réglementant l'instruction et l'éducation à donner aux enfants arriérés.

I. *Cette loi institue.* — 1° des classes de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires; 2° des écoles de perfectionnement créées par le département ou les communes pour les deux sexes et divisées en deux sections. Elle comprendra une pension et une demi-pension. Les enfants pourront y être admis jusqu'à 16 ans. Il leur sera donné une instruction primaire et un enseignement professionnel.

II. *Mesures générales.* — Les directeurs et les directrices de ces écoles seront nommés par le ministre. Les instituteurs par le préfet sur la désignation de l'Inspecteur d'Académie et ils seront choisis parmi les candidats pourvus du *diplôme pour l'enseignement des enfants arriérés.*

Il y aura une *inspection médicale* portant sur chaque enfant une fois par semestre avec des observations consignées sur un livret scolaire individuel.

III. Une *commission de réception* existe dans chaque école, et est ainsi composée: un inspecteur primaire; un médecin; un directeur ou maître d'une école de perfectionnement. Elle détermine les enfants qui ne peuvent être admis ou maintenus dans les écoles primaires publiques et dont l'admission est sollicitée. Un représentant de la famille sera toujours invité à assister à l'examen de l'enfant.

IV. Un *Comité de Patronage* sera constitué auprès de chaque école. Les membres en seront nommés par le ministre après avis du Préfet ou du Maire. Il pourra comprendre des dames.

VI. Le *Conseil d'administration* de l'école, nommé par le Conseil municipal ou le Conseil général comprend: 1^o un représentant du ministère de l'instruction publique, 2^o un représentant du Préfet ou du Maire, 3^o un médecin au moins.

ACTUALITES

QUE DEVONS-NOUS ATTENDRE DU "NEO-SALVARSAN" ?

Le professeur Erlich a lancé récemment dans le commerce, un nouvel agent thérapeutique contre la syphilis, dérivé du 606, et auquel il a donné le nom de "Néo-Salvarsan ou 914."

Bien qu'aucun dermatologiste de bonne foi, ne puisse aujourd'hui contester l'efficacité merveilleuse de l'arséno-benzol contre la vérole, il n'en est pas moins vrai qu'un perfectionnement restait nécessaire, à cause de la toxicité de ce dernier médicament, et de la difficulté de sa préparation.

C'est dans ce sens d'ailleurs que le savant Allemand avait dirigé ses travaux depuis plusieurs mois; il y a quelques semaines il fit part au monde médical de ses recherches, et en présenta le résultat au public, sous forme d'un corps nouveau "le Néo-Salvarsan."

Ce corps qui porte le No 914 dans la série des produits spirillicides étudiés par Erlich, semble être tout aussi efficace que le 606, tout en étant moins toxique, et beaucoup plus facile à préparer.

C'est une poudre jaune safran, très soluble dans l'eau, de réaction neutre, et contenant 21 p. 100 d'arsenic, contre 31 p. 100 pour le 606, 1 p. 100 de 914 correspondant à 1 gramme de 606.

Grâce à l'obligeance d'Erlich, ce nouveau sel arsenical peut être expérimenté facilement dans les divers services hospitaliers des syphiligraphes les mieux connus, et voici en résumé, le résultat de ces expériences, et l'opinion des 2 écoles les plus autorisées, l'école Allemande et l'école Française.

Chez les Allemands, Stuhmer qui a déjà fait 1400 injections intraveineuses de 914, chez 340 malades, et Schreiber de Magdebourg qui en a injecté 1200 chez 230 patients, sont unanimes pour

déclarer que l'action du Néo-Salvarsan est au moins égale à celle du Salvarsan, et que tous les phénomènes vaso-moteurs et congestifs, tous les troubles gastro-intestinaux, tels que diarrhée, vomissements, qu'on notait si souvent avec le 606, font complètement défaut, ou sont très atténués, avec la nouvelle préparation. Ces auteurs ont observé cependant une élévation thermique et des érythèmes passagers, assez souvent, à la suite des injections.

Schreiber a pu donner jusqu'à 6 grammes, correspondant à 4 grammes de 606, dans l'espace de sept jours, aux mêmes malades, sans observer d'incident sérieux.

En somme, l'école Allemande trouve des avantages considérables en faveur du 914.

Parmi les syphiligraphes français les plus autorisés, plusieurs ont déjà publié le résultat de leurs expériences avec le 914.

Il idelo, avec 80 injections intraveineuses chez 21 malades, Leredde avec plus de 100, Brœcq, avec 240 chez 88 malades, Spillmann de Nancy avec 160 chez 30 malades, Darier avec 150 chez 45 malades, Milian et ce plusieurs centaines, et Balzer avec 50 injections intramusculaires, représentent assez bien l'opinion de l'école Française.

Tous sont aussi unanimes pour proclamer les avantages du nouveau produit sur l'ancien.

Ils diffèrent cependant des Allemands, en ce qu'ils croient plus sage d'employer le 914 aux mêmes doses que le 606, laissant le même intervalle entre les injections, plutôt que d'augmenter ces doses et de bourrer le malade d'arsenic en très peu de temps, selon la méthode de Schreiber.

L'école Française procède avec plus de prudence, se réservant le droit de marcher de l'avant quand même, si cela est nécessaire.

Entre parenthèses, il est à remarquer que tous les travaux publiés depuis 1 an ou 2, ne parlent plus que d'injections intraveineuses, excepté quelques-uns comme celui de Balzer, mais alors, parce que l'auteur essaie de trouver un procédé original, qui permette de faire des injections intra-musculaires sans douleur.

Nous avons, nous-mêmes, fait 10 injections intraveineuses avec le Néo-Salvarsan, et nous le préférons déjà au Salvarsan pour les raisons suivantes:

1° Sa toxicité moindre, tout en conservant une efficacité au moins égale au 606.

En tenant compte de la quantité de Salvarsan que contient le Néo-Salvarsan, ce sel est moins toxique que le 606. Il en est ainsi chez la souris et le lapin. La dose tolérée par le lapin est de 0gr. 20 par kilogramme (dose de Salvarsan tolérée, 0 gr. 08).

La disparition des accidents spécifiques a été aussi rapide qu'avec le 606. Nous avons vu un syphilôme de la lèvre inférieure chez une femme enceinte, et un chancre primitif chez un agent de commerce, disparaître en 5 et 7 jours respectivement.

2° La solubilité très grande, et sa réaction neutre, ce qui rend la préparation très facile et simplifie beaucoup la technique.

La poudre de Néo-Salvarsan, conservée comme le Salvarsan à l'abri de l'air dans des ampoules scellées, est très altérable à l'air libre. Elle est neutre et se dissout directement dans l'eau distillée avec une facilité extrême. Il faut éviter d'agiter trop vigoureusement la solution au contact de l'air. La solution se trouble par le *chauffage*. (Leredde).

Il suffit donc de verser le contenu de l'ampoule dans la quantité voulue d'eau froide (1 c. à la temp. de la chambre) *distillée et stérilisée le jour même* de l'injection. De façon générale, on se sert de 15 centimètres cubes environ d'eau distillée pour 0 gr. 10 centig. de 914. Le Néo-Salvarsan se dissout très rapidement, et est prêt à être injecté tel quel.

Cette technique très simple qui permet d'injecter le sel immédiatement dissous dans l'eau, sans l'intermédiaire d'aucune manipulation, et d'une neutralité parfaite, comporte deux avantages; le premier, de simplifier pour le praticien une technique dont la complexité ancienne l'effrayait un peu; le second, beaucoup plus important à notre sens, de supprimer vraisemblablement, par l'abandon de la soude, les accidents qu'a trop souvent déterminés une alcalinité insuffisante. (Hudelo).

Sans vouloir porter un jugement trop hâtif, et conclure avec trop d'enthousiasme, nous ne pouvons pas cependant nous empêcher de constater les progrès immenses accomplis dans la lutte contre la vérole, depuis la découverte d'Erlich, nous croyons que le Néo-Salvarsan est une amélioration sur le Salvarsan déjà merveilleux, et nous ne pensons pas impossible que la syphilis ait

disparu dans 40 ou 50 ans, et devienne peu à peu comme la lèpre, un objet de curiosité dans les pays civilisés.

Avec Leredde, nous répétons que ce progrès social exige que les syphiligraphes tiennent les médecins au courant des résultats obtenus avec la nouvelle thérapeutique antisiphilitique, afin que ceux-ci puissent faire bénéficier leurs malades le mieux et le plus tôt possible.

C'est pour cela que nous ne regrettons, ni le temps qu'a comporté ce travail, ni les discussions qu'il pourrait soulever.

Docteur G. ARCHAMBAULT,
Dermatologiste de l'Institut Bruchesi.
Assistant-dermatologiste de l'Hôpital N.-Dame.

REVUE GENERALE

APPENDICITE (1)

On peut schématiquement distinguer quatre formes d'appendicite :

1^o *Colique appendiculaire*, caractérisée exclusivement par une douleur vive, survenant brusquement dans la fosse iliaque droite, ne s'accompagnant pas de fièvre (ou s'accompagnant d'une légère élévation thermique qui passe d'ordinaire inaperçue) et cessant au bout de quelques heures. On observe souvent (mais pas toujours) des vomissements et de la constipation. A l'examen, on constate que le point maximum de la douleur est au niveau du point de Mac Burney (sur le milieu de la ligne unissant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic).

2^o *Appendicite avec périappendicite plastique*. — L'inflammation a dépassé l'appendice et gagné le péritoine voisin, d'où production d'adhérences. Le palper permet de constater la présence d'un empâtement dans la fosse iliaque droite. Le maximum de la douleur provoquée par la pression est au point de Mac Burney. Il existe de la fièvre.

(1) Du formulaire des Consultations médico-chirurgicales de Lemoine et Girard, chez Vigot Frères, éditeurs à Paris.

Les phénomènes douloureux et fébriles entrent d'ordinaire en régression au bout d'un ou de plusieurs jours. S'ils persistent après le cinquième ou le sixième jour, il faut craindre le développement d'un abcès périappendiculaire.

3° *Appendicite et périappendicite suppurée (abcès de la fosse iliaque)*. — Le début est le même que dans le cas précédent. La fièvre, les douleurs, l'empâtement iliaque persistent. Le pus se résorbe exceptionnellement. Si on ne lui donne pas une issue, il se fait jour soit au dehors, soit dans l'intestin, la vessie, le péritoine. Ne pas attendre, pour assurer la présence du pus, l'apparition de la fluctuation, qui est toujours tardive en raison de la profondeur de la collection.

4° *Appendicite et péritonite généralisée*. — Cette péritonite généralisée se développe d'emblée (par perforation de l'appendice ou par propagation de l'infection du péritoine à travers les parois appendiculaires) ou secondairement à un abcès périappendiculaire qui s'ouvre dans le péritoine. La douleur est généralisée à tout l'abdomen; la température est un peu au-dessus de la moyenne; le pouls est rapide et non concordant avec la température; la respiration est rapide.

Suivant que le péritoine réagit ou qu'il réagit peu et absorbe les toxines microbiennes le tableau clinique varie. Dans le premier cas (péritonite) existent un ballonnement du ventre, des vomissements, des douleurs plus ou moins vives. Dans le second cas (septicémie péritonéale), les phénomènes locaux sont peu marqués; ce sont les phénomènes d'intoxication qui prédominent: le pouls est très rapide et filant, la respiration est accélérée, les urines sont rares, le malade est agité, les douleurs sont peu accentuées, le ventre est plat.

Il n'est pas inutile de faire remarquer que l'appendicite débute parfois sous la forme d'une péritonite généralisée avec douleurs dans tout le ventre; les phénomènes tendent alors, au bout de quelques heures, à se localiser dans la fosse iliaque droite.

Le pronostic de l'affection diffère suivant la forme. Il est fatal en cas de septicémie péritonéale. On se rappellera l'impossibilité d'établir d'une façon fixe le pronostic d'une appendicite même en apparence très bénigne, qui, à un certain moment, peut prendre brusquement une évolution maligne.

La crise aiguë passée, tous les troubles peuvent disparaître; mais le malade est exposé à de nouvelles crises plus ou moins violentes que la première. Ou bien des phénomènes douloureux ou de la tuméfaction persistent dans la fosse iliaque et témoignent que l'infection appendiculaire n'est pas complètement éteinte et se réchauffera certainement.

TRAITEMENT : Mettre le malade et son intestin au repos, telle est l'indication principale à remplir dans toutes les formes de l'appendicite. Donc, ni lavements, ni purgatifs. Repos absolu dans le décubitus dorsal, avec un sac de glace sur le ventre (le sac étant séparé de la peau par une ou deux épaisseurs de flanelle). Diète absolue, sauf absorption d'une cuillerée à café ou à soupe d'eau stérilisée toutes les demi-heures ou toutes les heures. Au besoin, injections sous-cutanées de sérum pour apaiser la soif. Administration d'opium en pilules (10 à 20 centigrammes par jour chez l'adulte).

Surveiller de très près et plusieurs fois par jour le malade au point de vue température, poids, respiration, siège de la douleur. Au moindre signe permettant de croire à la généralisation de l'affection, intervenir pour évacuer le pus, drainer la poche ou la grande cavité péritonéale et, au besoin, enlever l'appendice. L'opération systématique et précoce a des partisans, mais ne semble pas à conseiller.

En cas d'appendicite chronique ou récidivante, la résection de l'appendice doit être faite "à froid", en dehors des crises, et après avoir laissé écouler six semaines au moins après la dernière.

A PROPOS DES MEDECINS EXPERTS

Nous reproduisons du "Bulletin de la Société de Médecine Légale de France," l'allocution de M. Lacassagne *sur les médecins experts*, allocution prononcée à l'ouverture du deuxième congrès de Médecine Légale de langue française, tenu à Paris le 20 mai 1912, M. Lacassagne étant président.

Nos lecteurs y trouveront un certain nombre de remarques qui, en même temps que très justes, viennent fort à propos pour servir de guide à ceux qui, dans cette Province, s'occupent actuellement de la réorganisation de notre système médico-légal.

M. Lacassagne est à la fois professeur de médecine légale à l'Université de Lyon et médecin expert près des tribunaux de cette même ville, de sorte que si ses récriminations et ses critiques ont, comme il dit lui-même, pour excuse une longue pratique et aussi son âge avancé, elles sont pour tous et elles devraient être pour nous en particulier, un véritable enseignement et ainsi nous encourager dans la poursuite des réformes si nécessaires à accomplir dans le même sens chez nous.

Personne niera que nos besoins soient les mêmes que ceux qu'il expose ; *bien plus, nous croupissons bêtement dans une routine moyennâgeuse au grand détriment des intérêts de la justice et de notre propre réputation.*

Le " Collège des Médecins et Chirurgiens " de cette Province, sous l'impulsion donnée par la " Société Médicale " et le " Conseil du Barreau " de cette ville, vient de prendre en mains la question de la nomination d'experts près des tribunaux et de la création de laboratoires nécessaires aux travaux d'expertise. Nous l'en félicitons et surtout nous espérons qu'il aura le courage d'aller jusqu'au bout.

A part d'être le corps le plus qualifié, il est le seul qui dispose de tous les moyens nécessaires pour mener à bonne fin une telle réforme. Que, pour l'honneur de notre profession, au nom du progrès scientifique, dans l'intérêt de la justice devant laquelle chacun de nous est exposé à comparaître, il exige de la législature une modification complète de la loi, et qu'ensuite il n'approuve que le choix d'experts qualifiés, c'est-à-dire, pondérés, instruits et probes, comme dit M. Lacassagne, il aura accompli une œuvre non seulement utile, mais urgente, et mérité la reconnaissance de tous.

Compte rendu du deuxième congrès de médecine légale de langue française

Paris, 20-22 mai 1912.

Le second Congrès de Médecine légale de langue française s'est ouvert le lundi 20 mai 1912, à neuf heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de M. le professeur Lacassagne (de Lyon), qui a prononcé l'allocution suivante :

*Allocution de M. LACASSAGNE, président, sur les
médecins experts.*

Mes chers Collègues,

Notre président de l'an dernier a eu l'heureuse idée d'ouvrir le premier Congrès de médecine légale par une allocution et non par un discours. Il a indiqué la nécessité de procéder en tout simplement, sans appareil. Je ferai comme lui et me garderai d'être long.

Je désire simplement souhaiter la bienvenue à tous les congressistes; j'ai plaisir à revoir des visages connus. Je compte des amis, je distingue d'excellents confrères de Paris ou de province, et je remarque les collègues de Belgique ou de Suisse dont la présence nous est si agréable.

Je suis même étonné de ce grand nombre d'adhérents, mais ce qui me surprend moins, c'est de constater la satisfaction que vous paraissez éprouver à vous trouver réunis.

Nous avons plaisir à nous revoir ou à faire connaissance, échangeant des idées sur la situation qui est faite à l'expert médical, espérant des améliorations dont bénéficieront en même temps la science, la pratique médico-légale, et par-dessus tout, l'administration de la justice.

Le médecin expert doit être un esprit cultivé, au jugement droit ayant fait de bonnes études antérieures, curieux et chercheur, d'une grande activité, avec une certaine bonté naturelle.

Selon la devise d'un grand maître: il faut en savoir trop sur chaque chose pour en savoir assez. Mais, outre ces connaissances scientifiques, l'expert a dû se familiariser avec la pratique technique et leurs méthodes perfectibles et modifiables. La médecine légale vit surtout d'emprunts et se base sur des règles et procédés concernant l'application de sciences telles que la physique, la chimie, la biologie, aux recherches prescrites par la justice.

L'erreur de grand nombre de gens est de croire que l'expert devant tout savoir peut être consulté sur les choses connues et même sur d'autres.

On a dit, depuis longtemps, que la trinité des qualités fondamentales du médecin légiste étaient: le bon sens, l'instruction, la probité.

Pour le bon sens, il n'est pas comme le discernement, dont parle

La Bruyère, ce qu'il y a de plus rare, au monde, après les diamants et les perles. Il faut surtout que le médecin expert soit pondéré, sachant douter, ayant pour guide la raison et la science, ces deux maîtres de notre conscience.

Plusieurs conditions sont nécessaires à réaliser pour avoir de bons experts : le recrutement, les honoraires, le nombre et l'utilisation des experts désignés pour chaque cour ou tribunal.

Pendant notre Congrès, l'occasion se présentera d'étudier chacune de ces conditions. Je n'insiste pas et résume : il faut constituer une profession qui permette de vivre, mais non une charge à exploiter ou un apanage.

Les difficultés actuelles de la situation des médecins experts tiennent à des causes provenant du milieu social : le besoin d'économies, les influences politiques, l'état d'esprit de certains magistrats.

Le budget de la justice n'a pas l'ampleur de ceux de la guerre ou de la marine, et ce sont d'ailleurs les ministères les moins bien dotés qui sont obligés de faire le plus d'économies.

Les médecins experts ne l'ignorent pas. Autrefois, dans les affaires importantes, deux experts étaient reconnus nécessaires. De nos jours, un seul suffit pour les autopsies et autres recherches dans les cas de meurtres ou d'assassinats. Deux ou trois sont parfois requis dans des examens d'état mental.

Un substitut au tribunal de la Seine disait à un expert qui lui annonçait un cas probable d'empoisonnement : il faudrait désigner un expert chimiste — ce serait une dépense de quelques centaines de francs — nous ne pouvons faire de pareils frais.

Il est certain que pour cette raison ou une autre, il y a fort peu d'empoisonneurs jugés. Mais il faudrait savoir s'il n'existe pas des empoisonnés ?

D'ailleurs, il en est à peu près de même pour les cas de morts subites, d'accidents sur la voie publique suivis de mort ; on se contente d'une levée de corps, sans contrôle d'autopsie. Les municipalités suivent cette indication et les autopsies sont devenues moins nombreuses.

Quelques mots sur les influences politiques. Les relations avec un parlementaire sont utiles, m'a-t-on dit, pour l'inscription sur les listes des experts au criminel ou des experts spécialisés.

Il paraît même qu'en certains endroits, je n'ose y croire, il im-

porte d'avoir une couleur tranchée : être jésuite ou franc-maçon, fréquenter les offices ou faire partie d'un comité électoral. Je connais beaucoup d'entre nous qui, à ces conditions, préfèrent rester inoccupés.

Je passe à la troisième difficulté. Il est de certains juges comme de quelques chefs militaires : ils emploient les médecins parce qu'ils ne peuvent pas faire autrement, et souvent sans reconnaître à leur juste valeur les services que peuvent rendre les "hommes de l'art." De là désaccords, froissements, puis incompatibilité d'humeurs.

Un expert qui croyait avoir le droit de donner des conseils à l'inculpé d'un département voisin, condamné en correctionnelle et allant en appel, ou même de collaborer à la défense d'un accusé de crime capital en montrant les erreurs commises, s'aperçut plus tard de la froideur ou de la réserve dont il était l'objet. Un de ses amis en demanda la raison en haut lieu.

On lui répondit : cet expert n'est pas assez "parquetier", il s'emploie à trop de besognes, nous voulons d'un expert exclusivement à notre service.

Les médecins experts vivent, comme le souhaitait Nietzsche, c'est-à-dire dangereusement. Sans sécurité pour l'avenir, la disgrâce étant toujours imminente. C'est une loi de nature : on fait bon marché de l'utilité d'un homme si facilement remplaçable.

Nous désirons surtout que la magistrature comprenne ainsi notre collaboration et, sans exagérer l'importance de celle-ci, nous accorde au moins que nous sommes le levain des causes étayées par une démonstration scientifique.

Je connais une Faculté de médecine où jusqu'en 1900 le service pratique de la médecine légale fonctionnait d'une façon suffisante : il y avait par an de 80 à 100 autopsies pratiquées devant les élèves.

Depuis quelques années, les expertises criminelles étant devenues l'apanage d'un seul médecin, il n'y a plus que quatre ou cinq autopsies servant à l'enseignement.

Je vous le demande : en vérité, croit-on que dans ces conditions, l'instruction médico-légale pratique soit suffisante ! Plus tard, ces élèves, devenus des experts, pourront-ils rendre à la Justice

les services qu'elle leur demandera ? Voilà, cependant, une des conséquences du monopole.

Le public, les parlementaires, ne connaissent pas la situation qui nous est faite.

Jusqu'ici, les médecins légistes tombés en disgrâce se sont tus. Quelques-uns ont réclamé aux autorités supérieures, premier président, procureur général, qui ont répondu : nous ne pouvons rien ; procureurs ou juges d'instruction n'ont, à recevoir, sur ce point, ni conseils, ni ordres ; ils apprécient, selon leur conscience, l'expert qui leur paraît le meilleur, celui en lequel ils ont confiance et n'ont pas à motiver leur choix.

Comment comprendre alors que dans une grande ville, où procureur, substituts, juges d'instruction, se renouvellent parfois, les nouveaux arrivants adoptent de suite la tradition qui se transmet comme un mot d'ordre ?

Pourquoi sur la liste des experts au criminel dressée annuellement par la Cour, en chambre du conseil, on inscrit trois ou quatre noms, alors qu'un seul de ces experts est employé. N'est-il pas contraire à l'instruction des élèves que le professeur de médecine légale, inscrit sur la liste, ne soit cependant jamais requis.

Cette liste est affichée dans les commissariats, avec une note complémentaire spécifiant que, dans tous les cas, il faut d'abord requérir M. l'expert un tel.

Les ministres eux-mêmes ont donné de belles promesses, mais ne se sont pas occupés de modifier un état de choses qu'ils avaient déclaré défectueux.

Le 30 juin 1899, la Chambre des Députés a adopté la résolution suivante : " La Chambre invite M. le Ministre de l'Instruction publique à réorganiser l'enseignement de la médecine légale dans les Facultés, sur des bases plus larges que celles qui régissent actuellement cet enseignement."

A la séance de la Chambre, le 29 octobre 1903, M. Cazeneuve revient sur cette question. Il montre au Ministre qu'en conséquence de la résolution prise par la Chambre en 1899, des rapports ont été rédigés, les Facultés ont exprimé des vœux ; amis, depuis lors, la question n'a pas fait un pas.

M. le Ministre répond : " En effet, dans certaines villes, on semble ignorer qu'il existe dans les Facultés de médecine, des professeurs de médecine légale. Par suite, les occasions d'exercer

leur profession ne sont pas, semble-t-il, données à ces professeurs à qui manque ainsi la matière nécessaire à leur enseignement. Je veux donner à M. Cazeneuve l'assurance que je m'entendrai avec M. le Garde des Sceaux et qu'il sera, j'en suis convaincu — je prends cet engagement pour lui — par avance — d'accord avec moi pour adresser une circulaire à tous les procureurs généraux afin de donner à la question une solution conforme à celle que désire M. Cazeneuve.”

A la séance du lendemain, M. Cazeneuve dit : “ Sur l'assurance très nette que M. le Ministre, dans sa vigilance, a bien voulu me donner d'une entente avec M. le Garde des Sceaux afin de fournir aux professeurs de médecine légale les matériaux nécessaires, je retire mon projet de résolution qui n'a plus de raison d'être.”

Depuis quatre ans, on n'a plus au parlement traité cette question. Les bureaux de la Chancellerie ou de l'Instruction publique n'ont rien fait pour modifier la situation toujours existante.

En résumé les pouvoirs publics ne se préoccupent pas plus de donner aux étudiants une instruction médico-légale suffisante que d'améliorer la position des médecins experts.

Pourquoi, dira-t-on, ces vaines récriminations et ces reproches inutiles ?

Votre président a pour excuse une longue pratique et aussi son âge avancé.

J'ai la conviction, après avoir beaucoup vu, appris et retenu qu'il importe aux magistrats d'avoir pour aides de bons experts : ce sont leurs auxiliaires les plus utiles. Tout ce qui sera fait pour améliorer leur situation matérielle et morale profitera au fonctionnement de la Justice.

Mais quand cela arrivera-t-il ?

Lord Chesterfield, causant un jour avec Montesquieu de la promptitude des Français pour les révolutions et de leur impatience pour les lentes réformes, disait cette phrase qui est comme un raccourci de l'histoire de notre pays : “ Vous autres Français, vous savez faire des barricades, mais vous n'élèverez jamais des barrières.”

Je termine en vous rappelant ce que Démosthène répondit à celui qui lui demandait quel est le premier point de l'art oratoire : L'Action.

Et le second? L'Action. Et le troisième? L'Action.

Faisons de même, Messieurs et chers collègues, agissons, ne cessons d'agir, c'est-à-dire de travailler.

Le reste viendra par surcroît !

EXPERT.

NOUVELLES

L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANCAISE D'EUROPE VIENDRA A MONTREAL EN 1916

La maladie grave de notre président le professeur Hervieux l'a empêché de se rendre au Congrès des Médecins de langue française, à Paris le 13 octobre, comme il en avait reçu l'invitation.

C'est donc à grand regret qu'il a été forcé de s'abstenir. Mais il avait chargé le Dr Jean Décarie, représentant officiel de l'Association, de l'Université Laval, et de la ville de Montréal, de porter à nos frères de là-bas l'invitation officielle de ces trois corps importants: de venir à Montréal en 1916 tenir leur Congrès officiel.

Nous avons des amis là-bas à qui nous avons écrit, nous avons un représentant habile dans la personne de notre ami Décarie. Nous espérons dans le succès de sa mission.

De fait, nous avons obtenu un très grand succès, car, quelques jours avant son départ le professeur Hervieux recevait du professeur Chauffard, président du Congrès français, le câblegramme suivant:

Paris Oct 17-12

Prof. Hervieux Quatre cent quatre vingt dix Rue Saint-Denis, Montréal.

Le treizième congrès français de médecine dans séance générale de clôture envoie professeur Hervieux avec ses souhaits guérison, l'expression de sa très vive sympathie. Il déclare en principe que la session mil neuf cent seize se tiendra à Montréal et émet le vœu que des liens étroits unissent l'Association des médecins de langue française à l'Association similaire des médecins de l'Amérique du Nord.

Le Président, Chauffard 543 am. .

Donc dans trois ans nous aurons le très grand honneur de recevoir nos amis et Maîtres de là-bas. Nous allons nous y préparer afin de les recevoir dignement.

D'ici là, nos laboratoires seront en pleine activité, fournissant à la clinique tous les matériaux dont elle a été privée pendant trop longtemps, et nous permettant de faire des travaux qui offriront de l'intérêt.

D'ailleurs, ces congrès sont plutôt des réunions où les savants échangent leurs idées entre eux, des revues synthétiques de certaines questions médico-chirurgicales, que des tribunes du haut desquelles on rend des oracles... Le succès de ces grandes réunions repose dans une bonne organisation. Nous pouvons la faire.

Notre ami et directeur, le professeur Hervieux a quitté Montréal le 23 octobre pour Paris où il est en ce moment.

Après une maladie grave durant laquelle son stoïcisme n'a eu d'égal que le dévouement de ses parents et amis, il avait besoin d'un repos.

Il a cru qu'il ne pouvait mieux employer ses loisirs qu'en allant là-bas travailler dans les intérêts des deux associations médicales françaises. Il consolidera les liens qui existent depuis longtemps et il préparera les voies pour le prochain congrès, en 1916.

Il saura plaire par sa franche bonhomie; il saura en imposer par son savoir; il saura convaincre par son élocution à la fois nette et facile.

Nos vœux l'accompagnent.

LA DIRECTION.

LES LABORATOIRES DE LA FACULTE DE MEDECINE LAVAL A MONTREAL

Nous apprenons avec un très vif plaisir que les salles de cours de la Faculté de Médecine de notre université canadienne-française ont subi toute une transformation. D'ici quelques semaines, l'installation des laboratoires de bactériologie, de chimie pratique, de physiologie, d'histologie, d'anatomie pathologique et de médecine légale sera terminée.

C'est dire que dorénavant, une large part des études sera consacrée à l'enseignement pratique; les élèves auront ainsi toute la facilité voulue de graver dans leur esprit les leçons reçues aux cours théoriques. Mais, cette installation des laboratoires présente un autre intérêt; elle permettra aux professeurs de faire des études expérimentales suivies, d'exécuter pour le bénéfice de leurs élèves et de la profession médicale, des recherches médicales et scientifiques; enfin ces laboratoires seront outillés de façon à pouvoir y parfaire tout travail d'expertise que l'on voudra bien confier à ceux qui sont préposés à leur direction.

Lorsque les travaux seront terminés, l'occasion serait propice pour faire une inauguration solennelle de ces laboratoires. La chose se fera-t-elle? c'est fort possible. Dans ce temps nous reviendrons plus en détail sur cette question. Pour aujourd'hui, qu'il suffise d'ajouter que la Faculté de Médecine vient de faire un grand pas en avant. Nous ne doutons pas que la profession médicale, le grand public, les autorités municipales et provinciales sauront apprécier le zèle que la Faculté déploie présentement et reconnaître les lourds sacrifices qu'elle s'impose pour doter notre Université Laval de Montréal d'un enseignement médical pouvant rivaliser avec celui des autres Universités Canadiennes.

PROGRÈS.

INSTITUT BRUCHESI, A MONTREAL

Premier rapport annuel.

Nous avons reçu et lu avec attention le premier rapport annuel publié par l'Institut Bruchési. Cette première année a été des plus fructueuse et a servi à gagner bien des sympathies, et à vaincre bien des résistances à cette œuvre autituberculeuse.

Fondée dans un but charitable, cette œuvre s'est présentée l'an dernier d'une façon inaccoutumée chez nous où, tout se fait tantôt à la *lalaïque!* tantôt à la *religieuse!* Cette fois c'est l'un et l'autre de ces deux éléments qui se donnent la main et s'entendent pour réaliser d'un seul coup, et presque en un jour, une œuvre qui, d'habitude, provoque beaucoup d'hésitation et demande beaucoup de temps.

Le rapport a raison de dire qu'à l'Institut Bruchesi, chacun est à sa place et que chacun fait bien ce qu'il sait faire le mieux.

Nous voyons parmi les directeurs des citoyens très connus dans le monde des affaires. Ne sont-ils pas, en effet, les mieux qualifiés pour donner de très sages conseils au point de vue administratif ? Nous avons, à ce propos, beaucoup à faire avant d'égaliser le dévouement des hommes d'affaire d'origine anglaise qui ambitionnent tout autant un siège dans le bureau de direction d'une œuvre de charité qu'un siège dans le bureau de direction d'une banque. Ce n'est pas seulement question de tempérament ou de nationalité ; non, cela tient beaucoup plus au fait que les laïques anglais ont toujours été et sont encore *obligés d'en agir ainsi* ; autrement personne ne le ferait pour eux. Chez nous nous avons toujours compté par habitude sur les Religieuses et les Religieux pour l'entretien de nos œuvres de charité !

Et c'est là notre plus grand tort !

Nous avons hôpitaux et hospices, etc, pour nos besoins sans y contribuer autrement que par quelques sous aux époques des bazars, etc.

Mais l'accroissement rapide de notre population nous a vite conduit à une gêne dont nous souffrons actuellement. Nous sommes bien logés dans nos églises et nos écoles sont suffisantes pour tous nos enfants, mais nous sommes incapables, personne ne le niera, de faire face à tous nos besoins hospitaliers !

Nos malades vivent de la charité des autres !!

Nous disons *nos malades* ! parce que c'est dans le domaine hospitalier surtout que nous sommes insuffisants.

Retranchées chez elles les Religieuses sont désolées de voir l'apathie de leurs compatriotes pour le soutien de leurs œuvres chargées d'obligations de toutes sortes, alors que les laïques regardent d'un œil indifférent ces grandes maisons qu'ils n'ont jamais visitées, qu'ils considèrent seulement comme des propriétés de grande valeur immobilière sans se soucier de ce qui s'y fait ou de ce que ça coûte pour leur entretien, et enfin, d'où vient l'argent nécessaire à tout besoin ! *Et l'on se boude !!* Les Sœurs ne peuvent ni ne veulent faire plus, pendant que les laïques persistent à croire qu'Elles entassent des écus et n'ont pas besoin de leur assistance.

Ah! si les laïques visitaient les maisons tenues par nos communautés! Ah! si nos Religieuses publiaient un rapport annuel de toutes leurs maisons, avec les plus grands détails sur leurs œuvres, leurs revenus, et *toutes leurs dépenses!*

Les malentendus disparaîtraient et nous progresserions bien vite! Mais voilà, les Religieuses, d'une part, persistent à croire que c'est par mauvaise volonté et non parce qu'elles ne publient pas de rapports annuels que nous les abandonnons; les laïques, d'autre part, affirment que les Sœurs aiment mieux ne rien dire de leurs œuvres ni dévoiler leurs revenus parce qu'elles sont riches!

Puis, tout naturellement, nos Sœurs *vont ailleurs*, où elles sont bien accueillies par les anglais et protestants des Etats-Unis.

C'est l'histoire des Sœurs de la Providence qui ont soixante-dix maisons considérables chez les américaines. Elles n'ont pas besoin de quêter pour leurs œuvres chez nos voisins, car les municipalités contribuent à l'entretien de leurs pauvres en subventionnant les institutions qui les reçoivent.

Les Sœurs Grises et les autres Religieuses ont fait, et font encore, la même chose! Tant pis pour nous! C'est la preuve d'une pauvre mentalité et d'une organisation nationale bien triste que cette obligatoire et continuelle exode de nos Sœurs vers l'étranger alors que nous en avons tant besoin chez nous!

Quand comprendrons-nous ?

C'est contre ce déplorable état de choses que les fondateurs de l'Institut Bruchési ont voulu protester et nous les en félicitons très cordialement!

A l'Institut Bruchési les Sœurs font des prodiges de charité; elles donnent le local et accordent à l'œuvre toutes les Sœurs gardes-malades nécessaires; et tout cela gratuitement! Gratuitement aussi, les médecins se dévouent à cette œuvre antituberculeuse. M. le Dr Eug. Grenier, le dévoué directeur général du Dispensaire a bien fait d'établir en chiffres ronds le travail de ses collègues. L'assistance des médecins dans nos hôpitaux n'est pas généralement appréciée à sa valeur; et ce calcul du Dr Grenier ouvrira peut-être les yeux et la bourse de nos riches pour une œuvre à laquelle se dévouent tant de bonnes volontés!

A l'Institut Bruchési ce sont les laïques *qui quêtent* auprès du public, et de nos gouvernements.

Ils ont même eu plus de succès qu'ils n'en attendaient. Nous savons que l'Institut Bruchési est aimé du Public qui trouve excellente cette collaboration de l'élément laïque et de l'élément religieux pour faire le bien.

Souhaitons que cette institution trouve des imitateurs partout. Que les laïques soient convaincus que les Sœurs sont prêtes à faire tout ce qu'on leur demandera *si on veut les aider!*

Ce qui nous amène à dire qu'il est temps que la charité s'organise chez notre Province, il faut, et le plus tôt possible, que chez nous le tuberculeux pauvre, curable ou incurable, reçoive du secours tout comme l'aliéné et le malade de variole, de scarlatine, de diphtérie et de rougeole.

Nous ne voulons pas chicaner nos gouvernements pour le soin qu'ils prennent des criminels et des aliénés; ils s'en occupent depuis longtemps parce que depuis longtemps ils ont été priés de le faire.

Montréal traite bien les petits malades contagieux depuis quelques années, uniquement parce que, les citoyens l'ont demandé. Pourquoi, alors ne pas exiger la même attention pour *tous les malades pauvres?* Nous l'obtiendrons sûrement puisque partout ailleurs, aux Etats-Unis comme dans nos Provinces de l'Ouest, les œuvres de Charité sont subventionnées par les autorités publiques.

Nous avons même hâte de féliciter notre Gouvernement Provincial et nos conseils de municipalités puisque cette tâche nouvelle leur sera moins onéreuse que pour les autres gouvernements grâce au concours de nos congrégations religieuses.

Nous félicitons sincèrement les Religieuses de La Providence du beau travail qu'elles ont entrepris. Nous croyons comme plusieurs, que la lutte antituberculeuse sera, avant longtemps leur œuvre principale. Elles ont donné une grande preuve de confiance à leurs compatriotes qui les aiment davantage! Souhaitons qu'elles soient encore les premières à pousser plus loin cette confiance en nous, en publiant bientôt un rapport détaillé de toutes leurs institutions. Nous les connaissons mieux et notre concours empresse à toutes leurs œuvres ne tardera pas à leur prouver toute notre sincérité.

L'Institut Bruchési offre un champ d'observation et d'étude considérable. Les médecins qui ont la tâche ardue d'observer chaque jour les malades qui se présentent à cette clinique sont les premiers à bénéficier du fruit de leurs travaux.

Pourquoi ne pas profiter de ce milieu scientifique pour faire de l'enseignement universitaire ?

Nos élèves en médecine trouveraient là toutes les variétés de formes de tuberculose depuis les prédisposés jusqu'aux phthisiques avancés. L'élève de cinquième, par exemple, se familiariserait avec le système de fiches, les soins apportés par nos médecins et nos Religieuses gardes-malades dans l'étude des causes adjuvantes de la tuberculose : habitations malsaines, métiers dangereux, alcoolisme, surmenage, misère, etc. Ils se perfectionneraient dans l'auscultation des poumons. Nos médecins de demain deviendraient des hygiénistes renseignés.

Nous croyons que cet enseignement clinique deviendrait très apprécié des élèves.

Les autorités de l'Institut Bruchési seraient, croyons-nous, favorables à un tel enseignement puisqu'il aurait pour but, et mieux encore, pour résultat une lutte antituberculeuse plus active faite par des médecins mieux avisés.

L'Ecole de Médecine peut réaliser ce progrès et le consacrer officiellement par la création d'une Chaire de Phthisiothérapie.

L'Université Laval de Québec a créé cette chaire sur la demande de Sir Lomer Gouin. Notre Ecole de Médecine suivra, espérons-le, cet exemple.

Le titulaire de cette chaire pourrait se charger de l'enseignement théorique des affections tuberculeuses des voies respiratoires, pour le compléter ensuite par la clinique au dispensaire de l'Institut Bruchési.

Cet intéressant rapport imprimé dans les deux langues nous a suggéré bien des idées et ouvert bien des horizons ; espérons que tout se localisera pour le plus grand bien des nôtres.

Nous souhaitons un succès toujours grandissant à l'œuvre antituberculeuse de l'Institut Bruchési.

INSTITUT BRUCHESI

BILAN DE DOUZE MOIS

Malades enregistrés..	2,550
Consultations..	14,480
Opérations chirurgicales..	143
Visites à domicile (médecins)..	152
Prescriptions..	21,779
Pansements..	264
Visites à domicile (religieuses)..	2,979
Crachoirs distribués..	1,371
Feuillets de littérature..	2,724
Conférences antituberculeuses avec projections..	38
Maisons visitées..	1,560
Oufs distribués..	136 doz.
Lait..	744 pintes
Repas gratuits..	54
Bols de potage..	164

Causes de la tuberculose chez les malades enregistrés.

Alcoolisme direct..	30
Hérédité alcoolique..	20
Infection familiale : Les malades couchent à deux dans..	75

Valeur des services donnés gratuitement par les 16 médecins de l'Institut.

2,550 premiers examens, à..	\$5.00	—	\$12,750.00
14,480 consultations, à..	1.00	—	14,480.00
142 visites à domicile, à..	2.00	—	284.00
143 opérations, à..	10.00	—	1,430.00
264 pansements, à..	0.50	—	132.00
38 conférences, à..	10.00	—	380.00

Total : \$29,456.00

Ces chiffres ont une éloquence qui nous dispense de faire des commentaires.

Révis.

POESIES

LA SAISON PREFEREE

Les matins de printemps ont des douceurs légères
Qui font que, si l'on aime, on croit qu'on est aimé,
Car on entend chanter, parmi les primevères,
Les fontaines d'avril et les oiseaux de mai.

J'aime les jours d'été dont l'aurore est si belle
Que la fleur s'illumine et que la feuille luit,
Et qu'on pense, tant leur clarté semble éternelle
Qu'ils n'auront pas de fin et qu'ils seront sans nuit.

Mais je préfère encor les rouges soirs d'automne
Dont la pourpre flamboie à l'horizon en feu,
Parce que notre cœur en sa cendre s'étonne
D'avoir été pareil à leur ardent adieu!

Henri de REGNIER.

ANALYSES

MEDECINE

Les poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique, par le Dr MARC, dans *Médecine Internationale*, mai 1912.

Maladie chronique par excellence, la tuberculose pulmonaire se prête difficilement à une étude d'ensemble. Aussi, tout en décrivant avec soin les lésions anatomiques et les signes cliniques, la plupart des auteurs sont-ils muets sur le mode d'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Laënnec cependant avait déjà indiqué que la tuberculose évolue par poussées successives séparées par des trêves. Peter, Hanot sont aussi de cet avis. F. Bezançon s'est attaché à démontrer que la marche chronique de la tuberculose est traversée par des périodes d'évolution aiguë, revêtant l'allure d'une maladie infectieuse, et à définir les caractères cliniques et biologiques de ces poussées évolutives. Son élève et collaborateur, H. de Brunel de Serbonnes, a réuni dans sa thèse toutes ces notions nouvelles et si importantes pour la clinique et la pathologie générale.

Les poussées évolutives semblent répondre à la dissémination de bacilles tuberculeux dans l'organisme et à la formation de nouvelles localisations du bacille. Elles s'accompagnent d'une série de réactions cycliques comparables à celles que l'on voit dans toutes les maladies infectieuses.

La courbe thermique est un des symptômes les plus importants. La fièvre manque rarement. Elle précède parfois l'apparition des signes locaux et généraux, pour tomber lorsque ces signes surviennent. On voit ainsi des poussées fébriles préhémoptoïques, ou bien des poussées fébriles prémenstruelles signalées par Turban, Sabourin, Krauss, Bezançon, Noncher, Mosny et Stern.

Les courbes thermiques possèdent trois caractères principaux; elles ont une allure oscillante d'aspect rémittent, une défervescence chronique, elles sont cycliques.

La rémittence est très connue; l'écart entre le matin et le soir est souvent d'un degré; parfois même la fièvre a le type intermittent avec des écarts plus considérables, déjà signalé par Weill; il ne faut pas confondre cette fièvre intermittente, analogue à la

fièvre du stade amphibole de la fièvre typhoïde, avec la fièvre hectique des caverneux.

La défervescence se fait en lysis extrêmement prolongé et le retour à la normale est imparfait, la température se maintenant indéfiniment entre 37° et $37^{\circ}5$, sans présenter d'hypothermie franche comme dans les autres maladies infectieuses. A cette période la température est encore rémittente, et de temps en temps surviennent des élévations thermiques brusques. Le retour à la normale est inconstant et très tardif.

Le cyclisme apparaît très net si l'observation est assez prolongée. Il se montre sous trois formes principales: dans un premier type, la fièvre ne dure que quelques jours; elle monte jusqu'à 39° ou 40° avec des rémittentes, puis tombe progressivement; il n'y a pas d'hypothermie consécutive. Cette fièvre correspond à une localisation pulmonaire extrêmement fugace et légère, et quelquefois même ne s'accompagne d'aucun signe pulmonaire.

Quand le tuberculeux est plus fortement atteint, la défervescence est plus lente. Souvent ces poussées sont suivies d'un état subfébrile prolongé.

Dans le deuxième type, l'élévation de température est plus durable, elle se maintient dix ou quinze jours autour de 39° , puis elle descend en lysis; ce type correspond à une localisation plus sérieuse sur le poulmon.

Les courbes du troisième type s'étendent sur un à quatre mois, ayant l'allure générale des courbes typhiques: ascension lente jusqu'à un maximum autour duquel la fièvre se maintient pendant longtemps, puis défervescence très lente, presque indéfinie; elle descend quelquefois en escalier; jamais elle n'est brusque; généralement la température reste toujours au-dessus de 37° . Dans cette courbe, on observe la fièvre intermittente surtout dans les poussées aiguës graves (pleurésies, spléno-pneumonies, pneumonies) et la fièvre irrégulière dans les poussées légères chez des tuberculeux cavitaires. Quelquefois la courbe représente une série de poussées successives, et dessine de grandes ondes. C'est la fièvre périodique signalée par Roussy, Hutinel, Mantoux.

Le début des poussées évolutives est marqué par un amaigrissement notable, puis à partir d'un certain moment le poids remonte, avant même que la température soit redevenue normale; quand la fièvre tombe, le poids remonte souvent avec rapidité.

On sait par **Marfan**, par **P. Teissier**, que les tuberculeux ont une pression artérielle basse, de 10 à 14 centimètres en moyenne ; d'après de **Serbonnes**, la pression s'abaisse au début d'une poussée, elle se relève à la fin.

Claret, **Nicolas**, **Ronsin**, **Micheleau** ont montré qu'après toute poussée de tuberculose, à une phase de rétention transitoire succède une phase de décharge chlorurée.

Généralement la poussée évolutive s'accompagne d'un accroissement de l'expectoration. Chez un malade qui expectorait déjà abondamment, on voit parfois les crachats devenir mousseux, ou bien visqueux et filants, ou bien jaune ambré et translucides ou encore prendre l'aspect typique du crachat pneumonique. Si le sujet n'expectorait pas auparavant, il aura d'abord des crachats mousseux et visqueux, puis des parcelles purulentes y apparaîtront, et enfin l'expectoration deviendra franchement purulente. Ce sera l'indice d'une fonte pulmonaire ou bien la purulence va se tarir et disparaître.

Au point de vue histologique, on rencontre, au début, des gouttelettes d'exsudat séro-albumineux, du mucus hyalin, des cellules alvéolaires, des polynucléaires intacts et une assez grande quantité de fibres élastiques (**Bezangon**, de **Jong** et **Braun**). Si la poussée guérit, le crachat prend le type de l'expectoration de bronchite simple. Si le poumon se nécrose, on trouve des réseaux altérés et des polynucléaires en dégénérescence pycnotique. La poussée s'accompagne de décharges bacillaires plus ou moins considérables.

Des hémotysies apparaissent fréquemment à l'occasion des poussées tuberculeuses ; elles doivent être distinguées de celles qui surviennent en dehors des périodes évolutives (**Bezangon** et **Weil**) ; ces dernières laissent après elles un état de santé parfait, tandis que les autres ont un mauvais pronostic.

Les poussées évolutives s'accompagnent généralement de signes physiques pulmonaires. Quelquefois ces symptômes sont tellement fugaces qu'ils passent inaperçus ; parfois même, il ne se produit rien, soit que la localisation bacillaire se fasse sur un autre viscère, soit qu'il n'y ait point de localisation, comme dans la typhobacillose de **Landouzy**.

Dans les formes pulmonaires de l'évolution tuberculeuse, on peut constater seulement quelques râles ronflants et sibilants au

sommet. Ou bien on entend des râles sous-crépitaux qui font croire à une lésion assez étendue, et le lendemain, sous l'influence du repos, ces râles ont disparu. Plus souvent, ils persistent pendant une quinzaine de jour; parfois ils s'accompagnent de souffle bronchique. Les signes de condensation pulmonaire sont exceptionnels dans les formes légères; ils indiquent une localisation plus profonde; on les trouve au sommet du poumon, à la base, ou dans la région juxta scissurale; ils se traduisent par de la matité, une augmentation des vibrations, un souffle tubaire modéré, des râles muqueux à moyennes et à petites bulles.

Parfois enfin, on observe des signes d'hépatisation. Sous le nom de pneumonie nécrosante, Sabourin a décrit une forme spéciale, caractérisée à la période d'état parce qu'elle impose l'idée d'une caverne tuberculeuse; cette pneumonie se termine tantôt par la guérison après plusieurs mois ou même plusieurs années, tantôt par la production de cavernes et la mort.

Les poussées pleuro-pulmonaires se traduisent lorsqu'elles sont légères par un point de côté, un peu de submatité, des frottements pleuraux, des râles crépitaux et un peu de retentissement de la voix. La pleuro-pneumonie est-elle plus intense, il peut persister pendant des mois un peu de souffle et un frottement pleural à timbre de cuir neuf.

La spléno-pneumonie de Grancher, la congestion pleuro-pulmonaire du type Potain, sont le plus souvent des formes évolutives de la tuberculose.

La poussée tuberculeuse à localisation pleurale seule, peut se traduire seulement par quelques frottements pleuraux avec un point de côté, ou bien par un très léger épanchement, ou encore par une pleurésie séro-fibrineuse typique.

La formule hémoleucocytaire subit des variations au cours de la poussée bacillaire. Au début, il se fait une hyperleucocytose modérée (8 à 12.000 leucocytes), avec une polynucléose légère (70 à 75 pour cent, rarement plus de 80 pour cent). Cette réaction a une courte durée. Bientôt s'installe une mononucléose progressive, allant jusqu'à 40 à 45 pour cent; le nombre des leucocytes retombe à la normale, et le chiffre des éosinophiles, qui n'avaient point disparu complètement au début de la poussée leucocytaire, s'élève, atteint 2 à 3 pour cent. A la fin de la poussée

de bacillose, il se fait une véritable éosinophilie de 3 à 6 pour cent, allant parfois jusqu'à 10 à 12 pour cent.

Ainsi la réaction leucocytaire de tuberculeux n'a rien de spécifique; elle ressemble à ce que l'on observe au cours de toute infection ou intoxication, à cette différence près que l'évolution des trois stades a une durée très longue, de plusieurs mois.

F. Bezançon et de Serbonnes ont fait une étude très complète des anticorps tuberculeux; de leurs études sur la réaction de fixation de précipitation, l'agglutination et la cutiréaction, ils concluent que ces réactions n'offrent qu'un intérêt médiocre au point de vue du diagnostic; seule la réaction de fixation s'est présentée comme probablement spécifique, car sur 15 malades cliniquement non tuberculeux aucun n'a présenté un sérum déviant le complément. Peut-être peut-on dire qu'un sujet qui a une réaction de fixation positive possède un foyer tuberculeux dans son organisme, mais on ne saurait dire où est ce foyer, ni s'il est éteint ou en activité; par conséquent la réaction n'a pas de valeur pratique pour le diagnostic ni le pronostic. Elle est seulement intéressante au point de vue théorique, car elle montre que les tuberculeux en voie d'amélioration ont une plus grande quantité de sensibilisatrices dans leur sérum, tandis qu'au moment des petites rechutes celles-ci disparaissent.

La réaction de précipitation donne un renseignement de même ordre; les précipitines augmentent dans le sérum des tuberculeux qui s'améliorent. La cutiréaction paraît sans valeur au point de vue du diagnostic; par contre, au point de vue pronostic une réaction intense est un indice favorable.

Cette notion des poussées évolutives montre combien est difficile le pronostic de la tuberculose. Pour se rendre compte de la gravité de la maladie, il faut tenir compte non seulement de la profondeur et de l'étendue de lésions pulmonaires, mais de l'évolution des symptômes locaux et généraux; la régression rapide des lésions pulmonaires, l'éloignement des poussées évolutives, la longueur des périodes de repos intercalaires sont des indices de bénignité relative.

Ce qui distingue la poussée évolutive bacillaire des autres infections connues, c'est que sa terminaison n'est pas marquée par une crise. Or celle-ci marque dans les infections l'apparition de

l'immunité passagère ou permanente. C'est dire que dans la tuberculose cette immunité s'ébauche mais ne se réalise pas, et qu'au moment où la poussée évolutive se termine le malade reste exposé aux dangers qui caractérisent la période prééritique. L'organisme ne triomphe du bacille tuberculeux que d'une façon incomplète; l'immunisation reste imparfaite. Et c'est là ce qui explique la reproduction de poussées évolutives.

De l'intoxication chloroformique tardive, par TELFORD, dans *La Presse Médicale*. Mercredi, 1er mars 1911.

Parmi toutes les lésions observées à l'autopsie de malades morts d'intoxication chloroformique tardive, c'est la dégénérescence graisseuse du foie qui est la plus fréquente. Le foie est augmenté de volume, d'une coloration jaune brillante et montre des foyers étendus de dégénérescence graisseuse du parenchyme. En présence de ces faits, on a émis l'hypothèse que ces lésions hépatiques étaient antérieures à l'emploi du chloroforme. Mais on peut objecter qu'il est invraisemblable que de si graves lésions qui surviennent sans symptômes cliniques, mènent la mort en trois à quatre jours.

L'auteur a observé un cas très caractéristique; au cours d'une gastro-entérostomie, l'inspection du foie montra un organe absolument normal. Environ trente-six heures après l'opération, apparurent des vomissements incessants, une accélération du pouls, du délire, une odeur acétonique de l'haleine; la mort survint dans le coma. A l'autopsie on trouva une dégénérescence graisseuse du foie et des reins.

Cette observation est intéressante parce qu'on put constater l'état du foie avant et après l'opération.

On a considéré l'intoxication chloroformique tardive comme une acidose aiguë et comparé les vomissements aux vomissements cycliques qu'on observe chez l'enfant au cours d'une intoxication acide aiguë. Malgré de nombreuses analogies, il existe entre les deux affections des différences essentielles: dans l'intoxication chloroformique tardive, le vomissement est incoercible et presque toujours mortel; au contraire, le pronostic du vomissement cy-

clique est plus bénin et on n'observe pas toujours la dégénérescence graisseuse du foie, même dans les cas terminés par la mort.

L'intoxication chloro-urmique tardive s'observe surtout après les opérations abdominales ou péritonéales, appendiculaires, par exemple. L'auteur conseille, dans ces cas, de s'abstenir du chloroforme et de le remplacer par du chlorure d'éthyle ou de l'éther.

CHIRURGIE

Sur le drainage en décubitus latéral dans les péritonites diffuses,
par WALTHER, dans *La Presse Médicale*, Mercredi, 12 avril, 1911.

L'auteur déclare qu'il a expérimenté depuis longtemps, dans le traitement post-opératoire des péritonites, la position assise de Fowler et Murphy. Il a constaté qu'elle assure bien l'assèchement de la grande cavité péritonéale, mais qu'en revanche elle laisse toujours dans le cul-de-sac pelvien un foyer en contre-bas et où peut s'accumuler une certaine quantité de liquide septique. Aussi le drainage parfait exige-t-il une contre-ouverture vaginale. De plus, M. Walther a rencontré dans l'emploi de la position de Fowler la difficulté suivante: c'est le retard forcément apporté à la mise en position déclive de l'opéré. Immédiatement après l'intervention, beaucoup d'opérés ne supportent pas d'être assis; ils pâlisent, ont des défaillances et on est obligé de les remettre à plat; par conséquent, pendant les premières heures, au moment où précisément le drainage des liquides septiques a peut-être le plus d'importance, il ne peut être assuré d'une façon permanente. Enfin, dans les laparotomies latérales, le drainage pelvien en position de Fowler est encore beaucoup moins bon.

Aussi, depuis quelques années, M. Walther s'est-il attaché à chercher un bon drainage qui pût convenir aux laparotomies latérales pour péritonite d'origine appendiculaire. Dans ce but, il fait une incision très en dehors, parallèlement à la crête iliaque; c'est le point déclive de la cavité abdominale lorsque le malade est couché sur le côté. Par cette incision sus-iliaque, il place un drain dans la fosse lombaire, un drain dans le Douglas, un troi-

sième drain transversal sous la paroi et alors il est frappant de voir avec quelle sûreté est complètement et constamment asséchée la cavité de drainage. D'autre part, l'opéré peut être immédiatement placé sans aucun inconvénient dans la position qu'il doit garder, car le décubitus latéral n'est pas pénible pour lui, quand il est bien calé dans cette position à l'aide de coussins.

En résumé, M. Walther estime que pour les péritonites d'origine pelvienne annexielle, la position de Fowler après laparotomie médiane constitue le meilleur drainage, à condition de faire une contre-ouverture vaginale. Dans les péritonites d'origine appendiculaire, au contraire, il préfère l'incision latérale droit unique, avec drainages multiples et décubitus latéral.

PÉDIATRIE

L'emploi des laits condensés chez le nourrisson, par M. E. AUSSET,
dans *Journal de Pédiatrie*. Juin 1912.

L'alimentation artificielle du nourrisson reste toujours le problème le plus complexe à résoudre, et il n'est pas de jour où le praticien ne se trouve arrêté par quelque enfant qui ne peut digérer le lait de vache ordinaire et pour lequel il doit se livrer à de multiples essais au grand dommage de la santé du petit malade. Quand on a la possibilité de procurer une nourrice au bébé, tout rentre le plus habituellement dans l'ordre et les faits viennent encore démontrer, ce que personne, je l'espère, n'ose contester, à savoir que rien ne peut valoir le lait de femme.

Mais il est des circonstances où l'allaitement naturel est impossible, et il faut bien s'ingénier à nourrir cet enfant, le plus souvent malade, il faut bien le dire, par des fautes initiales commises au début de la vie.

Il serait puéril de contester qu'avec de très grandes précautions et un bon lait on ne puisse parfaitement élever un enfant. Mais il est non moins certain que l'allaitement artificiel nécessite une très grande surveillance et doit être conduit avec la plus grande rigueur.

Or depuis quelques années, devant les difficultés qu'on éprouve parfois à trouver un bon lait de vache à un enfant, devant les

intolérances individuelles manifestées par certains nourrissons. On s'est ingénié à nous proposer des préparations diverses n'ayant du lait que le nom et la couleur, destinées, nous assurait-on, à suppléer victorieusement au sein déficient de la mère ou de la nourrice ; quelques-uns même n'ont pas craint d'affirmer que certaines de ces mixtures valaient le lait de la femme.

Les laits condensés, dont je désire vous entretenir aujourd'hui, ont été ainsi lancés à grand renfort de réclame. Je les ai essayés comme tout le monde, ayant l'habitude de n'avoir jamais d'opinion préconçue : je les ai essayés avec patience, assez longuement. D'autre part, il m'a été donné d'observer un certain nombre d'enfants qu'on m'amenait pour des troubles gastro-intestinaux et qui avaient pris du lait condensé sur le conseil d'autres confrères. C'est le résultat de ces observations que je viens exposer aujourd'hui. Ce résultat, loin d'être encourageant, m'a porté depuis déjà longtemps, non seulement à abandonner et à ne plus prescrire l'emploi de ces laits, mais encore à les déconseiller et à combattre très vivement l'administration chaque fois que je suis appelé à donner mon avis sur l'alimentation d'un bébé auquel on les avait prescrits auparavant.

Voici, en effet, ce que j'ai observé : le plus souvent le nourrisson nourri au lait condensé grossit avec une très grande rapidité. Sur vingt et un enfants que j'ai pu suivre (tous les autres n'ayant été vus que trop irrégulièrement), j'en note quatorze qui, nourris suivant les indications normales pour ces faits, augmentaient dans des proportions bien supérieures à celles que l'on observe chez des enfants au sein ou nourris au lait ordinaire stérilisé, sans suralimentation.

Voici, par exemple, l'histoire d'un bébé sevré à l'âge de 3 mois, pesant 4 kil. 900, et sur le conseil de son médecin, mis au lait condensé. On me le conduit à l'âge de 7 mois pour des troubles digestifs dont je parlerai tout à l'heure. Sur la courbe que me présente la mère, je vois à partir de 3 mois des moyennes de 40.45 grammes par jour et j'en note quelques-unes de 50 grammes. Il pèse à 7 mois 9 kil. 420 ; jusqu'à 5 mois, il a gagné un minimum de 280 grammes par semaine et souvent plus ; depuis 5 mois, il engraisse de 225 grammes par semaine en moyenne. On vient me consulter parce que la famille le trouve jaune, blafard, et parce

que depuis quelque temps il a perdu l'appétit, a constamment la langue chargée, l'haleine très odorante, et qu'il dort mal. Il est très constipé.

Je trouve un nourrisson très gras, aux chairs molles, flasques; le teint très pâle, la fontanelle antérieure encore très largement ouverte et très dépressible. Les selles sont très odorantes; les urines tachent les linges de cercles d'un jaune très foncé.

L'hygiène générale et alimentaire de cet enfant est cependant bien surveillée. Je me contente de supprimer le lait concentré et je conseille du lait bouilli tout simplement, mais très fortement écermé, après avoir mis l'enfant quelques jours à l'eau d'abord, puis au bouillon de légumes et lui avoir administré du calomel.

L'appétit revint rapidement. L'état général se modifia aussi très vite et les selles redevinrent plus faciles et plus homogènes.

Je crois tout à fait inutile de donner ici le détail des observations de mes petits malades. Elles se ressemblent toutes et j'ai noté chez tous ces enfants le type clinique que le professeur Marfan a si bien caractérisé en le dénommant *cachexie grasse*. Tous ces enfants font au début la joie de leurs parents et de tout l'entourage: ils sont gros, ils sont gras, quelques-uns sont presque obèses et jusqu'au jour où éclatent les accidents digestifs, la famille se réjouit d'avoir adopté ce lait condensé qui a si bien fait pousser son rejeton. Tout le monde est hypnotisé par la balance, le médecin aussi bien que les parents; on ne voit que la courbe de poids et on ne se rend pas compte que cet engraissement est plutôt malsain et conduit l'enfant au rachitisme et à des troubles digestifs qui seront dans leur pleine éclosion vers la fin de la première année et au cours de la seconde.

J'ai aussi parmi mes observations deux nourrissons atteints d'eczéma séborrhéique très intense. Alimentés avec du lait condensé d'après les prescriptions recommandées par ceux qui lancent ces laits, prescriptions rigoureusement suivies, ils présentaient aussi cet aspect de rachitiques florides que je signalais tout à l'heure. Chez ces deux malades, sans aucun traitement externe, en les nourrissant au lait de vache à peine bouilli, mais très largement écermé, j'eus la satisfaction de voir peu à peu s'atténuer puis disparaître l'eczéma.

Ainsi donc tous les enfants que j'ai observés, nourris au lait condensé, ont présenté le type clinique de l'enfant suralimenté

que nous connaissons tous. Cet aspect, nous l'observons quelquefois chez certains enfants nourris au lait de vache, bouilli ou stérilisé, mais je me hâte d'ajouter qu'avec le lait stérilisé on n'observe cette cachexie grasse que lorsque les règles de l'hygiène alimentaire ne sont pas suivies et lorsque les quantités données à l'enfant sont exagérées.

Avec les laits concentrés, les mêmes phénomènes morbides se produisent alors que des quantités tout à fait moyennes ont été données à l'enfant. Ils semblent bien liés ici à la nature, à la qualité de l'aliment plutôt qu'à la quantité administrée.

Au reste, je suis vraiment surpris de voir la tendance que certains auraient actuellement à adopter d'une manière générale et uniforme l'allaitement artificiel aux laits condensés. Le lait de vache stérilisé a-t-il donc manqué à ses promesses? N'avons-nous pas des laits stérilisés industriellement, des laits homogénéisés par exemple, pour ne citer que les meilleurs, qui nous ont toujours donné toute satisfaction? Et malheureusement nous devons dans certaines circonstances renoncer au sein pour nos bébés, allons-nous être condamnés à nous servir désormais de ces mixtures innombrables qui ressemblent plutôt à un pot de "ripolin" qu'à un flacon de lait? J'ai peine, pour ma part, à leur laisser le nom de lait, et comme le dit très bien M. Marfan dans son *Traité de l'Allaitement* (p. 450), "il n'est pas possible de faire servir le lait condensé à l'allaitement artificiel." Ou plutôt si : la chose est possible, puisque nous avons toujours la regrettable manie d'adopter d'enthousiasme tout ce qui nous vient de l'étranger; mais en revanche, c'est au grand détriment de la santé de nos petits enfants. Je dois ajouter que la plus grande partie des malades que j'ai observés avaient été orientés dans cette voie par les accoucheurs. Or, nos confrères accoucheurs qui assez souvent ne voient le bébé que pendant les tout premiers mois, n'assistent qu'aux belles journées du tableau clinique, à celles qui voient monter la courbe de poids, et ils sont alors fondés dans une certaine mesure à vanter l'excellence d'un produit qui donne de si bons effets. S'ils voyaient les enfants à un an, ou plus tard, ils changeraient peut-être d'avis.

Et puis, en fin de compte, il conviendrait d'en terminer une bonne fois avec cette tyrannie insupportable de la balance. Il semble vraiment que toute la santé de l'enfant réside dans la pro-

gression de son poids. Et pourtant que de nourrissons qui ne poussent que moyennement, faiblement même, et qui ont en revanche une santé générale parfaite; à côté d'autres, en revanche, qui grossissent sans cesse mais dont la peau, les urines, les selles, le sommeil, la langue et le caractère témoignent que tout est loin, très loin même de la perfection.

Sans négliger d'interroger l'accroissement pondéral de nos nourrissons, portons un peu plus notre attention sur l'état général, sur l'état de la fontanelle, cette *excellente* balance du pauvre, sur l'aspect des selles, des urines, etc., et nous serons bien plus sûrement éclairés sur la santé des petits enfants que nous avons à diriger.

Méningisme au cours de la scarlatine, par HANS SACHS (de Berlin), dans *La Presse Médicale*. Mercredi, 13 septembre 1912.

Au cours de la scarlatine aiguë, il n'est pas rare d'observer les manifestations cliniques d'une méningite, sans qu'il s'agisse d'une véritable méningite. D'après une statistique de l'auteur, pareils faits se rencontrent dans 4 pour 100 des cas environ.

Le processus anatomo-pathologique de ces cas n'est pas nettement établi. Il s'agit sans doute d'une association de troubles vaso-moteurs et de lésions propres du système nerveux central.

Le terme de méningisme paraît à l'auteur le mieux approprié pour définir cet état assez analogue à celui qu'on observe au cours de certaines influenzas. Quant à l'étiologie, elle demeure assez obscure: sans doute, il faut incriminer les toxines de l'agent encore inconnu de la scarlatine, ou les substances toxiques provenant des streptocoques. Le diagnostic est assuré par la ponction lombaire; mais à l'heure actuelle, il n'existe aucun symptôme différentiel permettant de distinguer ces cas des méningites vraies.

Le pronostic du méningisme en lui-même n'est pas mauvais, et il n'aggrave en rien celui de la maladie causale.

L'auteur attire l'attention sur ce fait qu'on peut noter de l'hypersensibilité, de la raideur de la nuque et même un signe de Kernig sans que la pression du liquide céphalo-rachidien soit augmentée.

OPHTALMOLOGIE

Le procédé de choix pour l'extraction des noyaux cristalliniens flottants, par A. TENSION, dans *La Presse Médicale*, Mercredi, 21 février 1912.

1° L'anesthésie sera toujours exclusivement locale (cocaïne-adrénaline). Pas d'anesthésie générale, puisqu'on peut être contraint d'opérer le malade assis. Avant la cocaïnisation, instillations répétées de pilocarpine, ou, à la rigueur, d'ésérine, plus irritante; ne pas trop attendre l'effet mydriatique de la cocaïne et opérer au plus dix minutes après le début de la cocaïnisation; vérifier si le cristallin, une fois tombé dans la chambre antérieure, n'a pas de tendance à revenir en arrière lorsque le malade est couché; opérer alors suivant l'éventualité, le malade couché ou assis, la tête solidement maintenue par un des aides;

2° Fixation du noyau avec une très longue, très fine et très piquante aiguille à dissection. Enferrer légèrement le haut du noyau en se méfiant de la fragmenter. Amener ce noyau contre la partie interne, nasale, de la chambre antérieure, et confier l'aiguille à un autre assistant; pour un noyau calcaire et impénétrable, l'acculer dans l'angle et l'y maintenir par pression continue;

3° Avec le couteau à cataracte ou un étroit couteau de Graefe, incision linéaire oblique comprenant le tiers environ de la partie inféro-externe du limbe, commençant au-dessous du diamètre horizontal pour dépasser (plus ou moins suivant le volume du cristallin à extraire) le bas du diamètre vertical de la cornée. Cette incision, par sa linéarité, s'oppose à une évacuation profuse du liquide et se cicatrise assez solidement en trois jours à peine. Si elle paraît trop étroite, l'agrandir à la Daviel par un coup de ciseaux mousses, tiraillant moins que les couteaux mousses coudés. Éviter formellement la pince-ciseaux, qui mâche la cornée sans la couper régulièrement;

4° Confier la pince à fixation à un aide, et lui reprendre l'aiguille avec la main gauche. Introduire une curette un peu large, mais mince comme une feuille et presque sans rebord. La curette ou l'anse peuvent, suivant le cas, être employées. L'anse risque parfois d'émietter le cristallin et d'en laisser des fragments.

Retirer, en le dégageant, le cristallin, par un mouvement combiné de l'aiguille et de la curette. Bien vérifier si le cristallin n'est pas, pendant ce temps, décoiffé de sa capsule, ce qui peut nécessiter une nouvelle intervention encore plus malaisée.

Les suites sont des plus simples. Les douleurs cessent et le malade peut porter, dès le cinquième jour, de simples verres protecteurs.

Des complications subaigues et tardives après l'opération de la cataracte, par Prof. LAGRANGE et A. LACOSTE, dans *La Presse Médicale*, Mercredi, 21 février 1912.

Les observations ont porté d'une façon très attentive sur 100 cataractes opérées en série par le même chirurgien et dans le même milieu. Cette étude ne concerne que les irido-cyclites se produisant sans réouverture apparente de la plaie, à partir du cinquième jour après l'opération.

Les auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Quand les voies lacrymales sont intactes et que l'application du bandeau d'épreuve a montré qu'il n'existait pas de conjonctivite, le nombre et la nature des colonies microbiennes avant et après l'opération n'a eu aucune influence sur le résultat définitif. L'examen bactériologique de l'humeur aqueuse n'a été pratiqué dans aucun cas, mais on sait que ce liquide est habituellement stérile ;

2° Le lambeau conjonctival se manifeste comme doué de propriétés remarquables contre l'infection primaire ; sur 91 cas, on a eu recours 29 fois à l'opération avec lambeau conjonctival et 62 fois l'intervention fut pratiquée sans lambeau. Or, tandis que dans les 29 premiers cas il n'y a eu aucune complication infectieuse, parmi les 62 autres il y eut 3 infections primaires, dont 2 aboutirent à la perte de la vision. Le lambeau conjonctival a paru au contraire avoir peu d'action contre les inflammations tardives ;

3° Le rôle de la fistulisation de la cicatrice par accolement irien ou capsulo-irien aux lèvres de la plaie est incontestable, mais il est loin d'être exclusif. 7 fois sur 9 en effet, les complications sont survenues malgré des cicatrices que la clinique mon-

trait parfaites et dont la plupart étaient recouvertes par un bon lambeau conjonctival;

4° La rétention post-opératoire des masses cristalliniennes joue un très grand rôle dans l'apparition des accidents tardifs. Particulièrement chez le vieillard, elles entraînent de l'iritis, et chez eux le nettoyage pupillaire doit être poussé jusqu'à la perfection, en évitant de traumatiser trop longtemps la cornée, c'est-à-dire en ne faisant qu'un massage modéré et en y substituant le lavage intra-oculaire;

5° L'état général a une importance encore plus considérable; c'est la cause éminemment favorisante des irido-cyclites tardives. Lorsqu'un albuminurique, un diabétique, un rhumatisant est susceptible de faire une iritis sur un œil qu'on n'a pas touché, pour quoi, et à plus forte raison, ne ferait-il pas cette iritis sur un œil mutilé ?

Dans quelle mesure ces diverses pathogénies de l'iritis post-opératoire doivent-elles être admises? Il n'est pas possible de se prononcer, mais il paraît indéniable que l'état général des sujets tient une très grande place dans l'apparition des complications subaiguës et tardives après l'opération de la cataracte.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de Kinésithérapie. Fascicule III: Georges ROSENTHAL. *Maladies respiratoires.* (Méthode de l'Exercice physiologique de respiration). Un volume de 320 pages avec 50 figures, 5 francs. (Librairie Félix Alcan).

Après les fascicules de Wetterwald et Zander qui traitaient de la thérapeutique du mouvement et des maladies de la circulation et celui du maître Stapfer consacré à la gynécologie, paraît le fascicule de Georges Rosenthal sur l'exercice physiologique de la respiration. Les médecins savent depuis combien de temps et avec combien d'efforts de méthode et de travail l'auteur a poursuivi des recherches qui, au début, ne lui valurent pas les encouragements qu'il a obtenus depuis. Dans son Manuel, qui sera lu par les médecins comme par le grand public, il ne s'est pas contenté

de réunir ses propres recherches ; il a fait une large part aux travaux des différents auteurs, et les noms de Maurel de Toulouse, Reymond de Genève, Madame Nageotte, ets. . . reviennent fréquemment. Une table des matières de plus de 4 pages est à elle-même un résumé de l'ouvrage ; elle indique la rigueur de la logique de l'ouvrage.

Dès le début, l'auteur pose en principe que le maintien et le retour de la respiration à la normale tant au point de vue qualitatif que quantitatif devient l'idée directrice de la méthode. Il ne s'agit plus du *gavage d'oxygène*, mais de l'obéissance aux lois de la nature, règle précise qui commande les indications, les contre-indications, la durée, l'arrêt et la reprise des traitements.

Successivement, l'auteur passe en revue les *indications* : elles sont tirées de la perte des caractères normaux de la respiration physiologique, nasale, suffisante, complète, rythmée. Il insiste sur l'insuffisance diaphragmatique étudiée par lui depuis dix ans. Le chapitre de *technique* est facile à lire grâce aux dessins originaux exécutés sur ses indications par Wagner avec une grande habileté artistique. L'utilité de la cure après ablation des végétations est actuellement classique.

La direction de la cure dans les différents cas cliniques est le chapitre qui retiendra le plus l'attention du lecteur. Il y retrouvera les rapports de la cure kinésithérapique et du traitement de la tuberculose, recherches récompensées à la fin par l'Académie des Sciences et par l'Académie de Médecine.

Tout en faisant la part qu'elle mérite à sa méthode de prédilection, l'auteur a su, et c'est peut-être ce dont on doit le plus le louer, en limiter le domaine. L'épreuve d'essai, la loi d'amélioration inhibitrice, les contre-indications précises à chaque pas, le danger des méthodes simplifiées, indiquent le grand souci de rester médecin tout en étant spécialiste. Ajoutons enfin qu'un formulaire précis donne pour chaque cas la posologie de la manœuvre à utiliser. C'est dire que l'ouvrage du Docteur G. Rosenthal reste au premier chef un ouvrage de pratique médicale.

Maladies des méninges, par HUTINEL, professeur à la Faculté de médecine de Paris, KLIPPEL, H. CLAUDE, R. VOISIN, LEVY-VALENSI, médecins des hôpitaux de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 383 pages avec 49 figures. Broché: 8 fr. Cartonné: 9 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Haute-feuille, à Paris).

Le chapitre des méninges est un de ceux qui pendant ces dernières années s'est le plus renoué. Grâce à la ponction lombaire journallement pratiquée dans tous les services, grâce à des études cytologiques, chimiques, biologiques du liquide céphalo-rachidien, un grand nombre de matériaux se sont rapidement accumulés et une étude d'ensemble de tous ces faits nouveaux s'imposait. On la trouvera dans ce nouveau fascicule du *Traité de Médecine Gilbert-Thoinot*.

MM. Hutinel et Roger Voisin se sont chargés de l'étude des maladies aiguës des méninges encéphaliques.

A M. Klippel a été confié l'exposé des importantes questions des méningites chroniques et des hémorragies méningées. MM. Henri Claude et Lévy-Valensi ont mis au point la question des inflammations multiples des méninges rachidiennes, y compris les faits nouveaux et intéressants des méningites séreuses circonscrites et de coagulation massive du liquide céphalo-rachidien. Les acquisitions récentes fournies par le laboratoire tiennent dans cet ouvrage une place importante et justifiée, mais les symptômes nouveaux sont également décrits avec détails et figures à l'appui de manière à rendre immédiatement pratique pour le lecteur la recherche de ces éléments de diagnostic.

La thérapeutique elle-même s'est enrichie de procédés qui sont définitivement entrées dans la pratique, on les trouvera décrits dans cet ouvrage; la question de la sérothérapie de la méningite cérébro-spinale y est particulièrement bien exposée avec ses indications, ses contre-indications, ses accidents et les moyens conseillés pour les éviter.

JEAN CANCS,
*Professeur agrégé à la Faculté
de médecine de Paris.*

Le numéro du 5 octobre 1912 de **Paris Médical**, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, est entièrement consacré aux **Maladies nerveuses et mentales**.

Les maladies nerveuses en 1912 (*Revue annuelle*), par le Dr Jean Camus, professeur agrégé. — Pronostic des hémiplegies, par le Dr Henri Claude, professeur agrégé. — Paralyse spasmodique en flexion avec exaltation des réflexes de défense, par les Drs Klippel et Monier-Vinard. — Les maladies mentales en 1912 (*Revue annuelle*), par le Dr Paul Camus. — La colère pathologique, par le professeur Gilbert-Ballet. — Les mendiants thésauriseurs, par le Dr Dupré, professeur agrégé. — La lutte contre l'épilepsie, par le Dr Henri Claude. — Actualités médicales. — *Libre propos*: Les optimistes, par le Dr P. Cornet. — *Chronique*: les Pinel. — *Variétés*: De la signification du tatouage. — Le médecin d'autrefois, par le Dr Grangée. — Prélèvement des viscères dans un cas d'empoisonnement. — *La médecine au Palais*. — *Diététique*. — *Formules thérapeutiques*. — *Revue de la Presse*. — *Nouvelles*. — *La vie médicale*, etc.

(Envoi franco de ce numéro de 96 pages in-4 avec figures contre 1 fr. en timbres-poste de tous pays).

Æsculape, grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Le Numéro: 1 fr. Abonnement: 12 fr. (Étranger: 15 fr.) A. Rouzand, éditeur, 41, rue des Ecoles, Paris. Sommaire du Numéro de Septembre 1912.

Autour de mon auto-opération (12 illustr.), par le Prof. Jules Regnault. — Impressions d'un auto-opéré de hernie inguinale. L'anesthésie: l'acte opératoire. L'indiscrétion des journaux: la photo truquée; les caricatures s'en mêlent. Les jugements de la presse médicale en France et à l'étranger.

Réflexions sur l'Art et les Aliénés (10 illustr.), par le Dr Fay. — Reproductions de peintures et de dessins d'aliénés. L'inspiration, la réalisation. Les dessins du maniaque, du dément précoce, du paralytique général, du mystique, du débile.

Les Médecins militaires et l'épaulette (8 illustr.), par le Dr Ravarit. — Sur le champ de bataille de la maladie et des balles: Percy, Larrey, Desgenettes... Rosagati, Auvert, etc.

Les Saints, guérisseurs de la Folie (7 illustr.), par P. Saint-Yves. — Pratiques bizarres; la brédinoire; St-Menoux guérit les jeunes idiots; St-Florentin et la folie furieuse; la neuvaine de St-Dizier pour les têtes fêlées; St-Hildevert et la jeune fille tombée en frénésie le jour de ses nocés; ceux qui baisent le verrou de St-Tibéry.

Les Velus dans la Sculpture et la Gravure (17 illustr.), par le Prof. Le Double et le Dr Housay. — L'esprit inquiet de l'homme s'est intéressé de tout temps aux anomalies du système pileux. La Femme au Renne; les Vénus barbues; Ste-Wildgeforthe, barbue; les Hommes sauvages des châteaux de la Renaissance; Ste-Marie l'Égyptienne au Désert, veine.

SUPPLÉMENT (20 illustr.). — *Les Mousmées du Japon.* — *La terreur des Untori.* — *Enterrement civil.* — *Propos du Dr Quine sur les peuples et le bain.* — *Une race primitive à Sumatra.* — *La cuisine sous la Régence.* — *Un peu de Satanisme.* — *Un Congrès médical en Tunisie.* — *La Conservation des bois.* — *Flaubert à Croisset.* — *La mesure des très hautes températures.* — *Les ressources alimentaires de la mer.* — *L'inspiration chez Théophile Gautier.* — *L'acide carbonique liquide.* — *A propos de Henri Heine.* — *La Magnésie.*

SUPPLEMENT

QUELQUES PRODUITS RECOMMANDABLES DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES BACTERIENNES

Les phylacogènes sont des solutions stériles de produits métaboliques ensemencés avec des bactéries cultivées en milieux artificiels.

Le nom de leur auteur est le Dr Schaffer, de Californie, E. U.
Ces solutions sont très variées, elles proviennent de toutes les

variétés de microbes: strepto, staphylo, pneumo, typho, coli, ainsi que les strepto du rhumatisme et de l'érysipèle.

On peut les donner avec succès dans les différentes maladies dues à ces microbes, soit en injections sous-cutanées ou intra-veineuses, de préférence sous-cutanées.

On en a obtenu de bons effets, et la maison Parke-Davis a publié dernièrement un pamphlet de 24 pages où tous les détails sont relatés, et qu'elle adresse avec plaisir à tout médecin qui en fait la demande.

LA VALEUR DU FROID COMME AGENT THERAPEUTIQUE

Le Dr Cavana (dans le Journal Américain de la Chirurgie d'octobre 1912) démontre par une analyse soignée et logique que les micro-organismes pathogènes se multiplient très rapidement dans une température au-dessous de 98.6° jusqu'au degré de gelée, et que dans une température de 100° Farenheit la plupart des cultures de laboratoire meurent et que dans une température de 103° toute propagation artificielle de germes cesse.

Preuant un cas de pneumonie, d'amygdalite, de bronchite, même appendicite, comme le suggère le Dr Fountleroy en fait n'importe quelle complication inflammatoire, il semble soutenable et logique au point de vue de ce raisonnement que la chaleur appliquée au mieux sous la forme de l'antiphlogistine, facilite la guérison en favorisant la leucocytémie tout en augmentant les défenses naturelles contre la suppuration.
