

**Pages Missing**

# Le Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE UNE PIASTRE PAR ANNEE

MEDICINE

CHIRURGIE

SANTÉ

THERAPEUTIQUE

## Sommaire

La septicémie gonocoéique, par M. le Professeur DIEULAFOY 159

La myocardite aiguë et chronique, par M. le D<sup>r</sup> D. E. LE CAVERIER..... 162

De la paralysie du nerf récurrent dans les affections mitrales..... 156

De la conduite à tenir dans les écrasements des membres, par M. A. GRUGET 167

Les vomissements insupportables des nourrissons, par M. le D<sup>r</sup> VARIOT..... 174

Erythème noueux des membres inférieurs avec arthrite aiguë du genou, par M. le D<sup>r</sup> BROCA.... 176



La maladie de WENTROP..... 179

La sclérose en plaques et l'hystérie..... 136

Les abcès rétro-pharyngiens..... 187

Le sang dans le rachitisme.... 189

La rupture de la poche des eaux pour provoquer l'accouchement prématuré... 190

Abcès appendiculaires chez un enfant de 27 mois..... 192

Opothérapie rhumatique..... 194

Société Médicale de Montréal. 200

Le Roi de l'Acier à Paris; la Science et l'orgueil..... 201

Informations scientifiques.... 207

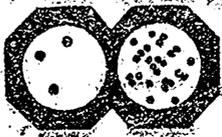
SCIENCE

1 Juin 1909

LA PUBLICITE GÉNÉRALE

COSMOS L<sup>TÉE</sup>.

440, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



## HEMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPO<sup>THÉRAPIE</sup> HÉMATIQUE  
 La seule contenant les oxydases du sang.  
 ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ, TUBERCULOSE

SIROP : une cuillère à soupe à chaque repas  
 pour le Canada Rougier Frères, 63, Notre-Dame Est, Montréal  
 pour les États-Unis Fougère & Cie, 40, Beckmann Street, N. Y.

DEPÔTS



---

# LE MONTRÉAL-MÉDICAL

Vol. 9

25 Juin 1909

N° 4

---

## La septicémie gonococcique

Par M. le Professeur DIEULAFOY

---

Un homme adulte entre à l'hôpital avec tous les signes d'une fièvre typhoïde datant de huit jours : courbature, maux de tête, insomnie, stupeur, diarrhée avec ballonnement intestinal et sensibilité dans la fosse iliaque, taches rosées lenticulaires sur le ventre, rate grosse fièvre, T. s. 39°.

Le malade, néanmoins, n'a pas eu d'épistaxis et la poitrine est libre de sibilances. Le lendemain, un mieux se déclare. La température tombe de 1 degré et demi et marque 37,7. Se trouverait-on en face de ces rémissions thermiques qu'on observe assez souvent le septième ou huitième jour de la fièvre typhoïde ? On sait que ces abaissements thermiques, au cours de la dothiéntérie se prolongent douze à vingt heures ; après quoi, la fièvre remonte lentement. Ici, la reprise fébrile s'opéra brusquement au bout de vingt-quatre heures. Le thermomètre marque 39 1/2 et des sueurs profuses inondèrent le malade. On pouvait se demander s'il s'agissait d'une fièvre typhoïde à forme sudorale. Celle-ci s'observe communément au Sud de l'Italie. M. Jaccoud l'a décrite et M. Dieulafoy en a observé plusieurs exemples. Dans cette variété morbide, les malades ont des frissons répétés plusieurs fois par jour ; des sueurs suivent sans qu'on puisse incriminer le paludisme. La quinine demeure sans action sur de pareils états. Ajoutons une céphalée forte, l'absence de

stupeur et de phénomènes cérébraux, l'absence de diarrhée et le tracé spécial de la fièvre, qui de rémittente devient peu à peu continue.

Cette fièvre typhoïde sudorale est bien une fièvre typhoïde vraie et non une paratyphoïde ; le sérodiagnostic y est positif, ainsi qu'il a été observé dans un cas récent.

Chez le malade actuel, le séro-diagnostic, pratiqué à divers reprises, demeure absolument négatif. Il ne s'agissait donc pas de fièvre typhoïde. En effet, dès le lendemain, le cœur était touché : un souffle râpeux, systolique, occupait la valvule mitrale. Or, si les lésions du myocarde et des vaisseaux sont fréquentes dans la fièvre typhoïde, les lésions de l'endocarde y restent absolument exceptionnelles. Il fallait donc chercher ailleurs.

On examina le malade de plus près et l'on découvrit un léger suintement purulent hors de l'urèthre. Il avait eu la blennorragie un mois auparavant ; puis son écoulement avait brusquement cessé au moment de la montée fébrile. La culture du sang (5 centimètres cubes dans du bouillon), l'ensemencement sur gelose donnent lieu à une culture pure de gonocoques. Le malade était donc atteint d'une endocardite, compliquant une septicémie gonococcique.

L'endocardite gonococcique est une complication fréquente, mais grave. Trois malades seuls ont guéri.

Ici, l'état s'aggrave. La fièvre reste haute, la respiration devient saccadée ; la stupeur augmente ; une nouvelle poussée de taches lenticulaires se produit, celle-ci envahissant le ventre, le thorax, les cuisses.

De plus, les bronches se prennent. On constate de la submatité aux deux bases des poumons et, en plus, un foyer de gargouillement à la base du poumon gauche avec production de souffle pseudo-tubaire. Il s'agit d'une broncho-pneumonie double ! quelques frottements pleuraux indiquent la participation de la plèvre. L'expectoration est muco-purulente et contient à la fois des gonocoques et des pneumocoques.

La médication par la spartéine et les bains tièdes ne fournit pas de résultats appréciables. C'est alors qu'à deux à trois

jours d'intervalle, M. Dieulafoy injecte du vaccin gonococcique (ce dernier emprunté à Wright, de Londres) : 2 petits tubes contenant 5 millions de gonocoques et un troisième en renfermant 10 millions. La température baisse, les nuits sont meilleures, le souffle du cœur est moins râpeux, la bronchopneumonie se résorbe, l'expectoration tarit. On croit le malade guéri. L'apyrexie est complète pendant 48 heures; mais voici que la fièvre remonte. Une nouvelle complication cardiaque surgit. On perçoit un frottement péricardique qui nécessite une nouvelle injection de vaccin gonococcique (10 millions de gonocoques).

Le lendemain, le sujet va mieux et la guérison se prépare. Sa maladie rentrera, conséquemment, dans l'histoire des trois malades atteints d'endocardite plastique bénigne au cours de la septicémie blennorragique et qui ont fini par guérir. D'après une statistique de Faure-Beaulieu, l'endocardite gonococcique a envahi douze fois les valvules aortiques, six fois la valvule mitrale, deux fois la tricuspide, une fois les valvules de l'artère pulmonaire. A plusieurs reprises, l'endocardite gonococcique a frappé des valvules préalablement touchées par une endocardite rhumatismale.

Dans tous ces exemples, la culture du sang a révélé la présence du gonocoque et les végétations des valvules orificielles contenaient du gonocoque. Des embolies peuvent suivre le détachement d'une végétation. C'est ainsi que M. Widal a observé, sur un de ses malades, une embolie de l'artère poplitée.

Mais nous n'avons pas fini avec les curiosités cliniques présentées par le sujet.

La remontée fébrile qu'il présenta et qui suivit le frottement péricardique fut le signal d'une nouvelle infection. Et cette fois, il s'agit d'une fièvre typhoïde, car le séro-diagnostic répété à plusieurs reprises se montra régulièrement positif et la culture du sang révéla des bacilles à forme éberthienne en même temps que des gonocoques. Où le malade avait-il contracté cette nouvelle infection qui demeura bénigne et se termina en une vingtaine de jours? S'agit-il d'une fièvre typhoïde contractée dans les salles ou bien l'infection était-elle d'origine hydrique ou alimentaire? On ne sait pas.

Quoi qu'il en soit, la septicémie gonococcique, quand elle affecte une forme typhoïde, est toujours une chose grave.

La guérison de ce malade après les injections de vaccin gonococcique plaide réellement en faveur de la valeur de cette nouvelle médication. Ce serait une conquête thérapeutique précieuse, puisque la septicémie blennorragique compte entre les plus graves avec son cortège d'arthrites, d'endocardites, de péricardites, de complications pleuro-pulmonaires, d'érythèmes, de purpura, de phlébites.



## La myocardite aiguë & chronique



Paris, 3 juin 1909

L'inflammation aiguë du cœur s'observe dans les maladies infectieuses (diphthérie, scarlatine, fièvre typhoïde, etc.), et dans les intoxications par l'alcool, le tabac, le plomb, l'oxyde de carbone, etc. Elle peut être, comme dans la myocardite chronique, partielle ou segmentaire, selon le nombre de faisceaux musculaires atteints.

Autrefois on croyait que la myocardite aiguë venait souvent compliquer les maladies aiguës, mais les nombreuses autopsies nous ont montré que le muscle est très rarement atteint et que les troubles cardiaques que présentaient ces malades au cours des toxi-infections étaient plutôt dûs à des insuffisances fonctionnelles de glandes à sécrétion interne qui ont une action manifeste sur le rythme cardiaque. Il existe donc une *pseudo-myocardite*.

Le traitement principal de la myocardite aiguë est subordonné à celui de la maladie primitive et la thérapeutique, qui ne s'adressera qu'au myocarde, doit consister à diminuer la tachycardie et l'hypertension artérielle de la première pé-

riode, puis à stimuler les centres cardio-bulbaires au moment de l'hypertension artérielle et de la dépression générale de la deuxième période. Dès le début, l'on fera des applications froides, intermittentes sur la région précordiale; le séjour permanent d'une vessie de glace donne de moins bons résultats que les applications faites durant quatre heures, espacées de deux heures de repos. Si le malade éprouve une grande dyspnée et de vives douleurs précordiales, les ventouses scarifiées sont indiquées et quelquefois la morphine en injection sous-cutanée à dose de 16 milligrammes (1/4 de grain) et l'atropine à dose de 1 milligr., toutes les quatre heures, au besoin. Si le foie est volumineux et douloureux, la physiologie de cette glande est ralentie ou pervertie et il y a lieu de lui rendre son pouvoir anti-toxique en stimulant la cellule hépatique au moyen de purgatifs cholagogues au calomel, à la podopylline ou à l'aloès. A la deuxième période, les pulsations cardiaques sont faibles, il existe par *hypotonus* des fibres musculaires qui nécessitent une médication tonique stimulante, la diète lactée absolue, du début de la maladie sera remplacée par un régime ovo-lacté reconstituant. Le malade prendra, deux fois par jour, un jaune d'œuf brouillé dans du lait chaud; graduellement on y ajoutera des crèmes, du jus de viande, de la pulpe de viande crue, etc., et comme boisson alcoolique, de petites doses de Champagne, de cognac ou de rhum. La digitale étant sans actions sur un myocarde altéré, on aura recours de préférence aux injections hypodermiques de spartéine (16 milligrammes) (1/4 de grain), de caféine (24 centigrammes) (4 grains), de strôphantine (1 milligramme) (1/60 de grain), ou de strychnine (1 milligramme) (1/60 de grain) qui, par leur action directe sur les centres nerveux, agissent d'une manière favorable sur le muscle cardiaque. Comme dans tous ces états graves de toxoinfection et d'auto-intoxication, il y a une insuffisance fonctionnelle des glandes à sécrétion interne, l'on prescrira des extraits de glande hypophysaire à dose de 12 centigr. (2 grains) toutes les 3 heures ou 30 à 40 gouttes d'une solution au millième de chlorhydrate d'adrénaline, deux ou trois fois par jour, si le syndrome de pseudo-myocardite se manifeste

durant la scarlatine ou la diphtérie; dans ces deux maladies les tissus similaires, les amygdales et le pharynx, sont atteints et la physiologie normale des capsules surrénales paraît être modifiée par la toxi-infection. Lorsque la fonction hépatique se rétablit lentement, l'on pourra donner 6 à 12 centigr. (1 à 2 grains) de cholestérine et de sels biliaires, toutes les trois heures, durant quatre à cinq jours.

*La myocardite chronique.*

La myocardite chronique peut succéder à la myocardite aiguë, comme on l'observe, mais rarement, à la suite du rhumatisme ou des maladies infectieuses; elle est le plus souvent la conséquence d'un trouble général de la nutrition que l'on rencontre dans le brightisme, le diabète, la goutte, etc.

La myocardite chronique consiste en une dégénérescence scléreuse de certaines fibres musculaires qui deviennent insuffisantes à leur travail physiologique. Le muscle cardiaque est formé de trois couches de fibres musculaires; les unes sont circulaires, courtes, profondes et propres à chaque ventricule; les autres sont plus longues, convergentes, superficielles et communes aux deux ventricules; la troisième couche externe est formée par la portion descendante des fibres unitives superficielles. Dans les cas de dégénérescence scléreuse, soit partielle, soit segmentaire ou totale, les faisceaux musculaires atteints perdent lentement et graduellement leur substance noble qui est remplacée par le tissu conjonctif. Ce processus pathologique, qui, quelquefois, est dû à l'inflammation primitive du myocarde ou à une endopéricardite, est le plus souvent sous la dépendance d'une *endarterite* prononcée des coronaires et de ses rameaux. La lumière de ces vaisseaux est d'abord réduite, le muscle est mal nourri, ses fibres se désagrègent, et perdent leurs nucléoles, puis il survient une néo-formation de tissu conjonctif. Ces lésions pathologiques peuvent porter sur les fibres superficielles, profondes, propres ou communes à chaque ventricule, ou altérer le faisceau de His qui communique aux ventricules leur automatisme régulier.

Il peut exister aussi des lésions combinées des ganglions et des nerfs cardiaques: soit du *ganglion moteur principal*.

de Remak que l'on trouve dans le sinus veineux près de l'oreillette, ou du ganglion de Bidder, *moteur accessoire* placé dans la partie supérieure du ventricule, soit du ganglion de Ludwig situé dans la cloison inter-auriculaire qui est *inhibiteur* du mouvement cardiaque.

La physiologie pathologique sera différente selon l'importance de la partie affectée. Quelle que soit la forme de cardio-sclérose, il existe toujours un hypotonus et souvent une asthénie cardiaque; c'est dans ces cas qu'on entend, à l'auscultation du cœur, un bruit surajouté qui constitue le bruit de galop; on a pensé durant longtemps que ce troisième bruit était causé par le dédoublement du premier ou par le frémissement diastolique du ventricule dégénéré, il nous paraît plutôt résulter du choc que font les 50 grammes de sang en tombant brusquement de l'oreillette dans le ventricule; l'on sait qu'à l'état normal, l'ondée sanguine est plutôt recueillie silencieusement des oreillettes par les ventricules; mais dans la cardio-sclérose, les fibres musculaires ont perdu leur élasticité et le ventricule n'est plus une cavité fermée, mais bien réelle et ouverte en permanence; car, au moment de la systole, le muscle ne peut plus revenir complètement sur lui-même. Lorsque l'oreillette se contracte, l'ondée sanguine n'est plus *reçue silencieusement* par le ventricule sclérosé, mais *tombe brusquement* et constitue le bruit de galop.

Le traitement de la myocardite chronique se confond avec celui de l'artério-sclérosé et peut se résumer en ses trois grandes règles d'hygiène générale.

1° Vie régulière, calme, sans contension intellectuelle, sans préoccupations ni surmenage d'aucune sorte;

2° Alimentation modérée, régime frugal et surtout lacto-végétarien;

3° Habitation salubre et séjour dans une atmosphère aussi pure que possible.

L'application scrupuleuse des lois diététiques et hygiéniques permet à ces malades de vivre de longues années sans souffrir de troubles d'hyposystolie ou d'astolie. Les trois grands troubles à prévenir ou à combattre sont : 1° Un trouble dans l'excitabilité nerveuse ou musculaire (extra-systole);

2° Un trouble dans la conductibilité musculaire (faisceau de His, pouls lent); 3x Un trouble de la contractibilité et de l'élasticité des fibres du myocarde (pouls alternant, série de pulsations fortes suivies d'une série de pulsations faibles.

D<sup>r</sup> D. E. LE CAVELI

---

### De la paralysie du nerf récurrent dans les affections mitrales

Par M. le Docteur L. FINLAY (de Glasgow).

---

Les recherches de l'auteur ont porté sur 40 petits rachitiques âgés de 12 à 42 mois; elles l'ont conduit à la conclusion assez inattendue et contraire à l'opinion classique que le rachitisme ne s'accompagne qu'exceptionnellement d'anémie : lorsqu'elle existe, elle est due à des causes adventices, à des complications. Chez les enfants examinés par Finlay, la quantité d'hémoglobine et le nombre des hématies étaient très au-dessus de la normale. Sans déformation des globules rouges, ces derniers se montrent de volume plus variable qu'il n'est habituel chez des enfants sains du même âge. Les hématies nucléées ne sont, pour ainsi dire, jamais présentes; il en est de même des myélocytes. Il n'existe que des modifications insignifiantes des leucocytes; en nombre normal ou bien augmentés ou diminués dans de faibles proportions. L'augmentation porte de préférence sur les mononucléaires.

Dans 1 cas seulement, Finlay a observé une splénomégalie légère.

---

## De la conduite à tenir dans les écrasements des membres

Par Albert GRUGET,  
Interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

---

La conduite à tenir dans les cas de grands traumatismes d'écrasements des membres est souvent fort embarrassante pour le praticien. Aussi, est-ce une question qui a prêté à bien des discussions; si, il y a 15 ans, on amputait encore presque systématiquement d'emblée, on est actuellement le plus possible conservateur; au principe de l'amputation d'emblée, s'est substitué celui de la « conservation à outrance ». Il est certain qu'il faut conserver et conserver le plus possible, mais il est des cas encore trop nombreux où la conservation n'est plus possible et où l'amputation s'impose.

1° Lésions de la peau, qui est déchirée, dilacérée, décollée, contusionnée sur une plus ou moins grande étendue;

2° Lésions des parties molles : attrition et déchirure étendues des muscles et quelquefois des vaisseaux et des nerfs;

3° Lésions des os : fractures comminutives, avec souvent saillie des fragments à l'extérieur.

Ceci dit, quelle sera la conduite du praticien en présence d'un écrasement d'un membre?

Celle-ci variera évidemment suivant les périodes, et, à ce point de vue, nous distinguerons, avec Imbert, quatre périodes dans l'évolution de ces accidents :

1° La période immédiate, qui comprend les premières heures écoulées après l'accident;

2° La période primitive, qui comprend les 8 à 15 heures qui suivent;

3° La période secondaire, qui s'étend de la précédente à la cicatrisation;

## 4° La période tardive ou des séquelles.

Etudions la conduite à chacune de ces périodes.

## I. — A LA PÉRIODE IMMÉDIATE

A cette période, tous les chirurgiens sont actuellement d'accord pour ne pas amputer. On n'amputera jamais à cette période; toutefois, il est clair que si le membre ne tient plus que par quelques minces débris musculaires ou cutanéomusculaires, on sera autorisé et on devra même compléter la section d'un coup de ciseaux.

L'amputation à cette période ne doit pas être faite pour deux raisons :

1° Elle est dangereuse. A ce moment, le blessé est en état de choc traumatique : hypothermie, petitesse et rapidité du pouls, pâleur du visage, sueurs froides, dyspnée, état d'angoisse et d'anxiété extrêmes, quelquefois perte de connaissance. Il est bien certain que, dans ces conditions, ajouter le choc opératoire au choc traumatique, c'est vouloir la mort du blessé. Et de fait, la mortalité si élevée jadis dans ces cas où l'amputation immédiate était fréquemment pratiquée, tient surtout à cela.

2° Elle n'est pas logique, car le plus souvent elle ne saurait être alors faite au bon endroit, et siège ainsi au trop haut ou trop bas : trop haut, si le chirurgien, partisan de l'amputation immédiate, se rend compte que la vitalité des tissus en état d'attribution marquée est, sinon abolie, du moins fortement compromise, et qu'il faut, dans ces cas, remonter très haut, au-dessus des zones traumatisées, pour avoir des lambeaux susceptibles de quelque vitalité.

Trop bas, s'il ne tient compte que des lésions extérieures. Il ampute dans ce cas en pleins tissus meurtris; les lambeaux sont ainsi formés de peau et de muscles fortement coagulés et se sphacèleront à peu près fatalement, d'où nécessité pour plus tard d'une nouvelle amputation, qui fera qu'après on aura trop enlevé.

Donc ne jamais faire d'amputation immédiate.

Que faire alors? La thérapeutique ici se résume en deux mots :

1° Désinfecter;

2° Lutter contre le choc.

A. — Désinfecter (traitement local).

Tout praticien devra avoir dans son arsenal les objets de pansement nécessaires *préparés et stérilisés d'avance* :

De la gaze stérilisée à l'autoclave à 130°;

De l'ouate hydrophile stérilisée de la même façon;

De l'ouate ordinaire;

Des bandes de toile et de tarlatane, qu'on mouillera au moment de s'en servir;

De l'eau bouillie, qu'on additionnera de 7 gr. de sel de cuisine par litre (en pratique 1 cuillerée à café par litre), pour stériliser les instruments;

De l'alcool et de l'éther;

De l'eau oxygénée et de l'eau phéniquée faible, à 2 p. 100.

Une gouttière, métallique ou un carton quelconque (pour les traumatismes du membre supérieur surtout), un carton d'almanach, par exemple, si on n'a rien de mieux sous la main et qu'on remplacera ensuite par une gouttière.

Le chirurgien, lavé et ganté pendant que les instruments ont été stérilisés dans l'eau bouillie, additionnée de sel de cuisine ou de carbonate de soude, procédera alors à la désinfection de la façon suivante :

1° Le membre blessé aura été mis à nu par un aide qui aura décousu ou coupé les manches ou le pantalon du blessé; puis le chirurgien commencera, si la plaie saigne, par faire l'hémostase des vaisseaux au catgut. Le plus souvent d'ailleurs, dans les grands traumatismes, la plaie ne saigne pas, même lorsqu'un vaisseau important a été lésé; il y a attrition des vaisseaux, et souvent oblitération de leur lumière par un caillot;

2° On recouvrira ensuite la plaie avec de la gaze stérilisée, et on fera tout autour de celle-ci un brossage soigné et prolongé à l'eau savonneuse très chaude, en ayant soin que l'eau ne coule pas sur la plaie; puis on passera ensuite la peau à l'alcool et à l'éther;

3° On désinfectera alors la plaie proprement dite :

a) On commencera par un nettoyage manuel, en enlevant

avec les doigts et les compresses *tous les corps étrangers qui ont pu y pénétrer* : débris d'étoffes, échardes de bois, terre, débris métalliques, petites esquilles osseuses.

b) Puis, on passera à la désinfection de la ou des plaies, en faisant successivement :

1° Un grand lavage savonneux à la compresse;

2° Un second lavage à l'eau phéniquée faible (seulement dans le cas où la plaie paraîtra très infectée);

3° Un troisième lavage à l'eau oxygénée;

4° Enfin, un quatrième lavage à l'eau bouillie *très chaude* ou au *sérum chaud*, qui aura l'avantage d'être hémostatique et de réveiller la vitalité des tissus.

Au moment du lavage, l'hémorragie qui manquait après l'accident, apparaît alors souvent. On fera les ligatures nécessaires, si quelques vaisseaux importants n'avaient pas été liés auparavant.

4° Enfin, on recherchera *s'il n'existe pas de vastes décollements cutanés ou musculaires* à distance; dans ce cas, en effet, il faudrait *les inciser et les drainer* pour éviter les hématomes ultérieurs et l'infection. Les plaies proprement dites ne seront jamais totalement saturées, mais partiellement, et largement drainées.

5° *Pansement.* — On fera un bon enveloppement à la gaze stérilisée ou à la gaze au peroxyde de zinc. Si on craint de n'avoir pas fait une désinfection suffisante, il sera bon d'imbiber les compresses d'eau oxygénée. Par-dessus les compresses, une couche d'ouate hydrophile et un énorme enveloppement ouaté complèteront le pansement.

On ne fera pas d'appareil plâtré, à ce moment du moins; mais on immobilisera le membre *dans une gouttière métallique* ou *dans un carton plié suivant la forme du membre*, et largement rembourré de coton.

Le blessé sera conduit alors dans un lit chaud et recevra de suite 10 cc. de sérum antitétanique.

B. — *Lutter contre le choc. Traitement général.* — Tel est le traitement local, le traitement général n'est pas moins important, et bien des blessés sont morts, faute de soins géné-

raux suffisants. Il faut lutter contre le choc traumatique, de la façon suivante :

INJECTION DE SÉRUM ARTIFICIEL. — On aura intérêt à injecter d'emblée une dose assez forte, 500 à 1.000 gr., puis à continuer le sérum en faisant ensuite de plus petites doses (200 gr.).

Injection sous-cutanée d'huile camphrée, 2 ou 3 cc. de la solution au 1/10° ou d'éther et de caféine. Boules chaudes. Les potions toniques et excitantes, mais à petites doses : rhum, café, vin, élixir, seront à ce moment fort utiles.

## II. — PÉRIODE PRIMITIVE

Elle comprend les 4 ou 5 premiers jours après les premières heures de l'accident. C'est au sujet de la conduite à tenir à cette période que l'hésitation est parfois permise. Il faut avouer que la marche à suivre est souvent fort embarrassante, car c'est à cette période que se pose le plus souvent la question de la conservation ou de l'amputation.

Différents cas se présentent en pratique :

A. — Prenons d'abord le cas le plus fréquent. Le blessé a échappé aux accidents immédiats, mais les jours suivants la température monte à 39-40°, le pouls est rapide et la plaie, sans sécréter un véritable pus, laisse suinter en plus ou moins grande abondance un liquide séro-sanguinolent, quelquefois sanieux. Le plus souvent, pendant les 2 ou 3 premiers jours, l'état général reste encore bon. Il faut alors conserver.

C'est dans ces cas qu'on emploiera avec avantage la méthode de Bier. « C'est la méthode de conservation par excellence, qui dans les grands traumatismes, permet de tenter la reconstitution des tissus au-delà des limites permises, parce qu'elle met le blessé à l'abri de la plupart des complications redoutables, telles que l'infection aiguë, les lymphangites, la septicémie. Nous avons pu conserver ainsi des membres qui paraissaient perdus. » (Delagenière).

La bande sera appliquée, le pansement une fois fait, à la racine du membre. On la laissera une heure, et au début on fera une séance « pendant six heures dans les cas graves, et deux fois par jour dans les cas ordinaires. Celle-ci devra être continuée jusqu'à la guérison.

Si, par contre, dès le début ou dans les jours qui suivent, l'état général devient mauvais, si les facies devient pâle, terreux, s'il y a de la dyspnée, des troubles cardiaques et digestifs, de l'amaigrissement rapide, si le blessé présente des signes de septicémie, il faut alors se décider à amputer.

Quelle sera alors la technique de l'amputation faite dans ces conditions (amputation primitive)?

Il faudra se rappeler les règles suivantes :

1° On ne fera jamais d'amputation typique, mais on amputera en suivant les lambeaux déjà formés, tout en dépassant l'angement par en haut les limites du mal;

2° On ne fermera pas la plaie, même pas en mettant des drains multiples; on laissera les lambeaux intacts et on pansera à plat sans sutures;

3° Plus tard, le moignon sera régularisé et rendu utile, si possible, par une amputation régulière.

A cette période, c'est plutôt l'état général que l'état local qui commande l'intervention.

B. — Mais différentes complications peuvent encore survenir à cette époque : la gangrène, la pyohémie, la gangrène gazeuse, le tétanos.

1° *Gangrène.* Ici, il faut distinguer :

a) Si la zone traumatisée est au niveau des extrémités (pied, main, poignet), on a intérêt à moins que l'état général ne soit vraiment mauvais, à attendre l'apparition du sillon d'élimination spontanée. On ne sait pas en effet, au début, à quel niveau se limitera la gangrène, à quel niveau apparaîtra le sillon limitant les parties qui resteront saines de celles destinées à s'éliminer, et on pourrait alors amputer trop haut ou trop bas. Dans ce cas, on fera des pulvérisations 3 ou 4 fois avec la marmite de Championnière.

b) Si le traumatisme est haut situé (avant-bras, cuisse, partie supérieure de la jambe), et qu'il reste en dessous une zone non lésée, on tiendra compte pour se guider non seulement de l'état des plaies, mais de la partie sous-jacente du membre. Tant que celle-ci conservera quelque chance de vitalité, on aura intérêt à conserver et à attendre.

2° *Le tétanos.* — Il est rare actuellement. Tous les blessés doivent en effet recevoir, le jour de l'accident, 10 ou 20 cc. de sérum anti-tétanique, et on devra renouveler l'injection 3 ou 4 jours après. Si celui-ci se déclare, après anesthésie générale on injectera dans la gaine des *correspondant* à la partie lésée, 10 à 20 cc. de sérum anti-tétanique (plexus brachial pour le membre supérieur, sciatique et crural pour l'inférieur). On fera, en outre, une nouvelle injection sous-cutanée de 20 à 40 cc.

3° *La gangrène gazeuse.* — Elle est rare aussi de nos jours. Il faut savoir que, malgré sa rareté, le praticien sera tenu à voir son blessé plusieurs fois par jour, à cause de la soudaineté de son apparition et de *la rapidité* des accidents.

Faut-il alors amputer de suite ? On devra commencer par :

a) Ouvrir largement tous les clapiers au *thermocautère*.

b) Faire au-dessus, vers la racine du *membre*, de *multi-  
ples incisions de décharge* dans le sens de la longueur, tous  
jours au *thermocautère*.

c) Laver à fond à l'eau oxygénée et faire dans le membre, superficiellement et profondément, une *série d'injections en  
couronne d'eau oxygénée*.

On reverra le malade *toutes les quatre heures*, et si la gangrène ne semble pas se limiter, on amputera et on laissera les lambeaux qu'on *pansera à plat*.

### III. — PÉRIODE SECONDAIRE

Les accidents graves du début sont passés, et le blessé semble désormais à l'abri des complications précédentes.

Souvent, à cette période, les plaies *suppurent* abondamment; il y a de la fièvre, mais l'état général est ou redevient bon. Il est clair que dans ces cas on n'amputera pas. On devra alors *inciser, laver, drainer* tous les foyers, et soutenir le malade par une alimentation substantielle. On pourra ainsi conserver des membres que jadis on amputait d'une façon presque systématique.

### IV. — PÉRIODE TARDIVE.

Il peut alors persister des *fistules*, des foyers de suppura-

tion limités et n'ayant pas de tendance à la guérison. C'est que dans ces cas, le plus souvent, il persiste des séquestres. On fera donc une radiographie, et ainsi guidé on ira à la recherche du corps étranger, dont l'ablation amènera la guérison.

---

## Les vomissements incoercibles des nourrissons

Par M. le Docteur VARIOT

---

Des causes multiples produisent les vomissements incoercibles du nourrisson, et le médecin ne se pressera pas de conclure. C'est ainsi qu'un nourrisson de 3 mois 1/2, vomissant depuis sa naissance, en dépit de tous les traitements institués, était descendu à un état de momification lamentable. En pareil cas, il existe parfois un rétrécissement congénital du pylore. M. Dufour et Fnedel ont guéri un enfant de quelques mois qui vomissait de la sorte par une pyloroplastie. Chez le petit malade actuel, on ne percevait point par la palpation cette sensation de boudin que donne un pylore rétréci. Néanmoins, l'enfant étant perdu, M. Variot le confia à un chirurgien. M. Broca intervint, mais ne trouvant aucun épaissement pylorique, referma le ventre. A l'autopsie, on ne constata aucun rétrécissement du pylore, mais une rétraction très serrée de l'estomac. Celui-ci, épaissi et hypertrophié, surtout au niveau de la grosse tubérosité, ne contenait guère que 30 grammes de liquide.

Cette rétraction de l'estomac constitue une cause de vomissements incoercibles non encore signalée. M. Lesage, au cours d'une autopsie, en avait constaté une autre : un spasme intestinal, qui avait rétracté les anses intestinales et les avait

transformées en conduits vermiformes. D'autres fois, on a constaté des *invaginations multiples de l'intestin grêle*. Voilà bien des lésions graves.

On dépiste l'imperméabilité d'une portion du tube digestif en ajoutant de la poudre de charbon au lait ; quand le charbon ne passe pas, le tube digestif est bouché.

Souvent, les vomissements incoercibles ne sont entretenus par aucune altération grave, il s'agit d'une mauvaise digestion du lait ; que l'on change de nourrice, et la guérison s'ensuit. M. Variot a soigné un enfant qui, allaité par sa mère, vomissait depuis sa naissance. Il suffit de le faire allaiter par une autre femme pour le guérir en quelques heures. Certains laits maternels jouissent pour les enfants de propriétés toxiques dont la cause est ignorée.

Ajoutons qu'avant de changer de nourrice et surtout de recourir à une opération, on aura épuisé tous les traitements diététiques et médicamenteux : réglage des tétées, citrate de soude, lait coagulé par le ferment lactique, lait stérilisé, lait d'ânesse. Sur le nourrisson dont il est parlé plus haut, M. Variot épuisa tous les moyens. Il ordonna même de légères doses de bromure de potassium, qui ne furent suivies d'aucun effet favorable.



*Le cerveau comme le reste de l'organisme se développe et acquiert sa maturité selon l'aliment intellectuel qu'on lui donne, si son éducation est faible on fausse, sa structure est incomplète, son jugement boîteux et ses actions manquent de précision.*

## Erythème noueux des membres inférieurs avec arthrite aiguë du genou

Par M. le Docteur BROCA

Lorsqu'il y a quelques jours nous avons examiné ensemble, à la consultation, l'enfant de 10 ans actuellement couché au n° 3 de la salle Molland, celui d'entre vous que j'ai interrogé, constatant un épanchement dans le genou droit, porta le diagnostic de tumeur blanche au début, tout fier sans doute d'appliquer un des aphorismes que je vous répète bien souvent : l'hydarthrose du genou, chez l'enfant, est une manifestation bacillaire, même quand elle commence par une atteinte subaiguë.

Mais tout aphorisme est sujet à caution, et cette fois votre condisciple s'est trompé, faute d'avoir eu l'œil assez exercé pour voir du premier coup aux téguments des membres inférieurs. Et j'avoue que je lui tendais un piège : car si la mère disait, avant toute interrogation, qu'elle venait consulter parce que depuis 4 jours le genou droit de son fils avait enflé, avant toute interrogation, de mon côté, j'étais bien sûr qu'il y avait anguille sous roche. J'avais aperçu, en effet, aux deux jambes des taches qui m'avaient mis en méfiance.

Que pouvaient être ces macules arrondies, à bords estompés, les unes jaune verdâtre, les autres violacées, quelques-unes encore rouges, assez animées, qui des deux côtés, presque confluentes, occupaient à peu près sur toute leur hauteur les faces antéro-internes des jambes ? Des ecchymoses, dont nous savons que c'est le lieu d'élection chez nos polissons qui tombent et se cognent ? Hypothèse inconciliable avec la confluence, avec l'aspect inflammatoire, surtout avec ce fait, vérifié en glissant les doigts sur la région, que le plan sous-cutané était encore un peu infiltré, œdémateux, la peau étant d'ailleurs devenue indolente à la pression. Un reste de lymphangite nodulaire ? Avec cela n'allaient ni la bilatéralité des lésions, ni la largeur assez grande de la zone atteinte.

Et puis, pourquoi ces discussions de diagnostic ? Mettez-vous dans l'œil cet aspect et souvenez-vous que c'est avec certitude — toutes réserves faites sur ce qu'est la certitude clinique — celui d'une poussée d'érythème noueux en décroissance, aux environs du 15<sup>e</sup> jour. La mère nous raconte, en effet, qu'il y a 15 jours, à la suite d'une longue marche, l'enfant se plaignit des jambes, eut la fièvre et vit le lendemain que les vêtements des régions douloureuses étaient gonflés, rouges, parsemés de nodosités. Cela dura en cet état pendant une dizaine de jours, et nous sommes entrés depuis 3 à 4 jours dans la période de décroissance.

L'érythème noueux ainsi caractérisé est fréquent chez les enfants, et souvent nous avons l'occasion de l'observer, parce que le garçon préposé à la porte a coutume d'envoyer à la consultation de chirurgie les sujets qui consultent pour « mal jambes ». Et je dois vous mettre en garde contre des erreurs que souvent vous commettez à la période aiguë, en croyant, chez les fébricitants, à de la lymphangite, à de l'ostéomyélite; vous n'accordez pas aux nouures rouges, vues et palpées, l'attention qu'elles méritent.

On a beaucoup écrit sur cet érythème noueux, aujourd'hui appelé érythème polymorphe, parce qu'on a reconnu son association fréquente à des dermatoses aiguës, d'aspect différent mais de même nature. Je ne m'occupe pas de cette discussion, les cas observés par nous en chirurgie étant exclusivement relatifs à l'érythème noueux des jambes, tel que le comprenaient nos devanciers, tel qu'en particuliers vous en trouverez la vivante description dans les cliniques de Trousseau. Nous savons que c'est une maladie infectieuse, dont nous ne connaissons d'ailleurs pas le microbe spécifique, et c'est ainsi que nous interprétons son lien, depuis longtemps reconnu, avec les angines, avec le rhumatisme articulaire aigu.

Notre malade, à ce point de vue, me paraît offrir quelque intérêt, car l'interrogatoire nous apprend d'abord que la maladie actuelle est venue peu après une angine aiguë, avec forte fièvre, ayant 5 semaines de date; après une bonne sé-

maine, il est vrai, de santé en apparence parfaite. Car il nous apprend, en deuxième lieu, qu'il y a un an, cette fois encore avec une angine, l'enfant a subi aux deux cous-de-pied un gonflement rouge et douloureux, avec fièvre, guéri en 4 à 5 jours par le repos au lit, le régime lacté et des applications locales de compresses humides.

Tels sont les renseignements qu'en trois ou quatre questions précisés votre camarade eût obtenus si la peau des jambes lui avait frappé le regard, et cela lui eût évité une erreur de diagnostic. L'épanchement dans le genou est certain et assez abondant, mais il est assez douloureux à la pression et aux mouvements; il n'est vieux que de 4 jours, et nous devons dès lors le rattacher à la maladie infectieuse qui chez notre malade évolue depuis 15 jours, depuis 5 semaines même, probablement, si nous faisons tout remonter à l'angine. En sorte que la similitude devient grande avec l'angine et les arthrites aiguës d'il y a un an.

Je n'entreprendrai pas d'étudier dès lors ce que sont, rhumatisme ou pseudo-rhumatisme, les complications articulaires des angines aiguës, pas plus que je ne m'occuperai des rapports entre l'érythème polymorphe et le rhumatisme articulaire aigu.

Nous avons seulement à retenir que nous sommes en présence d'une arthrite subaiguë du genou, avec épanchement, chez un garçon de 10 ans atteint 10 jours auparavant d'érythème noueux, un mois avant d'angine aiguë, un an avant d'une autre angine aiguë avec manifestations articulaires.

Aussi devions-nous, en principe, ne pas mettre la tuberculose en jeu, et admettre que cette arthrite traitée par la ponction et la compression ouatée, allait vite guérir.

La ponction fut donc pratiquée dès le 6 juin, jour de l'admission. Était-elle indispensable? Je n'oserais l'affirmer, mais sûrement elle n'était pas nuisible; très probablement elle favorisait la rapidité de la cure; d'autre part, elle nous permettait de vérifier par la cytologie la nature de l'épanchement. Nous obtenons un liquide citrin mais fortement louche, presque séro-purulent, où nous trouvâmes au micros-

cope quelques globules de pus et des leucocytes polynucléaires en nombre énorme ; aucun micro-organisme ne peut être décélé, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en avait pas. En tout cas, cette cytologie n'est en rien celle des hydarthroses tuberculeuses subaiguës.

Nous ne pouvions être certains dès le premier jour, sans doute, que les choses en resteraient là et qu'il ne surviendrait pas une suppuration franche exigeant l'arthrotomie. C'était très peu probable, toutefois, avec un liquide sinon stérile, au moins bien peu infecté, et nous n'avons pas été surpris que dès le lendemain la température ait passé de 38°2 à 27°2; que le liquide ne se soit pas reproduit dans le genou; que l'état saburral de la langue ait disparu en 2 à 3 jours; qu'aujourd'hui enfin, au bout de 8 jours, l'enfant soit guéri, prêt à nous quitter.

---

## La maladie pourprée de Werlhof (purpura)

---

La *maladie de Werlhof* est un trouble de nutrition résultant d'une toxi-infection intestinale qui agit sur les nerfs vaso-moteurs et se manifeste par une vaso-dilatation donnant naissance à une extra-vasion sanguine, à différents endroits de la peau et des muqueuses (pélioïse et purpura). Ces tâches de pélioïse, de purpura siègent ordinairement sur la peau des membres inférieurs et occupent la région des follicules pileux; en même temps de petites hémorragies capillaires apparaissent sous les muqueuses du nez, de la bouche, du voile du palais, quelquefois sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin et plus rarement dans les organes internes (endocarde, rein, cerveau).

Dans cette affection il n'existe pas, comme dans le scorbut, des infiltrations sanguines dans les muscles ou sur les gencives; l'état général révèle, en certains cas, une forme

typhique apparemment grave ; la langue devient sèche, la prostration considérable, la rate congestionnée, etc., mais le plus souvent la température est peu élevée ou fait complètement défaut.

Sous le traitement diététique et avec une médication hépatique et tonique, tous ces symptômes s'amendent rapidement. L'on recommandera un repos absolu et une diète au lait stérilisé ou homogénéisé et des bouillies faites avec la crème de riz et le babeurre.

*Comme antiseptique intestinal et stimulant hépatique :*

Calomel .....	16 milligr. (1/4 de grain)
Menthol .....	10 milligr. (1/6 de grain)
Bicarbonat de soude.....	12 centigr. (2 grains)
Eucalyptol .....	3 gouttes

pour une capsule ou pour une poudre (chez l'enfant), à prendre le soir trois heures après le lait, durant deux ou trois jours.

Pour combattre la vaso-dilatation et l'extravasation sanguine l'on prescrira alternativement tous les deux jours l'ergotine 12 à 24 centigr. (2 à 4 grains) et l'hydrastis canadensis 5 à 30 gouttes d'extrait fluide, deux par jour.

*Comme tonique :*

3 à 10 gouttes de fer colloïdal (fer dialysé), trois fois par jour.

Ou :

Perchlorure de fer .....	5 à 20 gouttes
Glycérine .....	30 grammes (1 once)
Sirop de menthe .....	60 grammes (2 onces)

Une cuillerée à thé avec un peu d'eau trois fois par jour après les repas.

Ou :

Teinture de noix vomique..	60 gouttes
Glycérine .....	30 grammes (1 once)
Sirop de quinquina .....	90 grammes (3 onces)

Une cuillerée à thé avec un peu d'eau trois fois par jour avant les repas.

Chlorure de calcium ..... 2 grammes (33 grains)  
 Sirop de menthe ..... 30 grammes (1 once)  
 Eau bouillie ..... 90 grammes (3 onces)

Une cuillerée à thé matin et soir après les repas.

Les tâches purpuriques seront traités par des applications locales antiseptiques et par des pansements avec une solution de tannin ou de nitrate d'argent à 1 p. 100.

Chez l'enfant la maladie évolue rapidement vers la guérison en deux ou trois semaines.

### Les Séquelles de la méningite cérébro-spinale

Si la méningite cérébro-spinale est de toutes les inflammations méningées celles qui comporte le meilleur pronostic *quoad vitam*; elle a, par contre, des suites assez sérieuses. C'est ainsi que sur 80 malades traités durant les trois années 1905, 1906, 1907, à la Maison de Santé de Posen, 50 moururent, 27 survécurent. De l'étude des 27 observations des survivants, l'auteur, arrive aux conclusions que voici :

1° Les cas légers ont guéri complètement sans le moindre trouble du fonctionnement physique et intellectuel des sujets;

2° Les cas graves peuvent guérir sans troubles consécutifs surtout chez les enfants; mais les adultes sont susceptibles de présenter encore au bout de deux ans et demi des troubles morbides variés : céphalée, perte de la mémoire, faiblesse des bras et des jambes;

3° L'hydrocéphalie survient parfois assez tard, après quatre semaines d'une convalescence apparente;

4° La surdité, due à une lésion labyrinthique, est une complication la plus à craindre. Elle persiste alors que les phénomènes paralytiques ont depuis longtemps cédé;

5° Le séro-diagnostic peut se montrer positif très longtemps après la guérison (dans 2 cas au bout de deux ans).

## La sclérose en plaques et l'hystérie

Par M. le Professeur RAYMOND

---

La sclérose en plaques s'est développée chez une fillette de 13 ans, dont l'histoire est particulièrement intéressante parce qu'elle a pu être suivie dès le début, et parce que, chez elle, la maladie organique est associée à la névrose.

Cette malade est âgée aujourd'hui de 17 ans et demi. Elle est venue une première fois, à la Salpêtrière, à 13 ans. La mère raconta qu'elle avait été prise de lourdeur de la jambe gauche, à la suite d'une chute en descendant un escalier. Elle présentait une paralysie flasque, qui guérit par persuasion. Une autre fois, elle devint astasique-abasique et guérit de la même façon, si bien qu'on avait cru être en présence d'accidents purement hystériques. Cependant M. Raymond avait, dès cette époque, fait des réserves, en raison de la constatation d'un signe de Romberg et d'une exagération des réflexes.

Actuellement, la malade marche en titubant. Il y a une exagération des réflexes achilléens et rotuliens. Pas de trépidation spinale. Réflexe de l'orteil en extension. Sensibilité conservée. Pas d'atrophie. Pas de troubles sphinctériens. Un peu de nystagmus. Des points d'hyperesthésie très nets. Des phénomènes très nets d'asynergie.

Il y a du rire spasmodique et de la faiblesse de l'attention.

C'est une sclérose en plaques, doublement intéressante parce qu'elle a commencé à 13 ans, ce qui est rare, et d'autre part, parce que si les lésions cérébrales et cérébelleuses ne sont pas douteuses, s'il s'agit bien d'une sclérose en plaques, à forme congénitale, endogène (résultant d'une prolifération de la névralgie), il y a en même temps autre chose.

Il est impossible d'expliquer tout le tableau clinique simplement par une sclérose en plaques. Il y a un état névropathique surajouté, démontré par l'existence d'une hystéralgie de la région dorsale, que l'on constate aujourd'hui, et par les paralysies flasques antérieures, qui disparaissent sous le sommeil hypnotique. On peut affirmer que la malade est hystérique.

Comme traitement de la sclérose en plaques, M. Raymond recommande l'emploi des rayons X, l'administration à l'intérieur, par périodes de quinze jours, d'iodure de potassium associé, soit à l'argent colloïdal, soit au seigle ergoté (un centigr. et demi). Quoique ce soit une affection incurable, on doit tout tenter pour l'enrayer. L'exemple de la syringomyélie, autre maladie qu'on a considérée comme incurable, et qu'on arrive aujourd'hui à enrayer dans la majorité des cas par l'emploi des rayons X, est fort démonstratif et encourageant à cet égard.

---

## Les abcès rétro-pharyngiens

Par M. le Docteur VARIOT

---

L'abcès rétro-pharyngien ne se présente pas toujours avec son cortège d'accidents habituels (fièvre, gonflement, gêne de la déglutition). Les signes peuvent être très atténués et consister seulement en légère gêne de la déglutition. La bouche est entr'ouverte; l'enfant semble peu incommodé. Un enfant est envoyé ces jours derniers à la consultation avec le diagnostic d'hypertrophie de l'amygdale. Au fond de la gorge, fait saillie en effet une masse du volume d'un œuf de pigeon et cette masse n'est pas médiane; elle siège du côté droit. Seulement il ne s'agit pas de l'amygdale. La masse est indépendante de l'amygdale et est en rapport avec la paroi

pharyngée; de plus elle est tendue et fluctuante. Un abcès rétro-pharyngien est en cause. L'ouverture de ces abcès, si elle est aisée, peut donner lieu à des catastrophes, deux fois M. Variot a vu la mort survenir par syncope. L'irruption du pus dans les voies aériennes n'est pas la cause de ces morts subites. Il n'y a pas d'asphyxie. La mort est immédiate au moment de l'ouverture de l'abcès. Cette mort est produite par un réflexe inhibiteur, qui agit sur la respiration et le cœur. La respiration artificielle, l'électrisation ne servent de rien pour ramener la vie.

Le plus simple est de chercher à éviter l'accident. On a supposé que la décompression brusque qui suivait l'ouverture de l'abcès avait amené la production de ce réflexe inhibiteur. C'est possible. En tous cas, rien n'empêche d'ouvrir la poche purulente en deux fois: tout d'abord une ponction avec la seringue de Pravaz qui vide légèrement la poche, puis le lendemain l'ouverture large au bistouri.

En tout état de cause, il convient de prévenir la famille d'un accident improbable, il est vrai, mais possible et l'on demandera l'assistance d'un confrère. C'est toujours une bonne précaution qui allégera, en cas de mauvaise chance, la responsabilité du médecin qui opère.

On aurait pu chez le malade présent, croire à un abcès froid d'origine osseuse. L'absence de symptômes locaux appréciables et de fièvre aurait pu faire pencher vers ce diagnostic. Il n'en fut rien. L'ouverture de l'abcès montra un pus crémeux et bien lié qui n'avait rien du pus séreux propre à la tuberculose.

---

*L'esprit se développe en mettant d'abord en jeu un petit nombre de ses facultés actives et graduellement il arrive à mettre simultanément en activités toutes les facultés qu'il possède; ainsi l'enseignement doit débiter par un petit nombre de sujets, puis augmenter successivement et finir par traiter tous les sujets de front.*

### Le sang dans le rachitisme

Par M. le Professeur WILLIAM OSLER (d'Oxford).

Les battements de la crosse de l'aorte, dans l'insuffisance aortique, simulent parfois un anévrisme. Les lésions mitrales peuvent aussi s'accompagner d'un faux syndrome anévris-matique. Celui-ci est réalisé par la dilatation de l'oreillette gauche, la compression du récurrent, une dyspnée paroxys-tique, la cyanose; la voix bilonale avec paralysie d'une corde vocale et même une impulsion appréciable dans le 2<sup>e</sup> espace intercostal gauche. Les troubles laryngés sont constants et précèdent de longtemps les autres signes cliniques.

Le récurrent est comprimé entre l'aorte et l'oreillette ou bien par les veines pulmonaires distendues. Les deux récur-rents peuvent être paralysés par atrophie consécutive à l'é-longation du nerf sous le poids du cœur.

W. Osler rapporte 3 cas de ce syndrome rare.

À signaler le bénéfice temporaire que 2 de ses malades ont obtenu par l'administration de la digitale et des cardio-toniques.

### Doit-on pratiquer l'appendicectomie au cours des laparotomies gynécologiques ?

Par M. le Docteur WEISWANGE (de Dresde).

Weiswange, depuis sept ans, s'occupe à examiner ma-croscopiquement et microscopiquement tous les appendices et il prétend qu'il est impossible d'affirmer, d'après le seul examen macroscopique, l'intégrité de l'appendicite. Il cite l'exemple suivant :

Une femme de 38 ans fut opérée d'une double salpingite suppurée : l'ovaire droit, reconnu sain, fut conservé en gran-

de partie ; l'appendice examiné parut sain et fut laissé en place. La malade fit de la fièvre, et, le 9<sup>e</sup> jour, on dut ouvrir une suppuration de la paroi.

Deux mois plus tard, nouvel abcès de la paroi à droite. La malade ne guérissant pas et se plaignant de douleurs abdominales, on pratiqua le toucher, qui montra un empâtement à droite. Au bout de quelque temps, nouvelle suppuration au niveau de la cicatrice ; il se forma à ce niveau une fistule intermittente. Pensant à une suppuration de l'ovaire laissé en place, on fit une nouvelle laparotomie ; on trouva l'ovaire sain, mais l'appendice enflammé et adhérent, venant s'ouvrir par son extrémité à la partie profonde de la fistule.

Depuis ce cas, Weiswange extirpe systématiquement l'appendice au cours de ces laparotomies et jamais il ne s'en est repenti. Il laisse, par contre, l'appendice lorsque son extirpation pourrait compromettre le résultat de l'intervention, et spécialement dans les cas où l'appendice, plus ou moins oblitéré, est enfoui dans des adhérences solides qui ne se sont manifestées par aucun signe clinique.

---

### **La rupture de la poche des eaux pour provoquer l'accouchement prématuré**

Par M. le Docteur VON HERFF

On sait la tendance de plus en plus marquée des accoucheurs modernes à recourir de préférence aux interventions sanglantes et, en particulier, à l'hémostéotomie, dans les cas de viciation pelvienne. Or c'est cette tendance que von Herff s'efforce de combattre en montrant que cette chirurgie obstétricale est plus meurtrière — tout au moins pour la femme — que l'accouchement prématuré provoqué suivant les méthodes classiques, en particulier par la rupture artificielle de la poche des eaux.

En effet, si l'on s'en rapporte à une statistique récente rassemblée par un des assistants de von Herff, Schlüssli, on voit que 700 hébostéotomies ont donné une mortalité maternelle de 4,9 pour 100 et une mortalité fœtale de 9,6 pour 100, sans parler d'un pourcentage appréciable de complications (blessures de la vessie, etc.). Or la mortalité dans l'accouchement prématuré artificiel atteint à peine, pour les mères, 1 pour 100; il est vrai que les enfants succombent dans la proportion de 20 pour 100; von Herff — qui, on le voit, fait passer l'intérêt de la mère avant celui de l'enfant — en conclut que l'hébotomie ne supporte pas la comparaison avec l'accouchement prématuré artificiel, et cela d'autant moins qu'il s'agit là d'une opération qui n'est pas à la portée de tous les praticiens, qui exige un matériel, un local, des aides qu'on ne trouve pas partout, alors que l'accouchement provoqué est praticable en tous lieux et par tout médecin, surtout si l'on a recours au procédé très simple et très efficace de la rupture de la poche des eaux. Voici comment von Herff conseille de procéder :

A l'aide du spéculum ou, plus facilement encore, en se servant de l'index gauche comme guide, on introduit dans le col utérin un des modèles de perforateurs spécialement construits pour pratiquer la rupture des membranes (von Herff en a lui-même imaginé un). Quand l'extrémité de cet instrument a franchi l'orifice interne du col, on en écarte les branches, on saisit un pli de membranes aussi large que possible et on le déchire. Dans certains cas, il faut s'y reprendre à plusieurs fois avant de réussir à provoquer l'écoulement d'une quantité suffisante (50 à 100 centimètres cubes) de liquide amniotique.

La rupture de la poche des eaux ne peut donner de résultats que dans les présentations de la tête ou du siège. Dans les cas de présentation de l'épaule, il est de toute nécessité de transformer d'abord cette présentation — par des manœuvres de version externe, faites, au besoin, sous chloroforme — en présentation de la tête ou du siège : au cas où ces manœuvres ne réussiraient pas, il faudrait recourir à une autre méthode pour délivrer la femme.

L'accouchement prématuré artificiel ne doit pas être provoqué — quand on tient à sauvegarder la vie de l'enfant — avant la 36<sup>e</sup> semaine de la grossesse.

Sur 100 accouchements de ce genre pratiqués à sa clinique, pour bassin rétréci, von Herff a noté une durée moyenne de travail de 26 heures 1/2. 22 parturientes ont présenté une légère élévation de température soit pendant le travail même, soit dans les suites de couches, mais sans autres conséquences fâcheuses; 1 femme a succombé à une hémorragie par inertie utérine. Sur 101 enfants, 86 sont venus au monde vivants; 5 ont succombé dans les premiers jours de leur naissance; les autres ont pu être élevés.

---

**Abcès appendiculaire chez un enfant de 27 mois.**  
**Analyse des cas d'appendicite infantile de l'hôpital**  
**John Hopkins**

Par M. le Docteur J. W. CHURCHMAN (de Baltimore)

---

A l'occasion d'un cas personnel, Churchman fait une étude sur les cas d'appendicite infantile (c'est-à-dire survenant chez des enfants de moins de 5 ans) observés au John Hopkins Hospital, à Baltimore. Le registre de l'hôpital comprend 1.223 cas d'appendicite dont 9 seulement sont des cas d'appendicite infantile, soit 0,735 pour 100. Sur les 9 petits malades, 6 sont des garçons. Chez 5 enfants, il n'y avait pas d'histoire de crise antérieure et cependant, chez ces malades, on trouva, à l'opération, l'appendice perforé, d'où formation d'abcès localisé (3 cas où production de péritonite généralisée (2 cas). Les 4 autres sujets accusaient des crises antérieures plus ou moins nettes.

Le diagnostic de l'appendicite infantile est parfois très difficile: à cet égard, 3 observations de Churchman sont fort instructives. L'un des petits malades avait été soigné pendant 3 semaines pour une coxalgie au début; il ne présentait

d'autre signe qu'une légère claudication droite. Même sous le chloroforme, on avait conclu à une arthrite tuberculeuse. En fait, le diagnostic ne fut élucidé que lorsqu'un abcès à contenu fécal vint se faire jour au-dessus de l'arcade crurale. — Un autre cas avait été pris au début pour une méningite cérébro-spinale à cause de la prédominance des signes nerveux, mais l'apparition d'une masse dans la fosse iliaque droite fit cesser l'erreur. — Le 3<sup>e</sup> cas (celui qui précisément a été le point de départ du travail de Churchmann) est celui d'un enfant de 27 mois entré à l'hôpital avec le diagnostic de calcul vésical. Il n'existait à ce moment que des signes urinaires. Le petite malade était apyrétique et ne présentait aucun phénomène du côté de l'abdomen. L'exploration de la vessie fut négative. Après une période d'accalmie, les phénomènes aigus réapparurent. Cette fois, il se forma un abcès appendiculaire et on trouva à l'opération les traces d'une pelvi-péritonite qui avait donné lieu à l'erreur de diagnostic.

Il résulte de ces quelques exemples que, chez l'enfant, des signes urinaires ou des signes d'arthrite coxo-fémorale feront penser à la possibilité d'une appendicite; toute douleur abdominale sera, jusqu'à plus ample informé, prise pour une douleur appendiculaire. Dans les cas difficiles, le toucher rectal sous chloroforme permettra de sentir un empâtement à droite s'il s'agit d'appendicite.

Les lésions trouvées à l'opération dans les 9 cas se répartissent ainsi :

Péritonite généralisée sans perforation de l'appendicite .....	1 cas.
Péritonite généralisée avec perforation de l'appendicite .....	4 cas.
Péritonite généralisée en voie de développement....	1 cas.
Abcès circonscrit .....	4 cas.
Adhérences de neo-formation .....	1 cas.
Appendicite perforé avec péritonite séreuse .....	1 cas.

Dans 4 cas, il se produisit consécutivement une occlusion intestinale qui, dans 2 cas, nécessita une entérotomie.

Sur des 9 cas rapportés par Churchman, on compte 2 morts : ce sont les 2 cas où la péritonite était déjà généralisée au moment de l'opération. L'intervention doit donc être précoce; les statistiques montrent d'ailleurs que la mortalité est bien plus élevée chez les malades qui sont opérés tardivement. Autant que possible, il faut toujours enlever l'appendice séance tenante, à moins que l'état du malade ne force à pratiquer une opération aussi courte que possible ou encore lorsque l'organe ne peut être isolé sans effondrer des adhérences protectrices. On se contente alors d'inciser l'abcès et on enlève l'appendicite dans une séance ultérieure.

---

### Opothérapie Hématique

---

Toutes les fois qu'une glande ou un groupe de cellules spécial est mis en état d'insuffisance, il est indiqué de rendre à l'organisme les substances qui lui font défaut. Donner de la pepsine à un estomac déficient, de l'enterozymase à un intestin parésique, de l'extrait ovarique à une femme dont l'ovaire a sa fonction troublée, sont des indications aujourd'hui courantes et scientifiquement admises. C'est le principe de la médication opothérapique.

Il s'applique de la façon la plus rationnelle dans le traitement des anémies. Quand l'hémoglobine vient à manquer dans le sang, il est naturel de l'y ajouter. Bunge et d'autres auteurs ont établi que le traitement des anémies par les ferreux minéraux est un contresens; les préparations d'hémoglobine sont celles qui sont ici rationnelles, mais elles doivent être très pures.

Ces considérations biologiques expliquent les succès considérables obtenus dans les hôpitaux de Paris avec le sirop d'Hémoglobine Deschiens.

==== PHLÉBITES ====

ENFLURES & FAIBLESSES

==== DES JAMBES ====

**V A R I C E S**

Les *Bas élastiques perfectionnés de A. CLAVERIE* sont tissés spécialement pour chaque cas particulier, et sur les mesures exactes.

Ils procurent, dès leur application, un soulagement immédiat et l'arrêt instantané de tous les symptômes.

*SEULS* ils fournissent une pression rationnelle, c'est-à-dire *uniforme, régulière et invariable* et mettent de ce fait le malade à l'abri de toute complication dangereuse.

D'une souplesse et d'une douceur universellement reconnues et appréciées, les *Bas Élastiques perfectionnés de A. CLAVERIE* se moulent étroitement sur la jambe et se portent sans aucune gêne.

Ils permettent l'exercice des professions les plus pénibles, même de celles qui exigent de longues marches ou la station debout prolongée.

Recommandés par les sommités médicales à cause de leur élasticité précise, de leur confection soignée, de leur solidité à toute épreuve, ils constituent le seul traitement vraiment sérieux et vraiment efficace des dilatations variqueuses.

**A. CLAVERIE**

Spécialiste-Breveté

**234, Faubourg Saint-Martin, 234**

**PARIS**

**MAISON LA PLUS IMPORTANTE DU MONDE ENTIER**

Succursale de **MONTREAL**

Directeur : **M. ANDRÉ CLAVERIE**

**970, Rue Saint-Denis**

Téléphone : Est 6304

## Considération de pathologie générale sur le syndrome abdomino-pelvien

---

L'entité d'entéro-colite a aujourd'hui disparu du cadre nosologique ; on ne doit plus voir dans l'entéro-colopathie qu'une expression purement symptomatique traduisant la souffrance d'un organe abdomino-pelvien, que cet organe soit le foie, le rein, la vessie, l'utérus ou les trompes.

Les utérines éprouvent des troubles fonctionnels abdomino-pelviens de nature congestive, car elles appartiennent à la grande famille des neuro-arthritiques. Elles sont en général constipées, leur nutrition générale est en souffrance, l'équilibre abdominal compromis. Ce sont de véritables déséquilibres du bas-ventre qui fabriquent des réflexes congestifs et douloureux, et font du spasme avec un aisance déplorable. Cette facilité des congestions se fait sentir non seulement sur l'appareil génital et intestinal, mais aussi sur l'appareil urinaire, comme M. de Langenhagen l'a constaté souvent chez des malades présentant des symptômes de cystite et de dysurie.

Il s'agit là en somme d'un véritable syndrome pelvien, où tous les organes du petit bassin sont simultanément ou successivement intéressés. Les organes pelviens sont alors d'une susceptibilité spéciale, l'utérus est irritable ; c'est dans de pareils cas qu'il convient de se montrer très sobre d'interventions chirurgicales, cette variété de malades étant bien plus justiciable d'un traitement général que d'un traitement local. M. Richelot a fait ressortir l'influence de la diathèse dans les manifestations morbides du système utéro-ovarien, et a montré que nombre de malades qui font des poussées pelviennes, ne sont nullement guéries par l'intervention chirurgicale.

Dans tous ces exemples, il s'agit de phlégnasies génitales profondes, cellulites (reliquats péri ou paramétritiques) et

scéléroses utéro-annexielles, accompagnées ou non de déviations, de flexions utérines. La plupart de ces cas, qui sont liés à un état neuro-arthritique non douteux, se caractérisent par une tendance marquée aux stases veineuses, à une nutrition défectueuse, à une circulation pelvienne viciée : ainsi se trouvent réalisées les conditions nécessaires pour favoriser la congestion, créer du spasme et maintenir les organes pelviens en état de souffrance. Si l'utérus et les annexes jouent un grand rôle dans les perturbations fonctionnelles qu'on observe chez ces malades, il ne convient pas cependant de faire de ces organes le point de départ unique des affections douloureuses du petit bassin. Il ne faut pas davantage vouloir toujours attribuer une nature exclusivement infectieuse à ces mêmes affections. Sans doute de nombreuses bactéries sont bien souvent la cause de certains états pathologiques (gonocoque, streptocoque), mais ces agents pathogènes ne sont nullement responsables de tous les troubles qui se produisent dans les organes pelviens.

A côté des ligaments et replis péritonéaux si utiles à la stabilité de l'utérus et de ses annexes, se trouvent d'autres éléments qui jouent un rôle capital dans la nutrition de ces mêmes organes : les vaisseaux sanguins et les ramifications du système nerveux. Le petit bassin est incontestablement l'une des régions du corps où les vaisseaux sanguins sont le plus répandus ; il suffit d'avoir étudié, recherché les différents plans veineux qui environnent chacun des organes pelviens pour se convaincre de l'existence dans cette région d'un réseau vasculaire des plus riches, des plus étendus. La physiologie nous permet de comprendre l'influence capitale de ces ligaments suspenseurs ou de ce vaste réseau sanguin sur les organes génitaux ; elle montre combien le fonctionnement de ceux-ci dépend de ceux-là. Elle apprend le rôle important joué par ces ligaments suspenseurs dans la statique des organes génitaux de la femme. Qu'un de ces ligaments soit tirailé, changé de direction, aussitôt l'équilibre sera rompu, et tel organe se déplacera. On verra l'utérus basculer dans une direction donnée ou telle trompe se prolaber, entraînant avec elle l'ovaire correspondant.

D'autre part, ne sait-on pas qu'au moment des règles les organes génitaux internes se congestionnent d'une façon passive et préparent ainsi le flux menstruel ? Si cette congestion ne s'effectue pas dans des conditions suffisantes, si les vaisseaux sanguins ne remplissent pas leur rôle physiologique, il se produit une série de troubles et de perturbations, conséquences de l'équilibre circulatoire rompu. Dans tous ces cas, se rencontrent en outre à des degrés divers des déviations, du prolapsus, des ptoses.

Les symptômes névropathiques dominent toujours la scène et revêtent parfois l'allure d'une neurasthénie accentuée. Ces malades, véritables impotentes pelviennes, sont atteintes dans leur nutrition générale, viciée par un arthritisme héréditaire plus ou moins accentué.

Inutile de dire que ces malades ne sont nullement justiciables de la chirurgie, c'est au traitement général qu'il conviendra d'avoir recours. Du repos, un régime sévère, une cure thermale dans une station gynécologique d'essence sédative (Luxeuil), tels sont les moyens capables d'améliorer et guérir.

La cure thermale de Luxeuil, en particulier, est remarquable quand il s'agit de décongestionner les organes pelviens, de faciliter la résorption des exsudats, d'empêcher les adhérences, de régulariser la circulation utéro-ovarienne et de redonner de la souplesse et de l'élasticité à tous les tissus.

Si d'autre part on découvre la cause anatomique ou physiologique du déséquilibre des fonctions génitales, on pourra avoir recours à certaines pratiques de massage qui pourront être d'un grand secours.

Depuis la vulgarisation par Stapfer de la méthode de Thure-Brandt, tout le monde sait la valeur de la kinésithérapie en gynécologie. Tout le monde connaît l'influence réflexe du massage méthodique de l'abdomen sur l'appareil circulatoire général. L'effet recherché doit être obtenu non par l'action directe du massage mais par une action réflexe et le doigt vaginal n'est là que pour repérer les organes, les fixer et contrôler. Ce massage qui doit consister surtout en un

effleurage d'une grande douceur, aura pour effet de résoudre les spasmes intestinaux et de régulariser la circulation générale : son action abdominale est essentiellement sédative.

La gymnastique suédoise pourra être également mise à contribution, puisque cette gymnastique utilise une série de mouvements qui par un acte réflexe doivent agir sur les vaisseaux sanguins du petit bassin et produire, suivant les cas, une vaso-dilatation ou une vaso-contraction.

### Sténose pylorique chez un nourrisson de trois mois

Un enfant, huit jours après sa naissance, est pris de vomissements. Ces vomissements sont de plus en plus copieux, et bientôt s'établit une intolérance gastrique complète. Déprissement progressif. L'enfant est conduit à l'hôpital deux mois plus tard. Les vomissements sont plus espacés, mais beaucoup plus abondants que la tétée, après laquelle ils se produisent. Les selles sont rares, irrégulières, mal digérées. Toute thérapeutique échoue. La courbe de poids est progressivement descendante. En explorant le petit malade, on retrouve la tension intermittente de l'épigastre (phénomène de Bouveret), les ondes péristaltiques de l'estomac (phénomène de Küssmaul) et par la palpation il est possible de sentir un corps dur du volume d'une noisette, apparaissant au moment où l'estomac se contractait pour produire les ondes péristaltiques. Le corps dur correspond à la *tumeur pylorique*. Malgré une gastro-entérostomie postérieure faite le 5 mars, l'enfant meurt le 8 mars, trois mois après sa naissance. L'examen histologique du pylore rétréci montre qu'il s'agit d'une *inflammation chronique de toutes les couches du pylore avec hyperplasie musculaire*.

L'opération consistera en une *pyloroplastie* ou en une gastro-entérostomie. C'est le seul traitement qui puisse enrayer l'évolution progressive vers l'inanition complète de cette affection tout à fait rare.

## La Société Médicale de Montréal

*Présidence de M. le docteur Villeneuve.*

*M. F. de Martigny* présente un fibrome utérin extra-cavitaire et suppuré qu'il a enlevé chez une femme de 43 ans. L'opération fut longue et pénible à cause des nombreuses adhérences de la tumeur au péritoine et à l'intestin. Le diagnostic fut fait en 1907 par M. le docteur Dion qui la traita à cette époque pour une fièvre typhoïde. Depuis la malade a souffert de plusieurs attaques de péritonite circonscrite qui l'obligea à se faire opérer en mai 1908. Malgré le mauvais état de sa santé générale l'opérée se rétablit rapidement.

M. le docteur Latneille est prié de bien vouloir faire l'examen histologique de la pièce et de faire rapport.

*M. Brisset* présente deux monstres, l'un, venu à terme, chez une jeune mère de 15 ans, est unitaire autosite hyperencéphalien avec une hernie cérébrale complète, l'autre est monstre autosite sphéno-encéphalien, qui n'avait que cinq mois.

*M. Dion* lit un mémoire des plus documentés sur les rapports entre l'alcoolisme et la folie, il a observé 847 aliénés et pu trouver des antécédents alcooliques dans 46.29 p. 100 des cas. En France sur 71,551 aliénés internés, la proportion d'alcooliques est de 13.88 p. 100; ces chiffres comprennent les deux sexes, et le conférencier n'étudie que la statistique des aliénés chez le sexe mâle. L'hérédité psychasténique alcoolique conduisent à la folie dans la proportion de 42.29 p. 100; l'hérédité mentale seule dans la proportion de 18.01 p. 100 et l'hérédité alcoolique seule dans 11.96 p. 100.

*M. Villeneuve* surintendant de l'Asile de la Longue Pointe, qui étudie depuis longtemps cette importante question constate avec plaisir que M. Dion a fait un travail original qui est le premier écrit sur ce sujet dans notre province.

Le conférencier a bien mis en évidence le rôle pernicieux de l'alcool sur les facultés mentales et s'il avait pu avoir le dossier complet de ces malades il aurait trouvé que 50 p. 100 des cas de folie ont pour cause l'alcoolisme héréditaire ou acquis.

## Réception de M. Carnegie, le Roi de l'Acier

Donateur des « Bourses Curie »

Mercredi 27 mai, à midi, le Conseil de l'Université de Paris a tenu, à la Sorbonne, sous la présidence de M. LIARD, vice-recteur, une séance spéciale pour recevoir M. A. CARNEGIE, de passage à Paris. M. H. WHITE, ambassadeur des États-Unis, et M. D'ESTOURNELLES DE CONSTANT, ami personnel de M. CARNEGIE, y assistaient.

S'adressant à M. A. CARNEGIE, M. LIARD, président du Conseil de l'Université, a prononcé l'allocution suivante :

« Monsieur,

« L'Université de Paris est votre obligée.

« Au mois de Novembre 1906, vous faisiez déposer, à son nom, dans une banque de New-York, une obligation de 50.000 dollars de la Compagnie des Aciers des États-Unis, produisant, chaque année, un revenu minimum de 12.000 fr. Ce revenu était destiné par vous à créer, dans un de nos laboratoires, sans distinction de nationalité, des bourses en faveur de jeunes savants désireux de poursuivre des études sur les substances radioactives. Par le plus délicat des sentiments, qui décèle un des traits de votre caractère, vous avez voulu que cette fondation portât, non votre nom, mais celui du ménage de génie auquel la science doit la découverte du radium. Vos bourses s'appellent « les Bourses des Curie ». Nous venant d'Amérique, ce concours nous a été particulièrement précieux.

« Ce n'est pas le seul service que nous vous devons. Il en est un autre, indirect, il est vrai, réel cependant, que vous ignorez certainement, et dont la mention ne pourra que toucher votre cœur d'Écossais, fidèle au berceau. Depuis plu-

siéurs années, nous avons pour « lecteurs » d'anglais, à l'Université de Paris, de jeunes « maîtres ès arts » des Universités d'Edimbourg et de Glasgow. C'est grâce aux bourses fondées par vous dans ces Universités, qu'ils peuvent nous apporter leurs services en se contentant du modeste traitement que nous leur allouons.

« Outre ces raisons personnelles de vous remercier, nous avons d'autres raisons, plus générales, de vous saluer.

« Ce n'est pas parce que vous avez été un créateur prodigieux de richesse, que nous vous offrons ce salut, nous qui nous trouvons être, en ce moment, les représentants d'une des plus vieilles puissances intellectuelles et morales de l'ancien monde. C'est parce que vous avez professé et pratiqué, sur l'emploi de la richesse, une doctrine sans précédent.

« Un recueil de vos écrits et de vos discours a été traduit en français sous ce titre : « L'Empire des affaires. » Il est lu dans nombre de nos maisons. On m'a même cité un père de famille qui en a mis un exemplaire dans chaque pièce de son appartement, pour que ses fils l'aient toujours sous la main et sous les yeux.

« Vous y donnez les recettes de votre expérience pour réussir dans les grandes affaires. Ces recettes ne sont pas pour nous qui ne sommes pas gens d'affaires, et qui sommes trop vieux pour le devenir. Mais, avec ces recettes (et cela nous intéresse au plus haut point), vous nous avez livré le secret de votre intelligence et le secret de votre conscience.

« Au fond, sous votre sens pratique, très réaliste, vous êtes un idéaliste, un poète, — poète ne veut-il pas dire créateur ? » Les affaires, avez-vous dit, ne sont pas la vie prosaïque qu'on imagine, et plus le commerce est prospère et utile, plus il comporte de romanesque. Les plus grands triomphes commerciaux naissent du sentiment et de l'imagination, surtout quand on a le monde pour marché. »

« Et de fait, vos grandes entreprises ont été conçues et conduites comme des épopées.

« A cette philosophie du gain, vous avez ajouté, — et là est votre plus grande originalité, — une philosophie de la dépense.

« La richesse en soit ne vaut pas la peine d'être recherchée. Son acquisition, en tant que but, « est ignoble à l'extrême » ; le mot est de vous. Elle ne doit être aux mains de celui qui l'a créée, une fois mise à part la portion nécessaire à ses besoins et à ceux de sa famille, qu'un moyen d'être utile à ses contemporains. Ce que vous souhaitez dans les berceaux, ce n'est pas la fortune transmise, c'est la force des cerveaux et des volontés, avec les excitants de la pauvreté. Et quand, dans les mêlées économiques, parmi bien des vaincus, la richesse a couronné l'effort de quelques vainqueurs, à ces vainqueurs, vous imposez, comme loi, d'appliquer immédiatement, de leur vivant, la plus grande part de leur conquête « au bien général de la communauté ».

« Cette règle, vous avez commencé par vous l'appliquer à vous-même, vous rendant digne ainsi de tout respect, de toute confiance. De là, ces centaines de millions consacrés par vous, en Amérique et en d'autres pays, à des œuvres de science et d'instruction populaire. Vous vous êtes constitué de la sorte une royauté d'un genre tout nouveau, royauté sans frontière, sans charte, sans conseil de gouvernement, sans parlement, sans dynastie, royauté bienfaisante qui est vue sans ombrage, et par les antiques monarchies, et par les jeunes républiques.

« Vous êtes, Monsieur, un rare foyer d'énergie. Vous aimez les énergies : vous favorisez ce qui peut les susciter et les entretenir. L'ancien monde, à coup sûr, n'offre pas à notre énergie des champs d'action aussi vastes et aussi féconds que le nouveau, où tant d'énergies naturelles dormaient depuis l'origine des choses, attendant que la main de l'homme, armée par la science, vint les sortir de la torpeur et les mettre en valeur.

« J'ai dit : « la main de l'homme armée par la science ». en effet, l'industrie moderne, avec tout ce qu'elle enfante, a pour germes les découvertes des savants. Sur ce terrain, les énergies de l'ancien monde ne sont pas épuisées. Vous êtes ici à une de leurs sources.

C'est dans la maison voisine, de l'autre côté de cette rue, qu'Ampère a fait les découvertes sans lesquelles : ni la télé-

graphie, avec ou sans fils, ni le téléphone, ni les merveilles de l'électricité industrielle n'existeraient pas. C'est un Maître de la Faculté de médecine de Paris, Laënnec, qui a découvert l'Auscultation, méthode que les professeurs des Universités étrangères, et, tout des premiers, les médecins américains vinrent étudier à Paris, pour la répandre comme un bienfait, dans leurs pays.

« C'est dans une des maisons actuelles de l'Université de Paris, que Pasteur a inauguré cette révolution profonde et décisive des sciences biologiques qui l'a fait sacrer, dans l'Univers entier, bienfaiteur de l'Humanité. C'est dans l'Ecole de Pharmacie de l'Université de Paris, que Berthelot a réalisé, chose qui semblait impossible, la synthèse artificielle des éléments organiques, et créé toute la Chimie moderne. C'est ici même, à la Sorbonne, qu'un de ceux que voici devant vous, a inventé la photographie des couleurs. C'est dans un de ses laboratoires que s'est embrasé, pour la première fois, le four électrique de Moissan. C'est encore dans un de ses laboratoires, qu'aux mains de Curie et de Mme Curie, a scintillé, pour la première fois, la molécule du radium, ce réservoir infiniment petit d'une infiniment grande énergie.

« Mais je m'éloigne de mon propos, qui est de vous remercier. Le nom des Curie m'y ramène, puisque c'est leur laboratoire qui a profité de votre libéralité. L'Université de Paris vous salue et vous remercie comme un bienfaiteur. Et avec ce remerciement verbal, dont Elle a tenu à consigner l'expression aux procès-verbaux de son Conseil. Elle vous prie d'agréer, en souvenir de cette séance, un exemplaire de sa médaille. »

\* \* \*

M. A. CARNEGIE répond dans les termes suivants .

« Il me semble être entré, ce matin, dans une nouvelle sphère d'existence. Souvent il m'est arrivé, avant ce jour, de me trouver devant des corporation et des assemblées pour y recevoir quelque marque de sympathie. Mais cette journée a une saveur spéciale. J'ai l'impression, après avoir gravi laborieusement pics après pics, de me tenir enfin sur le sommet suprême.

« On m'avait conseillé de préparer un discours pour la circonstance, mais je me suis dit que toute parole étudiée serait au-dessous de ce que devrais exprimer, et je me suis décidé à vous parler simplement, suivant l'inspiration de mes sentiments. Je donnerais bien quelques millions aujourd'hui, pour avoir la maîtrise instantanée de la langue française, mais les millions n'y feraient rien. Je vous prie de m'excuser, si je fais usage de ma langue à défaut de la vôtre.

« Après ce que j'ai entendu et ressenti ce matin, je me demande quel témoignage je puis bien espérer à l'avenir qui ait une égale valeur pour moi. Je ne puis plus rien imaginer. La Sorbonne m'a fait une allocution qui va bien au-delà de mes pensées les plus ambitieuses et de mes mérites réels. En cela elle a donné une preuve de plus de l'imagination nationale. Le portrait qu'elle a fait de moi ne ressemble guère à l'original. Ma vie et mes actions ont été placées sous un jour bien trop grandiose. Mais, malgré cela, j'ai senti tout le temps que mes intentions étaient bien mieux comprises ici qu'elles ne le sont ailleurs.

« Je ne m'en étonne pas. Mes sympathies pour vos grands hommes sont anciennes et comme instinctives. Votre Pasteur est un de nos héros. Aussi ai-je été contributeur anonyme au fonds Pasteur.

« J'ai été heureux de voir que, quand certains de vos journaux firent voter sur la question de savoir quels étaient vos dix concitoyens les plus illustres, Pasteur fut, par 2.300.000 voix (je crois), proclamé le premier homme de France. Hugo venait en second. Quant à Napoléon mérite-t-il qu'on glorifie son nom ? Assurément pas pour ses œuvres guerrières. Il a pourtant un titre à la reconnaissance : c'est d'avoir réorganisé la France après la Révolution, et, parmi ses mesures de réorganisation, une des plus dignes de gratitude est la fondation de l'Université de France.

« C'est, en effet, dans les Universités qu'il faut chercher la source du vrai progrès. Je connais, pour ma part, les présidents de presque toutes nos Universités d'Amérique. Un jour que j'avais l'honneur d'en réunir vingt-cinq chez moi,

je leur ai dit : « J'ai, aujourd'hui, l'honneur de « toute ma patrie sous mon toit. » Est-ce que les maîtres des Universités ne sont pas les guides tout désignés de leurs concitoyens ? Aujourd'hui, les professeurs des Universités américaines, par leurs mérites, atteignent enfin la place qui leur est due ; ils sont en train de devenir les maîtres de l'opinion publique.

« Ils sont aussi à la tête du progrès scientifique, et sur ce progrès reposent tous les autres. Dans un discours qu'il faisait à Londres, il y a quelques jours, M. Balfour disait, avec raison, qu'il n'y avait pas de fonds aussi bien employés que les fonds destinés aux recherches scientifiques. En Amérique, nous donnons beaucoup pour les recherches.

« Qu'on pense à la construction de vaisseaux de guerre destinés à détruire d'autres vaisseaux, et que l'on compare l'emploi des sommes immensément nécessaires pour les construire, à la richesse qui sera produite par les caisses de recherches scientifiques !

« Quel contraste entre ces inventions meurtrières et votre Sorbonne où sont élaborées tant de découvertes, qui ont la paix pour objet et pour résultat, qui visent au progrès pacifique du monde !

« Je pense en ce moment à notre écrivain écossais, George Buchanan, qui est venu étudier en Sorbonne jadis. De retour en Ecosse, il se montra en plein xvi<sup>e</sup> siècle, partisan d'une réforme parlementaire. Il fit un livre sur ce sujet, qu'il adressa au jeune roi Jacques avec ces mots : « Je vous envoie ce livre pour que vous y appreniez vos devoirs. » Et il ajoutait que les rois ne sont à honorer que s'ils font du bien à leur peuple, qu'ils ne sont rois que pour faire le bonheur de leur peuple.

« Ayant sur ce sujet les mêmes sentiments, l'Amérique et la France sont sûres de se retrouver du même côté comme jadis, quoi qu'il arrive dans le monde. De même l'Ecosse et la France ont été amies pendant tous les âges de leur histoire.

« Quant à moi, qui ai pour terre natale l'Ecosse, pour pays d'adoption l'Amérique, j'ose dire que je suis d'instinct l'ami de la France et me sens presque Français. »

## Informations Scientifiques

---

C'est à juste titre que les « véritables grains de santé du D<sup>r</sup> Franck » jouissent en France comme à l'Étranger d'une grande réputation, ils sont un laxatif de choix et ils constituent le remède par excellence contre la constipation.

Les véritables grains de santé du D<sup>r</sup> Frank ne sont pas un composé secret, leur composition est rigoureusement similaire à la formule portant le n° 603 dans le Codex Français édition 1866. Cette formule date du siècle dernier (Décret de S. M. I., 25 Prairial an XIII), elle est due au docteur Rouvière médecin Français de Paris, il surveillait lui-même avec un soin jaloux la qualité des ingrédients et la préparation, exigeant que chaque grain fut fait à la main et non à la machine, cette tradition est encore rigoureusement observée de nos jours. Uniquement composés de substances végétales, les Grains de Santé du D<sup>r</sup> Franck sont à la fois Purgatifs, Dépuratifs, Antiseptiques.

Nul n'ignore aujourd'hui que le tube digestif, dans son entier depuis A jusqu'à Z est habité par de nombreuses colonies de microbes d'une prodigieuse pullulation, si quelques-uns se montrent utiles aux mutations nutritives, d'autres au contraire sont à redouter parce qu'ils secrètent des poisons organiques ou toxines de la plus grande activité (Medtchinkoff de l'Institut Pasteur « Faune et Flore microbienne de l'intestin »). Le séjour des matières dans l'intestin et leur accumulation favorise singulièrement le développement de ces microbes dangereux; il donne lieu à des gaz et à des fermentations plus ou moins toxiques dont l'influence sur l'organisme peut avoir les plus funestes conséquences.

« Que d'accidents disait le célèbre professeur Trousseau, dont la cause reste ignorée, et qui sont dus à un état de constipation.

On ne saurait mieux dire en peu de mots et l'on est en droit de se demander si les microbes de Laffler, d'Eberth, de Roch n'ont pas pour origine l'infection du tube intestinal; mais il n'est pas douteux que bien des maladies pourraient être évitées par de sages mesures hygiéniques, en veillant avec soin à l'assainissement des voies digestives. Il y a donc une nécessité impérieuse et un intérêt capital à chasser de notre corps les résidus de la digestion et les toxines dangereuses auxquelles elles donnent naissance.

Les Grains de Santé du Dr Franck remplissent entièrement ce but, car ils sont à la fois purgatifs et antiseptiques. Les nombreux médecins qui les ont prescrits en France ont obtenu les meilleurs résultats dans les toxi-infections d'origine alimentaire, l'atonie ou la paresse de la muqueuse intestinale et pour combattre toutes les causes d'auto-intoxications.

En France les « Véritables Graines de santé du Dr Franck » sont d'un usage constant dans plusieurs services d'hygiène ou de nombreux succès ont été obtenus.

Les médecins Canadiens peuvent donc recommander avec confiance les Véritables Grains de Santé du Dr Franck sans manquer au devoir de la déontologie professionnelle, et ils rendront les plus grands services à leurs malades.

Prière d'écrire à T. Leroy, 96, rue d'Amsterdam, Paris, pour recevoir gratis et franco une boîte échantillon.

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

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

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

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

Maison HENRY MURE, A. GAZAGNE, 1<sup>er</sup> de 1<sup>re</sup> classe, gendres et succ<sup>rs</sup>, Pont Saint-Esprit (Gard).