

**PAGES**

**MANQUANTES**

Le

# Montréal-Médical

REVUE MENSUELLE

UNE PIASTRE PAR ANNEE

MEDICINE

SANTÉ

CHIRURGIE

THERAPEUTIQUE

## Sommaire

Quel est le pronostic du Cancer, par M. le Professeur RECLUS (suite de la page 63) ..... 287

Est-ce une appendicite ou une typho-colite, par M. le Professeur DIEULAFOY..... 274

Considerations cliniques et thérapeutiques sur l'ulcère de l'estomac, par M. le Docteur D.-E. LE CAVALIER..... 275

Le Tabes et la Chirurgie, par M. le Professeur DENOVE..... 279

Dans l'infection hépatique, peut-il exister des thromboses biliaires..... 286

Clinique sur les traumatismes et les maladies par M. le Professeur ROUTIER..... 287

Les causes, la nature et le traitement de l'artério-sclérose, M. le Dr HUCHARD..... 296



Les Hémorragies de la vessie et leur traitement, par M. le Professeur ALBARRAN..... 297

L'évolution et le traitement des gastro-entérites..... 299

Comment traiter l'hypotrophie dans le rachitisme, par M. le Docteur VARIOT..... 301

Le traitement intra-utérin de la salpingo-ovariite, par M. le Professeur SPINELLI..... 302

Quelles sont les causes et quel est le traitement de la névrose prémenstruelle chez les jeunes filles..... 304

Des cirrhoses alcooliques avec ulcère..... 307

L'opération à l'hôpital ou à domicile..... 308

Intérêt professionnels: Les devoirs des médecins consultants..... 310

Les néphrites latentes..... 311

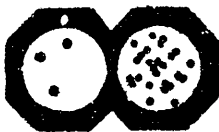
Le Congrès de Québec..... 313

Informations scientifiques..... 318

LA PUBLICITÉ GÉNÉRALE

COMMOS LEE

440, RUE SAINT-DENIS, MONTREAL



## HÉMOGLOBINE DESCHIENS

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

DÉPÔTS

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

## Le pronostic du Cancer

PAR M. LE PROFESSEUR RECLUS

*suite de la page 63*

~~~~~

Que savons-nous, par exemple, des épithéliomas de la langue? En dehors de nos épithéliomas en surface de la muqueuse leucoplasique, nous déclarons ce cancer le pire des cancers, et Denonvilliers pouvait dire : tout cancroïde ulcéré de la langue meurt dans l'année. L'ablation large et précoce est trop souvent impuissante, malgré les affirmations contraires de Poirier et comme le prouvent les statistiques du même Poirier. Et cependant que de cas où contre toute espérance, des cancers de la langue n'ont pas récidivé après l'extirpation ! Dans une statistique ancienne, Trélat n'en relevait que treize ; quels chiffres deux ou trois fois décuplés, nous trouverions dans nos relevés contemporains ! J'ai observé, pour ma part, des faits bien remarquables.

Nous avons trop souvent cité, pour y revenir ici, le cas d'un orfèvre opéré par nous, en 1880, avec l'aide du docteur Brissaud ; il vivait encore en 1896, époque où je l'ai perdu de vue et, à ce moment, il n'existait aucune menace de récurrence. En 1886, le 11 janvier, il y a donc 22 ans, j'ai opéré un négociant de Versailles pour un épithélioma végétant de la moitié antérieure de la langue avec dégénérescence des ganglions sous-maxillaires. L'intervention terminée, une coupe de la tumeur nous montra que notre extirpation avait été trop parcimonieuse, peut-être incomplète. Je saisis donc de nouveau le

moignon lingual avec une pince de Museux, et je coupai, un peu au hasard, une nouvelle tranche de l'organe. On sait combien sont hasardeuses et mal réglées ces exérèses « au juger » et je craignais une récurrence rapide ; elle n'a pas eu lieu et, ces jours-ci, je recevais les remerciements annuels de mon opéré.

J'ai une observation plus paradoxale encore, quoique, « ce jour, la survie ne soit que de quinze ans. En 1893, j'opérais, avec mon maître Verneuil, un brave homme de Beauvais atteint d'un volumineux cancroïde ulcéré de la langue compliqué d'adénopathie cervicale. Le cas semblait très mauvais. Cependant, en juin 1906, notre opéré vivait encore. Mais il portait sur le moignon lingual une plaque indurée qui me faisait craindre une récurrence ; en octobre, cette crainte devenait presque de la certitude et Poirier, consulté en mon absence, conseillait une intervention que l'état cérébral, cardiaque et pulmonaire du malade me fit repousser. Or, il y a quelques jours à peine, fin décembre 1907, j'ai revu mon Beauvaisien et la tumeur linguale s'est si peu accrue que je doute à nouveau de la récurrence.

\*  
\* \*

Les cancers de la mamelle sont si fréquents, nos interventions si nombreuses que nous n'avons plus à parler ici, mais des statistiques portant parfois sur des centaines de cas. Notre élève très distingué, le Dr Kindirdgy, a résumé des relevés importants comprenant 830 cas d'origine américaine. Nous aurions là, vous le voyez, un document de premier ordre, si nos classifications d'Europe n'étaient pas un peu différentes et si nous ne craignons que sous le terme d'adéno-carcinome ne se cachent des tumeurs dont quelques-unes sont rangées en France parmi les néoplasmes bénins. Mais, cette petite réserve faite, que de renseignements de premier ordre à relever dans ce travail !

La statistique de Halsted est merveilleuse et si ses adéno-carcinomes sont vraiment des cancers, il en résulterait que trois ans et plus après l'exérèse de la mamelle, la moitié des opérés survivraient sans récurrence. Evidemment, c'est une moyenne exceptionnelle et nous ne trouvons que Nathan Ja-

cobson et Chadwick Olliver pour accuser des chiffres aussi favorables ; d'autres auteurs américains se rapprochent plus de nos relevés français et n'ont guère qu'un tiers de leurs opérés qui doublent, sans réapparition du mal, le cap de la troisième année. Mais c'est encore fort beau et la démonstration nous paraît faite que les opérations, telles qu'ils nous les ont apprises : exérèse considérable de la peau de la région atteinte, ablation du grand et du petit pectoral, évidemment systématique de l'aisselle et du creux sus et sous-claviculaire, ont amélioré le pronostic de nos interventions dans de remarquables proportions.

Nous en avons aussi profité en France, et si je m'en rapporte aux interventions de ma clientèle, les seules que j'ai pu suivre, je constate, depuis 1901, des résultats supérieurs à ceux que j'avais recueillis avant cette époque et qui me donnaient, trois ans et plus après l'intervention, 28 pour 100 de mes opérés vivant encore. En effet, sur 21 exérèses sinon suivant la règle orthodoxe de Halstedt, mais vraiment fort larges, je compte six morts, dont l'une d'embolie, deux mois après l'amputation, et cinq de réapparition plus ou moins rapide du mal. Des 15 qui restent, une seule a une récurrence certaine, et deux ont une récurrence probable ; les 12 autres n'ont encore rien. Mais comme sept d'entre elles n'ont pas encore atteint les trois années fatidiques, je me garderai bien d'attribuer à mon relevé une valeur qu'il n'a pas. De même à l'hôpital les résultats nous ont paru fort bons, mais comme plusieurs de nos opérées n'ont pas été revues, je dois m'abstenir de les faire figurer ici.

Les succès accusés par la chirurgie actuelle après l'amputation du sein cancéreux sont tels qu'ils rendront bien délicate l'appréciation des résultats obtenus soit par la radiothérapie post-opératoire, soit par les injections de sérum préventif ; il faudra dresser de grosses statistiques, avec des chiffres aussi nombreux que ceux des relevés américains, et ces statistiques devront accuser des succès supérieurs, si l'on veut nous convaincre de l'efficacité des rayons X ou des vaccins. Les difficultés seront d'autant plus grandes, qu'il y a parfois des séries déconcertantes, et ne trouvons-nous pas

dans le travail de Kindirdgy un relevé datant d'une époque où l'on ne touchait guère au grand pectoral, où l'on n'évidait pas toujours l'aisselle et où même l'on n'extirpait qu'une partie de la mamelle ? Or, dans cette série de 85 cas, on compte une proportion de près de 26 pour 100 de succès. Plus de 1 sur 4 des opérés n'auraient pas eu de récurrence.

Et même combien bizarre peut être l'évolution de ces récurrences ! En novembre 1897, je vis, dans le Béarn, une femme qui, quelques mois auparavant, avait été opérée par un de mes anciens internes, chirurgien très distingué de la région ; depuis quelques mois étaient survenus dans la cicatrice des noyaux nombreux et volumineux qui remontaient jusqu'au-dessus de la clavicule. Cette récurrence brutale et rapide me faisait craindre une mort prochaine. Or, l'année suivante le mal paraissait avoir plutôt régressé ; il resta stationnaire pendant sept années, et c'est en 1905 que la patiente, alerte et vigoureuse jusque-là, fut emportée par une carcinose généralisée. Si nous lui avions injecté un sérum, si nous l'avions traitée par un vaccin quelconque, comment aurions-nous pu échapper à la tentation d'affirmer, d'après ce seul cas, son incontestable efficacité ? Le cancer de l'utérus était considéré, il y a 20 ans, comme presque toujours mortel à brève échéance, et l'extirpation ne donnait que des survies d'ordinaire bien misérables. Mais depuis, on en a rappelé d'un pronostic aussi sombre, et de nombreux gynécologistes publient des statistiques encourageantes. Certes nous ne nous expliquons guère celle de Knauer, rapportée par Pozzi, et qui, sur une série de 213 cas, en compterait 176 où les opérées — plus de 30 pour 100 ! — auraient survécu au moins 5 ans, et s'il n'y a pas une erreur dans la transcription des chiffres, il y en a tout au moins une dans l'interprétation anatomo-pathologique. Mais d'autres relevés fort sérieux, d'origine étrangère aussi, nous donnent une proportion allant de 10, 15 et 20, jusqu'à 25 et même 30 pour 100. J.-L. Faure en France, a lui aussi d'excellents résultats, et il compte, à cette heure, 5 de ses opérées qui ont déjà de 1 an et demi à 3 ans et demi de survie, et 7 qui ont de 4 à 5 ans.

L'extirpation des tumeurs malignes du rectum qui, cepen-

dant, a bénéficié, comme celle des cancers de la langue, de la mamelle et de l'utérus, d'une technique plus précise et plus savante, reste encore une intervention grave et ne donnant que de moindres survies : elle était bien rare il y a une vingtaine d'années. Je puis cependant citer un succès remarquable : Tout à fait au début des ablations des cancers sus-ampullaires par la méthode de Kraske j'opérai, avec l'aide de mon collègue Sébilleau, un notaire de la Gironde, et la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour. Mais on nous a raconté que notre client, peu enclin à la reconnaissance, peste contre ses chirurgiens lorsque, au cours de dérangement d'entrailles, il lui faut constater les inconvénients d'un sphincter parésié.

\* \* \*

Je ne sais si vous avez bien démêlé ma pensée au cours de cette leçon, mais en étudiant ainsi l'évolution du cancer dans les organes qui en sont le plus fréquemment atteints, j'ai voulu vous montrer qu'avant l'opération sa marche n'est pas toujours fatalement progressive : il peut y avoir de longs sommeils, des répités de plusieurs années, et qu'après l'opération, si la tumeur a été régulièrement extirpée, la guérison, une guérison même définitive, est obtenue dans un quart, peut-être dans un tiers des cas. Les interventions larges, précoces et logiquement conduites de la chirurgie contemporaine sont pour beaucoup dans l'incontestable amélioration de toutes les statistiques. Nous ne devons pas perdre de vue ces notions, si nous voulons juger équitablement les médications nouvelles, les rayons X, les courants de haute fréquence, les sérums de toutes variétés et de toutes provenances. Avant de nous prononcer il nous faudra de grandes statistiques.

Nous ne devons pas oublier non plus que l'évolution du cancer est encore à observer, qu'il y a des séries trompeuses, de cancer à marche très rapide ou de cancer à marche très lente, et que nous n'avons pas encore pénétré pour quelles raisons deux tumeurs de structure identique peuvent, dans un même organe, au même âge, chez des personnes de sexe semblable, avoir dans un cas une marche lente ou guérir par une opération, et dans un autre prendre une allure fou-

droyante et emporter le malade malgré l'intervention la plus précoce et la plus large. Aussi dans chaque cas notre pronostic doit-il être infiniment réservé. Nous pouvons tout espérer et tout craindre.

Rappelez-vous ce cancer de la langue opéré en 1886 : l'intervention ne fut pas précoce, il y avait déjà de l'engorgement ganglionnaire ; elle ne fut pas large puisque je dus, un peu au hasard, par une nouvelle exérèse augmenter la perte de substance et cependant, au bout de vingt-deux ans, mon opéré vit encore. En 1904, il y a près de quatre ans, je fus consulté pour une tumeur de l'aisselle ; je croyais à une dégénérescence caséuse d'un ganglion et je l'extirpai sous l'analgésie à la stovaine ; c'est dire que l'ablation fut parcimonieuse et limitée à la tumeur elle-même énucléée de son atmosphère celluleuse ; or, il s'agissait d'un épithéliome mélanique consécutif à un nævus cutané détruit au thermo-cautère quelques années auparavant et dont la cicatrice m'avait échappé. Je craignais une récurrence immédiate de ce cancer, le plus redoutable de tous. Or, il y a bientôt quatre ans de cette extirpation incomplète et le mal n'a pas reparu.

Autre exemple bien remarquable. En 1888, j'enlève un épithéliome de l'angle de l'œil. Une récurrence survint en 1889, je l'opère, en 1890 troisième opération et quatrième en 1891. Une guérison, du moins apparente, persiste pendant quatre ans, mais en 1895 le mal reparait si étendu et si profond que je refuse une intervention nouvelle que MM. Tillaux, Le Dentu et Terrier consultés successivement déconseillent aussi. Le malade et son médecin, mon ami Paulin Moizard, insistent tellement que je me décide à tenter l'opération : j'évide la cavité orbitaire, j'enlève une partie du frontal et je mets à nu la dure mère, j'effondre l'ethmoïde et le sphénoïde, les fosses nasales. La cicatrization de cette immense perte de substance s'est faite normalement et il y a quelques jours, plus de douze ans après ma dernière intervention, vingt ans après ma première, j'ai vu mon opéré en parfaite santé et sans récurrence.

Mais, hélas ! à ces guérisons miraculeuses on peut opposer des faits bien lamentables ! Un ministre plénipotentiaire,



jeune encore, me montrait à son retour de Chine une tumeur récente, large comme une pièce de cinquante centimes, à peine ulcérée et sans retentissement ganglionnaire. Ici, l'intervention fut précoce et très large, et j'étais en droit d'espérer un succès. Or, trois mois ne s'étaient pas écoulés que l'épithéliome récidivait sur place avec une brutalité et une rapidité déconcertantes ; il envahissait les tissus voisins, provoquait dans les chaînes ganglionnaires du cou des adénites à marche suraiguë, rapidement suppurées et en moins de dix mois mon malheureux opéré était mort.

Messieurs, retenez ces exemples, les heureux et les malheureux. Dites-vous que, à cette heure, l'exérèse large et précoce est encore le seul moyen qui puisse enrayer la marche du cancer et même le guérir ; dites-vous qu'un progrès incontestable s'est fait dans les dernières années grâce à une technique plus hardie et plus précise et que des statistiques honnêtes accusent déjà un quart et même un tiers de guérisons définitives. Mais dites-vous aussi que nous ignorons encore presque tout du cancer. Nous ne savons rien de son origine et de sa nature, rien de l'évolution probable de chaque cas particulier, et rien de leur pronostic. Les chercheurs ont encore de beaux jours et le champ presque vierge est ouvert devant eux.

---

*Lorsque l'on place sur ses épaules le fardeau du professorat il faut avoir plus l'amour de la science que celui de l'argent et être habile dans l'art d'enseigner afin de faire tressaillir la jeunesse sous les charides paroles de vérité à l'âge où l'idéal inspire tous les enthousiasmes.*

## Appendicite ou typhlo-colite

PAR M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

---

Un malade d'une cinquantaine d'années offre cette curiosité d'avoir, à quatre reprises, refusé une opération d'appendicite qu'on allait lui pratiquer. Au moment de rénétrer dans la salle d'opération, le doute le prenait, et il s'en allait au plus vite. A l'Hôtel-Dieu, à la Salpêtrière, à Necker, tour à tour il fut considéré comme atteint d'appendicite. Deux crises douloureuses, occupant la fosse iliaque droite, avaient été suivies de légères douleurs persistantes ; pas de vomissements au cours des crises qui se prolongèrent de un à deux jours, à peine une fièvre très légère. Dans un service où il resta en observation soixante-six jours, on pratiqua un lavage d'estomac la veille de l'opération projetée. L'analyse du sang avait démontré l'existence d'une appendicite. Il fallait intervenir. Notre homme n'en voulut rien entendre. Le mot d'urgence fut prononcé dans un autre service. Dès le lendemain de son arrivée, on conseilla l'opération. Le malheureux déguerpit au plus vite.

C'est alors qu'en désespoir de cause, il entra dans le service de M. Dieulafoy. Il présente des douleurs à la pression au niveau du côlon transverse et du cœcum, des amas sableux dans les garde-robes. Il s'agit d'une typhlo-colite, non d'une appendicite. Rassuré, le malade va tout de suite bien. Les semaines suivantes, il engraisse de 16 livres et ses douleurs ont disparu.

Sans son obstination, il eût été opéré et fût allé grossir les rangs de tous ces balafrés qui, après l'ablation, souffrent toujours de leur typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse, et vont, quand leur aisance le permet, aux stations de Châtelguyon ou de Plombières, pour calmer des douleurs toujours vives, et que l'ablation de l'appendice n'a point soulagées.

## L'ulcère de l'estomac

(*ulcère rond de Cruveilhier et du Duodenum*)

Paris, 1<sup>er</sup> août 1908.

C'est une petite érosion circulaire ou ovale de la muqueuse de l'estomac siégeant ordinairement à la paroi postérieure, au voisinage de la petite courbure et près du pylore. Dans 80 p. 100 des cas il existe de légères hématémèses, et chez 10 à 12 p. 100, l'ulcère ouvrant un petit vaisseau a été suivi d'une gastrorrhagie qui amena une fin rapide. Cette affection est plus fréquente chez la femme que chez l'homme et se rencontre plus souvent en Europe qu'en Amérique. L'on compte 5 p. 100 de ces malades sur le vieux continent et 1.32 p. 100 aux Etats-Unis et au Canada ; 40 p. 100 sont des femmes âgées de 20 à 40 ans. Plusieurs théories sont invoquées pour expliquer cette altération partielle tantôt superficielle, tantôt profonde de la muqueuse de la musculuse et même de la séreuse de l'estomac.

Que la cause soit une gastrite localisée, une stase veineuse, un infarctus hémorragique, une oblitération artérielle par embolie, une thrombose, une altération vasculaire infectieuse, tuberculeuse, syphilitique, etc., un trouble de nutrition de nature centrale ou par lésions des plexus intra-pariétaux, ou que l'on accepte la théorie chimique d'hyperpepsie, d'hyperchlorhydrie, les indications thérapeutiques sont toujours d'ordre local et général.

L'ulcère ne saurait être comparé à une plaie externe et traité comme tel par un pansement et un repos complet de la partie malade, la diète absolue a généralement été suivie de résultats médiocres. Dès que le diagnostic est établi avec certitude, l'estomac ne doit recevoir aucun aliment qui serait de nature à augmenter les sécrétions glandulaires et l'alimentation rectale doit être pratiquée durant 15 à 25 jours, le *maude*

*demeurant au lit.* Après un lavement boraté évacuateur donné chaque matin, l'on recommandera trois injections alimentaires suivantes à prendre dans les vingt-quatre heures :

Lait ..... 200 grammes (6 onces)  
 Deux jaunes d'œufs bien brouillés.  
 Chlorure de sodium..... 2 grammes (30 grains)

Pour assurer la tolérance de ces repas, l'on peut injecter, 10 minutes auparavant, aussi haut que possible dans le rectum, 5 à 6 minimes de laudanum diluées dans une cuillerée à soupe d'eau tiède. Chez tous ces malades il existe une hyperchlorhydrie qu'il faut combattre, et c'est le moment de mettre en pratique toutes ses connaissances de la physiologie de l'estomac et de savoir qu'il existe des nerfs fréno-sécrétoires agissant sur la quantité et la qualité des sucs gastriques sécrétés. Administrés par voie rectale, certains aliments conservent leur propriété succagogue et leur action peptogène. Il faut aussi tenir compte de la sécrétion psychique longtemps méconnue, mais aujourd'hui bien démontrée ; lorsque l'on donne un repas fictif qui passe par une fistule de l'œsophage, il se produit une sécrétion gastrique, à la suite de ces sensations gustatives, aussi la vue ou l'odeur d'aliments agréables détermine souvent une sécrétion psychique, moins abondante et moins prolongée qu'à la suite d'un repas fictif, mais toujours riche en acide et en pepsine. Il faut donc tenir compte du travail continu de l'estomac, éviter la vue et l'odeur de mets qui pourraient provoquer une sécrétion gastrique et utiliser le parfum de légère fumée des acides chlorhydrique, sulfurique ou nitrique, qui produit une vaso-contraction des glandes de l'estomac par action réflexe sur les filets nerveux terminaux des deux vagues, du sympathique et des grands splanchniques. L'olfactothérapie, qui n'est qu'à son enfance, fournira aux médecins de nombreux moyens de soulager les malades si la science ne la laisse pas tomber entre les mains d'habiles exploiters de la crédulité publique.

Pour modifier et diminuer la sécrétion gastrique dont la quantité varie entre 4 à 5 litres (4 à 5 pintes) dans les 24 heures, l'on donnera toutes les quatre à six heures une cuillerée à

dessert ou une cuillerée à soupe d'huile d'olive ou d'amande douce qui n'est ni succagogue, ni peptogène, et entre chaque dose on recommandera au malade, s'il a une sensation de faim, de laisser dissoudre dans sa bouche 1 à 3 grammes (15 à 90 grains) de cristaux d'acacia qui, à son action sédatrice sur la muqueuse de l'estomac, joint les bons effets des sécrétions salivaires qui varient entre 1.000 à 1.500 grammes (2 à 3 chopines) par jour. Contre la soif, le jus de citron dilué dans l'eau très chaude et sucrée sera agréable au malade et ne sera suivi d'aucune réaction chimique ou psychique défavorable sur l'estomac, l'on ne peut pas être aussi affirmatif en ce qui concerne l'usage des alcalins dont on abuse et qui, assurément, calme les douleurs, neutralise l'acidité et produit *pour un temps* l'inappétence stomacale, mais dont la réaction est l'excitation de la muqueuse et une augmentation d'hyperchlorhydrie.

Ainsi, pour neutraliser les 5 litres (5 pintes) de suc gastrique que le traitement augmente jusqu'à l'épuisement du malade, il faut des doses progressives, de 25 à 40 grammes (plus d'une once), de bicarbonate de soude par jour qui amènent la cachexie alcaline.

Lorsque les reins sont normaux, nous proscrivons l'usage du lait qui, dans tous ces cas, fait plus de mal que de bien; la chimie biologique nous montre que le lait provoque une sécrétion caséifiante et cinq minutes après son introduction dans l'estomac l'on retrouve un caillot contenant trois substances protéiques: la caséine (caséinogène), la lactoalbumine et la lactoglobuline. La digestion chloro-hydro-peptique de la caséine laisse déposer une paranucléine renfermant 2 à 3 % de phosphore; l'on y rencontre encore une présure composée d'une diastase et d'un labferment. Lorsque l'on veut mettre au repos un estomac ulcéré, il ne faut pas lui demander un tel travail physico-chimique.

Pour répondre à l'objection que depuis Cruveilhier jusqu'aujourd'hui de nombreux cas d'ulcère de l'estomac ont guéri avec le régime lacté et les hautes doses d'alcalins, nous conseillons une lecture attentive des observations de ces malades invalides durant des mois et des années, épuisés plus par le

régime que par l'affection, qui furent obligés de passer par l'inanition générale pour mettre leur estomac au repos ; l'on peut dire qu'ils ont guéri malgré le traitement.

La douleur de l'ulcère aigu est calmée par le repos et un pansement au sous-nitrate de bismuth ; on place le malade dans le décubitus latéral droit, on lui fait avaler la sonde stomacale en lui disant de faire par la bouche plusieurs inspirations forcées, par ce moyen la sonde s'introduit seule, et l'on verse dans le tube 10 à 20 grammes (150 à 300 grains) de bismuth en suspension dans 125 grammes d'eau tiède, l'on retire la sonde et le patient demeure immobile dans cette même position durant au moins une demi-heure.

La poudre lourde se dépose sur l'érosion de la muqueuse siégeant dans la région pylorique, la protège contre les sécrétions gastriques et hâte la cicatrisation. Quelquefois il y a indication de faire précéder ce pansement d'un lavage de l'estomac à l'eau de Vichy sulfatée.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on doit avoir recours à la potion suivante ou à la morphine pour calmer la douleur :

|                       |                             |
|-----------------------|-----------------------------|
| Novocaïne .....       | 6 centigrammes (1 grain)    |
| Sirop de beiladone... | 20 grammes (6 1/2 drachmes) |
| Eau de chaux.....     | 150 grammes (4 1/2 onces)   |

M.

A prendre par cuillerée à soupe au moment de la douleur. Localement l'on maintient, durant trois ou quatre heures, des compresses ou des cataplasmes chauds dans la région épigastrique et dorsale correspondante, et les pointes de feu sont indiquées si ces topiques n'exercent pas une réaction favorable suffisante. En général, ce traitement prévient et souvent fait cesser toute hémorragie, mais en présence d'une hématéme, au lavage chaud de l'estomac à l'eau de Vichy sulfatée l'on prescrit un lavement de chlorure de calcium et l'on donne toutes les 15 minutes, alternativement, une cuillerée à café des préparations suivantes :

|                                  |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| Solution au 1.000° d'adrénaline. | 40 gouttes              |
| Eau distillée .....              | 50 gram. (2 onces)      |
| Gélatine blanche pure.....       | 20 gram. (1 1/2 once)   |
| Eau .....                        | 200 gram. (3 1/2 onces) |
| Oléosaccharure de citron.....    | 30 gram. (1 once)       |

Le traitement médical est habituellement efficace, la gastro-entérostomie n'est indiquée que dans les hémorragies chroniques qui amènent une anémie fatale, ou dans les cas de douleurs épuisantes causées par une sténose du pylore.

(A suivre.)

D<sup>r</sup> D.-E. LE CAVELIER.

Paris, 1<sup>er</sup> août 1908.

---

## *Tabes et Chirurgie*

PAR M. LE PROFESSEUR DEBOVE

---

Vous savez, Messieurs, combien sont multiples les manifestations du tabes ; elles intéressent tous les appareils, se présentent sous des formes très variées et, dans certains cas, on peut être tenté de les modifier par une intervention chirurgicale. Je vais vous montrer, par une série de faits, qu'il faut s'en abstenir.

\* \* \*

Mes premières observations ont trait à des manifestations osseuses et articulaires du tabes.

B... est âgé de quarante-deux ans ; il est garçon de pharmacie ; ses antécédents héréditaires ne présentent rien qui puisse nous intéresser.

En 1884, il eut la variole : il avait été contagionné en allant porter des médicaments dans une maison où il y avait un varioleux.

A l'âge de dix-neuf ans, en 1885, il eut un chancre du sillon balano-préputial.

Il a été soigné par son patron avec de la poudre de calomel et de bismuth.

Le chancre était accompagné d'une adénopathie qui ne suppura point.

Hors cela, B... paraît n'avoir eu aucun accident syphilitique, et il ne suivit aucun traitement. Le 4 février 1898, il fit une chute (le pavé était très glissant) ; son genou porta sur le bord du trottoir. On dut le ramener chez lui, puis, au bout de quatre jours, il fut conduit à l'hôpital ; il croit qu'à ce moment le diagnostic porté fut celui d'arrachement du ligament latéral interne de l'articulation du genou : il avait des ecchymoses le long de la jambe. On lui appliqua un bandage compressif, et il attribue à ce traitement l'épanchement énorme qui se développa. On pratiqua deux radiographies dont nous ignorons le résultat. Une ponction amena l'issue d'une certaine quantité de liquide, puis on appliqua un nouvel appareil de compression. Il survint une atrophie énorme des muscles du mollet, et la jambe devint tout à fait ballante.

B... fut montré à un neurologue des plus compétents : le diagnostic de tabes fut-il porté? nous l'ignorons, mais, à ce moment, les douleurs fulgurantes étaient évidentes. Des piqûres de morphine furent prescrites, il ne fut institué aucun traitement mercuriel. La déformation du genou étant énorme, le chirurgien se décida à pratiquer une résection à la fin de 1898. Le membre fut immobilisé dans un appareil plâtré, qui fut levé au bout de soixante jours ; puis on lui appliqua un autre appareil du même genre. Mais, la situation étant toujours très défavorable et la jambe ballante, un nouveau chirurgien fut consulté ; il fit, suivant l'expression du malade, une « surrésection » et appliqua un nouvel appareil plâtré qui fut enlevé au bout de quarante jours : la plaie articulaire était héante et suppurait. Il fut alors pratiqué une amputation de la cuisse qui guérit rapidement.

Ici se termine l'histoire chirurgicale de notre malade.

Il était évidemment tabétique au moment de sa chute, car il raconte que, depuis quelque temps, il ne se sentait pas solide sur ses jambes et qu'elles étaient le siège de douleurs qui survenaient surtout au moment des changements de temps. La description qu'il en donne retrace nettement les caractères des douleurs fulgurantes. Son accident n'a donc été que la cause occasionnelle de l'arthropathie tabétique, ou peut-être même celle-ci a-t-elle en partie causé la chute.



Depuis l'opération, les signes du tabes se sont accentués ; il s'est développé une incoordination motrice évidente des membres inférieurs, les douleurs fulgurantes ont envahi les membres supérieurs et il survient fréquemment des douleurs constrictives du thorax. Le signe d'Argyll est net ; il y a des troubles des réservoirs.

J'attire votre attention sur une particularité qui ne vous étonnera pas. Le malade n'a plus qu'une jambe, et il a des douleurs fulgurantes dans les deux ; ce qui est assez naturel, puisque la cause de la douleur est médullaire. Je n'insiste pas sur ce qui n'est qu'un cas particulier de la névralgie des amputés.

Ce qui nous intéresse le plus particulièrement chez ce malade est de savoir s'il fallait lui faire une résection, dans le cas où le diagnostic d'arthropathie tabétique — ce que nous ignorons — aurait été porté. Nous croyons qu'elle avait peu de chances de réussite. Car, ainsi que je l'ai soutenu dans un mémoire publié en 1881, dans les *Archives de Neurologie*, les arthropathies tabétiques se produisent par le fait de l'altération des extrémités osseuses articulaires, lésion démontrée par leur examen macroscopique, microscopique et chimique. Une résection et une surrésection avaient peu de chances de succès, elles devaient fatalement conduire à l'amputation.

Une autre observation vous montrera bien la difficulté d'obtenir en pareille circonstance une suture osseuse.

J... est âgée de quarante-huit ans ; elle a eu la syphilis il y a trente ans ; son tabes a débuté il y a dix ans par des douleurs fulgurantes, puis, peu après, elle eut de l'incoordination, et la plupart des manifestations de sa maladie. Il y a quatre ans, elle fut prise d'une arthropathie tabétique du genou droit. On fait alors à cette malade, qui marchait avec des béquilles, la résection du genou. On opère, on immobilise l'articulation, et des phénomènes graves surviennent. On eût dit que le traumatisme chirurgical avait donné un coup de fouet au tabes ; il survient des crises gastriques et laryngées, des syncopes, et la malade meurt le vingt-cinquième jour après l'opération. La cicatrisation de la plaie s'était parfaitement faite, grâce à la rigoureuse asepsie du chirurgien, mais

il n'y avait pas le plus léger degré de consolidation : à l'autopsie, les surfaces osseuses fémorale et tibiale étaient identiques à ce qu'elles étaient à la fin de l'intervention, il n'y avait pas la moindre trace de jetée fibreuse ni néo-membraneuse entre les deux os.

Cette observation nous intéresse à plus d'un titre. D'abord, le traumatisme chirurgical a exercé une influence néfaste sur le développement de la maladie. On a décrit autrefois un tabes d'origine traumatique. En pareille circonstance, il s'agissait d'une cause externe qui avait mis en évidence un tabes latent, en avait accéléré la marche, et non qui l'avait créé de toutes pièces. En effet, nous savons aujourd'hui que le tabes est toujours d'origine spécifique ; il est cependant bon de rappeler l'influence fâcheuse que les traumatismes peuvent avoir sur son évolution. Nous rapprocherons de ces faits l'observation d'une malade actuellement soignée dans notre service : elle présentait depuis quelques années un tabes léger, ne s'étant manifesté jusqu'alors que par des douleurs d'intensité moyenne (constriction en brodequin, en bracelet) ; mais, sous l'influence d'une infection (température à 39°, 40° ; herpès labial) elle a éprouvé, pour la première fois, des douleurs qui lui arrachaient des cris, lui traversaient en éclair toute l'étendue des membres inférieurs et n'ont cessé qu'avec la chute de la température. Au lieu d'un traumatisme, c'est donc ici une infection qui a provoqué une exacerbation dans les manifestations du tabes.

Revenons à notre tabétique opérée, et remarquons qu'à la suite de l'intervention il n'y a pas eu la moindre tendance à la suture osseuse. Ceci vient confirmer ce que je vous disais tout à l'heure, sur la difficulté d'obtenir de bons résultats en réséquant des os dont la structure est si profondément altérée.

\* \* \*

Après vous avoir montré les insuccès de la chirurgie dans le traitement des manifestations ostéo-articulaires du tabes, je vous citerai quelques faits qui vous montreront qu'elle n'a pas été plus heureuse dans les troubles gastriques de la même maladie.

Je prendrai pour exemple un malade qui est actuellement dans le service de mon collègue et ami M. Troisier, et dont l'observation a été en partie publiée dans la thèse de M. Tronc sur *Les crises gastriques prémonitoires du tabes*, thèse passée récemment sous ma présidence.

S... est âgé de trente-deux ans ; il a, depuis le mois de décembre 1902, des crises gastriques qui ont tous les caractères des crises tabéliques. En juillet 1907, il entre dans un service où l'on s'occupe spécialement des maladies du tube digestif. On lui trouve, le matin à jeun, du liquide résiduel dans l'estomac et on porte le diagnostic de sténose du pylore avec dilatation gastrique. On confie le malade à un chirurgien, qui lui fait une gastro-entérostomie et trouve, au cours de l'intervention, une sténose du pylore à peine marquée (?).

Depuis cette opération, la santé du malade s'est considérablement aggravée ; il souffre toujours de l'estomac et il a des troubles viscéraux divers ; notamment, il ne sent plus le besoin d'aller à la selle, ni le besoin d'uriner. D'autre part, l'examen radioscopique a permis de constater que la bouche gastro-intestinale fonctionne mal ; nous nous étonnons même qu'elle soit encore ouverte.

Dans la note suivante, qui nous est communiquée par le professeur Reclus, une gastro-entérostomie paraît également avoir été fâcheuse. « J'ai été commis, il y a quelques années, écrit notre collègue, avec les professeurs Duplay et Brouardel, pour examiner un malade accusant un chirurgien d'avoir aggravé son affection. Il était atteint de tabes ; or, quelques mois auparavant, un de nos collègues les plus qualifiés lui avait pratiqué une gastro-entérostomie pour faire disparaître des vomissements incessants qui avaient été attribués à un rétrécissement pylorique. L'opération ne révéla aucune altération de la région, et malheureusement les crises prirent un caractère plus grave après l'intervention. Enfin, quand nous eûmes à examiner le patient, les signes du tabes étaient devenus incontestables. »

Cette observation peut se résumer en deux mots : un malade est atteint de crises gastriques tabéliques, on diagnostique un rétrécissement pylorique, on pratique une gastro-entérostomie, les crises gastriques persistent et le tabes s'aggrave.

Je dois cependant dire que MM. Dubar et Leroy ont publié dans *L'Echo Médical du Nord* (17 février 1907), deux observations de crises gastriques guéries par gastro-entérostomie.

Je vous avouerai que, pour mon compte, je ne comprends pas qu'une opération chirurgicale puisse améliorer des crises gastriques : elles subsisteraient même si on faisait la résection totale de l'estomac.

De même que le malade amputé, dont je vous parlais tout à l'heure, a encore des douleurs fulgurantes dans la partie du membre dont il a été privé, de même un ataxique dont on aurait réséqué l'estomac aurait encore des crises dont l'organe absent semblerait être le siège. Il y a encore une autre raison pour ne pas intervenir, c'est que, lorsqu'on pratique une gastro-entérostomie et qu'il n'existe pas d'obstacle pylorique, la bouche anormale faite par le chirurgien s'oblitére. Ceci est bien démontré par le fait rapporté par MM. Castaigne et Dujarier dans leur rapport au Congrès de médecine de 1907, sur les complications de l'ulcère gastrique et leur traitement.

« Un malade atteint de crises gastriques au cours d'un tabes fruste était entré à l'hôpital Saint-Louis. En présence des douleurs très violentes et des vomissements acides, on fit le diagnostic de gastro-sucorrhée, et, comme le malade menaçait de se suicider, on lui fit une gastro-entérostomie. Nous l'avons vu un mois après, et nous avons eu l'occasion d'examiner son estomac ; ses crises gastriques persistaient et l'on ne constatait pas la présence de la bile, ni du suc pancréatique dans ses vomissements, pas plus que dans le liquide retiré par la sonde. Il mourut d'un ictus apoplectique deux mois et quatre jours après son opération : l'autopsie nous montra que le pylore n'était pas sténosé et que la bouche stomacale s'était oblitérée. »

Aussi nous sommes opposé à la gastro-entérostomie dans les crises gastriques tabétiques parce qu'elle ne peut pas modifier une douleur dont la cause est centrale, parce que l'abouchement fait par le chirurgien s'oblitérera rapidement, enfin parce que toute opération, tout traumatisme, peut aggraver le tabes.

L'observation suivante a trait à des crises gastriques mé-

connues qui ont été l'objet d'interventions chirurgicales inopportunes.

On fit chez lui le diagnostic de colique hépatique et l'on réséqua la vésicule biliaire, puis celui de rein mobile, et l'on fit une néphropexie.

Inutile de vous dire que les crises gastriques continuaient et continuent encore, comme vous pouvez l'observer, puisque le malade est encore une fois rentré dans nos salles.

Vous pourrez lire dans la même leçon clinique une courte note qui m'a été communiquée par M. Castaigne sur une malade tabétique gastro-entérostomisée sans succès.

Ne croyez pas que les réflexions que je viens de faire s'appliquent seulement à quelques-unes des manifestations douloureuses de l'ataxie, elles s'appliquent à toutes.

L'observation suivante a trait à des crises tabétiques intestinales : il s'agit d'un malade que j'ai observé avec M. Weber. Il avait des accidents intestinaux graves, caractérisés par des douleurs atroces et l'expulsion de matières glaireuses. Un chirurgien crut qu'il s'agissait d'accidents produits par une néphroptose, et fixa le rein ; les accidents s'aggravèrent et le malade vint mourir cachectique dans mon service : il avait un tabes évident.

Je terminerai en citant un fait qui m'a été communiqué par le prof. Roger et qui a trait à des accidents vésicaux d'origine tabétique.

Un homme, âgé de trente ans, entra, en 1881, dans le service du professeur Verneuil. Il était atteint de douleurs violentes siégeant au col de la vessie et irradiant le long de l'urètre ; elles augmentaient à la fin de la miction. L'examen de la vessie resta négatif. Verneuil pensa d'abord à une simulation, puis, comparant le sphincter vésical au sphincter anal, il porta le diagnostic de sphincteralgie réflexe liée à une fissure du col vésical.

Il proposa au malade de lui faire la taille. Elle fut acceptée et, le seul résultat, fut de constater qu'il n'y avait ni calcul, ni lésion de la vessie.

En 1885, cet homme était admis dans le service des chroniques à l'hôpital Laënnec : il était atteint d'un tabes type.

\* \* \*

J'arrêterai ici la liste de ces observations ; il me serait facile de l'allonger, mais cet ensemble de cas me paraît suffisant pour démontrer ce que je crois utile de rappeler.

En présence d'accidents ostéo-articulaires ou viscéraux dont la cause n'apparaît pas évidente, il faut penser à la possibilité du tabes et le chercher.

Le diagnostic du tabes une fois posé, le chirurgien ne devra intervenir que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. Une opération, en effet, ne pourrait être que palliative, car par une intervention périphérique vous ne sauriez guérir un mal dont la cause est centrale. Ajoutez encore que tout traumatisme peut avoir une influence fâcheuse sur l'évolution du tabes.

En résumé, le tabes doit être pour le chirurgien un *noli me tangere*.

---

### *Le Thrombose des capillaires biliaires*

M. Fischer rapporte l'observation d'un ouvrier de vingt-neuf ans qui, depuis trois ans, souffrait d'un ictère intermittent s'accompagnant de temps en temps de douleurs dans la région du foie simulant des coliques hépatiques, sans que cependant on ait jamais trouvé de calculs dans les selles. Au palper, on percevait, au niveau de la vésicule biliaire, une certaine résistance dans la profondeur, ce qui fit croire qu'on avait probablement affaire à une cholécystite calculeuse.

A la laparotomie, on trouva, en effet, une vésicule biliaire contenant des calculs ; on l'extirpa en même temps que le canal cystique. Par contre, le canal hépatique et le cholédoque se montrèrent absolument perméables.

Malgré cette opération, l'ictère augmenta encore en intensité les jours suivants, jusqu'à donner à la peau une coloration bronzée ; des hémorragies cholémiques survinrent et, finalement, le malade succomba au huitième jour.

L'autopsie montra dans les capillaires biliaires l'existence de thrombus formés de bile épaissie, analogues à ceux qu'Épinger a trouvés dans des cas d'ictère d'origine toxique (intoxication phosphorée) et d'ictère cyanotique. Dans le cas présent, la cause de ces thrombus reste inexpiquée.

## *Traumatismes et Maladies*

(Clinique sur les)

PAR M. LE PROFESSEUR ROUTIER

---

De tous temps, les malades ont eu une grande tendance à ramporter l'origine de leurs maladies à un traumatisme : c'est pour répondre à un besoin de l'esprit humain bien naturel, qui consiste à vouloir expliquer tout, surtout et toujours au point de vue des causes.

Un traumatisme, une chute, un choc sont des choses évidentes, communes, qu'il paraît tout naturel d'incriminer.

Sans parler de la question d'intérêt qui pourrait dans certains cas guider certains sujets, il y a aussi des raisons morales multiples.

On n'aime pas à s'avouer tuberculeux ou cancéreux, il y a une certaine honte à avoir ces vices dans le sang, tandis qu'un coup, une chute n'ont jamais déshonoré personne.

Depuis la promulgation de la loi sur les accidents du travail, il me semble que cette tendance a considérablement augmenté, et le traumatisme devient la source de tous les maux.

Nous ne voyons plus un malade d'hôpital, quelle que soit la maladie pour laquelle il se présente, qui ne se réclame d'un traumatisme antérieur, auquel il fait tout naturellement jouer le principal rôle dans la genèse de son affection.

La tendance naturelle de l'esprit dont je vous parlais tout à l'heure est ici le plus souvent incitée par des intéressés : or, quand on se donne la peine d'interroger ces sujets avec soin, quand on leur fait bien préciser l'époque, les circonstances de ce traumatisme, sa nature, on s'aperçoit le plus souvent qu'il ne peut être scientifiquement établi aucun lien de cause à effet entre le traumatisme et la maladie.

Certes le traumatisme fait un assez grand nombre de victimes, pour qu'on ne charge pas encore le passif de son bilan.

J'ai souvent pu vous montrer de ces malades, présentant toute la série des accidents qui vont de la contusion simple, légère, banale, qui laisse à peine de traces, jusqu'à l'hématome, la plaie contuse, les fractures diverses, simples ou compliquées.

Ces derniers jours encore, j'attirais votre attention sur cette grosse femme déjà âgée, qui fut amenée ici à la suite d'une chute qu'elle avait faite dans son escalier.

Elle avait une fracture de clavicule et une fracture de côtes : puis bientôt, nous trouvions tous les signes d'un abondant épanchement intra-pleural, du côté des fractures, à gauche ; le cœur étant gêné, on évacua cet épanchement qui était constitué par du sang ; la malade paraissait mieux, lorsque tout à coup, un matin, elle succomba brusquement, sans doute du fait d'une embolie.

L'autopsie ne fut pas permise.

Voilà certes un cas où le traumatisme a joué le rôle principal dans l'évolution des accidents qui se sont malheureusement terminés par la mort.

Mais ce n'est pas de ce genre de cas que je veux vous parler ici : je veux vous mettre en garde contre la trop grande facilité qu'on a à conclure de la cause à l'effet en vertu de l'adage : *post hoc, ergo, propter hoc*, et la trop grande facilité qu'ont trop de nos confrères, par complaisance sans doute, à délivrer des certificats.

Le traumatisme, quoi qu'on dise, ne peut pas être la source de tous les maux ; voilà bien longtemps que Max Schultze a démontré que la contusion articulaire pure ne pouvait pas provoquer une arthrite tuberculeuse, mais que pour voir se développer une tumeur blanche, il fallait au préalable inoculer l'animal en expérience.

De même chez l'homme, et cependant, avez-vous vu un seul malade atteint de coxalgie ou de tumeur blanche qui n'invoque une chute ?

Un cancer ne vient jamais sans que le malade se rappelle



un coup reçu. Je ne pourrai jamais oublier une vieille dame qui avait un affreux cancer du sein en cuirasse, et qui invoquait, pour en expliquer la présence, un coup qu'elle s'était donné sur le sein, pendant son enfance, en décrochant la cage où elle élevait des serins.

Le traumatisme n'avait pas dû être bien violent, et était, vous l'avouerez, bien ancien, pour expliquer la production de cet horrible cancer.

Toutes les fois que vous m'avez vu examiner ce genre de malades, vous avez pu remarquer combien je m'efforçais de leur faire préciser le début de leur mal, les diverses circonstances qu'ils invoquaient et vous avez aussi souvent constaté qu'il est facile en insistant de prouver combien est précaire cette cause traumatique invoquée.

Pas un malade atteint d'orchite, par exemple, ne songe à incriminer la blennorrhagie récente ou ancienne dont il est atteint, il l'attribue toujours à un coup : j'ai toujours pu vous montrer dans ces cas, la goutte de pus urétral cause de tout le mal, pour justifier l'orchite ; remarquez encore que le plus souvent le traumatisme qu'ils rappellent est ancien ou léger.

Au contraire, même un violent traumatisme des bourses ou du testicule provoque d'autres lésions ; j'ai pu justement vous montrer cet homme qui avait reçu un fort coup de pied, dont les bourses étaient énormes, plus à gauche qu'à droite ; en même temps, et les jours qui suivirent, il eut une forte ecchymose du scrotum et de tout le fourreau de la verge, dont la partie terminale le prépuce était gonflé, cédait à l'écoulement et noir.

Le tout a peu à peu diminué, par résorption, et j'ai pu vous convaincre par l'examen direct de ses testicules, qu'il n'avait chez lui rien de comparable à ce qui se passait chez son voisin atteint d'épididymite blennorrhagique, lequel voulait aussi l'attribuer à un coup.

Le traumatisme ne peut pas en effet créer une maladie virulente ; sur ce point ma conviction est formelle.

Malgré les protestations de plusieurs d'entre nous, non des moins autorisés, le mot était lancé, l'appendicite trau-

matique était née : j'affirme qu'elle n'existe pas, mais comme toutes les erreurs, j'affirme aussi qu'elle aura la vie dure.

L'auteur admet cependant que le traumatisme aïdorninal ne peut pas créer d'appendicite si l'appendice est sain. c'est une heureuse concession.

Et d'abord la contusion de l'appendice est-elle possible ? Je ne le crois pas, à moins d'un broiement de toute la fosse iliaque ; personne alors ne pensera plus à l'appendice, c'est la vie du malade qui sera en cause.

Je me hâte d'ajouter que la contusion directe de l'appendice n'a jamais engendré la maladie infectieuse et toxique que nous appelons l'appendicite.

Mais l'auteur se rattrape et pense que le traumatisme peut déterminer une poussée aiguë chez un individu avant eu des crises d'appendicite ou chez un appendiculaire latent, pour emprunter sa propre expression, soit par action directe, soit par action indirecte en amenant la déchirure d'adhérences protectrices.

Eh bien, je n'y crois pas davantage. Mon opinion est basée sur les très nombreux cas que j'ai vus ou opérés, jamais je n'ai pu établir un lien de cause à effet entre le traumatisme et l'appendicite.

Pour appuyer cette opinion, pour faciliter l'explication de la crise par le traumatisme, on dit que l'appendice malade est turgescant, adhérent, que par là, il échappe moins au choc, que ses parois amincies pourront dès lors éclater ; qu'il y a même des calculs, qu'il peut y avoir de petits abcès protégés par ces adhérences dont le traumatisme provoquera la rupture.

Je n'hésite pas à qualifier tout cela d'affirmations de cabinet ; c'est de la pathologie théorique en chambre ; cela pourrait être : donc cela est. Je pris vous affirmer que je ne l'ai jamais vu après l'avoir cherché, et j'ai opéré aujourd'hui plus de 1.000 appendicites.

Tout récemment encore, vous avez pu voir un jeune homme de 18 ans entré pour une violente crise d'appendicite d'ant de 8 jours, qui présentait un énorme mlastron et une forte masse dans la fosse iliaque. Quand tout cela

fut refroidi et fondu, je l'opérai ; or, il avait un appendice absolument sous cœcal, remontant sous la face inférieure du gros intestin.

Si jamais appendice pouvait être à l'abri d'un choc abdominal, c'était certes celui-là.

Le malade est guéri et sorti.

Vous avez pu voir sa mère venir avec le certificat du médecin qui avait soigné ce jeune homme, certificat dans lequel il constatait avoir donné ses soins à ce jeune homme pour une brûlure légère de la face, 1<sup>er</sup> et 2<sup>o</sup> degrés ; pendant ce temps, dit-il, le jeune homme se plaignait de douleurs dans la fosse iliaque droite ; il les rapportait naturellement à une contusion qu'il se serait faite au moment de l'accident qui avait causé sa brûlure.

Or, voici l'histoire de cet accident : Le jeune homme accroupi, nettoyait un automobile au repos. Le gaz s'enflamme et le brûle fort légèrement à la figure ; il se recule brusquement devant la flamme : c'est dans ce mouvement qu'il se serait contusionné l'abdomen contre le capot de l'automobile. Le mécanisme de cette contusion, si elle a eu lieu, ne saute pas aux yeux.

Outre que lors de son entrée, il ne portait ni trace de sa brûlure, ni traces de sa contusion abdominale, j'estime qu'il faudrait une bien grande bonne volonté ou un bien grand aveuglement pour établir un rapport quelconque entre le prétendu traumatisme et cette appendicite classique à laquelle nous avons assisté et que nous avons guérie.

Je ne saurais trop vous mettre en garde contre cette tendance naturelle de tout rapporter à un choc, à un coup.

C'est votre rôle, c'est le rôle du médecin de remettre les choses au point, et de ne pas se laisser aller trop facilement sur ce chemin si coulant de l'induction.

J'estime que nous rendons un plus grand service à nos malades en les mettant en garde, en leur expliquant, en leur faisant comprendre, quand c'est le cas, que le traumatisme n'est pour rien dans leur maladie, plutôt que de les laisser s'engager dans des procès qu'ils sont tentés de faire, trompés qu'ils sont le plus souvent par des intéressés.

## Les causes, la nature et le traitement de l'artério-sclérose

PAR M. LE DOCTEUR HUCHARD

---

Sur la question de l'artério-sclérose, il y a peu de faits contradictoires et beaucoup de contradicteurs.

Les opinions contradictoires proviennent :

- 1° De l'absence d'une définition précise de l'artério-sclérose ;
- 2° De la confusion de cette maladie avec l'athéromé qui n'est qu'une lésion ;
- 3° De l'importance trop grande accordée aux injections expérimentales de substances hypertensives, capables de produire l'athérome, mais nullement l'artério-sclérose ;
- 4° Du rôle trop exclusif que l'on fait jouer à l'hypertension artérielle et non à l'intoxication qui domine toute l'histoire clinique de l'état morbide.

D'après la définition basée sur l'évolution clinique bien plus que sur les caractères anatomiques, la thérapeutique devient surtout antitoxique et rénale.

M. Huchard démontre que la médication rationnelle, dès le début, peut améliorer et même guérir la maladie. Enfin, d'après une statistique personnelle portant sur près de deux mille observations, les causes de l'artério-sclérose doivent être ainsi classées par ordre de fréquence :

- 1° La goutte, le rhumatisme avec la gravelle et les lithiases ;
- 2° la syphilis ; 3° le régime alimentaire ; 4° le tabac.

Ce sont là les quatre causes les plus importantes de la maladie, en y ajoutant encore le saturnisme dont le mode d'action ressemble à celui de la goutte.

L'abus de l'alcool produit sur le système artériel d'autres lésions que l'artério-sclérose. Celle-ci se rencontre encore assez souvent au cours du diabète, mais plus rarement qu'on l'a dit, à la suite des maladies infectieuses. L'origine dite sur-rénale de l'artério-sclérose est loin d'être démontrée.

## *Les ulcérations hémorragiques de la vessie*

PAR M. LE PROFESSEUR ALBARRAN

---

Hémorragie vésicale spontanée ne veut pas toujours dire tumeur de la vessie. Il peut s'agir de simples ulcérations. C'est ainsi qu'un homme d'une quarantaine d'années, atteint d'une hématurie il y a un an, a vu l'écoulement sanguin reparaitre sans cause en mai dernier. Entré à l'hôpital, il a de la fièvre (T. 39°). On pratique la taille. La vessie était gorgée de sang. Une grosse lésion sans doute entraînait une semblable hémorragie? Non pas. Il s'agissait d'une simple exulcération en arrière du trigone, d'où perlaient des gouttelettes de sang. Quelques ulcérations moindres étaient disséminées sur la muqueuse. M. Albarran extirpe deux des plus grosses ulcérations, suture les parois de la vessie ensuite, et cautérise les autres ulcérations. Après l'opération, les urines redeviennent claires et le malade guérit sans encombre.

De pareils faits ne sont point rares. Un homme de 40 ans a des hématuries spontanées et abondantes. L'ouverture de la vessie montre une petite ulcération du côté droit du trigone. La cautérisation amène la guérison immédiate. Une femme de 40 ans avait des hématuries prolongées se répétant tous les deux ou trois mois. Ces hématuries deviennent plus abondantes; on opère. Une légère ulcération vésicale est cautérisée et la guérison s'ensuit.

La lésion est parfois si minime, qu'on croit qu'elle n'existe pas. Il faut chercher les ulcérations pour les trouver. La muqueuse paraît saine. Le même fait se produit dans certaines cystites chroniques où l'hémorragie ne vient pas des ulcérations existantes, mais de la muqueuse qui paraît saine à côté. Il est vrai qu'il ne s'agit que d'une apparence, car l'examen histologique, tel qu'il a été pratiqué par M. Pettit, révèle des mas de tissu embryonnaire avec dilatations vasculaires. Au niveau du suintement sanguin, hémorragies interstitielles et microcoques sans caractères particuliers.

Ces ulcérations de la vessie sont l'analogie des ulcérations

hémorragiques de l'estomac. Là encore il s'agit de lésions de nécrose avec tissus embryonnaires, au niveau d'ulcérations de dimension et de profondeur variables, allant de l'exulcération superficielle jusqu'à l'ulcère rond. L'intoxication externe (sublimé, alcoolisme), interne (brûlure, athrepsie des nouveau-nés, urémie), les toxi-infections (fièvre typhoïde, pyohémie) sont la cause des ulcérations gastriques, et ces causes toxi-infectieuses se retrouvent à l'origine des ulcérations vésicales, sans qu'on puisse toujours dire pourquoi chez tel sujet c'est l'estomac, et chez tel autre la vessie qui sont atteints.

Dans la vessie, l'exulcération simple peut s'annoncer par une hémorragie initiale, sans cystite concomitante. L'ulcération profonde peut se perforer, tout comme un ulcère de l'estomac : telle l'histoire de ce malade de 53 ans qui, atteint de rétention d'urine et sondé, présenta trois jours après une péritonite généralisée et mourut.

L'autopsie montra une ulcération perforante de la partie postérieure de la vessie. Une dizaine de faits semblables existent dans la science.

Parfois il s'agit de tuberculose ; à côté des grosses lésions de la cystite tuberculeuse, on peut rencontrer des ulcérations discrètes vers le trigone. Les malades ont simplement de la pollakiurie avant leur hémorragie, et c'est l'urine venant du rein qui infecte la vessie. Des ulcérations trophiques peuvent suivre les maladies médullaires ou de l'encéphale. Les malades en pareil cas sont en rétention incomplète, leur vessie se transforme en vessie à colonnes. La rupture peut se faire, comme il est arrivé dans un cas de syringomyélie.

Les ulcérations vésicales peuvent encore suivre la grippe, la fièvre typhoïde, l'hypertrophie prostatique, les traumatismes.

Le traitement est simple : combattre la toxi-infection générale si celle-ci existe, administrer les hémostatiques (chlorure de calcium) : L'examen cystoscopique sera pratiqué. Si la lésion est discrète, une cautérisation directe pourra suffire, sinon il vaudra mieux procéder à l'excision de la surface ulcérée et à la suture consécutive des parois saines.

*Recherches cliniques, bactériologiques et urologiques  
sur l'évolution des gastro-entérites infantiles*

PAR M. LE DOCTEUR RIVET

---

Un enfant est atteint d'entérite ; on l'a soumis à la diète : la situation s'est améliorée, vient le moment de le réalimenter. Quel régime choisir et pour quelles raisons, différentes des simples données de l'empirisme ? Pour donner réponse à ces questions, et aussi par pure et légitime curiosité de pédiâtre, Rivet a poursuivi une longue enquête clinique, bactériologique et urologique sur l'évolution des entérites infantiles.

L'étude *clinique* l'a amené à schématiser l'évolution des entérites infantiles en quatre périodes : accidents intestinaux aigus ; phase d'amaigrissement ; période des infections secondaires ; convalescence.

L'étude *bactériologique* lui a fait distinguer deux types diarrhéiques : l'un, caractérisé par des selles très liquides, très abondantes et peu fétides, s'accompagne de la multiplication des germes aérobies, hôtes habituels de l'intestin. L'autre, avec la fétidité et l'abondance moindre des selles, s'observe, en même temps qu'une prolifération des germes anaérobies dans des résidus alimentaires anormaux.

L'étude *urologique* a surtout porté sur l'élimination des sulfo-éthers urinaires ; elle a permis de constater que cette élimination dépend bien plus de l'absorption des albumines alimentaires que de l'intensité des putréfactions intestinales, comme le veut Combe.

En suivant quotidiennement chez ses petits malades les modifications de la température, du poids, des urines, des selles et de leur flore bactérienne, Rivet a été conduit aux conclusions suivantes touchant la valeur des différents régimes diététiques.

Comme suite à la diète hydrique, régime de transition qui amène la sédation des accidents aigus, la réalimentation au

sein reste le régime de beaucoup le meilleur. Indépendamment de cet idéal, qu'on ne peut toujours réaliser, on peut choisir entre trois régimes dont les indications sont un peu différentes.

La réalimentation transitoire par les féculents (bouillon de légumes) retarde l'apparition de l'amaigrissement, diminue les sulfo-éthers, mais ne ramène pas les caractères normaux des selles.

La réalimentation par le babeurre, excellente à condition de ne pas l'employer trop tôt, rend rapidement aux selles les caractères microscopiques et bactériologiques de la normale.

La réalimentation par la viande crue est surtout indiquée dans les cas d'intolérance pour le lait, ou dans les diarrhées anciennes et très liquides dont la flore présente la modification aérobie.

L'emploi judicieux de ces divers régimes suffit, dans la plupart des cas, pour modifier la flore intestinale ; l'expérience de Rivet n'est pas en faveur de l'utilisation du bouillon paralaclique, dont les effets lui ont paru inconstants parfois, souvent insuffisants et en tout cas point supérieurs à ceux qu'on peut attendre d'autres moyens, du babeurre en particulier.

En cas d'échec de toutes ces tentatives, on soupçonnera la tuberculose comme cause des entérites rebelles.

---

*La solidarité est une loi fondamentale de la vie, tant organique que sociale. Il existe une dette spéciale de chacun envers tous ; l'homme qui a besoin de moi est l'homme dont j'ai besoin, on ne fait point de mal aux autres sans s'en faire à soi-même.*



## L'hypotrophie avec rachitisme

PAR M. LE DOCTEUR VARIOT

---

L'hypotrophie peut exister dans le rachitisme, mais souvent elle accompagne ce dernier. Un enfant de 3 ans et demi a le thorax aplati transversalement, une tuméfaction des épiphyses, un genou valgum, des cals aux humérus, signature de fractures anciennes. Cet enfant pèse sept kilos au lieu de douze qu'il devrait peser normalement et il mesure 75 centimètres au lieu de 88 centimètres qui est la taille d'un enfant de son âge. Il y a donc à la fois hypotrophie pondérale et staturale.

La maladie de cet enfant est liée à sa mauvaise alimentation. On le nourrissait de panades qui sont un aliment déplorable. Il fermente dans l'intestin et donne naissance à des produits toxiques dont la résorption trouble la nutrition du squelette et arrête la croissance.

Charrin et Le Play ont provoqué l'atrophie chez des lapins qui recevaient des injections de substances toxiques extraites de l'intestin. Le rachitisme n'offre aucun rapport avec la syphilis : il peut se superposer à cette dernière maladie, n'est point provoqué par elle.

Comme traitement il faut donner non des phosphates de chaux médicamenteux, mais du bon lait qui renferme jusqu'à 3 à 4 % de phosphates minéraux. Des purées de pommes de terre avec 3 à 4 cuillerées de jus de viande, des jaunes d'œuf, des bouillies d'avoine, de tapioca constitueront le régime alimentaire.

Il serait aussi nécessaire d'exercer une surveillance plus active sur les nourrissons. La loi Roussel serait excellente si elle tenait mieux compte des difficultés pratiques. Elle commence par allouer des honoraires dérisoires aux médecins, alors qu'un bon fonctionnement de la loi devrait être assuré par une rémunération suffisante. Peut-être aussi con-

viendrait-il d'organiser sous le contrôle des médecins inspecteurs, un service de visiteuses à domicile, sages-femmes, femmes instruites. Leur bonne volonté mise à l'épreuve pourrait maintes fois se traduire par des conseils utiles. Car dans les campagnes, on continue d'ignorer les règles les plus élémentaires de l'hygiène infantile.

---

## Le traitement intra-utérin des salpingo-ovarites

PAR M. LE PROFESSEUR SPINELLI

---

D'une manière générale ce traitement doit être réservé aux cas où avec une endométrite chronique, le plus souvent d'origine blennorragique, coexistent des symptômes de salpingite catharrale. Une condition indispensable pour l'application du traitement est l'absence des deux symptômes : fièvre et douleur dépendant d'une poussée subaiguë de salpingite. De même, une ascension thermique de quelques dixièmes aux périodes menstruelles constitue une contre-indication, parce qu'elle est l'indice d'une infection virulente et fait craindre l'imminence d'une crise de salpingite aiguë. Dans les cas d'hydrosalpinx ou même de pyosalpinx se vidant par pression dans la cavité utérine, le traitement est discutable ; l'auteur possède quelques beaux succès. Une contre-indication absolue est représentée par les tumeurs enkystées tubo-ovariennes ; une autre par les cas de métrosalpingite hypertrophique, à utérus géants ultra-sensibles à la pression, à trompes douloureuses, toujours à la veille d'une crise aiguë. Un moyen de se rendre compte de la possibilité d'instituer le traitement intra-utérin est d'avoir recours à l'*œuvre de la laminaire*. Si, après l'introduction d'une laminaire aseptique, il ne survient ni ascension thermique ni réaction douloureuse, on peut être certain que la malade ne pourra que bénéficier du traitement intra-utérin.

Ce traitement est assez complexe. Certaines malades, notamment les neuro-arthritiques, les dyspeptiques, les pléthoriques doivent d'abord être soumises à un traitement général : cure alcaline interne, hydrothérapie tiède, diète anti-arthritique. Le traitement ioduré a également une influence favorable sur l'évolution des lésions utéro-annexielles. Le traitement local doit être entrepris quelques jours après les règles. Après une dilatation aux lamineaires, on pratique avec des précautions d'asepsie minutieuses, un curetage de l'utérus. Celui-ci est ensuite tamponné avec une gaze imbibée de glycérine ichthyolée ou thigénolée à 10 ou 20 pour 100, ou d'une solution iodo-iodurée gâcioclée. Plus récemment, l'auteur a utilisé la solution du collargol à 1/100. Le tamponnement doit être minutieux et atteindre le fond et les cornes utérines, il doit être renouvelé tous les jours pendant douze ou quinze jours, puis tous les deux jours, jusqu'à la première époque menstruelle. S'il survient une réaction annexielle, on devra supprimer le tamponnement intra-utérin et appliquer de la glace sur l'hypogastre. Mais cela ne doit jamais arriver si les indications ont été bien posées.

Pour donner une idée de la valeur de cette méthode, on peut dire que 70 pour 100 des malades sont guéries, au moins cliniquement ; 20 pour 100 sont notablement améliorées ; dans 10 pour 100 des cas, le traitement échoue. Mais, même dans ces cas, l'état général et local des malades est amélioré par le traitement et rend l'opération ultérieure plus facile et plus bénigne.

Sur plus de 500 malades traitées par cette méthode, l'auteur et ses assistants ont observé les complications post-opératoires suivantes : 2 fois une péri-méthro-salpingite grave avec collection suppurée notable ; 4 fois des crises aiguës de salpingite ; 1 fois, la formation rapide d'un gros pyosalpinx ouvert par la voie vaginale un mois environ après le curetage ; 30 fois environ, un réveil passager de la fièvre. Plusieurs des malades traitées, stériles depuis de longues années, ont après le traitement, conçu et accouché à terme.

## La fièvre rhumatoïde prémenstruelle des jeunes filles

PAR M. LE DOCTEUR RIEBOLD

---

Le tableau clinique de ce syndrome serait assez net, si, d'un côté, il ressemblait moins à une attaque de rhumatisme poly-articulaire et si, de l'autre, il ne côtoyait pas de trop près ces fièvres à allures bizarres dont l'origine est parfois difficile à connaître. Voici, brièvement résumés, les principaux traits de cette fièvre prémenstruelle.

Un, deux ou trois jours avant l'écoulement menstruel, la jeune fille, généralement pubère depuis quelques années seulement, est prise d'un mouvement fébrile. La fièvre oscille ordinairement autour de 101° F. ; mais elle peut atteindre et même dépasser 104° F, puis, après avoir atteint son acmé, la température tombe en lysis et revient à la normale dans l'espace de trois ou quatre jours.

Le mouvement fébrile dure donc, suivant les cas, quatre à sept jours. Il s'accompagne régulièrement de phénomènes généraux (abattement, inappétence, maux de tête, langue chargée, constipation, etc.), et de douleurs articulaires qui constituent un des symptômes saillants et particulièrement caractéristiques du syndrome.

Dans les cas légers, ces douleurs sont fugaces, tout en restant fort vives. Dans les cas graves, elles deviennent intenses et s'accompagnent d'une tuméfaction des articulations frappées. Ce sont les articulations des mains et des pieds qui sont prises le plus souvent ; mais il est des cas où toutes les articulations sont atteintes. Jamais on n'observe d'exsudats intra-articulaires très appréciables, mais les articulations malades finissent par se déformer, si les attaques, survenant à l'occasion des règles, se répètent trop souvent. Les tendons et les gaines tendineuses ne sont pas toujours épargnés, et là encore, en cas d'attaques répétées, il peut survenir des déformations, des raccourcissements, une impotence fonctionnelle.

Comme dans le rhumatisme poly-articulaire, on peut observer dans cette fièvre prémenstruelle, surtout quand elle est grave, des symptômes du côté du cœur. Parfois, dès le premier jour, quelquefois du deuxième au troisième jour, on trouve une dilatation du cœur, des souffles systoliques ou diastoliques, de l'arythmie, du dédoublement des bruits, etc. Dans quelques cas, le péricarde, la plèvre ont été touchés. La dyspnée avec cyanose n'est pas rare.

Ce tableau est complété par un mauvais état général, état nettement typhoïde, avec albuminurie et cylindrurie légères, avec hypertrophie de la rate, avec hypoleucocytose à formule hématologique dans laquelle prédominent les lymphocytes.

A côté de ces cas graves et typiques, on en observe d'autres où les symptômes que nous avons énumérés sont seulement ébauchés. Toujours est-il que l'attaque, qui survient quelques jours avant la menstruation, se termine avec celle-ci, et la malade se rétablit rapidement. Elle guérit radicalement, définitivement dans les cas légers dans lesquels l'attaque ne se reproduit pas. Mais dans les cas graves — M. Riebold en a observé six — où les attaques se répètent quatre, cinq, même sept fois dans l'espace de quelques années, toujours à l'occasion des règles, il n'est pas rare d'observer non seulement des arthrites constituées, dont nous avons déjà parlé, mais encore des lésions valvulaires du cœur.

\* \* \*

M. Riebold a soigneusement exclu de ses observations tous les cas dans lesquels on pouvait soupçonner ou dans lesquels il existait soit une lésion tuberculeuse, soit un foyer d'infection latente. Il n'admet pas du reste qu'une infection puisse rester latente pendant des années et des années sans se manifester, cliniquement ou anatomiquement, autrement que par des mouvements fébriles prémenstruels. D'un autre côté, les malades, pour la plupart des jeunes filles vierges, n'avaient aucun passé génital, aucune manifestation de dysménorrhée. Dès lors, quelle est la pathogénie de cette fièvre rhumatismale prémenstruelle ?

M. Riebold répond à cette question en soumettant à ses lecteurs deux hypothèses :

La première consiste à faire rentrer cette fièvre dans le groupe si vaste des rhumatismes infectieux avec cette restriction que la nature de l'agent causal de la fièvre rhumatismale prémenstruelle reste encore, pour le moment, inconnue. Ajoutons que, dans cette fièvre, tout comme dans les autres modalités de rhumatisme infectieux, le salicylate de soude reste sans action.

La seconde hypothèse met en cause une anomalie de la sécrétion ovarique. L'ovaire sécréterait un produit véritablement toxique qui, au moment de l'ovulation, passerait dans la circulation générale et provoquerait les symptômes de la fièvre rhumatismale prémenstruelle.

Reste à savoir si une toxine d'origine non microbienne est capable de provoquer de tels symptômes d'intoxication. M. Riebold cite, à titre d'analogie, les accidents sériques consécutifs aux injections de sérum et dont les symptômes rappellent, en partie, ceux de la fièvre rhumatismale prémenstruelle. Il ajoute, cependant, que c'est la première hypothèse qui lui paraît la plus plausible.

Le traitement de cette fièvre est purement symptomatique.

Le salicylate de soude est sans action. L'opothérapie ovarienne, essayée dans plusieurs cas, a également échoué. Aussi bien M. Riebold se demande si, dans les cas graves, on ne ferait pas bien de pratiquer la castration en vertu de ce fait que, quelle que soit la cause de la fièvre rhumatismale prémenstruelle, c'est toujours l'ovulation qui la met en activité. Toutefois, il est d'avis de ne s'adresser à cette thérapeutique radicale que lorsqu'on sera mieux renseigné sur la nature de son syndrome.

---

*Le thérapeute est un marchand d'espérance et toute trompeuse que puisse être cette marchandise elle sert à vêtir l'humanité de couleurs riantes et à la fin de la vie par une route agréable parsemée d'illusions et de fleurs.*

*Des cirrhoses alcooliques avec ictère*

---

MM. A. Gilbert et P. Lereboullet étudient sous ce nom des faits de cirrhose ascitique accompagnée d'ictère franc dont ils ont observé un assez grand nombre d'exemples parmi lesquels six avec autopsie. Ils montrent que, tandis que dans les cirrhoses alcooliques communes la teinte de la peau reste celle de l'ictère acholurique et correspond à une cholémie modérée, il y a dans ces faits ictère franc, cholurique, avec ou sans urobilinurie, répondant à une cholémie beaucoup plus élevée. A cet ictère permanent, mais sujet à variation, s'associent les symptômes ordinaires des cirrhoses ascitiques: Il y a prédominance marquée du sexe féminin. Elles se distinguent par leur évolution rapide, ne persistant qu'exceptionnellement plus d'un an. Ces particularités peuvent entraîner certaines difficultés de diagnostic avec l'adéno-cancer avec cirrhose, la cirrhose hypertrophique diffuse et surtout la cirrhose graisseuse, parfois aussi avec les cirrhoses biliaires et les cirrhoses calculeuses. L'examen anatomique montre des lésions comparables à celles des cirrhoses communes avec quelques caractères spéciaux: cirrhose plus rapidement étendue à tout l'espace diffusant dans le parenchyme avoisinant, cirrhose jeune, riche en éléments embryonnaires, abondance de néo-canalicules biliaires; peu ou pas de lésions cellulaires. L'évolution anatomique semble plus rapide. Ces cirrhoses se rattachent par de minutieux faits de transition aux cirrhoses alcooliques communes; cliniquement, il est des cas où l'ictère, quoique léger et acholurique, est toutefois plus accusé que dans la cirrhose commune et correspond à une cholémie plus intense. Anatomiquement, ces caractères peuvent se retrouver à l'état allénué dans des cas où l'ictère cholurique a fait défaut. Ces cirrhoses alcooliques avec ictère ne doivent donc pas être séparées des cirrhoses veineuses, mais elles méritent cependant une description spéciale en raison de leur évolution et des problèmes de diagnostic qu'elles peuvent soulever.

## L'Opération à l'Hôpital ou à domicile

---

Actuellement dans les campagnes, loin de tout établissement hospitalier, des chirurgiens qui ne regardent pas à leur peine, organisent de toutes pièces au domicile des malades pauvres, les opérations les plus sérieuses et avec un plein succès.

Dans les grandes villes, les chirurgiens les plus méticuleux au sujet de l'asepsie acceptent d'opérer dans leurs hôtels les riches malades qui peuvent faire les frais d'une de ces transformations chirurgicales d'appartement dont quelques grandes maisons de stérilisation se sont fait une spécialité, et ils obtiennent également d'excellents résultats.

Pourquoi donc l'opération à domicile n'est-elle pas admise couramment, pourquoi semble-t-elle être encore un procédé d'urgence ou d'exception ? — J'ai dit plus haut que l'intérêt personnel du chirurgien le poussait à grouper ses malades dans le même endroit où il puisse les voir pour ainsi dire en bloc, sans fatigue et sans perte de temps, mais il y a encore une autre raison, celle-ci tout à fait désintéressée, qui lui fait préférer la maison de santé : c'est son inexpérience de l'opération à domicile. N'ayant pas réfléchi au préalable aux conditions matérielles, de l'opération, n'étant pas outillé pour la pratiquer, sans collaborateurs (médecins et infirmiers) entraînés à cette sorte de travail, il se trouve insuffisamment préparé pour exécuter cet acte assez complexe qu'est l'opération à domicile ; il craint d'oublier quelque détail, et finit par conseiller la maison de santé. S'il a dû quelquefois, pressé par l'urgence ou la nécessité, opérer un malade chez lui, il ne peut conserver un bon souvenir de cette improvisation qu'il n'a pas recherchée, mais qui lui a été imposée. Une telle improvisation n'est pas ce qu'on croit entendre par le mot : opération à domicile. L'opération



à domicile est un acte mûrement réfléchi, étudié et réglé dans ses moindres détails, *plus méthodique même que l'opération à la maison de santé*. Ceux-là qui auront leur matériel spécial, leur personnel spécial, et qui auront acquis également une expérience toute spéciale, ceux-là seuls pourront comparer entre elles deux choses qu'ils connaîtront bien toutes deux : l'opération à domicile et l'opération à la maison de santé, et je ne doute pas qu'ils n'obtiennent d'aussi bons résultats dans la première que dans la seconde.

Dr R. BONNEAU.

---

### LES CONTRE-INDICATIONS DU FER.

---

Tous les praticiens savent que le fer est contre-indiqué chez les tuberculeux, les dyspeptiques et les eczémateux. Comment alors assurer la réparation globulaire chez ces malades, qui sont le plus souvent en état d'hypoglobulie notable ?

L'hémoglobine vraie (qu'il ne faut pas confondre avec le sang desséché ou glycérimé qu'on décore de ce nom dans le commerce) rend ici des services qu'ont pu apprécier déjà nombre de médecins, traitant soit les affections générales, soit les maladies de la peau.

L'hémoglobine constitue un traitement à la fois ferrugineux et zomothérapie, exempt des complications qu'entraîne l'usage de la viande crue et de ses jus (tænia, ptomaines).

Cette substance ne demande aucun effort aux organes digestifs, pour la raison qu'elle constitue un fer déjà vitalisé. (Expériences dans les hôpitaux de Paris, Sirop d'Hémoglobine Deschiens).

## Les devoirs des médecins consultants

PAR M. LE PROFESSEUR DIXON

---

Le médecin consultant a des devoirs vis-à-vis du malade près duquel il est appelé et des devoirs envers le confrère qui l'appelle en consultation.

Le malade doit être examiné scrupuleusement, sans hâte, avec le temps indispensable pour essayer d'éclaircir une situation souvent obscure. Le médecin consultant fera connaître son avis à son confrère, en toute indépendance et en toute liberté, discutera le diagnostic et le traitement, les rectifiera, si tel est son avis, agira en un mot pour le plus grand bien du malade.

Par contre, le médecin consultant a des devoirs stricts vis-à-vis du médecin traitant. Il ne doit, à aucun prix, faire perdre au malade la confiance en son médecin. Pendant l'examen du malade, et avant d'avoir conféré en particulier avec son confrère, il ne doit prononcer aucune parole susceptible de faire présager son appréciation sur le résultat de l'examen. Au cas de changement de médication, le consultant doit trouver une explication qui ne permette pas au malade de supposer que son médecin s'est trompé. D'ailleurs, les consultants peuvent faire des erreurs comme tout le monde ; celui qui ne fait rien peut seul s'assurer de ne se tromper jamais. Bien entendu, le médecin consultant ne doit jamais venir revoir le malade qu'avec le médecin traitant. Des malades vus en consultation profitent parfois de la neutralité du cabinet médical pour venir demander un avis à leur ancien médecin consultant. Comme ce dernier n'aurait jamais connu le malade s'il n'avait été appelé en consultation par le médecin traitant, il doit s'enquérir auprès du patient s'il a l'assentiment de son médecin traitant et, de toutes façons, le prévenir de la visite effectuée.

Au moment du règlement des honoraires de la consultation, le médecin consultant doit, si le médecin traitant en fait la demande, lui faire régler directement par le malade, en même temps que ses propres honoraires, les honoraires dus pour la consultation, honoraires qu'il pourrait quelquefois avoir difficulté d'obtenir, s'il les mettait sur sa note de fin d'année. Le médecin traitant a droit à des honoraires spéciaux pour la consultation, en raison du dérangement qu'elle lui occasionne et de la part de responsabilité qu'il y prend, et il est très légitime de les faire régler de suite par le malade. Des associations professionnelles ont même établi une proportionnalité et un tarif spécial des honoraires des consultations. Il serait désirable, dans l'intérêt matériel et moral de la profession médicale, que ces pratiques soient vulgarisées, connues et acceptées du grand public.

---

## Les néphrites latentes

PAR M. LE DOCTEUR DEVOTO

---

La fréquence de la néphrite est très grande. M. Devoto rapporte une statistique obtenue dans sa clinique de Pavie, où l'on voit que, sur 144 autopsies, on a trouvé 79 fois de la néphrite, dans une proportion de 55 pour 100.

M. Devoto pense qu'on peut arriver à découvrir l'existence de certaines *néphrites latentes*, à savoir des processus inflammatoires du tissu rénal qu'on ne peut pas reconnaître lorsqu'on se limite, comme d'habitude, à l'examen du malade et de ses urines.

Il se peut qu'un processus néphrétique se limite quelque temps à un seul rein, et que des causes inflammatoires du tissu rénal arrivent en proportions très faibles ou que la lésion soit très circonscrite ; de plus, il faut admettre que la néphrite aiguë ne se développe pas toujours sur des reins normaux.

On sait que les états dyscrasiques, les anomalies de la nutrition, les conditions de la peau et des voies digestives, quelques médicaments et surtout des maladies infectieuses peuvent provoquer des lésions rénales légères, et, en apparence, passagères.

Survienne un nouvel état morbide, si faible soit-il (pharyngite, amygdalite, grippe, etc.), et le rein, déjà un peu altéré, devient manifestement malade, d'où l'albuminurie et la cylindrurie.

Ces causes morbides deviennent ainsi comme des *réactifs* qui rendent manifeste une néphrite jusque-là latente.

On possède aujourd'hui des moyens qui peuvent, jusqu'à un certain point, renseigner sur les conditions de la fonction rénale ; l'apparition d'une albuminurie à la suite de quelques-uns de ces moyens constitue un signe révélateur de la fragilité particulière du tissu rénal.

Ces moyens sont : influences de nature mécanique (exercice exagéré, surmenage physique et intellectuel, bains chauds ou froids, etc.), causes alimentaires et toxiques (ingestion d'albumine d'œuf, de boissons en grande quantité, réduction notable des liquides, diète carnée, emploi de quelque médicament, etc.), circonstances accidentelles (opérations, narcose, travail dans l'air comprimé, grossesses, etc.).

---

*Aujourd'hui l'on compte autant de médecine que de malades payants, et le pauvre médecin manie plus souvent le mercure que l'or ; la profession qui fait difficilement vivre le client, ne fait pas davantage vivre le médecin.*

## SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

- Société Médicale de Montréal**  
*Président* : M. A. Lesage. *Secrétaire* : M. B. G. Bourgeois, 797, St-Denis.  
 Séances régulières : le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup> mardi de chaque mois, d'octobre à juin.
- Société Médicale de Québec**  
*Président* : M. D. Brochu. *Secrétaire* : M. J. Dorion, Québec.
- Montreal Medico-Chirurgical Society**  
*Président* : M. Wesley Mills. *Secrétaire* : M. A. H. Gordon, 125, r. Hutchison  
 Séances régulières tous les 15 jours, le vendredi soir.
- Société Médicale de Shefford**  
*Président* : M. J. A. E. Brun. *Secrétaire* : M. A. Lessard, Granby, Co. de  
 (de West Shefford. Séances régulières : deux fois par année. (Shefford P. Q.)
- Société Médicale de Chicoutimi et du Lac St-Jean**  
*Président* : M. Poliquin. *Secrétaire* : M. A. Riverin, Chicoutimi.
- Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette.**  
*Président* : M. C. Bernard. *Secrétaire* : M. A. Laurendeau, St-Gabriel-de-  
 (Brandon.
- Société Médicale du District d'Ottawa.**  
*Président* : M. Aubry. *Secrétaire* : M. J. E. D'Amour, Papineauville.
- Société Médicale du Comté de Wolfe.**  
*Président* : M. Thibault. *Secrétaire* : M. A. Pelletier, St-Camille.  
 Séances régulières : le 1<sup>er</sup> mardi des mois de mars, juin, septembre et décembre
- Société Médicale des Comtés de Seance et Dorchester.**  
*Président* : M. Fortier. *Secrétaire* : M. L. M. Déchêne, Beauceville.  
 Séances régulières : mars, juin, septembre, Décembre.
- Société Médicale de Rimouski.**  
*Président* : M. Fisel. *Secrétaire* : J. Gauvreau, Rimouski.
- Société Médicale de St-Hyacinthe**  
*Président* : M. Turcol. *Secrétaire* : M. Beaudry, de St-Hyacinthe.
- Association Médicale du Comté de Portneuf.**  
*Président* : M. Rousseau. *Secrétaire* : M. G. Paquin, Portneuf.  
 Séances régulières : mars, juin, septembre, Décembre.
- Société Médicale de Trois-Rivières.**  
*Président* : M. De Blois. *Secrétaire* : M. O. Tourigny, Trois-Rivières.
- Société Médicale de Valleyfield.**  
*Président* : M. Ostigny. *Secrétaire* :
- Association Médicale du District d'Arthabaska.**  
*Président* : M. Belloau. *Secrétaire* : M. O. E. Desjardins, de Lyster, Co.  
 Séances régulières : janvier, mars, septembre. (d'Arthabaska,
- Société Médicale du Comté de Terrebonne.**  
*Président* : M. Grignon. *Secrétaire* : M. H. Prevost, St-Jérôme.
- Société Médicale de Montmagny.**  
*Président* : M. Gosselin. *Secrétaire* : M. Paradis, Montmagny.
- Société Médicale du Comté de Champlain.**  
*Président* : M. Trudel. *Secrétaire* : M. Bellemare, St-Narcisse.
- Société Médicale du District de St-François (Sherbrooke).**  
*Président* : *Secrétaire* :
- Société Médicale de St-Jean (Iberville).**  
*Président* : M. Moreau. *Secrétaire* : M. Duval (St-Jean-d'Iberville).
- Société Médicale du Comté de Maskinonge,**  
*Président* : M. L. A. Plante. *Secrétaire* : M. Duhamel.
- Association Médicale C. F. de Manitoba.**  
*Président* : M. J. M. O. Lambert. *Secrétaire* : M. G. A. Dubuc, St-Boniface, Man
- Association Médicale de l'Ouest de Montréal.**  
*Président* : M. E. G. Asselin. *Secrétaire* : M. Aumont, St-Henri.
- Association des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord**  
*Président* : M. Arthur Simard, Québec. *Secrétaire* : M. Pâquet.  
 Se réunit tous les deux ans. Prochaine réunion en août 1908, à Québec.
- Canadian Medical Association.**  
*Président* : Dr. Montizambert, d'Ottawa. *Secrétaire* : M. Elliott, Toronto  
 Réunion annuelle : en 1908, à awa.

## *Le Congrès de Québec*

*« Viens, ne marche pas seul dans un jaloux sentier,  
Mais suis les grands chemins que l'humanité foule !  
Les hommes ne sont forts, bons et justes qu'en foule  
Ils s'achèvent ensemble, aucun d'eux n'est entier ? »*

Le premier Congrès des Médecins de langue française dans l'Amérique du Nord est né à Québec en 1902, dans un berceau doré, après 50 ans de mariage avec la science de l'Université Laval. Les fondateurs, M. le Professeur Brochu, premier président de l'Association, et la Société médicale de Québec, se sont réjouis avec un bien légitime sentiment de fierté en voyant revenir au milieu d'eux ce quatrième Congrès de médecine. Les fêtes furent plus brillantes et plus imposantes encore qu'au jour de sa naissance, car les races de deux nations qui ont appris à se connaître et à s'aimer sur les champs de bataille transformés aujourd'hui en plaine de concorde, d'amour et de souvenirs héroïques, s'unissaient pour fraterniser et rivaliser en paix à faire revivre trois siècles d'un passé glorieux.

Les chants harmonieux de ces grandes fêtes furent une cause d'attraction et de distraction pour les congressistes qui vinrent en plus grand nombre qu'au premier Congrès, 278 médecins répondirent à l'appel, mais beaucoup moins de communications furent présentées. L'on y trouve peu de travaux de laboratoire et aucune étude d'anatomie ou de physiologie pathologique ou de chimie biologique ; l'on a eu aussi bien peu de temps pour élaborer un travail complet et recueillir une série de faits probants.

Ce Congrès, remis en 1909, fut rapidement organisé pour le mois d'août puis pour juillet 1908. Toutes les observations présentées avaient cependant une grande portée pratique et révélaient le talent clinique des auteurs qui sont tous des partisans convaincus de la thérapeutique pragmatique.

« Pour prendre place au rang des nations, disait M. le Professeur Brochu au premier Congrès de Québec, il faut que les médecins Canadiens, unis dans un effort commun,

marchent d'un pas égal aux autres dans la voie de la science. » Afin d'apporter tous les soins nécessaires à nos productions scientifiques médicales, ne serait-il pas préférable d'avoir trois années pour préparer des rapports enrichis de plus précieux documents? A ce deuxième Congrès de Québec, la partie sociale et nationale obtint le plus brillant succès et les membres dévoués du bureau d'organisation méritent les félicitations de tous les congressistes.

Au milieu de ces agapes fraternelles, l'échange de sourires et de bonnes paroles dissipe souvent bien des malentendus, l'exposé d'idées et d'intérêts communs fait naître ou augmente rapidement l'harmonie dans la solidarité professionnelle et les communications personnelles et originales font germer dans l'esprit de notre profession la noble érudition de travailler de concert à perfectionner la science médicale au Canada.

« Notre but, a très éloquemment dit notre distingué président, M. le Professeur Arthur Simard, dans son discours d'ouverture, notre but est à la fois scientifique et national. Par la science la médecine a l'honneur de prolonger chaque jour la durée de l'existence et d'avoir en 50 ans, élevé la moyenne de la vie de 30 à 45 ans.

« Reste notre rôle national. Nous avons le même sang et la même langue que les habitants de la France. La race canadienne-française forme sur la terre d'Amérique un groupe bien distinct par son attachement à sa langue, à sa religion et à ses lois. L'avenir est aux peuples les plus éclairés, et tous les médecins Canadiens-Français sont dévoués aux intérêts nationaux et se font un devoir d'éclairer le peuple. »

---

*Au nom de l'hygiène nous interdisons tour à tour le vin, l'amour, la bonne chère, le tabac. en général, toutes les petites douceurs et par dessus le marché nous voulons nous faire payer. Comment peut-on y réussir?*

## Informations scientifiques

Le parasite du cancer est un parasite intra-cellulaire et surtout intra-nucléaire, dit M. le docteur Doyen. Le cancer est une maladie parasitaire du noyau des cellules normales. Ce parasitisme intra-nucléaire explique l'anarchie cellulaire qui caractérise l'évolution du néoplasme.

Prix Bénassy-Madeuf.

On lit dans les journaux du Loir-et-Cher :

« Un prix de 600 francs sera alloué en 1910 au candidat, de quelque nationalité qu'il soit, qui aura fourni le meilleur travail pour la guérison de la surdité.

Sujet proposé : Moyens d'enrayer la surdité par sclérose.

Ce prix a été institué aux termes d'un testament de Mme Bénassy, de Chouzy-sur-Cisse, en souvenir de son frère, spécialiste des maladies des oreilles, et sur l'inspiration du Dr Madeuf, directeur du *Journal de la Santé*, son légataire universel, lequel est chargé de fixer les sujets de concours et de choisir entre les candidats. »

Le Dr Janvier, suppléant du Professeur Kusserath à la Maternité de Bruxelles, a recueilli une dizaine d'observations qui seront publiées et qui ont trait à l'emploi de l'*Aniodol* chez des enfants atteints de diarrhée verte. Tous les malades ont été guéris. La dose employée n'a pas dépassé une à deux cuillerées à café par jour. Dans un cas, notamment, l'enfant avait une moyenne de 33 selles vertes par jour. Après une demi-journée de traitement, l'enfant n'a plus eu qu'une selle jaunâtre et les jours suivants la diarrhée n'a pas reparu.

Le 23 mai, s'est constitué au Musée pathologique universitaire de Berlin le comité international pour la lutte contre le cancer.

Treize Etats en font partie, dont : la France, la Russie, l'Autriche, l'Allemagne, le Danemark, les Etats-Unis, le Japon, etc., etc... excepté le *Canada!*

Son but est de perfectionner l'outillage dans la lutte contre le mal terrible en multipliant les Instituts, les laboratoires de recherches et les cliniques et de coordonner des efforts individuels ; elle va créer un bulletin de statistique, un bureau de renseignements et un journal.

L'empereur de Chine a un personnel attaché à son palais qui ne comporte pas moins de 500 fonctionnaires ou serviteurs, dont trente porteurs de parasol, trente porteurs d'éventail et trente médecins. La liste du personnel comprend également soixante-quinze astrologues, soixante prêtres et soixante-dix cuisiniers...