

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. B. BOULET,
J. E. DUBÉ,

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

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

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

Vol. XL

1er MARS 1911

No 3

ACTUALITES

LA FONDATION CARNEGIE POUR L'AVANCEMENT DE L'ENSEIGNEMENT ET LA FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE LAVAL DE MONTREAL

N. D. L. R. — Comme nous l'annoncions dans notre dernier numéro, nous allons clore le débat sur l'affaire de la *Fondation Carnegie vis-à-vis l'Université Laval* par la publication d'un mémoire officiel signé du doyen de la Faculté, le professeur E. P. Lachapelle.

Une lecture attentive démontre que M. Flexner ne se rend aucunement compte de l'importance de sa mission officielle. Y a-t-il mauvaise foi ou incompétence?... Nous croyons qu'il y a des deux à la fois. Qu'on lise.

M. Flexner nous apparaît donc tel que nous l'avons jugé dans notre protestation parue dans l'Union Médicale de décembre 1910: *Bluffer!* Et maintenant si nos petits joueurs de flute veulent continuer... Voici donc les pièces authentiques.

“ Au mois de novembre 1910, l'attention de la Faculté de Médecine de l'Université Laval de Montréal fut attirée sur un rapport publié récemment par la Fondation Carnegie pour l'avancement de l'enseignement. Ce rapport volumineux, publié à New York, concerne l'enseignement médical aux Etats-Unis et au Canada, et donne l'organisation actuelle de toutes les facultés ou écoles de médecine américaines ou canadiennes. Le rapport a été préparé par un inspecteur spécial, M. Abraham Flexner, et sert de bases

aux conclusions développées par le Président de la Fondation Carnegie, M. Pritchett, dans l'introduction au rapport.

M. Flexner est venu à Montréal en mars 1909. Il s'est présenté un jour à l'Université Laval, -85, rue St-Denis, et a demandé à visiter la Faculté de Médecine. On lui présenta un jeune professeur agrégé qui était ce jour-là au laboratoire. M. le Dr St-Jacques se mit à sa disposition, lui fit visiter les salles de cours, amphithéâtres, laboratoires, bibliothèque, etc., lui fournit les explications demandées et lui remit un exemplaire de l'annuaire de l'Université. La visite et la conversation durèrent *en tout trente minutes*, puis, M. Flexner disparut aussi prestement qu'il était arrivé.

La Faculté de Médecine de l'Université Laval de Montréal ne fut donc pas surprise, en prenant connaissance du rapport de ce M. Flexner, de constater qu'il était tout à fait incomplet et erroné, mais, comme il était absolument faux et injuste pour la Faculté et comme M. Pritchett, s'appuyant sur ce rapport, donnait de la Faculté une appréciation des plus défavorables, la Faculté chargea le doyen de signaler à la Fondation Carnegie l'inexactitude du rapport Flexner et l'injustice des déductions du président.

Dans une lettre adressée le 7 décembre 1910 à M. Henry S. Pritchett, président de la Fondation Carnegie, 576, 5e Avenue, New York, le doyen de la Faculté signala entre autres, deux des erreurs les plus importantes du rapport — nombre des professeurs et capacité des hôpitaux — et contesta la valeur des conclusions tirées d'un rapport aussi erroné. M. Pritchett remit la lettre à M. Flexner et celui-ci écrivit au doyen, à la date du 9 janvier 1911, maintenant l'exactitude des informations contenues dans son rapport, informations prises, disait-il, dans le catalogue de l'Université de Montréal et fournies par le Dr St-Jacques.

Le 31 janvier, le doyen écrivit à M. Flexner une seconde lettre dans laquelle il nota avec soin toutes les principales erreurs contenues dans le rapport de la Fondation Carnegie: le nombre erroné des professeurs (8 au lieu de 50), la suppression des cours existant (chimie et anatomie descriptive), la capacité inexacte des hôpitaux généraux (250 au lieu de 290 lits), etc. Ces erreurs provenaient, il était facile de s'en rendre compte en comparant le texte des deux annuaires, du fait que M. Flexner avait confondu, pour certaines parties du moins, l'annuaire de l'Université

Laval de Québec avec l'annuaire de l'Université Laval de Montréal. La lettre du doyen concluait de la façon suivante :

“ La Faculté de Médecine de l'Université Laval de Montréal, après avoir pris connaissance du rapport de la Fondation Carnegie, de votre lettre du 9 janvier, et après avoir reçu les explications du Dr St-Jacques, en est arrivé aux conclusions suivantes :

“ 1° Vous ignorez que l'Université Laval de Montréal possède son organisation propre, est indépendante de l'Université Laval de Québec ;

“ 2° Bien qu'ayant entre les mains les annuaires des deux Universités, vous les avez confondus ;

“ 3° Lors de votre inspection à Montréal, vous n'avez pas pris les précautions nécessaires et convenables pour obtenir vos informations des autorités compétentes ;

“ 4° Même lorsque nous attirons votre attention sur les erreurs que vous avez commises, vous les maintenez et refusez de les corriger ;

“ 5° Vous ne semblez pas réaliser l'importance de ce que vous faites et les conséquences que vos inspections et rapports peuvent avoir pour les institutions que vous visitez.”

En transmettant une copie de cette lettre au Président, M. Pritchett, à la même date du 31 janvier, le doyen ajoutait : “ Permettez-moi de regretter vivement — et la Faculté de Médecine de l'Université Laval de Montréal le regrette autant que moi — qu'une institution comme la Fondation Carnegie juge à propos et préférable de faire des enquêtes *ex parte*, et surtout qu'elle emploie pour cela un homme aussi incompetent que M. Abraham Flexner. C'est une ligne de conduite que vous aurez beaucoup de misère, je crois, à justifier.

“ (Ce n'est pas dans l'esprit de la constitution américaine de juger les gens ou les institutions sans les entendre, et je ne pense pas non plus que ce soit le désir de M. Carnegie. Dans tous les cas, pour juger équitablement les gens ou les institutions, il est nécessaire de les connaître exactement et non pas par les rapports d'un homme qui confond les documents officiels, les interprète avec inexactitude et prend ses informations de personnes non autorisées à cette fin.”

M. Flexner répondit le 3 janvier 1911 par la lettre suivante (traduction) :

Fondation Carnégie pour l'Avancement de l'Enseignement,
576, Cinquième Avenue, New-York.

3 février 1911

Cher Monsieur,

“ Votre lettre du 31 janvier, que je viens de recevoir, explique complètement mon erreur et en fait voir l'origine. Par une inadvertance que je regrette profondément, j'ai, en effet, utilisé l'annuaire publié par l'Université Laval de Québec, lequel annuaire en apparence réfère aux deux facultés de Québec et de Montréal. Ainsi que vous le signalez avec raison, j'ai pris dans cet annuaire le nombre de vos professeurs, au lieu de consulter l'annuaire de Montréal, dont, *pour une raison que je ne m'explique pas, je n'ai pas fait usage, bien qu'il m'ait fourni des renseignements sur d'autres points.*

“ Vous avez mal compris ce que je dis de l'anatomie, comme j'en parle sous le titre “ laboratoires ”, j'ai voulu référer seulement au travail dans les laboratoires, et non pas viser l'enseignement usuel et les cours, ce que j'ai voulu signaler, c'est que, comme dans beaucoup d'écoles de médecine, les recherches en anatomie, embryologie, etc., ne font pas partie du programme régulier des laboratoires.

“ La lettre du président, M. Pritchett, vous convaincra, j'en suis sûr, que j'ai essayé de voir le doyen ou le secrétaire de la Faculté; n'ayant pu le faire, j'ai demandé qu'on me donna quelqu'un pour me diriger dans la bâtisse. Je vous prie de croire que les erreurs de détails que vous m'avez signalées et que je vois maintenant clairement, je les regrette profondément; et je vais prendre tous les moyens possibles pour reconnaître ma faute et placer l'Université Laval sous son vrai jour devant le monde.

“ J'envoie au journal de l'Association Médicale Américaine une déclaration, dont copie incluse, et je serais heureux que vous en usiez aussi librement que possible.”

Je suis avec respect,

Très humblement vôtre,

ABRAHAM FLEXNER.

Voici maintenant la déclaration adressée par M. Flexner au journal de l'Association Médicale Américaine (traduction) :

“ Permettez-moi d'utiliser vos colonnes pour réparer une erreur contenue dans le Bulletin No 4 de la Fondation Carnégie concernant l'Enseignement Médical aux Etats-Unis et au Canada. Il s'agit de mon rapport sur le département médical de l'Université Laval de Montréal. Cette institution est absolument distincte de l'Université Laval de Québec, qui a aussi un département médical. L'école de Québec, cependant, publie dans son catalogue certaines informations concernant l'école de Montréal, et j'ai, par inadvertance, dans mon rapport sur l'école de Montréal, donné des renseignements puisés dans les déclarations imparfaites du catalogue de Québec.

“ Le personnel enseignant de la Faculté de Montréal est de 50, dont 20 sont professeurs.

“ Le nombre des lits dans les deux hôpitaux généraux employés pour les cliniques aurait dû être inscrit à 290, et j'aurais dû ajouter que l'école possède, en outre, plusieurs hôpitaux supplémentaires.

“ Les cours de chimie sont donnés aux étudiants en médecine par un professeur de la Faculté Médicale.

“ Le doyen m'informe que la population de Montréal est beaucoup plus considérable que celle donnée dans le rapport, mais je tiens mon information du statisticien de la Puissance du Canada.”

Avec mes remerciements, je suis

Bien sincèrement à vous,

ABRAHAM FLEXNER.

—La Faculté de Médecine de l'Université Laval demande maintenant à M. Pritchett, président de la Fondation Carnégie, mieux renseigné, de vouloir bien modifier son appréciation de notre institution canadienne-française.

E. P. LACHAPPELLE,

Doyen.

MEMOIRES

SYPHILIS TERTIAIRE, GUERISON PAR LE 606

Par le Dr ALPHONSE MERCIER,
Agrégé, assistant à la clinique médicale, médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

OBSERVATION PERSONNELLE

Ayant eu dernièrement l'occasion de traiter quelques cas de syphilis par la nouvelle méthode d'Ehrlich, j'ai pensé vous intéresser en vous rapportant, entr'autres observations, le cas d'un de nos confrères, malade depuis quatre ans, réfractaire au mercure et à l'iodure, et guéri dans l'espace de trois semaines à la suite d'une seule injection de 606.

C'est dans l'automne de 1907, que je fus appelé pour la première fois par le confrère en question, lequel, depuis quelque temps déjà, se traitait, sans aucun succès, pour un ulcère de jambe.

L'ulcération, grande comme une pièce de cinq sous, siège à la face antéro-interne de la jambe gauche, au niveau du tiers moyen. Elle est entourée d'une zone inflammatoire de couleur rouge sombre. Les bords taillés en dessous, décollés, circonscrivent une plaie à fond terne, donnant lieu à un écoulement peu abondant de liquide séro-purulent. Cette ulcération a été précédée, me dit mon confrère, d'un petit nodule roulant sous la peau, peu douloureux, qui a rougi et a fini par s'ouvrir, en donnant lieu à la présente ulcération.

Sur le bord interne du gros orteil gauche, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne existe une autre ulcération, beaucoup plus petite que la première, mais présentant à peu près les mêmes caractères.

Au point de vue de diagnostic, on pouvait penser à la syphilis, à la tuberculose, à l'ulcère simple. Dès le début, j'avais penché vers la spécificité, et cela d'après la seule apparence des lésions de la jambe et du pied. Dans la syphilis, en effet, il faut bien savoir que certaines lésions externes peuvent à elles seules suffire pour établir la nature du mal. Je citerai comme exemples les gommés et ulcérations du palais, certaines syphilides séborrhéiques du pourtour de la bouche et du nez, etc., etc.

Mais dans notre cas, l'aspect des lésions n'était pas tellement caractéristique qu'on put se prononcer d'une manière ferme. Ensuite je croyais savoir, pour le connaître depuis longtemps et avoir

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 21 Février 1911.

vécu dans son intimité, que notre ami n'était pas syphilitique. Enfin je le connaissais pour très impressionnable et je ne voulais pas m'exposer à l'effrayer inutilement avec un diagnostic trop hatif, et encore mal assuré.

La tuberculose pouvait être incriminée, d'autant plus que notre malade a perdu un frère de la poitrine, mais j'écartai cette hypothèse que rien dans l'état général du patient, ni du côté de ses antécédents personnels ne me parut justifier. Et il fut entendu qu'on ferait le traitement de l'ulcère simple, c'est-à-dire, repos absolu, élévation du pied, pansement boriqué humide.

Un mois, deux mois se passèrent, et la lésion du gros orteil se cicatrisa, mais l'ulcère de la jambe continuait, évoluant lentement, guérissant dans un endroit pour reprendre ailleurs, résistant à tous mes moyens, d'une susceptibilité aux applications les moins irritants en apparence et ne s'accommodant que du cyanure de mercure à 1/20000.

Pendant tout ce temps, je poussais sans bruit ma petite enquête du côté de la syphilis, mais sans rien découvrir. Pas le moindre indice de syphilis dans les commémoratifs du malade. J'avais hâte cependant d'essayer la médication spécifique et je profitai de l'inefficacité de notre traitement et des signes évidents d'une impatience grandissante et bien justifiable de la part d'un malade confiné à la chambre, pour enfin, poser carrément la question de la spécificité. A ma grande surprise, mon client me déclara qu'il n'était pas syphilitique, et cela pour les raisons suivantes: " Il n'avait jamais eu de chancre, ni d'adénopathie, pas de roséole, ni de syphilide cutanée, pas d'alopecie, et chose plus rare encore, chez un fumeur, pas la moindre plaque muqueuse."

Que la syphilis parut inaperçue au malade lui-même, c'est là un fait d'occurrence assez fréquente, mais comment comprendre que la chose puisse arriver à un médecin, à un homme averti de toutes les manifestations de la maladie, habitué à rechercher, à trouver et à traiter l'affection chez les autres. Et cette absence complète de plaques muqueuses chez un fumeur invétéré. Je vous avouerai que j'eus un petit moment d'hésitation, mais qui ne devait pas durer, car quelques jours plus tard mon confrère se rappela tout à coup qu'il avait eu, dans le cours de l'année 1904, une petite ulcération au niveau du palais, avec menace de perforation,

laquelle avait disparue au bout de quinze jours avec une cure intense à l'iodure de potasse. Cette découverte, jointe aux caractères des lésions locales, nous mit enfin d'accord sur le diagnostic et le traitement, et notre ami, passablement démoralisé, put enfin caresser l'espoir d'une guérison prochaine, mais vous allez voir qu'il ne faisait que commencer la longue série de ses ennuis.

On était alors au commencement de 1908 ; le traitement antisyphilitique, institué immédiatement, est continué pendant deux ans, mais le malade s'y montre singulièrement réfractaire. On a beau varier les préparations et les doses, changer le mode d'administration, s'adresser aux différentes voies d'absorption, rien n'y fait, et après quelques jours on est forcé de recourir à autre chose. C'est ainsi que les pilules de Ricard, les capsules de Cypridol, de Mercurin ; les frictions à l'onguent napolitain ; les injections intramusculaires d'huile grise, les injections intraveineuses de cyanure, des injections sous-cutanées d'Enésol, d'Hectine, sont tour à tour employées et bientôt suspendues. Le mercure, pour employer l'expression de notre malade, semble le jeter à terre. Le fait est que le mercure produit chez lui un affaissement des plus manifestes, quelle que soit la préparation, affaissement qui disparaît avec la suspension du médicament et l'administration de quelques toniques appropriés.

A part cette intolérance, la médication mercurielle n'a aucune action sur les lésions ulcéратives de la jambe, qui évoluent comme auparavant, avec une lenteur désespérante, et ne disparaissant dans un endroit que pour reprendre plus loin. Bien plus, il se forme d'autres ulcérations en divers point du corps, sur le tronc, le bras droit, la fesse du même côté, le poignet gauche, etc. . . .

L'iodure de potasse ne réussit pas mieux. L'iodure en gouttes concentrées, l'iodure Robin, l'iodalbin amènent rapidement l'apparition des signes de l'iodisme et dépriment le malade.

Affaibli par tous ces traitements successifs, et découragé de tant d'insuccès, celui-ci ne pouvait manquer de verser dans la neurasthénie, dont il ne tarda pas d'ailleurs à présenter tous les signes.

Le poids du corps tomba graduellement de 160 à 135 lbs. L'asthénie alla jusqu'au point de l'empêcher de faire plus de la moitié de son ouvrage de tous les jours. Le sommeil commencera de faire défaut pour être remplacé par une céphalée en casque. L'ap-

pétit diminua peu à peu, la digestion se troubla, au point que le malade ne pouvait plus digérer que le steak, le pain, et le lait. Tout autre aliment, surtout les desserts sucrés, lui donnait des indigestions formidables, accompagnées pendant la nuit de douleurs insupportables dans les jambes. L'état mental lui-même était en souffrance, la mémoire s'affaiblissait de jour en jour, enfin notre ami tombait parfois dans les crises de découragement noir. S'enfermant chez lui tout le jour, ne voulant plus voir personne, etc., etc.

À deux ou trois reprises, il fit un séjour dans le nord de la province et revint à la ville notablement amélioré au point de vue de sa neurasthénie. Une fois même, les plaies de la jambe semblèrent vouloir se cicatriser, ce qui porta quelques confrères à y voir une preuve de la nature tuberculeuse de sa maladie.

Pendant l'été de 1910, le docteur Jean Décarie, que j'avais prié de me remplacer auprès du malade, jugea bon de lui donner une série ou deux d'injections de cacodylate, de soude et constata un relèvement de l'état général. Mais la neurasthénie reprenait bientôt le dessus, et quand j'arrivai à l'automne, je le trouvai plus mal que jamais. La syphilis gagnait même du terrain, puisque le nombre des plaies allait en augmentant. J'eus l'idée de tenter une nouvelle série de piqûres d'hectine, et n'obtenant encore aucun résultat, je décidai de recourir enfin au 606, que je venais de voir expérimenté en Europe.

L'injection fut pratiquée le 28 janvier au soir, d'après la technique de Monsieur le docteur P. Vaut, de l'Hôpital St-Louis, de Paris. Les douleurs furent peu considérables, et dès le 4^e jour après l'injection je pouvais annoncer un heureux résultat, en constatant que les croûtes jaunâtres qui recouvraient un des ulcères du thorax commençaient à se dessécher. La cicatrisation marcha avec une rapidité incroyable et dans l'espace de 15 jours des plaies grandes comme une pièce de 25 cts se fermèrent complètement.

En même temps, l'amélioration de l'état général faisait des progrès non moins merveilleux.

L'appétit devenait meilleur. "Je puis maintenant manger de tout, sans avoir à en souffrir, me disait mon malade, et je dors mieux que je n'ai fait depuis près de quatre ans." La céphalalie avait disparu, et notre homme, maintenant gai, joyeux, se reprenait à vivre, et au bout de trois semaines pouvait enfin se croire complètement guéri.

TUMEUR INTRA-CRÂNIENNE (1)

SARCOME DU 3^{ème} VENTRICULE

Par le Dr BOURGEOIS,

Professeur suppléant à la chaire de Chirurgie, Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame et de l'Hôpital Ste-Justine.

La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter ce soir, a été prise sur une malade que je vis pour la première fois le 5 décembre 1910.

Cette femme, célibataire de 33 ans, bien instruite et très intelligente, fait remonter les premières manifestations de sa maladie à janvier 1909, alors qu'à la suite d'un coryza banal, elle est restée avec des douleurs persistantes dans le côté droit de la tête et dans l'oreille, avec irradiations au cou et à l'épaule.

Plusieurs examens qu'elle subit alors, ne révélèrent aucune lésion organique de l'appareil naso-auditif et des instillations analgésiques furent prescrites dans l'oreille pour calmer ces névralgies inexplicables.

L'oreille n'avait pas alors présenté d'écoulement, elle n'en a pas donné depuis.

L'histoire de famille n'offre aucun intérêt; comme histoire personnelle, une rougeole à l'âge de 29 ans, deux ans par conséquent avant l'écllosion de la maladie actuelle.

Au moment dont je parle, Melle C... part pour l'Ouest canadien, tenir un engagement qu'elle a obtenu comme institutrice dans une famille d'Edmonton. Le trajet est pénible; les névralgies, exacerbées sans doute par les fatigues du voyage et les trépidations du train, deviennent continuelles, d'intermittentes qu'elles avaient été jusque là. Les irradiations à l'épaule et au cou gagnent en étendue et leur intensité s'accroît, surtout à l'occasion des mouvements de la tête et des contractions des muscles de la nuque, pour la défécation notamment. Cet acte physiologique lui devient tellement pénible et douloureux, qu'elle en espace autant que possible les séances et qu'elle ne se présente plus à la garde-robe qu'avec beaucoup d'appréhension, et le cou bien encadré par les mains entrecroisées sur la nuque.

En passant à Winnipeg, une *désastreuse indigestion*, avec force vomissements, mal de tête, perte de connaissance, l'oblige à suspendre son voyage et l'immobilise au lit pendant trois à quatre

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 21 février 1911.

jours. Ces vomissements ne se répétèrent d'ailleurs qu'une fois dans la suite.

Les choses restent dans le "statu quo" pendant une année et notre malade, qui est très courageuse, arrive encore à s'acquitter de ses fonctions d'institutrice.

En janvier 1910, par suite de l'intensité et de la fréquence croissante des crises douloureuses, elle se trouve dans l'impossibilité de continuer et se réfugie chez un vieil oncle des environs, qui habite Vancouver.

Depuis quelque temps, l'œil droit apparaît comme le centre d'intensité des douleurs et, au moment des paroxysmes, c'est dans la cavité orbitaire que viennent aboutir toutes les irradiations, le globe oculaire y est comme tordu sur ses axes et la tension qu'y éprouve la malade lui fait craindre qu'il soit projeté hors de l'orbite. Puis, la crise passée, c'est une sensation de lassitude et de somnolence qui s'empare de la malade, elle peut dormir vingt heures par jour. La constipation habituelle est encore plus rebelle, et les vomissements recommencent; mais ils n'ont pas les caractères d'abondance et de facilité de ceux au début de la maladie, ce sont plutôt des nausées pénibles qui, au prix d'efforts considérables, ne rendent qu'un peu de macons.

Le mois suivant, c'est-à-dire en février, l'aménorrhée entre en scène et vient s'ajouter aux troubles plus haut énumérés. Notons qu'elle a toujours existé depuis, excepté en juin et juillet où sont apparues des vellétités de menstruation. Dans le même temps apparaissent les premiers troubles du côté de l'appareil de la vision; larmoiements fréquents et abondants, surtout à l'occasion des crises, diminution de la vision, etc. Ces troubles s'exagèrent rapidement et bientôt surviennent des intervalles de cécité complète; pendant qu'elle est à lire, la malade devient subitement aveugle et au bout d'un temps variable, cinq à dix minutes, tout rentre dans l'ordre et elle peut continuer son travail.

Sur les conseils de son oculiste, elle est alors mise dans une chambre noire pendant quatre mois et à sa sortie il arrive qu'elle est complètement aveugle de l'œil droit et qu'elle voit à peine de l'œil gauche.

On lui fait, en même temps et pendant quatre mois aussi, des frictions mercurielles avec une intensité telle que l'on détermine un ptyalisme intense, sans toutefois améliorer la lésion.

Actuellement, c'est-à-dire en décembre 1910, la malade ne voit rien de l'œil droit, et très peu de l'œil gauche. elle est sourde de l'oreille droite. L'état nauséeux a disparu mais les douleurs surviennent toujours par crises désespérantes et la constipation persiste. La température est normale; — le pouls bat à 90 ou 100, faible, petit. — les reins fournissent 900 c.c. d'urine limpide, sans sucre ni albumine, — il n'y a trace d'aucune paralysie. Melle C. . . manœuvre bien tous ses membres et elle marche encore facilement lors de son entrée à l'hôpital le 5 décembre.

L'état général ne tarde pas d'ailleurs à s'aggraver, le 8 décembre elle devient plus souffrante, l'intestin est toujours de plus en plus paresseux et les gros lavements ont peine à réveiller son péristaltisme; le 10 décembre, la vessie se paralyse et l'on doit prescrire un cathétérisme matin et soir; le 11 décembre, la paralysie vésicale se complique de paralysie intestinale, le ventre est ballonné, il y a rétention définitive des selles et des gaz; la figure, les mains et les pieds sont cyanosés, le pouls est très faible et bat à 80 ou 90; l'œsophage s'immobilise complètement et la déglutition n'est plus possible; le 13 décembre, la malade meurt avec toute sa connaissance et sa lucidité d'esprit.

A l'autopsie, pratiquée par le docteur Wilfrid Dérôme, nous trouvons une tumeur du volume d'un jaune d'œuf, développée aux dépens du plexus choroïde, dans le 3^e ventricule; elle ne présente aucune attache à la substance cérébrale et elle est facilement énucléée avec la soude cannelée.

Tous les ventricules sont largement dilatés et le plancher du troisième est même effondré, au point que la tumeur arrive presque au contact de la selle turcique. L'hypophyse n'est pas affectée mais les feuillets méningés qui l'enveloppent sont épaissis.

Le diagnostic histologique de sarcome a été fait par le docteur Dérôme, à l'habileté duquel nous devons, en plus, de pouvoir vous présenter la pièce macroscopique, montée en couleurs dans la gélatine.

L'examen du fond de l'œil, pratiqué par le professeur A. A. Foucher, a révélé les faits suivants:

Rapport du docteur Foucher.

“ Il existait de l'atrophie des deux nerfs optiques, avec signes manifestes d'ancienne névrite œdémateuse. Les bords papillaires étaient encore mal définis, frangés, les vaisseaux veineux

“ étaient dilatés et hors de proportion avec le calibre des artères
 “ qui étaient filiformes.

“ Le jeu des muscles de l'œil conservé et l'acuité visuelle réduite
 “ à une perception quantitative de lumière.

“ Il est probable que la patiente a présenté, à une période quel-
 “ conque de l'évolution de sa maladie, un œdème papillaire double
 “ correspondant alors à une hydropysie ventriculaire, avec exagé-
 “ ration de la pression intra-cranienne, mais qu'au moment de
 “ l'examen cette hydropysie n'existait plus, ou ne pouvait trouver
 “ le chemin de la papille, soit qu'il existât des exsudats ou autre
 “ cause capable d'oblitérer les espaces de schwabé.

“ Ici l'autopsie a confirmé ces prévisions, l'hydropysie ventri-
 “ culaire existait, les ventricules étaient même dilatés, sous l'effet
 “ d'une hydropysie qui a dû exister pendant tout le cours du dé-
 “ veloppement de l'affection, mais d'un autre côté cette hydropysie
 “ ne pouvait plus avoir de débouché vers l'extrémité intra-oculaire
 “ du nerf optique, la tumeur comprimant directement les deux
 “ nerfs optiques au niveau de la selle turcique.

Dr A. A. FOUCHER.

MM. les docteurs Foucher, Chagnon, Benoit, LeSage, Mercier et Parizeau eurent l'amabilité de voir cette malade avec moi ! leur esprit clinique et leur science expérimentée me furent d'un précieux secours pour arrêter une ligne de conduite ; car la malade arrivait de l'Ouest pour subir une intervention qu'on lui avait recommandée et, si elle exigeait qu'on fit pour elle tout ce qui était susceptible de la sauver, elle demandait aussi qu'on entreprît rien de trop téméraire ni d'inutile.

Nous confirmâmes le diagnostic de tumeur intra-cranienne, qui avait été posé à Vancouver, mais nous concluâmes à l'inopérabilité de cette tumeur, parce que située à la base et dans une région chirurgicalement inaccessible, probablement à l'étage moyen et sur la ligne médiane.

En effet, l'absence de troubles moteurs et sensitifs nous permettaient d'exclure l'écorce cérébrale.

De plus, les vertiges, les troubles ambulatoires et les vomissements abondants, qui constituent le syndrome cérébuleux, n'avaient existé à aucun moment ; nous pouvions donc supposer que

la tumeur ne s'était pas développée dans le cervelet ni dans les lobes occipitaux qui le coiffent et dont le développement exagéré n'eut pas manqué de déterminer des troubles notables dans le centre de la coordination.

En outre, nous savions que la partie antérieure de la boîte crânienne est habitée par les lobes frontaux, sous lesquelles cheminent les bandelettes olfactives qui gagnent la lame criblée. Nous savions aussi que c'est dans le cerveau antérieur que s'opèrent les fonctions intellectuelles et que les tumeurs de cette région ne manquent pas de déterminer des troubles psychiques constants. Or l'odorat de notre malade était parfaitement intact, et, à aucune étape de sa maladie, elle n'avait présenté de symptômes démentiels.

Nous avons donc encore ici de bonnes raisons de croire à l'absence de tumeur dans cette zone.

Restait la fosse moyenne avec un territoire anatomique dont la complexité n'était pas de nature à faciliter le diagnostic. Mais encore, retenant le fait que la malade avait conservé la parfaite mobilité de ses globes oculaires et qu'elle n'avait présenté de douleurs, d'anesthésie ni de paralysie dans le territoire du trijumeau, nous pouvions exclure les régions latérales qui donnent asile au ganglion de Gasser et aux nerfs du sinus caverneux et nous étions amenés à tourner nos pensées vers la ligne médiane et l'hypophyse.

Ici nous ne pouvions plus être aussi précis. En effet, les tumeurs de l'hypophyse déterminent bien les *troubles oculaires* sans paralysie, *l'aménorrhée* et la *tendance au sommeil* que l'on rencontrait chez notre malade, mais elles occasionnent aussi des troubles de la nutrition, — *Acromégalie* et *Gigantisme*, — qui sont presque constants, et dont l'absence complète, dans notre cas, embrouillait passablement le diagnostic. En définitive, un de mes collègues s'arrêta au diagnostic de *tumeur maligne* de la base, probablement sarcomateuse, située à la partie tout-à-fait supérieure de 4^e ventricule. Intervention inutile et impossible.

Nous en étions à ces dernières étapes lorsque la malade en mourant, nous a permis de constater que nous touchions la vérité de très près: l'hypophyse était intacte mais la tumeur ventriculaire, ayant écarté la substance nerveuse, arrivait à son voisinage immédiat.

Je voudrais avant de finir, Messieurs, vous signaler le fait suivant dont l'interprétation m'a fortement intrigué.

Le 7 décembre, croyant qu'une cytologie du liquide céphalo-rachidien pourrait jeter quelque lumière sur la nature histologique de la lésion, je fis une ponction lombaire.

Je pénétrai facilement dans les méninges, comme en ont témoigné les 3 à 4 gouttes de liquide limpide qui se sont écoulées sans pression. Croyant que mon aiguille d'acier pouvait être obstruée par des dépôts de rouille, je projetai de reprendre la partie le lendemain avec une aiguille bien perméable.

N'y eut-il qu'une coïncidence! ou pouvons-nous établir une relation entre cette ponction, quoique blanche, et l'accélération qui s'est manifestée dans l'évolution de la maladie! Mais à partir de ce moment, les douleurs, généralisées à tous les membres, devinrent intolérables et le lendemain je ne trouvai pas opportun de renouveler l'épreuve, tant l'expérience de la veille avait été peu encourageante pour la malade et pour nous.

Il n'y eut pas d'amélioration dans la suite et la mort survint cinq jours plus tard sans que j'eusse eu l'opportunité de faire la prise désirée.

REVUE GENERALE

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LA MEDICATION

D'EHRLICH "606". (1)

Fin

3° Insuccès et récidives.

La méthode d'Ehrlich présente-t-elle, à proprement parler, des insuccès complets comme le mercure, en dehors des cas de parasyphilis, où il semble qu'elle ait échoué jusqu'à ce jour?

Lors de son premier voyage en Allemagne, j'en avais vu un cas dans le service du professeur Lesser; il s'agissait d'un homme atteint de syphilides ulcéreuses du crâne et de la face, qui ne présentait aucune modification de ses lésions dix jours environ après l'administration de la dose médicamenteuse. L'assistant qui l'examinait pensait, en constatant la persistance de la tumeur, la réaction formée par l'injection, qu'il s'était formé une sorte d'enkystement de la substance.

Nous avons enregistré également un insuccès complet chez une

(1) Par Emery, de Paris. Voir les 2 premières parties dans *L'Union Médicale* de janvier et février 1911.

malade du service du professeur Gaucher. Celle-ci, quinze jours après l'administration d'une dose de 60 centigrammes, présentait encore une glossite érosive et des syphilides ulcéreuses vulvaires qui ne s'étaient en rien modifiées. Cette jeune malade fut également atteinte, dix ou douze jours après son injection, d'une phlegmatia de la cuisse gauche. Je rapporte simplement ce fait, estimant que l'absence de tout autre cas semblable observé interdit jusqu'à nouvel ordre toute relation de cause à effet entre l'injection et cet accident. Ces échecs, dont on pourra sans doute trouver d'autres exemples, rares il est vrai, peuvent être attribués à l'incertitude que donne toute préparation injectable en suspension ou en émulsion. Ils peuvent être également dus, comme l'a fait remarquer Ehrlich, au congrès de Königsberg, à ce que quelques variétés de spirochètes ne sont pas sensibles à la médication arsénicale.

Certains expérimentateurs avaient déjà signalé des *récidives*, surtout en présence d'accidents secondaires, et lorsque la dose injectée avait été inférieure à 50 centigrammes. Nous devons déclarer que, même avec cette dose, nous avons observé des exemples de récidives, dont l'un fut particulièrement net. Une femme, chez qui les efflorescences secondaires avaient rapidement disparu, présentait, trois semaines après l'injection, une nouvelle poussée de syphilides papuleuses, éparses et discrètes. Une deuxième injection suffit à les faire disparaître en quelques jours. Une autre de nos malades, traitée dans les mêmes conditions, présenta, quelques jours après la disparition de syphilides papulo-ulcéreuses vulvaires, une plaque de glossite décapillante assez étendue. Chose remarquable, cette glossite se répara spontanément en l'espace de quelques jours. Cette seconde observation prouve que l'action thérapeutique du "606" se poursuit encore longtemps après l'élimination complète du médicament. Ce médicament peut donc, par la prolongation de son effet thérapeutique, guérir par lui-même, et sans aucune nouvelle intervention, des récidives dues seulement à l'insuffisance de l'effort initial.

Dans le service du professeur Gaucher, plusieurs cas de récidive ont été enregistrés, ainsi que dans d'autres services de l'hôpital Saint-Louis.

Mais ils ont été surtout remarquables chez des malades traités pour des accidents syphilitiques primaires et secondaires. Cette caté-

gorie de malades n'occupe pas la place la plus importante dans notre statistique exclusivement personnelle, car nous avons surtout recherché, au début de notre expérimentation, les cas rebelles au mercure et ce n'est généralement pas à cette période qu'on les trouve. C'est pour cette raison sans doute que la proportion des récidives s'est montrée si minime, au moins jusqu'à ce jour, dans notre propre statistique.

Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que même avec de fortes doses de " 606 " cette éventualité est possible, et nous ajoutons même et aussi que l'emploi des nouvelles méthodes, beaucoup plus sûres et plus efficaces que les méthodes de Wechselmann, ne nous mettra pas définitivement à l'abri de ces rechutes (1). Il semble bien acquis à ce jour qu'une seule et même deux injections de " 606 " ne réalisent pas à coup sûr cette stérilisation totale tant désirée même avec les méthodes les plus rapides et les plus efficaces. Comme nous le disons d'autre part, le professeur Neisser estime qu'il faut s'efforcer de la réaliser par des injections répétées autant de fois que la réaction de Wassermann en indique la nécessité et en n'hésitant pas à combiner cette méthode, qui constitue entre nos mains notre plus puissant agent thérapeutique, avec celle des injections mercurielles, qui, bien que considérées dorénavant par moi comme une médication auxiliaire, sont loin de constituer un appoint négligeable.

4° Contrôle par les méthodes de laboratoire: Recherche des spirochètes. Séro-réaction de Wassermann.

Rien ne montre mieux l'action admirable de l'arséno-benzol que son action sur les germes infectieux. On sait que dans la fièvre récurrente le sang fourmille de spirilles; il suffit d'une seule injection pour voir au bout de cinq à dix heures, tous ces éléments disparaître. Dans la syphilis, l'action n'est peut-être pas aussi évidente, puisque la recherche des spirilles est entourée de plus de difficultés; néanmoins, lorsqu'on suit, pas à pas, les modifications qui surviennent au niveau du chancre, des plaques muqueuses et de tous les éléments érosifs, on voit la disparition du spirochète

(1) Le docteur (Wintraub) de Wiesbaden, qui a pratiqué plus de 200 cas d'injections intra-veineuses, nous affirmait récemment que même avec ce procédé les récidives, y compris il est vrai celles qui n'étaient attestées que par la réaction de Wassermann, atteignaient 30 p. 100 de ses cas.

se faire au bout de vingt-quatre à trente-six heures. Mais elle peut tarder plus sans dépasser six à sept jours. Les cas de Fraenkel et Grouven, où l'on trouva des spirochètes encore mobiles deux mois après l'injection, sont absolument exceptionnels. Déjà, avant sa disparition complète, on peut se rendre compte à l'examen et à l'ultramicroscope que la vitalité du spirochète est fortement compromise. Ses mouvements diminuent ou disparaissent, la réfringence si caractéristique du parasite se perd. Il existe cependant des cas, et Ehrlich m'en a cité un lui-même où les spirochètes persistent dans l'épaisseur ou à la surface même du chancre d'une façon anormale, comme je l'ai dit plus haut. Quant à la réaction de Wassermann, qui permettra de déterminer et d'apprécier dans la suite la régression de l'injection, ses résultats sont des plus encourageants, mais encore disparates.

Ehrlich (Congrès de Königsberg) déclare que, dans 90 p. 100 des cas, on a vu une réaction positive devenir négative. En contradiction apparente avec ces faits se trouve la constatation que dans quelques cas (stade initial du chancre, syphilis maligne précoce) on ait observé une marche inverse, c'est-à-dire qu'une réaction d'abord négative soit devenue positive ensuite. On peut d'ailleurs expliquer ce fait de la façon suivante: avant l'injection les spirochètes sont trop peu nombreux dans certains cas de syphilis latente ou au début pour déterminer la réaction de Wassermann, mais après l'injection la dissolution des spirochètes augmente la quantité de l'endotoxine absorbée et détermine ainsi l'apparition de la réaction, qui se confirme rapidement pour disparaître peu à peu.

La façon dont se comporte la réaction de Wassermann est de la plus haute importance pour juger de la valeur de la préparation d'Ehrlich. Lorsqu'elle reste positive après l'injection, le malade doit être considéré comme non guéri. Si la réaction disparaît, on se trouve en présence de deux éventualités.

Tantôt il s'agit d'une disparition définitive indiquant une guérison durable, d'autres fois il s'agit d'une disparition passagère due à une destruction partielle des spirochètes, qui redevient alors positive quand les spirochètes survivants se sont multipliés en nombre suffisant. Le temps nécessaire à cette réapparition varie suivant le nombre des spirochètes non détruits, suivant la qualité

et la quantité des anticorps, suivant l'intensité des lésions spécifiques.

La réapparition de la réaction de Wassermann est donc égale à une récurrence véritable sans manifestation extérieure. Elle constitue donc une indication pour renouveler l'injection.

A cet égard, les statistiques des auteurs allemands sont des plus intéressantes.

Lange a examiné 268 malades : 153 cas, dont la réaction était positive, devinrent négatifs. Au bout d'un mois, 18 étaient négatifs avant le traitement, 13 restèrent négatifs, 5 redevinrent positifs ; 97 cas sont demeurés positifs malgré une injection ; certains cas, négatifs avant l'injection, devinrent positifs après l'injection, pour redevenir négatifs au bout d'un temps très court.

Herxheimer fait les mêmes constatations.

Dans 4 cas d'accidents primaires avec réaction de Wassermann négative, la réaction devint positive quatre, six, neuf et vingt-huit jours après l'injection. Deux cas de syphilis maligne sont demeurés positifs. Sur cinq cas de syphilis latente, trois ont réagi positivement d'abord, puis négativement au bout de huit à quinze jours.

Personnellement, nous pouvons citer cinq cas, quatre chancres et une syphilis secondaire récidivante, où le Wassermann, positif au moment de l'injection, est devenu franchement négatif un mois après.

De tout ceci, il résulte que le traitement de la syphilis par l'arsénobenzol nécessite, dans tous les cas, la recherche systématique de la séro-réaction de Wassermann, à des intervalles déterminés, et c'est seulement de cette façon qu'on pourra juger de l'action curative et stérilisante de ce mode de traitement. Il est à souhaiter qu'une simplification technique de la séro-réaction de Wassermann, actuellement si compliquée, en fasse une méthode d'exploration clinique et de diagnostic à la portée de tous les praticiens. Quant aux résultats acquis, il est juste de reconnaître que, si les médications actuelles ont parfois donné des séro-réactions négatives complètes et précoces, on n'a guère obtenu ce résultat qu'après l'application rigoureuse du traitement mercuriel chronique intermittent, poursuivi trois ou quatre années.

III. — Avenir des syphilitiques, stérilisation de la syphilis.

L'ensemble des faits que je viens d'exposer prouve de la façon la plus irrécusable la supériorité de l'action thérapeutique du "606" sur la plupart et surtout sur les plus graves des accidents syphilitiques. Voyons maintenant si la guérison de la syphilis définitive et en un seul coup est à l'heure actuelle réalisée ou semble réalisable à l'avenir.

Les récidives enregistrées à l'heure actuelle sont assez nombreuses pour qu'il soit permis d'en douter. Toutefois, l'action spécifique de ce médicament est si rapide et puissante qu'il n'est point absolument interdit d'espérer la réalisation de ce rêve.

En l'absence de toute manifestation objective de la maladie, le contrôle de l'état des malades par la séro-réaction de Wassermann permettra de nous fixer dans un avenir plus ou moins lointain.

Déjà, si variables que soient les résultats donnés par diverses statistiques à ce sujet, il semble bien acquis que la séro-réaction négative survient avec cette méthode beaucoup plus sûrement et plus rapidement qu'avec toute autre. Ces résultats, déjà si appréciables, seront sans doute améliorés encore par l'utilisation des nouvelles méthodes d'administration du médicament, mieux appropriées au but qu'elles visent. Il ne faut pas oublier non plus que ces statistiques ont été établies avec des malades injectés la plupart du temps une seule fois. Or il faut se rappeler que jamais Ehrlich n'a prétendu qu'une seule dose suffisait à réaliser la stérilisation complète de la syphilis: deux, trois, plusieurs injections peuvent être nécessaires pour atteindre ce but suprême. En tout cas, nous ne saurions proclamer la faillite de la *therapia sterilisans* d'Ehrlich, avant d'avoir tenté l'application intégrale de la méthode telle que lui-même le réclame actuellement. La voie reste ouverte à tous les efforts, à tous les perfectionnements, et le professeur Neisser lui-même, dont la foi en cette méthode ne subit nulle atteinte, me déclarait encore récemment qu'à son sens il convenait de revenir plusieurs fois à la charge, en combinant les méthodes arsénicales et mercurielles. D'ici que l'action stérilisante de cette méthode, seule ou combinée avec le mercure, soit définitivement confirmée ou infirmée par les expériences de l'avenir, on admet que d'ores et déjà elle constitue un formidable appoint à tous les efforts qui ont été tentés et non toujours en vain

pour atteindre ce but. Malgré donc son action parfois lente et incertaine sur l'accident initial de la maladie et quelquefois aussi sur les manifestations objectives secondaires, cette médication aura certainement sur l'infection généralisée une action partiellement, sinon totalement sterilisante. Les séro-réactions négatives, fussent-elles passagères, obtenues par nous-mêmes et par beaucoup d'autres au cours du traitement de certains chancres à régression lente, en sont une preuve à nos yeux. Au surplus, la puissance curative incontestée de l'arsénobenzol dans les cas les plus graves et les plus rebelles nous porte à conclure à priori que ses échecs partiels dans les périodes primaires et secondaires ne sont qu'apparents et que là encore son action énergiquement antispécifique est indiscutable.

Pour toutes ces raisons, il me semble qu'à l'heure actuelle, si rien ne nous autorise à retirer le mercure de notre arsenal thérapeutique, aucune raison valable ne saurait être invoquée pour se priver délibérément du concours précieux de ce nouveau médicament et cela à aucune des périodes de la maladie, aussi bien pour combattre les manifestations accidentelles que pour en prévenir l'apparition ou le retour.

En tout cas n'oublions pas que, par son action éminemment prophylactique, l'application du " 606 " aux formes jeunes de la syphilis sera un puissant obstacle à la dissémination de la maladie, et nous entrevoyons sans peine l'époque, sans doute rapprochée de nous, à laquelle la syphilis ne sera plus qu'une rareté.

Conclusions.

Il devient facile de dégager, des faits rapportés plus haut, les indications, les contre-indications, qui ont d'ailleurs été nettement posées par Ehrlich, dès le début de l'expérimentation sur l'homme.

Je vous dirai donc que cette méthode est, à l'heure actuelle, contre-indiquée chez les hommes âgés, chez tous les sujets qui présentent des lésions viscérales non syphilitiques : affections rénales, cardiaques, hépatiques, spléniques, pulmonaires, vasculaires, telles que les anévrismes avancés de l'aorte. Chez les malades qui souffrent d'une affection syphilitique grave du cerveau, telle que : hémiplegie récente, méningo-encéphalite aiguë ou subaiguë, chez ceux qui sont atteints de tabès avancé à prédominance bulbaire,

il faut user de la plus grande prudence et, jusqu'à plus ample informé, n'intervenir que dans les cas très graves ou désespérés, lorsque le mercure n'a plus d'efficacité.

La faiblesse de constitution et les états cachectiques ne sont pas toujours des contre-indications.

La méthode est, au contraire, formellement indiquée :

a) Chez tous les malades dont les lésions sont réfractaires au mercure ;

b) En présence d'une récurrence survenant immédiatement après une cure mercurielle ;

c) Dans les cas de récurrences incessantes ;

d) Lorsqu'une idiosyncrasie mercurielle totale contre-indique l'emploi de toute médication hydrargyrique ;

e) Chez tous les malades atteints de syphilis maligne, de syphilides secondaires ou tertiaires profondément destructives et mutilantes, ou graves par leur siège et les désordres ou les dangers qu'elles occasionnent ;

f) Chez les malades, qui, même en l'absence de lésions locales importantes, présentent des troubles généraux de nature syphilitique.

g) Enfin, pour livrer le premier assaut à la syphilis dès l'apparition du chancre, à condition d'y adjoindre le traitement local de l'accident initial, et ultérieurement une cure mercurielle intermittente et combinée avec de nouvelles injections de "606", si la séro-réaction de Wassermann en indique la nécessité.

Que, dans tous les autres cas, on pourra, suivant des circonstances et des convenances indépendantes même de l'accident, employer, soit la méthode d'Ehrlich, soit les anciennes méthodes mercurielles. Nous pensons, avec nombre de syphiligraphes, et non des moindres, que, loin de s'exclure, ces deux modes de traitement ne pourront, dans un certain nombre de cas, que se compléter et s'entr'aider. Une longue étude comparative des deux médications, de leurs avantages, de leurs inconvénients et de leur efficacité permettra sans doute à l'avenir de fixer plus étroitement les indications précises de l'une et de l'autre.

Messieurs, si vous ne voulez pas retenir dans leurs détails les indications et les contre-indications de la méthode, rappelez-vous au moins qu'une seule injection de "606" a pu guérir de redoutables accidents, que très souvent cette médication se montre infi-

niment supérieure au mercure, qu'enfin elle n'expose nullement l'adulte aux accidents redoutables dont vous avez entendu parler.

Je sais que vous n'attribuerez cette opinion optimiste, ni à un but intéressé ni au désir de nuire à d'autres préparations arsénicales qui trouvent également leur indication dans le traitement de la syphilis, mais je crains que vous la mettiez sur le compte d'un enthousiasme, d'un "emballement", permettez-moi l'expression, que ne légitime pas encore une expérience encore trop jeune. Je crains que vous me rappeliez, comme nombre de mes amis l'ont déjà fait, les mécomptes de la tuberculine, qui avait suscité des travaux bien plus considérables encore. En bien, ma réponse à cette dernière objection sera brève: Si je vous parais enthousiaste, c'est que je n'ai jamais vu, en 15 ans de pratique syphiligraphique, un médicament spécifique guérir aussi rapidement et aussi complètement que le fait l'arsénobenzol. Point n'est besoin, comme cela est nécessaire lorsqu'il s'agit de tuberculose, d'observer pendant des mois et des années pour émettre un avis judicieux sur l'action spécifique d'une méthode thérapeutique. Ici les résultats ne se font point attendre, et c'est d'après eux et non d'après une idée préconçue que nous avons formé notre opinion. Enfin, si modeste que soit le nombre de mes observations, qui atteint actuellement le chiffre de 150, je puis néanmoins me montrer affirmatif sans crainte d'être accusé de porter un jugement prématuré, car mes observations corroborent point par point les centaines de cas que j'ai pu observer à l'étranger et les milliers qui sont déjà publiés dans la science.

INTOLERANCE LACTEE ET ANAPHYLAXIE (1)

L'intolérance lactée chez les nourrissons peut s'observer d'emblée et sans raison dès les premiers jours de l'existence ou, au contraire, comme conséquence de troubles digestifs; elle peut être, en un mot, primitive ou secondaire. C'est celle-ci seulement que j'aurai en vue.

(1) Par E. TERRIEN ancien chef de clinique infantile de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades dans *Journal de Médecine Interne* 10 Fév. 1911

Suivant les cas, elle se présente sous des aspects différents: elle est *complète* ou *partielle*, *générale* ou *élective*. C'est ainsi que certains enfants sont repris de troubles digestifs à la moindre tentative de réalimentation lactée; chez d'autres, la tolérance est limitée; ils supportent bien par exemple 200 grammes, 300 grammes de lait, mais cette dose limite ne saurait être dépassée; tel enfant ne pourra tolérer aucune espèce de lait; tel autre, au contraire, incapable de digérer le lait de vache, s'accommodera parfaitement du lait de femme ou d'ânesse.

Ces faits sont aujourd'hui bien connus, et il n'y aurait pas lieu d'y insister si leur interprétation n'avait prêté à discussion. À propos des cas d'intolérance élective, entre autres, on a dans ces derniers temps invoqué une sorte de réaction d'anaphylaxie.

Celle-ci, bien entendu, ne saurait prétendre à expliquer tous les cas d'intolérance lactée; seule l'intolérance élective pourrait relever de cette pathogénie. Mais, même alors l'anaphylaxie peut-elle être invoquée dans tous les cas? Si pareille interprétation paraît plausible, quand il s'agit d'intolérance élective pour le lait de vache, elle sera au contraire difficilement admissible lorsque cette intolérance concerne plus spécialement le lait de femme.

À ce point de vue le cas suivant, que je viens d'observer, et qui n'est pas exceptionnel, m'a paru particulièrement intéressant.

I. *Exposé de cette théorie.* — Certains enfants jusque-là nourris au lait de vache présentent tout à coup, à la suite de troubles digestifs par exemple, une intolérance complète pour ce lait; cette intolérance peut être telle que les doses les plus minimes provoquent des accidents; il semble que ces enfants soient véritablement sensibilisés vis-à-vis du lait qu'ils recevaient antérieurement. De là à invoquer l'anaphylaxie, il n'y avait qu'un pas; et cette conception a été défendue avec talent par MM. Hutinel, puis Barbier.

De fait, *a priori*, l'analogie paraît complète. On sait, en effet, dans quelles conditions se produit habituellement l'anaphylaxie; un sujet reçoit une certaine dose d'un sérum étranger; celle-ci est admirablement tolérée, et aucun trouble ne se produit; cependant le sujet demeure sensibilisée vis-à-vis de ce sérum, car dorénavant on ne pourra lui en injecter la moindre dose sans provoquer des accidents toxiques.

C'est cet état d'hypersensibilisation vis-à-vis d'une substance étrangère, qu'on a désigné sous le nom d'anaphylaxie (Richet).

Aussi, dans certains cas d'intolérance élective pour le lait de vache, a-t-il paru légitime d'invoquer une pathogénie identique: "Lorsqu'un nourrisson est mis au sein de sa mère, dit Barbier, il introduit dans son organisme une albumine d'origine humaine; quand il est nourri avec du lait de vache, il introduit une albumine étrangère. Celle-ci ne peut être assimilée qu'après transformations préalables; sinon, pénétrant dans le sang en nature, elle doit théoriquement y provoquer des phénomènes analogues à ceux qui suivent l'introduction d'un sérum étranger dans la circulation. On a signalé, en effet, dans certains cas, la présence de l'albumine du lait de vache dans le sang des nourrissons; et, la preuve qu'il s'y fait un travail antitoxique, c'est que, comme l'a montré Will (de Lyon), on observe après l'ingestion du lait de vache chez eux une réaction fébrile et une leucocytose qui ne se retrouvent pas chez les enfants nourris au sein. Il ne semble pas impossible de démontrer ultérieurement la présence d'anticorps du lacto-sérum dans le sang."

De plus, on connaît l'expérience de Bordet: injectant à un animal le lait d'un animal d'espèce différente, il a vu que le sérum de l'animal injecté acquérait la propriété de précipiter les substances albuminoïdes du lait homologue, c'est-à-dire du lait qui a été injecté. C'est ainsi que le sérum du cobaye injecté avec du lait de vache ou de femme ne précipitera que les substances albuminoïdes du lait de vache ou de femme. Cette précipitation est un phénomène spécifique dû à la formation d'une "précipitine" particulière.

Ces faits, que j'avais rapportés déjà il y a plus de cinq ans, indiquent nettement les différences essentielles qui séparent les diverses sortes de lait, différences toutes spécifiques provenant de la nature de leur albumine. Aussi Hamburger n'hésitait-il pas à considérer l'albumine d'espèce étrangère comme un poison pour les cellules épithéliales de l'intestin du nourrisson.

II. *Intolérance élective pour le lait de vache.* — A l'appui de cette thèse, Barbier rapporte un certain nombre de cas dans lesquels l'enfant présentait une sensibilité si grande à l'ingestion du lait de vache, qu'une dose minime provoquait des accidents d'into-

lérance. Si l'on persistait, ceux-ci s'aggravaient au point de devenir inquiétants; venait-on, au contraire, à cesser le lait de vache pour donner à l'enfant soit une nourrice, soit du lait d'ânesse, aussitôt on voyait les accidents s'amender et l'enfant reprendre du poids et de la gaieté. L'examen des courbes consacrées à ce travail ne laisse aucun doute sur la réalité de ces faits.

Enfin, lorsque au bout de quelques semaines on essayait de revenir au lait de vache, on observait immédiatement un retour des accidents primitifs, et sur la courbe " un arrêt brusque, aussi net en sens inverse que la reprise du poids constatée au moment de la cessation du lait de vache; et cela même avec des doses minimales de 50 à 150 grammes de lait par 24 heures."

Voici donc une série de faits particulièrement bien observés qui semblent, *a priori*, justifier l'interprétation précédente.

III. *Intolérance élective pour le lait de femme.* — Mais comment interpréter alors certains cas, de tous points identiques en apparence, observés non chez des enfants au biberon, mais chez l'enfant au sein. Il n'y a pas eu ici introduction dans l'organisme d'une albumine étrangère, mais bien d'une albumine humaine; peut-on alors véritablement invoquer encore un état de sensibilisation et d'anaphylaxie ?

A titre d'exemple, je citerai le cas suivant: une enfant née un peu avant terme, en septembre 1910, est allaitée par une nourrice. Jusqu'à six semaines, l'enfant se développe régulièrement, les selles sont normales, la progression de poids suffisante. A ce moment, l'alimentation est poussée un peu trop rapidement; il se produit alors quelques troubles digestifs; or, depuis cette époque, il n'a pas été possible encore de faire tolérer de nouveau à cette enfant le lait de femme.

La diète hydrique améliora d'abord l'enfant; mais, dès les premières tétés, avec la même nourrice cependant et quoique l'allaitement ait été repris de façon très prudente et progressive, on vit de nouveau survenir une diarrhée verte, des vomissements, de l'érythème fessier, et une baisse de poids. On essaya sans succès de modifier la réglementation des tétés (repas espacés, puis petits repas répétés), on eut en vain recours aux médicaments usuels (peguine, citrate de soude, eau de Vichy).

Devant la persistance et l'aggravation des troubles digestifs,

on se décide à changer de nourrice; l'état reste le même, et c'est bientôt l'allaitement au sein lui-même qu'il est nécessaire d'abandonner.

Amélioration reprise sous l'influence de la diète farineuse: en quelques jours les selles s'améliorent, l'érythème fessier disparaît, la courbe de poids demeure stationnaire.

On fait alors une nouvelle tentative d'allaitement au sein: instruit par les précédentes expériences, on redouble de précautions dans l'administration des premières tétées; comme on a pris une nourrice avec son nourrisson, il est facile de graduer la reprise des tétées; on arrive ainsi sans incident à la dose quotidienne des 300 grammes de lait, le reste de la ration étant encore représenté par du bouillon de légumes avec farines. A partir de ce moment, il faut de nouveau suspendre l'allaitement.

De nouveau, l'emploi exclusif de cette diète farineuse améliore l'enfant. On reprend donc progressivement l'allaitement, mais, cette fois, on abandonne le lait de femme pour le lait d'ânesse. Celui-ci est parfaitement toléré; on peut ainsi arriver à la dose de 650, puis 750 grammes avec laquelle l'enfant prospère et a de belles garde-robes. Ce régime est maintenu trois semaines.

On essaie alors, l'enfant paraissant tout à fait remise, de remplacer un, puis deux, puis trois repas de lait d'ânesse par des tétées au sein. Dès le troisième jour, tous les troubles du début reparaissent, alors qu'on n'était encore arrivé qu'à 250 grammes de lait de femme.

Amélioration par la diète farineuse, puis reprise du lait d'ânesse trois semaines encore; l'enfant allant bien, nouvelle tentative de mise au sein. L'intolérance pour le lait de femme est plus grande encore que la première fois, car les mêmes troubles se reproduisent dès qu'on arrive à 150 grammes de lait de femme.

Dans ce cas, il s'agissait bien d'une intolérance élective pour le lait de femme. On ne saurait incriminer ici l'hypoalimentation ou l'intolérance par la diète farineuse: ces troubles digestifs surviennent, en effet, la première fois au cours d'une alimentation plutôt un peu trop copieuse; la ration lactée ne fut diminuée que par nécessité; elle fut d'ailleurs complétée par une diète farineuse associée; quant à celle-ci, elle fut si peu la cause des troubles digestifs, que ceux-ci s'amendaient dès qu'elle était donnée seule.

Il serait facile de rapporter d'autres cas analogues.

Quelle conduite tenir en pareil cas ? Sans doute on peut s'efforcer, tel lait n'étant pas toléré, de rechercher celui qui conviendra à l'enfant ; ce sera souvent une nécessité chez les nourrissons très peu développés et chez les prématurés peu aptes à supporter la diète farineuse. Mais que de tâtonnements souvent avant de rencontrer le "lait convenable" ! Aussi, quand l'état de développement de l'enfant le permet, quand il a plus de quatre à cinq mois, combien il est plus simple de renoncer d'emblée au lait, au moins de façon passagère, pour prescrire une alimentation ablactée ou à peu près ! C'est d'ailleurs, le conseil que donne Barbier dans son article : "Quand les enfants sont plus grands, cinq à six mois, on peut ajouter des farines, en particulier utiliser les bouillies maltées..."

Je ne puis que m'associer complètement à ces conseils si judicieux, puisque, moi-même, il y a cinq ans déjà, j'étais arrivé à semblable conclusion ; j'ai indiqué dans quelles conditions il sera avantageux de recourir à la bouillie de malt ; et, sous le nom de "régime mixte-hydrocarboné", j'ai montré quels avantages on pourra retirer souvent de cette méthode de traitement.

NOUVELLES

LE PROFESSEUR J. TESSIER, DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

25^e ANNIVERSAIRE DE PROFESSORAT

Nous avons reçu, dernièrement, le beau livre jubilaire publié par les amis, et les élèves du distingué professeur de clinique médicale, à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de son professorat à l'Université de Lyon.

Ce volume, édité avec luxe par la maison A. Rey, de Lyon, comprend un magnifique et intéressant recueil de mémoires originaux dédiés au Prof. Tessier. Ces mémoires sont signés des plus grands noms de France parmi lesquels nous relevons ceux des Prof. Arloing, Hallopeau, Chauffard, J. Courmont, P. Courmont, François Frank, Manquat, Marie, Triboulet, Teissier P., Widal, etc.

Il serait trop long de donner ici la liste complète des collaborateurs, ainsi que le titre de chaque mémoire signé par l'auteur, car

ce beau volume de 659 pages en contient exactement soixante-quatorze.

Le volume est orné d'un très bon portrait du savant clinicien et le couvert reproduit les deux faces de la plaquette de bronze frappée pour l'occasion.

Voilà un bel hommage dont la science française est coutumière. L'intellectualité a une telle emprise sur l'esprit français qu'il faudra encore bien des années avant que l'américanisme qui envahit la France, paraît-il, puisse lui faire admirer les magnats de la finance au-dessus des humbles savants dont elle est fière à juste titre.

En France, les savants se coudoient fraternellement au laboratoire ou à la clinique; bons médecins, ils ont des amis dans tous leurs clients; bons professeurs, ils ont dans leurs élèves des enfants qui gardent du *maître* l'inoubliable souvenir d'un protecteur et d'un confident.

J'ai toujours éprouvé un certain charme à entendre les Dieulafoy, les Huchard, les Tessier, les Vaquez, et tant d'autres, parler avec vénération, au cours de leurs leçons cliniques, de leur cher maître Potain; alors qu'ils étaient, quelques-uns d'entre eux, devenus les collègues du savant clinicien de la Charité.

Il suffit pour le médecin étranger de voir se répéter chaque jour les marques d'estime que les professeurs français donnent aux élèves, chefs de clinique et internes, qui les secondent dans toutes leurs recherches cliniques ou expérimentales, pour comprendre toute la signification et la portée du "*cher maître,*" avec lequel l'élève, en France, salue son professeur.

Ces sentiments de fraternelle attention chez le professeur et de filial attachement chez l'élève, qui caractérisent depuis longtemps l'enseignement français, ne sont pas étrangers aux succès de la science française et à la note dominante qu'elle donne au monde entier !

JOS. EDM. DUBÉ.

PROJET DE CONSTITUTION DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS
DE LANGUE FRANCAISE

Nous avons hâte de communiquer à nos lecteurs les documents ci-dessous ainsi que l'aimable lettre de M. le Professeur Paul Courmont, de l'Université de Lyon.

Nous apprécions hautement les bonnes paroles que nous adresse cet ami distingué des Canadiens-Français et nous sommes fiers des bons souvenirs qu'il a voulu garder de ses deux courtes visites chez nous.

Nous avons tout à gagner en participant, dans la mesure de nos forces, au congrès des Médecins de Langue Française organisé par nos confrères de France.

Les mers nous séparent; mais nous sommes assez américains pour aimer les voyages, et les distances ne nous effraient guère. Nous croyons même, qu'un jour nos cousins de France viendront chez nous tenir le premier congrès canadien de la nouvelle Association des Médecins de Langue Française.

Nous aimons notre langue et nous voulons la parler toujours jusque dans nos générations les plus reculées. Rapprochons-nous donc des fils de France dont le verbe nous fait tressaillir de joie; nous voulons, par tradition, tenir haut en Amérique le flambeau de la science médicale française, allons alors, plus souvent puiser à sa source même, au pays de France !

Nous prions ceux de nos lecteurs qui voudraient participer au Congrès qui sera tenu à Lyon du 22 au 25 octobre prochain, de nous envoyer leur nom ou de communiquer directement avec M. le Prof. Paul Courmont, 33, rue Ste-Hélène, Lyon, qui a bien voulu nous adresser la lettre suivante.

J. E. DUBÉ.

Lyon, 19 janvier 1911

Mon cher ami, (1)

Je vous envoie ci-joint une circulaire qui vous expliquera brièvement notre projet d'une *Association des Médecins de Langue Française*. Nous voudrions que la belle langue qui nous unit servit de lien à un groupement scientifique permanent, actif, dont le Congrès annuel français serait une des manifestations.

L'heure est sérieuse, et les canadiens comprendront plus que tous autres la nécessité, pour les éléments de tendance française du vieux monde de se grouper comme vous le faites sur le nouveau Continent.

Vous avez votre belle association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord; nous désirerions vivement qu'elle vienne apporter son appui à celle que nous voulons créer en

(1) Lettre personnelle adressée au Dr Dubé par notre ami le Dr F. Courmont, de Lyon.

France, d'accord avec toutes les sommités médicales de Paris, de la France entière, de Suisse et de Belgique de langue française.

Nous ne doutons pas que les maîtres de la médecine au Canada ne viennent se joindre à nous pour cette union scientifique qui sera un lien de plus entre nos deux pays.

Nous venons donc vous demander les *noms des membres du bureau de votre association pour leur adresser notre appel.*

Nous pensons que tous les professeurs et médecins des hôpitaux du Canada français doivent être de droit de notre Association dès qu'ils feront leur adhésion.

Quant aux conditions pécuniaires nous estimons qu'elles ne doivent pas être les mêmes pour nos adhérents du Canada qui ne pourront pas participer souvent à nos Congrès.

L'assemblée du congrès de Lyon fixera en dernier ressort ces détails et nous souhaitons que le Canada y soit largement représenté pour inaugurer sa collaboration officielle à notre œuvre. Nous, dès à présent, nous pensons qu'une souscription annuelle *moitié* de celle des membres européens pourrait être celle des membres canadiens; ils ne paieraient la cotisation complète (20 fr. par an et 100 fr. pour les 5 congrès statutaires) que lorsqu'ils viendraient participer au Congrès ou désireraient les volumes de compte-rendu.

Je vous prie instamment, mon cher collègue et ami, de vouloir bien nous répondre sur les points suivants :

1° Voulez-vous nous envoyer la liste des membres ordinaires et du bureau de votre Association.

2° Quel est votre avis sur la question de la cotisation.

3° Voudriez-vous prendre l'initiative de faire former à Montréal et à Québec une sorte de commission pour étudier et propager nos demandes et amener des adhésions? *Cette commission pourrait être le bureau de votre Association.*

Cette lettre officieuse et amicale vous est cependant écrite conformément aux décisions des derniers Congrès (Genève et Paris) et au nom du bureau du 12e Congrès médical français qui se tiendra à Lyon en octobre 1911.

Nous vous demandons de nous aider pour le projet que je vous développe et vous prions instamment *de prendre l'avis de vos collègues* et de nous *répondre le plus tôt possible.*

Si vous n'aviez pas le temps de vous en occuper désignez-nous le ou les collègues actifs qualifiés pour prendre cela en main.

Croyez, mon cher ami, l'assurance de ma profonde sympathie et des meilleurs souvenirs et vœux.

Voici une copie des documents officiels.

PAUL COURMONT.

XII^e CONGRES FRANCAIS DE MEDECINE

(Lyon, Octobre 1911)

Projet de constitution de l'Association des Médecins de Langue Française.

Lyon, le 191

Monsieur et très honoré Collègue,

Le prochain Congrès Français de Médecine se tiendra à Lyon du 22 au 25 octobre 1911, et nous avons l'honneur d'être chargés de son organisation.

Conformément aux *Décisions des Congrès de Genève (1909) et de Paris (1910)*, celui de 1911 doit être l'occasion d'un rapprochement plus étroit entre les Médecins français et de Langue française, et de la constitution définitive d'une *Association des Médecins de Langue française*. Vous êtes de ceux qui conçoivent l'extrême importance d'une telle Association, formant un groupement scientifique permanent et manifestant sa vitalité par les Congrès Français de Médecine.

D'autre part, conformément à l'article XIV des Statuts * de ces Congrès, tels qu'ils existent depuis 1902, les *Membres Souscripteurs* sont ceux qui décideront, au Congrès de 1911, des modifications au règlement général et par conséquent à l'organisation de l'Association. Nous serions très heureux que vous nous apportiez dès la première heure votre participation et l'appui de votre haute personnalité scientifique.

Nous vous prions donc de vouloir bien nous envoyer dès maintenant votre *adhésion comme Membre souscripteur*, c'est-à-dire

* *Article II des Statuts des Congrès français de Médecine depuis 1902*: Sont membres souscripteurs les membres titulaires qui adhèrent d'avance à cinq sessions successives.

comme adhérent à cinq Congrès successifs *; et, pour cela, remplir la feuille de souscription et la renvoyer dans l'enveloppe ci-jointe au trésorier-adjoint: M. A. Rey, éditeur, 4, rue Gentil, Lyon.

Veillez agréer, Monsieur et très honoré Collègue, l'assurance de nos sentiments de haute considération.

Le Secrétaire Général:
PAUL COURMONT

Le Président:
J. TEISSIER

CONGRES FRANCAIS DE MEDECINE

(XII^e Congrès, Lyon, Octobre 1911).

BULLETIN DU MEMBRE SOUSCRIPTEUR N^o

Je déclare adhérer au projet de fondation de l'Association des Médecins de Langue Française, en m'inscrivant comme *Membre Souscripteur* des Congrès français de médecine, c'est-à-dire *adhérent à cinq Congrès successifs* (article II des Statuts), et à payer une cotisation de *Cent Francs* (20 francs par Congrès), que je verse:

1^o En une seule fois.

2^o En cinq annuités.

(Biffer l'une des deux indications).

Date.

Signature.

Nom et prénoms (*lisibles*)

Titres.

Adresse complète (*lisible*).

et joindre à ce bulletin sa carte de visite.

Remplir ce bulletin et l'envoyer avec sa cotisation (*Cent Francs* ou *Vingt Francs*), par mandat-poste payable au trésorier-adjoint: M. A. REY, éditeur, 4, rue Gentil, Lyon.

Si non le recouvrement sera fait à domicile.

* *Articles XIV*:.....Les membres souscripteurs seuls sont admis à voter sur les modifications proposées au Règlement général du Congrès.

XII^e CONGRES FRANCAIS DE MEDECINE

Lyon, 22-25 Octobre 1911.

I. PROGRAMME

A. — Questions proposées par le Congrès de Paris :

- 1° *Du rôle des hémolysines en pathologie ;*
- 2° *Du coma diabétique ;*
- 3° *Des diurétiques.*

B. — Question ajoutée par le bureau, après entente avec les représentants des médecins de l'armée et la Direction de l'École du service de Santé militaire :

4° *Epidémiologie et prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique.*

Le nom des Rapporteurs sera prochainement publié ; mais, déjà, le Bureau du XII^e Congrès s'est assuré le concours de savants éminents de France, de Belgique et de Suisse.

II. BUREAU DU CONGRES

Président : M. le Professeur Teissier, Associé national de l'Académie de Médecine.

Vice-Présidents : M. le Médecin inspecteur Hocquart, Directeur de l'École du service de Santé militaire ; M. le Professeur Weill, Président de la Société médicale des hôpitaux de Lyon.

Secrétaire général : Dr Paul Courmont, Professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

Secrétaire général adjoint : Dr Fernand Arloing, Agrégé à la Faculté de médecine.

Trésorier : Dr A. Cade, Agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux.

Trésorier-adjoint : M. A. Rey, Imprimeur-éditeur.

Adresser :

Les communications à M. Paul Courmont, Secrétaire Général, 33, rue Ste-Hélène, Lyon.

Les Bulletins de souscription et Mandats à M. A. Rey, Imprimeur-éditeur, 4, rue Gentil, Lyon.

CHRONIQUE

II LE " RASTAQUOUERISME " PROFESSIONNEL

Le " Rastaquouère Savant " s'offre à l'œil nu, sous le portrait de types polymorphes ; il constitue dans notre milieu, un groupe de *parasites* qui ont des caractères multiples ; il y en a des grands et des petits. Le plus redoutable, sinon le plus infecte, est le Rastaquouère qui s'affuble de la peau d'un lion et qui imite la voix du prince de la science.

Dans un jeune pays, comme le nôtre, où l'on a peu l'habitude d'entendre ni de voir des lions, il réussit à émouvoir sérieusement le public intelligent, voire même la profession médicale.

Vous voyez ses noms et prénoms affichés partout, dans les journaux quotidiens, dans les Revues de médecine, aux programmes des Congrès et des Sociétés médicales.

Il aura même l'audace de publier et de signer des articles scientifiques, des volumes entiers qu'il aura plagiés et chippés à un auteur étranger, dont il aura bien garde de citer le nom, de peur d'être pris au piège et de montrer l'oreille.

Il se donne des titres étrangers, ronflants et sonores et réussit même, par intrigues, à décrocher des titres *couleur locale*.

Il se tient à l'affût des découvertes scientifiques les plus retentissantes, et annonce dans les grands journaux, avec photographies à l'appui, qu'il a répété, *toujours avec succès*, les expériences et les exploits des Pasteur, des Péan, des Marmoreck, des Recklinghausen, des Doyen, etc., etc., jusqu'au n° 606.

Au besoin, ce lion se fait dévôt ; il adore tous les dieux, lorsqu'il ne prostitue pas les religions selon les besoins de sa cause ; il s'appelle Docteur : c'est un lion diplômé et licencié du *puissant* collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec.

Il fait même entendre sa voix terrible, dans les coulisses du Cénacle, *et lui fait la loi* . . .

C'est un " Universel Spécialiste " : dans le monde, il passe pour être à la fois un grand médecin, un grand chirurgien, un grand accoucheur, un grand pédiatre et enfin un grand homme.

Et l'on se demande pourquoi notre Organisme scientifique s'affaiblit, s'étiole et se meurt !

Cherchez, chers Maîtres, un remède contre les Parasites, et les sociétés médicales *refleuriront* comme dans les *bonnes années*, et la *Profession médicale* sera honorée et respectée à cause de ses hautes fonctions et de ses graves responsabilités.

Je vous ferai la prochaine fois " l'esquisse " du " Rasta " X, qui brille avec grand éclat de tous les rayons . . . inconnus.

DR RASTAQUOUÈRE.

SOCIETES

SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 20 Dec. 1910

Présidence de M. ST-JACQUES.

Rapport du Trésorier.

Après l'adoption des minutes, le trésorier rend compte de l'administration des fonds de la Société durant l'année 1910. En dépit du retard de plusieurs membres à s'acquitter de leur cotisation, M. Bourgoïn a su maintenir prospères nos finances, et faire honneur à notre crédit.

Son rapport est adopté.

Rapport du Secrétaire.

En résumant le travail de l'année, qui d'ailleurs n'est pas inférieur à celui des années passées, le secrétaire se croit justifié d'en déduire quelques conclusions nécessaires. Ainsi, l'expérience a prouvé que l'assistance aux séances est d'autant plus nombreuse que les sujets traités y sont plus pratiques, d'où il découle, qu'à l'avenir, la Société doit tendre à exercer de plus en plus un rôle de vulgarisation scientifique, au lieu de se limiter à l'étude des spécialités. Enfin après avoir fait ressortir que nos débats manquent de l'enthousiasme des jeunes et de l'encouragement des aînés, il termine en faisant un appel à tous les médecins, qui doivent vouloir grande l'œuvre de la principale Société Médicale Canadienne-Française du pays, pour en faire le château fort de la profession et l'instigatrice infatigable du progrès commun et de notre perfectionnement individuel.

Le rapport est adopté.

Allocution du Président.

M. St-Jacques, avant de passer à M. Benoit les rênes de l'administration, remercie tous les collaborateurs de l'année, dont il se plaît à mentionner les noms. Il a moins d'éloges pour ceux qu'il ne peut nommer, ce qui l'amène à dire de dures vérités, qui nous l'espérons seront reconnues comme telles, au grand bénéfice de notre corps médical. Habilement il distribue le blâme et le compliment, et nul doute que ses consciencieuses remarques auront leur utile conséquence. Il jette une note pessimiste dans l'appréciation de notre mentalité, qui toujours sur le qui-vive lors même

qu'elle sent jugée à son mérite, reprend vite son apathie, dès que la période des récriminations tapageuses a passé. Il aimerait nous voir aussi ardents dans la lutte pour notre avancement, que nous le sommes dans la défense de nos qualités.

M. Marien.

En discussion, M. Marien avoue qu'il a toujours déploré l'apathie de ses confrères canadiens-français, et que souventes fois, sans y réussir, il a cherché le remède. Il lui semble que nous devrions faire mieux qu'autrefois, avec les jeunes et bonnes recrues qui sont venues s'adjoindre à la vieille garde. Pour lui il veut conserver l'enthousiasme des anciens jours, et se tenir sur la brèche, toujours prêt à faire sa quote-part avec les jeunes qui doivent se révéler et les plus âgés qui vont s'intéresser davantage à nos travaux.

M. LeSage.

M. LeSage endosse les remarques de M. Marien et ajoute que si trop souvent, on est porté à critiquer ceux qui disent la vérité, jamais la chose ne devrait arriver dans les questions d'ordre scientifique. Il est donc heureux de féliciter M. St-Jacques de sa mâle attitude. Comme lui, il regrette l'indifférence des aînés et l'abstention des jeunes qui suivent l'exemple d'en haut. Toutefois i n'est pas pessimiste et croit voir un progrès sensible et constant nous mener vers la riante destinée. En effet, depuis 1897, époque où le Comité d'Études a vu le jour, quel changement s'est opéré; la petite cellule primitive, vite a grandi et s'est essaimée en œuvres déjà nombreuses, dont il est bon de tenir compte, afin de mettre une note moins sombre dans nos jugements. Continuons d'avancer, perfectionnons sans cesse, et dans le but d'attirer les confrères, faisons que la Société devienne le rendez-vous de l'enseignement hospitalier et universitaire, car le médecin comme l'élève peuvent profiter des mêmes leçons. M. LeSage veut joindre l'utile à l'agréable, et suggère en terminant, de revenir à l'ancienne habitude des banquets, qui alimentent l'esprit de corps, et permettent de discuter en famille nos intérêts. Ces banquets, dans le passé, ont pleinement réussi et ont été très utiles.

M. Rhéaume, pour satisfaire tous les appétits scientifiques, sug-

gère la création d'une société des Agrégés dont l'objet serait l'étude des spécialités et les questions d'enseignement.

MM. Bourquin et Malouf prennent part à la discussion et partagent les opinions émises jusqu'ici.

M. Raoul Masson, amicalement interpellé par M. Marien est heureux d'avouer que celui qui attaque bien, châtie bien. Il remercie M. Marien de son succès et cherche ensuite à expliquer le silence des jeunes; il croit que la timidité existe parmi eux, c'est pourquoi ils s'abstiennent. D'un autre côté, il lui semble que jusqu'ici le choix des travaux n'a pas été fait de manière à intéresser le plus grand nombre.

Cloture.

Avant la cloture, on vote des remerciements à l'Université pour l'usage de ses salles et à 11 hrs la séance est levée.

Le Secrétaire,
LUDOVIC VERNER.

Séance du mardi, 17 Janvier

Présidence de M. E. P. BENOIT.

Allocution du Président.

M. Benoit inaugure les séances de l'année 1911, en remerciant les membres de la confiance qu'ils ont mise en lui, en le chargeant de la présidence. Il essaiera de s'acquitter de sa tâche en rendant prospère et agissante la Société. Déjà, dans un but de propagande, il a fait adresser par le bureau, une lettre circulaire à tous les confrères de l'île de Montréal; il demande donc à chacun d'agir concurremment, afin de faire monter, si possible, le chiffre de nos membres à 300.

Cette année, avec la permission de l'Université, les séances se tiendront dans la salle des Conférences de la Faculté des Arts, et chacun y sera libre de discuter ou non; personne ne sera interpellé.

Pour accommoder les membres, les programmes seront envoyés trois ou quatre jours à l'avance, et insérés dans les journaux. Enfin, les médecins de demain, les étudiants de 4e année, seront

les bienvenus à nos séances, où ils apprendront, peut-être, à aimer notre Société Médicale.

Propositions de nouveaux membres.

Les médecins suivants, régulièrement recommandés, désirent faire partie de la Société Médicale: MM. J. Lussier, H. Renaud, L. J. Lemieux, Alb. Demers, Lalande, H. Ethier, Steph. Langevin.

Présentation de malades.

M. St-Jacques présente un petit malade de 12 ans pâle et amaigri, porteur au cou, du côté gauche, d'une énorme tuméfaction ganglionnaire. La tumeur s'est développée lentement depuis plusieurs mois au point de gêner considérablement les mouvements de la tête. M. St-Jacques s'est demandé s'il avait affaire à une leucémie lymphatique, à un lymphosarcome ou à un cas de maladie de Hodgkin.

D'après la formule histologique du sang qui donne une faible leucocytose, d'après la manière d'évoluer de la lésion et sa morphologie, il croit devoir se prononcer pour la *lymphadénie simple*.

M. LeSage. — En discussion, M. LeSage est du même avis et suggère comme traitement les rayons X.

M. O. F. Mercier a vu trois malades semblables dans le service de Reclus. Ce dernier les traitait aux injections de liqueur de Fowler faites dans la tumeur même et sans grand succès d'ailleurs.

M. H. Hervieux a fait bénéficier des Rayons X, deux malades. Au cours des 12 ou 15 premières séances, la tumeur a paru regresser, mais le mieux n'était que temporaire et vite la maladie a repris son évolution fatale.

M. St-Jacques, en conclusion ajoute qu'il donne au malade des injections de cacodylate de Soude et qu'il en surveillera les effets.

Psoriasis généralisé.

M. G. Arcambault présente un autre malade qui intéresse vivement les membres. C'est un cas de psoriasis généralisé à lésions très caractéristiques, mais un peu tempérées, actuellement par le

traitement énergique à l'huile de cade qu'on leur fait subir au dispensaire de dermatologie de l'hôpital Notre-Dame.

M. Archambault attire l'attention sur une circonstance particulière: ce malade arrive d'Europe, et c'est à cause de cela, pense-t-il, qu'il présente des phénomènes de réactions cutanées plus intenses que ceux généralement observés au pays, où les maladies de la peau ont rarement des caractères aussi nets.

Présentation des pièces du musée de dermatologie de l'Université Laval, par M. Décarie.

M. Décarie remercie publiquement la Faculté qui l'a chargé d'organiser un musée de dermatologie à l'Université et grâce auquel l'enseignement va devenir plus facile et plus pratique. Ce musée a maintenant ses débuts et M. Décarie nous montre une première série de magnifiques pièces en cire qu'il vient de recevoir de Paris et qui sont recommandées par M. Hallopeau. Elles représentent toutes les lésions élémentaires de la peau.

Bientôt une nouvelle série en préparation représentera toutes les lésions syphilitiques et une troisième et dernière série qui viendra plus tard nous donnera la morphologie des lésions plutôt rares. Avec cet embryon, M. Décarie espère réussir à combler une lacune à l'avantage de l'élève et du professeur.

Avis de motion.

M. Décarie donne avis de motion à l'effet de soumettre à l'assemblée, s'il ne serait pas utile d'organiser un banquet de la profession, sous les auspices de la Société Médicale.

Etude médico légale des taches de sang (1ère partie) avec présentation de pièces.

M. Derome donne ensuite la 1ère partie d'un long travail ayant pour but, une sorte de mise au point de la question du sang en médecine légale. Afin de donner un intérêt plus pratique à sa communication, il tâche de répondre aux questions du magistrat dans l'ordre qu'elles sont généralement posées à l'expert.

A la question: Est-ce du sang, il a répondu par une énumération complète des différents procédés dont la science médico-légale dispose pour caractériser le sang et qui pour la plupart sont de

nature à entraîner une certitude absolue. Ces procédés sont l'examen direct du sang au microscope, la recherche de l'hémoglobine au moyen du spectroscope, et enfin différentes réactions chimiques et histo-chimiques.

Conférence. — Laënnec et ses contemporains.

M. E. P. Bendit avec l'aisance d'un historiographe érudit, termine la séance en nous reportant à 100 ans en arrière, à l'époque de Laënnec et nous montre tout l'intérêt qu'offre au médecin, l'histoire de son art.

Avant Laënnec, la révolution qui avait tout chambardé, avait aussi aboli les écoles de médecine, il n'y avait plus de maîtres n' d'élèves. La vieille école empirique, aux sentences mystérieuses, laissait le champ libre aux médecins de l'an III, issus de la révolution. Par la force de leurs talents et de leurs labeurs, une pléiade de jeunes savants sortirent du profond chaos et s'imposèrent au public. Parmi ces derniers, Laënnec est le plus illustre et lorsque la République comprit la nécessité de fonder des universités et de former des professeurs, il fut un des premiers appelés et sut bientôt par son esprit méthodique, conquérir une réputation universelle. A l'empirisme jusqu'alors régnant, il crut bon de substituer la méthode anatomo-clinique, basée sur les autopsies et l'observation des malades, ce qui lui permit de rendre son nom à jamais célèbre par la découverte de l'auscultation. Il fonda une école dans les idées malheureusement prirent du temps à être admises, parce que Broussais, son antagoniste et continuateur des latinistes empiriques, parvint à côté de lui, à se faire un groupe nombreux d'admirateurs. Ce dernier dont la voix de stentor, perçait les murs de la clinique et arrêtait la foule dans la rue, avait un merveilleux don de parole, toujours prise par les esprits superficiels, et qui lui valait son succès.

Heureusement que le temps a permis de discerner au milieu du fatras le véritable précurseur de la médecine moderne, et donner à Laënnec toute la gloire qui lui est due.

Le Secrétaire,
LUDOVIC VERNER.

ANALYSES

MEDECINE

Le 606: indications et contre-indications, par Jeanselme, dans *Bulletin de la Société de l'Internat.* Déc. 1910.

Après avoir étudié le mode d'action du 606, M. Jeanselme pose les conclusions préliminaires suivantes :

Indications : 1° Quand le chancre est récent et qu'on peut espérer encore prévenir l'écllosion des accidents secondaires ;

2° Quand il faut frapper vite et fort pour enrayer des accidents nerveux redoutables à échéance précoce ou lointaine, une céphalée intense et continue ou une lymphocytose rachidienne abondante, qui préparent à bas bruit, les accidents inexorables de la parasymphilis, ou encore lorsque le danger est immédiat, par exemple lorsque le sujet est en proie à une méningite de la période secondaire ;

3° Quand il faut agir promptement pour arrêter l'extension des lésions destructives (syphilis phagédénique ou térébrante), ou simplement affectantes (syphilis mutilante de la face ;

4° Quand le mercure se montre impuissant, comme c'est si souvent le cas dans la syphilis maligne précoce, les syphilides acnéiformes, palmaires ou plantaires ;

5° Enfin, quand le mercure n'est pas toléré : dermatite mercurielle, érythème scarlatiniforme desquamatif ; troubles digestifs.

Contre-indications : les vieillards, les déçus, les cachectiques, les artério-scléreux, les tuberculeux arrivés au stade cavitaire, les sujets atteints d'affections ulcéreuses des voies digestives, les affections parasymphilitiques v. g. tabès, paralysie générale, les nourrissons.

Traitement de la syphilis par l'arsénobenzol. Les faits acquis, par Leredde, dans *Bulletin de la Société de l'Internat.* Déc. 1910.

Premier fait acquis. — L'arséno-benzol tue les spirochètes dans les tissus, en vingt-quatre ou en quarante-huit heures. Le fait a été établi par Hata chez le lapin, il a été confirmé par tous les observateurs qui ont étudié les lésions humaines après l'injection du " 606 ".

Deuxième fait acquis. — L'arséno-benzol, à dose suffisante (un demi à un centigramme par kilogramme) détermine, *normalement, en série*, la régression des lésions syphilitiques visibles : chancres, plaques muqueuses, roséole, papules, tubercules, gommés. Il n'y a pas une seule des lésions de la syphilis en activité qui,

régulièrement, ne disparaisse à la suite de l'injection à dose suffisante. Sans aller plus loin, je dirai que l'assertion de M. Gauthier, pour lequel les lésions viscérales ne guérissent pas, alors que les lésions de la peau guérissent, me paraît devoir être considérée comme une boutade, et qu'aucun syphiligraphie n'a exposé jusqu'ici une opinion pareille, qui admet un fait invraisemblable.

Troisième fait acquis. — Cette action de l'arséno-benzol sur les lésions syphilitiques est une action *immédiate*. Elle se manifeste d'une manière visible sur les chancres, sur les plaques muqueuses, sur la roséole, sur les lésions accompagnées d'ulcérations. Dans les lésions non ulcéreuses, surtout lorsqu'elles sont volumineuses, les phénomènes de régression ne sont pas apparents d'une manière immédiate, ce qui ne peut vouloir dire qu'ils n'existent pas.

Quatrième fait acquis. — L'arséno-benzol ne détermine aucun accident quand il n'y a pas de faute de technique commise au moment de l'injection, et quand on respecte les contre-indications absolues (cachectiques) il y a surtout des contre-indications relatives.

L'arséno-benzol pourrait être employé à des doses faibles, et avec une extrême prudence, chez des malades atteints de paralysie générale, de tabès même avancé et de lésions vasculaires au cardiaques.

Je comprends parfaitement et j'approuve les protestations de M. Milian, contre la terreur que l'on crée dans le public. A l'heure actuelle, des malades qui pourraient tirer parti du traitement par l'arséno-benzol, en sont empêchés, parce quelques-uns de nos confrères ont répandu des bruits dans la grande presse, ou n'ont pas démenti celles qu'on leur attribuait. La presse a répandu sur l'arséno-benzol des opinions inexactes, que nous devons combattre dans quelque sens qu'elles se produisent.

Cinquième fait acquis. — Tout ce qui précède est en faveur du traitement par l'arséno-benzol, mais un fait est également acquis, non moins certain que les précédents : l'arséno-benzol n'est pas un agent de stérilisation immédiate, puisqu'il existe des récidives après les injections. C'est une erreur de dire avec M. Salmon qu'il n'y a pas de récidive avec les injections fortes. Le professeur Weindraud, de Wiesbaden, qui a traité un grand nombre de malades à doses fortes par des injections intra-veineuses, a eu 20 p. 100 de récidives. Je considère même que l'erreur de M. Salmon est dangereuse et qu'elle engage les médecins dans une voie mauvaise.

L'arséno-benzol ne doit pas être considéré comme un agent de stérilisation immédiate ; le traitement de la syphilis doit être réglé, en le considérant comme un agent de *stérilisation progressive*.

Question à résoudre :

L'arséno-benzol peut-il être réellement un agent de stérilisation progressive ?

Quoi qu'en pensent encore quelques auteurs, le mercure possède une action préventive dans la syphilis, c'est-à-dire qu'il est un agent de stérilisation graduelle. L'arséno-benzol, qui a une action plus marquée sur les spirochètes, doit être considéré également *à priori* comme un agent de stérilisation progressive ; nous devons dès maintenant le manier d'une manière régulière chez les malades à la période secondaire ou tertiaire, de manière à supprimer les accidents actuels et à prévenir les accidents futurs.

Une question particulièrement importante doit être également résolue, c'est celle de la stérilisation au cours de la primaire. Je suis d'avis qu'on a eu tort d'élever les doses au cours des périodes secondaire et tertiaire ; mais au moment où l'infection s'établit, où elle se généralise, il y a lieu d'intervenir avec la plus grande énergie. Pour ma part, j'ai pris comme règle, depuis que j'ai commencé à me servir de l'arséno-benzol, de faire, dès que le chancre est reconnu, trois injections : 60 centigrammes, la deuxième dix jours après la première, la troisième à quinze jours de la seconde.

Sixième fait acquis. — Un autre fait acquis à l'heure actuelle est que les malades qui ne sont pas guéris par le mercure, guérissent normalement par l'arséno-benzol. Il est vrai que, parmi les premiers, il existe un grand nombre de malades qui ont été mal soignés. Je suis encore surpris de voir qu'en Allemagne on emploie les frictions d'une manière régulière, après tout ce qui a été dit sur le sujet, et depuis qu'il a été démontré que le traitement mercuriel doit être fait avec une précision rigoureuse. Mais enfin il existe, et en grand nombre, des malades bien soignés par le mercure, qui ont des lésions rebelles, et d'autres qui supportent mal le traitement mercuriel. Chez tous ces malades l'arséno-benzol est indiqué et doit être employé d'une manière systématique

Existe-t-il des malades qui présentent des lésions rebelles au mercure, et qui sont rebelles à l'arséno-benzol ? Cela est possible, et il est même possible que l'on trouve par hasard des malades présentant des lésions rebelles à l'arséno-benzol, qui seront guéris par le traitement mercuriel. Ceci veut dire simplement que l'arséno-benzol ne guérit pas dans 1000 cas sur 1000 les lésions syphilitiques. S'il les guérit 995 ou 998 fois sur 1000, ceci nous suffit pour le considérer comme un agent de traitement mer-

veilleux. Nous regretterons qu'il existe des cas rebelles, mais, s'ils sont exceptionnels, notre jugement n'en sera pas troublé.

D'autre part, il existe dans la série des lésions syphilitiques des lésions qui seront toujours incurables, par l'arséno-benzol, comme le mercure; je veux parler des lésions cicatricielles, dégénératives et dystrophiques. Aucun médecin, je pense, ne s'attend à voir disparaître par l'arséno-benzol une cicatrice de gomme ou une dégénérescence du faisceau pyramidal. Mais, quoi qu'en ait dit M. Gaucher, il existe, dans la série des lésions dites parasymphilitiques, des lésions qui sont curables par l'arséno-benzol. Ce sont des lésions actives dont la nature syphilitique a été méconnue, comme les lésions initiales du tabes, ou des lésions mixtes, c'est-à-dire constituées par un mélange de lésions actives et de lésions dégénératives, comme d'autres lésions du tabes ou comme la leucoplasie buccale.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de donner une conclusion à la fin de cette communication. L'emploi régulier de l'arséno-benzol dans le traitement de la syphilis s'impose, et je crois qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter à certaines critiques passionnées et inspirées par des raisons de sentiment, et non par des considérations scientifiques. Nous pouvons, tout en déclarant formellement qu'une injection d'arséno-benzol ne guérit pas la syphilis, déclarer aux malades en toute confiance qu'il n'y a aucun danger à se servir du nouvel agent, et qu'ils peuvent en tirer des bénéfices considérables.

La dermo-réaction au glycocholate de soude chez les syphilitiques,
par MM. Lœper, Desbouis, Durœux, dans *Le Progrès Médical*, 1911.

La fréquence de la précipito-réaction de Porges dans la syphilis nous a conduits à rechercher si le glychocolate de soude, qui précipite si aisément par le sérum des syphilitiques, ne déterminerait pas en injections intradermiques des réactions ou des nodules caractéristiques.

Nous avons donc injecté par la méthode habituelle des intradermo-réactions une à deux gouttes de solution de glychocolate sous la peau d'un certain nombre de malades syphilitiques et non syphilitiques; mais, comme le glycocholate est un sel instable et dont l'altération est rapide, nous avons toujours utilisé des solutions fraîches ou conservées à l'abri de l'air et de la lumière dans des ampoules scellées.

Les solutions au 1/10 sont trop fortes, car elles jouissent d'un

pouvoir tinctorial considérable et peuvent être irritantes chez les sujets sains; les solutions au 1/100 sont trop faibles et peuvent, même chez le syphilitique, ne provoquer aucune réaction érythémateuse. Nous nous sommes, en définitive, adressés uniquement aux solutions à 1/20 et à 1/50.

1) *Sujets normaux.* — Nous avons expérimenté tout d'abord chez 63 sujets normaux ou atteints d'éruptions scabieuses ou érythémateuses banales, d'affections tuberculeuses, d'entérites, de dyspepsies, de cardiopathies, d'ictère; au 1/50 aucun n'a réagi; au 1/20, 66 ne donnèrent aucune réaction, 7 une réaction extrêmement discrète.

La réaction est donc au total négative au moins dans 85 p. 100 des cas.

2) *Sujets syphilitiques.*

Nous les diviserons en 4 catégories.

a) *Syphilis primaire*: 10 malades, 10 réactions fortes ou évidentes au 1/20 et au 1/50.

b) *Syphilis secondaires*, muqueuses ou cutanées, ne dépassant pas deux ans: 56 malades, 56 réactions au 1/20 et au 1/50.

c) *Syphilis tertiaires*: gommés du voile, ostéopériostites, artérites, etc., hérédo-syphilis: 15 malades, 14 réactions au 1/50.

La réaction est donc à peu près constante chez les syphilitiques aigus ou en évolution.

d) *Tabès et paralysie générale. Leucoplasie*: 9 malades; 1 réaction au 1/20.

La réaction est donc exceptionnelle dans la parasyphilis ou la syphilis quaternaire.

La réaction consiste dans tous ces cas, tantôt en un érythème lenticulaire, tantôt en un nodule saillant, un peu douloureux, de la grosseur d'un grain de mil ou d'une lentille, tantôt en un large placard d'œdème rosé, tantôt enfin en une petite ulcération qui se cicatrise lentement. Elle apparaît de la 18^e à la 36^e heure et peut persister 2 à 5 jours. Il peut y avoir de la douleur et même un peu de fièvre lorsque la réaction est intense.

Chaque fois que nous avons simultanément fait la réaction de Wassermann ou la précipito-réaction de Porges, nous avons constaté un parallélisme absolu avec la réaction dermique, mais le nombre des cas étudiés ne nous permet pas de conclusion définitive.

On peut rapprocher la dermo-réaction au glycocholate de soude de la réaction à la syphiline proposée par MM. Nicolas et Favre.

Nous la croyons plus simple et les résultats en semblent meilleurs. Le glycocholate n'ayant rien de spécifique, son action sur

les tissus des syphilitiques paraît être plus en rapport avec les modifications chimiques imprimées à l'organisme par le parasite qu'avec la nature du parasite lui-même. À ce titre la réaction est déjà intéressante puisqu'elle atteste une modification biologique profonde d'un organisme malade. C'est d'ailleurs pour cette raison aussi que sa valeur diagnostique ne peut être absolue et qu'il ne faut guère s'étonner qu'elle manque chez certains syphilitiques et existe chez quelques rares malades indemnes.

La dermo-réaction au glycocholate de soude nous a cependant rendu service dans quelques cas difficiles où le diagnostic de végétation simple, d'urétrite banale, d'herpès, d'érythème, voire même, dans deux cas, d'ulcération tuberculeuse, paraissait s'imposer.

CHIRURGIE

A propos du massage du cœur dans le traitement de la syncope chloroformique, par M. Depage (Bruxelles), dans *La Presse Médicale*, Samedi, 4 février 1911.

Chez un jeune homme de 15 ans $\frac{1}{2}$, souffrant depuis longtemps d'une ostéo-myélite, on dut intervenir pour enlever un séquestre très étendu de la diaphyse du fémur. La suppuration prolongée avait fortemnt atteint l'état général; le malade était profondément anémié, le foie volumineux, le pouls faible et rapide.

L'opération fut pratiquée sous chloroforme, le 27 juin 1910. Après avoir supporté normalement l'anesthésique pendant une demi-heure, le malade eut une première alerte: il fit une syncope respiratoire qui disparut à la suite de quelques mouvements de respiration artificielle. Mais, bientôt après, une deuxième syncope survint, et, cette fois, la face livide annonça nettement une syncope cardiaque. La respiration artificielle, prolongée pendant un quart d'heure, n'eut aucun succès; le cœur resta inerte, à peine y eut-il quelques mouvements respiratoires spontanés qui cessèrent bientôt. M. Depage se décida à ouvrir le ventre au niveau de la région épigastrique et à tenter le massage du cœur en appliquant une main sous le diaphragme et l'autre sur la paroi thoracique. Il prolongea ce massage pendant une dizaine de minutes; il y eut de nouveau quelques mouvements respiratoires spontanés, mais aucun battement cardiaque; à peine quelques trémulations de l'organe furent-elles perçues à travers le diaphragme. M. Depage reprit le massage pendant une nouvelle période de dix minutes, mais toujours avec le même insuccès, et il continua ainsi pendant

quarante-cinq minutes. La respiration seule avait une tendance à reprendre, mais chaque fois que l'on interrompait le massage, elle s'arrêtait faute de battements du cœur. M. Depage eut alors l'idée de combiner le massage avec une injection intraveineuse de sérum artificiel: à peine avait-on injecté un demi-litre d'eau salée que, sous l'influence du massage, le cœur se remit à battre, d'abord faiblement, puis bientôt avec une intensité et une force étonnantes; la respiration se rétablit régulièrement et permit de terminer l'opération.

Le malade, remis au lit, eut un réveil chloroformique agité, il persista de la torpeur intellectuelle, il survint de l'incontinence d'urine, mais il n'y eut pas de troubles oculaires, ni de paralysie, ni de contracture. Le soir, le pouls était à 86, la respiration à 28; la température, qui, deux heures après l'opération, était de 35°8, remonta rapidement sous l'influence d'une injection sous-cutanée de sérum. La nuit fut très agitée et, le lendemain matin, le malade n'avait pas repris complètement conscience: il respirait somnolent, répondait vaguement aux questions, sortait la langue quand on le lui demandait, mais l'intelligence restait anéantie; par moments, il poussait des cris rauques, gutturaux, grinçait des dents; les pupilles réagissaient normalement, et aucun phénomène oculaire ne se produisit, pas de paralysie, pas d'insensibilité, réflexes normaux; incontinence urinaire; ventre souple; aucun phénomène spécial du côté de la poitrine; température, 36°8; pouls, 120; respiration, 28 à la minute. Cet état persista pendant quelques jours pour s'aggraver ensuite: le 6 juillet, la température atteignit le matin 40°5; le pouls était devenu incomptable; respiration: 36 à la minute, le malade ne reconnaissait plus personne; les pupilles, tout en réagissant encore à la lumière, s'étaient dilatées; respiration profuse. La mort survint à 9 heures du soir.

L'autopsie démontra les particularités suivantes:

Myocarde. — Un peu d'augmentation du tissu conjonctif interstitiel; par places, fragmentation du myocarde et disparition de la striation transversale des fibres musculaires.

Foie. — Disparition considérable des capillaires et des veines péri et contro-lobulaires; infiltration graisseuse prononcée.

Estomac. — Dilatation énorme des vaisseaux dans toutes les tuniques de l'estomac; dans la sous-muqueuse, un volumineux thrombus.

Rein. — D'énormes thrombus, en partie nécrosés, remplissent les veines et plusieurs artères; les capillaires sont dilatés au maximum en certaines régions collabés dans d'autres; il existe des

hémorragies capillaires. Les cellules épithéliales sont pour la plupart en voie de dégénérescence granuleuse ou de nécrose; les glomérules sont congestionnés; les tubes contiennent de nombreux cylindres.

Système nerveux. — Dans le cerveau et la moelle épinière, un grand nombre de cellules nerveuses sont en chromatolyse, ou en voie d'atrophie, ou en état de nécrose totale (déchiquetées, fragmentées). Ces dernières sont entourées de très nombreux noyaux de névroglie satellites. A part ce caractère, la névroglie (fibres et cellules) ne présente pas d'anomalie, non plus que les fibres myéliniques et amyéliniques, le tissu conjonctif, les vaisseaux et les méninges.

Ces lésions du système nerveux sont donc semblables à celles qui ont été décrites par de nombreux auteurs à la suite de la ligation temporaire de l'aorte abdominale: les cellules nerveuses meurent rapidement quand leur irrigation est suspendue pendant quelques minutes (10 à 15 minutes).

En résumé, l'observation que nous venons de relater constitue une véritable expérience de physiologie: 1° elle confirme (ce que les physiologistes ont déjà établi) que le cœur peut se ranimer après avoir cessé de battre pendant une heure, tandis que le cerveau, plus sensible, est incapable de reprendre ses fonctions quand la circulation y a été supprimée pendant un temps relativement court; 2° elle démontre que les injections intra-veineuses, conseillées théoriquement par Mocquot, constituent réellement un excellent adjuvant au massage du cœur: en effet, pour que le cœur puisse reprendre ses mouvements, il faut que le massage puisse chasser le sang jusque dans les artères coronaires; or, dans la syncope cardiaque, il y a paralysie vasculaire, le sang s'accumule dans les parties déclives et l'on ne parvient pas toujours à amorcer le mécanisme automatique du cœur par le massage seul; l'injection de sérum artificiel peut, dans ce cas, aider puissamment l'action du massage. (*Annales de la Société belge de Chirurgie*, t. X, Novembre 1910, n° 8, p. 307-322).

THERAPEUTIQUE

La vaccination antityphique, par Vincent, dans *Presse Médicale*.
25 janvier 1911.

L'année dernière, à l'occasion d'une discussion sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde, l'Académie a nommé une commission pour étudier la question de la vaccination antityphique. Au nom

de cette commission, M. Vincent a fait à l'Académie un très important rapport dont on ne peut donner ici que les principales conclusions.

La vaccination antityphique a été appliquée avec succès depuis plusieurs années, dans les armées anglaise, allemande et américaine. Plus de 100 000 sujets ont été inoculés, soit dans leur pays d'origine, soit plus spécialement dans les colonies où ces militaires étaient envoyés, et où la fièvre typhoïde est très commune.

Les vaccins antityphiques les plus employés jusqu'ici ont été des vaccins bacillaires, c'est-à-dire des cultures de bacilles d'Eberth, tués par la chaleur.

Le bénéfice résultant de ces inoculations préventives ressort des statistiques comparées de la morbidité et de la mortalité par dothiéntérie, d'une part chez les militaires soumis à la vaccination, d'autre part chez ceux qui n'ont pas été inoculés.

Les premiers ont présenté un chiffre de cas de fièvre typhoïde au moins deux fois faibles que les seconds. Les vaccinés qui contractent la fièvre typhoïde sont atteints beaucoup moins sévèrement que les sujets non vaccinés.

Pour obtenir un état d'immunité durable il est nécessaire de recourir à la revaccination.

Quel que soit le vaccin employé, la vaccination antityphique s'est toujours montrée sans danger chez les très nombreux individus qui ont été inoculés, mais elle provoque souvent de la fièvre ainsi que des symptômes locaux et généraux douloureux. Ceux-ci disparaissent en vingt-quatre à quarante-huit heures.

On a proposé l'emploi, comme antigène, d'autolysat de bacilles vivants; ce vaccin est beaucoup mieux toléré et ne provoque qu'une douleur faible ou nulle.

L'inoculation du vaccin antityphique bacillaire détermine quelquefois, pendant une ou trois semaines, une diminution de la résistance du sujet vacciné à l'égard de l'infection éberthique. Il peut en résulter une prédisposition momentanée à cette infection.

Bien que cette dernière soit considérée comme peu importante ou même soit niée par Leishmann, il y a lieu de conclure, cependant, par mesure de prudence, que les inoculations vaccinales ne doivent pas être faites en période épidémique, ni chez les personnes qui se sont exposées avec certitude, depuis moins de trois semaines, à la contagion typhoïdique.

Pour la même raison et pendant la période qui suit immédiatement les inoculations, tout individu vacciné contre la fièvre typhoïde doit prendre les précautions les plus strictes, pour éviter les chances d'infection éberthique.

Cette période utile de précautions a une durée de deux à trois semaines au plus.

Dans l'armée et dans la marine, la vaccination antityphique est appelée à rendre de réels services, plus particulièrement en Algérie-Tunisie, ainsi qu'aux colonies, où la déthiénerie est fréquente et grave. Lorsque aucun cas de fièvre typhoïde ni aucune menace épidémique ne règnent au lieu de destination des militaires et marins, les inoculations pourront être pratiquées à leur arrivée. Dans l'éventualité contraire, les inoculations devront précéder d'au moins trois semaines l'arrivée de ces jeunes gens dans la colonie, où la maladie existe à l'état endémique ou épidémique.

La typho-vaccination doit être formellement proscrite chez tout sujet qui est en imminence de fièvre typhoïde ou au début de celle-ci. Elle peut, en effet, aggraver l'affection.

La vaccination antityphique ne doit être pratiquée que chez les sujets parfaitement sains, exempts de toute tare viscérale ou autre, de toute affection locale ou générale, quelle qu'en soit la nature, notamment de tuberculose.

A moins de nécessité exceptionnelle, on doit éviter de vacciner les individus affaiblis, délicats, susceptibles de manifester une réaction trop forte contre l'antigène.

La vaccination contre la fièvre typhoïde ne peut être dans l'état actuel que *facultative*.

Les divers vaccins antityphiques provenant de cultures tuées par la chaleur et dont l'efficacité a été démontrée chez les animaux par Chantemesse et Widal, et ultérieurement chez l'homme, par Pfeiffer et Kolle, Wright, etc., sont également recommandables.

En raison des réactions douloureuses que les vaccins bacillaires déterminent souvent chez les sujets inoculés, il y a lieu de prendre en considération et de mettre en essai les vaccins obtenus par l'autolyse des bacilles vivants ou tout autre vaccin qui se sera montré inoffensif et efficace.

Les personnes qui paraissent appelées à bénéficier plus particulièrement de la vaccination antityphique sont toutes celles que leur profession, leurs conditions *usuelles ou accidentelles d'alimentation ou d'habitat, leurs rapports quotidiens ou fréquents avec des malades ou des porteurs de germes, exposent à la contagion directe ou indirecte par le bacille de la fièvre typhoïde.*

Quand faut-il laver les blennorrhagies aiguës, par le docteur Lays,
La Clinique de Paris, Fév. 1911.

Les avis sont partagés sur le moment où il faut commencer les lavages de l'urèthre atteint de blennorrhagie aiguë. Les uns, timides à l'excès, ne veulent commencer ces lavages que quinze jours ou trois semaines après le début de la blennorrhagie; les autres, plus hardis, commencent les lavages de parti pris, aussitôt qu'apparaît l'écoulement. Les plus avisés adoptent la formule moyenne, et, avec eux, et d'une manière générale, on peut dire que les lavages uréthro-vésicaux doivent être effectués le plus tôt possible, lorsqu'il n'existe, toutefois, pas de contre-indication.

Contre-indication. — La seule contre-indication des grands lavages dans la blennorrhagie est l'acuité des phénomènes locaux. Lorsque l'œdème du méat est très prononcé, que les lèvres en sont rouges et turgescents, que les érections et les mictions sont très douloureuses, dans ces conditions le lavage est certainement contre-indiqué, car il ne ferait qu'augmenter les douleurs, l'abondance de l'écoulement et amener des urétrorrhagies. Il doit alors céder le pas au seul traitement antiphlogistique.

Mais, aussitôt que les phénomènes inflammatoires aigus se sont amendés, il convient d'avoir recours de suite aux grands lavages. En effet, il est absolument irrationnel de respecter un écoulement purulent abondant qui salit tout, qui fatigue le malade, qui est la source de contamination non-seulement pour le porteur de gonocoques, mais aussi pour son entourage. Le bien-être immédiat, général et local, éprouvé par les malades, dès les premiers lavages, est du reste la meilleure preuve de leur immédiate nécessité.

On a objecté à ce mode de traitement hâtif de la blennorrhagie par les lavages d'avoir l'inconvénient de perpétuer plus longtemps le gonocoque dans la muqueuse uréthrale, ce qui n'arriverait pas, dit-on, lorsqu'on attend quinze jours ou parfois trois semaines depuis le début de l'accident, pour commencer les lavages. Des statistiques ont été même produites tendant à démontrer que la durée totale de la blennorrhagie était plus grande lorsqu'on commençait hâtivement les lavages.

Cette affirmation n'est vraie que dans le cas seulement où ces lavages sont faits incorrectement et sans méthode, ou lorsque le sujet est indocile. Certes, dans ces derniers cas, il est évidem-

ment plus dangereux de les effectuer que de s'en priver. En effet, le grand lavage uréthrovésical correct et méthodique au permanganate de potasse en solution faible à 1/8000e doit pénétrer sans difficulté jusque dans la vessie; il doit être abondant et fréquemment répété. La pénétration facile du permanganate dans la vessie s'obtient presque toujours aisément, grâce à l'anesthésie locale produite par une injection de 10 centimètres cubes d'une solution stérilisée de stovaïne à 1 0/0. Après lavage abondant et sans pression de l'urètre antérieur au permanganate, on injecte 10 centimètres cubes de la solution de stovaïne à méat fermé, et on laisse en contact pendant quelques minutes; puis, sans faire évacuer immédiatement la stovaïne, on la repousse directement dans la vessie grâce à la solution même de permanganate. L'urètre membraneux se trouve ainsi traversé par la solution anesthésiante de stovaïne, il ne se contracte plus et laisse passer sans difficulté le reste de la solution au permanganate; celle-ci remplit la vessie jusqu'à ce que l'envie d'uriner survienne; le malade rend ensuite toute la solution de permanganate par miction naturelle.

Dans ces conditions, le grand lavage uréthro-vésical ne provoque jamais d'accident. Au contraire, lorsque le malade se contracte, que le passage du liquide dans la vessie se fait mal, il survient alors presque toujours des complications dont les plus fréquents sont la prostatite, l'épididymite, mais ces complications ne surviennent jamais quand le lavage est correct et méthodique. Elles se produisent, au contraire, lorsque le malade commet des imprudences — ce qui n'est pas rare — et il n'est pas inutile de répéter ici que la marche prolongée, la station debout, le coït, les exercices violents, la danse, l'équitation, l'usage de boissons alcooliques, doivent être soigneusement prohibés.

PHARMACOLOGIE

Sueurs nocturnes des phtisiques, par Oppenheim, dans *Le Progrès Médical*. Paris 1911.

1° Assurer de façon rigoureuse l'aération permanente de jour et de nuit;

2° Pratiquer le soir, au moment du coucher, une lotion fraîche sur les membres et la poitrine avec de l'eau alcoolisée dans la proportion de 180 grammes d'eau de Cologne pour 400 grammes

d'eau et suivie d'une friction au gant de flanelle humecté d'alcoolat de lavande.

3° Si les sueurs sont localisées ou tout au moins prédominantes dans certaines régions, thorax, dos, aisselles, etc., poudrer largement ces régions avec :

| | |
|-------------------------|-------------|
| Tannoforme..... | } àà 30 gr. |
| Poudre de talc..... | |
| Poudre de lycopode..... | |

Si les sueurs sont modérées et ne troublent pas trop le sommeil, s'en tenir à ces mesures hygiéniques; dans le cas contraire, traitement plus actif, mais variable suivant qu'il y a ou non coexistence de fièvre.

4° Au cas où les sueurs se produisent comme stade terminal de l'accès fébrile, il faut tendre à diminuer l'intensité de celui-ci et, secondairement, celle des sueurs, en prescrivant :

| | |
|-----------------|----------|
| Cryogénine..... | 0 gr. 10 |
|-----------------|----------|

pour un cachet. Deux cachets par jour, le premier deux heures avant le début présumé de l'accès fébrile, le second avant le dîner;

Ou bien :

| | |
|------------------------------------|------------------|
| Camphorate acide de pyramidon..... | 3 gr. |
| Sirop de limon..... | 30 gr. |
| Eau distillée..... | q. s. p. 150 cc. |

une cuillerée à soupe vers 6 heures, une seconde à 10 heures du soir.

5° Si les sueurs paraissent indépendantes de tout état fébrile prescrire :

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Poudre d'agaric blanc..... | 0 gr. 30 centigr. |
| Phosphate de chaux..... | 0 gr. 50 centigr. |
| Poudre d'opium.....; | 0 gr. 02 centigr. |

pour un cachet; en prendre deux par jour, avant le dîner et le soir à 10 heures (médication à éviter chez les tuberculeux atteints de troubles intestinaux, notamment de tendance à la diarrhée);

Ou bien :

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| Teinture d'hydratis canadensis..... | } àà 10 gr. |
| Teinture de sauge..... | |
| Teinture de belladone..... | |

Prendre XXX gouttes trois fois par jour, la dernière dose étant prise le soir à 10 heures avec une infusion à 10 p. 1000 de sommités fleuries de sauge officinale ;

Ou bien :

| | |
|--------------------------------|--------|
| Sulfate neutre d'atropine..... | 1 gr. |
| Eau distillée..... | 10 gr. |

Prendre X gouttes, soit un demi-milligramme d'atropine, deux ou trois heures avant le début présumé des sueurs, c'est-à-dire vers dix heures du soir, les premières transpirations se produisant en général vers une heure du matin.

Une seconde dose de X gouttes pourra être prise à une heure, si les sueurs ont, malgré la première dose, fait leur apparition.

6° En cas d'échec des médications précédentes, prescrire :

| | |
|--------------|-------------|
| Véronal..... | 0 gr. 30 |
| Héroïne..... | cinq millig |

Pour un cachet.

En prendre un tous les soirs à 10 heures pendant trois jours consécutifs, puis interrompre pour reprendre après huit ou dix jours.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux journaux.

Nous apprenons avec plaisir l'apparition de deux nouveaux journaux médicaux :

BIOLOGICA

Cette revue étudie les grandes questions biologiques en insistant particulièrement sur les sciences paramédicales.

Nous avons sous les yeux le premier numéro et il est digne de l'éditeur M. Poinat, sa présentation est parfaite, papier, gravures, tout est bien. Le texte est très intéressant et il nous paraît certain que cette véritable revue scientifique du médecin recevra le meilleur accueil.

Chaque numéro du journal comprend :

1° Un ou plusieurs articles originaux demandés à des spécia-

listes, mais où chacun n'expose que les résultats les plus généraux de la science qui l'occupe, ceux qui peuvent intéresser tout homme cultivé et notamment le médecin;

2° Une chronique dont le but est de mettre au point une nouvelle découverte ou une question d'actualité;

3° Une revue scientifique, dans laquelle se trouvent résumés les principaux faits recueillis dans d'autres périodiques en donnant toujours l'indication précise de sa source, de façon que le lecteur puisse s'y reporter;

4° Sous le titre de "Laboratoire du praticien", *Biologica* a entrepris l'inventaire des méthodes et procédés les plus simples, pouvant être utilisés par le praticien dans son cabinet même, à l'aide d'un matériel élémentaire: la technique est décrite succinctement et les résultats sont mis sous les yeux du lecteur à l'aide de planches en couleurs;

5° Enfin des informations, des nouvelles concernant les applications des sciences et une boîte aux lettres où il est répondu aux demandes de renseignements émanant des lecteurs, à condition qu'elles présentent un intérêt général. Une dernière rubrique est réservée aux offres d'achat et de vente d'objets d'ordre scientifique, collections, instruments, etc., etc.

ÆSCULAPE

Une autre revue paraît depuis le 15 janvier: *Æsculape* dont on parle beaucoup. Cette nouvelle revue aura de 48 à 64 pages, elle sera mensuelle, médicale et paramédicale et sera d'un grand format (in-4° jésus). Elle sera sur papier couché et sera très abondamment illustrée. De nombreuses primes assurent le remboursement intégral et réel de l'abonnement. Ce sera une revue superbe.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1911, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Dr Huchard, membre de l'Académie de médecine, 1 vol. in-18 de 400 pages. Cartonné: 3 francs (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Ce *formulaire*, écrit avec concision et clarté, a comblé heureusement une lacune : il réunit et étudie, avec toutes les indications pratiques qu'elles comportent, les acquisitions modernes de la thérapeutique.

L'année 1910 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux ; le *Formulaire* de Boequillon-Limousin enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1910 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique et qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier : *abanon*, *adrénochrome*, *celkrisine*, *alboferrine*, *aményl*, *antiléprol*, *arsacétine-quinine*, *arsino-salicylique (acide)*, *asyphil*, *astroline*, *asurol*, *boroforme*, *carbenzine*, *carnogène*, *cholate de cotarine*, *comaïne*, *combrétine*, *rusol*, *digistrophane*, *electr=Hg*, *émétique d'aniline*, *frigusine*, *gastrosan*, *gélonide*, *glyioléane*, *hectine*, *hexaméthylénetétraminegäicoï*, *khursin*, *mercochinol*, *morphosan*, *mucusan*, *néopyrine*, *néraltéine*, *neutralon*, 606, *novocol*, *noviodine*, *nucléines*, *orsudan*, *oxyntine*, *pantopon*, *pergénéol*, *péristaltine*, *plejapyrinepara*, *pyrétol*, *scharlachrot*, *scorogène*, *tanargentane*, *thilavène*, *thyrésol*, *tomaqua trichloracétylsalicylique (acide)*, *tyramine*, *valisan*, *xaxaquine*, *zyncopyrine*, *zincquinol*.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur les *médicaments importants de ces dernières années*.

A propos de tous ces médicaments (et ils dépassent le nombre de 500) l'auteur a exposé tout ce que l'on doit savoir : la synonymie, la description, la composition, l'acte physiologique, les propriétés thérapeutiques, le mode d'emploi, les doses.

Annales de gynécologie et d'obstétrique, novembre-décembre 1910.

Numéro spécial consacré au *Congrès national d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, tenu à Toulouse du 22 au 27 septembre 1910. *Section d'obstétrique*, 144 pages, avec figures. Prix : 5 francs.

Questions à l'ordre du jour. — I. — Pathogénie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse : M. G. Fieux, rap-

porteur. *Discussion*: MM. Lepage, Wallich, Ch. Achard, Nubiola, Jules Rouvier, Billon, Andérodias, Garipuy, Pinard.

II. — Rapports de la lithiase biliaire avec la grossesse et l'accouchement: MM. J. Audebert et R. Gilles, rapporteurs. *Discussion*: MM. Hartmann, Fieux, Bar.

Sommaire du numéro du 31 décembre de **Paris Médical**, le nouveau journal publié par le professeur Gilbert à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Les médications dans la puériculture (Prof. Pinard). — La vessie dans la tuberculose rénale (F. Leguen). — Zona infantile par contagion (R. Cruchet). — Une colonie d'aliénés en Argentine (M. Segard). — Les fractures de la tête du radius. — Influence des rayons Röntgen sur le métabolisme du fer. — Le tabac pour la prophylaxie de la bouche. — Société médicale des hôpitaux. — Académie de médecine. — Société de thérapeutique. — Société de chirurgie. — Société médicale de Berlin. — Pratique médicale: Sérums antidysentériques et antivenimeux (Dr G. Iet). — *Libres propos*. — *Choses du jour*: Le secret du cercueil de l'Empereur. — *La Médecine au Théâtre*: L'assassinat légal. — *Art et Médecine*: L'ancien Hôtel-Dieu. — Cartes du bal de l'Internat 1910. — *Silhouettes médicales*: L'étudiante; le médecin mondain. — Diagnostie artistique; Quelle affection semble la plus probable pour la femme hydropique de Gérard Dow? — *Les Réglements et lois intéressant le médecin*. — *Diététique*: Potages maigres. — *Formules thérapeutiques*: Contre la fissure anale; la dyspnée des artériosléreux. — *La Médecine au Palais*: L'Institut Mann. — *Connaissances pratiques*: Fabrication ménagère du vinaigre.

Envoi franco d'un numéro sur demande. (Abonnements, France, 12 fr.; Etranger, 15 fr.).

SUPPLEMENT

Les produits extraits des eaux d'Ems et particulièrement les pastilles d'Ems, par le docteur Hermann PAULL, méd. directeur de l'Institut des moyens physiques de Karlsruhe.

Suite et fin.

L'évaporation commence dans les chaudières qui fournissent la vapeur à toute l'installation en ce sens que celles-ci au lieu d'être alimentées par de l'eau ordinaire le sont par de l'eau minérale d'Ems. Ceci a pour avantage de précipiter quelques uns des principes qui nous sont révélés par l'analyse de Frésenius et qui n'ont aucune signification thérapeutique: ce sont les bicarbonates de chaux, de strontium, de baryum, de magnésium, de fer et de manganèse. Les principes qui se trouvent à l'état de solution dans l'eau minérale se transforment en carbonates insolubles par suite de la disparition par le chauffage de l'acide carbonique libre; nul n'ignore que ce sont précisément ces substances qui constituent les dépôts calcaires dans les chaudières dans lesquelles on fait bouillir des eaux dites "dures". Après avoir filtré l'eau pour la débarrasser de ces produits terreux ainsi précipités, l'évaporation se continue d'abord dans trois grands appareils à évaporation par le vide et enfin sur un tambour métallique rotatif chaud.

Autrefois on pratiquait toujours l'évaporation dans des cuves découvertes qui permettaient à la vapeur de s'échapper dans l'air sans être utilisée: dans les installations modernes cette méthode n'est plus usitée. Le principe de l'évaporation par le vide consiste en ceci que la vapeur chaude dégagée d'un premier vase clos sert à en chauffer un second, de même que la vapeur dégagée du second sert à en chauffer un troisième.

Pour pouvoir faire entrer en ébullition le contenu du second vase au moyen de la vapeur chaude s'échappant du premier, il est évidemment indispensable d'abaisser le point d'ébullition du contenu de ce second vase. On y arrive en établissant un certain degré de vide dans l'atmosphère de ce vase. Alors que le contenu du premier vase bout à environ 100°C. celui du second atteint son point d'ébullition déjà à 80° et celui du troisième, grâce à un vide encore plus grand, à 60°. Quand l'eau d'Ems a passé par ces trois vases elle est déjà réduite de 100 litres à 1 litre.

Cette solution très concentrée est dirigée en un courant continu sur un tambour métallique rotatif chauffé à la vapeur de telle sorte qu'il suffise d'un seul tour du tambour pour faire disparaître complètement les dernières traces d'eau. Les sels fixes se déposent donc d'une façon continue sur ce tambour rotatif et en sont aussi d'une façon continue enlevés par grattage au moyen d'un couteau.

Ces sels ainsi grattés ne peuvent pas être utilisés tels quels pour la fabrication des pastilles, car le bicarbonate de soude, ou des corps les plus importants de l'eau d'Ems, s'est transformé en sous-carbonate pendant l'évaporation, par suite de la disparition de l'acide carbonique qui le maintenait à l'état de bicarbonate. Il s'agit donc de retransformer le sous-carbonate en sa forme primitive: à cet effet on fait passer un courant d'acide carbonique dans de grandes armoires en verre dans lesquelles ont été étendus les sels évaporés à sec. Ce courant est fourni par l'acide carbonique qui se dégage librement des sources d'Ems et qui est amené directement par des tuyaux des sources à la pastillerie. La réaction par la phénolphthaléine qui, comme chacun sait, rougit par le sous-carbonate mais reste incolore par le bicarbonate, indique le moment où les sels sont revenus à leur état primitif, et où l'on peut commencer la fabrication des pastilles.

Pour obtenir une masse pastillaire irréprochable on ajoute aux sels secs bien finement pulvérisés une bonne quantité de sucre et un peu de gomme adragante pure. Le sucre joue ici le rôle à la fois de véhicule et d'édulcorant, la gomme adragante uniquement celui d'agglutinant. Le sucre et la gomme adragante l'un et l'autre ne modifient absolument en rien les propriétés chimiques du mélange des sels d'Ems. Une machine à malaxer travaille ensuite le mélange et le transforme en une pâte qui est cylindrée en un ruban de près de 30 cm de largeur. Ce ruban de pâte est entraîné mécaniquement entre des matrices qui découpent 16 pastilles à chaque coup.

Les pastilles ainsi fabriquées doivent encore être bien séchées pour être rendues parfaitement inaltérables. A cet effet elles sont déposées sur des séchoirs dans de grandes armoires pourvues de fenêtres de verre: une machine aspirante y fait passer un courant d'air légèrement chauffé et soigneusement débarrassé par filtration de toute impureté.

Enfin les pastilles sont renfermées dans des tubes de verre et le bouchage de ceux-ci est rendu imperméable à l'air par des capsules d'étain: tout ceci se fait mécaniquement d'une manière parfaitement hygiénique et à l'abri de toute critique. (1)

De tout ce que nous venons de dire je crois qu'il est légitime de conclure que les pastilles telles qu'elles sont préparées sont bien réellement des produits naturels de la source.

LA CONVALESCENCE DE LA GRIPPE

Parmi toutes les maladies infectieuses auxquelles le genre humain est exposé, la grippe est certainement celle qui affecte davantage le système en général, alors même que la période fébrile est de courte durée, les effets déprimants persistant souvent pendant plusieurs semaines.

Le catarrhe respiratoire qui accompagne ou suit la grippe est souvent bien opiniâtre en dépit de tout traitement, et la prostration générale qui en résulte est souvent exagérée.

Il faut alors donner une attention spéciale à la nutrition, etc., et compléter ce traitement par l'addition d'un tonique facilement assimilable et reconstitutif tel que le Pepto-Mangan (Gude). Cette préparation bien connue contribue matériellement à favoriser une convalescence heureuse, en stimulant l'appétit, modifiant l'hémoglobine et les corpuscules sanguins.

TUBERCULINE C. L.

La maison Poulenc frères à Paris, prépare une tuberculine, d'après les règles établies par Koch que l'on désigne sous le nom de Tuberculine C. L.

(1) Les pastilles d'Ems livrées au commerce par la direction royale des sources portent sur les boîtes cette indication "Contrôle de l'Etat".

Les soi-disant pastilles d'Ems que l'on vend sans cette indication "Contrôle de l'Etat" sont des imitations au sujet de la composition et de la provenance desquelles le public ne peut pas avoir tous ses apaisements. On ne doit pas les considérer comme des produits naturels des sources d'Ems car, l'Etat prussien étant le seul concessionnaire de toutes les sources minérales d'Ems, il n'est pas possible qu'elles soient préparées avec de l'eau naturelle d'Ems.

Les médecins qui désirent l'employer dans le traitement de la T. P. pourront s'en procurer à la pharmacie Lanctôt. Ils trouveront dans ces boîtes des circulaires leur donnant toutes les informations nécessaires pour les guider dans l'emploi de cette préparation.

ÉPREUVE A LA TUBERCULINE (Tuberculin Test)

La maison Poulenc prépare des ampoules de tuberculine pour *l'ophtalmo, cuti, dermo et intra-dermo-réaction*. On pourra s'en procurer à la pharmacie Lanctôt, à Montréal.
