

PAGE

MANQUANTE

Nouveaux professeurs à Laval

Depuis assez longtemps le Conseil de la Faculté de Médecine étudiait un projet de complément du cadre de son personnel enseignant. L'enseignement prend chaque année de l'extension et de ce fait nécessite un personnel plus nombreux. Aussi le Conseil de la Faculté à sa réunion du 1 mars a-t-il procédé à de nouvelles nominations nous en donnons la liste d'après l'ordre du jour.

Le Dr André Brisset, assistant à la Clinique Obstétricale, et suppléant au cours d'obstétrique.

Le Dr Albert Lesage, suppléant à la clinique interne à l'Hôpital Notre-Dame, et au cours de Pathologie interne.

Le Dr Alphonse Mercier, assistant à la clinique interne, à l'Hôpital Notre-Dame.

Le Dr Benjamin Bourgeois, assistant à la clinique externe et suppléant au cours de Pathologie externe.

Le Dr Rodolphe Boulé, assistant à la clinique d'ophtalmologie, et de Rhinoloaryngologie, et suppléant au cours théorique et à cette clinique.

Le Dr Is. Joseph Lemieux, agrégé, et suppléant au cours d'Histoire de la Médecine.

Le Dr Elie Asselin, suppléant au cours de Physiologie.

Le Dr Elie Asselin, suppléant au cours de Physiologie descriptive.

Le Dr Ricard, suppléant au cours de pédiatrie.

Le Dr Raoul Masson, agrégé,

Le Dr Séraphin Boucher, professeur titulaire d'Histologie,

Le Dr Jean Décarie, suppléant et le Dr Eugène Gagnon, agrégé.

Le Dr Eugène Latreille, suppléant au cours d'anatomie pathologique et le Dr Wilfrid Derome, agrégé.

Le Dr Is. Jos. Cléroux, professeur-adjoint de clinique interne à l'Hôtel-Dieu.

Le Dr C. N. Valin, professeur suppléant au cours d'hygiène.

Toutes nos félicitations vont aux nouveaux titulaires et agrégés. Pour la plupart d'entre eux, c'est la reconnaissance de plusieurs années de services à titre d'assistants bénévoles dans les différents services universitaires.

Que ce soit là un encouragement aux plus jeunes : tendre haut et travailler ferme. Labor probus omnia vincit.



Myxoedème infantile spontané

Par Auguste Beaudry, médecin de l'hôpital Saint-Charles, de Saint-Hyacinthe

HISTORIQUE

Avant 1873 le myxoedème était inconnu ou plutôt confondu avec le crétinisme; c'est en 1873 que Gull isola ce syndrome qu'il décrit sous le nom de cachexie crétinoïde. Quatre ans plus tard, Ord son compatriote, proposa la dénomination de myxoedème qui a prévalu.

A la suite de Gull plusieurs médecins observèrent des cas de myxoedème, mais ils restèrent sur le terrain de la clinique, sans pouvoir élucider la pathogénie de l'affection. Ord, à la vérité, avait noté dans une autopsie, l'atrophie du corps thyroïde, mais sans attacher d'importance à cette constatation.

En 1882 les travaux de Reverdin enseignèrent que la cause du myxoedème devait être attribuée à l'atrophie du corps thyroïde; il montra, en effet, que des accidents, comparables en tous points aux symptômes du myxoedème spontané, surviennent à la suite de l'extirpation du corps thyroïde.

Il est donc admis depuis que le myxoedème dépend de la suppression des fonctions de la glande thyroïde; mais ces fonctions sont encore inconnues, on en est réduit aux hypothèses pour expliquer les troubles morbides qu'entraîne sa suppression.

Deux théories ont été émises au sujet de la nature de ces fonctions: pour les uns, le corps thyroïde élaborerait une substance utile à l'économie, c'est-à-dire jouant un rôle dans la nutrition, augmentant normalement l'intensité des échanges; pour les autres, elle aurait pour but de débarrasser le sang de certaines substances nuisibles. Ces substances en s'accumulant dans le sang, détermineraient une intoxication chronique dont le myxoedème serait l'expression.

Peu importe d'ailleurs la théorie; ce qu'il importe de retenir, au point de vue pratique, c'est que l'on peut guérir le myxoedème, en restituant à l'économie les éléments thyroïdiens qui lui manquent.

Le myxoedème, en général, peut être défini, l'ensemble des accidents consécutifs à la privation du corps thyroïde. Ce qui fait l'intérêt du myxoedème infantile; c'est que le corps thyroïde jouant un rôle énorme dans le développement physique et intellectuel de l'enfant, cette privation entraînera chez lui des accidents très variables, suivant l'âge auquel elle aura lieu.

On devrait, à notre avis, distinguer trois sortes de myxoedème infantile.

10. Le myxoedème congénital.

20. Le myxoedème infantile spontané.

30. Le myxoedème infantile opératoire.

On réserverait naturellement la dénomination de myxoedème congénital aux cas, d'ailleurs rares, où le corps thyroïde paraît manquer dès la naissance. Le myxoedème infantile spontané correspondrait au myxoedème spontané de l'adulte, mais se caractériserait par ce fait que l'altération ou l'atrophie du corps thyroïde est survenue à une époque quelconque de la croissance. Enfin, le nom de myxoedème infantile opératoire désignerait les accidents qui surviennent après l'ablation du goître, quand celle-ci est pratiquée avant que le corps ait atteint son développement complet.

C'est la seconde variété seulement dont nous nous occuperons dans ce mémoire.

I

Ce qui distingue avant tout le myxoedème infantile spontané du myxoedème spontané de l'adulte, c'est que la suppression des fonctions thyroïdiennes, chez un enfant entraîne immédiatement: 10. un arrêt complet dans le développement de l'intelligence; 20. un ralentissement ou un arrêt dans le développement du squelette (nanisme). "Un nain plus ou moins idiot", telle est la caractéristique principale du myxoedémateux infantile.

INTELLIGENCE.—Le degré de l'intelligence varie suivant l'âge auquel l'enfant a été privé de sa sécrétine thyroïdienne. S'il en a été privé très jeune, il sera absolument idiot; si l'atrophie du corps thyroïde n'est survenue que plus tard, il ne sera qu'imbécile ou même seulement arriéré. Du jour où les accidents du myxoedème apparaissent, le développement intellectuel de l'enfant reste à peu près stationnaire.

NANISME.—Dès la suppression des fonctions thyroïdiennes l'enfant cesse de grandir, ou du moins grandit excessivement lentement. Le premier myxoedémateux connu, qu'on avait surnommé le pacha de Bicêtre, mesurait 36 pouces à 19 ans. Le malade dont nous donnerons l'observation plus loin mesurait aussi environ 36 pouces lors du début du traitement.

Ce qui rapproche le myxoedème infantile spontané du myxoedème spontané de l'adulte, c'est qu'il affecte dans des conditions analogues: 10 l'appareil tégumentaire; 20 le système nerveux; 30 la nutrition générale; 40 la glande thyroïde.

APPAREIL TÉGUMENTAIRE.—La peau est le siège d'un œdème dur, résistant, généralisé à tout le corps. Le gonflement de la face et l'immobilité des traits rendent le faciès caractéristique; le teint est pâle, cireux; les lèvres sont cyanosées. La peau est sèche, rugueuse, les cheveux rares et cassants.

Les muqueuses sont également envahies par l'œdème, d'où augmentation du volume de la langue, gonflement de la muqueuse nasale et coryza, voix rauque, etc. Le ballonnement du ventre chez les malades n'a, croyons-nous, pas d'autre cause qu'un trouble des fonctions digestives par œdème de la muqueuse intestinale.

SYSTEME NERVEUX. — Nous avons déjà parlé plus haut des troubles intellectuels. La torpeur physique est extrême et se traduit par une répugnance marquée pour tout mouvement.

NUTRITION GENERALE. — Nous avons signalé le nanisme. Le retard de l'ossification est des plus remarquables, il a été particulièrement étudié par M. Hertoghe, d'Anvers, qui a présenté à l'Académie de Médecine de Belgique (1895) plusieurs clichés très démonstratifs obtenus à l'aide des rayons Röntgen. Ce retard explique la persistance habituelle de la fontanelle chez le myxoœdémateux infantile. La seconde dentition est incomplète ou très tardive. La sensibilité au froid correspond à un abaissement de la température centrale. Le pouls est petit, dépressible. L'appétit est modéré. La puberté ne s'établit pas.

THYROÏDE. — Dans le myxoœdème infantile spontané, la glande est toujours atrophiée ou altérée.

OBSERVATION PERSONNELLE. — Alice R..., 12 ans 9 mois, a la taille d'un enfant de 6 à 7 ans. La tête est très grosse, disproportionnée avec le corps. La fontanelle antérieure est soudée. Les cheveux, de couleur châtain, sont durs, clairs-semés.

La face a peu d'expression. Le front est bas, la peau en est épaissie et les rebords orbitaires sont un peu sail-lants. Le nez est élargi, épaté, très court, rappelle quelque peu le nez syphilitique. Le regard n'est pas fixé. Les joues sont gonflées légèrement rosées au niveau des pommettes. Les oreilles sont pâles et un peu œdématisées. Les lèvres sont épaissies, violacées, renversées en dehors. Bouche très grande; pas d'augmentation apparente de volume de la langue. Voûte du palais un peu ogivale. Il y a 27 dents, mal rangées et un peu cariées en avant depuis le début du traitement. Le teint général est d'un blanc jaunâtre, cireux. Le cou étant court, la tête cependant ne paraît pas trop enfoncée dans les épaules. Pas de pseudolypomes, aucune trace du corps thyroïde à la palpation. La peau du thorax ne présente pas d'œdème, elle est essentiellement sèche et desquamée légèrement. Absence de seins.

Le ventre est énorme, aussi volumineux que dans un état de grossesse assez avancé. Il est dur; on n'y observe pas de hernie.

Les membres inférieurs présentent de légères incurvations. Les mains sont un peu gonflées; les pieds ne le sont pas. Démarche en canard. Les ongles ne sont pas altérés. Pouls normal.

ANTECEDENTS PERSONNELS. — Cette enfant est la cinquième de la famille. Elle est venue à terme après une grossesse normale, a été nourrie au sein et s'est parfaitement développée jusqu'à l'âge de trois ans environ. Il y a eu du retard dans la dentition et c'est même vers cette époque que les premiers symptômes de la maladie se sont manifestés. Au point de vue intellectuel, elle était aussi avancée qu'un enfant de cet âge. Dans le jeune âge elle a eu la rougeole et la variole.

C'est à l'âge de sept ans que tous les symptômes de

la maladie ont été tous très marqués. L'enfant à cet âge paraissait être souffrante d'un anasarque des plus prononcés. Cet œdème cependant a toujours été un œdème dur et résistant.

ANTECEDENTS HÉRÉDITAIRES. — Pas de goitreux dans la famille. Pas de syphilis apparemment. Le père vit et est âgé de 45 ans. C'est un alcoolique. La mère vit, est âgée de 45 ans et est en bonne santé.

De leurs sept enfants, 2 sont morts à l'âge de 3 et 2 ans tous deux, l'un de méningite, l'autre de dyphtérie. Les cinq autres enfants sont en bonne santé.

SYSTEME NERVEUX. — Les sens sont normaux. Au point de vue de l'état intellectuel, ce qui paraît surtout manquer à notre malade, c'est la vivacité d'expression d'un enfant de cet âge. Elle comprend tout ce qu'on lui dit. Sa voix est nasonnée, et rauque. Elle est craintive. Son caractère est doux et affectueux.

NUTRITION GENERALE. — Fonctions digestives normales; rien à signaler de ce côté. L'appétit fait défaut cependant, elle ne mange pour ainsi dire qu'une fois par jour. Depuis le début du traitement ceci est disparu.

Été comme hiver, la malade souffre du froid, elle est apathique. Elle marche très lentement, en se balançant.

TRAITEMENT. — Le traitement est commencé depuis le 28 du mois de novembre 1907.

Au début je donnais deux tablettes de corps thyroïde de 5 grains par jour jusqu'à concurrence de 12 tablettes et je suspendais ensuite toute médication pendant trois semaines.

Depuis un certain temps je lui donne 3 tablettes par jour pendant 4 jours, tous les 15 jours.

La médication thyroïdienne comme vous pouvez en juger vous-même paraît agir admirablement. Elle n'a jamais présenté aucun signe d'intolérance pour cette substance jusqu'à ce jour, c'est cependant ce que je redoutais le plus. Elle a grandi de plus de 3 pouces depuis qu'elle est sous traitement.

ÉTIOLOGIE. — L'étiologie du myxoœdème spontané infantile est aussi obscure que celle du myxoœdème spontané de l'adulte.

On admet d'une façon générale l'existence à un moment donné du corps thyroïde amenant son atrophie, mais où la difficulté commence, c'est quand il s'agit de déterminer la cause de cette typhoïdite. En dehors de certains cas rares, elle ne se manifeste par aucun symptôme, et les accidents myxoœdémateux ne se produisent que beaucoup plus tard, après l'atrophie quasi complète de la glande et l'épuisement des réserves de l'organisme en thyroïde.

D'après Bourneville, l'alcoolisme et la tuberculose pulmonaire des parents jouent un rôle dans la production du myxoœdème infantile. L'alcoolisme paternel seul se rencontre dans notre cas. Peut-on incriminer la rougeole, ou la variole. Il est peu probable, car ces deux maladies sont fréquentes dans l'enfance et il est rare de rencontrer le myxoœdème chez les enfants.

Peut-être pourrait-on admettre que par suite d'une

malformation congénitale, certains sujets naissent avec un corps thyroïde trop petit, insuffisant d'emblée (myxoedème congénital) ou ne devenant insuffisant que plus tard, à un moment où les besoins de l'organisme en thyroïdine augmentent (myxoedème infantile, myxoedème de l'adulte). On pourrait ainsi expliquer ce fait qu'il y a notablement plus de myxoédémateuses que de myxoédémateux, car le corps thyroïde jouant un rôle important dans la vie génitale de la femme, c'est dans le sexe féminin que l'insuffisance doit se manifester le plus souvent. Chez le nouveau-né, au contraire, en cas d'absence du corps thyroïde, les accidents n'apparaissent pas de suite, parce que cet organe est plus ou moins inutile chez lui. D'après Challand de Belval, pendant que l'enfant est au régime lacté intégral, il n'y a qu'une introduction insignifiante de toxines dans l'organisme et par suite le corps thyroïde, dont le rôle antitoxique est connu, n'a pas à intervenir.

Autre hypothèse, moins plausible peut-être, applicable également aux cas où le corps thyroïde paraît absent et où la cause de l'atrophie de cet organe n'est pas connue : le corps thyroïde manquerait ou serait insuffisant dès la naissance, mais les accidents ne se produiraient qu'au moment où les organes capables de le suppléer (thymus, glande pinéale) disparaîtraient ou deviendraient eux-mêmes insuffisants, époque très variable selon les sujets, comme l'on sait.

Dans un cas relaté par Debove, on trouva à l'autopsie un corps thyroïde de couleur et de consistance normales. Ceci confirmerait la première hypothèse d'un organe congénitalement insuffisant si l'examen microscopique pratiqué par M. Sonpault n'avait montré des signes de thyroïdite en voie d'évolution.

Nous ferons remarquer que l'idée d'une malformation expliquerait mieux que celle d'une thyroïdite infectieuse accidentelle les cas, où dans la même famille, il y a plusieurs sujets atteints d'affections d'origine thyroïdienne, plusieurs infantiles, par exemple. Hertoghe n'a-t-il pas trouvé des familles où à côté de nains nettement myxoédémateux, il y avait des nains rachitiques, des nains chondrodystrophiques et des enfants obèses qui s'amélioreraient tous par la médication thyroïdienne. Nous ne nous arrêterons pas à l'opinion de W. Meuke qui, refusant d'incriminer le corps thyroïde, admet, comme cause du myxoedème des lésions vasculaires et en particulier la dégénérescence des capillaires, l'artérite et l'athérome.

FREQUENCE. — Courbe donne le tableau synoptique de tous les cas connus d'idiotie myxoédémateuse (myxoédémateuse (myxoedème infantile congénital et spontané). Ils étaient au moment de son travail, en 1897, au nombre de 20.

Beaucoup d'autres ont été publiés depuis.

Nous sommes d'ailleurs convaincus que le myxoedème infantile est loin d'être rare, et ce qui nous fait croire que bien des cas passent inaperçus, faute d'être diagnostiqués, c'est que ceux qui se sont occupés de myxoedème ont pu en publier plusieurs observations personnelles.

La fièvre typhoïde chez les enfants

CLINIQUE INFANTILE

Par M. Marfan, à l'Hôpital des Enfants-Malades

La fièvre typhoïde des enfants se distingue de celle des adultes par un certain nombre de particularités ; et ce que je me propose d'étudier ici ce n'est pas l'histoire de la dothiéntérie en général, mais uniquement les traits qui caractérisent la maladie lorsqu'elle frappe les enfants.

La fièvre typhoïde est plus rare dans l'enfance que dans l'adolescence et l'âge adulte ; elle s'observe surtout chez les enfants du second âge, chez ceux qui ont dépassé la cinquième année. Elle est moins fréquente avant cette époque ; elle est même tout à fait exceptionnelle au-dessous de deux ans.

M. Olivier a relevé sur les registres d'entrées de l'Hôpital des Enfants-Malades, pour les années 1884, 1885, 1886, 1887, 610 cas qui se répartissent de la manière suivante :

De 0 à 2 ans	3 admissions	2 décès.
De 2 à 3 ans	7 admissions	6 décès.
De 3 à 5 ans	34 admissions	12 décès
De 10 à 15 ans	149 admissions	46 décès.
De 10 à 16 ans	149 admissions	46 décès

Parrot n'avait jamais rencontré la fièvre typhoïde au-dessous de 6 mois et Bouchut au-dessous d'un an.

Le plus jeune des nourrissons atteints de fièvre typhoïde que j'ai observés avait neuf mois.

On a cité des épidémies de fièvre typhoïde pendant lesquelles les enfants semblaient plus frappés que les adultes ; c'est ce qui a été observé en 1884 par Dunant dans l'épidémie de Genève, et par Staack dans l'épidémie de Kiel.

Engendrée par le bacille d'Eberth qui pullule dans l'intestin, on admet aujourd'hui que la fièvre typhoïde se transmet surtout par les eaux potables qui ont reçu les déjections d'un malade ; elle ne paraît pas directement contagieuse, ou, du moins, elle ne l'est que rarement.

Je dois signaler ici quelques modes particuliers d'infection propres à l'enfance.

Le lait pouvant être coupé avec de l'eau souillée et constituant un bon milieu de culture pour le bacille d'Eberth, il a été accusé d'avoir été, dans quelques cas, l'agent de la transmission. Elgar Buck a rapporté qu'à l'infirmerie de Leicester survinrent douze cas de fièvre typhoïde parmi les pensionnaires qui buvaient le lait non bouilli. Un seul fournisseur desservait l'infirmerie ; il succomba à une fièvre typhoïde. Le puits de sa ferme était voisin d'une fosse d'aisances non étanche et qui

débordait. L'eau servant à laver les vases à lait était souillée par les matières fécales. Il suffit de changer de fournisseur pour mettre fin à l'épidémie.

Une nourrice atteinte de fièvre typhoïde peut transmettre la maladie à son nourrisson. Schadler, Hérard et Uffelmann ont cité des cas d'enfants nourris par des mères typhiques qui prirent la maladie et moururent en quelques jours. Gerhardt a montré que cette transmission n'est pas fatale ; il a vu cinq nouveaux-nés nourris par des femmes typhiques ; quatre restèrent indemnes ; le dernier eut la fièvre typhoïde avec des taches rosées et finit par guérir. Il suffit qu'il existe des cas positifs de transmission pour que nous devions faire suspendre l'allaitement à une femme atteinte de dothiéntérie.

La femme grosse, atteinte de fièvre typhoïde, avorte souvent ou accouche prématurément. Or, les faits de Recher, Neuhauss, Chantemesse et Widal, Eberth, Hildebrandt, Legry, Janisewski, ont prouvé que le cadavre du fœtus pouvait, dans ces cas, renfermer la bacille typhique. L'agent pathogène de la dothiéntérie peut donc se transmettre de la mère au fœtus à travers le placenta, et il existe une "forme congénitale" de la maladie : forme qui d'ailleurs n'a pas encore d'histoire et qui tue le fœtus dans le sein maternel ou peu de temps après son expulsion, toujours prématurée.

À la naissance l'enfant peut donc apporter le germe de la fièvre typhoïde qui lui a été transmis par la mère atteinte de cette maladie. Mais passé les premiers jours de la vie, l'enfant est, pendant la première année, presque à l'abri de la dothiéntérie. Cela tient à ce qu'il est nourri au sein ou avec des liquides habituellement bouillis. Le nourrisson ne possède pas de véritable immunité. Si chez lui la maladie est rare, la raison en est sans doute dans la rareté de l'introduction du bacille dans ses voies digestives par le fait de son alimentation.

Au point de vue clinique, la fièvre typhoïde des enfants se distingue de celle des adultes par un certain nombre de caractères. Mais la différence est d'autant plus tranchée que l'enfant est plus jeune. Dans la seconde enfance, de cinq ans à quinze ans, la fièvre typhoïde ne se sépare de celle de l'âge adulte que par des différences de second ordre. Chez le nourrisson, c'est-à-dire dans les deux premières années de la vie, nous trouvons des dissimilitudes plus accentuées. Je décrirai donc la fièvre typhoïde de la seconde enfance et la fièvre typhoïde du nourrisson.

FIÈVRE TYPHOÏDE DE LA SECONDE ENFANCE

"Caractères généraux."—Le "début" est plus rapide, moins trainant chez l'enfant que chez l'adulte. La fièvre atteint assez vite son acmé ; dès le deuxième jour, elle est parfois à 40, contrairement à la loi de Wunderlich. Les vomissements, qui sont relativement rares chez l'adulte, sont la règle chez les enfants. La diarrhée fait presque complètement défaut au début ; il existe même souvent de la constipation.

Les caractères du tracé thermique sont à peu près les mêmes que chez l'adulte, sauf dans certains cas que j'indiquerai plus loin. Notons, toutefois, l'exagération de "l'hyperthermie." Très souvent, la température du soir atteint 40 degrés ; et ce qu'il faut remarquer aussi, c'est la facilité avec laquelle les enfants supportent ordinairement ces hautes températures ; leur abattement est souvent peu marqué et leur système nerveux ne réagit pas à l'hyperthermie, comme celui de l'adulte, par un délire violent, ou une torpeur comateuse, de la carphologie.

La symptomatologie est remarquable par l'effacement des troubles digestifs. L'anorexie et l'état de la langue sont les seuls signes à peu près constants :

La langue présente tous les caractères de la langue typhique : rouge et mince aux bords et à la pointe, elle est recouverte d'un enduit blanchâtre, qui peut ensuite se salir et se dessécher ; cet enduit disparaît peu à peu sous l'influence d'une desquamation qui s'étend de la pointe à la base, et qui affecte souvent la forme d'un triangle, dont le sommet, situé sur le raphé, est tourné vers la partie postérieure (triangle typhique). La langue ne prend l'aspect rôti et ne se recouvre de fuliginosités que dans les formes graves.

Quant aux autres signes tirés de l'examen du tube digestif, ils sont inconstants et effacés : les vomissements disparaissent après le début ; la diarrhée s'établit tardivement ; elle est ordinairement peu accusée et se traduit par deux ou trois évacuations quotidiennes d'une manière semblable à une purée jaune d'ocre. Elle peut faire défaut ; elle peut même être remplacée par de la constipation ; le météorisme et la douleur locale sont peu marqués ou complètement absents. Les hémorragies et les perforations intestinales sont absolument exceptionnelles.

Le peu d'intensité des troubles digestifs tient, sans aucun doute, "au faible degré des lésions intestinales." Dans les autopsies, en effet, si on trouve quelquefois les ganglions mésentériques assez volumineux, les plaques de Peyer sont, par contre, peu tuméfiées ; elles ne présentent que des ulcérations superficielles ; assez souvent même les ulcérations font défaut. Dans un cas que nous avons observé l'année dernière, il nous a fallu l'examen bactériologique qui a décelé la présence du bacille d'Eberth dans divers organes, pour être sûr que nous avions eu sous les yeux une dothiéntérie. Chez l'enfant du second âge, la fièvre typhoïde est donc bien plus une septicémie qu'une entérite éberthienne.

"L'hypertrophie de la rate" est inconstante ; quand elle existe, elle est souvent trop peu marquée pour pouvoir être reconnue sur le vivant.

Les "taches rosées lenticulaires" sont, vous le savez, un des signes les plus précieux de la fièvre typhoïde des adultes. Or, chez les enfants, elles font défaut dans près d'un tiers des cas. C'est là une particularité qui rend parfois le diagnostic singulièrement hésitant. Par contre, lorsqu'elles se montrent, les taches rosées paraissent plus précoces et plus abondantes que chez l'adulte ; elles

sont visibles parfois avant la fin de la première semaine.

Je crois, avec M. Jaccoud, que l'abondance des taches rosées est un signe de pronostic favorable, et, avec M. Bucquoy, que toute poussée éruptive nouvelle sur la peau correspond à une nouvelle poussée éruptive sur l'intestin. Il est facile de comprendre l'importance de cette dernière loi ; l'apparition de nouvelles taches rosées démontre que la maladie est encore loin d'avoir accompli toute son évolution et empêche de croire à l'imminence d'une issue favorable.

Les rechutes sont plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte et la reprise de la fièvre est presque toujours accompagnée d'une réapparition de la roséole. Dans la période intercalaire apyrétique qui sépare les deux phases fébriles de la fièvre typhoïde à rechutes, on peut, comme M. Devic l'a montré, prévoir la rechute à certaines particularités ; ainsi la température n'est pas absolument régulière et normale ; la facies exprime encore la souffrance ; la langue n'est pas complètement dépouillée ; le pouls n'est pas franchement ralenti. Le retour de l'appétit ne signifie nullement qu'il n'y aura pas de rechute.

M. Weil (de Lyon) a signalé l'extrême fréquence de la "desquamation" dans la fièvre typhoïde infantile, et, depuis son travail, j'ai reconnu la vérité de ses assertions. Cette desquamation se montre, soit à la fin de la période fébrile, soit au moment même de la défervescence, soit plus tardivement (dix à quinze jours après la fin de la fièvre.) Elle débute par l'aisselle et envahit le tronc, la racine des membres et du cou, quelquefois les membres eux-mêmes, mais jamais la face, la paume des mains et la plante des pieds. Ces derniers caractères permettront de distinguer la desquamation typhique de la desquamation scarlatineuse. La desquamation typhique est tantôt furfuracée, tantôt lamelleuse à petites lamelles, tantôt enfin lamelleuse à grands lambeaux, comme dans la scarlatine. D'une manière générale il y a un certain rapport entre la gravité de la fièvre typhoïde et les caractères de la desquamation. Aux formes graves de la dothiéntérie correspondent d'ordinaire des desquamations à type lamelleux, précoces, diffuses et prolongées ; aux formes bénignes, les desquamations légères, furfuracées, tardives. La desquamation typhique reconnaît pour cause le trouble de la nutrition de l'épiderme engendré par la maladie ; c'est un phénomène analogue aux altérations unguéales et à la chute des cheveux.

Enfin, il est de notion commune qu'un enfant qui vient d'avoir la fièvre typhoïde peut présenter une croissance rapide et excessive. Des vergetures cutanées, au-dessus des genoux et dans d'autres régions du corps, témoignent parfois de l'allongement rapide du squelette.

Tels sont les caractères généraux de la fièvre typhoïde de la seconde enfance. Pour mieux pénétrer les différences qui la séparent de la fièvre typhoïde de l'adulte, étudions maintenant les deux grandes formes cliniques sous lesquelles elle se présente et les complications les plus habituelles.

"Formes cliniques."—La fièvre typhoïde affecte chez les enfants du second âge deux formes assez distinctes :

la forme légère (fièvre rémittente infantile) et la forme grave.

I.—La "forme légère est remarquable par sa courte durée, et par le contraste qui existe souvent entre l'hyperthermie et le calme du système nerveux. Malgré l'hyperthermie, l'enfant répond bien aux questions qu'on lui pose ; il s'assoit facilement sur son lit ; il demande à satisfaire ses besoins. Il est simplement un peu abattu ; et il a parfois un peu d'agitation nocturne.

La langue est humide, la diarrhée très légère ou absente ; le météorisme fait défaut. Les signes thoraciques sont ceux de toute fièvre typhoïde ; mais la bronchite et la congestion des bases du poumon sont en général très peu accentuées.

La fièvre commence à décroître vers le quinzième jour, et l'apyrexie est souvent complète avant le vingt et unième jour. Il est fréquent d'observer chez l'enfant des formes abortives qui durent huit à dix jours.

Le plus souvent le tracé thermique de la forme bénigne offre une particularité remarquable. La chute matinale de la fièvre est très marquée ; la différence de la température du matin et du soir est de 1,5 degré ou de 2 degrés. La température du matin descend parfois surtout au début et à la fin, jusqu'à la normale. C'est ce qui explique qu'avant les travaux fondamentaux de Taupin et Rilliet sur la fièvre typhoïde des enfants, cette forme ait été parfois décrite sous le nom de fièvre rémittente infantile.

Le pronostic de celle-ci est bénin. La convalescence est courte et sans incidents. Cependant les rechutes sont encore assez fréquentes, peut-être même encore plus fréquentes dans la forme légère que dans la forme grave.

II.—La "forme grave" de la fièvre typhoïde des enfants du second âge se rapproche beaucoup de la forme grave des adultes. Ce sont les mêmes phénomènes d'ataxie et d'adynamie nerveuse, les mêmes désordres thoraciques et asphyxiques, le même état de la langue qui la caractérisent. La durée est longue et atteint souvent quarante jours. Le tracé thermique est assez semblable à celui des typhiques adultes. Cependant je signalerai une particularité propre à la période de défervescence. Après les grandes oscillations de la période amphibole qui sont extrêmement marquées, la température tombe brusquement à la normale, ou même au-dessous de la normale, elle y reste un jour : puis elle remonte à 39 ou 40 degrés pour descendre progressivement à la normale suivant la règle.

C'est surtout par la rareté ou la fréquence de certaines complications que la forme grave des enfants se distingue de la forme grave des adultes. C'est un point qui sera mis en lumière dans un instant.

Enfin autre différence, malgré les dangers qu'elle fait courir aux malades qui en sont atteints, la forme grave de la seconde enfance guérit beaucoup plus souvent que la forme grave de l'adulte. La mortalité, d'après les statistiques globales, est pour les enfants de 8 pour 100 environ. Tout récemment, M. Moussous rapportait que sur 60 enfants au-dessous de deux ans, soignés par lui pour

une fièvre typhoïde, il n'avait eu qu'un décès, ce qui fait environ une mortalité de 11-2-0. Pour mon compte, sur une trentaine de cas que j'ai soignés en deux années, chez des enfants au-dessous de cinq ans, je n'ai eu qu'un décès. Au-dessous de cinq ans, la mortalité est beaucoup plus forte, comme je le dirai dans un instant.

Quelle est la raison de cette bénignité relative de la fièvre typhoïde des enfants du second âge M. Moussous a insisté sur certaines des conditions qui paraissent devoir être invoquées pour expliquer soit la pullulation moins facile de l'infection typhique chez les enfants, soit les meilleurs moyens de défense que l'organisme de ceux-ci oppose à la maladie, et il met en avant, d'une part, la bonne qualité des sécrétions gastriques, d'autre part, le développement des organes lymphoïdes, l'intégrité habituelle du foie, du cœur et du rein; c'est-à-dire la phagocytose favorisée. la barrière hépatique puissante contre les poisons venant de l'intestin; enfin, les congestions viscérales diminuées et l'élimination par la voie rénale facile.

À ce dernier point de vue, M. Moussous cite les recherches qu'il a faites sur la toxicité des urines des enfants atteints de fièvre typhoïde, et qui lui ont montré que la toxicité était assez élevée pendant la période d'état, très élevée pendant les premiers jours de la défervescence, puis normale et au-dessous de la normale dès les premiers jours de l'apyrexie; en un mot, que, sans l'excitation des bains froids, la courbe urotoxique se comportait chez les enfants comme celle qu'ont observée MM. Roque et Weill chez les adultes trités par la méthode de Brand.

Quoi qu'il en soit, l'observation clinique apprend que les deux facteurs principaux de la gravité sont le génie épidémique, c'est-à-dire la virulence du microbe et l'état antérieur du sujet atteint par la maladie. Au mois de février 1844, une épidémie sérieuse de fièvre typhoïde éclatait à Paris; à la clinique nous reçûmes dans la même semaine, neuf enfants atteints de la maladie et nous fûmes très frappés de sa gravité tout à fait inusitée. D'autre part, j'ai eu l'occasion de vous montrer que les formes sporadiques graves s'observent surtout chez les enfants issus de parents alcooliques ou névropathes.

"Complications."—Les complications intestinales sont très rares dans la fièvre typhoïde de la seconde enfance. "Les hémorragies et les perforations de l'intestin ne s'observent presque jamais"; la raison en est dans le faible degré des lésions intestinales signalées plus haut. J'ai vu pourtant une petite fille qui, vers le douzième jour de sa maladie, a rendu deux fois des matières fécales teintées de sang; mais cette hémorragie a été très passagère et très abondante. Notez aussi que la diarrhée peut prendre quelquefois le caractère dysentérique comme cela a été observé par M. Moussous.

La myocardite est exceptionnelle et la mort subite a été rarement observée.

Mais il est certaines complications qui sont, au contraire, beaucoup plus fréquentes dans la fièvre typhoïde de la seconde enfance que dans celle de l'adulte.

Je signale d'abord la fréquence du coryza et des ulcérations des lèvres ainsi que de la surdité passagère ou des otites suppurées. Les lésions des premières voies, en

apparence peu importantes, doivent être recherchées et soignées minutieusement, parce qu'elles sont la porte d'entrée principale des infections secondaires.

Il est assez fréquent de voir survenir, surtout chez les enfants de cinq à sept ans, des accidents qui simulent la méningite. Le plus ordinairement ces "accidents méningitiques" se bornent à ceci: l'enfant reste immobile, couché en chien de fusil, fuyant la lumière, gémissant toutes les fois qu'on le touche ou qu'on le remue et se plaignant de la tête; des rougeurs apparaissent et disparaissent sur le tégument. Il est beaucoup plus rare d'observer le tableau suivant qui simule alors exactement le tableau de la méningite: convulsions alternant avec le coma, raideur de la nuque, hyperesthésie cutanée, rougeurs éphémères, pouls irrégulier, respiration suspicieuse, voire même crises hydrocéphaliques. Si on a l'occasion de pratiquer l'autopsie de ces sujets, dans ces cas de la première catégorie on ne rencontre que de l'hyperhémie diffuse des méninges et de l'écorce cérébrale; dans les cas d'accidents méningitiques graves, on trouve une leptoméningite sérieuse, plus rarement une leptoméningite suppurée M. Tictine a prouvé que ces diverses altérations étaient dues au bacille typhique.

À côté des accidents méningés, il faut placer une autre variété de complications qui paraît plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte: je veux parler des complications osteo-articulaires." Remarquons ici que, dans la seconde enfance, les infections se localisent sur le squelette plus souvent qu'à tout autre âge; sans doute, pendant la croissance, le tissu osseux se trouve dans des conditions particulières, favorables à la fixation et à la pullulation des microbes. Le bacille de la fièvre typhoïde peut atteindre le squelette soit au niveau des os, soit au niveau des articulations.

Les "ostéomélites typhiques" ont été décrites par Keen; elles ont été rattachées au bacilles d'Eberth par des travaux récents, parmi lesquels il faut citer celui de Chantevesset et Vidal. Elles se montrent surtout vers la quatrième semaine et pendant la convalescence. Elles se présentent sous quatre formes cliniques: 1e une forme bénigne, rhumatoïde, se terminant spontanément par résolution. Nous avons observé cette forme chez une petite fille couchée au No. 20 de la salle Parrot, dont je vais vous dire l'histoire; 2e une forme aiguë suppurée, accompagnée de phénomènes généraux et locaux, aboutissant à la suppuration après une à quatre semaines environ; 3e une forme chronique suppurée, débutant tardivement évoluant lentement, avec des symptômes inflammatoires, réduits à leur minimum, comme dans les abcès froids; 4e une forme chronique non suppurée, procédant par poussées intermittentes, et aboutissant à la formation d'exostoses.

Les "arthrites typhiques," signalées par Bouillaud, ont été étudiées par Roser, A. Robin et Lannelongue. Si on laisse de côté les arthrites suppurées dues à une pyohémie secondaire, elles se présentent sous deux formes: 1e la "polyarthrite typhique subaiguë" (pseudo-rhumatisme typhique,) survenant au deuxième ou au troisième septénaire, se manifestant d'abord par des douleurs très vives dans la continuité des membres, douleurs qui se localisent ensuite dans les jointures et disparaissent au bout de quelque temps. Il peut arriver que les articulations ne soient pas tuméfiées, et qu'il s'agisse d'une simple "arthralgie généralisée," comme nous l'avons observé l'année dernière dans un cas qui a été publié par M. Potier; 2e la "monoarthrite coxo-fémorale typhique" qui succède parfois à la forme précédente, qui a une fixité remarquable, une durée très longue, et qui produit des lésions assez profondes pour arriver soit à l'ankytose soit à la luxation.

Obstétrique

Mort du fœtus pendant la grossesse

Léçon de M. le prof. Lepage à la clinique Tarnier

Les deux observations suivantes peuvent servir d'introduction à l'étude de ce gros chapitre de la pathologie de la grossesse qu'est la mort du fœtus.

Dans la première, il s'agit d'une femme de quarante et un ans, qui est accouchée déjà deux fois, en 1898 et en 1904, d'un garçon vivant et d'une fille vivante, élevés tous les deux au sein.

Cette femme a eu ses dernières règles le 12 février dernier ; elle est donc enceinte de huit mois. Elle est venue, au commencement d'octobre, consulter à la Clinique, et on a été tout de suite frappé en l'examinant de l'existence de symptômes inquiétants, et en particulier d'œdème des membres inférieurs. L'examen des urines a décélé une forte albuminurie (10 grammes par litre). Mise au repos et au régime lacté rigoureux, elle n'en expulsa pas moins un fœtus mort déjà depuis quelques jours, cinq ou six vraisemblablement. Le 12 octobre, en effet, elle avait encore uriné 1,000 grammes, tandis que depuis (du 12 au 19), la quantité d'urine s'élevait à 1,300, 1,400, 1,500 grammes, et la quantité d'albumine diminuait. Or, en général, quand le fœtus meurt, il se produit une diminution de l'albuminurie, parallèlement à une augmentation de la quantité des urines. Pourquoi cette albuminurie est-elle venue compliquer cette troisième grossesse, quand les deux premières s'étaient normalement passées? Peut-être faut-il incriminer les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles vivait la malade. Elle habitait en effet un appartement très humide, très sombre, éclairé artificiellement toute la journée, et s'il serait exagéré de dire que l'albuminurie respecte les habitations confortables, il faut cependant tenir compte dans son étiologie d'une hygiène défectueuse.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme entrée hier soir à la Clinique, qui fut présentée par la sage-femme de garde comme ayant fait "un avortement" de deux mois et demi ; d'après elle, l'embryon aurait été expulsé en ville, car on n'avait vu que le placenta, qui peut-être n'était pas entier.

M. Lepage examina le placenta et constata qu'il paraissait enroulé, comme si par suite de l'arrêt de développement de l'œuf il était revenu sur lui-même. De la partie inférieure, il découvrit une petite hernie amniotique indiquant qu'il y avait là les débris d'un œuf qui avait existé, et qu'il s'agissait d'un œuf clair. L'œuf avait donc été probablement expulsé en entier.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.—Quelles sont donc les altérations que présente le fœtus mort dans la cavité utérine?

I.—Dans les premières semaines il se produit, ce qui a dû se passer dans l'observation précédente, la dissolution du fœtus. L'embryon, en effet, formé d'eau en grande partie, se dissout, en raison de sa constitution, dans le liquide amniotique. Bien entendu, l'état sous lequel on le voit dépend du temps qui s'est écoulé depuis le moment où l'embryon a cessé de se développer jusqu'à celui où il a été expulsé. Si l'expulsion a lieu au bout de quelques jours, on peut trouver des restes d'embryon ; si elle se produit après plusieurs semaines, on ne trouve plus rien du tout, il s'agit d'un œuf clair.

Quelle est la cause de l'arrêt de développement de ces œufs? On n'en sait rien. M. Lepage avait pensé qu'il pouvait s'agir de tuberculose des procréateurs, et il avait inspiré la thèse de Chanton qui le soutenait, mais il dut renoncer à cette hypothèse. Mais fait intéressant, c'est qu'on observe assez fréquemment ces œufs clairs chez les jeunes mariées, peut-être faut-il mettre alors en cause le terrain qui n'est pas suffisamment préparé, l'utérus qui s'essaie, ou plus vraisemblablement la trop grande fréquence des rapports conjugaux. Aussi lorsque la femme redeviendra enceinte, faudra-t-il conseiller à ce point de vue une modération plus grande, tout en affirmant à la femme qu'elle pourra ultérieurement mener des grossesses à terme.

II.—La deuxième altération que peut subir le fœtus mort dans la cavité utérine est la momification. Elle s'observe en général lorsque le fœtus vient à succomber entre deux mois et demi et quatre mois. Le liquide amniotique se résorbe alors, le fœtus se ratatine et l'on connaît la comparaison classique qui lui donne l'aspect d'un fruit confit dans l'alcool.

III.—Beaucoup plus importante, car bien plus fréquente que la momification est la macération que l'on observe à partir de quatre mois et demi, cinq mois. Cette macération s'accompagne de desquamation de l'épiderme et de coloration particulière du liquide amniotique. Il se produit, en effet, des phénomènes d'hémolyse qui donnent au liquide amniotique une coloration rosée, café au lait, chocolâtée tout à fait spéciale. Inutile de dire que plus longtemps le fœtus a séjourné dans la cavité utérine, plus les phénomènes de macération sont marqués.

Par suite de la macération, il se produit une résorption du liquide céphalo-rachidien qui entraîne le rapprochement des os du crâne, avec décollement du cuir chevelu, ce qui à la pression donne une sensation de crépitation osseuse caractéristique.

Il est quelquefois très important, et souvent très difficile de faire en présence d'un fœtus macéré le diagnostic rétrospectif de la date de la mort du fœtus. On peut cependant y arriver d'après l'aspect du fœtus et l'examen des phénomènes plus ou moins avancés de la macération.

IV.—Le fœtus peut en fin subir une dernière modification, la putréfaction, que décrivent, en effet, la plupart des ouvrages classiques. La putréfaction n'est possible que quand l'œuf est ouvert et en contact avec l'air extérieur. Aussi faut-il se demander s'il est bien légitime de la faire rentrer dans le chapitre de la mort du fœtus

pendant la grossesse. La putréfaction ne s'observe guère, en effet, que chez les femmes en travail, que le fœtus ait succombé pendant la grossesse ou au commencement du travail.

ÉTIOLOGIE. — Quelles sont les causes qui font que le fœtus peut succomber pendant la grossesse? C'est une des questions les plus intéressantes de la pathologie générale. Où peut être le danger?

Il est peut-être dans : ...

- 10 Une infection transmise par le sang maternel ;
- 20 Une infection transmise par le germe ;
- 30 Une altération qui peut survenir dans la circulation du fœtus.

On voit donc combien vaste est la question.

I. — Parmi les causes qui tiennent au père, en première ligne et de beaucoup est la syphilis non traitée, ou insuffisamment traitée. C'est même un des grands progrès de la médecine, et surtout de la médecine française, que d'avoir montré l'importance de la syphilis comme cause de la mort de l'embryon pendant la grossesse.

A côté de la syphilis, on peut incriminer quelquefois la tuberculose, mais beaucoup plus rarement, et les intoxications chroniques comme le saturnisme.

II. — Du côté de la mère, c'est encore la syphilis qui est la grande coupable, quelquefois la tuberculose, mais dans de très faibles proportions ; on peut voir, en effet, des enfants procréés par des mères atteintes de tuberculose à la deuxième ou troisième période, et qui sont très bien portants.

A côté de ces infections chroniques, on peut incriminer des intoxications exogènes, comme le saturnisme, ou endogènes, comme l'auto-intoxication gravidique, l'albuminurie.

Les maladies utérines, un utérus farci de fibrome par exemple, mais en particulier l'endométrite, peuvent être encore cause de la mort du fœtus. Par exemple, une femme accouche deux fois d'enfants vivants, une nouvelle grossesse survient et l'enfant meurt, il n'y a pas de syphilis, il n'y a pas eu d'albuminurie, il faut mettre l'accident sur le compte de l'endométrite. Et de fait, si la femme est convenablement traitée, elle mènera les grossesses nouvelles à terme. C'est dans ces cas qu'il faut être très sobre de curetage (Pinard) et que des injections bien faites, une cure thermale à Salies-de-Béarn ou à Luxeuil, par exemple donneront des résultats excellents.

III. — Du côté du fœtus, les causes qui peuvent entraîner sa mort peuvent être un circulaire du cordon entravant la circulation foetale, un nœud serré du cordon, des malformations foetales, des brides amniotiques, le décollement, l'insertion vicieuse du placenta, une môle hydatiforme, etc.

On constate enfin chez certains fœtus morts "in utero", dont rien chez les parents n'explique la mort, que le cordon, dans sa partie attachant au fœtus, semble avoir été tordu d'une façon très serrée. Ces faits vus déjà par Ribemont en 1895 et signalés à la Société d'Obstétrique sont intéressants et font actuellement l'objet des recherches d'un élève de M. Pinard, sans qu'on sache s'ils sont

la cause de la mort du fœtus ou s'ils sont sous sa dépendance.

Telles sont les causes qui peuvent entraîner la mort du fœtus, parmi elles il faut encore une fois mettre en vedette la syphilis, à tel point que certains auteurs ont parlé dans certains cas où cette cause existe de mort habituelle du fœtus. La mort habituelle du fœtus existe-t-elle? M. Lepage, en désaccord avec M. Brindeau qui semble l'admettre, ne le croit pas, car il n'a jamais vu de femme convenablement traitée qui ne soit pas arrivée à mener à terme une grossesse, sauf dans le cas cependant où il s'agit d'un utérus bourré de fibromes.

SYMPTOMATOLOGIE.—Cliniquement, voilà, en résumé, ce que l'on observe quand un fœtus meurt pendant la grosse. Presque immédiatement, les phénomènes dits sympathiques, plus exactement les phénomènes d'intoxication gravidique disparaissent. Pinard, en pareil cas, dit que la grossesse cesse, puisque, d'après sa définition, la grossesse est "l'état fonctionnel particulier dans lequel se trouve la femme pendant toute la durée du développement de l'œuf." Ce que Pinard a voulu dire c'est que les nausées, les vomissements cessent, que les varices disparaissent, (Budin et Rivet), que l'utérus diminue de volume, etc.

Il se produit en outre une congestion des seins qui est suivie d'une montée laiteuse.

Après quatre mois et demi, l'auscultation montre la disparition des bruits du cœur préalablement constatés.

PRONOSTIC.—Mais une question se pose, que va devenir le fœtus? il va y avoir rétention, puis l'expulsion se produira dans un temps plus ou moins rapproché: au bout de trois ou quatre jours, huit jours, quelquefois un mois et plus, cinq mois, huit mois, un an; Budin et d'autres auteurs ont observé de ces cas de rétention prolongée du fœtus mort.

Quant à l'accouchement, il est, en règle générale, normal. Au cours de la période de la dilatation, il y a hernie de la poche des eaux à travers l'orifice utérin.

Quelquefois la période d'effacement et de dilatation est longue, l'expulsion est le plus souvent rapide.

La délivrance est en général facile; cependant, dans quelques cas rares, M. Lepage a attiré l'attention sur l'existence d'hémorragies suffisantes pour amener à pratiquer la délivrance artificielle.

DIAGNOSTIC.—Le diagnostic est suivant les circonstances facile ou difficile. Dans tous les cas il faudra être très prudent et ne faire part de ses impressions qu'avec réserves. En effet, surtout dans les premiers mois, il n'existe pas de symptômes qui puissent permettre de l'affirmer nettement, même par l'acétonurie que l'on peut observer avec des fœtus vivants.

On sera en droit en présence de certains symptômes, de penser que le fœtus est mort, mais il sera très difficile de l'affirmer, surtout si on voit pour la première fois la femme qui peut vous tromper inconsciemment, ou volontairement.

CONDUITE A TENIR.—Les accoucheurs du XVIIe siècle et du commencement du XIXe étaient un peu han-

tés par cette crainte qu'ont encore les femmes, que la présence d'un foetus mort dans l'utérus n'amènât des accidents chez la mère. Or, de nombreuses et indiscutables observations ont montré que, à la condition que l'oeuf soit intact, la putréfaction n'est pas à craindre, et que en pareils cas la rétention foetale "in utero" pendant des mois ne s'accompagne d'aucun phénomène du côté maternel.

Il faut donc, pendant la grossesse, "se croiser les bras," surveiller la femme, lui faire prendre sa température, lui conseiller ou non suivant qu'elles seront bien ou mal faites les injections vaginales, et, dans la pluralité des cas, la laisser reprendre ses occupations. Lorsque l'expulsion se fait au bout de quelques jours spontanément, il ne peut être question de la provoquer; mais si elle se fait attendre que doit-on faire? M. Boissard dans un article paru dans la "Semaine médicale" de 1895, est d'avis d'interrompre la grossesse. Mais il faut être bien sûr de la mort du foetus, et si cette conduite peut être tenue par des accoucheurs expérimentés comme lui, elle n'est pas à conseiller, car elle peut produire un désastre en interrompant une grossesse qui pourra secondairement s'infecter.

Il vaudra mieux prévenir la famille et attendre, en surveillant la femme, l'expulsion spontanée du foetus.

Il restera un point très important. C'est d'examiner avec attention l'oeuf une fois qu'il aura été expulsé, car le résultat de cet examen guidera la conduite à tenir quand la femme redeviendra enceinte, et indiquera le traitement approprié qui lui permettra de mener à terme ses grossesses ultérieures. Dans les cas douteux et lorsque la femme n'aura pas été surveillée, il faudra toujours prescrire le traitement spécifique ou, s'il échoue, instituer un régime lacto-végétarien et l'on obtiendra souvent ainsi des résultats très satisfaisants.

—o—

Traitement du goitre exophtalmique par le sulfate neutre de quinine

Par MM. Lancereaux et Paulesco. (Ac. de médecine 25 février 1908)

tion des vaisseaux du cou et de la tête. Aussi MM. Lancereaux et Paulesco ont-ils eu l'idée de traiter cette affection par le sulfate neutre de quinine qui est un vaso-constricteur.

Ils ont prescrit ce médicament à 20 Basedowiens.

Les malades ont pris, au repas du soir, 2 à 5 cachets de 50 centigrammes de sulfate de quinine. Le traitement fut prolongé pendant plusieurs mois, mais fut entrecoupé de périodes de repos.

Grâce à cette thérapeutique la vasodilatation cervicale et céphalique cessa complètement ainsi que les symptômes concomitants (cauchemars, énerveinent tachycardie.) La tumeur goitreuse elle-même diminua sensiblement de volume.

Le mouvement médical

La radiumthérapie du cancer.

La communication de MM. L. Wickham et Degrais et celle de M. Dominici à la dernière réunion de la Société pour l'étude du cancer, ont de nouveau attiré l'attention sur les effets thérapeutiques du radium dans les néoplasies cancéreuses. Nos lecteurs ont été tenus au courant de cette question par les communications faites, ces temps-ci, sur ce sujet, tant à la Société médicale des Hôpitaux (Wickham et Degrais, de Beurmann) qu'à la Société de Biologie (Dominici,) ainsi que par l'article de M. Wickham, publié ici-même, il y a à peine un mois (Presse Médicale, 1908, no 100, p. 801) et par celui de M. Matout (Presse Médicale, 1908, no 29, p. 227). !

Il nous a semblé intéressant de revenir sur cette question pour résumer d'une façon schématique nos connaissances actuelles sur la radiumthérapie du cancer. Une étude d'ensemble, publiée tout dernièrement, sous l'inspiration du professeur Gaucher par M. Pierre Petit, va nous servir de guide.

Les rayons émis par le radium sont de trois sortes. Suivant leur pouvoir de pénétration, on les distingue en rayons β , plus pénétrants, et en rayons γ , doués d'un pouvoir de pénétration considérable, rayons dits ultra-pénétrants. Les premiers constituent à eux seuls 70 à 73 pour 100 des rayons émis par le radium; la proportion des rayons β , qui se divisent en mous et durs, ceux-ci plus pénétrants que ceux-là, est de 25 pour 100; enfin, les rayons γ , les ultra-pénétrants, se trouvent dans une proportion qui ne dépasse guère 2 pour 100.

L'action thérapeutique de ces rayons dépend, comme on sait, des modifications qu'elle provoque dans les tissus. Est-elle la même pour chaque groupe de rayons? Il semble qu'il en soit bien ainsi. Pour M. Wickham, quels que soient les rayons utilisés, des réactions inflammatoires peuvent se produire, si leur action est suffisamment puissante, si la durée d'application des appareils réalise la pénétration d'un dosage suffisant. Les rayons γ laissés au contact des tissus un temps suffisant, pourront occasionner des réactions, tout comme les rayons α ou β . On sait, en effet, que les réactions en question dépendent de la "quantité" des rayons arrivant aux tissus, cette quantité pouvant être déterminée aussi bien par la durée de l'application du corps rayonnant que par sa surface. On conçoit, en effet, que la réaction sera la même avec une surface rayonnante de 2 centimètres carrés, appliquée pendant une demie-heure, qu'avec une surface rayonnante de 1 centimètre carré appliquée pendant une heure. C'est probablement de cette façon qu'on doit comprendre l'opinion de M. Petit, quand il écrit que "le rayonnement ultra-pénétrant a sur les autres variétés de rayon-

nements la supériorité de posséder une innocuité remarquable à l'égard des tissus sains et, malgré cela, de conserver ses propriétés curatives à l'égard des processus inflammatoires, gangreneux et néoplasiques". Nous reviendrons, du reste, dans un instant sur ce point.

La grosse question en matière de radiumthérapie est donc de "doser" la quantité, on pourrait même dire : le nombre des rayons qu'on fait agir. Ce n'était guère facile quand le radium était utilisé sous forme de grains tassés dans un tube de verre. Un grand progrès a été réalisé par la création des plaques métalliques de différentes dimensions— grandeur de la surface rayonnante— enduites d'un vernis spécial, dans lequel le sel de radium était incorporé. Mais le vrai dosage n'a été établi que lorsque M. Wickham et M. Dominici ont imaginé des "écrans," d'abord en ouate, ensuite en aluminium, possédant la propriété d'absorber, d'arrêter un certain nombre de rayons. Suivant l'épaisseur de ces écrans, on arrive aujourd'hui à arrêter, soit la totalité des rayons x, soit tous les rayons x et une partie des rayons b, si bien que, suivant les indications cliniques, on peut ne faire agir que les rayons y. Autrement dit, la "quantité" des rayons qu'on laisse pénétrer peut ne pas dépasser 2 pour 100 ou être dosée à 15, 25, à 50 pour 100, et ainsi de suite. L'action des rayons y, l'action élective, suivant M. Petit, tient donc très probablement à la "très petite dose" de matière active mise en jeu.

Il est inutile d'insister sur les avantages qu'offre la possibilité de faire agir isolément les rayons ultra-pénétrants quand il s'agit d'une tumeur profonde ou d'une adénopathie cancéreuse.

Dans sa communication au dernier Congrès français de médecine (Genève, 3-5 septembre 1908.) M. Wickham a cité plusieurs cas de ce genre (cancer du sein, métastases ganglionnaires) traités avec un certain succès par les rayons y, sans provoquer la moindre réaction du côté de la peau. Le procédé du "feu croisé," imaginé par M. Wickham, renforce encore cette action des rayons ultra-pénétrants. Il consiste, en cas de cancer du sein, par exemple, à appliquer sur la tumeur saillante plusieurs plaques se faisant vis-à-vis et à ne les laisser qu'un temps inférieur à celui qui déterminerait une irritation de surface. Dans la profondeur, les rayons très pénétrants s'accumulent par croisement de leurs feux," et leur action est accrue proportionnellement au nombre de plaques radifères.

La technique de la radiumthérapie a donc été considérablement améliorée dans le courant de ces deux dernières années. Quels ont été les résultats au point de vue clinique?

Sans parler des cancroïdes et des cancers superficiels de la peau et des muqueuses, M. Wickham a cité dans son mémoire un cas de cancer profonde la région temporale, guéri ou presque guéri par le radium; même succès, même guérison apparente, entre les mains de M. Dominici, dans un cancer de la langue; de même encore dans la thèse de M. Petit on trouve, en matière de cancers super-

ficiels, trois échecs contre neuf succès, et dix malades encore en traitement.

C'est dire tout de suite, que tous les cancers de la peau et des muqueuses ne guérissent pas le radium; il en est même qui subissent, sous l'influence de la radiumthérapie une aggravation manifeste. L'étude des documents qui existent et de ceux qui s'accumulent permettra, sans doute, de préciser les indications de la radiumthérapie dans le cancer en rapport avec ses caractères histologiques et son état d'évolution. Une tentative de ce genre se trouve déjà ébauchée dans le travail de M. Petit.

Ce qu'on connaît mieux au point de vue clinique, ce sont les modifications qui se produisent dans le cancer soumis à la radiumthérapie.

Le premier phénomène qui se manifeste, et qui apparaît douze à vingt-quatre heures après l'application de la plaque radifère, c'est l'analgésie, ou plutôt la disparition de la douleur. Puis au bout d'un temps qui varie de trois jours à trois semaines, la tumeur ulcérée commence à "se nettoyer," à s'aseptiser: une exsudation sérosanguinolente, véritable flux plasmatique, débarrasse les bourgeons charnus de leur enduit jaunâtre, purulent et gangreneux; le fond de l'ulcération se déterge, prend une coloration rosée; l'odeur infecte du néoplasme s'atténue et disparaît progressivement.

Si le cancer marche vers la guérison, les bourgeons épithéliomateux s'affaissent, le néoplasme s'atrophie et se met presque au niveau des sinus voisins. Le fond de l'ulcération s'assèche et se couvre parfois d'une mince croûte. Oientôt, à la périphérie, apparaît un liséré cicatriciel, qui s'élargit en recouvrant la surface ulcérée; au bout de quelque temps, une cicatrice souple, normale, indique seule la place qui avait été occupée par la tumeur. Comme l'a montré M. Dominici, le processus histologique qui amène ce résultat est caractérisée "par la cytolysé des cellules arrivées au dernier degré de la transformation cancéreuse et par la régulation évolutive qui s'exerce à la fois sur des cellules en voie de transformation épithéliomateuse et sur les cellules qui étaient appelées à subir cette évolution."

Telles sont, très brièvement et très schématiquement, les notions élémentaires aujourd'hui acquises, concernant les propriétés physiques et thérapeutiques du radium appliqué au traitement du cancer.

R. ROMME.
In Presse Médicale.



Pratique Chirurgicale

Dans une leçon clinique de l'Hôtel-Dieu, relative à un blessé, atteint d'une plaie pénétrante de poitrine, résumé par le "Concours Médical," M. le Dr Morestin, agrégé, apprécie ainsi qu'il suit la pratique à suivre en présence d'une plaie de ce genre toute récente et non encore infectée :

Mais là où la conduite à tenir est discutée, c'est lorsqu'il s'agit de l'intervention primitive. Sa légitimité est très controversée. Appelé auprès d'un blessé de ce genre, faut-il opérer ? A la Société de Chirurgie, à l'Académie de Médecine, les chirurgiens se sont séparés en deux camps : les opérateurs et les abstentionnistes. On a apporté un certain nombre d'exemples d'opérations encourageantes. Ce sont toujours les mêmes faits—ceux de Delorme, de Michaut etc.—que l'on cite. Ils ne sont pas nombreux et la plupart, d'ailleurs, sont des cas malheureux que l'on a commentés en faisant entrevoir, pour l'avenir, des succès. Les succès à proprement parler, n'arrivent point. En outre de cela, la doctrine de l'abstention, qui paraît assez illogique, au premier abord, donne de bons résultats. Sachons gré à M. Lucas-Championnière de l'avoir présentée et de l'avoir soutenue. M. Lucas-Championnière estime que l'on doit s'abstenir de toute manoeuvre et s'en tenir à la conduite suivante : coucher le patient à l'endroit où il vient d'être blessé, lui éviter tout déplacement et le transporter à distance le plus tard possible, au bout de plusieurs heures, de plusieurs jours, Ne pas le faire parler, le réconforter avec de la caféine, de l'éther, du sérum, désinfecter la plaie et faire un pansement occlusif. Laisser alors le malade tranquille, en le surveillant et écarter toute personne inutile. A la rigueur, j'accepterais l'intervention pour une plaie de la mammaire interne. Chez notre malade, l'observant plusieurs heures après le traumatisme, au moment du calme, j'ai adopté la conduite expectante. Devant l'aggravation, j'ai adopté la conduite expectante. Devant l'aggravation, j'ai eu un regret de ne pas avoir incisé l'espace intercostal pour aller lier la mammaire. J'ai pris un moyen terme, la ponction, pour diminuer la tension pleurale.

Aujourd'hui le blessé est mieux, avec un pouls à 125, et 30 respirations. J'attendrai et n'interviendrai que si le pouls fléchissait, allait à 140 par exemple.

J'ai vu un assez grand nombre de plaies de poitrine. A l'hôpital Saint-Louis, en cinq ans, j'ai eu l'occasion d'en observer une vingtaine de cas, dont quelques-uns très sérieux. J'ai vu, une fois, une femme qui avait reçu 17 coups de couteau dans les deux côtés de la poitrine. Les deux plèvres étaient trouées en différents endroits. J'ai vu des hémithorax énormes, des accidents sérieux. Eh ! toujours, j'ai pu me borner au traitement que je viens d'indiquer : repos absolu, pansement de la plaie, parfois ponctions de l'épanchement pleural. Sur ces 20 cas, 18

ont guéri. Deux seuls ont succombé ils avaient été opérés par des chirurgiens de garde. L'un mourut d'infection à la suite d'une ligature de la mammaire interne, l'autre sur la table d'opération. Aussi, je reste partisan de l'expectation. Cela peut paraître illogique, mais l'expérience montre que l'hémostase se fait. En surveillant le blessé et en adoptant quelques variantes, telles que la ponction pleurale, elle donne de bons résultats.

Le cathéchisme anti-tuberculeux

Nos lecteurs auront lu sans doute avec intérêt ce cathéchisme si pratique pour enseigner aux enfants la crainte salutaire de la tuberculose. Nous le recommandons tout spécialement à nos collègues, à qui revient d'instruire le public sur les vrais dangers de la "peste blanche." Nous en avons donné la paternité à notre collaborateur le Dr E. P. Benoit. Sa modestie s'y objecte. Disons donc, comme il nous l'écrit, que ce cathéchisme a été rédigé et publié par les soins de la Ligue Anti-tuberculeuse." Nous le voulons bien,—mais nous reconnaissons aussi que le Dr Benoit qui faisait parti du Comité de la Ligue, a apporté son expérience reconnue à la facture de ces notes si pratiques.

Que nos lecteurs ne manquent pas de le faire lire aux instituteurs et aux institutrices de leur voisinage : ils seront ainsi les apôtres de la bonne cause.

L'A REDACTION.

SOLUTION DE DIGITALINE CRISTALISEE MIAHLE-PETIT

Cette Digitaline cristallisée a été au point de vue chimique, l'objet de nombreux travaux d'identification, et on peut dire qu'aujourd'hui elle est considérée par tous les savants comme le principe actif, pur, défini et invariable de la Digitale officinale, ayant les mêmes qualités et propriétés que cette plante elle-même, et devant être maniée avec le même discernement.

Dans la pratique on peut considérer qu'une goutte de solution correspond à un centigramme de feuilles.

D'après Potain, on peut en prendre de 1 à 50 gouttes en une, deux ou trois fois dans la journée. On continue le traitement trois ou quatre jours, puis on suspend pendant une durée égale, pour assurer l'élimination du médicament.

La solution de DIGITALINE PETIT-MIAHLE manifeste instantanément sa double action sur la diurèse et sur le pouls.

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

Le traitement de certaines maladies infectieuses et plus spécialement de la broncho-pneumonie par l'électrargol

Par le Dr. Ed. Hirtz.—Communication à la Société de Thérapeutique, séance du 25 mars 1908

Dans la séance de la Société médicale des hôpitaux du 12 décembre 1902, M. Netter fit une communication retentissante sur l'argent à l'état colloïdal, dont il préfère encore l'emploi parce qu'il contient jusqu'à 87 p. 100 d'argent métallique. Benno Créde l'avait employé en Allemagne avec des fortunes et des appréciations diverses.

Le collargol agirait surtout en modifiant et en neutralisant les toxines.

Les travaux si intéressants de Bourquelot, de Trillat, de Bertrand, de Kitasato, ont prouvé l'action des oxydases ou catalases qui renferment des traces de métal.

Bredig a comparé les métaux colloïdaux aux diastases organiques ; on a démontré leur action catalytique. Victor Henri et Mme Girard-Mangin ont obtenu l'agglutination des globules rouges avec l'hydrate de fer colloïdal. M. Achard a montré que l'argent colloïdal électrique entraîne une leucocytose polynucléaire qui est le témoin de l'exagération des fonctions de la rate et de la moelle des os.

Albert Robin a démontré que, si l'on introduit dans l'organisme une diastase, du sérum sanguin, ou un métal en solution colloïdale, les modifications que subit le métabolisme sont les mêmes. Dans les trois cas, il se produit, comme l'a démontré Robin, une augmentation du taux de l'urée, une augmentation du coefficient d'utilisation azotée, une augmentation de l'acide urique, une décharge d'indoxyle urinaire.

Toutes nos recherches personnelles viennent à l'appui de ces conclusions et prouvent, comme le dit Bardet, qu'il ne faut pas absolument étudier l'effet des ferments métalliques sur leur action apparente, dans les maladies, mais qu'il faut les juger surtout sur les phénomènes critiques urinaires qu'ils provoquent, phénomènes analogues à la défervescence naturelle; ou comparables aux effets des sérums thérapeutiques, comme le sérum antidiphthérique.

L'argent colloïdal entrave le développement de nombreux microbes, comme l'ont montré Victor Henri et Mlle Cernovodeanu, et l'action bactéricide est uniquement due à l'état colloïdal.

Nous avons pour but de démontrer que c'est surtout le pneumocoque qui subit l'influence de l'argent colloïdal, comme l'avaient dit Chirié et Monier-Vinard, et comme ils l'ont démontré chez le rat blanc et la souris.

L'argent colloïdal électrique préparé par le procédé de Bredig a enregistré, dans la pneumonie, la broncho-pneumonie et d'autres maladies infectieuses, des succès thérapeutiques proclamés par Albert Robin, Caussade et Joltrain, Gaillard, Chirié, Monier-Vinard, Harviez, Iscovesco, Étienne, Carrieu.

Après les publications théoriques et expérimentales sur les effets biologiques de l'argent colloïdal, nous avons essayé ce médicament dans un certain nombre d'infections.

Nous n'extrayons de nos recherches que les observations les plus concluantes :

Les trois premières observations concernent des broncho-pneumonies ; la quatrième, une pneumonie double.

La première broncho-pneumonie que nous avons traitée par des injections d'Electrargol débuta par une phase assez longue de malaise avec céphalée vive et anorexie. Cette femme âgée de quarante-trois ans, hystérique spécifique, avait des antécédents personnels suspects au point de vue pulmonaire. Elle était depuis longtemps surmenée. Aussi, quand elle entra avec un aspect typhoïde, il était permis de se demander si cette malade n'allait pas commencer une granule. La dothiéntérie pouvait être aussi soupçonnée ; mais l'absence de tuméfaction de la rate, de taches rosées, éloignait cette hypothèse. A l'auscultation, on ne constata que des râles sibilants et muqueux à bulles fines disséminés dans tout le poumon. L'expectoration était sans caractères : la température oscillait autour de 39°5. Le troisième jour après l'entrée, le douzième ou quinzième de la maladie, un point de côté survint, la température s'élève à 40°8, le pouls bat 110 pulsations ; des signes de splénisation et d'hépatisation sont perceptibles dans le poumon droit. L'examen des crachats pratiqué ce jour-là montre la présence dans l'expectoration de pneumocoques virulents.

L'état général reste grave, le lendemain et le surlendemain la température reste élevée (40°4).

Nous nous décidons alors de faire à la malade des injections d'Electrargol. Pendant quatre jours consécutifs, du 24 au 28 septembre, nous injectons successivement 5 cc. du médicament, puis 10 cc. les trois fois suivantes. Avec ce traitement, la température tombe en lysis. Le 28, le thermomètre marque 37°4. L'état général s'améliore considérablement. Le pouls est moins fréquent. Les signes physiques de l'hépatisation et de la splénisation persistent quelques jours, ils sont d'ailleurs remplacés par ceux d'un léger épanchement pleural pendant le premier septénaire d'octobre.

Nous ferons remarquer dans cette observation la coïncidence de l'amélioration considérable que présente la malade avec les injections d'Electrargol, améliorations qui ont surtout porté sur l'état général qui semblait gravement atteint. Nous ajouterons qu'aucun autre médicament n'est intervenu pour obtenir ce résultat.

L'observation No 2 concerne également une broncho-pneumonie. Le malade qui en fut atteint est un homme âgé de quarante-huit ans, alcoolique invétéré et probablement saturnin. Depuis huit jours il souffre de malaises, de céphalée, avec inappétence. Depuis deux jours un point de côté le tourmente, il est dyspnéique et frissonne. La température est peu élevée, 38°4. L'auscultation du poumon décèle, en outre de râles de bronchite disséminés, l'existence d'un foyer de splénisation et d'hépatisation au sommet gauche. Les urines sont peu abondantes et al-

bumineuses et malgré une température relativement peu élevée, l'état général est mauvais, il y a lieu de craindre une issue fatale. Deux jours après l'entrée, l'état général s'aggrave encore, un nouveau foyer de splénisation pulmonaire apparaît à la base gauche, la température s'élève à 39°5. Le lendemain, 25 juillet, est un jour d'amélioration passagère, car le 26 la température est encore à 39, le pouls au-dessus de 110.

Nous pratiquons les deux jours suivants des injections d'argent colloïdal électrique, la température s'abaisse en deux jours à la normale. Simultanément le malade éprouve un réel bien-être, il est rapidement guéri. Son expectoration a contenu un pneumocoque virulent et très abondant.

Ainsi donc un alcoolique saturnin a guéri d'une broncho-pneumonie à pneumocoques, malgré un mauvais état général : l'argent colloïdal électrique ne peut pas être étranger à cette guérison.

Dans notre troisième observation, il s'agit d'une femme enceinte de quatre mois qui est prise brusquement, la veille de son entrée dans le service, de frissons, de point de côté et de dyspnée. Elle est subictérique ; ses urines sont albumineuses, chargées de pigments biliaires. L'auscultation pulmonaire révèle un foyer de splénisation à la base droite. Au bout de deux jours, l'état général s'aggrave, le pouls s'accélère, on compte 136 pulsations, le thermomètre s'élève à 39°4. La dyspnée est de 60 respirations. Le foyer de la base droite s'est considérablement étendu. Cet état dure quatre jours et est très inquiétant. Nous faisons alors injecter à la malade de l'Electrargol. Dès le lendemain, la température s'abaisse, l'état général s'améliore. A la deuxième injection, le thermomètre marque 37°, le pouls bat 90 pulsations, la respiration est normale. La guérison est définitive. A cause de l'état de gravidité, nous avons craint un instant une issue fatale.

Notre quatrième concerne une pneumonie double. Ayant débuté par les symptômes habituels, cette pneumonie fut d'abord simple ; le foyer situé à la base gauche étant cependant très étendu. La température s'élevait alors à 39°8. Au bout de 4 jours, l'état général s'aggrave, la dyspnée s'accentue, le pouls est à 120, la température à 41°2 ; un nouveau foyer d'hépatation envahit toute la base droite.

Nous pratiquons alors des injections intramusculaires d'Electrargol. Le lendemain matin même de la première injection, la température baisse de près de 2 degrés. Après la deuxième injection, le surlendemain, la déservesence est complète. Un léger épanchement pleural a retardé la sortie du malade de huit jours. Bref, malgré l'étendue considérable des deux foyers d'hépatation, l'hyperthermie excessive, nous avons obtenu une issue favorable à la suite de deux injections d'Electrargol.

A ces résultats thérapeutiques on pourrait opposer l'objection suivante : ces broncho-pneumonies, cette pneumonie double n'auraient-elles pas guéri spontanément sans l'intervention des injections d'Electrargol ? Assurément, sans l'aide d'aucun agent thérapeutique, des

broncho-pneumonies, des pneumonies guérissent. Mais nous devons rappeler que c'est la qualité du terrain sur lequel ces affections se développent qui fait le pronostic de ces pneumopathies. Or il est avéré que l'alcoolisme, le surmenage, la grossesse affaiblissent les sujets, mettent les viscères en état de méiopragie, rendent l'organisme inapte à résister à l'infection pneumococcique. La mort est fréquente chez ces sujets. Nos malades furent : une femme surmenée, une femme enceinte, un homme alcoolique. Ils guérirent tous malgré la gravité de leur état général.

Une de nos observations a concerné une pneumonie à doubles foyers considérablement étendus. L'issue eût pu être fatale : on sait, en effet, que la grande extension des lésions pulmonaires comporte un pronostic sévère. Dans notre cas, la guérison fut rapide.

Nous ferons encore une nouvelle remarque en faveur de l'action de l'Electrargol.

Les effets furent toujours très rapides. L'amélioration de l'état général, la déservesence ne se sont jamais fait attendre plus de vingt-quatre heures après l'injection.

Ce médicament fut le seul mis en œuvre dans tous nos cas.

Ces résultats thérapeutiques viennent en somme confirmer les espérances que l'expérimentation et les données théoriques permettaient de fonder sur les métaux en solution colloïdale.

Le chlorure de calcium dans la pneumonie

Depuis deux ans M. Netter donne le chlorure de calcium aux pneumoniques dont le cœur paraît faible, et il dit n'avoir eu qu'à se louer de son emploi, notamment dans un cas de pneumonie grave avec néphrite.

De son côté, le savant clinicien anglais, Tander Brunton, recommande l'emploi de mêmes sels dans la pneumonie ("British med. Journ., 1907") s'appuyant sur une expérience de plusieurs mois. Il conseille de donner toutes les quatre heures 5 à 10 grains, soit 0,30 à 0,60 de chlorure de calcium. L'usage du calcium, pour cet auteur se justifie par l'influence de ce métal sur les contractions du cœur, et on sait combien l'intégrité de cet organe est importante dans la pneumonie.

FORMULES POUR LES PRESCRIPTIONS DE CHLORURE DE CALCIUM

<i>Potion :</i>	
Chlorure de calcium pur	10 gr.
Eau chloroformée	30 cc.
Teinture d'écorces d'oranges	30 cc.
Eau distillée	90 cc.
<i>Potion :</i>	
Chlorure de calcium pur	10 gr.
Sirop de menthe	60 cc.
Eau distillée	90 cc.
<i>Potion :</i>	
Chlorure de calcium pur	10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	30 cc.
Sirop de punch	30 cc.
Kirsch	40 cc.
Eau distillée	50 cc.

On peut encore simplement ajouter à du lait, un peu de calcium par 15cc. soit par cuillerée à soupe.

Ces diverses potions renferment 6 grammes de chlorure de solution de chlorure de calcium.

La réorganisation des Études Médicales en France

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 11 janvier 1909.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter un décret délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique et portant réorganisation des études médicales.

Pour vous mettre à même de juger de l'importance de la réforme et pour en justifier les dispositions essentielles, je tiens à placer sous vos yeux la plus grande partie du rapport présenté au Conseil supérieur par M. Forge, professeur à la Faculté de l'Université de Montpellier, au nom de la commission chargée par le Conseil d'examiner le projet que je lui avais soumis.

L'organisation actuelle de nos études médicales a des lacunes et des défauts. Assurément, à l'encontre de certaines critiques excessives, nous avons le droit d'affirmer la valeur de la science médicale française, la probité et le zèle de ses praticiens, leur moyenne de savoir et d'expérience équivalente à celle des médecins de n'importe quel pays et notre éminent collègue, le professeur Bouchard, a fait entendre, sur ce point, une légitime protestation.

Mais il est réel que la formation professionnelle du jeune médecin n'est point assez pratique ; que les sciences médicales ont, dans ces dernières années, développé considérablement leur champ de recherches et que l'éducation technique de l'étudiant doit évoluer selon ses progrès ; que les programmes d'études et les répartitions d'examens sont en une grande discordance, très préjudiciable ; que les examens sanctionnent un travail presque exclusivement "livresque" et de pure mémoire ; que l'enseignement clinique et le stage sont insuffisamment réglés et contrôlés ; que le stagiaire ne participe pas assez activement à la pratique de l'hôpital ; qu'il n'est pas convenablement instruit des éléments des spécialités.

Sur ces critiques, maîtres, praticiens et même élèves (car ils ont bien voix au chapitre) sont unanimes. Et le considérable mouvement d'opinion corporative qui s'est manifesté dans le congrès de Paris et de Lille montre, à côté de points très discutables, cet accord des médecins à demander un enseignement professionnel plus conforme aux nécessités de l'heure présente.

Un arrêté en date du 4 Mars 1907 a institué au ministère de l'Instruction publique une Commission chargée de rechercher quelles modifications il y avait lieu d'apporter dans l'organisation des études médicales. Cette Commission s'est réunie le 15 mars 1907 sous la présidence de M. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris. Elle a constitué une sous-commission, avec mandat d'élaborer un projet et d'en faire un rapport. Cette sous-commission a tenu quatorze séances et a désigné comme rapporteur M. Pierre Teissier, agrégé près la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux

Les travaux de la Commission plénière ne se sont terminés que les 21 mars 1908. Ce sont les avis et les vœux qu'elle a formulés à la suite de la discussion détaillée du très remarquable rapport de M. Teissier qui constituent les bases fondamentales du projet du décret soumis à votre délibération. Il s'agit donc là, en vérité, d'une oeuvre de réglementation longuement examinée. Sans doute, elle ne saurait prétendre être parfaite, en raison des imprévus et des détails d'application, ni définitive, en raison des incessantes transformations de la science médicale. Mais elle marque un effort considérable vers une amélioration pratique de notre enseignement. Elle est l'aboutissant de la collaboration, très libéralement autorisée, de membres du corps enseignant et de praticiens, également soucieux de l'intérêt général de notre état.

Un premier point réglé, par le titre 1er, vise la durée des études, les conditions de grades, les inscriptions, le livret scolaire. Les études en vue de doctorat en médecine dureront cinq années. Avec le P. C. N., les deux années de service militaire, l'imprévu de la vie scolaire, il est certain qu'il sera désormais difficile d'être docteur avant vingt-six ans. Mais la Commission a jugé que cette prolongation était rendue nécessaire par l'étendue des matières à enseigner.

Le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire est exigé de tous aspirants au doctorat en médecine. Les Facultés, les associations médicales rappellent, avec une insistance très justifiée, que le futur docteur en médecine doit avoir, en raison même de l'importance sociale de la profession, une forte éducation intellectuelle et littéraire. Déjà, nous voyons avec regret que cette culture humanitaire tend à fléchir.

Il est tout à fait important, pour garder à notre état son niveau moral élevé, pour limiter la pléthore, pour préserver l'accès de notre profession de l'invasion en masse de d'élèves ayant une préparation pré-médicale insuffisante ou d'étrangers à certificats très contestables, qu'aucune infraction ne soit faite désormais à cette règle, que les étrangers voulant exercer la médecine en France soient soumis aux mêmes obligations que nos nationaux, et que les dispenses par lesquelles on arrive à tourner ce règlement soient entourées de garanties les plus sévères. Il y va de la sécurité et de la probité de notre profession.

Un livret scolaire est établi au nom de chaque étudiant excellente disposition qui constituera, pour les examens, un élément d'appréciation autrement motivé que le hasard d'une trop brève interrogation.

Le futur médecin tirera son éducation professionnelle de trois sources : 1e la leçon théorique ; 2e le travail pratique dans les laboratoires ; 3e le stage à l'hôpital.

Le titre II du projet fixe la répartition de ces trois ordres d'enseignement.

Une disposition importante précise la concordance nécessaire des programmes d'enseignement et de travaux pratiques qui, chaque année, seront délibérés en assemblée, soumis au ministre, publiés au début de l'année scolaire et contrôlés comme application par le doyen. Cette

mutuelle discipline des maîtres est indispensable, sinon, le professeur dont rien ne limite l'initiative ou ne subordonne l'action personnelle à un programme d'ensemble se cantonne dans un enseignement fragmentaire ou bien donne à certains sujets, qui rentrent dans l'objet de ses études particulières, une ampleur démesurée ; les mêmes matières, d'intérêt professionnel plus attachant, sont reprises successivement par divers maîtres, tandis que d'autres plus humble comme sujet mais de portée pratique considérable, comme les fractures et les plaies, demeurent traitées. Parmi les enseignements annexes, signalons la déontologie, dont l'importance est bien justifiée par le besoin d'instruire le futur médecin de ses droits et de ses devoirs, et la stomatologie, innovation qui donne satisfaction aux vœux adoptés par nos congrès corporatifs.

A propos de l'enseignement de la physique appliquée à la médecine, la Commission a appuyé un vœu de l'Académie des sciences, présenté par M. Bouchard, tendant à ce que, dans le projet de réforme des études médicales, une importance plus grande soit accordée aux études et aux examens pratiques de radiologie.

L'hôpital dans une École médicale idéale, devrait être le centre de l'enseignement. En tout état de choses, le stage hospitalier, efficace et contrôlé, est le plus important élément de la formation professionnelle du futur médecin.

Des leçons théoriques courtes et soumises à un programme concerté ; des travaux pratiques prolongés ; un stage clinique qui commence dès l'inscription à la Faculté voilà les trois conditions d'une éducation médicale répondant à la pratique actuelle de notre État. C'est dans les salles de dissection, c'est dans les laboratoires, c'est surtout au lit des malades que se forme le praticien.

Les élèves de première année sont groupés dans des services réservés et y reçoivent un enseignement élémentaire de sémiologie : c'est la première étape d'initiation clinique, et il est sage d'écarter des salles d'opérations les élèves qui dissèquent.

Tous les stagiaires sont associés, dès la troisième année, aux consultations et aux gardes d'hôpital.

Voilà un progrès important ; cette disposition, qui nécessitera évidemment des ententes entre les Facultés et les administrations hospitalières, répond à un vœu que tous nos confrères formulent. Au lieu de cette forme passive de l'instruction clinique des élèves qui, actuellement, hormis les internes et les externes, ne prennent aucune part aux besognes du service, le stagiaire remplira un rôle d'aide actif, plus intéressé, mieux responsable, suivant les malades avec plus de zèle et de profit, coopérant aux gardes et, par là, s'initiant aux premières occupations de son rôle de demain, à la médecine et à la chirurgie d'urgence.

Cette organisation du stage comporte, surtout à Paris, l'extension large des cliniques d'instruction, l'ouverture très libérale des services des hôpitaux à l'enseignement. Elle entraîne aussi, à notre sens, une réorganisation in-

dispensable des laboratoires, des cliniques : il faut que leur outillage et leurs ressources budgétaires s'adaptent à cette amplification de l'enseignement clinique.

Dans la répartition des enseignements, notons dès la première année, et comme introduction à l'étude de la médecine, un enseignement facultatif de pathologie générale. Cet enseignement devra se borner évidemment aux notions élémentaires sur les grands processus : la fièvre, l'inflammation, l'infection, etc. Ces rudiments de la pathologie générale habitueront les jeunes étudiants à comprendre les actes morbides et les lois qui les régissent. Il appartiendra à chaque Faculté d'organiser ces conférences élémentaires.

Pour les deux premières années, la rédaction du projet de décret est ainsi modifiée : l'histologie sera enseignée pendant les deux semestres d'été de la première et de la deuxième année ; l'embryologie reportée au deuxième semestre de la deuxième année ; l'anatomie est partagée entre les deux semestres d'hiver : pendant celui de la première année, ostéologie et anatomie descriptive, y compris le système nerveux périphérique ; pendant celui de la deuxième année, achèvement de l'anatomie descriptive, y compris le système nerveux central, et anatomie topographique.

Les examens constituent actuellement le point très faible de l'organisation de notre enseignement médical. Ces examens éparpillés dans tous les cours de l'année, où nul compte n'est tenu des interrogations et de travaux pratiques, ni de l'assiduité clinique et qui se préparent à toute vitesse par la lecture du plus bref manuel, ne sont pas la constatation normale et juste d'études régulières.

Avec le projet actuel, de grands progrès sont réalisés : 1^o le parallélisme de l'enseignement et de l'examen appelé à le contrôler ; 2^o le rétablissement de l'ancien examen de fin d'année qui, pour chaque période scolaire, dresse le bilan des notions acquises et oblige à une récapitulation méthodique ; 3^o les examens de travaux pratiques qui sanctionnent l'assiduité par une épreuve pratique et par des interrogations ; 4^o la suppression des examens à matières multiples ; 5^o le groupement des examens de fin d'année en deux sessions, ce qui ne peut qu'accroître notablement leur importance, la valeur exacte de leur contrôle par la comparaison des épreuves groupées en séries, leur autorité et leur constante rigueur, au lieu du laisser-aller qui résulte actuellement, de l'irrégulier échelonnement, des examens en ordre dispersé.

A propos de l'article 39, visant la soutenance de la thèse, il doit être entendu que le mot professeur, mentionné par l'article 20 du décret de 1883, s'applique aux agrégés aussi bien qu'aux titulaires.

Telles sont, monsieur le Président, les grandes lignes du décret portant réorganisation du doctorat en médecine. J'ai le ferme espoir que ces nouvelles dispositions fortifieront les garanties dont l'État a le devoir d'entourer le droit d'exercer la médecine et contribueront à maintenir le renom de la science médicale française.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux Arts.
Gaston DOUMERGUE.