

PAGE

MANQUANTE

# Clinique Médicale de l'Hôpital Notre-Dame

## LEÇON D'OUVERTURE

Eloge du Prof. J. P. Rottot ; l'enseignement de la clinique médicale à Notre-Dame ; par le Dr E. P. Benoit, professeur de clinique médicale à l'Université-Laval, médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Messieurs,

Vous avez sans doute appris, pendant les vacances, les changements survenus à la Faculté de Médecine de l'Université-Laval à Montréal. Vous savez, entre autres choses, que notre cher maître et vénéré doyen, le professeur Rottot, après un demi siècle de pratique et plus de quarante années d'enseignement, a résolu de prendre sa retraite à la Faculté et à l'Hôpital, voulant consacrer l'activité qui lui reste et il demeure, malgré son âge, toujours actif à sa clientèle de ville et sa consultation de bureau.

Tenant compte de mes neuf années d'enseignement en qualité d'agrégé, soit au cours théorique de pathologie interne, soit comme assistant du professeur Rottot à la clinique, la Faculté de Médecine a jugé bon, à sa séance du 8 septembre courant, de me nommer professeur titulaire de clinique médicale à l'hôpital Notre-Dame, en remplacement de mon maître.

Malgré la fierté bien légitime, vous le comprendrez sans peine, que j'éprouve de ma nomination, cependant je regrette sincèrement d'être privé si tôt des conseils sages et judicieux, de l'expérience sûre de mon vieux maître, et d'être appelé à lui succéder dans cette chaire à un âge où il nous reste encore tant de choses à apprendre. On m'a confié là, je m'en rends très bien compte, une grande responsabilité. J'espère, avec de la bonne volonté, de l'application, du travail, y faire honneur. Je sais que je puis compter sur vous—nous étions ensemble l'année dernière—pour me faciliter ma tâche.

L'enseignement médical restera dans cette clinique, autant du moins que je pourrai, ce qu'il était sous la direction du professeur Rottot : sage, judicieux et pratique. Ni moi ni mes assistants n'avons l'intention de vous éblouir de notre érudition, de faire défiler devant vous toutes les théories, toutes les hypothèses si brillantes, mais si peu stables, que l'on

rencontre à chaque pas dans la pathologie. Ici comme à l'Hôtel Dieu, nous viserons à vous enseigner, en fait de clinique, que ce qui est éprouvé par le temps, l'expérience et définitivement acquis. Nous nous efforcerons, mes assistants et moi, de vous inculquer un enseignement aussi complet, aussi pratique, aussi sûr que possible : pour cela, nous ne négligerons rien des méthodes modernes, mais en ne perdant pas de vue que vous serez appelés, en sortant de l'Université Laval, non pas à résoudre des hypothèses scientifiques, mais à exercer votre profession avec distinction, habileté et jugement. Aussi, dans l'enseignement que je compte vous donner et dont je vous exposerai dans un instant le programme et les méthodes, je m'inspirerai de l'exemple qu'à toujours donné le professeur Rottot dans sa carrière professionnelle.

\* \*  
\*

Il n'y a pas aujourd'hui, dans notre profession, une figure plus universellement respectée que celle du docteur Rottot. C'est que la carrière du docteur est remplie de probité et de dévouement, de sagesse et de tolérance, et que vous y chercheriez en vain un mot, un acte qui ne soit empreint de la plus parfaite dignité professionnelle. Cet homme là n'a que des admirateurs et des amis ; j'ai l'honneur d'être au nombre de ces derniers, et je dois trop à l'amitié et à l'enseignement de mon maître pour résister au plaisir de vous rappeler, au début de cette leçon d'ouverture, de cet exposé du cours, les qualités les plus évidentes qui ont dû vous frapper chez mon vénéré maître : je veux parler de son amour des étudiants, de sa sagesse et de ce que j'appellerai son "inquiétude" de la science.

De son amour pour vous, Messieurs les étudiants, vous en avez eu maintes fois les preuves. Le prof. Rottot n'avait pas de plus grand plaisir que d'être avec vous, soit au lit des malades, soit à l'amphithéâtre, et de vous parler de médecine et de thérapeutique. Il s'est toujours préoccupé de savoir si vous compreniez bien les leçons qu'il vous donnait. Il cherchait constamment les cas qui pouvaient le plus vous intéresser. Enfin il insistait beaucoup plus sur que le moment des examens venu, on s'efforçât de vous mettre à l'aise, de ne pas vous brusquer, de vous poser des questions claires, faciles à comprendre. Ceux d'entre vous qui ont eu recours à ses conseils et à son aide ont toujours trouvé chez lui une obligeance aimable, une grande bonté ! Quelques uns ont dû directement à son intervention la reprise de leurs examens.

La sagesse du prof. Rottot, dans les choses médica-

les, découle d'une grande expérience guidée par un jugement sûr. L'enseignement qu'il vous a donné a été celui d'un homme qui voit clair et loïn. Jamais, dans nos causeries au sujet des malades du service, je ne l'ai entendu émettre une opinion à la légère ou se contredire lui-même. Jamais, dans ces leçons, il n'a montré d'enthousiasme pour une théorie particulière ou pour un système tout spécial. Il vous disait tout bonnement ce qu'il croyait être la vérité, et, lorsque son opinion n'était pas formée, il avait la sincérité de l'admettre. Que de fois ne vous a-t-il pas mis en garde contre une idée hasardeuse, ou mal démontrée ! Mais, par contre, lorsqu'il s'agissait d'établir un diagnostic, de formuler un traitement, vous constatiez immédiatement sa grande expérience, son tact, son autorité incontestée. S'il repousse certaines théories parce qu'elles ne lui paraissent pas suffisamment démontrées, ou du moins parce qu'il leur refuse toute l'importance qu'on leur accorde, par contre il se préoccupe beaucoup de l'amélioration de ses malades, et ne néglige pour cela aucun moyen. Il apporte dans l'exercice de son art une grande conscience, et, je le répète, une grande sagesse.

Cela ne l'empêche pas de s'intéresser à tous les problèmes les plus récents de la médecine. A ce sujet, je n'ai qu'à vous rappeler les leçons qu'il vous donnait, l'hiver dernier, sur la cellule et sur l'inflammation. Vous avez pu constater qu'il possède, sur ces questions encore à l'étude, et non complètement résolues, des idées bien nettes, bien arrêtées. La définition qu'il vous a donnée de l'inflammation : "L'inflammation est un fait vital, c'est une altération des fonctions organiques," vaut bien celle qu'en ont donnée les maîtres d'aujourd'hui, Bouehard, Letulle ou Courmont. Si, par contre, sur certaines questions de pathologie générale, comme par exemple : l'infection, il vous a fait des réserves, c'est que, pour lui, les phénomènes infectieux ne suffisent pas à tout expliquer, et qu'ils ne sauraient changer les bases fondamentales de la médecine, qu'on ne saurait appuyer sur ce seul point tout un système médical. Voilà des opinions qui sont au moins éminemment respectables et qui prouvent combien, durant une longue carrière où il a vu bien des idées changer et se remplacer, le prof. Rottot a eu la préoccupation de tout ce qui peut nous donner l'explication de la pathologie. C'est le sentiment que j'ai appelé tout à l'heure son "inquiétude" de la science. Il dénote, chez celui qui le possède, une grande valeur intellectuelle. Je souhaite que, dans votre carrière médicale, vous possédiez tous cette même préoccupation pour vous guider dans

vos expériences, et vous aider à asseoir votre propre jugement.

Le prof. Rottot a toujours insisté pour que, dans l'enseignement qu'on vous donnait à cette clinique, on s'efforçât de développer, non seulement l'esprit d'observation et le savoir faire, mais encore et surtout le tact médical, le jugement. Et c'est en m'inspirant de cette recommandation de mon maître que je vais maintenant, aussi brièvement que possible, vous exposer les principes qui nous guideront dans notre enseignement.

\* \*

L'exercice de la profession médicale repose sur deux bases fondamentales, qui doivent être aussi solides l'une que l'autre et se prêter un mutuel appui : l'art et la science. Le médecin doit savoir, d'une part, observer les malades, reconnaître le mal dont ils souffrent et leur administrer à propos, sous la forme convenable, le remède indiqué. C'est l'art de la médecine, qui s'acquiert par la pratique et l'expérience. Le médecin doit en outre, avant d'énoncer un diagnostic ou de formuler un traitement, analyser chaque cas qu'il observe à la lumière de ses connaissances, juger de la nature et de la gravité de la maladie, et connaître les meilleurs remèdes à lui opposer. C'est la science médicale, qui s'acquiert par l'étude et le travail et s'applique avec sûreté lorsque le jugement est exercé par l'expérience et soutenu par la mémoire. Pour devenir bon médecin, il faut donc faire la part des connaissances acquises de la science et celle de leur mise en pratique, c'est-à-dire l'art : il faut être à la fois instruit et entraîné, acquérir du savoir faire et développer son jugement. Vos études seraient incomplètes si elles ne visaient pas à atteindre ces deux buts à la fois. C'est pourquoi l'on ne comprend pas, aujourd'hui, l'enseignement de la médecine sans la pratique des hôpitaux, où l'on met à profit la présence des malades.

Ils seront, ces malades, l'occasion pour vous de vous exercer à la technique médicale, c'est-à-dire aux méthodes d'examen et d'analyse, qu'on apprend mieux par l'exemple que par la lecture. Elles sont nombreuses, ces méthodes, et quelques-unes mêmes assez compliquées. Cependant, lorsqu'on les ignore, un malade est un livre difficile à déchiffrer. Les symptômes sont nombreux, variés et pas toujours apparents. Il faut les chercher souvent pour les trouver. Une observation n'est pas complète si l'on n'a pas examiné, un par un, tous les organes, tous les systèmes, et en s'y prenant de la bonne manière. Il y a là, pour vous qui débutez, des obstacles

considérables : l'auscultation du thorax, la palpation de l'abdomen, l'examen du système nerveux, pour ne citer que quelques cas très généraux, demandent une application et une méthode rigoureuses qui sont à la base de l'art médical, et cependant que tout médecin-praticien doit posséder. Je ne parle pas des analyses de laboratoire, plus difficiles encore, qui exigent le plus souvent la main d'un spécialiste, mais dont on doit connaître au moins la signification. Il y a là de nombreuses notions pratiques qu'on n'apprend qu'auprès des malades et qu'on n'apprend, étant étudiants, qu'à la clinique. Voilà pour ce qui concerne l'art médical et ce n'est, je vous l'ai dit, qu'une partie de vos études.

En effet, l'observation la mieux faite, l'analyse la plus détaillée n'acquièrent leur complète valeur que si l'on peut en déduire l'enseignement qu'elles comportent au point de vue scientifique. Il faut, après l'observation ou l'analyse, savoir synthétiser si l'on veut se distinguer dans la profession qu'on exerce et en recevoir toutes les joies intellectuelles qu'elle peut donner. Ceci, je l'avoue, ne demande pas simplement de la pratique : il faut du jugement. C'est le savoir, qui vient donner à l'art toute sa maîtrise. Pour juger un médecin, il faut non-seulement le voir examiner un malade, mais surtout entendre ce qu'il en dit, et aussi, dans une discussion médicale, comment il interprète les problèmes scientifiques.

Eh bien, l'enseignement clinique doit viser, non seulement à vous initier à la technique des examens et à l'observation, mais encore à former votre jugement. C'est ici que l'enseignement universitaire acquiert sa pleine valeur et que le professeur devient plus utile que le malade et que le démonstrateur : après avoir vu, il s'agit de comprendre. N'est-ce pas là une chose de première importance ? Et pourriez-vous être bons médecins sans cela ? La réponse est facile à donner.

Pour former votre jugement, il faut donc que vous connaissiez toutes les questions importantes se rattachant à la cause des maladies, à leur pathogénie, à l'effet qu'elles peuvent avoir sur l'organisme. Le médecin ne saurait être satisfait parce qu'il a trouvé qu'un symptôme existe ; il faut qu'il sache pourquoi il existe, et quelles en sont les conséquences. Il ne s'agit pas seulement de prescrire, il faut savoir en même temps prévoir et prévenir. Il faudra donc, à la clinique, vous exercer à regarder, à écouter, à examiner les malades, et c'est dans les salles, auprès d'eux, que vous y arriverez le plus vite ; mais il vous faudra aussi connaître les données classiques qui doivent vous aider à juger vos ma-

lades, et c'est à l'amphithéâtre que ces notions vous seront expliquées.

L'enseignement se donnera en deux parties : dans les salles et à l'amphithéâtre. Dans les salles, vous serez divisés par groupes, et vous ferez du travail personnel sous la direction des assistants du service et de moi-même. On vous apprendra à questionner les malades et à les examiner, comment pratiquer la palpation, la percussion, l'auscultation, comment interpréter le pouls et la température, comment faire la saignée, la thoracocentèse, la ponction abdominale ou lombaire, comment appliquer les ventouses, les scarifications, les sangsues, comment formuler le traitement. Vous suivrez les malades, la marche de la maladie ; vous constaterez les effets du traitement ; vous analyserez les complications qui pourront survenir ; enfin, dans les cas de mort, on vous fera voir les lésions à l'autopsie. Lorsque les cas demanderont des analyses spéciales : bactériologiques, cytologiques, hématologiques, ou urinaires, on vous en fera voir les résultats, et au besoin la technique ; vous assisterez aux examens de radioscopie. Enfin certains symptômes vous seront montrés à l'aide d'instruments spéciaux : sphygmomètre, sphygmographe, hématomètre, spectroscope, crytomètre, dynamomètre, etc.

À l'amphithéâtre, on vous expliquera toutes les grandes questions de pathologie et de thérapeutique en rapport avec les malades actuellement dans les salles, et que vous aurez déjà vus. De plus, certains cas spéciaux, présentant un intérêt particulier, ou encore certains malades que leurs symptômes rendront plus démonstratifs que d'autres pour l'enseignement, seront présentés à toute la classe. On vous fera voir aussi des malades en série, afin d'illustrer les différentes phases d'une maladie. Au besoin, on pourra compléter ces leçons par des schémas, des tableaux synoptiques, des projections lumineuses, des présentations de pièces anatomiques. Rien ne sera négligé pour rendre ces leçons aussi intéressantes que possible et les fixer dans votre mémoire.

Evidemment, je vous esquisse là un programme qui ne sera peut-être pas tout de suite rempli à la lettre. L'installation du service, tel qu'il existe maintenant, ne permet pas la division des élèves en un nombre considérable de groupes. Notre laboratoire laisse beaucoup à désirer. Notre instrumentation n'est pas encore très complète. Ce sont des défauts auxquels nous avons l'intention de remédier aussi vite que les circonstances nous le permettront. Mais nous suivrons la méthode d'enseignement que je viens de vous énoncer et, je l'espère, pour votre plus grand bien.

Voici donc quel sera le programme de la clinique médicale à l'Hôpital Notre-Dame :

### LUNDI

10½ hrs.—Enseignement au lit des malades, et de préférence observation des cas identiques.

11½ hrs.—Leçon didactique à l'amphithéâtre sur un point de sémiologie relatif aux cas observés.

### MERCREDI

10½ hrs.—Observation dans les salles des malades qui n'ont pas été vus le lundi.

11½ hrs.—Clinique à l'amphithéâtre sur la pathogénie, l'étiologie, l'anatomie ou la physiologie pathologiques, et toujours en rapport avec des cas actuellement dans le service.

### VENDREDI

10½ hrs.—Dans les salles, revue des malades de la semaine, surtout au point de vue de l'évolution des maladies et des effets du traitement.

11½ hrs.—Leçon à l'amphithéâtre de thérapeutique appliquée.

Tel est notre programme, du moins dans ses grandes lignes. Vous comprenez qu'en clinique un programme ne saurait être invariable. Nous sommes guidés par la qualité des malades, c'est-à-dire par les hasards du service. Il pourrait donc arriver, certaines semaines, que l'ordre des leçons soit interverti : il pourrait arriver aussi qu'une leçon soit modifiée. L'important, c'est que vous ne perdiez rien de tout ce qui se présentera d'intéressant dans le service et qu'on ne vous fasse jamais manquer l'occasion de vous instruire. Lorsqu'un cas urgent nous sera amené, par exemple, nous l'examinerons de préférence à tout autre. De même nous ne laisserons jamais passer une autopsie sans profiter de l'enseignement si complet que donne toujours l'ouverture d'un cadavre. Lorsque quelque malade exigera une analyse spécialement intéressante au laboratoire, ou un examen instructif au cabinet de physique (rayons X ou l'électricité), nous tâcherons d'y assister. C'est ainsi, en mettant tout à profit, que nous nous instruirons et que les cliniques offriront de la variété et de l'intérêt.

\* \*

Telles sont, messieurs, les considérations pédagogiques dont je désirais vous faire part avant de commen-

cer la session universitaire. Elles vous donneront une idée de l'organisation du service au point de vue de l'enseignement, et surtout vous feront comprendre l'importance, pour vous, de mettre à profit le temps que vous êtes ici, puisque c'est à la clinique que vous complèterez votre formation médicale, que vous vous préparerez le mieux à devenir des médecins compétents. Nous comptons sur votre assiduité, sur votre attention, et nous vous efforcerons, en retour, de vous donner les notions nécessaires pour vous mettre à même de diagnostiquer les maladies et à aider les malades.

Hôpital Notre-Dame, 16 septembre 1908.

## Communication présentée au Congrès Canadien de Médecine à Ottawa, juin 1908

### L'Hémoptysie de la tuberculose pulmonaire

PAR J.-H. ELLIOT, B. A. M. D. TORONTO

L'Hémoptysie est un des symptômes ordinaires de la tuberculose pulmonaire. Elle est variable comme quantité, comme période de la maladie pendant laquelle elle se montre, comme durée et enfin comme gravité. — On la rencontre dans le cours de presque tous les cas de tub. pulm. Divers auteurs la rapportent dans les  $\frac{2}{3}$  des cas (Louis) dont la  $\frac{1}{2}$  fut assez abondante (plusieurs onces); Samuel Morton dans les  $\frac{2}{3}$ . Andral dans les  $\frac{5}{6}$ , Ualska dans 81/100, West dans 80/100, Browne cite diverses autorités donnant 44 à 80/100 et croit que 60/100 est une bonne moyenne, l'institut Phipps donne 48/100 comme moyenne de 2300 cas.—

### SEXES ET AGE

L'hémoptysie se rencontre un peu plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. Elle survient à n'importe quel âge. Cependant chez les hommes c'est de 20 à 40 ans, l'âge du travail, qu'on la voit. Les pertes de sang occasionnant la mort sont aussi plus fréquentes chez les hommes.

## TEMPS

L'hémoptysie se rencontre dans toutes les variétés de tuberculose et à n'importe quelle période de la maladie. Elle est plus marquée dans la forme chronique que dans la forme aiguë et peut être très dangereuse et fatale même avec peu de lésions pulmonaires. — Les cas les plus graves se rencontrent dans la période des cavernes. Cependant beaucoup de malades qui présentent un processus ulcératif n'ont jamais d'hémoptysie.

## FRÉQUENCE

Il est rare qu'un malade n'ait qu'une seule hémorragie. Plusieurs en ont de nombreuses, sans être jamais fatales.

## QUANTITÉ

Elle varie beaucoup de quelques traces dans les crachats jusqu'à une chopine et plus. Elle peut avoir une terminaison brusque sans récurrence ou se renouveler régulièrement pendant plusieurs jours et semaines. — Dans la majorité des cas elle est légère (moins d'une moitié d'once) On peut la diviser en 1<sup>o</sup> quelques traces, 2<sup>o</sup> légère, 3<sup>o</sup> modérée, 4<sup>o</sup> abondante. — Généralement le sang se coagule immédiatement après son expectoration. Il en est ainsi pour le sang qui se trouve dans les bronches, car dès que le sang liquide cesse de sortir, le malade expectore des caillots. Quand l'hémoptysie a été un peu considérable on peut voir des caillots dans les crachats pendant plusieurs jours après l'accident.

Le sang peut venir de la muqueuse bronchique congestionnée, des capillaires pulmonaires hyperhémisés ou bien, si l'hémorragie est assez considérable d'un anévrysme ou d'une ulcération de l'artère pulmonaire. La veine pulmonaire est rarement touchée. L'hémorragie fatale est généralement toujours occasionnée par un anévrysme pulmonaire qui se rupture ; ces anévrysmes sont plutôt petits, variant en grosseur d'un pois à une cerise et situés dans le pourtour des cavernes ou suspendus en plein milieu en les traversant de part en part. Ces anévrysmes sont ordinairement uniques mais on en rencontre quelquefois plusieurs et même ils peuvent remplir une caverne entièrement.

## CAUSE :

La faiblesse et l'ulcération graduelle des parois artérielles et le manque de support des tissus environnants, l'effort violent occasionné par la toux ou une

pression anormale de sang dans les vaisseaux sanguins sont les causes ordinaires de l'hémorragie.

Dans quelques cas on peut trouver dans les précédentes 24 heures, ou même immédiatement avant l'hémorragie, l'histoire d'un travail violent et en dehors des habitudes du malade. Dans les  $\frac{2}{3}$  des cas, l'hémorragie survient au petit jour ou pendant les moments que le patient se repose. Précédée parfois d'une douleur dans la poitrine, elle survient en d'autres temps, tout-à-fait inattendue et le premier avertissement que le malade en a c'est un goût de sang dans la bouche. Quelques statistiques montrent une recrudescence au printemps et en automne. Des docteurs ont voulu y voir l'influence du pneumocoque, d'autant plus possible que les travaux de l'institut Phipp accusent la présence fréquente de ce microbe dans le sang expectoré.

## EFFETS

Samuel George Morton écrit que la quantité du sang perdu n'explique nullement la dépression physique et morale qui suit une hémoptysie. Cette dépression est assez marquée : nul autre symptôme ne cause autant de frayeur au patient pendant tout le cours de la maladie.

J'ai connu une malade dont la terreur était telle que, jour et nuit, quand sa garde malade n'était pas près d'elle, elle tenait dans sa main le bouton de sa cloche d'appel. Quelquefois l'hémorragie du début attire l'attention du patient et c'est alors un vrai bienfait pour lui car la peur le pousse chez un médecin, qui fait le diagnostic de tuberculose. Au début de la tuberculose l'hémorragie peut s'arrêter subitement et ne plus revenir.

A une période avancée de la maladie les suites peuvent être plus marquées.

Une partie de sang peut rester dans la caverne ou être transportée dans une autre portion de l'arbre aérien. Ce sang étant un excellent milieu de culture avec les conditions favorables de température, d'humidité et d'obscurité, la flore microbienne du poumon malade s'y développe rapidement. C'est ce qui provoque des foyers de broncho-pneumonie avec absorption de toxines dont les symptômes—pouls rapide, température, toux opiniâtre, et respiration fréquente, sont si souvent observés après une légère hémorragie.

Il arrive même quelquefois qu'une tuberculose miliaire soit la suite de la mise en liberté [du microbe par l'hémorragie. Nous devons aussi avoir à la mémoire le fait qu'une légère hémorragie, dans un cas de tuberculose avancée, précède une hémorragie plus considérable.

*A Suivre*

# MOUVEMENT MEDICAL

## L'ictère du nouveau-né

Pendant longtemps on a discuté au sujet de la nature de l'ictère du nouveau-né. Certains auteurs le rattachaient aux ictères par angiocholite, d'autres aux ictères d'origine sanguine. Les recherches récentes de J. Sabrazès et Leuret (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 15 mars 1908, no 11) permettent de prendre parti d'une façon définitive pour la théorie sanguine.

Ces auteurs ont cherché à mettre en évidence les symptômes qui d'après M. Chauffard et, plus récemment d'après MM. Widal, Abrami et Brulé, caractérisent le syndrome de l'ictère hémolytique. Les symptômes se résument sous deux grands chefs : diminution de la résistance globulaire aux solutions salines, existence de granulations, dans un certain nombre d'hématies (quand on colore une lame sèche de sang étalé et non fixé par le colorant de Pappenheim). On sait quelle importance la recherche de ces hématies granuleuses prend dans le diagnostic des ictères, puisque leur existence fait défaut dans tout ictère qui n'est pas hémolytique. Chauffard et N. Fiessenger, Widal, Abrami et Brulé ont fixé d'une façon définitive ce point du diagnostic différentiel.

En appliquant ces données à l'ictère du nouveau-né, Sabrazès et Leuret signalent la constance d'hématies granuleuses en abondance dans le sang de ces petits malades. Dès que l'ictère disparaît, les hématies granuleuses ont baissé jusqu'à un taux normal très faible et peuvent même parfois se réduire à zéro. En pleine acmé ictérique, leur nombre n'atteint pas les valeurs de 15 à 18 000, signalées dans l'ictère congénital de l'adulte ; il ne dépasse guère 6 000.

La résistance globulaire du nouveau-né ictérique est de même diminuée. Leuret (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 13 mars 1908) rapporte le résultat de ses expériences à ce sujet. La diminution de la résistance n'est que transitoire et fugace ; elle n'existe que dans la période de début avant l'ictère. Au stade d'ictère confirmé, la résistance se relève jusqu'à devenir normale. En même temps, le sérum sanguin et les urines redeviennent plus pâles et les tissus et organes imprégnés de pigments hématiques rouges les désoxydent et en font des pigments jaunes engendrant l'ictère. Cette diminution de la résistance globulaire est proportionnelle à l'intensité de l'ictère, si bien qu'il est possible de pré-

voir quels enfants auront de l'ictère et quel en sera le degré.

Pour Leuret, cette diminution de la résistance globulaire, n'existant pas depuis la naissance, apparaît comme un phénomène de réaction vitale et ne se produit pas d'une façon très intense chez les prématurés voués à une mort rapide, chez qui les phénomènes de résistance ne s'ébauchent même pas.

Il semble même à cet auteur que les globules sanguins du fœtus, mal adaptés à la vie extra-utérine, soient voués à une hémolyse rapide, dès que les actes vitaux (digestifs, respiratoires, etc.) mettent en circulation dans le sang des substances hémolysantes qui détruisent les premiers globules sanguins.

Ainsi, l'hémolyse du nouveau-né est un phénomène physiologique : il n'y a, dans la pathogénie de l'ictère hémolytique, qu'une question d'intensité et de rapidité plus grande du phénomène de destruction globulaire : il en résulte, l'ictère due à la mise en liberté des pigments globulaires, d'où aussi la diminution de la résistance globulaire.

## Syphilis et tabès

On a récemment étudié les rapports du tabès avec la syphilis à l'aide de la méthode de Wassermann, en recherchant les anticorps spécifiques dans les humeurs de l'organisme. Car la présence des anticorps étant assurée, les indications du traitement anti-spécifique sont précises. Il y a plus : l'intérêt théorique, car la nature étiologique du tabès en sera éclairée d'autant.

Le Dr Albert Schütze a examiné d'après cette méthode 100 tabétiques, se servant chez eux du sang ou du liquide céphalo-rachidien. Il rapportait dernièrement dans le *Zeitschrift für Klin. Med.*, le résultat de ses recherches. Chez soixante-six malades les réactions furent positives, indiquant ainsi une infection syphilitique antérieure, bien qu'elle fut niée par un bon nombre d'entre eux. Les mêmes recherches, quant à la présence des anticorps syphilitiques, faites après le traitement donnèrent l'impression que la réaction était fortement diminuée alors. Ceux qui n'avaient pas suivi de traitement antérieur énergique la manifestèrent d'une façon intense.—les traités témoignant du contraire.

Cette méthode de Wassermann est donc une nouvelle acquisition au chapitre de l'immunité.

E. SAINT-JACQUES.

# CHRONIQUE MÉDICALE

Les Congrès battent leur plein un peu partout. C'est ainsi que nous relevons encore actuellement en session à Bruxelles, le Congrès de la Société Internationale de Chirurgie. Aucun Congrès, à notre connaissance, n'a été si minutieusement organisé ni aussi supérieurement. Il n'y sera fait que des communications de toute première valeur,—dont nous ferons part à nos lecteurs.

\*\*\*

La lutte anti-tuberculeuse s'organise de plus en plus active et effective à Montréal. Un comité général, composé de médecins de nos hôpitaux et Universités ainsi que de laïques philanthropes, est à organiser pour novembre prochain une "exposition" et un congrès local dans ce but. Des conférences seront données au grand public, tandis que les enfants d'école dans les matinées viendront visiter cette exposition et recevront des explications sur ce sujet. Nous aurons occasion d'en reparler.

\*\*\*

*IIIe Congrès international pour l'assistance des aliénés* (Vienne, le 7 au 11 octobre 1908).—Le Congrès embrassera toutes les questions de l'assistance des aliénés ; donc, il ne s'agira pas seulement des thèmes d'un intérêt purement médical, mais aussi les personnalités de la juridiction, les ingénieurs, les employés administratifs et les pédagogues sont priés de prendre part à ce Congrès.

Comme dans les deux Congrès précédents, en dehors des séances scientifiques, une série d'excursions est projetée (pour visiter les diverses institutions, surtout le nouvel asile provincial de Vienne, "Am Steinhoff," institut le plus moderne et le plus vaste en Europe, et l'asile de Mauer-Oehling) ; le département de la Moravie a invité les membres du Congrès à visiter les asiles d'aliénés de la Moravie : le buste de v. Krafft-Ebing sera inauguré solennellement dans l'université ; il y aura des festivités, etc., etc.

\*\*\*

Le Congrès International de la tuberculose s'ouvrira dans quelques jours à Washington. Le Président Roosevelt qui en a accepté la Présidence d'honneur rap-

portait dans sa lettre d'acceptation que la tuberculose enlevait chaque année 200,000 personnes aux Etats-Unis, et plus de 1,000,000 tant en Europe qu'en Amérique. N'avons nous pas raison de lutter contre ce fléau. Outre les séances du Congrès, il sera donné par les membres les plus autorisés des conférences publiques dans toutes les villes importantes. Aussi relevons nous sur une longue liste les noms que voici.

Etude comparée de la tuberculose humaine et animale, par le Prof. Bang, de Copenhague, à Washington.

Les nouveaux procédés de diagnostic précoce de la Tuberculose, par le Prof. Calmette, de Lille, à Philadelphie.

La lutte contre la tuberculose par le Prof. Coni de Buenos Ayres à Washington.

Les causes qui ont amené une diminution dans la mortalité par la tuberculose par le Dr Newsholme, de Brighton.

Vie Sociale et Tuberculose, par le prof. Panmoitz, de Berlin.

Coordination des mesures préventives contre la tuberculose, par le prof. Philip d'Edimbourg.

Nous relevons encore les noms des prof. Landouzy, de Paris, Spronck, d'Utrecht, Vargas, de Barcelone, Williams, de Londres, Letulle, de Paris, etc.

Ce Congrès, admirablement organisé, promet d'être un succès et de faire époque.

\*\*\*

*Un don de dix millions pour les pauvres de Paris.*—A la séance du conseil de surveillance de l'Assistance publique, M. Mesureur, directeur général, a fait la communication suivante :

"J'ai reçu de M. Henri Kastler, notaire à Paris, communication des dispositions testamentaires de Mme veuve de Provigny, née Besson, décédée le 29 mai 1908. Il résulta de ce testament que Mme de Provigny donne et lègue à l'Assistance publique de Paris sa propriété d'Arcueil, la petite ferme d'Arcueil, le potager, une propriété louée ainsi qu'une somme de dix millions.

Ce legs, suivant la volonté de la donatrice, est fait avec l'obligation pour l'Assistance publique de créer une maison de retraite pour les vieillards des deux sexes. Pour être admis, ces vieillards devront n'avoir subi au-



cune condamnation judiciaire, être âgés de soixante ans au moins et citoyens français ; il ne sera tenu compte d'aucune opinion politique ou religieuse.

La donation prendra et conservera à perpétuité le nom de *Maison de retraite Cousin de Méricourt et Besson*. Le service en sera assuré par les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul ; c'est là une condition formelle et déterminante dont l'inexécution entraînerait la nullité absolue du legs. La maison sera autant que possible établie sur la hauteur près de la grille d'entrée et une chapelle sera établie attenante aux bâtiments.

L'acceptation du legs devra avoir lieu au plus tard deux ans après le décès de la bienfaitrice, et l'inauguration de la maison être effectuée au moins cinq ans après le décès, le tout à peine de nullité. L'exécuteur testamentaire, d'accord avec l'Assistance publique, arrêtera les plans des conditions d'organisation, d'administration ; d'admission, de surveillance, et fixera le nombre des lits en dortoir ou en chambre gratuits ou payants. Il lui sera réservé à perpétuité, conjointement avec les légataires universels, un droit de présentation à concurrence au moins de deux dixièmes des lits."

\*\*\*

Nous relevons avec plaisir dans la dernière promotion de la Légion d'Honneur le nom de M. Claude Verne, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Grenoble.

M. Verne est décoré à titre scientifique. En 1897 il avait été chargé de représenter l'Université de Grenoble au Congrès de Moscou. En 1899, M. Verne était chargé d'une mission scientifique autour du monde, par le Ministère de l'Instruction Publique et des Colonies.

M. le Prof. Verne, dont le nom est familier aux lecteurs de Médecine et de Chirurgie, est surtout connu par sa découverte de la Boldine et par ses études physiologiques et thérapeutiques sur le Boldo.

Nos félicitations.

\*\*\*

*Association Française pour l'étude du cancer.*—Le professeur Poirier a lancé avec éclat l'idée d'organiser en France la lutte contre le cancer, La maladie est venue presque aussitôt paralyser ses efforts, et il a succombé sans avoir pu réaliser l'œuvre qu'il avait rêvée.

L'utilité d'une telle entreprise est incontestable, puisque, en tenant compte seulement des villes de plus de

5,000 habitants, le cancer fait en France près de 13,000 victimes par an.

Aussi l'idée a-t-elle été reprise, et un groupe de biologistes, de médecins, de chirurgiens, de vétérinaires travaille depuis plus d'un an à lui donner une réalisation pratique.

Aujourd'hui, l'*Association française pour l'étude du cancer* est organisée. Elle compte des membres honoraires, des membres correspondants et plus de soixante membres titulaires : professeurs et agrégés de la Faculté de médecine, médecins, chirurgiens, accoucheurs des hôpitaux ; directeur et chef de service de l'Institut Pasteur professeurs et chargés de cours de la Sorbonne ; professeurs et agrégés de l'Ecole de Pharmacie, de l'Ecole vétérinaire ; personnalités s'occupant particulièrement de la question du cancer ; et ses portes restent largement ouvertes, puisque le nombre des titulaires peut s'élever à 100 et que celui des correspondants est illimité. Son bureau est ainsi constitué : président, M. le professeur Bouchard ; vice-président, M. Barrier, directeur de l'Ecole d'Alfort ; secrétaire général, M. Pierre Delbet ; secrétaire des séances, M. Ledoux-Lebard ; trésorier, M. Henri de Rothschild ; archiviste, M. Gabriel Petit, professeur à l'Ecole d'Alfort.

L'Association française pour l'étude du cancer se réunit à la Faculté de médecine, le troisième lundi de chaque mois, en séance publique, pour étudier et discuter toutes les questions relatives aux tumeurs malignes.

\*\*\*

*Faculté de médecine de Paris.*—*La réorganisation de l'enseignement de l'anatomie.*—L'enseignement de l'anatomie vient d'être réglementé de la manière suivante par un décret en date du 16 juillet dont voici le texte :

ARTICLE PREMIER.—Le professeur d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris est chargé, sous l'autorité du doyen, de l'administration de l'école pratique, de la direction de l'enseignement de l'anatomie (théorie et pratique), du personnel du service et des collections d'anatomie.

ART. 2.—Le personnel de l'école pratique, placé sous l'autorité du professeur d'anatomie, se compose de : deux assistants, huit prosecteurs, quinze aides d'anatomie, deux préparateurs techniques.

ART. 3.—Les deux assistants d'anatomie sont nommés par un arrêté ministériel, sur la proposition du professeur d'anatomie et la présentation du doyen. Ils sont choisis parmi les agrégés d'anatomie en exercice ou libres

ou à défaut, parmi les anciens prosecteurs. Sous la responsabilité du professeur directeur du service d'anatomie, les assistants prennent part à l'enseignement de l'anatomie et à la surveillance des travaux pratiques.

ART. 4.—Les deux préparateurs techniques sont nommés par le doyen, sur la proposition du professeur directeur du service d'anatomie.

ART. 5.—Les assistants et les préparateurs techniques sont nommés pour une année. Ils peuvent être maintenus dans leurs fonctions d'année en année, selon les formes prévues à l'article 3.

ART. 6.—Les traitements des assistants et des préparateurs techniques sont fixés ainsi qu'il suit : *assistants* —De 4,000 à 6,000 francs, par promotions successives

de 500 francs, dans la limite des crédits disponibles, et après au moins trois années passées dans la classe immédiatement inférieure.—*Préparateurs techniques*.—De 1,500 à 3,000 francs, par promotions successives de 300 francs, dans la limite des crédits disponibles, et après au moins deux années passées dans la classe immédiatement inférieure.

ART. 7.—Il n'est rien modifié en ce qui touche soit au traitement, soit au recrutement des prosecteurs et aides d'anatomie.

ART. 8.—Sont supprimés à la Faculté de médecine de l'Université de Paris : 1<sup>o</sup> l'emploi de chef des travaux anatomiques ; 2<sup>o</sup> l'emploi de préparateur du laboratoire d'anatomie.

## PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

### Influence de quelques facteurs sur le mécanisme de l'opsonisation

*Etude physico chimique ; Par J. Milht, Interne des Hôpitaux de Paris. Travail du laboratoire de M. le professeur Chantemesse.*

Le mot "opsonine" a été créé par Wright pour désigner des substances solubles contenues dans le sérum, et dont l'effet est de favoriser, d'exagérer la phagocytose.

On connaît la méthode imaginée par cet auteur pour étudier d'une manière pratique, ces opsonines, pour doser le "pouvoir opsonique" d'un sérum. Sans entrer dans le détail de la technique rappelons-en le principe. On prépare d'abord les leucocytes en recueillant le sang dans de l'eau physiologique citratée, puis en lavant à l'eau physiologique après centrifugation ; on prépare également une émulsion microbienne, avec une culture fraîche du microbe que l'on veut examiner, puis on se procure du sérum du malade—que l'on emploie pur ou dilué.—A l'aide d'une pipette effilée on aspire une quantité égale de leucocytes, de bacilles, et de sérum, on mélange, on laisse 15' à l'étuve à 37<sup>o</sup>, puis on étale sur lames : après fixation, coloration, on établit le pourcentage des bacilles phagocytés par un polynucléaire. Ce chiffre indique le pouvoir opsonique du sérum à étudier. Si on a eu la précaution de calculer de la même manière le

pouvoir opsonique du sérum d'un individu normal, en faisant le rapport des deux pouvoirs opsoniques, on obtient ainsi l'index opsonique (indice opsonique, d'après la terminologie toute nouvelle proposée par M. Lapicque).

Nous voulons, dans cet article, non pas discuter la valeur de la méthode en elle-même, mais étudier quelques-uns des facteurs qui interviennent dans ce mécanisme de l'opsonisation, montrer l'importance du rôle joué par certains d'entre eux, et en tirer néanmoins quelques conclusions, au sujet des expériences relatives à ces opsonines.

Un certain nombre de facteurs intervenant dans le mécanisme de l'opsonisation ont été bien étudiés par Levaditi et Inmann dans une série de notes que ces auteurs ont présentées à la Société de biologie, en 1907, en particulier sur la nature des leucocytes, l'âge et la virulence des microbes, etc.

I. ROLE DES LEUCOCYTES EMPLOYÉS.—Les leucocytes humains sont plus sensibles à l'action de l'opsonine que les leucocytes de lapins ou de cobayes : d'où la nécessité de ne pas se servir dans une série d'expériences qui devront être comparatives, alternativement de leucocytes humains et de leucocytes d'animaux. Ajoutons que la quantité de leucocytes ajoutée au mélange modifie très peu le résultat.

II. INFLUENCE DES BACILLES EMPLOYÉS.—Le pouvoir opsonique varie suivant l'âge de la culture et la vi-

rulence du germe; d'autant plus élevé que la culture est plus âgée, d'autant moins que le germe est plus virulent.

Ce pouvoir opsonique varie surtout suivant la richesse de concentration de l'émulsion microbienne: pour être comparatifs les pouvoirs opsoniques de divers sérums devront être recherchés dans la même expérience, vis-à-vis de la même émulsion, à moins de reporter chaque fois le chiffre obtenu au chiffre représentant le pouvoir opsonique du sérum normal, c'est-à-dire de calculer l'indice opsonique moins variable.

III. INFLUENCE DE LA QUANTITÉ DU SÉRUM.—Il était intéressant de rechercher les variations du pouvoir opsonique en fonction, des variations de quantité de sérum ajouté au mélange, le résultat a été: 1<sup>o</sup> que ce pouvoir opsonique croît à mesure que l'on augmente la quantité de sérum, mais non d'une manière parallèle à la quantité de sérum ajoutée. Rapide au début, cet accroissement se ralentit ensuite, pour devenir insignifiant ce qui montre à notre avis l'existence d'une limite au pouvoir opsonique, particularité qui le différencie des ferments.

IV. VITESSE DE RÉACTION DE L'OPSONISATION.—INFLUENCE DE LA DURÉE.—D'une manière générale, en ce qui concerne les 30 premières minutes, le pouvoir opsonique croît d'une manière à peu près régulière et proportionnelle au temps, d'une manière à peu près absolue en ce qui concerne le sérum normal. Pour l'immun-sérum, il existe une vitesse un peu plus grande au début.

2<sup>o</sup> Au delà de 30 minutes, de une heure quelquefois, la vitesse de réaction se ralentit en ce qui concerne l'immun-sérum, tandis qu'elle poursuit quelque temps encore sa courbe régulière dans le sérum normal.

V. INFLUENCE DE LA TEMPÉRATURE.—La température favorisant le mieux l'opsonisation est celle de 38<sup>o</sup>.

1<sup>o</sup> *Action du froid.*—Si l'on expose le mélange aux environs de 0<sup>o</sup>: il n'y a aucune phagocytose néanmoins les opsonines ne sont pas détruites par la congélation. Un sérum congelé puis décongelé retrouve toutes ses propriétés opsonisantes. Des bacilles congelés, par contre, sont plus facilement phagocytés (1).

2<sup>o</sup> *Action de la chaleur.*—La question de savoir si le chauffage à 56<sup>o</sup> détruit ou non les opsonines a donné lieu à bien des discussions à cause des conséquences à en tirer sur la nature même des opsonines (se rapprochent-elles des alexines ou des sensibilisatrices?) Pour Wright les opsonines sont thermolabiles. Pour Levaditi, les op-

sonines des sérums normaux sont thermolabiles, celles des immun-sérums thermostabiles; pour Cowie et Chapin (*Journ. of Med. Res. 1907*), elles sont constituées par une substance thermostable très limitée, et une substance thermolabile abondante. Pour V. Henri (*Soc. de Biol. 1907*), les modifications observées dans les sérums après chauffage à 56<sup>o</sup> dépendraient uniquement des modifications de l'état physique des colloïdes de ces sérums.

VI. INFLUENCE DES DILUTIONS DANS L'EAU PHYSIOLOGIQUE.—Le pouvoir opsonique ne diminue pas graduellement au fur et à mesure que l'on accroît la dilution. En général dans les immun-sérums ce pouvoir baisse d'abord assez rapidement puis persiste longtemps jusque dans des dilutions à 1/50--1/100; dans le sérum normal, le pouvoir opsonique baisse d'abord moins vite mais disparaît le plus souvent dans les dilutions au 1/40. On observe à l'aide de ces dilutions des faits assez curieux et inexplicables. Certains sérums phagocytent très fortement au 1/20 et ne phagocytent plus à 1/40, tandis que d'autres, très légèrement opsonisants à 1/20, le sont encore à 1/40.

VII.—INFLUENCE DE CERTAINES SUBSTANCES SUR L'OPSONISATION.—Hektoën et Ruediger ont montré l'influence défavorable apportée à la phagocytose par le contact des bacilles avec certaines solutions, sel de cuivre, formol, etc.

On sait d'après les constatations de Wright et de Loehlein que la phagocytose spontanée n'a plus lieu si l'on traite les leucocytes par une eau contenant 1.45% de NaCl, d'où il s'en suit que l'on peut penser à certaines modifications du pouvoir opsonique des sérums relevant précisément de la teneur en NaCl, au cours de certaines affections fébriles, avec rétention des chlorures. Nous avons étudié l'action directe de certaines solutions: il faut signaler l'action retardante des solutions citratées, oxalatées: Ce qui nous a amené à penser que comme pour les ferments digestifs peut être, les sels de calcium jouaient un rôle: Contrairement aux auteurs niant l'action favorisante de ces sels, il nous a semblé que les sels de calcium augmentaient le pouvoir opsonique, tandis que tous les corps précipitant les sels de calcium le diminuaient.

Le chloroforme exerce aussi son action mais spécialement sans doute sur le leucocyte. Le sérum d'un malade anesthésié est moins opsonisant qu'avant l'anesthésie; il ne retrouve toutes ses opsonines qu'au bout de quatre à six heures environ.

Le collargol en dilution très faible *in vitro* ne diminue pas ce pouvoir opsonique; il l'arrête en solution

(1) La fixation de l'opsonine sur les bacilles peut être réalisée à 0<sup>o</sup>: particularité qui différencie cette opsonine du complément qui n'a, lui, presque aucune action à cette température.

plus concentrée : en injections intra-veineuses, les mé-taux colloïdaux semblent, dans les heures qui suivent l'injection, augmenter un peu le pouvoir opsonique, mais d'une manière peu démonstrative.

VIII.—ROLE DE L'ALCALINITÉ ET DE L'ACIDITÉ.—L'Opie et Hideyo Noguchi ont étudié ces modifications du pouvoir opsonique en fonction des variations de l'alcalinité et de l'acidité du sérum (*Journal of exp. Med.*, juillet 1907).

Pour ces auteurs, les opsonines présentent leur action maximum en milieu neutre ; il n'y a plus aucune opsonisation dans un sérum contenant une quantité d'alcali correspondant à plus de 1,6 cc., 3 de solution au 1 20 N, où une quantité d'acide supérieure à 0,5cc.3 de la même concentration pour 1cc.3 de sérum. Ces notions permettraient peut-être d'expliquer les variations du pouvoir opsonique constatées chez un même individu avant et après le repas : la digestion s'accompagnant d'une augmentation assez notable de ce pouvoir, le jeûnes au contraire, d'une diminution.

Il faut ajouter d'après nos recherches qu'en ce que concerne les immunosérums, il faut reculer ces limites extrêmes d'alcalinité ou d'acidité.

Nous ferons en outre remarquer qu'il est difficile de s'entendre sur les sens même des mots alcali et acide accolés au sérum. Dans un article très documenté (*Semaine Médicale*, février 1908), M. Cheimisse établit par les nouvelles méthodes de la chimie physique basée sur la théorie des ions que contrairement à l'opinion admise, le sang aurait une réaction neutre et non alcaline.

XI. INFLUENCE D'AUTRES SUBSTANCES CONTENUES DANS LE SÉRUM. ACTION RÉCIPROQUE DES HÉMOLYSINES, BACTÉRIOLYSINES, PRÉCIPITINES ET AGGLUTININES, SUR LES OPSONINES. — Nous nous contentons de signaler ce côté de la question qui ouvre la discussion sur la nature même des opsonines : cependant en ce qui concerne les agglutinines, spécialement dans la fièvre typhoïde, des examens fréquemment répétés nous ont permis d'établir, que les deux courbes représentant les valeurs du pouvoir opsonique et agglutinant n'étaient pas superposables, et que, contrairement à ce qu'il semblerait à première vue, l'agglutine ne favorise pas d'une manière indiscutable le pouvoir opsonique. Nous sommes brefs sur ce côté de la question qui doit faire l'objet de publications ultérieures.

Nous voyons combien multiples sont les facteurs qui interviennent dans le mécanisme de l'opsonisation.

Nous avons passé sous silence la difficulté de certaines interprétations sur lames, des figures de phagocytose dues peut-être à l'action directement nocive des mi-

crobes sur les leucocytes, action étudiée tout récemment par Eisenberg de Cracovie dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (25 mai 1908), p. 431 "leucocidines et hémolysines chez les anaérobies" ; dues également à des modifications subies par les microbes ; sans compter le tour de main nécessaire pour réussir bien une expérience d'opsonisation.

Est-ce à dire que nous condamnions cette méthode ? Certes non : notre but est de montrer simplement combien ce phénomène d'opsonisation, simple à première vue, propre à rentrer dans la pratique courante, justement à cause de sa simplicité, doit tenir compte, comme tout phénomène biologique, de multiples facteurs qui peuvent le modifier, et combien il faut être prudent dans l'interprétation des données fournies par cette technique.

## Thérapeutique de l'alcoolisme

Par le Dr Harcouët de Kerrol

Par le droit d'ancienneté, le *chloral* mérite d'occuper le premier rang dans la revue des hypnotiques. Les maniaques, les anxieux, les hallucinés sont justiciables du chloral, et c'est dans le delirium tremens qu'il agit surtout d'une façon heureuse, il en a été longtemps le seul médicament.

Il est établi qu'il ne se produit pas d'accoutumance au chloral : mais il faut souvent l'employer en fractionnant la dose en deux parties, l'employer plus souvent en lavement que par la voie stomacale à cause du délabrement fréquent des voies digestives de l'alcoolisant.

Von Kraft-Ebing se loue beaucoup de l'emploi dans l'alcoolisme du *méthylal* (diméthylène de méthylène) en injection sous-cutanée à 1 10. Il réussirait mieux que la morphine, mais le tremblement alcoolique serait plus persistant. Mairet-Combemale ne se louent pas autant du méthylal, de Marandon de Montyel déclare que l'accoutumance est rapide et que ce médicament ne vaut pas le chloral.

Le *sulfonal* a été bien étudié par un grand nombre d'expérimentateurs, notamment les aliénistes Roubinovitch, Mairet, Marandon de Montyel. Ce dernier considère le sulfonal comme absolument dangereux. En tous cas, chez les malades dont les reins sont en mauvais état, il y a à craindre une intoxication rapide, avec nécrose du foie, de l'intestin, du myocarde.

Toutefois, la commodité de son administration est bien nette, il est insipide parce qu'à peu près insoluble

Il a été donné même à la dose de 7 à 8 grammes en vingt-quatre heures avec succès dans un cas grave de *delirium tremens*.

Le *trional* est considéré comme infiniment moins dangereux. Le *tétronal* agit plus rapidement que le *trional* et surtout le *sulfonal*.

La *paraldéhyde*, polymère de condensation de l'aldéhyde, a été introduite en thérapeutique par Cervello ; elle s'élimine rapidement par l'urine dans le traitement de l'alcoolisme aigu, mais son ingestion est parfois pénible à cause de sa saveur.

Pouchet a découvert la solubilité du *trional* dans la *paraldéhyde* et cette association somnifère exalte les vertus des deux hypnotiques : chez les alcooliques, dit-il, les résultats ont été excellents. On a pu utiliser le mélange en suppositoires opiacés.

L'*opium* a été recommandé dans le *delirium tremens* par les médecins anglais ; Ghislain aussi a trouvé en lui un véritable spécifique, l'employant sous forme de laudanum de Sydenham (5 gr. *pro die*.) Mais une réaction s'est produite contre cette médication congestive.

Employée surtout par Krafft-Ebing, Voisin, la *morphine* n'a pas d'avantages sur l'*opium*, dans le cas particulier et il faut toujours en redouter l'accoutumance.

L'*hyoscine*, l'*amboisine*, la *scopolamine*, sont des substances très analogues comme composition et comme effets ; ce sont des médicaments à action brutale qu'on a employés soit de manière continue, soit de manière discontinue dans le *delirium tremens*. Il est préférable de s'en abstenir.

On a appelé l'*hyoscine* " la canisole de force du cerveau."

Le *chaurre indien* a été employé contre le *delirium tremens* en teinture et mieux en extrait car la teinture est nauséuse. On a ajouté le bromure sans grand résultat.

Le *bromure de potassium*, suivant Laborde, s'emploie surtout comme sédatif de l'agitation. C'est surtout dans l'épilepsie et à des doses variables suivant les auteurs, avec ou sans méthode concomitante de déchloration qu'il est employé.

Magnan a spécialement étudié l'*alitement* dans l'alcoolisme aigu ou subaigu. Il préconise d'éviter la vie cellulaire, d'éviter l'obscurité qui se peuple de fantômes et d'hallucinations. Il est rare qu'ainsi traité par l'*alitement* dans une salle commune l'alcoolisé demeure halluciné plus d'une semaine.

Quant aux *bains*, la plupart des auteurs veulent

une température qui oscille de 33° à 35° ou 46°, et la durée peut être de plusieurs heures. Le bain froid a été employé par certains auteurs.

Letulle a employé le bain à 18° : il y a d'abord une agitation extrême, il faut maintenir l'alcoolique au bain ; tout à coup, entre six à douze minutes comme par un coup de théâtre, le délire cesse, cela tient du merveilleux. Mais la réfrigération peut parfois devenir extrême si l'on attend trop l'effet sédatif. Les rechutes de délire, la hausse de la température traitée par un nombre variable de bains cessent dans les quarante-huit heures et l'état général s'améliore. Ces procédés sont peut être d'une grande complication et les méthodes anciennes sont toujours préférables.

L'alcoolique calmé, nous l'admettons tel—présente des modifications de la santé générale. Il faut réveiller son appétit, soigner sa dyspepsie, soulager son foie congestionné, laver ses reins. Le régime lacté, les tisanes, puis les toniques amers non alcooliques seront indiqués. L'arsenic comme reconstituant, le quinquina devront être prescrits. Le cœur sera soutenu par les préparations à base de strychnine. L'alimentation sera réconfortante. Les injections de sérum artificiel de Hayem ont été employées par divers auteurs. Le Dr Cullerre, par la transfusion séreuse sous-cutanée, a obtenu des résultats. Le Dr Jaquin, en 1900, a publié une étude très documentée avec observations de cure d'alcooliques par les injections de sérum de Hayem. Faure, de Lyon, Buvat, Warbasse, rapportent des cas de guérison rapide de sujets atteints de *delirium tremens* et réduits à la dernière extrémité, par le sérum artificiel. Il est parfois utile d'y ajouter de la caféine. Le lavage du sang pratiqué, *largo modo*, raffermir l'organisme en le débarrassant du poison-alcool

## Les syndromes douloureux chez les diabétiques

Par M. Marcel Labbé, *La Tribune Médicale* no 11, 14 mars 1908, p. 149 à 152.

Les syndromes douloureux se produisent très fréquemment au cours du diabète. Il peuvent même être considérés comme des signes révélateurs de la maladie au même titre que les furoncles, les anthrax, les troubles de la vue, la soif et la polyurie.

Les douleurs peuvent, d'après M. Marcel Labbé, être sous la dépendance de quatre affections différentes :

1° Les *névralgies* et les *nérites*.

A. Les *névralgies* peuvent affecter tous les nerfs de

l'économie (sciatique, crural, lombaires, génitaux, intercostaux, facial, dentaire, plexus brachial, pneumogastrique.) La réduction des hydrates de carbone suffit, dans les cas de névralgie, à faire cesser les douleurs.

B. Les névrites, au contraire, sont peu influencées par le régime. Elles sont, de plus, souvent accompagnées de troubles moteurs et trophiques et affectent les formes de mono ou plus souvent de polynévrites.

2o *Les angiopathies* sont dues à des troubles de la circulation par spasme artériel ou artérite (syndrome de Maurice Renaud, claudication intermittente de Charcot). Elles doivent être traitées par le régime, les analgésiques (aspirine, antipyrine, iodure de potassium) et les préparations iodées (iodone, iodalse, iodomaisine). L'hyperrémie artificielle par la méthode de Bier est également à recommander.

3o *Les myalgies* se reconnaissent au siège des douleurs le long des trajets musculaires (deltoides, biceps, etc.) Elles affectent souvent la forme de crampes, de fatigue musculaire, etc.

Les myalgies diminuent ou disparaissent avec le traitement antidiabétique.

4o *Les arthralgies*, chez les diabétiques, peuvent s'observer au cours d'arthrites sèches ou d'arthropathies chroniques. Elles sont quelquefois accompagnées de tophi de goutte, etc.

On observe parfois, selon M. Marcel Labbé, un syndrome arthropathique dû à l'auto-intoxication intestinale. Il présente les mêmes symptômes que la goutte, mais en diffère par l'absence de tophi.

On combattra les arthralgies par l'aspirine et le régime antidiabétique.

L'auteur conclut que les syndromes douloureux relevant de l'hyperglycémie doivent être traités par le régime : les médicaments ne sont que des adjuvants de la cure.

VERNER.

### L'artério-sclérose, sa pathogénie et son traitement

Dans une récente communication à l'Académie de Médecine le Prof. Lanceraux fait part de ses recherches et des conclusions auxquelles il a été conduit au sujet de cet état pathologique si fréquemment rencontré. Les voici résumées.

Pour l'auteur, l'artério-sclérose n'est pas une affection de la vieillesse. Elle s'observe entre 20 et 30 ans, puis entre 30 et 40 et, le plus souvent, entre 40 et 50 ;

entraîne généralement la mort entre 50 et 60, le plus souvent par les reins, le cœur et le cerveau.

A partir de 60 à 65, elle ne se produit plus et même, lorsqu'elle continue, son évolution semble se ralentir.

L'artério-sclérose est surtout une affection de l'âge moyen de la vie, et elle est d'autant plus dangereuse qu'elle survient chez des individus plus jeunes.

La maladie ne provient pas de boissons alcooliques ; elle ne s'observe chez les buveurs que s'ils appartiennent à des familles de goutteux.

L'artério-sclérose n'est pas davantage l'effet de l'abus prolongé du tabac, elle est à peine plus fréquente chez l'homme que chez la femme qui, chez nous ne fume pas ; un grand nombre d'individus, n'ayant jamais fumé, n'en deviennent pas moins artério-scléreux.

Elle n'est pas le résultat d'une *toxémie alimentaire*, car elle se rencontre partout, aussi bien dans les campagnes que dans les villes, et elle est généralement plus commune chez les individus dyspeptiques, maigres et forcément sobres, que chez les bouchers et les charcutiers, habitués par profession aux excès et gros mangeurs de viande.

Les maladies infectieuses ne la produisent pas ; les lésions artérielles produites par les maladies en sont entièrement différentes comme siège et comme étendue. L'artérite syphilitique, par exemple, débute toujours par la tunique externe des artères et demeure circonscrite, tandis que l'artério-sclérose est une lésion de la tunique externe qui se généralise constamment.

L'artério-sclérose n'est pas la conséquence d'une altération des capsules surrénales, si on s'en rapporte à l'observation clinique qui vaut bien l'expérimentation.

L'hypertension artérielle n'est par d'ailleurs la cause mais l'effet de l'artério-sclérose ; car, en admettant qu'elle exerce une action sur le système artériel, on ne comprend pas bien pourquoi cette action se limite à peu près uniquement à la tunique interne et ne détermine pas l'hypertrophie de toutes les tuniques.

L'artério-sclérose, si l'on s'en rapporte à l'observation clinique, est simplement l'expression symptomatique de deux grandes maladies ayant entre elles de grandes analogies, la goutte et le saturnisme. Cependant, elle n'est pas l'effet de l'excès d'acide urique, qui se rencontre quelquefois dans ces maladies.

Elle est l'effet d'un trouble trophique.

Cette pathogénie établie, il est de toute évidence que le traitement doit viser, avant tout, le désordre nerveux et la lésion trophique qui en est la consé-

quence. A cet effet, M. Lancereaux conseille l'emploi de solutions iodurées et bromurées, de bains salés, de lotions alcooliques suivies de frictions énergiques et, dans quelques cas, l'emploi de l'iodothyriane, ce qui n'empêche pas, en cas d'hypertension, celui du nitrite d'amyle et de la nitrine.

E. SAINT-JACQUES

### Les tremblements pré-et post-hémiplégiques

Les tremblements post-hémiplégiques présentent cette particularité de persister parfois un temps singulièrement long sans aucune modification. M. Raymond en présentait dernièrement en même temps trois cas intéressants à divers points de vue.

Le premier s'est produit chez une femme âgée de 27 ans, qui est frappée depuis l'âge de 2 ans. Elle présente une agitation violente du bras gauche, ainsi que du membre inférieur du même côté; c'est en somme une hémiplégie spasmodique gauche à laquelle se sont joints des mouvements choréiformes. Il y a eu probablement un foyer d'encéphalite dans la protubérance, et ce qui est remarquable ici, c'est que ce foyer qui n'est plus en activité depuis de longues années, provoque néanmoins une agitation permanente depuis 25 ans.

Deux autres malades, âgées de 67 ans et 57 ans présentent des mouvements analogues du côté gauche. Chez la première, il y a 18 mois, à la suite d'une vive émotion, il se produisit une hémiplégie gauche mais sans perte de connaissance. Mais il s'agit d'une hémiplégie organique, avec exagération des réflexes, état spasmodique et tremblement incessant de ce même côté.

Une troisième malade a été frappée d'hémiplégie due certainement à un foyer de ramollissement et c'est seulement sept mois après que les mouvements ont commencé. Depuis ils ne se sont pas modifiés.

Ainsi, à la suite des hémiplégies organiques, il peut arriver qu'on voie survenir des mouvements anormaux incessants, tantôt tout à fait irréguliers, et dits choréiformes ou athétosiques. Ces mouvements suivent l'hémiplégie à une distance plus ou moins grande. Mais un fait peu connu et qui présente un très grand intérêt, c'est que ces mouvements, au lieu d'être post-hémiplégiques, peuvent être *préhémiplégiques* en ce sens qu'ils peuvent se montrer deux ou trois mois avant l'hémiplégie. C'est là un fait d'une grande importance au point de vue du diagnostic.

VERNER.

### Les états morbides précancéreux et la formation du cancer à leurs dépens

Menetrier, Paris.

Si certaines affections, par la fréquence avec laquelle on les retrouve à l'origine des néoplasies malignes ont mérité le nom de précancéreuses, il ne faut pas y voir une exception dans l'histoire du cancer mais seulement un exemple particulièrement évident d'une règle générale. En fait l'existence d'altérations antérieures des tissus ou organes dans lesquels se développe un cancer, doit être considérée comme constante, le cancer n'est pas une forme morbide primitive, mais un aboutissant d'états pathologiques, multiples, antérieurs et préparatoires.

Ces états morbides précancéreux peuvent être classés de la manière suivante : 1<sup>o</sup> des malformations du développement, naevi, résidus branchiaux, vestiges d'ornes temporaires particulièrement dans les régions génitale et urinaire, etc. Dans tous ces cas on trouve des éléments cellulaires hétérotopiques aptes à subir la prolifération néoplasique ; 2<sup>o</sup> des modifications inflammatoires, surtout chroniques, des organes et des tissus et se manifestant (soit par l'hyperplasie des revêtements ou des glandes, papillomes, adénomes), soit par des métaplasies cellulaires diverses.

De ces modalités précancéreuses résultent des cancers ; 1<sup>o</sup> d'origine hétérotopique ; 2<sup>o</sup> d'origine hyperplasique ; 3<sup>o</sup> d'origine métaplasique.

Les observations cliniques et les statistiques étiologiques renseignent sur l'importance de ces faits, mais le mécanisme intime peut en outre en être précisé par l'investigation histologique dans les cas favorables où l'observation a pu se faire au début de l'évolution cancéreuse.

Un certain nombre d'exemples en sont présentés par M. Menetrier pour chacune de ces variétés, un petit cancer d'origine naevique montrant l'évolution cancéreuse d'une malformation hétérotopique ; pour les cancers d'origine hyperplasique, la sériation des lésions adénomateuses et cancéreuses dans les cirrhoses du foie ; l'évolution cancéreuse des adénomes biliaires provoquée par l'irritation chronique de la lithiase ; les formes diverses des polyadénomes gastriques et les cancers qui en dérivent. Enfin, les métaplasies inflammatoires des épithéliums broncho-pulmonaires fournissent, par leur identité avec les types cellulaires du cancer pavimenteux corné des poumons, la preuve de son origine métaplasique.

L'étude histologique montre dans tous ces faits que ce sont précisément les éléments déjà modifiés dans les états précancéreux, qui subissent l'évolution cancéreuse ; que ces modifications préparatoires consistent essentiellement dans l'atténuation ou la disparition des apparences de différenciation morphologique et fonctionnelle des éléments cellulaires et dans une tendance proliférative plus ou moins intense ; et qu'enfin la formation du cancer se marque précisément par une accentuation dans le même sens de ces caractères anormaux des cellules et apparaît ainsi comme la phase ultime d'une évolution déjà commencée par l'affection précancéreuse, comme la continuation d'un même processus dont l'étape précancéreuse serait simplement la préface.

### Traitement des bronchites chroniques chez les vieillards.

D'après MM. RAUZIER et RIMBAUD, la première indication est de traiter la cause de la bronchite ; il faudra surtout ensuite modifier les sécrétions et l'état anatomique de la muqueuse bronchique ; combattre les symptômes prédominants (toux), surveiller enfin et combattre les principales complications.

L'hygiène du vieillard bronchitique doit être rigoureuse ; il doit avant tout éviter les refroidissements auxquels l'âge avancé est particulièrement sensible ; il doit fuir le contact des poussières et vapeurs irritantes ; l'interdiction du tabac doit être formelle. Un climat doux est à recommander : les sujets d'un âge avancé se trouveront bien en hiver des stations du littoral méditerranéen. En été, ils se contenteront d'une altitude moyenne. La thérapeutique médicamenteuse viendra ensuite. Les balsamiques seront en général de mise, surtout la terpine, la térébenthine, l'eucalyptol. Les préparations créosotées donnent de bons effets dans la bronchite commune, bien supérieurs à ceux que l'on obtient dans les manifestations tuberculeuses, auxquelles on a le tort de les réserver. La levure de bière a été proposée comme tonique et modificatrice des sécrétions broncho-pulmonaires chez le vieillard.

Les expectorants seront indiqués au cours des poussées subaiguës. Les calmants de la toux devront être employés avec prudence chez les vieillards, en raison de leur tendance fréquente à la bronchoplégie. On sera particulièrement réservé dans l'emploi de l'opium, qui sera avantageusement suppléé par les inhalation humides et chaudes.

Localement la teinture d'iode, les frictions térébenthinées, les ventouses, rendront des services.

La cure thermique permettra d'appliquer une ou deux fois par an la médication sulfureuse qui agit par irritation substitutive et action desséchante, énergique exercée sur la muqueuse bronchique (Eaux-Bonnes, Cauterets, Amélie, le Vernet, les Fumades, Allevard).

Suivant les formes, la thérapeutique doit varier. Les vieux bronchitiques emphysémateux et asthmatiques se trouveront bien de l'iodure et de l'arsenic. La fétilité de l'expectoration sera améliorée par la térébenthine. Chez les brightiques, éviter les balsamiques qui sont souvent irritants pour les reins, insister sur le régime lacté.

Prévenir avant tout la défaillance cardiaque, qui est le plus gros danger chez le vieillard ; si l'asystolie se déclare, on la combattra par les toni-cardiaques.

Notons en terminant que le catarrhe chronique du vieillard contre indique dans l'âge avancé l'hydrothérapie froide et doit faire rejeter formellement, en pratique chirurgicale, l'anesthésie par l'éther.

### Fièvres typhoïdes apyrétiques.

M. Desruelles publie trois observations de fièvres typhoïdes apyrétiques, dans lesquelles des complications graves ou le séro-diagnostic ont seuls éclairé sur la nature de l'affection.

Le premier cas est celui d'un malade âgé de 29 ans, qui s'était présenté à l'hôpital pour une diarrhée qui durait depuis près d'une semaine. Deux jours après son entrée à l'hôpital, on constate l'existence de deux ou trois taches lenticulaires rosées sur l'abdomen ; la température du malade ne dépasse pas la normale. Trois jours après son admission dans le service, en se levant pour aller à la selle, le malade a une entérorrhagie abondante ; il perd connaissance et est relevé baignant littéralement dans son sang ; aussitôt injection d'ergotine et glace sur le ventre : les taches lenticulaires sont, à ce moment, plus apparentes encore, étant donné la pâleur de la peau. Le malade meurt en douze heures et demie, d'hémorragie intestinale foudroyante, sans avoir eu de fièvre à aucun moment.

Le second malade est un infirmier, âgé de 20 ans, qui dut interrompre son service parce qu'il était très fatigué et avait de la diarrhée. Entré le 4 octobre, il est sorti du service le 17 novembre, parfaitement guéri ; jamais il n'a présenté de taches lenticulaires et l'évolution de sa



dothienthérie a été complètement apyrétique, sa température a constamment oscillé entre 36°5 et 37° et cependant le séro-diagnostic, fait par deux fois, au début et à la fin de sa maladie, a été par deux fois positif.

Le troisième malade entre à l'hôpital avec une température de 38°9; le lendemain, la température est tombée à 38°5 et désormais elle ne dépasse plus ce chiffre. Ce sujet était malade depuis quatre semaines et avait la diarrhée; il présenta des pétéchies avec un érythème polymorphe, qui disparurent en quelques jours sans desquamation. Le séro-diagnostic fut nettement positif.

(Revue Neurologique, 30 novembre 1906, no 30.)

### Grossesses tubaires.—Leur diagnostic et traitement

Dans un récent article du "British Medical Journal," W. Tate étudie les différents aspects de la question et en précise les indications thérapeutiques.

Plus fréquemment observée dans ces dernières années, la grossesse tubaire, dit-il, après suppression d'une ou deux périodes, s'annonce par une douleur aiguë dans le bas-ventre et une hémorragie vaginale qui obligent la femme à s'aliter. Le plus souvent, après amélioration des signes, une deuxième attaque suit de près la première. Le tableau varie suivant les cas, la douleur, l'hémorragie ou le collapsus occupant le premier plan. Mais lorsqu'il y a seulement dysménorrhée, les douleurs se répètent avec insistance et l'on peut être mis sur la voie. On doit examiner les seins, sans attacher trop d'importance à l'absence de modifications. Nous ne reproduisons pas la description des signes qui annoncent l'effusion du sang dans le pelvis ni ceux recueillis au toucher, qui doit être toujours fait avec précaution. Rappelons seulement que l'unilatéralité des lésions est, avec l'histoire du début, un fait de haute importance. La pâleur, les hémorragies modérées, l'absence de septicémie distinguent l'affection actuelle des inflammations pelviennes. Chez les jeunes mariées, la question se pose toujours en présence de ces symptômes réunis et il s'agit ensuite de reconnaître si la grossesse, une fois reconnue, est intra-utérine ou extra-utérine. Le caractère et la situation de la douleur seront considérés comme un signe de valeur.

Au point de vue du traitement, quel est le moindre risque pour les patientes, suivant les cas? L'auteur distingue trois classes par ordre de gravité décroissante; dans la "forme foudroyante," il applique les règles en usage chez nous, c'est-à-dire la laparotomie, avec re-

cherche immédiate des annexes du côté de la rupture et leur ligature immédiate, suivie de l'enlèvement des caillots et du lavage du péritoine avec la solution salée chaude.

La seconde classe comprend les cas où les malades ont eu leur période douloureuse depuis déjà quelques jours: une hématoécèle s'est formée. S'il y a moins de dix jours et que les douleurs se répètent, le traitement opératoire s'impose, comme faisant courir peu de risques et permettant encore l'ablation du kyste fœtal, tout comme précédemment. La crainte de nouvelles hémorragies justifie cette manière de faire et, en fait, les résultats sont hautement satisfaisants. Si, au contraire, les malades sont demeurées dix jours et plus sans nouvelle crise douloureuse, on peut en induire que l'ovule s'est échappé de la trompe au moment de l'hémorragie et que l'organe s'est contracté après l'évacuation de son contenu. Dans ces circonstances, de nouvelles hémorragies ne semblent pas à redouter et la patiente pourra bénéficier de la résorption, étant simplement gardée au lit en observation. Si les signes de la suppuration surviennent, on sera à temps pour ouvrir et drainer par la voie basse.

Dans le dernier ordre de faits, la malade a eu des pertes de sang irrégulières, avec des crises douloureuses répétées mais sans pâleur et sans collapsus: si l'on trouve à l'examen un épanchement enkysté, on opinera pour l'ablation par voie abdominale. Car le traitement, dans ces conditions, lui fera subir un risque minimum alors que l'expectation pourrait être dangereuse, et l'on se verrait plus tard forcé d'intervenir en pleine syncope, c'est-à-dire avec moins de chances de succès. On voit donc que l'auteur attache beaucoup d'importance, en dehors des cas suraigus, à la "répétition des douleurs," pour sortir de l'expectation.

### Empoisonnement mortel par la santonine à dose thérapeutique

(Vierteljahrschr. f. gerichtl. Mediz., mars 1908)

M. E. von Sury-Bionz cite l'observation d'un petit garçon de trois ans et demi qui prit, en deux jours, douze pastilles de santonine. Cette quantité représentait environ 9 centigrammes de substance active et n'était donc pas excessive. L'enfant présenta bientôt de l'agitation, son visage devint bouffi, les muqueuses se décolorèrent. Les urines devinrent albumineuses et l'examen microscopique décela des cylindres rénaux. Il s'agissait donc d'une néphrite aiguë à laquelle le malade succomba bientôt.