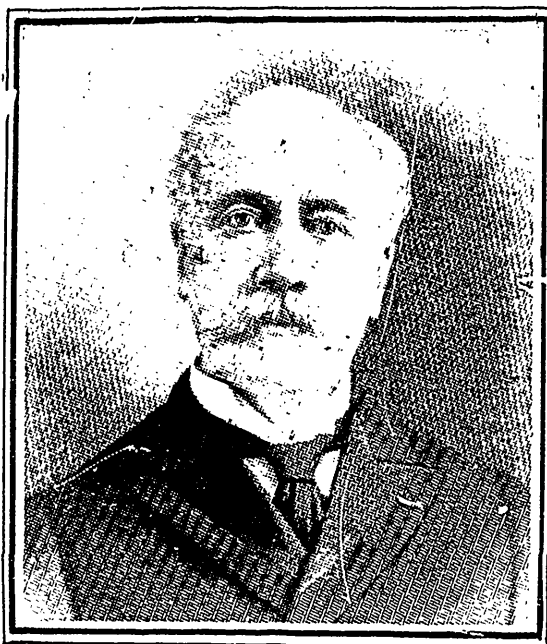


PAGE

MANQUANTE

## Le Nouveau Doyen



*Emmanuel-Persilier Lachapelle*

DOYEN QUI PART  
DOYEN QUI ARRIVE

Le Dr Rottot, qui fut durant tant d'années le doyen de notre Faculté de Médecine, vient de résigner cette position devenue trop lourde pour ses épaules, et les membres du Conseil ont appelé à la présidence de la Faculté de Médecine le Dr Emmanuel-Persilier Lachapelle.

Au Doyen chargé d'années, qui de lui-même, s'efface, va notre vive admiration. En effet, le Dr Rottot est le type du médecin,—ce type fait de modestie et d'urbanité, de tact et de calme majesté, comme on se figure assez volontiers les pères de la médecine et nos prédécesseurs même. Il semble à la vérité que notre époque, ou tout au moins l'avenir, ne puisse que difficilement produire ces sages de jadis,—car la fièvre et le mouvement d'aujourd'hui n'en laissent pas les loisirs.

Avec combien de justesse ne pourrions-nous pas appliquer au Dr Rottot le dire du vieil Antonius Plus résument sa vie dans ce mot : *Æquanimis*. A la placidité des ans, s'ajoute chez lui la conscience d'une vie donnée au bien, à la science et à la race. Voilà pourquoi notre souvenir sympathique l'accompagne dans sa retraite volontaire.

Au nouveau Doyen, avons-nous besoin de le dire, nous souhaitons la plus cordiale bienvenue. Heureux dans son choix, la Faculté aura en lui, pour présider à ses délibérations, un homme dont l'expérience et le tact sont connus et qui saura faire exécuter les décisions de ses collègues. Le passé de tout homme indique assez bien son avenir. Le Dr Lachapelle a prouvé qu'il était homme d'action, et c'est ce qu'il faut à la tête d'une Faculté importante comme la nôtre.

La siècle marche et les progrès s'annoncent, en médecine comme ailleurs. Il faut donc les suivre du même pas, sous peine de rester en arrière et de se voir distancer. Le rôle du Doyen est entre plusieurs celui d'un préfet des études. Quel important et beau rôle plein de responsabilité que celui de diriger la marche des études, de coordonner et stimuler, de modifier et d'innover aussi. Le Dr Lachapelle, qui a toujours aimé se tenir au courant du mouvement général et international des études, était donc tout désigné pour remplir cette fonction.

Et puis il est une autre raison encore de notre satisfaction de voir le Dr Lachapelle présider au Conseil de notre Faculté. Depuis longtemps, depuis toujours il s'est fait le champion de nos intérêts professionnels. Les belles et hautes positions qu'il a occupées lui ont maintes fois fourni l'occasion de faire valoir nos droits, que peut-être l'on était trop porté à oublier en certain quartier. Sachons dire aussi que notre habitude déplorable de toujours laisser prendre les devants par le voisin et de nous tenir dans l'ombre nous a valu parfois d'être ignorés : nous en sommes les seuls responsables. Toujours le Dr Lachapelle nous a dignement représentés, payant de sa personne et de son temps sans se ménager. En combien d'occasion aussi n'a-t-il pas servi de trait d'union entre collègues canadiens anglais et collègues canadiens français.

Saluons donc en le Dr E. P. Lachapelle un "ouvrier" de l'œuvre nationale et plus particulièrement de l'œuvre universitaire.

LA RÉDACTION.

## L'Alimentation de l'Enfant malade

PAR LE PROF. SÉVÉRIN LACHAPELLE.

Il n'y a pas seulement des maladies, il y a aussi, et nous pourrions même ajouter, il y a surtout des malades, ce qui veut dire que le médecin penché vers son patient doit non seulement chercher à dépister la lésion plus ou moins cachée, mais aussi à se familiariser de suite avec lui.

La maladie est polymorphe et sa physionomie varie avec tel individu, de là vient que les formules thérapeutiques doivent le plus souvent être modifiées ou corrigées, selon que nous avons à faire à tel âge, telle constitution telle hérédité, tel tempérament etc.

Celui qui s'en rapporte aveuglement au formulaire court souvent le risque, en visant la maladie de blesser le malade.

Ces notions de pathologie générale, si simples, si élémentaires, devraient être écrites en grosses lettres, en formulaires, comme un memento indispensable. Au lieu de cela, nous sommes convaincus qu'elles sont reléguées à l'arrière-plan le plus souvent peut-être, dans un oubli coupable.

Ainsi, chez le petit enfant de la première enfance, pense-t-on toujours à se faire cette réflexion première que l'alimentation proportionnelle s'impose d'avantage ? qu'en plus de la ration d'entretien, il y a la ration de croissance, et que cette dernière présente son chiffre le plus élevé à cette première période de la vie.

Dans ces conditions le danger de l'insuffisance alimentaire est aussi à redouter que les ravages de l'infection envahissante.

N'avons-nous pas tous appris, sur les bancs du collège, que les enfants d'Ugolin enfermés avec lui dans une tour murée, et condamnés à mourir de faim moururent les premiers, et que le premier qui succomba ce fut le plus jeune : la vérité clinique ou thérapeutique se fortifie de ce fait historique.

Oui l'enfant, toutes proportions gardées, a besoin de plus de nourriture que son père, pour satisfaire les exigences de son âge de dépenses actives. Ainsi en est-il pendant la santé, et peut-être plus encore dans la maladie, si nous faisons exception pour les infections intestinales qui constituent une indication de diète sévère et

trouvant leur guérison dans un lavage intestinal abondant par la diète hydrique et l'enteroclyse.

C'est surtout dans le groupe nombreux des maladies cycliques, fièvres, éruptives variées, si particulières à l'enfant—puisque, pour avoir le droit de vivre, il semble être obligé de leur payer tribut—que l'alimentation à des indications toutes spéciales.

Si nous suivons la médication de Todd dans la pneumonie, si l'alcool, aliment antidépensateur, constitue presque toute la médication, pourquoi ne pas appliquer cette même médication rationnelle à toutes ces maladies également cycliques ?

Mais n'oublions pas la proposition fondamentale de notre étude : l'enfant a plus besoin, etc. ; alors l'alcool ne suffit pas par lui-même, l'âge s'oppose d'ailleurs à la médication alcoolique intensive, il faut donc recourir aux aliments azotés, afin d'empêcher l'enfant de consommer trop vite son propre azote.

*Tous les enfants passeraient victorieusement à travers ces périodes plus ou moins longues d'invasion infectieuse de toutes sortes, si l'on pouvait les alimenter suffisamment.*

Si nous nous plaçons au point de vue des complications secondaires qui se passent pendant ou après les attaques morbides sur ces jeunes plantes humaines, en poussée si active, sur ces "parvulis," ignorés nous trouvons un autre argument à ajouter au premier pour insister sur l'alimentation thérapeutique de l'enfant.

Nous savons bien en effet que l'agent infectieux est l'agent de la complication, et que celle-ci est en relation avec l'époque avancée ou terminale de la maladie, c'est-à-dire quand l'enfance est plus affaiblie et offre moins de résistance. Alors n'est-il pas logique de supposer que nous sommes, pour une large part, responsables de cet affaiblissement et de la défaite nouvelle dont l'enfant est victime.

Combattre l'agent infectieux ne suffit pas ; l'agent peut échapper à l'action microbicide et continuer à vivre et à détruire, à désorganiser avec d'autant plus d'effet que la phagocytose trouve moins de ravitaillement dans un régime alimentaire insuffisant.

Ces considérations n'auraient pas eu leur raison d'être il y a quelques années, alors que nous n'étions pas approvisionnés d'un arsenal alimentaire adapté plus particulièrement au jeune âge, et que nous ne possédions pas les données physiologiques modernes sur le pouvoir absorbant de la muqueuse rectale ; car, hâtons-nous de le dire, l'inappétence fébrile rend l'alimentation naturelle le plus souvent impossible, sûrement incomplète, et c'est à la cavité digestive du rectum qu'il nous faut avoir re-

cours méthodiquement, et à laquelle il faut demander l'assistance nutritive nécessaire.

Outre les lavements nutritifs d'œufs et de lait associés, nous avons les poudres de peptones en suppositoire, à petites doses afin de ne pas provoquer l'intolérance rectale.

Ces substances extractives concentrées, semblent bien être adaptées à l'âge qui nous tient tant à cœur et pour la conservation duquel il nous faut faire tant d'in-fatigables efforts.

Ajoutons les glycérophosphates, la lécithine, et nous trouvons dans ces reconstituants énergiques des auxiliaires précieux, pour empêcher la déperdition trop prompte et trop abondante, dont nous savons toute la gravité chez les petits enfants malades.

Nul doute que nous ne pourrions pas, par tous ces moyens, former le nombre des calories demandées par le poids de l'enfant—100 calories par kilos par jour—mais en lui en donnant le plus possible, nous ajoutons ce que nous croyons être un complément indispensable à les thérapeutique infantile.

---

## Université Laval de Montréal

FACULTÉ DE MÉDECINE

---

### Cours de Biologie.—Leçon d'embryologie

PAR LE PROFESSEUR ADRIEN LOIR

(Suite)

*Premier chorion.*—Pendant que se produit cette division des cellules et la formation des feuillettes, la membrane vitelline se hérissé de nombreuses petites papilles ou villosités non vasculaires, elle forme le premier chorion. Il y en aura successivement trois qui seront chargés d'assurer la nutrition de l'œuf—nutrition qui devient de plus en plus compliquée. Ce premier chorion puise par endosmose et imbibition le liquide protéique secrété par le canal de l'oviducte d'abord, puis par la paroi utérine.

Le vitellus en segmentation reçoit donc aussi, grâce à ce premier chorion, de la matière nutritive. Il augmente de volume en même temps qu'il se segmente. L'œuf, arrivé dans la cavité de l'utérus, se fixe sur la

caduque utérine. Il devient alors vésicule blastodermique, présentant trois feuillettes en un point, qui sera le pôle formatif, c'est-à-dire dans la région où se dessine déjà l'embryon.

Il apparaît en ce point à la surface de l'ectoderme, (E) un sillon qui, formant étranglement, divise le contenu de l'ectoderme en deux parties : la future cavité intestinale (in), partie intégrante de l'embryon et la vésicule ombilicale qui est extérieure à l'embryon. (Ves. omb.)

La vésicule ombilicale renferme une réserve nutritive momentanée ; l'embryon y puise, pendant quatre semaines environ, à l'aide d'un premier système de vaisseaux sanguins (vaisseaux omphalo-mésentériques) où s'opère la première circulation ou circulation foetale. La vésicule ombilicale s'atrophiera graduellement.

*Amnios et deuxième chorion.*—Le sillon ectodermique s'accusant d'avantage, les deux bords se rejoignent peu à peu, puis se confondent. L'embryon est alors entouré par une poche, l'amnios d'origine ectodermique, l'amnios doublée elle-même extérieurement d'une lame mésodermique. L'amnios est rempli d'un liquide albumineux dans lequel l'embryon est suspendu en un point ventral (ombilic) par le cordon ombilical, traversé par les vaisseaux omphalo-mésentériques. A ce moment le premier chorion est résorbé et apparaît une nouvelle enveloppe, le deuxième chorion dont les villosités puisent la matière nutritive par osmose dans les caduques. Il est formé par l'ectoderme qui s'applique contre le premier chorion et le résorbe.

*Allantoïde.*—L'Allantoïde ou troisième chorion est un bourgeon creux formé de bonne heure par l'ectoderme ; il croît entre la vésicule ombilicale et l'amnios, puis enveloppe ensuite l'amnios. Il entoure bientôt complètement l'œuf, c'est le troisième chorion. Il forme un niveau vasculaire qui devient rapidement le placenta au suivant de la caduque sérotine ; dans le gâteau placentaire, les vaisseaux de l'œuf sont enveloppés par le réseau vasculaire de la mère, sans qu'il y ait communication entre les deux circulations.

Le placenta est donc l'organe intermédiaire entre la mère et l'embryon. Les "principes nutritifs" contenus dans le sang de la mère passent dans le sang du foetus, par endosmose à travers l'épithélium placentaire, mais les globules du sang de la mère ne passent pas dans le foetus. Le foetus est donc un être indépendant qui ne fait pas partie de l'organisme de la mère.

La cavité de l'utérus est alors totalement occupée

par l'embryon. On rencontre successivement de l'extérieur à l'intérieur.

1° La caduque. 2° Le Chorion. 3° L'amnios rempli des eaux dans lesquelles flotte l'embryon. L'embryon est attaché au placenta par le cordon ombilical.

Voyons maintenant les parties du corps formées par les divers feuilletts.

L'ectoderme forme l'épiderme et les glandes, sudoripares et sébacées, qui en dépendent : le système nerveux et les organes des sens. Les organes de l'ouïe et de la vue se dessinent déjà au bout de quelques jours. Les

ectoderme, dont la paroi profonde s'est résorbée au contact des extrémités de l'intestin. Si la résorption ne se fait pas à l'extrémité inférieure, il en résulte une imperforation anale.

C. *Formation d'origines mésodermique.*—Le mésoderme forme l'appareil vasculaire, le squelette, les muscles, l'appareil excréteur et génital. L'allantoïde se développe et alors apparaît un réseau sanguin. Le cœur est bientôt représenté par un ventricule en dessous et une oreillette au-dessus. Puis une cloison sépare le ventricule en deux. Une autre cloison apparaît dans l'o-

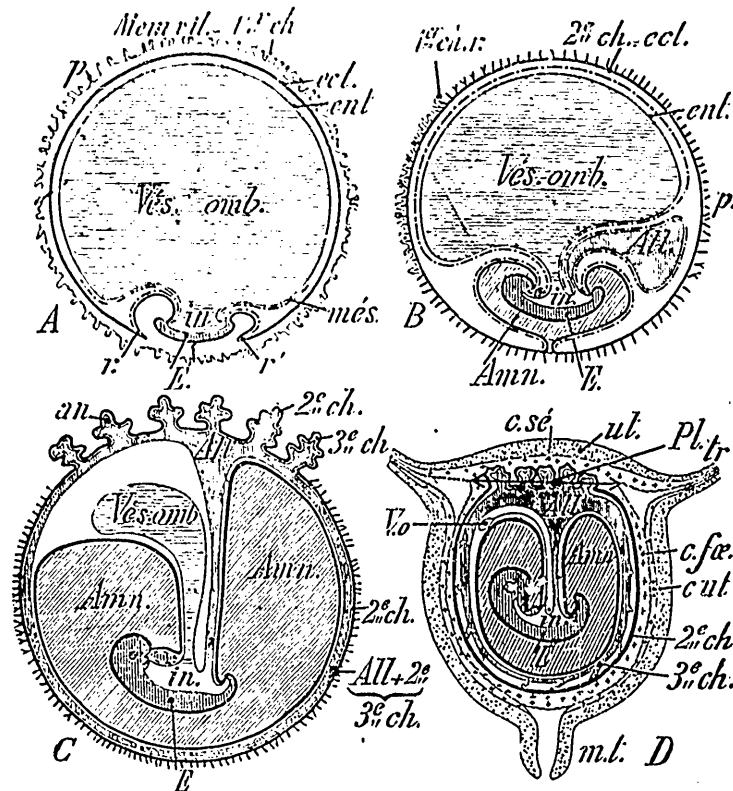


Fig. 1. — Développement de l'embryon humain. Ses enveloppes successives. — A; E, embryon; in, intestin; Vés. omb., vésicule ombilicale. Mem. vit., membrane vitelline formant le 1<sup>er</sup> chorion avec ses villosités non vasculaires p.r., rebords du sillon ectodermique qui enveloppe peu à peu l'embryon. — B, l'embryon est entouré par l'amnios, Amn.; la vésicule ombilicale est plus réduite; apparition de l'allantoïde, All; 1<sup>er</sup> ch., 1<sup>er</sup> chorion petit à petit résorbé par le 2<sup>e</sup> chorion, 2<sup>e</sup> ch., d'origine ectodermique. — C, grand développement de l'amnios qui entoure totalement l'allantoïde, All; an, anses terminales et vasculaires de l'allantoïde résorbant le 2<sup>e</sup> chorion. — D, Embryon E, en place dans l'utérus maternel ut, où il se développe; Pl, placenta; c. sé, caduque sérotine; c. fœ., c. ut, caduques fœtale et utérine confondues; V.o., resto de la vésicule ombilicale; 2<sup>e</sup> ch., 3<sup>e</sup> ch., 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> chorions; m.t., museau de tancho; tr, canal de la trompe de Fallope.

organes de l'odorat et du goût apparaissent plus tard, lorsque se produisent les invaginations ectodermiques d'où la bouche et les fosses nasales tirent leur origine.

B. *Formations d'origine entodermique.*—L'entoderme donne le tube digestif et les poumons. Le tube digestif est d'abord formé à ses deux extrémités et communique largement par sa région moyenne avec la vésicule ombilicale. Il s'allonge avec l'embryon et se divise en trois parties. Œophage, intestin, rectum. Cette dernière partie produit le bourgeon urogénital. La cavité buccale et l'orifice anal sont dus à deux invaginations de

oreillette et forme deux cavités, mais pendant toute la vie fœtale, la cloison reste incomplète et le trou de Botal fait communiquer l'oreillette droite avec l'oreillette gauche. Ce trou se forme au moment de la naissance, à moins que, par suite d'une affection ayant produit un rétrécissement pulmonaire, par exemple; le trou de Botal ne persiste chez l'enfant à cause de cet obstacle mécanique à la circulation normale.

Telles sont les premiers stades de l'évolution de l'embryon et l'origine des divers tissus que nous trouverons chez l'adulte,

## Des Albuminuries

(Suite)

### Les Albuminuries chroniques.

Ces albuminuries peuvent être classées en plusieurs catégories. C'est ainsi que nous avons à passer successivement en revue : les albuminuries des affections rénales chroniques, des affections cardiovasculaires, des infections et des intoxications chroniques, de la grossesse, les albuminuries liées aux irritations de la peau, et les albuminuries d'origine nerveuse.

#### *Albuminurie des affections rénales chroniques.*—

Les néphrites chroniques comprennent, on le sait, deux formes principales : la néphrite parenchymateuse ou hydropigène (grosse albuminurie, urines rares, œdèmes, peu de tendance aux accidents urémiques), et la néphrite chronique atrophique, interstitielle ou urémigène (petite albuminurie, urines abondante, pas d'œdème, accidents urémiques fréquents). Nous savons également que, dans certains cas, l'albuminurie est presque le seul symptôme de la néphrite chronique, qui n'est révélée que par un examen fortuit de l'urine : ce sont les albuminuries non brightiques de M. Dieulafoy, la néphrite chronique albumineuse simple.

La *dégénérescence amyloïde* des reins est une des causes les plus importantes de *grosse albuminurie chronique*. La dégénérescence amyloïde est toujours secondaire à une infection prolongée et cachectisante. "Les deux termes de cette définition sont nécessaires, dit M. Chauffard ; car les cachexies non infectieuses ne conduisent pas à la dégénérescence amyloïde tels par exemple les cancers viscéraux, le diabète sucré ; et d'autre part, les infections capables d'être amylogènes ne le deviennent que tardivement, alors qu'elles ont gravement compromis l'état général, et entraîne le plus souvent, des suppurations prolongées". En effet, c'est surtout au cours des suppurations prolongées que s'établit la dégénérescence amyloïde.

Les affections qui lui donnent le plus ordinairement naissance sont la tuberculose chronique (avec suppurations bronchiques, et surtout localisations pleurales, articulaires ou osseuse), la syphilis tertiaire (avec lésions ulcéreuses des téguments, des muqueuses, des os), et avec une moindre fréquence, le paludisme, la lèpre, les vieux ulcères de jambe, etc. . .

La dégénérescence amyloïde se caractérise par un début insidieux de la polyurie (2 à 3 litres d'urine clai-

res, transparentes), une *très grosse albuminurie* pouvant atteindre 20 à 30 grammes par jour. Cette albuminurie peut subir des variations d'un jour à l'autre, mais, une fois établie, elle ne disparaît jamais.

"D'autres constatations d'ordre négatif n'ont pas moins d'importance pour le diagnostic : peu ou pas d'œdème, sauf quand le malade est arrivé à un degré extrême de cachexie ; pas d'hypertension artérielle ni d'hypertrophie ventriculaire gauche, au moins dans la grande majorité des cas (Bartels) ; pas de tendance aux épistaxis, à l'hémorragie cérébrale" (Chauffard).

Tel sont les gros signes de la dégénérescence amyloïde du rein ; mais cette dégénérescence s'étend presque toujours à d'autres viscères : foie (énorme hypertrophie de foie), rate (grosse rate), intestin (diarrhée chronique épuisant le malade), etc. . . Cette affection entraîne une cachexie progressive qui finit par emporter le patient.

Donc, lorsqu'on constate une albuminurie massive, chez un tuberculeux chronique, chez un syphilitique tertiaire, chez un sujet atteint d'une vieille suppuration, il faut toujours songer à l'amylose rénale. Il est une autre maladie qui donne lieu à une albuminurie aussi considérable : c'est la néphrite syphilitique secondaire, mais alors on constate d'autres signes de néphrite aiguë, presque toujours des œdèmes assez considérables.

La *tuberculose* et la *syphilis* peuvent d'ailleurs déterminer les albuminuries chroniques, sans que la dégénérescence amyloïde soit en jeu : nous connaissons la fréquence de la néphrite syphilitique tertiaire, et des diverses manifestations de la tuberculose sur le rein ; nous reviendrons sur ce point en étudiant les albuminuries liées aux maladies infectieuses.

D'autres affections chroniques des reins causent parfois l'albuminurie. C'est ainsi que dans le *cancer* du rein, l'albumine peut, beaucoup plus souvent qu'on ne le croit parfois, apparaître dans les urines, en dehors de toute hématurie. Plus rarement, l'albuminurie est liée au *rein mobile* ou à l'*hydronéphrose*. Enfin, l'albuminurie chronique accompagne fréquemment les *pyélo-néphrites ascendantes* : La présence du pus servira à les spécifier, tout au moins au début et dans les cas aigus, car il faut bien savoir que, si l'infection est lente, elle peut donner des lésions chroniques sclérogènes, qui évoluent comme une néphrite chronique urémigène aussi bien au point de vue de l'albuminurie que des autres symptômes" (Castaigne).

#### *Albuminurie des affections cardio-vasculaires.*—

L'albuminurie se produit chaque fois que le courant circulatoire est ralenti, qu'il y a stase veineuse, et que la pression s'abaisse au niveau des glomérules. Ces conditions se trouvent réalisées au maximum dans l'*asystolie*. Au moment d'une crise d'*asystolie*, l'albuminurie est à peu près constante, et atteint en moyenne 0 gr. 50 centigr. à 2 gr. par litre. Elle disparaît dans l'intervalle des crises, lorsque celles-ci n'ont pas encore été très répétées, la lésion cardiaque ayant été, jusqu'à ce moment relativement bien compensée. Mais à la longue, sous l'influence des troubles circulatoires, et peut-être aussi d'une infection ou d'une intoxication surajoutée, les reins se sclérosent, s'atrophient, et l'*albuminurie persiste dans l'intervalle des crises*; alors le pronostic devient fort sérieux, les dangers de la lésion rénale chronique s'ajoutant à ceux de l'affection cardiaque.

Dans l'*insuffisance aortique*, l'albuminurie a une importance particulière, bien soulignée par Lecorché et Talamon: "En pareil cas, écrivent ces deux auteurs, la constatation de l'albuminurie coexiste avec une insuffisance aortique compensée, et alors elle ne peut être l'effet que d'une néphrite chronique concomitante, à gros ou à petit rein, association de lésion sur l'importance de laquelle il est inutile d'insister. Ou bien, l'albumine apparaît, en quantité progressivement croissante, dans une urine devenue rare et concentrée, et elle indique la fatigue et la débilitation commencent du myocarde, qui, dans ses énormes cœurs surmenés, aboutissent rapidement et fatalement à l'atrophie finale".

*Albuminurie des infections et intoxications chroniques.*— Avant d'étudier le rôle des infections et intoxications chroniques, rappelons qu'une maladie aiguë peut être la cause d'une albuminurie chronique. Il n'est pas exceptionnel, par exemple, qu'une néphrite aiguë scarlatineuse guérisse incomplètement et passe à l'état chronique. Nous avons vu, en étudiant les néphrites aiguës, que celles-ci sont en réalité reliées aux néphrites chroniques par tous les intermédiaires.

Les maladies infectieuses chroniques qui s'accompagnent le plus fréquemment d'albuminurie chronique sont la tuberculose, la syphilis, le paludisme, les suppurations prolongées: ces dernières provoquent l'albuminurie en déterminant la dégénérescence amyloïde, dont nous nous sommes occupé plus haut.

La tuberculose agit d'une manière différente suivant les cas. C'est ainsi qu'on peut distinguer, avec Talamon, l'albuminurie pré-tuberculeuse, l'albuminurie hémorragique, rapidement mortelle, causée par une néphrite diffuse subaiguë avec dégénérescence étendue sur des épi-

théliums; l'albuminurie purulente; l'albuminurie liée à l'infiltration amyloïde; l'albuminurie causée par la localisation propre du bacille de Koch sur les reins et les voies urinaires.

Sans insister longuement sur ce point, nous devons indiquer qu'on tend aujourd'hui à admettre que la plupart des néphrites, même les plus banales en apparence, observées chez les tuberculeux, sont bien dues réellement à la localisation du bacille de Koch sur le rein, contrairement à l'opinion ancienne d'après laquelle on considérait la tuberculose rénale comme relativement rare, et d'après laquelle les néphrites des tuberculeux auraient relevé le plus souvent d'une infection secondaire. Quoi qu'il en soit, il faut savoir que l'albuminurie est très fréquente chez les tuberculeux; on l'observe soit à titre d'épiphénomène, soit d'une manière plus prolongée, dans environ 50 p.c. des cas de phthisie chronique (Talamon).

La syphilis peut provoquer l'albuminurie soit à sa période secondaire, soit à sa période tertiaire. A la période secondaire, il s'agit d'une véritable néphrite aiguë et nous ne reviendrons pas sur ce fait, déjà signalé. A la période tertiaire, l'albuminurie est due soit à des lésions spécifiques, scléro-gommeuses, du rein, soit à la dégénérescence amyloïde. La dégénérescence amyloïde engendre, comme nous le savons déjà, une très grosse albuminurie. S'il s'agit de néphrite syphilitique tertiaire, scléro-gommeuse, on a un tableau ressemblant de très près au tableau de la néphrite chronique urémigène. Si l'on reconnaît la véritable cause de cette albuminurie il faut recourir, avec une certaine prudence, au traitement mixte, ioduré et mercuriel. Mais, dit M. Chauffard, "bien des vieux syphilitiques sont atteints de néphrites chroniques que le traitement spécifique ne guérit ni même n'améliore. On ne peut donc les dire atteints de syphilis rénale tardive. Est-ce à dire que leur syphilis ancienne n'est pour rien dans leur néphropathie actuelle. Je ne le crois pas, et suis convaincu que la syphilis, sur le rein comme sur l'axe cérébrospinal, peut avoir par sa toxine une action pathogène que la médication spécifique est impuissante à enrayer. Ce sont là, à proprement parler, des néphrites parasymphilitiques, suivant la dénomination devenue classique de Fournier. Mais la superposition chez le syphilitique d'autres causes pathogènes, alcoolisme, paludisme, uricémie, troubles gastro-intestinaux ou hépatiques, est si commune, qu'il est la plupart du temps bien difficile de faire sur le tard, et une fois la maladie pleinement constituée, la part étiologique de la vérole." (Chauffard).

Enfin, signalons les albuminuries liées à la syphilis héréditaire tardive.

L'albuminurie du *paludisme* se produit dans des circonstances très différentes : tantôt, au cours des accès intermittents, on observe une albuminurie transitoire et peu abondante, qui cesse après la fin de l'accès. Dans d'autres cas, il s'agit d'accès pernicieux avec hématurie ou hémoglobinurie : c'est la fièvre bilieuse hématurique, dont le pronostic est particulièrement grave, la mort rapide par urémie et anurie étant très fréquente en pareil cas. Mais, ce qui nous intéresse surtout ici, ce sont les albuminuries persistantes : elles sont liées à une néphrite subaiguë ou chronique déterminée par la maladie infectieuse elle-même ; et leur évolution ne se différencie pas de celle des néphrites chroniques vulgaires. Dans d'autres cas, elles dépendent de la dégénérescence amyloïde.

Les *intoxications* et *auto-intoxications chroniques* tiennent sous leur dépendance un grand nombre d'albuminuries.

Dans la *goutte* et l'uricémie, l'albuminurie peut apparaître à toutes les périodes de la maladie. Elle a été bien étudiée par Lecorché et Talamon.

Au début, l'albuminurie est *latente* ; elle ne s'accompagne d'aucun trouble de l'état général. Elle est souvent *intermittente*, se montrant dans l'urine du jour, après le repas ou après l'exercice, faisant défaut dans l'urine de la nuit. Les urines sont souvent abondantes ; elles sont hautes en couleur et riches en acide urique. Cette albuminurie précoce peut guérir si le malade modifie son régime et lutte contre l'uricémie. Mais le plus souvent elle aboutit peu à peu à des lésions de néphrite chronique.

La néphrite goutteuse, que l'on observe chez les goutteux invétérés, ne se différencie pas de la néphrite atrophique urémigène.

Enfin, rappelons qu'au moment des accès de goutte aiguë, on peut voir apparaître une légère albuminurie transitoire. Si l'albuminurie préexiste à l'accès, celle-ci l'exagère.

L'albuminurie du *diabète* a une grosse importance pratique. En effet, il est très fréquent d'observer chez les diabétiques une albuminurie légère, intermittente, ne s'accompagnant d'aucune modification du taux du sucre urinaire ; elle n'a pas de signification pronostique défavorable. Il n'en est pas de même de l'*albuminurie abondante*, atteignant 2 à 3 grammes par litre, qui ne s'observe que dans des formes sévères.

Parfois une albuminurie légère s'établit *en même temps que le sucre disparaît* : c'est là un symptôme grave indiquant le développement d'une néphrite chronique urémigène.

Signalons encore la fréquence de l'albuminurie chez les malades atteints de troubles *gastro-intestinaux* ou d'une affection hépatique.

Les *intoxications exogènes* déterminent de l'albuminurie chronique lorsqu'elles sont longtemps prolongées. A cet égard, la première place revient au *saturnisme*, qui, au début, peut ne déterminer qu'une albuminurie transitoire et définitivement curable si le malade évite à l'avenir les causes d'intoxication, renonce par exemple à son métier de peintre en bâtiments ; mais plus tard le saturnisme entraîne une néphrite atrophique, urémigène, avec toutes ses conséquences. Le saturnisme est l'une des causes les plus importantes des néphrites chroniques.

*Albuminurie de la grossesse.*—Chez les femmes enceintes, l'albuminurie, qu'elle soit liée à une néphrite ou plutôt qu'elle relève de l'ensemble des auto-intoxications qui se produisent au cours de la grossesse, est assez fréquente et a une grande importance pratique. En effet, elle peut être considérée comme le premier stade de l'éclampsie : aussi, dès qu'on la constate, doit-on soumettre la femme au régime lacté, et, à ce prix, on évite à coup sûr la crise d'éclampsie. Cette albuminurie est latente, ne s'accompagne d'aucun trouble d'insuffisance urinaire ; aussi *on doit la rechercher systématiquement par l'examen régulier des urines*, pratiqué au moins une fois par mois dans les six premiers mois, et tous les quinze jours dans les trois derniers.

Lorsque, en même temps que l'albuminurie, l'urine contient du pus, on a affaire à une pyélo-néphrite gravidique, dont le pronostic est toujours réservé.

L'albuminurie peut encore apparaître pendant le travail, mais alors elle est transitoire et sans gravité ; ou pendant les suites de couches, et est liée en ce cas à une infection puerpérale : il s'agit d'une néphrite dont l'importance est adroitement subordonnée à l'intensité de l'infection causale.

*Albuminuries liées aux irritations de la peau ; albuminuries nerveuses.*—Les brûlures étendues, les dermatoses chroniques, l'eczéma en particulier s'accompagnent parfois d'une albuminurie liée soit à des troubles circulatoires réflexes, soit à une auto-intoxication par résorption de toxines, soit à une infection se faisant à la faveur de la lésion du tégument. Le pronostic en est



essentiellement variable et est liée surtout à la gravité même de la lésion causale.

Les *affections nerveuses centrales* sont souvent une cause d'albuminurie : celle-ci peut apparaître chez les épileptiques au moment des crises, dans l'hémorragie cérébrale, dans le goître exophtalmique, etc... Elle n'a pas par elle-même une bien grande signification.

Telles sont les modalités si variées de l'albuminurie relevant de lésions chroniques.

PROF. SCHULTZE.

(*A suivre*)

---

## LETTRE DE PARIS

---

(*De notre correspondant spécial*)

---

PARIS, 20 décembre 1907.

*Mon cher ami,*

La grosse question médicale du jour, c'est la reprise des cours à la Faculté de Médecine. Le 16 décembre, le jour où le nouveau doyen, le professeur Landouzy, prenait possession du fauteuil laissé libre par la démission du professeur Debove, le ministre autorisait la réouverture de la Faculté. Aucun incident ne s'est produit. Les deux nouveaux professeurs, jadis si chahutés, purent faire leurs cours et parler sans recevoir dans la figure des tomates et des œufs pourris.

Pour comprendre ce qui s'est passé, il faut étudier les causes du malaise qui existe encore et qui continuera mais qui se manifesterà d'une façon moins violente.

La Faculté de Médecine de Paris est une école professionnelle où les jeunes Français doivent apprendre la médecine ; mais son renom est si grand dans le monde, qu'elle est en même temps une école d'application où les médecins du monde entier viennent se perfectionner dans les diverses branches des sciences médicales.

Les cours, au lieu d'être destinés aux étudiants, futurs praticiens, sont des cours d'enseignement très supérieur, et les étudiants reprochent, en particulier au professeur d'anatomie de ne passer en revue les matières complètes du programme qu'en cinq ans, alors que eux ne doivent suivre le cours que pendant deux ans. Il en

est de même pour l'histologie. Cette situation existe depuis longtemps et les deux nouveaux professeurs n'ont pas modifié le programme. On sait fort bien que les étudiants se soucient peu des cours de la Faculté, ce n'est pas là qu'ils apprennent l'anatomie, l'histologie ni la médecine en général. Les connaissances professionnelles dont ils auront besoin plus tard, ils les puisent aux travaux pratiques, à l'hôpital, dans les petites conférences, mille fois répétées qui sont faites par les agrégés, les chefs des laboratoires, les prosecteurs, les chefs de clinique, les préparateurs, les internes.

Les élèves se rendent compte de ce fait ; ils savent que dans les autres facultés l'enseignement est donné par les professeurs eux-mêmes et pour les étudiants : aussi ne sont-ils pas satisfaits de la situation qui leur est faite à Paris.

Cet état d'esprit des étudiants a été exploité contre les nouveaux professeurs. Ils viennent tous les deux de la Faculté de Nancy. Cette université de Nancy fait beaucoup parler d'elle depuis plusieurs années par la haute valeur de son enseignement et ses travaux. L'enseignement y est supérieurement organisé et les résultats ont été parfaits. Les travaux faits par l'école Nancéenne sont connus partout. C'est ainsi que la Faculté de Paris a eu l'idée d'aller chercher deux titulaires dans ce milieu. C'est une innovation, et là se trouve la cause intime du conflit.

Il y avait eu cependant un précédent lorsque le professeur de Lapersonne fut appelé de Lille à la succession de Panas. Mathias Duval auquel M. Prenant succède ne pouvait plus depuis longtemps déjà faire son cours, étant atteint d'une double cataracte. Un chargé de cours le suppléait. Ces chargés de cours sont des agrégés qui veulent bien se charger du labeur de l'enseignement sans en avoir la rétribution correspondante ni en honneur ni en argent. Pour eux, la seule récompense c'est d'être appelés à remplacer officiellement ceux qu'ils ont suppléés pendant longtemps. Ainsi a-t-on pu voir une injustice commise au détriment de M. Launois, le suppléant d'histologie, dans le fait que cette chaire, devenue vacante, fut donnée à un autre, M. Prenant. De même en anatomie, un autre que M. Nicolas semblait avoir des droits à la succession de Poirier. C'était Riefel, chef des travaux pratiques d'anatomie.

Mais le fait qui a choqué le plus encore les étudiants, c'est surtout le cas du personnel secondaire, prosecteurs d'anatomie, préparateurs, qui, pour un traitement modeste, assument la partie essentielle de l'enseignement professionnel du futur médecin. Pour ce

auxiliaires, tout leur espoir est de devenir un jour agrégés. Or, en histologie, M. Prenant a empêché la rénomination de quatre de ces préparateurs pour leur en substituer d'autres venus de Nancy. C'était briser la carrière des révoqués et tout leur avenir médical.

Ce sont ces deux ordres de fait : mécontentement d'un côté du caractère par trop théorique des cours faits par les professeurs et de l'autre ces questions de personnes qui ont amené les étudiants à protester autour des deux chaires d'anatomie et d'histologie. Ils semblent à l'heure actuelle, être revenus sur leurs idées premières et on ne peut que les en féliciter car la décision prise par Paris de ne plus se recruter exclusivement sur place et d'aller au besoin choisir ses professeurs au dehors ne peut que donner de bons résultats : c'est en outre stimulant pour tous, provinciaux et parisiens.

On a reproché aux étudiants le moyen qu'ils ont employé pour faire connaître leurs sentiments, mais c'était le seul qui fût à leur portée. Pendant deux mois les cours ont été suspendus ; la punition a été assez sévère.

\* \*

Une autre question très discutée en ce moment est la création d'une université d'Afrique à Alger. Le ministre de l'Instruction publique vient d'annoncer à la Chambre qu'il a chargé une commission de préparer un projet de loi sur cette création. La commission du budget de la chambre avait ajournée la question, la mesure prise par le ministre en assure la solution prochaine.

Les écoles supérieures actuelles ne satisfont plus la population. Elles enseignent l'agriculture, la mécanique appliquée, la médecine, l'hygiène, les législations, les langues des indigènes etc. Mais les étudiants sont obligés d'aller prendre les grades supérieurs, les diplômes dans la métropole. Etant constitué en université, le groupement serait doté de son autonomie financière, ayant son budget propre.

Le projet avait causé quelque inquiétude à la commission du budget et voilà pourquoi il avait été ajourné par la chambre. Lorsque les jeunes Algériens disaient-ils pourront faire toute leurs études en Algérie, y conquérir toutes leurs diplômes, ils n'auront plus de raison pour venir en France, ils ne connaîtront plus la métropole, il y aura un lien de moins entre la colonie et la mère patrie.

Mais convient-il vraiment de s'effrayer ? Il faudrait se délibérer une bonne fois de ce spectre de séparatisme que l'on voit si obstinément reparaître dans la discussion

de tous les sujets Algériens. Il n'existe dans la société algérienne aucune apparence d'une tendance à rêver d'une destinée indépendante de la France. Croit-on que c'est parce que quelques dizaines d'étudiants viendront ou ne viendront pas chaque année en France passer quinze jours pour leurs examens qu'il y aura hausse ou baisse dans le patriotisme de l'Algérie ? S'il tenait à si peu de chose, quel fonds pourrait-on faire sur lui ? Le député d'Alger M. Colin a dit la-dessus avant hier, à la chambre, un mot fort juste : " C'est toujours de conflits économiques tranchés sans équité, sans ménagement et sans prudence par les métropoles au détriment des colonies qu'est née la désaffection des colonies pour les métropoles. En obligeant les étudiants Algériens à venir en France on leur impose une charge qui est plus faite pour provoquer leur mécontentement que pour accroître leurs sympathies pour la France ". La France est reliée à l'Algérie par dix-neuf services hebdomadaires de bateaux et elle fait un commerce avec elle de 650 millions par an.

Ce sont là, pour établir leur solidarité sur une base indéfectible, des éléments plus sûrs que tous les liens factices que la méfiance imaginé.

Voilà cette université d'Alger sur le point de se créer, et j'ai pensé intéresser vos lecteurs en leur parlant de la chose. On cite déjà le nom de ceux qui iront professer dans ce nouveau centre, et on s'agite ferme, à Paris, pour se disputer les places. Vous voyez combien les colonies françaises sont traitées avec moins de liberté que les colonies anglaises. Tout se décide à Paris, même la création d'une école dans un pays plus grand que la France et qui compte plus de trois millions d'habitants.

\* \*

Le professeur Cornil vient de prendre sa retraite comme titulaire de la Chaire d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Paris. M. Marie le remplace, il était l'élève aimé de Charcot.

Voilà une bien longue lettre, mais j'ai pensé qu'il était bon d'exposer à vos lecteurs, qui s'intéressent, je le sais, aux choses de France, les dessous des derniers événements. Car ils ont certes leur importance, témoignant comme ils le font d'une nouvelle orientation de la Faculté de Paris.



# L'HÉMOPHILIE

## Pathogénie et traitement

Les hémorragies chez les hémophiliques étant de fréquente occurrence, le dernier Congrès de Paris avait mis à son programme la discussion de cette question fort controversée.

La magistrale exposition qu'en a fait M. Marcel Labbé est de toute première valeur, et nous en donnons ici les passages les plus saillants,

—o—

L'hémophilie, dit-il, se manifeste ordinairement dès la première enfance et entraîne souvent la mort avant que le sujet ait pu atteindre l'âge adulte. Elle se caractérise cliniquement :

1<sup>o</sup> Par des hémorragies provoquées à l'occasion des plus minimes traumatismes : ecchymose à la suite d'un choc, d'une chute, suintement sanguin interminable après une écorchure ou une coupure ; hémorragies incoercibles, mettant la vie en danger, après l'avulsion d'une dent, l'ablation des végétations adénoïdes, la vaccination ou une opération quelconque ;

2<sup>o</sup> Par des hémorragies spontanées, au niveau de la peau (ecchymoses), des muqueuses (épistaxis, stomatorrhagies, hémorragie intestinale), des viscères (hématuries) ou des muscles (hématomes),

3<sup>o</sup> Par des attaques répétées de gonflement articulaire se produisant au niveau de toutes les jointures.

Avec son évolution si curieuse et sa transmission quasi fatale, l'hémophilie a depuis longtemps attiré l'attention des médecins ; de nombreuses théories ont été proposées pour expliquer sa genèse.

Les théories pathologiques peuvent être groupées en quatre catégories : 1<sup>o</sup> théories vasculaires ; 2<sup>o</sup> théories cardiaques ; 3<sup>o</sup> théories nerveuses ; 4<sup>o</sup> théories sanguines.

Devant l'insuffisance des trois premières théories, on s'est efforcé de trouver une lésion sanguine.

D'après Grandidier, Lørsen, Hayem, Lahli, Wright, P.-E. Weil, le sang des hémophiles offre une diminution de la coagulabilité, qui peut être attribué à trois causes :

1<sup>o</sup> Un défaut de matière fibrinogène, mais l'analyse du sang chez les hémophiles a montré une quantité normale de fibrine ;

2<sup>o</sup> Un défaut de plasma ou une imperfection de la plasmase, résultant d'une insuffisance des proferments, des kinases ou des sels de calcium ;

3<sup>o</sup> La présence d'une substance anticoagulante.

L'insuffisance ou l'imperfection de la plasmase, paraît être la condition la plus importante.

P.-E. Weil a étudié la coagulation du sang chez un grand nombre d'hémophiles et a constaté que les lésions du sang ne sont pas identiques dans l'hémophilie sporadique et dans l'hémophilie familiale.

Dans la première l'insuffisance de la coagulation tient à l'insuffisance de la plasmase. Dans la seconde elle tient à la fois à l'insuffisance de la plasmase et des substance anticoagulantes.

L'état du foie paraît aussi entrer en ligne de compte dans la pathogénie de l'hémophilie.

Il est impossible de dire si c'est à l'insuffisance du proferment, de la kinase ou des sels de calcium que revient le premier rôle. Mais il semble bien que le trouble de la coagulation ne soit pas identique dans tous les cas.

L'étude clinique et hématologique de l'hémophilie conduit à cette conclusion qu'il n'y a pas une hémophilie avec une lésion sanguine constante, mais des états hémophiliques avec des altérations diverses du sang :

1<sup>o</sup> L'hémophilie sporadique par insuffisance de plasmase ;

2<sup>o</sup> L'hémophilie familiale par insuffisance de plasmase et par présence de substances anticoagulantes ;

Peut-être y a-t-il en outre une hémophilie due à une insuffisance des sels de chaux. Ainsi s'expliqueraient les succès obtenus dans quelque cas avec le traitement calcique ;

4<sup>o</sup> Il paraît enfin exister une hémophilie par troubles vasculaires. Il est certain que la contractilité des capillaires joue un rôle dans l'arrêt des hémorragies. L'efficacité des applications d'adrénaline contre certaines hémorragies des hémophiles est là pour le prouver.

TRAITEMENT.—Devant la très grande difficulté d'arrêter les hémorragies des hémophiles, tous les traitements hémostatiques ont été essayés.

Les moyens ordinaires échouent habituellement. La compression simple, l'élévation du membre qui saigne le tamponnement des forces nasales contre les épistaxis ne suffisent pas.

Les coagulants ordinaires, comme le perchlorure de fer, l'antipyrine, sont sans action. Les injections d'ergotine, l'eau de Rabel sont insuffisantes.

A considérer les publications médicales, il semblerait que nombre de médications sont efficaces.

Il est vraie que le succès ne durent pas longtemps et que, dès l'année suivante, le médicament qui guérissait les hémophiles est déjà abandonné.

Le régime végétarien a été essayé, mais sans succès. Comme le fait remarquer Sahli, c'est probablement par suite d'une assimilation inexacte entre l'hémophile et le scorbut.

L'adrénaline a été dans plusieurs cas employée avec succès en application locale sur une muqueuse saignante. Dans un cas purpura hémorragique avec état anémique très grave, M. Labbé a obtenu, d'autre part la cessation des hémorragies par l'injection sous-cutanée de un demi milligramme d'adrénaline.

Les propriétés coagulantes des solutions de gélatine indiquées par Dastre et Floresco, ont été utilisées dans le traitement des hémorragies, des anévrysmes et de l'hémophilie. Les solutions ont été employées de trois manières :

1° En application locale sur une plaie qui saigne ;

2° Prise à l'intérieur par le tube digestif, à la dose de 200 à 250 grammes par jour, elle aurait arrêté des hématuries chez un hémophile ;

So Les injections sous-cutanées de sérum artificiel, gélatineux en titre de 1 à 5 p. 100 et à la dose de 20 à 100 centimètres cubes auraient donné des résultats positifs. M. Labbé, d'après ses expériences personnelles, n'accorde aux injections sous-cutanées de sérum gélatineux aucune valeur hémostatique. Il conclut qu'elles doivent être rejetées de la thérapeutique de l'hémophilie en particulier, des hémorragies en général.

Les injections de sérum salé simple employées par quelques auteurs ne paraissent pas avoir plus de valeur.

Les extraits d'organes, corps thyroïde, ovaire, foie, ont été employés contre l'hémophilie.

Le traitement thyroïdien paraît avoir donné de bons résultats sous son influence, des hémorragies multiples spontanées, que rien n'avait pu arrêter ont cessé, la santé s'est réparée et la guérison s'est maintenue.

L'extrait d'ovaire a été employé avec succès par Revadier.

L'extrait hépatique devait être essayé contre l'hémophilie. Wooldridge, Gilbert et Carnot avaient, en effet, montré que l'extrait de foie injecté à dose suffisante dans les veines d'un animal détermine des thromboses mortelles. Gilbert et Carnot, puis Foa et Pellacani, Heidenhain, avaient constaté, en outre, que l'addition d'extrait hépatique à du sang normal *in vitro* accélère la coagulation. Cette action coagulante de l'extrait hépatique ne lui est d'ailleurs pas spéciale.

Wooldridge, Contejean et d'autres ont montré que cette propriété est commune à tous les extraits d'organes, et que ceux-ci, suivant les doses et les conditions d'emploi, manifestent tantôt une action coagulante, tantôt une action anticoagulante.

L'injection d'extrait de foie a été essayée par divers auteurs contre les états hémorragiques et l'hémophilie : il ne semble pas que sous cette forme l'opothérapie ait été efficace.

Les travaux de Arthus ont montré que les sels de chaux et, en particulier, le chlorure de calcium, jouent un rôle important dans la coagulation du sang.

L'application d'une solution de chlorure de calcium à 1 p. 100 sur une plaie qui saigne, favorise la coagulation et arrête l'hémorragie. Cet effet a été utilisé plus d'une fois chez des hémophiles.

Wright a montré que le chlorure de calcium absorbé par le tube digestif exerce les mêmes effets. A titre préventif, le chlorure de calcium a permis de pratiquer des opérations chez des hémophiles sans accidents.

Il faut remarquer que le chlorure de calcium peut présenter une action inverse. Si on prolonge plus de trois ou quatre jours son ingestion, la coagulabilité du sang, qui avait d'abord augmenté, diminue. Par suite, le traitement doit être administré par périodes de trois jours, séparées par des intervalles de trois ou quatre jours.

Le lactate de calcium a été essayé aux mêmes doses que le chlorure, et serait mieux toléré et plus efficace. Toutefois, M. Labbé n'a pas constaté d'accélération de la coagulation sous l'influence de ces sels.

Ce que l'on sait du rôle des ferments dans la coagulation du sang a conduit à employer ceux-ci dans le traitement de l'hémophilie. Schmidt est parvenu à arrêter une hémorragie chez un hémophile par l'application locale de substances zymoplastiques, obtenues par dessiccation des sucs de tissus.

Enfin, on a employé le sérum frais de cheval, dont P.-E. Wells a montré l'action.

Dans l'hémophilie sporadique, l'injection intra-veineuse de 10 à 20 centimètres cubes de sérum frais corrige le vice hématique d'une façon complète. La coagulation se fait en temps normal, les hémorragies s'arrêtent et on peut pratiquer de suite sans danger une opération chirurgicale. La sérothérapie a donc une importance considérable au point de vue chirurgical. P.-E. Well et Marcel Labbé ont utilisé aussi l'action locale du sérum pour arrêter les hémorragies des hémophiles : en pensant

une plaie qui saigne avec de la gaze imbibée de sérum frais, on exerce une action hémostatique puissante ; introduit dans les fosses nasales ou appliqué sur une dent qui saigne, le sérum a arrêté des hémorragies qui avaient résisté aux autres moyens de traitement.

Somme toute, il semble acquis, en résumé, que le chlorure de calcium à l'intérieur,—et la gélatine et l'adrénaline, localement, sont les seuls agents d'emploi, pratique et facile qui aient fait leur preuve.

## Traitement de l'hémoptysie

D'après M. Peverell Hichens (*The Practitioner 1907*), les astringents locaux introduits dans l'estomac n'exercent aucune action efficace. Le perchlorure de fer, l'alun, l'acétate de plomb ou le tanin sont même nuisibles, parce qu'ils tendent à causer la constipation.

Les vaso-constricteurs, l'ergot de seigle, l'extrait sur-rénal et la digitale, n'agissent guère sur les vaisseaux pulmonaires, mais surtout sur les vaisseaux périphériques, d'où une élévation de la pression vasculaire qui est dangereuse.

Dans l'hémoptysie il importe :

1° D'assurer le repos le plus complet aux poumons et au cœur. Il faut recommander l'immobilité au lit, donner au malade des opiacés ou lui faire une injection de morphine, "AFIN DE CALMER LA TOUX" et de procurer un peu de sommeil.

2° De diminuer la pression vasculaire. Le malade devra être couché les épaules relevées sur les oreillers. L'alimentation doit être froide, en petite quantité, avec peu de liquides ; on administrera de petits fragments de glace contre la soif. Les purgatifs salins sont indiqués pour soustraire un peu de liquide au sang et dilater les vaisseaux abdominaux, ce qui diminue la pression sanguine. On peut abaisser la pression pulmonaire par les vaso-dilatateurs, le nitrite d'amyle, ou plus graduellement la nitro-glycérine ou le tétranitrol.

3° Augmenter la coagulabilité du sang. On donnera 1 gr. à 1 gr. 20 de chlorure de calcium trois fois par jour ou plus souvent, mais pas pendant plus de trois ou quatre jours car l'effet serait alors inverse et le sang moins coagulable.

L'auteur considère l'application de la glace sur la poitrine comme inutile : il suffit de la faire sur la région précordiale pour calmer l'action du cœur. Il peut être avantageux de faire respirer des vapeurs térébenthinées qui ont une action vaso-constrictive et abaissent l'énergie cardiaque.

## L'ulcère simple de l'Estomac

### SON TRAITEMENT

Nous savons tous la fréquence de cette affection jointe à sa longue résistance à nos traitements. Aussi avons-nous cru intéressant de résumer la question et faire part aux lecteurs des idées actuelles et générales dans le traitement de cette lésion de l'estomac.

Ce sont les discussions au dernier congrès médical de Paris qui vont nous fournir les données nécessaires pour la mise à points du sujet.

M. Linossier, rapporteur sur la question fait le bilan des nombreux traitements en usage contre l'ulcère stomacal, non compliqué. Celui-ci dit-il a une tendance naturelle à la guérison, contrariée dans la pratique par les mouvements l'irritation des aliments, la sécrétion gastrique. La thérapeutique combat ces causes adverses, par la *diététique* (surtout), les médicaments et les moyens chirurgicaux.

Le repos complet de l'estomac est l'idéal théorique, l'inanition en est la conséquence. Pour restreindre cette dernière, on utilise les voies sous-cutanée et rectale : la première permet l'absorption des huiles, de l'eau et des sels, la seconde, celle des lavements nutritifs. D'après l'auteur, l'alimentation rectale, généralement utile, ne satisfait que rarement aux besoins de l'économie. Il n'est pas certain, non plus, qu'elle se provoque pas des mouvements réflexes de l'estomac, de sorte que ses inconvénients sont près d'égaliser ses avantages.

Enfin le repos stomacal, non assuré par l'alimentation extra-gastrique, n'arrête pas la sécrétion, qui persiste, malgré lui, durant plusieurs jours, et les sucs peuvent au lieu d'aliments, digérer la paroi ulcérée.

Une autre critique importante, l'amaigrissement et l'affaiblissement sont la conséquence de cette insuffisante alimentation.

La méthode d'abstinence stomacale a donc des adversaires résolus : appliquée d'ailleurs, au début du traitement, elle n'est toujours que momentanée, et suivie bientôt de la cure d'alimentation, utilisée d'emblée par les autres.

A. *Les Régimes*.—Plusieurs régimes sont préconisés, entre autres ceux de Cruveillier, de Lenhart, de Senator. Le rapporteur accorde sa préférence au premier, mais le médecin doit se servir des autres, au besoin

Le lait constitue la base du régime mixte de Cruveillier : aliment albuminoïde, par la division extrême de sa caséine, il neutralise facilement l'acide chlorhydrique ; de plus il excite très peu la sécrétion gastrique. Il faut avoir soin de la prescrire par petites doses espacées, afin d'éviter la formation dans l'estomac, de caillots volumineux, qui auraient peine à franchir le pyllore. Se rappeler aussi, que le lait expose à la dilation de l'estomac, surtout chez les ulcéreux, qui y sont prédisposés, par le rétrécissement du pyllore, spasmodique ou organique, et aussi par l'abstinence qui diminue la résistance de la paroi. C'est au médecin à surveiller son malade, et à modifier le régime, en diminuant, si nécessaire la quantité de lait, en ajoutant de la poudre de lait, de la crème, des jaunes d'œufs, du riz bien cuit, du tapioca.

Senhartz emploie les albuminoïdes ; il donne, le 1<sup>er</sup> jour, 200 grammes de lait et deux œufs crus battus, augmente chaque jour la ration de 100 grammes de lait et d'un œuf, mais ne dépasse pas un litre de lait et huit œufs. Dans l'intervalle, il augmente successivement du sucre, de la viande crue hachée, du riz au lait ; au 10<sup>e</sup> jour, du jambon cru et du beurre. La diète moins sévère après 15 jours, reste encore très albumineuse. Le régime fournit à l'organisme beaucoup de calories ; il doit être combiné avec le repos au lit et l'application de glace sur l'estomac.

Le régime de Senator se compose de gélatine et de corps gras (beurre (30 gram. par jour), crème, etc.). Il neutralise moins l'HCl, mais n'excite pas la sécrétion. Les corps gras ont, en outre, l'avantage de donner un grand nombre de calories sous un petit volume.

\* \*

B. *Les médicaments.*—Le bicarbonate de soude est le plus employé ; s'il neutralise l'acidité du suc gastrique, il excite la sécrétion et produit des gaz. Delwe a déjà donné des doses de 30 à 40 grammes par jour.

Le sous-nitrate de bismuth, à hautes doses, est très utile pour calmer les douleurs.

Le nitrate d'argent n'est plus employé.

Bourget réclame des succès avec le perchlorure de fer. Après lavage préalable de l'estomac, il y introduit 100 grammes d'une solution à 1/1000, qu'il évacue par expression, pour recommencer, 3, 4 ou 5 fois, jusqu'à ce que le liquide sorte clair. Ces lavages causent quelques brûlures au siège de l'ulcère, et produisent bientôt un grand soulagement.

En outre, le malade prend, trois fois par jour, du riz au lait très cuit, du tapioca, etc. Entre les repas, contre l'acidité, il boit par petites gorgées :

Bicarbonate de soude.....	10 grammes
Sulfate de soude desséché.....	2 —
Phosphate de soude.....	2 —
Eau.....	1000 —

La durée du traitement dépasserait rarement trois semaines.

C. *Traitement chirurgical.*—L'excision de l'ulcère n'a plus guère de partisans, la gastro-enterostomie a toutes les faveurs des chirurgiens. Limossier préfère le traitement médical dans l'ulcère non compliqué. Il se demande si la jejunostomie, imaginée par Surruay, ne serait pas l'opération de choix : simple, sans danger, elle permet le repos de l'estomac en créant une fistule par où le jejunum reçoit directement les aliments sans le secours des voies naturelles.

Enfin, le mot de la fin :

Tandis que le cancer de l'estomac ne relève du traitement médical, qu'en cas d'impuissance de la chirurgie, l'ulcère ne doit être traité chirurgicalement, qu'en cas d'échec de la médecine.

LUDOVIC VERNER, M.D.

## BANQUET LACHAPPELLE

Le 20 janvier 1908, les amis et élèves du professeur Lachapelle se trouvaient réunis au Cercle St-Denis, où un banquet de 50 couverts, lui était offert à l'occasion de sa nomination comme Doyen de la Faculté de Médecine de Laval (Montréal).

Étaient présents : MM. les professeurs Adami, du McGill, Hervieux, Rottot, Guérin, Mignault, Lamarche, Foucher, Loir.

MM. les docteurs : Elie Asselin, A. Beaudry, E.-P. Benoit, S. Boucher, E. Bourgoïn, A. Bourgeois, André Brisset, T. Bruneault, E.-P. Chagnon, L.-J.-V. Cléroux, Isaïe Cormier, J.-P. Decary, L.-N. Delorme, François de Martigny, J.-W. Derome, A.-E. René de Cotret, A. Ethier, F. Fleury, L.-E. Fortier, L. de L. Harwood, René Hébert, A.-F. Jeannotte, Albert Laramée, J.-Leduc, Albert LeSage, A. Marien, Damien Masson, O.-F. Mercier, F. Monod, Th. Parizeau, Elzéar Pelletier, J. V. Racicot, Zéphir Rhéaume, J.-A. St-Denis, Eugène St-Jacques, Ed. St-Pierre, R. Trudeau, Georges Villeneuve, J. Verner.

Après un dîner fort apprécié de tous les convives, le professeur Hervieux, qui avait bien voulu accepter la présidence de cette manifestation, prit la parole et rappela les droits qu'avaient le professeur Lachapelle à la reconnaissance, à l'estime et à l'affection de tous ses confrères, non-seulement de Montréal, mais du Canada tout entier. Il fit la revue de la carrière déjà longue et bien remplie de cet homme resté jeune, et fut applaudi à outrance lorsqu'en terminant il affirma que nul n'était plus qualifié pour prendre la place laissée vacante par la retraite de notre doyen d'âge, le professeur Rottot.

Le professeur Lachapelle, en réponse, dit combien il était touché de la spontanéité de cette manifestation et demanda à tous de l'aider dans sa tâche, car ce n'est qu'avec l'aide de tous qu'il pouvait regarder avec confiance l'avenir. Pour sa part, il était prêt, comme il l'avait toujours été à donner toute son énergie et toutes ses forces à l'œuvre qui lui incombait.

Le Professeur Rottot se leva ensuite. Son âge lui permettant de faire de la critique, il en profitait pour ne pas s'associer sans réserves aux éloges que l'on venait de faire à son excellent confrère et ami le professeur Lachapelle, qu'il était heureux de voir lui succéder. Notre nouveau doyen a en effet un défaut dit-il, un très grand celui de ne s'être jamais marié et de ne pas avoir eu d'enfant : cette faute il ne pouvait la pardonner à son confrère, mais à cette faute près, le professeur Lachapelle était l'homme le plus digne de notre admiration et de affection.

Le professeur Adami, représentant McGill, en un charmant discours en français dit combien la nomination du nouveau doyen a été bien accueillie par l'université anglaise. Le Dr Lachapelle est connu et apprécié de tous, Français et Anglais. Comme président du Collège des Médecins il a rendu les plus grands services à la profession. Comme président du Conseil d'hygiène il a su se rendre utile à la communauté toute entière. Il espère que les liens personnels d'amitié qui le lient au professeur Lachapelle serviront à resserrer les relations qu'il espère voir s'établir de plus en plus fréquentes entre les deux universités. Si, en particulier les collections de la chaire de pathologie de McGill dont il est le professeur, peuvent servir au nouveau titulaire de la chaire de Biologie de Laval, dans son enseignement, il sera heureux de les mettre à la disposition de son collègue français. Il espère bien et c'est le vœu de tous ses collègues du McGill, que le nouveau doyen aidera à établir des relations suivies entre McGill et Laval.

Les professeurs Mignault, Foucher, Guérin, Loir-St-Jacques, le Dr Boulet, prirent successivement la parole et présentèrent les compliments et les félicitations de la profession toute entière au nouveau doyen.

---

## Quatrième Congrès de Médecine de Langue Française de l'Amérique du Nord

---

Vendredi soir le 26 décembre 1907, Monsieur Lesage, Président de la Société Médicale de Montréal, réunissait sur la demande du Docteur Arthur Simard de Québec un certain nombre de médecins. Le but de la réunion était de jeter les bases de l'organisation du Quatrième Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Les médecins suivants avaient répondu à l'invitation : Boucher, Boulet, Bourgeois, Brochu, (Québec) Chagnon, de Cotret, François de Matigny, Ethier, Foucher, Laurent Laurendeau, (St-Gabriel), Lesage, Mercier, Normand, (Trois-Rivières), Parizeau Plante, (Louiseville), Rhéaume, Simard, (Québec), Valin.

Le Docteur Albert Laurendeau est nommé secrétaire de la séance.

Après discussion il est décidé de diviser le congrès en trois sections :

Médecine et Annexes.

Chirurgie et Annexes.

Intérêts Professionnels.

Les présidents et les officiers sont nommés séance tenante.

### MÉDECINE ET ANNEXES

*Président* : Monsieur Arthur Rousseau, Québec.

*Vice-Président* : Prof. Séverin Lachapelle, Montréal.

*Secrétaire* : Monsieur Edge, Québec.

*Asst.-Secrétaire* : Monsieur Bourgeois, Montréal.

### CHIRURGIE ET ANNEXES

*Président* : Monsieur A. Marien, Montréal.

*Vice-Président* : Monsieur . . . . Québec.

*Secrétaire* : Monsieur Zéphir Rhéaume, Montréal.

*Asst.-Secrétaire* : Monsieur . . . . Québec,

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

*Président* : Monsieur Albert Laurendeau, St-Gabriel  
*Vice-Président* : { Seront nommés par la Société  
*Secrétaire* : { Médicale de Joliette.  
*Asst.-Secrétaire* : Monsieur J. P. Decarie, Montréal.

Il est aussi décidé d'avoir trois séances générales et à chaque séance, d'avoir une discussion sur une question d'intérêt général, après qu'elle aura été traitée par deux rapporteurs.

Les sujets suivants sont choisis :

## HYGIÈNE DANS L'ENSEIGNEMENT

*Premier Rapporteur* : Monsieur C. N. Valin, Montréal.  
*Second Rapporteur* : Monsieur Brochu, Québec.

## INFECTION DES VOIES BILIAIRES

*Premier Rapporteur* : Monsieur Albert Lesage, Montréal.  
*Second Rapporteur* :

## LE CANCER

*Premier Rapporteur* : Il est décidé que le président Général demandera à un confrère de France d'accepter d'être premier rapporteur.

*Second Rapporteur* : Monsieur Eugène St-Jacques, Montréal.

Le président Monsieur Simard exprime le désir d'avoir un comité consultatif à Montréal, et l'on décide de former ce comité.

Il se compose de tous les officiers du prochain congrès demeurant à Montréal. Ces derniers ont le pouvoir de s'adjoindre le nombre de membres supplémentaires qu'ils désireront.

Le Président est Monsieur le Professeur Henri Hervieux, Vice-Président Général du Congrès, le secrétaire Monsieur B. G. Bourgeois Assistant-Secrétaire Général du Congrès.

La date définitive du congrès n'est pas fixée, mais il est entendu que le congrès aura lieu immédiatement avant les fêtes de Québec.

FRANÇOIS DE MARTIGNY.

## Les Sociétés Médicales

## Association Médicale du District de Trois-Rivières

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1907

Présidence du Dr C.-N. DeBlois.

Un grand nombre de médecins s'étaient réunis pour entendre la conférence de Monsieur le professeur Loir de Montréal.

Le président présente le conférencier à l'assemblée : M. le Dr Loir, professeur de biologie à l'Université-Laval, à Montréal, n'est pas un inconnu parmi nous, sa renommée de savant l'a précédée ici. Le Dr Loir est le neveu de l'illustre Pasteur, il a été son élève et son collaborateur. Il a fondé des Instituts Pasteur en Tunisie, en Australie et en Rhodésie, espérons que le Canada sera aussi heureux que ces pays dans un avenir rapproché. Le Dr Loir est professeur à l'École Supérieure d'Agriculture Coloniale, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, etc.

M. le Dr Loir, dit-il, assistait au Congrès de Médecine des Trois-Rivières, où il représentait l'Association Française pour l'avancement des sciences. Il nous donnera aujourd'hui une conférence sur les sérums et les vaccins.

Le professeur Loir parle, en quelques mots, de son premier voyage au Canada à l'occasion du 3<sup>me</sup> Congrès des Médecins de langue française. C'est là qu'il a appris à connaître et à aimer les Canadiens. Il a visité tout le Canada, il s'est même rendu jusque dans l'Alberta. C'est ce premier voyage, nous confie-t-il, qui l'a décidé de son séjour prolongé au Canada. Il a appris avec plaisir la nomination du Dr Normand à la présidence du Collège des Médecins, et il le félicite à ce sujet.

Et maintenant, causons sérums.

Les microbes pathogènes peuvent être divisés en deux classes : ceux qui tuent par intoxication et ceux qui tuent par action mécanique. Le microbe du charbon est le type de cette dernière classe : il se multiplie abondamment dans le sang des animaux contaminés, il rend le sang artériel semblable au sang venimeux en lui enlevant son oxygène et produit des embolies. Il agit donc d'une façon mécanique.



Comme type des microbes de la première classe, on peut prendre celui du tétanos. Ce microbe se trouve en petite quantité chez les malades, il cause peu de sécrétion locale et le sang en contient peu ou pas : il n'agit donc pas mécaniquement, mais par les poisons ou toxines qu'il secrète. En injectant à des chevaux les toxines de cultures tétaniques, on les immunise, et leur sérum est ensuite préventif et curatif de la maladie.

Comme type des sérums on peut prendre le sérum anti-vénéreux. Les serpents secrètent un venin qui empoisonne l'animal auquel il est injecté pourvu que la dose soit assez forte. Si la quantité injectée est faible, l'animal en sera affecté, mais n'en mourra pas.

À quelque temps de là on peut faire une seconde injection plus forte, et cependant la réaction sera moins intense : l'animal devient aussi graduellement immunisé, et peut arriver à supporter de très fortes doses de venin, sans en être incommodé. Le sérum du sang de cet animal immunisé à son tour pourra neutraliser le venin du serpent : on peut l'injecter préventivement et empêcher ainsi le venin d'agir ou bien on peut l'employer pour guérir, après morsure.

On agit de la même manière pour préparer les sérums contre les différents microbes : sérum anti-diphthérique, anti-tétanique, antistreptococcique etc. On injecte à l'animal la toxine de ce microbe en quantité de plus en plus grande et on lui confère l'immunité. Ces sérums sont anti-toxiques, ils n'agissent que contre les toxines.

Un certain nombre de maladies voisines peuvent être traitées avec succès par le même sérum. Ainsi on a traité la fièvre typhoïde avec des injections de sérum antidiphthérique, après chaque injection on eut une chute marquée de la température.

Le conférencier parle ensuite du sérum de Chanténisse contre la fièvre typhoïde. Quant aux sérums antistreptococciques, ils doivent être polyvalents parce qu'il y a différentes sortes de streptococques et les sérums univalents n'agissent que contre une espèce.

Le Dr Loir parle de la tuberculine toxine du bacille de Koch, et de la malleine, toxine du bacille de la morve, comme moyens de diagnostic, surtout chez les animaux. On emploie pas la tuberculine hypodermiquement chez l'homme à cause de ses dangers, mais depuis quelque temps on s'en sert au moyen de la cuti réaction et de l'ophtalmo réaction.

On appelle vaccin les virus atténués. On sait que certains microbes, dont le bacille charbonneux est le type, ne produisent pas de toxines : on ne peut donc

préparer de sérum contre ces microbes. Cependant Pasteur parvint à atténuer ces microbes eux-mêmes à les rendre moins virulents de manière à ce que en les inoculant à un animal on ne causât qu'une faible perturbation dans son organisme, après quoi on peut injecter des microbes plus virulents sans causer de tort : vu que l'animal est déjà immunisé. Pasteur proposa de donner à ces virus atténués le nom de vaccins par analogie avec la vaccine de la variole, découverte par Jenner.

Le président remercie le conférencier et propose sa nomination comme membre honoraire de la Société Médicale du District des Trois-Rivières, ce qui est adopté unanimement.

Il fait ensuite un appel aux médecins de la campagne et les engage à faire partie de notre Société, puis termine en invitant les médecins à assister à la prochaine séance de la Société, en janvier 1908.

Après quelques mots de remerciement de M. le Dr Loir, la séance est levée.

OLIVIER TOURIGNY.

Secrétaire.

### Société Médicale de Montréal

SÉANCE DU 21 JANVIER 1908

*Présidence de M. Lesage*

Membres présents : Boucher, Boulet, Bourgeois, Bourgoin, Brisset, Brossard, Cléroux, Dauth, Décary, de Cotret, de Grandpré, Delorme, F. de Martigny, Dion, Dufresne, Ethier, Grenier, Hervieux, Laramée, Larose, Laurent, Lesage, Marien, Masson, Parizeau, Prévost, Racicot, St-Denis, St-Jacques, Valin.

Lecture du procès-verbal de la dernière assemblée.  
M. Masson demande quelques explications.

M. Marien demande à la Société si la Société Médicale a l'intention de se mettre en communication avec le Comité d'Hygiène de la ville de Montréal. Il demande aussi la formation d'une nouvelle commission du bon lait et annonce qu'il résigne comme président de la commission actuelle.

M. de Grandpré propose l'adoption du procès-verbal. Adopté.

Puis M. Lesage, dans une brève allocution, remercie les membres de l'avoir porté à la présidence, demande à ces derniers tout leur dévouement et toute leur activité

pour faire prospérer la Société, qui est maintenant une nécessité.

Il voudrait une critique sévère si l'on veut, mais restant exclusivement sur le terrain scientifique et ne s'attaquant pas aux personnalités.

La correspondance comprend une lettre du Dr Dubé au sujet du bon lait.

M. le Dr Dubé écrit au Président de la société médicale pour lui dire tout le plaisir qu'il a éprouvé à la lecture du rapport de la Commission du bon lait. La question l'intéresse beaucoup parce que c'est le mauvais lait qui est la cause de la mortalité infantile si honteusement élevée dans la ville de Montréal et les médecins doivent avoir à cœur l'amélioration de cet aliment si précieux de l'enfance.

Aussi bien le travail ne doit pas s'arrêter là et la société médicale doit se faire un impérieux devoir de travailler à l'adoption et à la mise en pratique des conclusions formulées dans le rapport.

M. Marien remercie le Dr Dubé de s'intéresser toujours aux questions scientifiques et humanitaires, et il espère que bientôt Dubé viendra prendre sa large place à la Société Médicale de Montréal.

La lettre suivante du Dr Paquette, de Québec :

Québec le 15 Janvier 1908

AU DOCTEUR B. BOURGEOIS,

Assistant-secrétaire général, Montréal.

CHER CONFRÈRE,

Vous avez sans doute appris ces jours derniers la décision que le comité chargé d'organiser les fêtes du tricentenaire de Québec venait de prendre relativement la date où ces fêtes auront lieu.

Vous connaissez, d'autre part, le vœu émis en 1906 aux Trois-Rivières par les médecins, de faire coïncider notre prochain congrès avec cette démonstration.

Pour cette raison, il y a 6 mois, quand on a voulu remettre les fêtes en question, nous avons décidé de même et la réunion ne devrait prendre lieu que l'an prochain.

Aussi bien, hier soir, à la nouvelle du nouveau et dernier changement, les médecins de Québec se sont réunis sous les auspices de la société médicale et ils ont unanimement décidé de fixer au mois d'Août 1908 la date de leur congrès.

Nous venons donc soumettre aux médecins de Montréal, particulièrement aux officiers du congrès, ainsi qu'à tous les membres de la société médicale cette nouvelle décision,

Nous croyons que les avantages exceptionnels de la coïncidence d'une telle fête suppléeront amplement aux quelques inconvénients et obstacles et que vous appuierez tous notre demande et proposition.

La hâte et la rapidité qu'il va falloir déployer dans l'organisation au point de vue matériel comme au point de vue scientifique nuieront sûrement quelque peu à la réussite du congrès, mais avec des efforts et de la bonne volonté nous croyons que le succès reste encore possible.

C'est l'objection qui s'est présentée hier soir à notre réunion. Les docteurs Ahern et Daigneau chargés du rapport sur la question du cancer, nous ont fait part de l'embarras dans lequel les mettait cette situation. Il leur sera, en effet bien difficile de recueillir en si peu de temps tous les renseignements et de construire une statistique locale.

Dans ces conditions, la question du cancer reste pour eux insoluble et nous nous demandons s'il ne serait pas possible de la changer pour une autre dont l'étude serait plus facile et moins longue.

Nous avons proposé devant plusieurs médecins la question des *septicémies* et ils nous ont paru favorables, mais nous vous laissons toute liberté d'acquiescer ou non à cette proposition.

En attendant votre réponse nous vous prions d'accepter nos meilleurs sentiments et notre haute considération.

Le secrétaire général

ALBERT PAQUET.

M. St-Jacques, rapporteur en chirurgie, suggère les sujets suivants :

A.—Tuberculose rénale. Diagnostic Traitement.

B.—Péritonite tuberculeuse.

C.—Les péritonites. Leurs causes, leurs symptomatologies.

D.—Complications purulentes de la fièvre typhoïde.

MM. Marien, de Martigny, Bourgoins, Hervieux, Laurent prennent part à la discussion, et il est finalement décidé que M. St-Jacques s'entendra avec le rapporteur de Québec, M. Ahern, pour choisir le sujet du rapport.

PIÈCES ANATOMIQUES.

M. Marien présente une énorme viscère biliaire, dilatée, renfermant un gros calcul, enlevé à l'Hôtel-Dieu il y a un mois, chez une femme qui n'a jamais présenté de symptômes fonctionnels des voies biliaires ou digestives et qui a guéri sans incident de son opération.

Monsieur St-Jacques relève quelques particularités d'intérêt essentiellement pratique, dans la communication de monsieur Marien.

Tout d'abord le passé biliaire négatif de la malade. Cela n'a pas lieu de surprendre les habitués de la pathologie hépatique. L'évolution de la lithiase biliaire est des plus erratique. Il cite l'observation de cette malade Mde P. 44 ans, auprès de laquelle il est appelé en consultation pour une crise de douleurs abdominales intenses. Début subit 3 jours auparavant. Temp. à 105° ; pouls 110. Antécédents absolument négatifs. L'opération révèle une vésicule énormément distendue par un liquide sero-purulent et enchanonné dans le canal cystique un calcul unique, dont le circonférence atteint 11 centimètres. Et pourtant la malade n'avait jamais souffert de son foie. Mort dans les 36 heures d'asystolie et congestion pulmonaire.

Mde L. 33 ans, n'a jamais souffert jusqu'à il y a cinq semaines. Pas d'ictère, selles colorées. "Température normale." La laparatomie permet d'évacuer d'abord par ponctions 600 cc. d'un liquide purulent puis à l'ouverture de la vésicule 187 calculs.—Convalescence rapide et guérison complète

Cette apyrexie, même avec un liquide purulent n'est pas rare non plus. Telle encore Mde C. 45 ans. première attaque il y a deux mois, deuxième il y a quinze jours. Depuis huit jours que la malade est sous observation, la température est normale. Et cependant l'opération fait trouver une vésicule contenant entre 40 à 50 cc. de pus et un gros calcul unique enchanonné dans le canal cystique. Il faut faire la cystitotomie pour l'extraire. Guérison rapide.

Pour ce qui est des dimensions que peut atteindre la vésicule elles sont énormes parfois. Mde L. avait 600 c.c. de pus dans sa vésicule, ce qui n'est pas autant que le malade de M. Marien. Terrier ne rapporte-t-il pas le cas d'une malade, de la vésicule de laquelle il retira 24 litres d'un liquide brunâtre. Le cas d'Ermann, rapporté aux Archives de Vorchow, est classique, où il fut trouvé entre 30 à 40 litres de liquide.

Presque toujours dans ces vésicules fort distendues on trouve des calculs. Aussi la malade de Monsieur Marien était porteur de calculs dans sa vésicule ;—Mde L. avec ses 600 c.c. de liquide avait collectionné 187 calculs ;—Mde G. une autre malade, avec 200 c.c. de liquide séreux portait 38 calculs. Il semble en effet que ces calculs agissent à titre de corps étrangers et que les glandes de la paroi vésiculaire se trouvent par là stimulées à sécréter. Pour peu que le canal cystique soit obstrué il ne semble pas y avoir de raison que le processus s'arrête de lui-même.

En regard de la grosse vésicule,—le Dr. St-Jacques présente cette vésicule toute atrophiée, dure et à parois

épaissies d'une malade, Mde M. 40 ans, souffrante depuis un an et qui portait un calcul de moyenne grosseur, fixé dans son canal cystique qu'il fallut ouvrir. La vésicule ne contenait qu'environ 5 à 8 c.c. de pus épais, mais pas de calcul.

M. St-Jacques présente un rein complètement sectionné par une déchirure.

M. St-Jacques présente les deux fragments d'un rein qu'il a enlevés le jour même. Voici l'observation clinique. Le jeune E. P., 17 ans, tombe d'une hauteur de deux étages et se contusionne le côté droit. Douleurs vives, rien autre. C'était le samedi. Le lundi, les douleurs augmentent et le malade est vu, dans la soirée, par le Dr Cléroux, qui constate de la température pour la première fois. Le Dr St-Jacques voit le malade le lendemain. L'état général et local s'est aggravé. Temps, 101° Douleurs abdominales généralisées, ballonnement et défense musculaire ; le tout plus marqué à droite. La région lombaire est particulièrement sensible. Les intestins ont fonctionné et les urines ont toujours été normales. Le diagnostic de lésion rénale et peut-être hépatique est porté, et l'intervention chirurgicale jugée d'urgence. Les constatations anatomiques allaient être intéressantes.

La laparatomie en région colique droite montre une inondation péritonale par un sang veineux, abondant et fluide. En réclinant le côlon, il est trouvé une déchirure étendue de son mésentère, du haut jusqu'à la base de l'appendice implantée sur la face postérieure du cœcum. Le péritoine postérieur a éclaté ailleurs sous une masse rémittente qu'il recouvre. Une incision perpendiculaire en T permet d'atteindre par en arrière la loge rénale, où l'opérateur trouve un amas considérable de sang coagulé sous lequel il découvre un rein gros, rougeâtre et transversalement déchiré jusqu'au hile. Pas de traces de sécrétion urinaire. Des pincées sur le pédicule mâché, et les deux segments du rein sont enlevés. L'uretère avait été arraché lors du traumatisme.

L'ablation du rein était de nécessité ici, vu l'étendue des lésions. D'ailleurs, l'expérience a appris comme il est dangereux de laisser en place des fragments considérables d'un rein privé de sa circulation. La nécrose qui s'en suit est fatale et la résorption de ces tissus en dégénérescence est très toxique.

M. Bourgeois, qui opérait conjointement avec M. St-Jacques, fait remarquer que la sécrétion urinaire s'est trouvée suspendue du fait de la déchirure et de l'obstruction des vaisseaux sanguins. Et quand même se serait-elle faite sur place.—que l'urine vésicale n'en aurait rien témoigné vu que l'uretère était arraché.

—o—

M. O.-F. Mercier, souffrant, s'était excusé, sa communication est reportée à une autre séance.

M. Valin demande que sa communication soit aussi reportée à une prochaine séance.

A 11.15 h. la séance est levée.

FRANÇOIS DE MARTIGNY,

## PHARMACOLOGIE

*Fabrication Moderne des Capsules Médicamenteuses.—Leur Origine.—Leur But.—Leur Utilité en Thérapeutique.—Leur Parfaite Solubilité.—Leur Dosage Médicieux.—Emploi de Médicaments et produits Chimiques de 1ère Marque, purifiés par M. Ferdinand Robin, Directeur-Fabricant, diplômé de la Faculté de Reims-France, Chimiste-Manufacturier et M. A. A. Quéva, Pharmacien de 1ère classe, Chimiste-Analyste Expert de l'École Supérieure de Paris, Ex-Inspecteur de Pharmacie et Produits Alimentaires, Ex-Chimiste-Expert près des Tribunaux, Ex-Membre des Comités d'Hygiène.*

Les Capsules gélatineuses ont été inventées par M. Mothe Pharmacien en 1838 ; l'esprit génial et pondéré du pharmacien conçut l'idée d'envelopper les produits et substances à odeur nauséabonde dans un ingrédient soluble qui masquerait totalement la saveur infecte des médicaments à ingérer. Les premiers essais furent fait dans un flacon en bois où la masse gélatineuse fut dissoute, et au moyen d'un stylet il y plongeait le mélange pâteux qui se recouvrait de gélatine. Que de progrès, comme en toute autre chose, depuis soixante-dix ans dans cette fabrication, Mais la capsule était trouvée avec ses avantages particuliers et propres aux usages pharmaceutiques et thérapeutiques. En effet la capsule à base de gélatine, en outre qu'elle renferme des substances Médicamenteuses, contient presque toujours des Huiles Essentielles très volatiles qui dissoutes dans une Huile fixe ne donne lieu à AUCUNE ÉVAPORATION, car elle se dissout de suite dans celle-ci par simple mélange. Il n'en est pas de même pour la confection des MASSES PILULAIRES qui demandent de longues manipulations, un pistage lent qui échauffent la masse et qui volatilise une grande partie des huiles essentielles à incorporer ; les pilules qui en résultent contiennent peu souvent la quantité voulue de ces principes actifs dont le Docteur attend les résultats.

Donc, les Capsules ont pris rang de suite dans la thérapeutique ; à proprement parler ce sont des enveloppes gélatineuses formées de gélatine pure plus ou moins hydratée, renfermant des Médicaments et des Produits Volatils que les patients ont de la difficulté à ingérer. Le malade qui les avale n'est donc pas affecté désagréablement par le produit souvent de saveur âcre et nauséabonde qu'elles renferment. En outre, elles sont parfaitement solubles dans le Suc Gastrique Stomacal, leur facilité de dissolution est due surtout à la PURETÉ de la GÉLATINE EMPLOYÉS. Ces Capsules sont certainement supérieures aux masses insolubles des pilules qui, la plupart du temps, sont rejetées telles qu'elles ont été prises, et qui ne donnent aucun résultat thérapeutique ; la Capsule, au contraire, toujours soluble, permet l'assimilation facile des diverses substances médicinales et chimiques qui se répandent normalement dans l'organisme. En bonne moyenne, une Capsule pèse 0 gramme 60 centigrammes se décomposant en substance active = 0 gr. 50, enveloppe = 0 gr. 10 ; ce n'est pourtant pas une règle générale, car cela dépend évidemment de la quantité de produit à incorporer. Il manquait, dans notre Province de Québec, cette fabrication nécessaire et intelligente. M. Ferdinand Robin, chimiste-manufacturier de haute et longue expérience, a comblé cette la-

cune ; Montréal, la Métropole du Canada, a vu s'ouvrir un laboratoire de Capsule absolument *up to date*, où les machines les plus modernes, les appareils les plus perfectionnés fonctionnent journellement sous sa surveillance pour la fabrication de Capsules spéciales, que la profession médicale peut prescrire en toute confiance, vu leur PARFAIT DOSAGE et la PURETÉ DES MÉDICAMENTS qu'elles renferment.

M. F. ROBIN, voulant que toutes les préparations sortant de sa manufacture fussent irréprochables, s'est adjoint et assuré la collaboration de M. A.-A. Quéva, pharmacien-chimiste de 1ère classe, chimiste-analyste-expert comme chimiste-préparateur de son Laboratoire. Tout produit chimique, pharmaceutique sera analysé avant de l'employer, dosé et purifié, la gélatine est épurée. De cette façon il n'entre que des substances purifiées et des produits chimiques absolument purs dans la confection des Capsules. Le médecin peut, par cela même, prescrire en toute confiance les différentes Capsules que comporte la liste nombreuse du nouveau catalogue. Aussi la maison Robin & Cie aura droit à l'encouragement qu'elle obtiendra auprès de la profession Médicale dont elle attend la sincère protection.

La fabrication des Capsules de petite capacité demande une machinerie compliquée et fort coûteuse. Une presse qui pèse 150 tonnes sur la surface du moule. Des plaques métalliques en grand nombre, de vastes récipients chauffés à la vapeur, des bains, des tables chauffées à l'eau bouillante, des moules métalliques de différentes grandeurs, ovales ou ronds ; une machine spéciale pour obtenir les feuilles de gélatine d'épaisseur déterminée.

Il y a quatre points distincts dans la fabrication.

- 1o. Préparation de la masse gélatineuse ;
- 2o. Fabrication de la gélatine en feuilles ;
- 3o. Dessiccation des feuilles gélatineuses ;
- 4o. Moulage des Capsules, mélange homogène et incorporation des Produits Médicamenteux, préalablement dosés et mélangés intimement par le chimiste-préparateur.

Toute la fabrication consiste principalement dans la haute et longue expérience du fabricant. Il faut d'abord obtenir la gélatine à une densité de liquéfaction. La mise en feuilles a son point d'opacité réclamée est on ne peut plus délicate. Le degré de chauffage à donner à l'étuve pour obtenir le point déterminé de dessiccation ne s'acquiert que par une longue habitude de confection. Le maniement de la presse est un point aussi difficile. Enfin le moulage réussi, il ne reste plus qu'à détacher les capsules de leur enveloppe gélatine, ce qui est un travail tout à fait mécanique. Alors il n'y a plus qu'à laver la capsule par un liquide approprié puis la vernir. La capsule finie et repolissée est apte à être livrée aux Besoins Médicaux.

L'inocuité parfaite des Capsules fabriquées tel qu'il est indiqué plus haut, donnera par leur emploi, les meilleurs résultats thérapeutiques. Ces capsules absolument privées d'air au moment de l'introduction des médicaments par un procédé spécial à M. F. Robin, ne pourront en aucune façon se détériorer, attendu qu'aucun produit d'oxidation ne pourra agir sur les Substances Médicamenteuses ou sur les Produits Chimiques incorporés. Livrées dans ces conditions, MM. les Docteurs auront tout avantage à prescrire à leurs malades, la marque Robin imprimée sur toutes les capsules, et en obtiendront les résultats prévus.

# Dosage Parfait — Solubilité Totale Garantie

Obtenue au moyen de la fabrication des

## Capsules Gélatineuses, AU GLUTEN, ETC., ETC.

A MM. les Docteurs en Médecine,

Depuis longtemps il manquait, dans la Province de Québec, un Laboratoire manufacturier pour la Profession Médicale Française s'occupant spécialement de la fabrication des Capsules et des Produits Pharmaceutiques. La Maison ROBIN & CIE, Inc., a été la première fondée à Montréal, réservant absolument aux médecins canadiens de langue française le contrôle des formules spéciales et personnelles qu'ils voudraient confier à notre manufacture.

Nous nous permettons donc d'attirer particulièrement l'attention de Messieurs les Médecins sur notre **Fabrication Spécial ede Capsulage**, fonctionnant avec des appareils et machines les plus **Modernes**.

Nos **Capsules** sont formées d'une enveloppe gélatineuse d'une épaisseur minima, privées totalement d'air, ce qui empêche l'oxydation et la décomposition des substances médicamenteuses incorporées. Leur solubilité complète est incontestable.

Toutes les Capsules dont nous donnons les **formules exactes** dans notre catalogue révisé et augmenté, sont dosées avec un soin méticuleux et se recommandent en toute confiance et sécurité à la profession médicale, vu que nous lui réservons **intégralement** la vente exclusive de nos produits. Toutes nos Capsules, d'ailleurs, sont imprimées du nom "**ROBIN**," ce qui est une garantie absolue pour le médecin.

N.-B.—M. F. Robin, directeur de la Compagnie, s'est attaché comme Chef de Laboratoire-Préparateur, M. A. Quéva, pharmacien-chimiste de première classe, de l'École Supérieure de Paris, expert analyste.

Aussi, demandons-nous l'encouragement de Messieurs les Médecins, les priant de prescrire et de spécifier la marque "**ROBIN**" imprimée sur toutes nos Capsules.

Nous invitons Messieurs les Docteurs à venir visiter nos Laboratoires pour apprécier le perfectionnement de notre outillage.

Nous enverrons, aussitôt demandé, à Messieurs les Médecins, notre catalogue, si toutefois il ne leur a pas été envoyé, ainsi que les échantillons requis par eux.

## **Maison ROBIN & Cie, Incorporee**

Telephone Est 3409.

11 Rue Marie-Louise, Montréal.

La Rue Marie-Louise est de la rue Sanguinet entre DeMontigny et Ontario.