

# MONTREAL-MEDICAL

---

VOL. II

15 JANVIER 1903

No 11

---

## REMARQUES CLINIQUES SUR LES PLEURESIES

PAR L'HONORABLE J. J. GUERIN, M. D. C. M.,

*Professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Montréal.*

Au début de la saison d'hiver nous rencontrons un plus grand nombre de pleurésies que dans un autre temps de l'année, le froid est donc une cause occasionnelle qui favorise l'éclosion de la maladie. Vous pouvez voir actuellement dans nos salles cinq pleurétiques qui sont entrés depuis peu de temps.

Le premier cas que je vous ai présenté était un homme fortement constitué qui n'avait jamais été malade, chez lequel une pleurésie aiguë évolua rapidement en trois semaines sans réaction générale grave, et cependant la plèvre fut largement atteinte, puisque vous avez constaté que la pointe du cœur battait à droite dans le 3ème espace intercostal étant ainsi déplacé par quatre litres de liquide que nous avons enlevé en deux séances. Dix jours après ce malade quittait l'hôpital très bien portant.

Ces pleurésies à hypersécrétion abondante, généralement d'origine traumatique, dans ce cas d'origine professionnel, car cet ouvrier, durant plusieurs heures par jour, frappait avec une masse de 40 livres, ne sont pas d'un pronostic fâcheux si le malade n'a aucun passé pathologique. Le deuxième cas que vous avez vu, démontre comment la pleurésie avec épanchement guérit et prouve aussi les relations qui existent entre la séreuse pleurale et péritonéale, cet homme, guéri depuis six ans de sa première affection, vient nous voir maintenant pour un épanchement dans le péritoine. La pleurésie a laissé des traces de son passage et à première vue vous avez constaté un rétrécissement manifeste et facile à reconnaître de la moitié correspondante du thorax, en règle générale la déformation

est d'autant plus accentuée que l'épanchement a été abondant et le patient plus jeune. Chez le troisième malade l'évolution pleurétique est rapide, mais les symptômes généraux prédominent: fièvre intense 102°, pouls rapide 120, faiblesse, abattement, cyanose, etc. Nous verrons dans une autre leçon pourquoi cet homme, occupé aux travaux de la verrerie et aux usines à gaz, fait actuellement une pleurésie purulente.

Aujourd'hui je veux vous parler de cette malade qui souffre depuis trois semaines de douleurs sourdes et permanentes à la partie inférieure du côté droit. Ici rien de grave en apparence, peu de souffrance, toux sèche modérée, température variant entre 99° F. et 101°, pouls 90 à 118, pas de dyspnée, pas de cyanose. Ce n'est pas la marche d'une pleurésie traumatique à vaste épanchement, ni celle d'une pleurésie purulente, cependant le pronostic est sombre et doit être réservé.

Voyons pourquoi. Cette fille âgée de 39 ans est ouvrière dans une manufacture de chaussures depuis 24 ans, connaissant les conditions anti-hygiéniques de ces ateliers, cette patiente n'entre pas à l'hôpital avec une grande réserve de force. Son passé pathologique n'est pas rassurant, dans son enfance elle a eu la rougeole, la scarlatine, la variole et il y a cinq ans elle soigna durant longtemps sa mère, une de ses sœurs et un de ses frères qui moururent phtisiques. Depuis, la malade a souffert, à différentes périodes, de bronchites légères.

Il n'y a qu'un mois qu'elle ressent des douleurs aux différents endroits de la poitrine et qu'elle travaille mal disposée; elle souffre donc depuis plus de sept semaines d'une pleurésie à forme primitive, car les poumons ont résisté à l'assaut et sont à l'état normal. Si vous pratiquez l'auscultation au niveau du lobe inférieur du poumon droit, vous entendrez un léger bruit de frottement pleural de cuir neuf, étant le résultat du mouvement des surfaces rugueuses de la plèvre l'une sur l'autre, le murmure des vésicules respiratoires n'est pas altéré quant à sa qualité, mais il est voilé et affaibli, le frottement n'est donc pas un râle pulmonaire fin et sec, que vous pouvez entendre quelquefois, mais bien celui d'une pleurésie sèche; cependant vous constaterez une très faible sécrétion à la base qui se traduit par la percussion qui devient plus matte, le murmure vésiculaire plus éloigné et une pectoriloquie aphone.

Au début de la pleurésie il n'est pas toujours facile d'établir

la nature tuberculeuse ou non de ces affections, mais dans le cas présent, l'histoire des antécédents, le début de la maladie, les bronchites répétées, l'affaiblissement graduel, la transpiration nocturne, les douleurs vagues à la poitrine, l'hypotension artérielle, l'oscillation irrégulière de la température et la persistance du frottement pleural à l'angle inférieur de l'omoplate, tous ces symptômes vous indiquent la marche d'une pleurésie à bacilles de Kock, analogue à l'organisation de nodules tuberculeux dans le parenchyme pulmonaire, il faut donc instituer le traitement local et général de la tuberculose chronique sur lequel nous reviendront en parlant des affections pulmonaires. A côté des pleurésies rhumatismales et syphilitiques dont le diagnostic est généralement facile, il existe des pleurésies latentes qui commencent insidieusement, évoluent sans bruit et persistent longtemps sans être reconnues. Au numéro 57 de la salle St-Patrice, vous pouvez voir un malade souffrant depuis une année d'attaques de dyspnées à différents intervalles et qui porte un épanchement considérable dans ses deux plèvres. Il arrive assez souvent que ces erreurs de diagnostic ont des résultats graves, et on rapporte plusieurs cas de mort subite de pleurétiques méconnus. Ainsi, un confrère tombe sans connaissance dans la rue, on le transporte chez lui, il se remet assez bien et est en train de prendre son repas, lorsque le médecin arriva, le malade n'éprouvait que des douleurs légères, pris un siège pour subir un examen, et meurt durant l'auscultation. La mort avait été produite par un épanchement abondant qui n'avait déterminé presque aucun symptôme jusque-là. En présence des patients se plaignant d'une toux sèche et d'un peu de dyspnée, vous devez soigneusement faire l'examen des deux plèvres et vous rappeler que la pneumonie, l'amygdalite, l'état puerpéral, le furoncle et toutes les maladies infectieuses peuvent s'accompagner de pleurésie.

---

Nouveau topique contre le prurigo d'Hébra :

Camphre. . . . .	12 parties
Goudron. . . . .	15 "
Soufre. . . . .	8 "
Huile de Chaulmoogra. . . . .	3 "
Vaseline. . . . .	62 "

Mélez. Usage externe.

## QUELQUES ETUDES SUR LE CERVEAU

PAR M. LE DOCTEUR MIGNAULT,

*Professeur d'anatomie à l'Université Laval à Montréal.*

De nombreuses expériences et observations ont démontré que les centres moteurs occupent les circonvolutions rolandiques, et les pieds d'insertion des circonvolutions frontale et pariétale. L'excitation électrique de la zone motrice a été pratiquée d'abord sur les animaux et ensuite sur l'homme, et les résultats obtenus sont exposés dans le schéma N<sup>o</sup> 1 que j'ai emprunté à l'ouvrage de M. et M<sup>de</sup> Déjerine.

Il est facile de constater par ce schéma que la région motrice est divisée en trois centres moteurs principaux, qui sont:

1<sup>o</sup> Le centre moteur du membre supérieur, le plus vaste des trois, qui comprend les deux quarts de circonvolutions rolandiques et les pieds d'insertion des deux premières frontales.

2<sup>o</sup> Le centre moteur du membre inférieur, qui occupe le quart supérieur des circonvolutions rolandiques et le lobule para-central.

3<sup>o</sup> Le centre moteur de la face, qui se trouve dans l'opercule rolandique, le quart inférieur des circonvolutions centrales et le pied d'insertion de la troisième frontale. C'est dans cette dernière région que l'auteur américain Mills a placé le centre d'articulation, "the utterance centre" qui fait exécuter les mouvements du pharynx, du larynx, de la langue et des lèvres, qui concourent à la fonction de l'articulation. Ce centre est tout à fait distinct de celui de Broca, car ce dernier conserve les images motrices d'articulation, tandis que l'autre est plutôt un centre exécutif. Une lésion du pied de la troisième frontale sera suivie d'aphasie, tandis qu'une affection du centre de Mills ne donnera lieu qu'à une difficulté d'articulation. En d'autres mots, dans l'aphasie on a perdu les images motrices qui servent à faire exprimer les idées, tandis qu'une lésion du centre d'articulation met le sujet dans l'impossibilité de se servir de ces images motrices.

Ces mêmes circonvolutions rolandiques sont le siège de la sensibilité générale, c'est-à-dire, qu'elles contiennent les cellules qui reçoivent les impressions sensitives qui sont portées au cortex par les arborifications des fibres qui partent de la couche optique, ce ganglion ayant, à son tour, reçu les arbori-



du membre ou des muscles affectés, et c'est pour le praticien un point de diagnostic très important.

Nous venons de voir que les cellules des circonvolutions rolandiques exercent, les unes des fonctions motrices, les autres des fonctions sensibles, et ce serait peut-être à propos de les étudier un peu au point de vue histologique. D'abord il est admis que le corps cellulaire se compose d'une petite masse de fibres entrecroisées, appelées les fibrilles protoplasmiques, formant une maille dont les espaces sont comblés par une substance de nature albumineuse à laquelle on a donné le nom de paraplasma. Ce paraplasma renferme des granulations pigmentées dont le nombre varie beaucoup selon les régions que l'on étudie. La cellule contient, en outre, un noyau qui renferme à son tour un ou plusieurs nucléoles.

Lorsqu'on soumet la cellule au durcissement par l'alcool, et à la coloration par la fuschine, l'on s'aperçoit qu'elle renferme deux substances de nature différente.

La première, qui comprend les fibres protoplasmiques et le paraplasma, est réfractaire à l'action de la fuschine et s'appelle, par conséquent, la partie *achromatique* de la cellule, tandis que l'autre se colore fortement et porte le nom de partie *chromatique*. Cette dernière substance se présente sous la forme de granulations très petites au centre de la cellule, mais vers la périphérie elle forme des masses concentriques dont les extrémités pénètrent parfois dans les prolongements protoplasmiques.

Il y a un certain rapport entre cette matière chromatique et le travail de la cellule; l'on dirait qu'elle sert de quelque façon de base à l'activité cellulaire, car elle disparaît peu à peu dans une cellule soumise à une stimulation quelconque, pour ne reparaitre qu'après une période de repos. Selon cette théorie ce n'est pas étonnant que les cellules viennent à se fatiguer après un travail trop prolongé.

Les fibrilles protoplasmiques ne s'arrêtent pas aux limites du corps cellulaire, mais elles forment, au delà de ses limites, des prolongements assez courts, coudés et noueux qui se terminent par des ramifications appelées, par comparaison avec les arbres dépouillés de leurs feuilles, des arborifications ou prolongements dendritiques. C'est par l'articulation ou l'entrecroisement de ces prolongements que des cellules voisines

communiquent entre elles, et c'est aussi de la même manière que deux cellules éloignées l'une de l'autre, sont reliées au moyen de l'arborification de l'axe cylindre d'une d'elles. Il est généralement admis que ces prolongement peuvent présenter des mouvements amochoïdes de retrait et d'avance, de sorte que la communication peut être rompue entre des cellules voisines ou entre les cellules du cortex et la périphérie. Si ces mouvements ont lieu, ils fourniront une très bonne explication de l'insensibilité qui s'observe pendant le sommeil naturel ou artificiel, ou encore de certains phénomènes de l'hystérie.

Les fibrilles protoplasmiques donnent aussi naissance à des prolongements beaucoup plus longs et plus régulièrement constitués qui s'appellent les axes cylindres. Ces axes cylindres se terminent, comme nous venons de le voir, par des arborifications avec lesquelles ils prennent contact.

tions qui se jettent sur les prolongements protoplasmiques des Pour revenir maintenant aux circonvolutions rolandiques, l'examen de l'écorce de cette région démontre que les cellules nerveuses qui présentent plusieurs formes différentes sont disposées de manière à former quatre couches séparées par les fibres qui comblent l'intervalle en formant un feutrage plus ou moins serré. Ce serait dépasser les limites de ce travail que d'entreprendre une description détaillée de ces cellules et de ces fibres, mais nous pouvons toujours faire remarquer que les deux couches moyennes des cellules présentent une forme triangulaire, et qu'elles sont généralement regardées comme les cellules motrices, tandis que les fibres prennent trois directions, les commissurales pour relier les deux hémisphères, les fibres d'association qui établissent la communication entre les différentes parties du même lobe ou hémisphère, et enfin les fibres à projection qui relient le cortex avec la périphérie.

Les cellules motrices donnent naissance à des axes cylindres qui se rendent à la moëlle, et jettent leurs arborifications autour des grosses cellules des cornes antérieures. De celles-ci naissent d'autres axes cylindres qui se rendent aux muscles, de sorte que du manteau cortical jusqu'au muscle, la voie motrice n'est interrompue ou renouvelée qu'une seule fois.

La voie sensitive subit, au contraire, de nombreuses interruptions; c'est ainsi que nous trouvons dans le bulbe les noyaux de Gall et de Burdach, d'où naît le ruban de Reil, qui jette ses

arborifications autour des cellules de la couche optique et puis celles-ci émettent, comme nous l'avons dit, des prolongements cylindriques qui se terminent au cortex.

Ces deux voies diffèrent donc beaucoup par leur trajet, et en même temps, l'une porte un courant centrifuge, l'autre un courant centripète. Quant aux cellules elles-mêmes, il n'y a pas de différence essentielle entre une cellule motrice et une cellule sensitive, quoique les premières soient quelquefois plus grandes.

Les cellules motrices du cortex cérébral sont susceptibles d'être excitées par la volonté, qui est une des puissances de l'âme. C'est ce qui a lieu chaque fois que nous exécutons un mouvement volontaire. Nous ne savons pas comment cette excitation a lieu, car c'est le mystère de l'union de l'âme spirituelle et immortelle avec le corps matériel et mortel. Nous savons néanmoins que les choses se passent ainsi, nous pouvons même dire que cette stimulation peut varier d'intensité, selon les besoins, et que, par exemple, en présence d'un acte qui demande une contraction énergique de nos muscles, nous savons bien leur donner, avec juste mesure, la stimulation requise. Et encore que de fois il nous arrive de forcer les muscles fatigués, à se contracter par un effort de notre volonté. L'on a cherché parfois, en niant l'existence de l'âme, à attribuer à d'autres cellules l'excitation de la zone motrice, mais il faudrait pour cela supposer à ces cellules l'intelligence et le jugement et ces deux facultés ne sont pas l'apanage de la matière. D'autres, pour donner encore l'idée de l'âme, ont cru voir dans les mouvements volontaires, un acte réflexe d'un ordre supérieur; mais cette thèse enlèverait à l'homme toute sa liberté et par là même, sa responsabilité morale; ce serait du déterminisme, et un peu d'analyse subjective nous démontrera qu'il n'en est pas ainsi. Bien au contraire, nous sentons tous que nous avons la liberté de faire tel ou tel acte, ou encore la même liberté de nous en abstenir.

Avant de laisser les cellules motrices, disons qu'il est généralement admis que pendant leur période d'activité elles présentent une certaine augmentation de volume, mais que lorsqu'elles se fatiguent, elles s'affaissent et la matière chromatique, comme nous venons de le voir, disparaît.

Dans un prochain article nous étudierons le rôle des cellules sensibles des circonvolutions rolandiques, et le trajet des fibres motrices.

## QUELLES SONT NOS MEILLEURES ARMES POUR LUTTER CONTRE LA TUBERCULOSE <sup>1</sup>

*Tout progrès en hygiène est un gain  
sur la mort.  
Toute dépense servant à l'amélioration  
de l'hygiène publique est une éco-  
nomie.*

(Suite de la page 382)

### INSTRUCTIONS POUR LES MALADES

Il faut toujours soigner de bonne heure les maladies des poumons pour ne pas devenir phtisique, c'est-à-dire tuberculeux.

Quand on est tuberculeux on peut très bien guérir à la condition d'observer rigoureusement les règles d'hygiène suivantes :

Prenez bien soin de ne jamais cracher par terre, parce que vos crachats peuvent contenir des microbes dangereux pour vous et ceux qui habitent avec vous.

Vos crachats desséchés se mêlent à la poussière des appartements ou de la rue et si vous respirez ces poussières vous risquez de devenir tuberculeux ou de voir votre maladie s'aggraver.

Lorsque vous êtes chez vous crachez toujours dans un crachoir à couvercle, soit dans votre crachoir de poche.

Lorsque vous sortez emportez toujours votre crachoir de poche.

Ne vous servez pas de mouchoirs de poche pour cracher.

Tous les soirs jetez le contenu de vos crachoirs soit dans le feu, soit dans les latrines et faites bouillir ensuite le crachoir dans une casserole d'eau.

Efforcez-vous de ne tousser que lorsque vous avez besoin de cracher.

N'avez jamais vos crachats.

Lorsque vous toussiez ou lorsque vous éternuez, couvrez-vous la bouche avec la main.

Lavez-vous les mains et la figure, surtout la barbe, plusieurs fois par jour.

Évitez les courants d'air, les endroits humides et n'allez jamais dans les endroits où il y a de la poussière.

Ne balayez jamais votre chambre sans avoir largement mouillé le sol pour éviter de soulever les poussières.

<sup>1</sup> Communication faite au Congrès de Québec et à la "Canadian Medical Association" le 18 septembre 1902 par le docteur D. E. LeCavelier.

Si elle est recouverte d'un plancher, demandez au dispensaire un produit dont vous l'enduirez et qui empêchera les poussières de se soulever en balayant.

Né dormez jamais avec une autre personne dans le même lit, ni autant que possible dans la même chambre.

Dormez toujours la fenêtre ouverte ou entr'ouverte en vous couvrant bien pour ne pas avoir froid.

Quand vous prendrez un peu de repos pendant le jour, reposez-vous sur un siège allongé ou sur votre lit devant une fenêtre ouverte.

Sortez fréquemment.—Évitez seulement le vent, la poussière ou la pluie.

Mangez le plus possible de viande, surtout de la viande de bœuf.

Si vous la mangez crue qu'elle soit très fraîche.

Buvez beaucoup de lait.—Faites-le toujours bouillir

Faites plusieurs repas par jour.—Au moins quatre, si vous le pouvez.

Un peu de vin, de bière ou du cidre n'est pas nuisible, mais évitez toute autre boisson alcoolique.

L'alcool abîme l'estomac, détruit les forces et vous empêchera de guérir.

Couchez-vous de bonne heure. N'allez pas dans les hôtels où la fumée de tabac et les poussières vous feront tousser et vous fatigueront.

Ne fumez pas.

En suivant ces prescriptions vous guérirez.

Affichez ces conseils dans votre chambre et relisez-les souvent.

Le dispensaire, en faisant ainsi l'éducation hygiénique de ces malades, peut plus efficacement que toute administration municipale enrayer la propagation de la tuberculose. A ceux qui voudront bien se conformer à ces instructions, le dispensaire donnera en retour des médicaments, des vêtements, une chaise longue, un crachoir de poche et de table, des antiseptiques, des bons pour du lait, des œufs, de la viande, etc., etc., selon les ressources que

#### L'ŒUVRE D'ASSISTANCE

pourra mettre à sa disposition.

Si je parle en dernier lieu de l'Œuvre d'Assistance à la fa-

mille, ce n'est pas qu'elle soit moins importante que les deux autres parties dont nous venons d'étudier le fonctionnement. Je l'ai placée au milieu de notre trident thérapeutique car elle constitue le *chaînon d'or* qui unit le sanatorium au dispensaire antituberculeux.

Vous avez entendu, tout à l'heure, M. le président de la République française dire aux sociétés antituberculeuses fédérées : "Vous réussirez dans vos efforts, car vous avez avec vous les femmes de France". J'espère que l'on nous dira bientôt : "Vous réussirez dans la lutte que vous entreprenez contre la tuberculose, car vous avez avec vous les femmes du Canada"

Lorsqu'il s'agit de porter à la famille nécessiteuse les douces consolations d'une *matérielle espérance*, le rôle de la femme apparaît, car le dévèuement et le sacrifice n'ont pas de sources plus profondes que le cœur d'une mère charitable. Les dames de la haute aristocratie anglaise ont compris quels étaient les dangers de la tuberculose et ont entrepris contre elle une victorieuse croisade. Dans certaines villes d'Angleterre, chaque année, deux jours sont consacrés à la collecte des fonds nécessaires aux hôpitaux ; c'est d'abord le dimanche d'hôpital (*Sunday hospital fund*) où, dans les temples, quel que soit leur culte, des quêtes fructueuses sont faites. Puis le samedi d'hôpital (*Saturday hospital fund*) ; ce jour-là les femmes du plus grand monde se disputent l'honneur de s'installer sur le trottoir et de tendre la main aux passants pour les malades. Des boîtes sont déposées au coin des principales rues, surmontées de cet écriteau éloquent par son laconisme : "Samedi d'hôpital, collecte des rues!" En même temps, les pennies et les schellings sont récoltés dans les ateliers, les écoles, les grands magasins, les gares et dans tous les endroits où circule la foule. On donne libéralement et un samedi d'hôpital rapporte souvent 250,000 piastres. On voit le salutaire effet de cette jolie somme pour le soutien de sanatoriums populaires, de dispensaires antituberculeux et l'assistance à la famille.

Comment voulez-vous qu'un ouvrier abandonne le travail, entre dans un sanatorium pour scléroser un tubercule naissant, lorsqu'il sait que chez lui des enfants attendent pour manger le pain quotidien, les revenus d'un père aujourd'hui malade et demain invalide.

Non, il ne faut pas seulement aux tuberculeux un repos phy-

sique mais aussi un repos moral; il ne lui faut pas seulement une atmosphère pure mais aussi une atmosphère de bienfaisante sollicitude. C'est l'Œuvre d'assistance qui doit se charger d'atteindre ce but. Elle distribuera des secours de toute nature à domicile, tentera de réformer, par tous les moyens, l'hygiène du milieu et l'hygiène du malade; elle cherchera à placer à la campagne, durant la belle saison, les enfants de tuberculeux incurables qui végètent péniblement dans leur famille au milieu d'un véritable foyer d'infection. Après avoir dirigé le tuberculeux curable vers un sanatorium, elle intéressera le patron, les philanthropes, les industriels, les financiers à verser généreusement pour l'assistance hospitalière, individuelle et familiale.

#### CONCLUSIONS

*La tuberculose, "Voilà l'ennemi".*  
*Le trident thérapeutique*  $\left\{ \begin{array}{l} \text{Hospitaliser} \\ \text{Instruire} \\ \text{Secourir,} \end{array} \right.$   
*"Voilà le remède".*

1o La majorité de nos tuberculeux meurent parce qu'on ne nous donne pas de quoi les traiter;

2o Etant donné que le sanatorium joue un rôle d'économie sociale indiscutable, les gouvernements provinciaux sont tenus par toutes les lois humanitaires, de construire près des grandes villes de plus de 60,000 habitants, un sanatorium populaire pour les tuberculeux indigents;

3o Les conseils municipaux unis à la charité publique doivent subvenir aux frais de traitement de ces malades et d'entretien de sanatoriums suburbains et de dispensaires antituberculeux urbains;

4o Le Dispensaire antituberculeux ayant des chefs ouvriers comme auxiliaires, constitue la meilleure école de prophylaxie contre la tuberculose, dont le triple but est:

a. De venir en aide le plus tôt possible à la foule de tuberculeux, que les sanatoriums, en trop petit nombre, ne peuvent hospitaliser;

b. De donner des consultations gratuites aux personnes suspectes de tuberculose, de faire l'éducation hygiénique de ces malades et de leur distribuer des secours variés selon leurs besoins;

c. De visiter les tuberculeux à domicile, de rendre leurs loge-

ments salubres et d'éviter la contagion dans la famille et ailleurs;

50 L'Œuvre d'assistance à la famille est le complément indispensable des deux organisations précédentes;

60 Qu'il s'agisse de sanatoriums, de dispensaires, d'asiles ou d'hôpitaux pour les tuberculeux, le "rôle de la femme" apparaît :

*a. Rôle financier.* En contribuant à augmenter les subsides et les dons multiples nécessaires à la fondation et à l'entretien de ces établissements ;

*b. Rôle moral et humanitaire.* En visitant à domicile les incurables, la femme soulage leur misères ; par ses conseils et l'espoir d'une guérison prochaine, elle dirige le tuberculeux curable vers un sanatorium ; elle assiste la famille de l'hospitalisé, place les enfants ou en prend soin ; par sa générosité et son tact elle peut contribuer largement aux succès de la lutte contre notre plus grand ennemi : *La tuberculose.*

## A PROPOS DES INJECTIONS MERCURIELLES DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

PAR M. LE DOCTEUR RENAULT

Exaltée par les uns, dénigrée par les autres, cette méthode laisse indécis un grand nombre de praticiens. Il est donc du devoir des médecins qui, par leur situation, possèdent un champ important d'expériences, d'apporter leur contribution à la solution d'un problème beaucoup plus difficile en réalité qu'en apparence.

Pour ma part, je n'ai nullement la prétention de le résoudre. Je dirai seulement et sans aucun parti pris ce que j'ai observé dans les divers services de vénériens, dont j'ai été chargé jusqu'ici, soit subsidiairement comme interne, soit directement comme médecin d'hôpital.

En 1868, j'étais attaché, en qualité d'interne provisoire, à l'hôpital du Midi.

Sous l'impulsion du professeur Lewin, de Berlin, les injections de mercure soluble venaient de faire leur apparition. Ce moyen avait trouvé immédiatement faveur dans les pays d'outre-Rhin, et je puis dire qu'il fut accueilli par Liégeois avec enthousiasme.

Liégeois délaissa complètement la vieille méthode par ingestion et soumit indistinctement tous ses malades aux injections de sublimé: 1 centigramme par 1 gramme d'eau distillée. C'était du reste la solution préconisée par Lewin. Liégeois lui attribuait tant d'efficacité qu'il estimait désormais inutile tout traitement externe des syphilides suintantes. Il ne devait plus être question de cautériser les plaques muqueuses ano-génitales ou bucco-pharyngées.

En raison de mes fonctions, j'avais été chargé de pratiquer quotidiennement les injections prescrites. Eh bien! que me révéla l'observation impartiale des faits.

Assurément, quand les malades ne désertaient pas le service, les accidents disparaissaient; mais il ne me semblait pas qu'ils s'éteignissent plus vite que dans les salles du Dr Simonet, qui ne prescrivait que les pilules de protoiodure et dont j'avais été l'élève quelque temps auparavant.

Mais ce que je suis en mesure d'affirmer, c'est que, sans cesse, certains accidents muqueux se montraient absolument rebelles à la nouvelle médication, et Liégeois était obligé, bien à regret, de tirer des oubliettes son crayon de nitrate d'argent et rapidement, par ce vieux moyen, les plaques rebelles étaient menées à cicatrisation.

Nulle part, je n'ai été davantage convaincu de la puissance des moyens externes contre les syphilides suintantes que dans le service de Desprès.

Desprès était un esprit essentiellement distingué, mais fondamentalement paradoxal. Ne voulant pas prendre en considération l'infection générale, et ne se préoccupant que des accidents locaux, il prétendait que la syphilis n'était justiciable que des toniques et du traitement local. Ce qu'il y a de certain c'est qu'en trois ou quatre cautérisations avec le chlorure de zinc à parties égales d'eau, il rendait nettes des parties génitales couvertes de plaques muqueuses. Le moyen était brutal, très douloureux, mais l'effet, radical.

Pendant mon séjour à l'hôpital Broca, et depuis mon entrée à Cochin, j'ai employé à diverses reprises et aux diverses périodes de la maladie les injections de mercure soluble et insoluble: benzoate de mercure et calomel. Je ne me suis adressé qu'à des cas rebelles ou graves, alors que le traitement par ingestion me semblait inefficace.

Je ne suis pas en mesure de fournir de statistique ; mon expérience n'est pas suffisante pour cela. Je ne veux citer que quelques cas observés avec beaucoup de soin, bien des malades quittant volontairement le service avant que l'on soit en droit de tirer une conclusion ferme. J'en rapporterai deux d'abord que j'ai suivis à l'hôpital Broca. Ils ont trait à la période secondaire de la syphilis.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une syphilide papulo-granuleuse, qui occupait le tronc et la face. On sait que cette forme est foncièrement rebelle. Le protoiodure à haute dose et longtemps prolongé n'avait produit aucun effet appréciable.

J'essayai les injections de benzoate de mercure: même insuccès.

Au bout de quinze jours environ, il fallut y renoncer, parce que la malade, pusillanime, redoutait la douleur.

Dans le second cas, je m'étais adressé aux injections de calomel. La malade, très vigoureuse d'ailleurs, était couverte d'une syphilide papulo-squameuse confluyente, qui n'avait pas épargné la face. Elle désirait ardemment être blanchie le plus promptement possible, et les pilules de protoiodure restaient sans effet. Après m'être assuré de l'intégrité des émonctoires, je lui fis, à dix jours d'intervalle chacune, 4 injections de calomel à la dose massive: 10 centigrammes chaque fois. Elle les supporta admirablement.

Résultat final: peu d'action sur la syphilide en question; en revanche, éclosion d'une iritis sérieuse trois jours après la dernière injection de calomel.

Ai-je recueilli plus de bénéfices du traitement par les injections mercurielles dans mon service de l'hôpital Cochin. J'ai employé systématiquement le calomel comme étant le moyen le plus puissant.

Deux fois, je l'ai essayé dans des cas de chancres syphilitiques phagédéniques, qui menaçaient le patient de mutilations graves. Les malades étaient soumis en même temps à des lavages répétés et chauds de permanganate de potasse à 1 p. 1000, suivis d'applications de poudre d'iodoforme.

Dans l'un et l'autre cas, les injections de calomel n'ont pas semblé enrayer la marche de la lésion.

Dans le premier, en revanche, l'iodure de potassium, à la dose requise de 3 grammes par jour, a fait merveille. Le pha-

gédénisme s'est arrêté très rapidement et des bourgeons cicatriciels ont remplacé le détritit grisâtre qui cachait le fond de la plaie.

Dans la seconde observation, l'effet de l'iodure de potassium n'a pu être constaté, le malade ayant quitté le service avant réparation de la lésion.

J'ai essayé encore les injections de calomel dans les syphilitides graves secondaires. J'appelle ainsi les syphilitides confluentes, constituées par un mélange de papules et de papulo-croûtes plus ou moins larges. Il n'est pas rare même de constater, dans ces cas, sous la croûte, des exulcérations, voire de véritables ulcérations.

Or, les résultats obtenus ont été contradictoires. Dans deux cas en particulier, l'effet a été vraiment remarquable. Les malades qui, depuis trois semaines ou un mois, absorbaient en vain 10 à 15 centigrammes de protoiodure par jour, ont vu, après une seule injection de calomel, les papules s'aplatir et les exulcérations se modifier dans des proportions telles, que l'efficacité du traitement ne pouvait être mise en doute.

Chez un troisième malade, au contraire, aucun résultat, bien que les lésions fussent identiques. Comment expliquer ces différences ? L'âge ne peut être invoqué; il s'agissait de trois hommes jeunes. Je serais tenté d'incriminer l'alcoolisme, plus accentué chez le troisième malade que chez les deux autres.

Contre les accidents tertiaires graves, nécessitant un traitement mixte, les injections de calomel m'ont paru excellentes. Mais, je n'ai eu qu'à m'applaudir également des frictions d'onguent napolitain, et je ne suis pas encore en mesure de dire quel est, des deux moyens, le meilleur.

Tels sont les résultats que j'ai obtenus, pour mon compte, des injections de mercure soluble et insoluble. Voyons les inconvénients :

1o *La douleur*, sinon fatale, au moins fréquente. Au temps où je faisais les injections de sublimé dans le service de Liégeois, voici ce qui se passait. Il était recommandé à cette époque de piquer le dos de préférence. Or, très souvent, entre la 12<sup>e</sup> et la 15<sup>e</sup> injection, les malades, à cause de la douleur, se refusaient à poursuivre la cure et quittaient le service en disant en langage aussi pittoresque que peu relevé d'ailleurs :

“Nous en avons plein le dos et nous partons”.

Mon maître, M. le Dr Bernier, qui, dans un temps, a pratiqué beaucoup d'injections à l'hôpital Saint-Louis, a écrit que c'était un excellent moyen pour faire le vide dans un service.

M. le Dr Albert Robin m'annonçait dernièrement qu'il possédait des solutions mercurielles, dont l'introduction sous la peau était indolente; j'applaudirai à leur mise en pratique.

Je passe sous silence les abcès nombreux, voire les petites plaques de gangrène que j'ai observés en 1868. L'antiseptie et l'asepsie étaient sinon tout à fait inconnues, au moins très peu pratiquées. Aujourd'hui, nous sommes armés contre les accidents de ce genre;

2o *L'impotence fonctionnelle*. Elle est rare, mais quoi que l'on fasse, elle peut résulter d'une injection de calomel. Les malades tirent la jambe pendant cinq à six jours et, de ce fait, se trouvent très gênés dans leurs occupations;

3o Les *nodosités* qu'on n'a jamais la certitude d'éviter, au niveau de la piqûre; elles constituent une nouvelle cause de gêne et de douleur; je parle, bien entendu, des injections de mercure insoluble;

4o Toujours à l'actif des injections de mercure insoluble, les *accidents d'intoxication*; ce sont les plus graves.

Sans parler des cas de mort cités par le professeur Fournier et dont le nombre s'élevait à douze, au moment où il publiait ses leçons sur le "Traitement de la syphilis", permettez-moi de vous exposer trois cas, que j'ai personnellement observés. Des deux premiers je suis innocent; j'assume la responsabilité du troisième.

Dans le premier, il s'agissait d'une stomatite épouvantable, survenue cinq à six semaines après une dernière injection de calomel, d'ailleurs parfaitement supportée et pratiquée dans le service de mon cher collègue, M. le Dr de Beurmann, à l'hôpital Broca.

Le mot épouvantable, accolé à cette stomatite, n'est point exagéré. Celle-ci rappelait, en effet, la description de ces inflammations de la bouche que nous ont léguées les auteurs des XIV<sup>e</sup> et XV<sup>e</sup> siècles: tuméfaction énorme de toute la muqueuse buccale avec flots confluent de détritits grisâtres et infects, salivation profuse, ébranlement de toutes les dents, impossibilité de rien avaler, fièvre, insomnie complète, état

général grave, sentiment d'angoisse indicible, donnant à la malade l'impression d'une mort imminente.

Pendant huit jours cet état persista à ce degré d'acuité; puis, peu à peu, sous l'influence du traitement, les choses rentrèrent dans l'ordre.

Le second fait est à peu près calqué sur le premier. C'est aussi plusieurs semaines après l'injection de mercure insoluble qu'apparut la stomatite. Il faut dire que, par la faute de la malade, le traitement avait été imprudemment dirigé. Il s'agissait d'une femme de mœurs légères, qui avait consulté plusieurs spécialistes, sans les prévenir de la médication antérieurement suivie. Chacun de ces spécialistes avait pratiqué des injections de mercure insoluble. Quoi qu'il en soit, il n'était survenu pendant la cure aucun accident; ceux-ci, je le répète, n'éclatèrent que plusieurs semaines après.

La stomatite fut aussi grave que dans le premier cas; mais elle se compliqua, en outre, d'hématémèses et de mélanas surabondants, dus à des ulcérations gastro-intestinales d'origine mercurielle. Bref, la malade, qui semblait antérieurement une femme très vigoureuse, considérablement débilitée par une nourriture insuffisante, devint tuberculeuse et succomba quelque temps après. Il est juste de dire, que, malgré ses belles apparences, cette malade avait été atteinte de pleurésie légère deux ou trois ans auparavant et était ainsi prédisposée à la bacillose.

Dans le troisième cas, il s'agit d'embolies capillaires du poumon. La victime de cet accident fut un homme de mon service, auquel j'avais prescrit des injections de calomel pour une syphilide secondaire exulcéreuse et confluyente.

Les deux premières furent admirablement supportées; immédiatement après la troisième, pratiquée dans les mêmes conditions et avec les mêmes précautions que les précédentes, véritables accès d'orthopnée, figure violette, angoisse indicible; les jours suivants, persistance de la dyspnée, accompagnée de râles multiples dans la poitrine et d'expectoration sanguinolente. Peu à peu, les symptômes s'amendèrent et, au bout de huit jours, l'ordre était rétabli.

Que conclure des faits précédents, si ce n'est qu'à l'heure actuelle, comme l'a dit excellemment M. le professeur Four-

nier, les injections ne peuvent entrer dans la pratique courante de la syphilis. Elles conviennent particulièrement aux malades dont l'estomac est intolérant et encore, dans ces conditions, n'est-il pas démontré que leur efficacité soit plus grande que celle des frictions.

On ne pourra être convaincu de la supériorité d'une méthode que le jour où un observateur patient et consciencieux aura fait connaître les effets thérapeutiques obtenus, après avoir traité simultanément et comparativement, par les trois grands procédés de cure mercurielle que nous possédons: ingestion, frictions, injections, un nombre respectable de malades, aussi rapprochés que possible au point de vue clinique.

Or, ce travail d'ensemble n'a été tenté, à ma connaissance, que par un auteur allemand, Heilmann, et ses résultats ne sont point concluants.

Comment a-t-on procédé jusqu'ici? Le jour où la méthode des injections est apparue, on l'a employée à l'exclusion de toute autre. On a agi de même quand on a substitué un sel mercuriel à un autre. L'efficacité thérapeutique a été constante et alors on a crié: merveille, oubliant trop qu'à la période secondaire, contre laquelle on dirige habituellement les injections de mercure soluble, les accidents ont une tendance à s'effacer spontanément. La recherche de l'emploi comparé, au point de vue de la rapidité de l'extinction, des pilules de protoiodure et des injections solubles aurait été bien autrement intéressant.

Même remarque à propos du traitement des accidents tertiaires graves. Dans les cas de ce genre, c'est aux injections de mercure insoluble: calomel ou huile grise, combinées ou non à l'iodure de potassium, que l'on s'adresse. Est-il démontré que ce moyen soit supérieur aux frictions à haute dose? Pour mon compte, je ne suis pas encore fixé et je crois qu'à l'heure actuelle une affirmation est impossible.

Il est incontestable que la méthode des injections sous-cutanées offre un grand intérêt, qu'il y a lieu d'en poursuivre l'étude avec persévérance, non pas seulement au point de vue du procédé en général, mais encore de la détermination de la meilleure solution à employer. Mais gardons-nous des enthousiasmes prématurés, des conclusions hâtives. La question est à

l'étude. Le problème ne sera résolu qu'avec le concours de toutes les bonnes volontés et, je le répète, après la recherche persévérante des résultats comparatifs, obtenus par l'emploi des diverses méthodes thérapeutiques usitées à ce jour contre la syphilis.

---

### LA SAIGNEE, ACTION PHYSIOLOGIQUE, INDICATIONS THERAPEUTIQUES,

L'action physiologique de la saignée est loin d'être rigoureusement connue; il est cependant un certain nombre de faits assez solidement établis pour servir de base à une application thérapeutique rationnelle.

1o *La soustraction à l'organisme de quelques centaines de grammes de sang abaisse de façon au moins temporaire la tension artérielle.* Le fait est incontestable et incontesté; il avait frappé les anciens auteurs, qui trouvaient la principale indication de la saignée dans le pouls vibrant, tendu, dans la pléthore sanguine, l'hypertension artérielle.

2o *La saignée soustrait à l'organisme, et d'une façon rapide, une quantité déterminée de sang, et peut, par conséquent, en cas de rétention dans l'organisme de toxines microbiennes ou organiques, soit du fait d'une maladie infectieuse soit du fait d'une insuffisance de l'élimination rénale, réaliser une élimination rapide d'un principe toxique nocif.* Le fait est unanimement admis; il a été nettement établi par M. Landouzy.

3o Tout en ne niant pas d'une façon formelle le mécanisme précédent, A. Robin propose de cette action antitoxique de la saignée l'explication suivante: *la saignée aiderait l'organisme à se débarrasser des toxines en les oxydant, et en les transformant par cette oxydation en produits peu toxiques, très solubles, facilement éliminables.* Les phénomènes produits par la saignée ne seraient donc autre chose que le résultat de la *suractivité des phénomènes de la nutrition élémentaire.*

4o Il faut rapprocher de cette action stimulative de la nutrition élémentaire, l'hypothèse si suggestive de Lander Brunton, relative à la *saignée considérée comme une forme de la sérothérapie.* "Je suis tenté de croire, écrit-il, que la soustraction de sang, par les sangsues, par scarification ou par phlébotomie,

“ constitue jusqu'à un certain point une forme de sérothérapie ;  
 “ je crois qu'à la suite de la saignée, il se produit une transsu-  
 “ dation plus abondante des sucs, des tissus vers les vaisseaux  
 “ sanguins. Nous modifions donc ainsi la constitution du li-  
 “ quide en circulation, et nous pratiquons par conséquent de  
 “ cette manière une sorte de sérothérapie ou d'organothérapie.  
 “ Nous ne prenons pas un petit fragment d'organe ou de tissu



*La saignée classique.*

Le pouce gauche du chirurgien immobilise la veine médiane céphalique que la lancette tenue entre le pouce et l'index droits va ponctionner.

“ comme nous le faisons lorsque nous  
 “ traitons le myxœdème par l'adminis-  
 “ tration du tissu ou suc thyroïdien, mais  
 “ nous empruntons aux diverses glandes  
 “ et tissus de l'organisme malade une  
 “ partie de leur suc que nous déversons  
 “ dans les vaisseaux sanguins partielle-  
 “ ment vidés. En déversant ainsi dans  
 “ le sang le suc des organes, nous modi-  
 “ fions la composition du liquide en cir-  
 “ culation et nous appliquons en réalité  
 “ une médication sérothérapique”. Nous  
 sortons ici du fait pour entrer évidemment dans l'hypothèse, mais cette hypothèse est éminemment suggestive, et nous estimons avec cet auteur que l'étude de cette question mérite d'être repris à ce point de vue.

Tout ce qu'on sait de formel, c'est que les modifications du sérum sanguin consécutives à la saignée sont profondes, sans que leur nature ait pu être déterminée d'une façon précise. La dilution du sang, en d'autres termes la proportion relative du sérum et des éléments solides, augmente : preuve évidente qu'il se fait un échange actif entre le sang et les tissus de l'organisme. La quantité de peptones augmente, celle des gaz diminue.

\* \* \*

On a reproché à la saignée de provoquer une diminution des globules rouges, une augmentation des leucocytes. En fait, la résistance de l'homme et des animaux supérieurs aux soustrac-

tions sanguines est considérable dans tous les cas où il n'existe pas une cause pathologique de déglobulisation ou une entrave à la rénovation du sang. Sauf aux âges extrêmes de la vie une saignée d'une certaine importance, 300 à 500 centimètres cubes, est toujours facilement supportée, même dans les cas (urémie ou éclampsie) où l'anémie est sensible, et la régénération des éléments sanguins s'opère avec une très grande rapidité. En fait, l'action anémiante d'une saignée moyenne est minime, tout à fait temporaire.

Les vétérinaires, qui pratiquent fréquemment la saignée chez les chevaux, soit dans un but thérapeutique, soit dans un but scientifique (récotte du sérum), ont toujours constaté la reproduction rapide du sang après la saignée et l'absence d'anémie consécutive.

On a reproché aussi à la saignée d'accroître la consommation de l'albumine, d'amener un certain degré de dégénérescence des tissus. Le fait est vrai dans une certaine mesure, mais ne devient nocif que par l'abus de la saignée, et ces reproches ne sont tout à fait exacts que pour la soustraction de quantités considérables de sang, ils ne peuvent s'appliquer à toute phlébotomie ne dépassant pas chez l'homme 1 pour 10 de la masse totale du sang. Nous avons vu au contraire que ces faits étaient le point de départ d'indications précises (stimulation des oxydations de Robin) ou d'hypothèses suggestives (saignée considérée comme un procédé de sérothérapie de Lander Brunton).

On lui a reproché enfin d'abaisser la tension artérielle. Le fait est indiscutable, mais c'est là justement le facteur le plus puissant et le plus rapide de la "médication hypotensive".

#### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Les notions physiologiques précédentes et l'empirisme clinique ont amené les auteurs modernes à admettre à la saignée deux indications primordiales:

1o La *pléthore sanguine*, dans laquelle la saignée agit à titre d'*agent de déplétion*;

2o La *toxémie*, dans laquelle la saignée agit comme *agent de dépuration*.

L'accord est fait sur ces points, et la saignée est, dans ces cas, admise par tous, à titre d'agent accidentel vraiment héroïque.

Des travaux ultérieurs nous diront si à côté de ces indications,

a l'heure actuelle indiscutées, il n'en existe pas d'autres; si, en particulier, le fait que la saignée détermine la suractivité des phénomènes de nutrition élémentaire n'amène pas son indication dans les affections où la nutrition est en déchéance, quand cette déchéance ne sera pas la conséquence d'une dénutrition exagérée, mais dépendra d'une insuffisance des actes nutritifs si, d'autre part, la saignée est susceptible d'agir comme *procédé sérothérapique*.

Ce sont des points trop obscurs encore pour être traités ici; ils soulèvent la question de la *saignée répétée* considérée comme mode de traitement et non plus comme agent thérapeutique accidentel. La saignée répétée est aujourd'hui à peu près universellement condamnée, d'autres disent définitivement; mais y a-t-il quelque chose de définitif en thérapeutique? A ce propos, il est intéressant de rappeler ici, sans y insister autrement, la communication de Krönig, à la Société de médecine interne de Berlin, le 19 mai 1898: Krönig aurait guéri rapidement par trois saignées espacées, une chlorose grave, rebelle à tous autres traitements et présentant de l'atrophie des hématies avec nécrose de coagulation!

*La saignée agent de déplétion.*—A nous en tenir aux indications précises sus-énoncées, il est établi que la saignée est indiquée d'une façon générale quand la compensation cardiaque est insuffisante, que le cœur droit est distendu et défaillant: *la saignée est le plus puissant agent de soulagement du cœur*.

A ce titre elle est indiquée en certains cas de *maladies du cœur*, dans l'*insuffisance mitrale* non compliquée, en particulier à la *période d'asystolie* avec distention du cœur droit, congestion pulmonaire et hémoptysies. Une saignée de 200 à 500 grammes soulagera énormément le malade; et après cette opération, des drogues comme la digitale et les diurétiques, qui ont antérieurement échoué, compléteront la cure. Hayem, au XIIIe Congrès international de médecine, donnait comme une de ses indications les troubles mécaniques de la circulation par maladies du cœur et des gros vaisseaux, l'hypertension artérielle en particulier.

D'une façon générale, dans les *asystolies cardiectasiques*, suivant la remarque de Huchard, une saignée générale faite à propos joue absolument le rôle de la digitale, et elle agit comme elle, comme toni-cardiaque et diurétique; à ce titre il la recommande d'une façon particulière dans certains cas d'*adipose cardiaque*.

D'autre part, en favorisant la circulation veineuse et la petite circulation, la saignée rend les plus grands services dans les cas de *stase* et de *congestion passive* chez les malades dont le ventricule droit se vide difficilement : l'action déplétive est ici évidente et immédiate.

Au cours de la grossesse, la saignée est particulièrement indiquée pour certains *accidents gravidocardiaques* qu'il faut bien connaître.

Chez les femmes enceintes cardiaques, atteintes spécialement d'affections mitrales et surtout de rétrécissement, l'équilibre de la petite circulation peut se trouver brusquement rompu. La dégénérescence gravidique du myocarde, chez les cardiaques, entraîne une dilatation aiguë du cœur droit, en même temps qu'une congestion pulmonaire globale et subite. En quelques instants, la femme enceinte ou récemment accouchée peut succomber avec des accidents pulmonaires d'asystolie aiguë. Pareils accidents pneumo-cardiaques peuvent s'observer avec un point de départ pulmonaire chez des femmes enceintes dont le jeu thoracique est troublé par cyphose ou scoliose très accusées; ces accidents sont occasionnés par le refoulement du diaphragme par le globe utérin. Contre ces états qui peuvent entraîner la mort en quelques heures, M. Bonnaire considère que la saignée *copieuse* est le traitement seul actif, héroïque, car il ne faut pas compter sur l'action de la caféine non plus que sur celle de la digitale, étant donné le manque de réaction du muscle cardiaque.

L'action déplétive de la saignée est des plus évidentes dans l'*œdème aigu du poumon* et dans certains cas de *bronchite capillaire* avec signes de dilatation du cœur droit. C'est peut-être même dans ces cas que la saignée donne les résultats les plus décisifs. Rien n'est plus impressionnant que de voir de malheureux malades assis, sans parole, le regard angoissé, la face et le corps couverts de sueurs, la respiration haletante, les jugulaires distendues, les deux poumons pleins de râles fins et crépitants, le pouls petit, en imminence de mort, libérés et sauvés par une saignée de 4 à 500 grammes.

Certaines *congestions actives de l'appareil respiratoire*, la *pneumonie* entre autres, retireront un égal bénéfice d'une saignée opportune.

La question de la saignée dans la pneumonie a été l'objet de vives controverses; les grands noms de Broussais et de Bouillaud

y sont intimement liés. Elle semble aujourd'hui tranchée négativement quant à l'emploi systématique de la saignée dans la pneumonie, positivement quant à son opportunité dans les formes œdémateuse et congestive, quand une grande partie du poumon est engorgée et qu'il y a des symptômes de cyanose et de paralysie du cœur.

La saignée, suivant la remarque de Hanot, ne s'applique pas à la maladie même, mais à certains éléments de la maladie, et ces éléments pour lui sont "l'oppression extrême avec cyanose, la dilatation des veines du cou, l'expectoration sanguinolente ou séreuse abondante, les étourdissements, la paralysie passagère, le délire, le coma". Pour Jaccoud, ce sont "la dyspnée intense, les troubles mécaniques graves de la circulation pulmonaire, les phénomènes de stase encéphalique". Pour Landouzy, la saignée est une des meilleures manières de secourir le pneumonique; aucun procédé ne la vaut pour amener le désengouement du cœur, la décongestion du poumon, la déplétion de la circulation générale, la dépuration brusque. La saignée devient ainsi une médication de symptôme et non une médication de maladie.

Dans la *pleurésie diaphragmatique*, dans la *péricardite*, la saignée pourra être utile s'il y a orthopnée, irrégularité du pouls, distension des jugulaires et anémie artérielle.

De même dans certains troubles dus à l'hypertension artérielle, dans l'*anévrisme thoracique* et les *douleurs du médiastin*, la saignée est utile en ce qu'elle diminue la tension artérielle si pénible, soulage le cœur et souligne l'action de l'iodure de potassium.

Au contraire, les résultats ont été nuls dans les congestions chroniques de la tuberculose et de la syphilis.

Au même titre déplétif, mais en ayant moins en vue le soulagement du cœur et la déplétion de la petite circulation que celle de la déplétion générale, la saignée a été employée de façon traditionnelle dans des congestions du système nerveux, en particulier dans les *congestions cérébrales* et les *hémorragies au début* chez les malades ayant de l'hypertension artérielle.

L'application de sangsues aux mastoïdes dans ces cas est classique; si l'émission sanguine semble indiquée, la phlébotomie nous paraît supérieure. D'ailleurs, la saignée doit alors être réservée aux cas où il y a éréthisme circulatoire intense, turgescence générale, pouls vibrant. Chez les chevaux, la congestion de la moelle, aussi fréquente que la congestion cérébrale chez

l'homme, cède presque toujours à une saignée de 2 litres (Trasbot).

Il est d'ailleurs bien évident que cette saignée ne s'adresse nullement à la lésion cérébrale localisée, si elle existe, mais à l'état du cerveau tout entier, à la pléthore céphalique sanguine ou lymphatique qui crée l'apoplexie, et qu'une épistaxie ou une hémorragie hémorroïdaire peut parfois conjurer.

\* \* \*

*La saignée agent de dépuraton.*—La saignée dans l'urémie, si efficace en bien des cas, est le type des saignées dépuratives, antitoxiques, par opposition aux saignées déplétives, toni-cardiaques envisagées précédemment.

Suivant la remarque si autorisée de Renaut, de Lyon, qui a étudié d'une façon spéciale le mécanisme de l'action de la saignée dans l'urémie, "il est inutile de chercher une explication bien adéquate des bons effets de la saignée. L'action en est extrêmement complexe et encore très obscure".

Trois facteurs au moins entrent très probablement en jeu :

1o *La soustraction très rapide de l'économie d'une quantité appréciable de toxines*, et avec une déperdition de liquide vraiment minime. "La dépuraton de 50 grammes de matières extractives, ne coûte à notre organisme que 30 grammes par la saignée, 250 grammes par les sécrétions alvines, 1,500 grammes par les urines, tandis que la même dépuraton par la peau exige 100 litres de sueur!" Landouzy, les *Sérothérapies*, p. 455.

2o *La décongestion du rein* est le facteur fondamental pour Renaud, qui considère l'œdème aigu congestif rénal comme la cause anatomique provocatrice de l'urémie. La saignée générale y contribuerait en modifiant le régime circulatoire du moment; la saignée locale (ventouses scarifiées sur le triangle de J.-C. Petit) agirait directement sur la congestion rénale et ferait cesser "la sorte d'étranglement dont les parties actives du parenchyme rénal sont le siège".

3o Enfin *l'élévation du coefficient d'oxydation* consécutif à la saignée, signalée par A. Robin, est d'autant plus probable comme facteur antitoxique que la baisse de ce coefficient est un des meilleurs indices de l'urémie imminente ou actuelle.

Quel que soit le mécanisme intime de cette action, son efficacité clinique est indéniable dans les *accidents urémiques aigus* qui sont sous la dépendance de phénomènes congestifs, acci-

dents convulsifs ou comateux de la *néphrite scarlatineuse*, des *néphrites aiguës primitives*, des *poussées aiguës au cours du mal de Bright*. Mais la pratique, conformément à la théorie, trouve la saignée inefficace dans les accidents chroniques ou progressifs, non congestifs, du mal de Bright.

Dans l'*éclampsie puerpérale*, la saignée copieuse est indiquée pour extraire de l'organisme une certaine quantité de toxines. Dans ce cas, après l'émission sanguine, il pourra être utile d'injecter une quantité de sérum artificiel égale à celle du sang extrait; c'est un complément de l'action antitoxique.

Cette pratique, excellente dans l'éclampsie puerpérale, peut se généraliser. Toutes les fois qu'il s'agit de saigner un malade pour l'aider à éliminer une partie des éléments toxiques contenus dans son sang, il est essentiel de retirer des quantités de sang assez considérables, de 500 à 1,000 grammes. Puis on combattra les oscillations de la pression vasculaire en pratiquant des injections sous-cutanées, voire intra-veineuses, de sérum artificiel, et l'on réalisera ainsi un véritable lavage du sang.

\* \* \*

Telle est la saignée, opération facile et sans danger en des mains exercées, moyen thérapeutique souvent utile, parfois héroïque.

La saignée telle que la pratique le médecin du X<sup>e</sup> siècle est bien peu différente de la saignée que faisaient les vieux thérament, comme elle conserve nombre de pratiques léguées par nos peuples hellènes. La science moderne doit la conserver pieusement: la Science ne saurait se passer de la Tradition.

---

## L'ANEMIE PLASMATIQUE

PAR M. LE PROFESSEUR ROBIN

1o Il existe un groupe d'états morbides qui reconnaissent comme l'une de leurs conditions, sinon de leurs causes, soit une déminéralisation de l'organisme, soit une inaptitude des plasmas et des tissus à fixer les principes inorganiques de l'alimentation.

2o Parmi ces maladies, mes recherches permettent d'individualiser déjà les types suivants comme premiers termes de la série: (a) la phthisie pulmonaire; (b) le phosphorisme; (c) une

variété particulière de l'hémoglobinurie; (d) diverses albuminuries qui, d'abord fonctionnelles, peuvent aboutir à la maladie de Bright, comme les albuminuries phosphaturiques et les albuminuries dyspeptiques; (e) un groupe important d'anémies, parmi lesquelles certaines présentent toutes les allures cliniques de la chlorose.

3o La chlorose n'est pas une entité morbide, mais bien un ensemble symptomatique qui relève de conditions morbides fort dissemblables et réclament des traitements tout à fait différents, puisque, ce qu'il faut traiter, ce n'est pas l'expression symptomatique dénommée chlorose ou anémie, mais bien les procédés morbides qui aboutissent à cette expression.

4o La déminéralisation organique est l'un de ces procédés. Les chloroses et les anémies qui en relèvent offrent certaines particularités cliniques qui permettent de les soupçonner, sur lesquelles je reviendrai plus tard. Mais pour les reconnaître à coup sûr, il faut pratiquer l'analyse comparative de l'urine et du sang. La déminéralisation est prouvée par l'augmentation du résidu minéral de l'urine et du coefficient de déminéralisation, et par la diminution corrélative de la minéralisation du sang.

5o L'analyse démontre que cette déminéralisation porte sur le plasma sanguin dont l'équilibre salin est ainsi rompu, ce qui comporte comme résultante immédiate ou une altération des globules rouges, ou un retard dans leur renouvellement, ou une diminution de leur activité. En fait, dans le cas qui m'a servi de type, le nombre des globules rouges est tombé à 2,329,000, avec une valeur globulaire de 0,72, la normale étant l'unité.

6o Cette variété d'anémie mérite donc le nom d'*anémie plasmatique*.

7o Pour la traiter et la guérir d'une façon pour ainsi dire mathématique, il faut reconstituer l'équilibre salin du plasma sanguin, et l'on y arrive assez rapidement par l'emploi d'une association des sels du sang avec divers principes organiques dont l'ensemble représente une sorte de *thériaque minérale*.

8o Cette reconstitution minérale du plasma sanguin demande de quinze à cinquante jours suivant les cas. Elle se traduit par une augmentation de la minéralisation du sang et par une diminution du résidu inorganique de l'urine, malgré l'ingestion journalière des sels minéraux médicamenteux.

9o Quand l'équilibre salin du plasma sanguin est rétabli, il convient, dans une seconde étape thérapeutique, d'instituer la médication ferrugineuse qui agit alors avec une surprenante rapidité sur les signes extérieurs de la chlorose. Mais on peut éviter aussi le traitement secondaire en associant directement les ferrugineux à la médication saline.

10o Le diagnostic et le traitement de l'anémie plasmatique fournissent une preuve de la certitude de la thérapeutique quand elle est fondée sur les procédés exacts de la chimie pathologique.

---

### QUELQUES POINTS RELATIFS AU TRAITEMENT DU DIABÈTE

PAR M. LE PROFESSEUR EICHHORST

Ne tenant compte que de ce qu'il a vu et de ce qu'il a pu contrôler dans sa longue carrière de clinicien, M. Eichhorst a exposé ses idées personnelles sur le traitement du diabète, sur le rôle et l'importance qu'on doit attribuer aux médicaments, aux eaux minérales et au régime alimentaire. Il se méfie des premiers et n'est nullement enthousiaste des secondes.

Pour juger la valeur d'un médicament dans le traitement du diabète, on peut, d'après M. Eichhorst, procéder de plusieurs façons. On peut prendre un cas de diabète moyen et voir ce que devient la glycosurie quand, en laissant le malade au régime ordinaire (pain, viande, etc.), on lui donne un médicament dit antidiabétique. On peut encore faire la même expérience sur un diabétique chez lequel le régime antidiabétique rigoureusement suivi avait réduit au minimum le taux du sucre urinaire, et voir si sa glycosurie diminue encore davantage sous l'influence du médicament. On peut enfin étudier l'action antiglycosurique d'un médicament chez les diabétiques graves chez lesquels, comme on sait, le régime antidiabétique rigoureusement suivi laisse toujours persister dans l'urine une forte proportion de sucre.

C'est en se plaçant dans ces conditions, qui sont bien celles d'une expérimentation exacte, que M. Eichhorst a constaté l'inefficacité complète, absolue, de tous les médicaments autour desquels on a fait quelque bruit durant ces temps derniers. L'acide salicylique, le salol vanté par Ebstein, l'acide

phénique, l'antipyrine, etc., essayés chez les diabétiques graves ou légers ou moyens, se sont montrés impuissants d'amener la moindre diminution de la glycosurie. Ce n'est pas tout. Dans un certain nombre de cas de diabète chez des syphilitiques, chez lesquels tout semblait indiquer l'existence d'un rapport causal entre l'infection syphilitique et le diabète, la médication antisiphilitique par le mercure et l'iodure de potassium, n'a pas imprimé la moindre modification à la glycosurie.

De tous ces faits, M. le professeur Eichhorst conclut qu'à moins d'une indication spéciale, l'emploi des médicaments, du moins de ceux que nous connaissons jusqu'à présent, n'a aucune raison d'être dans le traitement du diabète simple, non compliqué. Ils seraient même nuisibles en ce sens qu'ils fourniraient au diabétique convaincu de leur vertu antidiabétique, le prétexte de suivre moins rigoureusement son régime alimentaire.

M. Eichhorst se montre également fort sceptique envers l'action des eaux minérales ou plutôt des cures d'eau. Il admet bien que, de retour après une saison à Carlsbad ou à Neuenahr, — les deux stations où se rendent les diabétiques allemands — les malades présentent généralement une diminution considérable de la glycosurie et parfois même la disparition complète du sucre urinaire. Mais ce résultat, il l'attribue bien moins à l'action spéciale des eaux qu'au régime rigoureux auquel les malades sont soumis pendant leur cure; si bien que pour lui, ces malades auraient pu obtenir la même diminution de la glycosurie, s'ils avaient voulu suivre rigoureusement chez eux le régime qui leur convient. Il n'existe donc qu'un seul traitement rationnel du diabète: le régime alimentaire spécial dont les principes sont trop connus pour être exposés ici. Mais le régime et la façon de mettre le malade à ce régime, ne se présentent pas toujours d'une manière uniforme et peuvent varier d'un diabétique à l'autre.

Ainsi, la première question qui se présente est celle de savoir si, le diagnostic du diabète une fois fait, le malade doit être mis brusquement ou seulement d'une façon progressive au régime qui lui convient. Pour sa part, M. Eichhorst ne procède jamais brusquement. Souvent il a observé des diabétiques chez lesquels la privation brusque de farineux et de sucre provoquait des troubles digestifs graves, un amaigrissement

inquiétant et l'apparition, dans l'urine, d'acide diacétique et d'acétone, indiquant l'évolution d'une auto-intoxication vers le coma diabétique. Tous ces phénomènes font défaut quand on a soin de diminuer progressivement la quantité de sucre et d'hydrates de carbone, et de laisser pour ainsi dire à l'organisme le temps de s'adapter peu à peu aux nouvelles conditions d'alimentation.

Mais malgré ces précautions, il arrive parfois que la privation totale d'hydrates de carbone n'est pas supportée par le diabétique, qui réagit alors par un amaigrissement inquiétant. A ces malades, M. Eichhorst n'hésite pas à permettre de petites quantités de pain et de sucre; car comme il dit très justement, il préfère un diabétique bien portant avec un peu de sucre dans l'urine qu'un diabétique sans glycosurie, mais qui maigrit et s'affaiblit constamment. Et c'est pour cela qu'il insiste d'une façon très particulière sur la nécessité de peser régulièrement les diabétiques qui suivent un régime spécial. L'emploi de la balance est pour lui un des moyens les plus importants que possède le médecin, pour connaître la façon dont le régime est supporté par le diabétique. En règle générale, un diabétique qui a maigri ne doit plus perdre de poids quand son régime est établi d'une façon rationnelle; et si la balance enregistre une nouvelle perte de poids, il faut faire fléchir la rigueur du régime.

Pour ce qui est de l'emploi de l'alcool, M. Eichhorst n'en est pas partisan. Il estime notamment que cette substance qu'on prescrit surtout en raison de sa valeur calorique, peut être avantageusement remplacée par des graisses (beurre, lard, crème, jambon, saumon fumé, fromage gras, boudin, etc.), qui ont encore pour elles de varier dans une large mesure le menu du diabétique. Comme boisson, M. Eichhorst donne à ses diabétiques de l'eau ordinaire ou une eau alcaline additionnée d'acide lactique ou d'acide citrique, et même du lait non écrémé, malgré la présence du sucre de lait. Le café et le thé très légers peuvent être permis à ces malades. Pour le cacao, il importe de voir dans chaque cas si cette substance provoque ou non une augmentation du sucre ordinaire.

En résumé, ce qui caractérise le traitement du diabète c'est en premier lieu l'établissement *progressif* du régime alimentaire spécial, dont les effets doivent être contrôlés à des intervalles réguliers par la balance; c'est ensuite la proscription absolue de tous les médicaments, l'alcool y compris.

## EXAMEN BACTERIOLOGIQUE DU SANG DANS LA PNEUMONIE

Les résultats variables obtenus par les différents auteurs qui ont recherché la présence du pneumocoque dans le sang des malades atteints de pneumonie, tiennent en grande partie à la différence des méthodes employées. Si on ensemence quelques gouttes de sang on a tantôt des cultures, tantôt au contraire les tubes restent stériles; mais si on prélève une quantité plus considérable de sang, 4 à 5 centimètres cubes par exemple, et qu'on l'ensemence en bouillon, on obtient constamment des cultures. On a examiné ainsi dix cas de pneumonie pris au hasard; quatre de ces malades moururent; quelques-uns présentèrent des complications: empyème, néphrite aiguë, gangrène pulmonaire; chez d'autres, l'évolution fut régulière. Or, dans tous ces cas, l'ensemencement large du sang détermina les cultures de diplocoques que l'on put facilement identifier avec le pneumocoque de Fränkel; parfois il fallait plus de vingt-quatre heures pour que les colonies se développassent: les cultures furent toujours pures. Il semble donc, d'après ces recherches, que le passage dans le sang du pneumocoque, au moins en tant qu'unités isolées, soit la règle dans la pneumonie.

---

## DIAGNOSTIC PRECOCE DE LA LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE

En soumettant à l'examen radiographique 150 cas de luxation congénitale et unilatérale de la hanche chez de jeunes enfants, j'ai constaté, il y a déjà deux ans, que dans 25 pour 100 des cas il existe en même temps une déformation de l'articulation du côté sain, laquelle déformation est caractérisée par une largeur anormale de la cavité cotyloïde et l'aplatissement de sa face supérieure. D'un autre côté, Lorenz, qui a examiné 1,000 nouveau-nés, n'a pas trouvé un seul cas de luxation déjà établi au moment de sa naissance.

Si la luxation vraiment congénitale est très rare, il en est autrement de la prédisposition congénitale à la luxation. Mes recherches personnelles ainsi que celles de Walther ont montré, il y a déjà quelque temps, que, chez les enfants chez lesquels se produit la luxation, on trouve, à l'examen radiographique,

des lésions qui sont du simple aplatissement de la face supérieure de la cavité cotyloïde jusqu'à l'élargissement de celle-ci avec tête du fémur atrophiée et en antéverson.

La radiographie peut donc permettre de faire le diagnostic précoce de la prédisposition congénitale à la luxation congénitale de la hanche, dans les familles dans lesquelles il existe déjà des enfants atteints de cette affection.

Mais la radiographie est un procédé d'investigation qui n'est pas à la portée de tout le monde, et qui présente de grandes difficultés chez le nouveau-né.

Chez le nouveau-né couché sur le dos, les membres inférieurs bien étendus, on observe, sans parler du pli inguinal, deux plis. L'un, le pli des adducteurs, est situé entre la gaine des adducteurs et le triceps fémoral, et se dirige de haut en bas et d'avant en arrière. Le second pli, moins accusé, se trouve à la hauteur du genou et est situé plus en dedans que le premier. Quand, chez un nouveau-né normal, couché comme nous venons de le dire, on rapproche les deux cuisses l'une contre l'autre, on voit que la partie terminale des deux plis "des adducteurs" se confondent. Or, on constate que dans la prédisposition à la luxation de la hanche, les deux plis ne se confondent pas et que du côté malade le pli est remonté.

En se servant de ce procédé j'ai pu prédire dans un cas, six mois d'avance, l'apparition d'une luxation de la hanche chez un nouveau-né dont la sœur avait déjà eu cette affection.

Docteur S. BADE.

---

**FRACTURE DE JAMBE — NON CONSOLIDATION DU TIBIA  
— GUERISON PAR LES INJECTIONS DE  
SERUM ARTIFICIEL**

PAR M. LE DOCTEUR LUTON

On a publié toute une série d'observations de hernies de l'enfance guéries par les injections de sérum artificiel à laquelle nous pouvons ajouter dès maintenant quelques cas de guérisons de hernies chez l'adulte, il nous paraît intéressant de rapporter également un cas de fracture de jambe dont la consolidation n'a pu être obtenue qu'à l'aide d'injections de sérum artificiel répétées et pratiquées sous la peau au niveau

de la solution de continuité. Nous avons montré à propos de ces hernies que le sérum artificiel paraissait avoir à la fois une action topique et une action générale; nous avons eu soin de ne pas négliger la première, en pratiquant nos injections non loin de la lésion: dans l'observation que nous rapportons ici, notre manière de faire n'a pas varié et le résultat a été satisfaisant.

Le 7 juillet, le nommé H. . . , chauffeur à la compagnie des chemins de fer de l'Est, en rentrant le soir chez lui, se laisse choir dans l'escalier de la maison et se casse la jambe droite.

Il s'agit de la fracture classique des deux os de la jambe. Le tibia est brisé à l'union de son tiers inférieur et des deux tiers supérieurs; le trait de fracture est oblique, en bec de flûte; les téguments ne sont pas déchirés, bien que la peau soit fortement soulevée par le fragment supérieur de l'os. Le péroné est fracturé à l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs.

Le 9 juillet, le membre inférieur, présentant un gonflement insignifiant, est placé dans une gouttière plâtrée et l'appareil n'est enlevé que le 23 août, soit au bout de 45 jours. Pendant ce temps, nous n'avons à noter que deux faits: d'une part l'absence d'hydarthrose et des lésions accessoires ordinaires, d'autre part l'état général du malade. Celui-ci, malgré des toniques généraux variés, ne tarde pas à maigrir et à se cachectiser, bien que rien, en dehors de la fracture, ne puisse justifier un pareil dépérissement.

Au moment où nous retirons la gouttière plâtrée, le péroné présente un col solide et les fragments du tibia paraissent soudés. Le malade reste couché pendant quelques jours et à notre visite suivante, en examinant avec attention le corps du tibia, nous nous apercevons qu'il existe une mobilité anormale, légère d'ailleurs, du fragment inférieur. Le déplacement est difficile à obtenir, mais n'en est pas moins manifeste.

Le membre est replacé dans une nouvelle gouttière plâtrée, et, à partir du 14 septembre, nous pratiquons tous les huit jours sous la peau, au niveau du point fracturé, dans l'espace laissé libre par la gouttière, des injections de sérum artificiel variant de un à trois grammes chaque fois. Au bout d'un mois, la consolidation paraît assurée, mais nous ne retirons définitivement l'appareil que le 31 octobre, en pratiquant une dernière injection par précaution.

Le 1er novembre, nouvelle complication : il se produit une double hydarthrose du genou et du cou-de-pied, qui disparaît d'ailleurs au bout d'une dizaine de jours à la suite d'applications répétées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque.

Le malade se lève le 18 novembre et peu à peu le membre ayant repris ses fonctions, la guérison est franche et définitive. La marche est normale et assurée.

Quelle est la cause de cette non-consolidation du tibia ? Sans nous arrêter aux suppositions qui ne sont pas applicables à ce cas particulier, nous pouvons rejeter également comme étiologie probable les causes locales indiquées par les classiques, telles que la présence d'un épanchement sanguin volumineux ou l'écartement des fragments qui ne s'observe le plus souvent que dans les régions où agissent des muscles puissants ; nous devons cependant ajouter que par suite de l'extrême obliquité du trait de fracture, la réduction a été assez difficile à obtenir.

Parmi les causes générales qui peuvent donner lieu à une non-consolidation, il n'y aurait lieu de retenir que la syphilis, quoique pour un grand nombre d'auteurs elle ne puisse avoir aucune influence sur la formation du cal ; mais rien dans les antécédents de notre malade ne nous a permis de nous arrêter à cette supposition.

Bien que la question de l'âge soit contestable, nous ne pouvons la passer sous silence. Notre malade avait de 40 à 45 ans ; de plus, pendant son séjour au lit, dans une chambre peu aérée, il s'est trouvé en proie assez longtemps à de grandes préoccupations d'ordre matériel qu'il ne nous a avouées que depuis. Il est évident qu'il ne faut pas attacher une importance exagérée à la dépression morale, mais dans certains cas, elle n'est pas douteuse. Ce fait, joint à celui d'un homme qui n'est plus de première jeunesse, fatigué par un travail pénible, habitué à vivre au grand air et brusquement enfermé pendant plusieurs semaines dans une chambre étroite, tout cela n'est-il pas suffisant pour expliquer le dépérissement inquiétant que nous avons signalé et par suite le retard dans la consolidation du tibia ?

Cette étiologie admise, on comprend que le sérum artificiel ne pouvait avoir qu'une action favorable et que son emploi s'est trouvé justifié aussi bien au point de vue général qu'au point de vue local.

## DU ROLE DES TROUBLES DE LA NUTRITION DANS LA PATHOGENIE DE LA FOLIE PUERPERALE

Ce qui domine pendant la perpéralité, dans l'organisme de la femme, c'est un état d'auto-intoxication produit par des troubles de l'assimilation et de la désassimilation. C'est à cette auto-intoxication gravidique qu'on attribue, depuis quelques années, nombre des symptômes morbides pouvant survenir pendant la grossesse. La folie puerpérale peut être causée par cette auto-intoxication.

En effet, les produits nuisibles, toxiques, retenus, fabriqués ou absorbés par l'organisme, peuvent venir impressionner la cellule nerveuse, troubler son fonctionnement, la dévier ou la léser, d'où différentes espèces de troubles psychiques : folie névrose ou folie avec lésion organique.

Mais il est évident que la folie survenant pendant la puerpéralité peut ne pas toujours être directement attribuable à cette dernière: il n'y a pas toujours entre les deux relations de cause à effet.

Pour que la puerpéralité puisse être vraiment rendue responsable, il faut déceler l'intoxication, c'est-à-dire le relentissement de la nutrition. On y arrive par la recherche du coefficient toxique de l'urine et du sang. MM. Mairet et Bosc, en injectant de l'urine de femmes atteintes de folie puerpérale à des chiens, ont constaté que cette urine était hypertoxique. De plus, particularité intéressante, cette urine injectée produisait de l'agitation chez le chien quand l'urine provenait d'une femme atteinte de manie; elle produisait, au contraire, de la dépression quand elle provenait d'une femme lypémanique.

Docteur BARACOFF.

## DESINFECTIION DES LIVRES PAR LES PULVERISATIONS DU FORMOL DU COMMERCE

A plusieurs reprises, la transmission des maladies infectieuses par les livres a été reconnue comme un fait certain. Yung a signalé ce danger, dans un travail qui a été analysé dans la *Presse médicale* (1er fév. 1899). Knopf, de New-York, a insisté de son côté sur le danger de l'infection par les livres qui ont passé par les mains des tuberculeux. Vingt commis employés dans le bureau de santé de Lansing tombèrent tour à tour malades et moururent de tuberculose pulmonaire; on examina

bactériologiquement les livres le plus souvent employés et on les trouva remplis de bacilles de Koch. Une enquête démontra que l'infection des livres datait du temps où un des commis, phthisique, avait travaillé dans le bureau et avait la mauvaise habitude de tourner les pages des livres avec les doigts mouillés avec sa salive.

Knopf invoque une autre cause d'infection : c'est la toux et l'éternuement qui projettent des gouttelettes bacillifères. La désinfection des livres des bibliothèques a été le but qu'ont cherché à atteindre tous ceux qui se sont occupés de cette question.

Je ne passerai pas en revue tous les procédés de désinfection qui ont été proposés : les uns détériorent les livres, les autres ne sont pas d'un emploi pratique. Car il n'y a pas à dire : si l'on veut désinfecter les nombreux livres qui sortent et qui rentrent chaque jour dans une bibliothèque municipale, par exemple, il faut un moyen commode et peu dispendieux. Eh bien ! la désinfection par l'aldéhyde formique remplit tous les desiderata. Inutile d'insister ici sur les propriétés antiseptiques de l'aldéhyde formique, mises en lumière par Trillat en 1888 et bien connues maintenant. Mais jusqu'à présent presque tous les auteurs, sauf M. de Rechter, de Bruxelles, avaient refusé à ce corps tout pouvoir de pénétration et n'en faisaient qu'un désinfectant de surface. Pour M. Knopf, la vapeur de formaldéhyde n'est effective que si chaque page est isolément exposée à cette vapeur : pour cela, M. Knopf a même imaginé un petit appareil de fil de fer à l'aide duquel on peut désinfecter plusieurs pages à la fois. Ce procédé est inapplicable dans une bibliothèque où une centaine de livres sort et rentre chaque jour.

Pour ma part, je ne partage pas la manière de voir des auteurs sur le peu de pénétration de l'aldéhyde formique, mais, vu la très grande diffusibilité de ce corps, je crois, avec M. de Rechter, qu'il doit jouir d'une certaine intensité de pénétration. Pour m'assurer de ce fait, j'ai entrepris, avec l'aide de mon distingué confrère, le Dr H. Bernard, les expériences suivantes :

J'ai pris un livre relié que j'ai maculé sur certaines pages avec des parcelles de crachats de phthisiques, crachats examinés préalablement au microscope. Le numéro de ces pages avait été noté avec soin. Puis ce livre a été suspendu dans

une boîte en bois construite de façon à ne présenter aucune fissure ; il a été accroché au-dessous du couvercle de la boîte par la reliure, celle-ci relevée vers le haut et les feuillets dirigés en bas. Cette suspension a été pratiquée à l'aide d'une pince à ressort. J'insiste tout particulièrement sur ce mode de suspension qui amène nécessairement l'écartement des feuillets du livre sous forme d'un éventail, ce qui doit faciliter la pénétration des vapeurs antiseptiques.

Le livre en question a été exposé pendant vingt-quatre heures aux vapeurs de formaline placée dans un godet ; ce godet avait été mis au fond de la boîte. La quantité de formaline employée fut dans la proportion de 5 grammes par mètre cube, 5 grammes ayant été reconnus par Trillat suffisants pour désinfecter un espace de 1 mètre cube.

Au bout de vingt-quatre heures, le livre a été retiré et les pages notées d'avance ont été découpées en menus morceaux à l'aide de ciseaux. Ces morceaux ont été placés dans de l'eau stérilisée où ils ont macéré quelque temps. Enfin cette macération a été injectée le 27 octobre 1900 à deux cobayes qui ont été isolés dans une cage spéciale. Deux mois après, c'est-à-dire à la fin de décembre 1900, les cobayes ont été sacrifiés et reconnus tuberculeux <sup>1</sup>.

La simple exposition du livre au-dessus de la formaline ayant été reconnue insuffisante, j'ai modifié le mode d'emploi de l'aldéhyde formique. Au lieu de laisser la solution de formaline s'évaporer lentement, j'ai pulvérisé cet antiseptique à l'aide du simple pulvérisateur de Richardson, dont j'ai introduit le bec à travers un orifice pratiqué à la partie inférieure de la boîte ; j'ai pulvérisé la solution à la même dose que dans la première série d'expériences. Puis, après avoir bouché l'orifice, j'ai laissé le livre en contact avec les vapeurs d'aldéhyde formique pendant vingt-quatre heures. Le mode d'évaporation de l'antiseptique a été, dans ce dernier cas, brusque, instantané, bien différent de l'évaporation lente de l'expérience précédente.

Au bout de vingt-quatre heures, deux cobayes ont été injectés avec le produit de la macération de feuilles contaminées et notées avec soin. Ici l'utilité de la désinfection a été évidente, car les deux cobayes sacrifiés le 23 février 1901, plus de trois

<sup>1</sup> Granulations tuberculeuses des deux poumons et du foie qui est hypertrophié. Chancre tuberculeux. Rate infectieuse.

mois après leur inoculation qui eut lieu le 14 novembre 1900, furent reconnus tout à fait sains. Non contents de ces résultats, nous avons fait une troisième série d'expériences : deux autres cobayes, inoculés le 5 mars 1901 dans les mêmes conditions, furent sacrifiés le 27 juin et reconnus sains.

Cette désinfection des livres est facile. Si une boîte suffit pour quelques livres, une armoire devient nécessaire dans une bibliothèque où une centaine de livres rentre chaque jour ; mais là encore une armoire quelconque munie de tringles, auxquelles seraient suspendues des pinces, pourrait être employée. Pour cette armoire un pulvérisateur à main serait suffisant et devrait être remplacé par un autoclave formogène fonctionnant en dehors de l'armoire, autoclave dont le tube de dégagement des vapeurs serait introduit dans un ou plusieurs orifices pratiqués dans la paroi de cette armoire.

\* \* \*

Conclusions : 1<sup>o</sup> La tuberculose peut se transmettre par les livres ; à preuve la tuberculose expérimentale obtenue en inoculant à des cobayes la macération de pages de livres contaminés avec des crachats de phtisiques et insuffisamment désinfectés, comme dans la première série d'expériences ; 2<sup>o</sup> la désinfection des livres contaminés peut être facilement réalisée à l'aide de pulvérisations de formol du commerce pratiquées avec un appareil tel que celui de Richardson, ou à l'aide de l'autoclave formogène dont le tube serait introduit dans un orifice pratiqué sur l'une des parois de la boîte ou de l'armoire où seraient suspendus les livres. Les animaux inoculés avec le produit de la macération des pages contaminées, puis désinfectés, ont été sacrifiés au bout de trois mois et ont été reconnus sains.

Docteur BARBE.

---

### VIENT DE PARAÎTRE

*Aide-mémoire des maladies des poumons*, par le professeur Paul Lefert, 1 vol. in-18 de 273 pages, cart. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.) 3 fr.

L'« Aide-mémoire des maladies des poumons » du Prof. P. Lefert, destiné aux étudiants et aux praticiens, a été écrit dans un but essentiellement pratique.

L'auteur développe l'étude clinique des maladies que le mé-

decin rencontre journellement : broncho-pneumonie, pneumonie, tuberculose.

L'auteur résume la séméiologie de l'appareil respiratoire (symptômes fonctionnels et signes physiques), et décrit des maladies des bronches et du poumon.

M. Lefert s'est efforcé de mettre en relief les signes qui permettent de porter le diagnostic et le pronostic de chaque maladie, en particulier, et de résumer, aussi complètement que possible, les principaux modes de traitements dont l'emploi est réellement pratique et efficace.

*La logique morbide* à la "Société d'Éditions scientifiques et littéraires", T. R. de Rudeval et Cie, 4, rue Antoine-Dubois, Paris. Un volume broché in-8, 268 pages, prix 4 francs.

Dans leur ouvrage, MM. Vaschide et Vurpas esquissent toute une psychologie, embrassant à la fois le mécanisme normal et pathologique de l'activité mentale.

L'analyse mentale fait l'objet du premier volume qui se divise en six chapitres.

Dans ce volume toute une psychologie et même une philosophie nouvelles sont esquissées. Ce mode fondamental de l'activité psychique par lequel le sujet pensant arrive à comprendre les phénomènes extérieurs ou internes, objectifs ou subjectifs est l'Analyse mentale, la base et le support profond pourrait-on dire de toute connaissance et de tout raisonnement.

Cette étude est abordée pour la première fois et poursuivie soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, dans toutes les manifestations morbides avec l'allure et la couleur que cette direction de l'activité mentale imprime au délire. Ce travail est donc une œuvre bien personnelle et originale, qui présente un réel intérêt.

Les considérations et les conclusions, auxquelles aboutissent MM. Vaschide et Vurpas auront un écho et exerceront leur influence aussi bien en psychiatrie qu'en psychologie.

Dans cette tentative de psychologie générale se trouve ébauchée la pathogénie et le mécanisme de production de nombreux délires systématisés.

---

Si la mort n'était pas là pour faire des générations nouvelles, les idées n'avanceraient pas, et nous bâtirions encore des pyramides, comme les Égyptiens.

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

PRÉSIDENTE DE M. LE DOCTEUR VALIN

*Séance du 16 décembre 1902*

M. BOUTER attire l'attention des membres de la Société sur l'augmentation de l'immigration des Syriens malades qui viennent dans notre pays et y demeurent au détriment de nos compatriotes; la majorité d'entre eux souffre de conjonctivite granuleuse qui est assez facilement contagieuse; les portes des États-Unis étant fermées à ces malades ils séjournent ici en plus grand nombre, il propose que M. le secrétaire de la Société signale le danger de cette affection aux autorités sanitaires fédérales et provinciales afin que des mesures soient prises en conséquence.

M. ALP. MERCIER présente une vessie rupturée, trouvée à l'autopsie d'un homme de 33 ans, qui succomba intoxiqué dix jours après l'accident sans avoir présenté aucun symptôme d'infection. Ce malade, grand fumeur de cigarettes et grand buveur d'alcool, à dose continuelle, tous les jours de la semaine, et par *torrent* le samedi, se présenta un lundi, à l'hôpital Notre-Dame, parfaitement *dégrisé*, se plaignant de ne pouvoir uriner et d'une augmentation du volume du ventre, *rien* autre chose. Pas de rétrécissement de l'urètre, pas de fièvre ni frisson, cœur normal; le diagnostic d'ascite de nature hépatique fut fait. Après avoir exposé la pathogénie des cirrhoses et de l'obstruction à la circulation portale, M. Mercier demande quel fut l'obstacle empêchant la sortie de l'urine et la cause de la rupture spontanée de la vessie. Les reins, le foie et le péritoine ne présentaient aucune lésion anatomique pathologique, la vessie était hypertrophiée.

M. MARIEN désire que le rapport de cette observation soit encore mis à l'ordre du jour à une prochaine séance, car les cas de rupture spontanée de la vessie étant rares ils méritent d'être bien étudiés. La rupture est généralement le résultat non d'une sur-distention vésicale mais d'une contraction sur un trop fort volume d'urine, la sur-distention de la vessie cause une douleur tellement vive que ni la morphine ou le chloroforme ne pourrait empêcher d'être ressentie. Il cite les deux cas rapportés par MM. les professeurs Guyon et Monod et croit que le plus souvent le muscle vésical est malade.

M. ETHIER a reçu au dispensaire ce malade qui se plaignait

d'aucune douleur, après avoir passé un cathéter et retiré deux onces d'urine, il renvoya le patient au service médical.

M. F. DE MARTIGNY est d'opinion que la sur-distention de la vessie a été la cause de la rupture et que les expériences qu'il a faites sur les chiens lui ont démontré que la rupture vésicale était produite non par contraction de l'organe mais bien par sur-distention.

M. MONOD dit que la cause de la rétention d'urine chez les alcooliques est due à la grande quantité de liqueur ingurgitée en peu de temps et à la perte de sensibilité de la vessie; la rupture spontanée de l'organe ne doit pas généralement être attribuée à la sur-distention ou à l'état de dégénérescence du muscle et dans les deux cas de rupture spontanée rapportés par MM. Guyon et Monod, la vessie n'était pas malade. Il croit que dans le cas présent le diagnostic aurait pu être facilité par l'introduction d'une sonde dans la vessie et le toucher rectal, il conclue que le séjour de l'urine durant 10 jours dans la cavité abdominale prouve encore que l'urine n'est pas septique, puisque le malade est mort d'intoxication et non d'infection, le péritoine ne présentant aucune lésion.

M. DUBÉ parle de la difficulté du diagnostic dans ce cas et de l'avantage d'une ponction exploratrice, pour nous renseigner sur la nature du liquide épanché.

M. CORMIER présente un mémoire très élaboré sur les causes de la mortalité infantile à Montréal, et les moyens d'y remédier. Dans notre ville la mortalité des enfants de 0 à 1 an, est de 49.4 p. 100, chiffre plus élevé que dans toutes autres villes du monde civilisé la principale cause, dit-il, est l'allaitement artificiel, mal appliqué, le meilleur lait est le lait de la mère, l'arme la plus meurtrière des enfants est le biberon à long tube qui, d'après un grand clinicien, a tué plus d'enfants que le canon, d'ennemis. La régularité des repas est le secret d'une digestion parfaite et d'un développement graduel. Si la mère ne peut nourrir son enfant elle devrait pouvoir trouver une nourrice; sinon il faut avoir recours au lait de vache maternisé. L'alimentation artificielle doit être rejetée et la vente du lait pur réglementée. L'œuvre des gouttes de lait pour distribution gratuite aux pauvres, rendrait de grands services, le lait trop vieux ne doit pas être stérilisé car la stérilisation ne détruit pas les toxines d'un lait qui a fermenté. Non seulement l'enseignement mais la pratique de l'hygiène dans les

collèges, couvents et les écoles préviendraient bien des maux. L'auteur termine en demandant des cours d'hygiène publique pour le peuple et des cours d'instruction clinique pour les étudiants en médecine.

M. ASSELIN fait remarquer que tous les moyens recommandés par les hygiénistes, pour diminuer la mortalité infantile ont été mis en pratique à Montréal, mais notre défaut, dit-il, c'est le manque de persévérance dans le travail à accomplir. Ayant eu l'occasion de faire des conférences publiques touchant les soins à donner aux enfants, il rencontre souvent des mères de famille qui ont profité des leçons reçues et elles regrettent que ces cours n'existent plus. Il croit que l'abus du thé est une des causes de la diminution de la sécrétion lactée et suggère la distribution aux familles de petits livres d'hygiène de *luxe* afin qu'ils soient bien conservés.

M. DUBÉ parle du rôle du médecin à l'école et des conférences qu'il pourrait donner. Les sirops calmants sont trop souvent le début de troubles gastriques graves et le gouvernement devrait exiger que la formule soit inscrite sur chaque bouteille. Les parents, ajoute-t-il, laissent quelquefois mourir un enfant sans lui donner tous les soins requis parce qu'ils toucheront une police d'assurance.

M. LECAVELIER attire l'attention des membres de la Société sur le fait que M. le rapporteur a signalé qu'à Chicago, le lait cru servi aux enfants donnait de meilleurs résultats que l'alimentation au lait stérilisé, et cite l'opinion d'autorités compétentes affirmant que le lait stérilisé employé exclusivement chez les jeunes enfants, les expose à des plus grands dangers que la gastro-entérite microbienne. Comme les nourrissons ne peuvent s'allaiter à d'autres mamelles qu'à celles de leurs mères, car les nourrices de profession sont rares en notre pays, il ne serait pas sans intérêt de mettre à l'étude et d'expérimenter les différentes nourritures données aux vaches et leurs effets sur la sécrétion lactée.

Les travaux de Concetti et de Spolverini ont fait mieux connaître les ferments digestifs du lait de la mère et l'action spéciale des tropho-gymnases sur la digestion et l'assimilation de l'enfant, ils ont aussi démontré que les ferments que renferme le lait de femme peuvent être contenus dans le lait de vache, si l'on change la nourriture de l'animal et si on lui donne les ferments qu'on désire avoir dans le lait.

Ces ferments sont facilement absorbés et se retrouvent actifs dans le lait.

M. GERMAIN félicite le rapporteur de la manière pratique dont il a traité la question, les conférences publiques, l'instruction à l'école, la distribution de livres d'hygiène dans les familles sont des plus utiles, mais il insiste, tout particulièrement, sur l'importance d'une clinique de pédiatrie, la majorité des médecins, dit-il, ne savent pas ou savent mal traiter les enfants.

M. RICARD proteste contre l'accusation portée contre les parents qui négligeraient de faire soigner leurs enfants dans l'espoir de toucher une prime d'assurance, il profite de l'occasion pour s'inscrire en faux contre une affirmation aussi gratuite, car les enfants assurés reçoivent autant de soins professionnels que ceux qui ne le sont pas.

---

#### COMMENT FAUT-IL EMPLOYER UNE CINQUIÈME ANNÉE D'ÉTUDES MÉDICALES

Les meilleures méthodes à adopter pour enseigner la science médicale est un important sujet qui préoccupe toujours les savants professeurs de toutes les facultés de médecine, qui ont à cœur de former des médecins instruits capables de donner à leurs malades tous les soins éclairés que requiert leur état. Dans notre province de Québec, nos différentes facultés de médecine sont arrivées à un tournant de leur histoire où de nombreuses modifications doivent être faites, dans l'intérêt commun des étudiants et des patients. Elles recevront bientôt de notre gouvernement le cadeau d'une nouvelle année; or la question se pose et s'impose: quel serait le meilleur mode d'emploi d'une cinquième année d'études médicales?

La réponse n'est pas aussi facile qu'on semble le croire et ce problème ne peut se résoudre aussi rapidement qu'une équation, et il n'est pas juste de dire: "Étant donné que tel système d'instruction est en usage dans tel pays, il faut agir de la même manière dans le nôtre".

La solution d'une difficulté serait par trop simple si, évitant tout travail, il suffisait de plagier ce qui est fait ailleurs.

Avant de proposer une thérapeutique quelconque il importe de bien connaître son *malade*.

Voyons quelles sont nos forces et nos faiblesses, et à l'étude de nos besoins l'on reconnaîtra mieux nos devoirs.

Nos facultés de médecine sont tenues par toutes les lois de l'honneur national d'accomplir tous leurs *devoirs* pour former des hommes dignes d'un titre de *Doctorem in medicina* et des hautes considérations sociales que mérite un médecin instruit. Ce qui constitue la véritable incarnation de la puissance d'une race, c'est la petite phalange d'hommes éminents qui orientent la marche d'un peuple dans la voie des progrès à réaliser, et l'on sait combien les médecins dispersés au milieu de tous les groupes de différentes nationalités, peuvent faire de bien s'ils possèdent de hautes connaissances professionnelles qui leur attirent irrésistiblement la confiance populaire.

Eh bien, nos jeunes médecins conservent-ils longtemps les faveurs reçues au début de l'exercice de leur profession ?

Nos universités forment-elles, autant qu'il est possible de le faire, des docteurs parfaitement bien renseignés touchant la pratique générale de la médecine ? Nos facultés donnent-elles une instruction complète propre à former des esprits ouverts à tous les progrès de la science médicale moderne ? Pourquoi les maladies infectieuses sont-elles si souvent méconnues ? Pourquoi les parents ont-ils peu de confiance aux médecins pour le traitement de leurs enfants malades ? Pourquoi les maladies nerveuses, les affections cutanées et les maladies vénériennes ne sont-elles pas spécialement étudiées dans nos hôpitaux ? Les réponses à ces différentes questions paraissent devoir nous indiquer la voie dans laquelle il faudra marcher pour opérer les réformes les plus urgentes. Faut-il créer une faculté des sciences où l'élève passera une année à étudier la physique, la chimie et les sciences naturelles dans leurs rapports avec la médecine, ou bien est-il préférable de demander que le nombre de leçons cliniques (de 12 heures par mois, suivies assidûment que par les élèves de quatrième année) soit doublé et de suggérer la création d'une chaire de clinique thérapeutique et de pathologie expérimentale, de clinique des maladies infectieuses et de l'enfance, de clinique des maladies nerveuses, de clinique des maladies vénériennes et de la peau, enfin l'organisation d'un cours de physiologie expérimentale, toutes autant de chaires dont notre faculté de médecine est encore vierge ?

Dr PRATIQUE.

(à suivre)

## NOUVELLES

A la première réunion annuelle des membres de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, à Montréal, tous les officiers furent réélus par acclamation: M. le docteur Rottot, doyen; M. le docteur Mignault, secrétaire; M. le docteur Foucher, trésorier, et M. le docteur Demers, bibliothécaire.

*Un hôpital pour millionnaires.*—Il n'est pas de jours où l'on n'ait à signaler quelques manifestations de l'esprit curieusement inventif des Américains. C'est aujourd'hui la création d'un hospice d'ex-millionnaires.

Un certain Richard Ferris, qui fut pendant cinquante ans président de la Banque de New-York, vient d'acheter le château historique de Poughkeepsie avec des fonds laissés à cet effet par un de ses amis, M. Samuel Pingle. L'hospice ne recevra que des millionnaires qui ont fait et perdu leur fortune.

Il est à craindre que le dit hospice ne soit bientôt encombré, car il y a encore plus de gens ruinés que de millionnaires.

M. le docteur Donald Hingston, suivant à Londres les cours au Collège Royal des Chirurgiens d'Angleterre, vient de subir de brillants examens et reviendra bientôt à Montréal, lauréat de cette institution.

M. le docteur Arthur Lathane, vient de recevoir du roi d'Angleterre, la somme de \$2,500, prix d'un concours sur le meilleur traitement à opposer à la tuberculose.

A Londres, la crémation ne coûte que la modique somme de \$1.25 par tête.

M. le docteur Herter, de New-York, a fait don à l'université John Hopkins, d'une somme de \$25,000 pour la création d'une chaire de pathologie expérimentale.

On rapporte trois cas d'ablation de l'ovaire chez des personnes souffrant de cancer du sein inopérable; l'opération eut un résultat très favorable, chez une femme âgée de 42 ans.

Nombre de suicides par 100,000 habitants: San Francisco, 30; Chicago, 24; Nouvelle-Orléans, 21; New-York, 13.