

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

Vol. LVI

AOUT 1927

No 8

LES NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES DES TUBERCULEUX (1)

Par le Professeur EMILE SERGENT (de Paris)

et

*le Docteur ARMAND DEROME (de Montréal),
Assistant étranger.*

Il est fréquent de constater, chez des tuberculeux, des signes de névrites périphériques, de type variable et plus ou moins accentué, portant surtout sur les membres inférieurs.

Ces manifestations névritiques sont-elles dues à la toxi-infection tuberculeuse ou relèvent-elles d'une autre cause, et, particulièrement, de l'alcoolisme, si souvent associée à la tuberculose, voire même de la syphilis.

Nous croyons que la seconde éventualité est la plus fréquente. L'un de nous a même pensé, jusqu'à ces derniers temps, qu'elle existait seule; à la suite d'une communication faite le 17 décembre 1924, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, par MM. Lévy-Valensi, Philbert et Lechaux — communication sur laquelle nous reviendrons — il a même pris la parole pour déclarer qu'il n'avait jamais observé un cas de névrite chez un tuberculeux, sans constater en même temps l'existence incontestable de l'alcoolisme; et Rist fit la même remarque.

Cependant, nous avons eu l'occasion d'observer récemment deux cas dans lesquels aucune autre étiologie que la tuberculose ne pourrait être invoquée, constatation qui n'exclut pas d'ailleurs une discussion sur la complexité du mécanisme pathogénique qui règle le déterminisme de ces névrites périphériques des tuberculeux.

Ces deux observations nous ont incités à modifier l'opinion exclusive que l'un de nous avait exprimée et que nous venons de rappeler.

(1) Travail de la Clinique Médicale de la Charité (Faculté de Médecine de Paris), d'après une conférence faite par le Prof. Sergent le 27 av. 1927.

La première observation est celle d'un jeune homme de 17 ans, lycéen, que l'un de nous fut appelé à voir en consultation en ville le 22 décembre 1926. Ses parents sont très bien portants. Un frère aîné est mort de tuberculose pulmonaire, il y a un an; notez que ces deux frères partageaient la même chambre. Ce jeune homme n'a jamais eu aucune maladie sérieuse. Il y a trois mois, brusquement, il fit une grosse hémoptysie; la fièvre s'alluma le même jour, pour ne plus cesser; la courbe thermique dessine de grandes oscillations quotidiennes; l'amaigrissement est considérable et progressif; la toux est incessante; l'expectoration est abondante et contient de nombreux bacilles de Koch; de temps en temps, il y a de petites hémoptysies. Depuis trois semaines ont apparu des douleurs vives dans les deux jambes, bientôt accompagnées d'impotence fonctionnelle progressive; notez que ce jeune homme a reçu, depuis le début de sa maladie, un nombre considérable d'injections de cacodylate de soude, faites sous la peau des aisselles. Le jour de la consultation, il est dans un état cachectique, très maigre, émacié, très anémié et on peut constater les signes d'une tuberculose pulmonaire bilatérale avec grosses cavernes. L'examen des membres inférieurs permet de relever tous les signes de la polynévrite des quatre membres, avec atrophie musculaire, œdème tropho-neurotique, douleurs vives, impotence fonctionnelle, sans aucune trouble sphinctérien, sans aucun signe pyramidal.

Dans cette observation, la tuberculose, avec sa forme galopante, est seule en jeu. Ce jeune homme a toujours eu une vie bien disciplinée; grand travailleur, vivant dans sa famille, ne sortant jamais seul; bien plus, ne buvant jamais de vin, dont il avait même horreur... quoique Français. Mais, je le répète, il y avait eu abus des injections de cacodylate de soude et on peut se demander si une intoxication arsénicale n'a pas déclenché la polynévrite.

La deuxième observation est celle d'une jeune fille de 20 ans, soignée dans notre service il y a quelques mois. C'était une enfant très pure, jeune fille dans toute l'acception du mot. Elle portait tous les signes d'une phtisie caséo-ulcéreuse à marche rapide; trois semaines avant sa mort, apparurent les premières manifestations de la polynévrite périphérique, qui réalisa peu à peu le tableau complet, identique à celui de l'observation précédente. Chez elle aussi de nombreuses injections de cacodylate de soude avaient été faites en ville, avant son entrée à l'hôpital. Il y eut opposition à l'autopsie.

Voici donc deux observations dans lesquelles il est impossible de relever aucun signe d'alcoolisme, aucun stigmatte de syphilis, même

héréditaire; la tuberculose, à marche subaiguë, a été la seule cause déclarante de la polynévrite.

Ces observations s'ajoutent à celles que d'autres auteurs ont publiées; elles nous ont inspiré l'idée de consacrer une étude à la polynévrite tuberculeuse; notre tâche sera singulièrement simplifiée; car cette étude a été fort bien présentée dans la thèse récente et très documentée de M. Froument, faites sous l'inspiration du Dr Crouzon.

*
* *

La polynévrite des tuberculeux a été assez longuement étudiée depuis un bon nombre d'années. C'est en 1864 que Leudet, le premier, en décrivit les symptômes. Quant à leur cause, il la rattache, suivant les idées de Claude Bernard, "à un trouble circulatoire local dépendant d'une perversion des nerfs vaso-moteurs".

Peu après, Fraenkel (en Allemagne) rapportait ces troubles à une altération de la partie contractile du muscle. Joffroy, en 1879, et Girenhor, la même année, apportèrent des constatations histologiques établissant l'existence de polynévrites chez les tuberculeux.

Mais la polynévrite ne trouva place dans le cadre de la clinique neurologique qu'en 1886, avec l'important mémoire de Pitres et Villard, publié dans la *Revue de Médecine*. En 1894, la thèse de Carrière (de Bordeaux) vint compléter ce mémoire, auquel les recherches simultanées de Pal (en Autriche) et de Jappa (en Russie) apportèrent une nouvelle confirmation.

Puis Klippel dans sa thèse (1889) introduit des notions nouvelles sur l'étude des polynévrites en reprenant l'idée Fraenkel, et le prof. Raymond, dans ses cliniques, différencie les leptomyélites tuberculeuses des polynévrites.

Toutes ces recherches se continuèrent tant en France qu'à l'étranger sur le terrain anatomo-clinique. Au début du XXe siècle, en 1903, un Belge, de Buck, par une injection de cultures de bacilles tuberculeux, déclancha des polynévrites chez des lapins et inaugura ainsi l'étude expérimentale des névrites périphériques des tuberculeux.

Malgré ces diverses constatations, l'étiologie tuberculeuse a toujours été et reste encore l'objet de bien des controverses et de nombreuses discussions parmi les cliniciens. Et pourtant, elle seule semble pouvoir être incriminée dans quelques observations récentes, qui s'ajoutent aux nôtres.

En effet, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le 23 mars

1924, MM. Crouzon, Chavaux, Ivan Bertrand et Froument présentent un cas aussi démonstratif, encore plus démonstratif, puisqu'il comportait un examen histologique.

Puis Lévy-Valensi, Philbert et Lechaux, à leur tour, le 19 décembre 1924, rapportèrent à la même Société une observation de polynévrite tuberculeuse pure, à prédominance motrice, survenue à la suite d'un pneumothorax thérapeutique, et ils se demandèrent si le pneumothorax, en comprimant le poumon, n'avait pas mobilisé les bacilles ou les toxines.

Trois autres cas de formes variées sont cités dans la thèse fort documentée de M. Froument (contribution à l'étude de la polynévrite tuberculeuses, th. Paris, 1924).

En 1925, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, M. Lévy-Valensi, Feil et Minot, relatent deux observations de névrite tuberculeuse du musculo-cutané chez des malades atteints de lésions pulmonaires bilatérales ulcéreuses (20 mars et 24 avril 1925).

Enfin, MM. Lereboullet, Heuyer et Gournay, à la Société de Neurologie le 2 juillet 1925, signalent, chez une enfant tuberculeuse de 13 ans, une atrophie musculaire polynévritique.

Nous n'entrerons pas dans les détails de la discussion des formes cliniques de ces névrites. Nous nous bornerons à rappeler que le polymorphisme est leur caractère essentiel. On peut observer des formes motrices pures, des formes sensibles, des formes vasomotrices et, surtout, des formes amyotrophiques. Il convient de réserver une place aux formes latentes, qui ont été surtout étudiées du point de vue histologique par Pal et par Jappa et qui sont des trouvailles d'autopsie sans grand intérêt pratique pour le clinicien. Enfin, dans certains cas, ces polynévrites affectent, par la rapidité de leur évolution, une allure polimyélitique.

Quelle que soit leur forme, il ne paraît pas douteux que les polynévrites tuberculeuses sont très rares.

Crouzon admet cependant qu'elles sont plus fréquentes qu'on ne le croit. "Lorsqu'on examine, dit-il, tous les malades d'un service de tuberculeux, on est frappé par le nombre de manifestations, plus ou moins frustes, que l'on peut faire rentrer dans le cadre de la polynévrite."

Nous sommes d'accord avec lui sur l'exactitude de cette constatation; mais nous faisons une réserve sur la certitude de l'étiologie tuberculeuse de tous ces cas; en effet, surtout dans la clientèle

hospitalière, l'alcoolisme est très répandu, même chez les femmes, qui, d'après Froument, seraient atteintes plus souvent que les hommes. D'ailleurs, Crouzon, dans sa note du 26 décembre 1924 à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, reconnaît l'extrême rareté des polynévrites purement et sûrement tuberculeuses et dit qu'il croit en avoir observé *deux* cas dans sa carrière. Lévy-Valensi et ses collaborateurs disent, de leur côté, en rapportant leur première observation, que c'est le seul cas qu'ils ont observé, en un an, sur environ 2000 malades.

*

* *

De l'ensemble des considérations précédentes, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

La polynévrite n'est pas rare chez les tuberculeux. Mais l'étiologie purement et sûrement tuberculeuse est exceptionnelle.

Il convient de se souvenir que les toxines du bacille de Koch ne sont diffusibles à distance et qu'elles n'exercent leur action qu'au siège même et au voisinage immédiat des foyers bacillaires.

Si bien qu'il est nécessaire de faire intervenir des causes toxiques d'origine complexe, qui peuvent être représentées par des lésions hépatiques ou rénales surajoutées, voire même par des infections secondaires.

Ce n'est donc qu'indirectement que le tuberculeux peut être l'occasion de l'apparition d'une polynévrite périphérique.

Si l'éthylisme, si la syphilis associées ne peuvent être incriminées, il est une autre cause, plus fréquente peut-être qu'on ne le croit, dont l'intervention déclanchante ne peut être méconnue et sur laquelle nous voulons attirer l'attention: c'est l'action toxique de certaines médications.

Or, les tuberculeux sont presque toujours soumis à des médications surabondantes aussi bien que trop souvent inutiles. La sancrysine provoque fréquemment des névrites; il en est de même de la créosote et, surtout, de l'arsenic; les névrites arsénicales sont bien connues. Dans les deux observations personnelles que nous venons de rapporter, les malades avaient reçu de nombreuses injections de cacodylate de soude.

Les injections sous-cutanées et intra-musculaires sont fort en honneur aujourd'hui; comme tous les médecins nous avons vu des névrites succéder — en dehors de toute tuberculose — à des injections

médicamenteuses; il n'y a pas de raisons pour que les tuberculeux échappent aux effets de ces injections.

Ces névrites, dues à des injections sous-cutanées ou intramusculaires — voire même intra-veineuses — ne sont pas seulement les effets de l'intoxication médicamenteuse: elles peuvent résulter de la lésion traumatique d'un filet nerveux important; l'un de nous a vu des sujets conserver, pendant longtemps, des douleurs névritiques sur le trajet d'un filet nerveux blessé au cours d'une prise de sang.

Nous croyons que cette notion doit être mise en évidence et nous ne sommes pas éloignés de penser que certains cas de névrites périphériques, constatées chez des tuberculeux qui ne sont ni syphilitiques ni alcooliques, peuvent trouver leur origine dans cette étiologie, l'injection médicamenteuse agissant, soit à titre toxique, soit comme tramautisme direct d'un rameau nerveux. Ainsi se trouve singulièrement réduite l'étiologie vraiment tuberculeuse des névrites périphériques des tuberculeux.

C'est pourquoi nous pensons qu'il est préférable de décrire ces manifestations névritiques sous la dénomination de "Névrites périphériques du tuberculeux", qui ne préjuge pas de la nature exacte de la lésion, plutôt que sous la dénomination de "Polynévrites tuberculeuses" qui implique une étiologie trop étroite.

MALADIE DE BUERGER

APERÇUS GÉNÉRAUX ET OBSERVATION CLINIQUE (1)

*Par le Docteur ANTONIO BELLEROSE,
Moniteur de l'Hôpital Necker de Paris,
Assistant à l'Université de Montréal,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.*

Deux raisons m'ont déterminé à désigner par un nom propre la maladie que je dois étudier avec vous: d'abord, je désire attirer l'attention sur l'effort intellectuel qui se fait actuellement aux Etats-Unis dans le domaine médical, il s'y trouve des hommes dont les travaux scientifiques portent l'empreinte de la personnalité, puis, je le fais pour rendre un témoignage de reconnaissance à Léo Buerger de New-York, son livre, "Circulatory disturbances of the extremities", ajoute un chapitre à la pathologie des lésions vasculaires, il individualise une nouvelle maladie dont il faudra tenir compte dans nos études.

La maladie de Buerger, ou comme il l'appelle lui-même la "Thrombo-angiitis obliterans", semble avoir été confondue avec une infinité d'autres affections vasculaires des extrémités; ici on l'appelait "Endartérite ou Artérite oblitérante", "Gangrène présénile", "Gangrène juvénile", là, "Spontan gangran", "Endartéritis obliterans". C'est en 1924, alors que Leo Buerger publia son volume, qu'elle prit le nom de "Thrombo-angiitis obliterans", nom accepté dans tous les pays de langue anglaise qui est s'introduire dans les autres pays: en France, on l'appelle maladie de Buerger ou thrombo-angéite oblitérante.

Définition

C'est une affection caractérisée par l'inflammation de gros troncs vasculaires, veines et artères, suivie de thrombose oblitérante avec troubles trophiques aboutissant la plupart du temps à la gangrène.

Siège

Le plus souvent elle siège aux membres inférieurs, très rarement aux membres supérieurs. Buerger l'a trouvée dans les vaisseaux

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, février 1927.

spermatiques et Murphy dans ceux du rein. Dans ce travail, j'aurai en vue les membres inférieurs.

Etiologie

La cause n'est pas encore parfaitement établie, les observations cliniques et les recherches anatomo-pathologiques de Buerger et de Parks Weber indiquent qu'il s'agit, selon toute probabilité, d'un agent infectieux. Ce germe n'a pas encore été isolé.

Si l'on en juge par la littérature médicale, cette maladie, jusqu'à ces dernières années, semblait limiter son champ d'action à la race juive et à la race japonaise; des 500 cas observés par Buerger, 490 appartiennent à ces nationalités. Depuis un an ou deux, on s'est aperçu qu'elle se rencontre assez souvent en dehors des deux races précitées, si bien que le prof. P. Delbet pouvait dire, il y a quelques mois, que la maladie de Buerger s'étend rapidement et progressivement sur le monde entier.

Le sexe féminin semble en être indemne ou à peu près indemne; il n'est atteint que dans la proportion de 1%.

Les individus atteints sont ordinairement jeunes, de 20 à 35 ans.

On a invoqué comme causes: le tabac (Erb), les traumatismes répétés, l'exposition répétée des membres inférieurs au froid ou à la chaleur, les aliments malsains (Delbet), l'hyperadrénalinémie (Leriche), l'hyperviscosité sanguine (Méyer), l'hyperglycosurie, l'hypercholestérolinémie, etc. Il ressort des études de Buerger lui-même que ces causes n'existent pas dans la plupart des cas, excepté le tabac auquel il semble accorder une certaine importance.

Anatomie pathologique

L'anatomie pathologique fournit des renseignements intéressants. Les recherches de Buerger portent sur quarante-six membres amputés et vingt-cinq biopsies prises dans les cas de thrombo-phlébite superficielle. Elles établissent que les lésions existent aussi bien dans les veines que dans les artères, et que l'oblitération primitive est due à un caillot.

1° *Lésions macroscopiques.* Elles siègent ordinairement dans les vaisseaux de la jambe: tronc tibio-péronier, etc., elles se voient beaucoup plus rarement dans ceux de la cuisse.

Les vaisseaux sont oblitérés sur une plus ou moins grande étendue. La section d'une portion thrombosée permet de distinguer

la paroi du vaisseau de la masse solide qui le remplit; cette dernière est jaunâtre et percée de fine ouvertures d'où la pression fait sourdre des gouttelettes de sang rouge. En dehors de ces régions, la lumière des vaisseaux est diminuée et leur paroi épaissie; naturellement il s'agit ici de lésions anciennes.

2° *Lésions histologiques.* Elles diffèrent selon que l'on a affaire à la période initiale, ou à la période de cicatrisation.

Période initiale. A cette période, l'étude histologique, pour cause, porte surtout sur les lésions des veines superficielles. La paroi de la veine présente dans sa totalité les caractères de l'inflammation aiguë. La média, l'adventice et même les tissus péri-vasculaires sont infiltrés de leucocytes polynucléaires, la lumière du vaisseau est remplie par un caillot rouge.

Période de cicatrisation. La lésion la plus apparente est l'obstruction des vaisseaux, veines et artères, par du tissu conjonctif nettement différencié de celui des parois vasculaires (absence de fibres élastiques).

Même à cette période, Buerger a constaté des lésions aiguës: en certains points des vaisseaux profonds, il a trouvé des caillots contenant des foyers purulents à polynucléaires et des abcès miliaires. En somme, comme il le dit, les lésions histologiques de la thrombo-angéite oblitérante sont par ordre chronologique: 1° Une lésion inflammatoire aiguë avec thrombose. 2° La formation de foyers de cellules embryonnaires. 3° La canalisation du caillot. 4° La transformation des cellules embryonnaires en tissu cicatriciel avec disparition des éléments de l'inflammation aiguë. 5° La formation d'un manchon fibreux qui engaine l'artère, les veines satellites et souvent le nerf.

Symptomatologie

La symptomatologie de la thrombo-angéite est assez complexe, elle varie suivant l'âge et l'étendue des lésions. Pour la commodité de la description nous la diviserons en deux périodes: 1° La période aiguë ou prodromique. 2° La période chronique ou de cicatrisation.

En réalité, les choses ne se passent pas toujours aussi simplement chez le malade, les périodes, au lieu d'être nettement tranchées, se superposent.

La période prodromique comprend les symptômes de la maladie *per se*, elle passe souvent inaperçue, ou parce que le malade ne juge pas à propos de consulter un médecin, ou parce que ce dernier attribue

à d'autres causes les troubles légers pour lesquels on vient le consulter.

Au début, les symptômes subjectifs se résument à un simple malaise, parfois à des douleurs vagues dans la plante des pieds et dans le mollet. Ces douleurs sont calmées par le repos. (Claudication intermittente.) Un examen attentif, assez souvent, révèle déjà la disparition des pulsations de la tibiale postérieure et de la dorsale du pied, et toujours, l'examen du sang montre une augmentation dans le nombre des leucocytes polynucléaires.

L'affection peut débiter simultanément dans les deux membres, le plus souvent elle débute dans un seul, le gauche habituellement.

Le diagnostic de thrombo-angéite oblitérante à la période initiale est difficile, elle se présente sous un aspect clinique qui ressemble à celui de beaucoup d'autres affections vasculaires. Il est des cas où, même tout à fait au début, on peut faire un diagnostic à peu près certain, ce sont ceux qui présentent de la thrombo-phlébite migratrice de la saphène interne ou externe. Celle-ci se rencontre dans 20% des cas, et permet d'étudier histologiquement les lésions anatomiques de la période aiguë.

La maladie de Buerger est une affection du jeune âge, elle s'attaque à des individus ayant un cœur sain, une vis à tergo puissante et un pouvoir de compensation considérable, c'est pourquoi il se passe des mois, parfois mêmes des années, avant qu'apparaissent les troubles caractéristiques de la seconde période.

La période chronique, en plus des symptômes du début, comprend ceux de la maladie *in se*, c'est-à-dire les troubles trophiques.

1.—Apparence des membres. Même dans les formes atténuées, on note des altérations trophiques des ongles, ceux-ci ne poussent pas ou poussent déformés. L'extrémité distale de l'orteil est bouffie, la peau, d'épaisseur normale, a perdu son élasticité, elle ressemble au cuir. La jambe, souvent même la cuisse sont atrophiées.

2.—Ischémie. Abstraction faite des régions gangrenées ou en éminence de gangrène, le pied et plus particulièrement les orteils présentent une coloration rosée ou rouge lorsque le membre lésé est en position déclive.

Angle de compensation circulatoire. Le malade étant en décubitus dorsal, si on élève le membre au-dessus de la ligne horizontale pour le placer dans un plan vertical, une pâleur livide remplace la coloration rouge des orteils. Dans les mauvais cas, l'ischémie apparaît à 45% au-dessus du plan horizontal et persiste même lorsqu'on

ramène le membre dans le plan horizontal, dans les cas extrêmes, elle persiste à 20% en-dessous du plan horizontal. Plus vite elle apparaît, plus considérable est l'obstruction vasculaire.

3.—Erythromélie. On l'observe chez certains individus atteints de thrombo-angéite oblitérante, elle disparaît si on élève le membre dans le plan vertical, le malade étant couché. Elle est due à ce que la circulation se fait surtout par la périphérie au moyen des capillaires qui sont dans un état de vaso-dilatation chronique.

4.—Cyanose. Si l'obstruction veineuse est considérable, le pied en position déclive est cyanosé, à l'élévation du membre l'ischémie remplace cette cyanose.

5.—(Edème. Lors des poussées de phlébites migratrices, on note un œdème superficiel dans le territoire de la veine thrombosée.

6.—Modification osseuse. Contrairement à ce qui se produit dans la maladie de Raynaud, les phalanges ne subissent aucune modification osseuse en dehors de la période gangreneuse, comme le démontre la radiographie.

7.—Pulsations. L'absence de pulsations au niveau des membres est considérée comme un élément essentiel au diagnostic de la maladie de Buerger, surtout lorsque cette absence persiste après l'épreuve du bain chaud préconisée par Babinsky.

On note l'abolition des pulsations dans la dorsale du pied et la tibiale postérieure, plus rarement dans la fémorale. Lorsque les vaisseaux atteints sont imperceptibles au toucher, l'oscillométrie peut nous renseigner sur leur plus ou moins grande perméabilité. (J. Heitz.)

8.—Douleur. La douleur, qui est légère au début de la maladie, devient insupportable chez certains individus à la période des troubles trophiques, souvent même la morphine est sans action. Les douleurs causées par la marche se localisent dans le mollet, celles du décubitus se manifestent au talon et dans les orteils, elles apparaissent après deux ou trois heures de sommeil; pour les calmer, le malade laisse pendre ses membres en dehors du lit.

9.—Gangrène. La gangrène peut frapper d'emblée tout un segment de membre, ou bien se cantonner à un ou plusieurs orteils. Dans la gangrène diffuse les douleurs sont modérées, dans les gangrènes partielles et localisées elles sont atroces: de longs jours, de longues nuits s'écoulent avant qu'apparaisse le sillon d'élimination et que l'escharre se détache. On peut considérer comme menacée de

gangrène toute région présentant une pâleur ischémique, qui ne disparaît ni dans la position déclive, ni à l'épreuve du bain chaud.

Formes cliniques

La thrombo-angéite est une maladie lente et progressive dont la symptomatologie diffère légèrement selon les individus atteints et l'étendue des lésions.

La période prodromique peut passer complètement inaperçue, souvent on ne reconnaît l'affection que lorsque le deuxième membre est pris, ou bien lorsqu'apparaissent les troubles trophiques.

A la période chronique, on peut diviser les malades en différentes classes selon l'ensemble des symptômes qu'ils présentent.

1° Ceux qui ne souffrent que de claudication.

2° Ceux qui souffrent de claudication intermittente et présentent de l'ischémie à l'élévation du membre, avec rougeur en déclivité et asphygmie de la tibiale postérieure et de la dorsale du pied.

3° Ceux présentant les symptômes typiques: claudication intermittente, rougeur ou érythromélie en déclivité, ischémie en élévation, troubles trophiques avec gangrène localisée.

4° Ceux chez qui sont disparus les troubles subjectifs et objectifs moins l'asphygmie de la tibiale postérieure et de la dorsale du pied.

5° Ceux chez qui les membres supérieurs sont atteints après les membres inférieurs.

6° Les cas foudroyants où la gangrène se déclare un ou deux mois après le début de la maladie.

Pronostic

Dans 78% des cas l'amputation devient nécessaire, soit à cause des douleurs, soit à cause de la gangrène; celle-ci d'une façon générale apparaît de deux à quinze ans après le début de l'affection. Si l'on sait intervenir à temps, il est très rare que la thrombo-angéite oblitérante cause la mort, cependant il faut toujours craindre l'embolie.

Diagnostic

Certaines données cliniques nous permettent de faire le diagnostic de la maladie de Buerger. Ce sont :

1. La race, les Juifs surtout en sont affectés.
2. Le sexe, 99% des sujets atteints sont des hommes.

3. Son début aux membres inférieurs.
4. La claudication intermittente précoce.
5. La thrombo-phlébite superficielle migratrice.
6. L'absence de pulsations dans les vaisseaux après l'épreuve du bain.
7. La pâleur des extrémités dans la position élevée et leur rougeur dans la position déclive.
8. L'âge, 20 à 35 ans.
9. L'évolution lente, progressive, conduisant à la gangrène d'un membre, très souvent des deux.

Diagnostic différentiel

- | | |
|--|--|
| a) Maladie de Raynaud. | Maladie de Buerger. |
| 1. Lésions vasculaires insuffisantes pour expliquer symptômes. (Cassirer.) | Lésions vasculaires considérables. |
| 2. Raréfaction osseuse des phalangettes. | Absence de raréfaction osseuse des phalangettes. |
| 3. Pulsations présentes après épreuve au bain chaud. | Pulsations absentes après épreuve du bain chaud. |
| 4. Rougeur ou ischémie non influencée par la position. | Ischémie en position élevée, rougeur en position déclive. |
| 5. Siège: membres supérieurs et face. | Siège: membres inférieurs. |
| 6. Pas de thrombo-phlébite superficielle. | Thrombo-phlébite superficielle. |
| 7. Cyanose non influencée par position. | Cyanose remplacée par de l'ischémie si on élève le membre. |
| b) Artério-sclérose. | |
| Age: 50 ans. | |
| Artère calcifiée (rayons X). | |
| c) Artérite aiguë. | |
| Evolution rapide. | |
| Foyer d'infection. | |
| d) Mal perforant. | |
| Non douloureux. | |
| Syphilis ou diabète. | |
| e) Erythromélie. | Maladie de Buerger. |
| Rougeur par paroxysme non influencée par position. | Rougeur disparaît à l'élévation du membre. |
| Pas de claudication. | Claudication. |

Traitement

A. *Période aiguë.* Jusqu'à présent il n'existe aucun traitement spécifique reconnu. Peut-être les injections intra-veineuses d'un bactéricide, comme le novo-arsénobenzol, sont-elles efficaces? Les observations de Buerger ne lui permettent pas encore de se prononcer d'une façon définitive.

B. *Période chronique.* D'une façon générale, il faut éviter tout ce qui peut détruire l'équilibre nutritif qui s'est établi par la compensation circulatoire. Il faut éviter :

1. La station debout prolongée.
2. Les longues marches.
3. Les compressions par les chaussures ou les jarretelles.
4. L'exposition au froid.
5. Les blessures.

a) *Traitement conservateur*

Contre la douleur. La diathermie est ce qui m'a donné le plus de succès contre la douleur.

Contre la déficience circulatoire. Pour améliorer la circulation on emploie :

1. Les mouvements actifs. Le malade, étant dans le décubitus dorsal, élève pendant deux ou trois minutes, le membre lésé en position verticale, puis il la ramène en position déclive pendant trois ou cinq minutes et le laisse reposer pendant cinq minutes dans le plan horizontal. Ces mouvements sont répétés six ou sept fois à chaque séance, si les douleurs ne sont pas trop grandes, on fait cinq séances par jour.

2. La chaleur produite par l'air chaud, par l'eau chaude, par des lumières électriques, ou l'électric pad.

3. La diathermie. C'est un excellent traitement pour ceux qui sont dans l'obligation de travailler.

4. Le sérum de Ringer en injections hypodermiques (500 c.c. tous les deux jours).

N.B.—La mastication interne n'est pas efficace.

b) *Traitement chirurgical*

1. L'anastomose artério-veineuse ne donne rien et pour cause.
2. Il en est de même de la sympathectomie périartérielle.

3. L'amputation. Deux raisons peuvent nous forcer d'intervenir, d'abord les douleurs qui parfois deviennent intolérables, puis la gangrène. Si la gangrène se limite aux orteils, il vaut mieux attendre et surtout se garder de sacrifier tout le membre. Seule la gangrène massive du membre est une indication impérieuse de l'amputation immédiate à cause de la septicémie ou du shock qu'elle peut engendrer. La difficulté est de fixer le niveau où doit se faire l'incision, on peut recourir à l'épreuve de Moschowitz. On enroule une bande d'Esmarch depuis l'extrémité du membre jusqu'à sa racine, on la maintient quelques minutes puis on l'enlève rapidement, alors apparaît une teinte rouge qui descend de la racine du membre et s'arrête à l'endroit où les tissus ne sont plus irrigués, c'est là qu'il faut inciser.

4. Surrénalectomie. Cette opération préconisée par Von Oppel est employée en France par Le Riche dans le traitement de la maladie de Buerger.

Observation clinique

W. H., âgé de 27 ans, médecin canadien-français, se présente à la consultation pour gangrène du deuxième orteil droit, la douleur causée par cette plaie est devenue intolérable.

Maladie actuelle

La maladie a débuté, au mois de septembre 1924, par l'apparition au mollet gauche d'une série de petits nodules (7 ou 8), sur le trajet de la saphène externe. Ces nodules, de forme allongée, ont la grosseur d'une fève et sont légèrement douloureux à la pression. L'affection durait déjà depuis deux mois, lorsque celui-ci vint me consulter: la diagnostic de thrombo-phlébite fut fait sans pouvoir en déterminer la cause, et après dix jours de traitement dans un hôpital, le tout rentrait dans l'ordre ou du moins semblait rentrer dans l'ordre.

Au mois de juin 1925, le malade s'aperçoit que sa démarche devient difficile, une marche d'un kilomètre l'oblige à s'arrêter deux ou trois fois pour faire disparaître, comme il le dit lui-même, la lassitude douloureuse qu'il ressent dans ses jambes.

Jusqu'à l'été 1926, la symptomatologie se résume à de la claudication intermittente. Au mois de juillet, un ongle incarné du gros orteil gauche, que j'attribue à des troubles trophiques, l'arrête dans l'exercice de ses fonctions et l'oblige à réfléchir un moment sur son état de santé. Il constate que les ongles de ses orteils ne poussent plus comme autrefois et que les poils se font de plus en plus rares sur ses pieds, bref, il s'aperçoit que ses membres inférieurs présentent des troubles de nutrition.

Dans les premiers jours de septembre apparaît, à la face interne du deuxième orteil droit près de la racine, un petit nodule suivi de la

formation d'un oedème léger. En même temps que les douleurs deviennent presque intolérables, il note, à la face plantaire de cet orteil, une plaque de la grandeur d'un centime présentant une pâleur cireuse. La tache, de blanche qu'elle est au début, devient bleuâtre, puis brunâtre, enfin les tissus se mortifient et après un certain temps il se forme un sillon d'élimination.

Antécédents héréditaires

Rien de particulier, si ce n'est qu'il est le 7ième d'une famille de neuf enfants, dont huit sont en bonne santé. Le père vivant est bien portant, la mère est morte d'un cancer d'estomac.

Antécédents personnels

Aucune maladie dans l'enfance et l'adolescence. En 1922, il a été victime d'un accident qui pendant un mois a causé des douleurs dans le mollet gauche. Notre patient, qui mesure 5 pieds et 11 pouces, s'est toujours livré aux sports, surtout les courses à pied où il excellait pendant ses études universitaires.

Examen local

Membre inférieur gauche:—Les ongles sont déformés, petits, les poils ont disparu, la peau est sèche. En position déclive, le pied et les orteils sont cyanosés; si on élève la jambe dans le plan vertical, après avoir placé le malade en décubitus dorsal, le pied et les orteils prennent une coloration ivoire, ils présentent une pâleur livide qui disparaît lentement lorsque la jambe est ramenée en position horizontale. Les pulsations de la tibiale postérieure et de la dorsale sont abolies même après l'épreuve du bain chaud. L'indice oscillométrique est égal à la moitié de celui du membre supérieur.

Membre inférieur droit:—Les ongles sont épaissis, leur bord libre est crenelé. L'ongle du deuxième orteil est en voie d'élimination, et à la face plantaire de cet orteil, il y a une plaque de gangrène grande comme un centime. La moindre pression exercée sur cet orteil cause des douleurs intenses. En position déclive, les orteils présentent une coloration rouge vif, alors que le pied et la jambe sont très pâles; si l'on élève celle-ci, le malade étant couché, les orteils deviennent à leur tour d'une pâleur cireuse qui ne disparaît que lorsque le pied est à 80 degrés, c'est-à-dire 10 degrés au-dessous de l'horizontale. Les pulsations de la tibiale postérieure et de la dorsale du pied n'existent pas même après l'épreuve de Babinski. L'indice oscillométrique est un quart de celui du membre supérieur. Il y a un oedème léger, sur le trajet de la saphène, commençant près de la malléole interne. Une radiographie du pied droit montre une calcification normale des phalangettes; les artères sont invisibles.

Examen général

La température oscille entre 97° et 98°. Au Pachon, la pression est 13 maxima 7.6 minima. Le métabolisme est légèrement augmenté.

Système sensoriel. Normal.

Système nerveux. Les réflexes rotuliens et achilléens sont considérablement diminués.

Système respiratoire. Normal: radiographie négative, examen des crachats négatif.

Système digestif. Normal.

Système vasculaire. Le coeur est normal, les vaisseaux sanguins des membres inférieurs sont lésés. L'examen du sang donne :

1.—Numération globulaire :

Globules rouges	3,600,000
Globules blancs	4,687
Polynucléaires	86%
Mononucléaires	8%
Lymphocytes	5%
Eosinophiles	1%

2.—Hémoglobine 79%.

3.—Valeur globulaire 0.9.

4.—Alcalinité normale. 4 grammes de soude au litre.

5.—Dosage de l'urée 0 gr. 46.

6.—Dosage du sucre. Normal.

7.—Dosage de cholestérine. Normal.

8.—Wassermann négatif.

9.—Culture du sang négative.

Système génito-urinaire. L'analyse d'urine donne des traces d'albumine.

Système cutané-osseux musculaire. Troubles de la maladie actuelle.

Diagnostic

Thrombo-angéite oblitérante des membres inférieurs, ou maladie de Buerger.

Traitement

1.—Chirurgical. Désarticulation métatarso-phalangienne du deuxième orteil droit à cause de la douleur qui est devenu insupportable.

2.—Médical. Il faut éviter la station debout, la marche, la compression par les chaussures et les jarretelles, le froid, les blessures.

Contre la douleur et la déficience circulatoire, j'ai conseillé la diathermie, deux séances de 20 minutes par jour.

L'amputation a fait disparaître la douleur ressentie dans le deuxième orteil droit, mais l'oblitération des troncs vasculaires des deux jambes

existe toujours. La claudication intermittente devient de plus en plus prononcée. Le malade, revu il y a un mois, déclare qu'il peut à peine faire cent pas sans s'arrêter, il éprouve alors la même sensation que si l'on comprimait ses mollets dans les mâchoires d'un étau. La nuit, après deux ou trois heures de sommeil, il doit se lever pour calmer la douleur qui envahit ses orteils.

HOPITAUX D'ALIÉNÉS

Par le Docteur A. H. DESLOGES

Situation au 1er janvier et au 31 décembre 1926

Le premier janvier 1926, nous avons 6450 malades dans nos hôpitaux d'aliénés et le 31 décembre 1926, 6688, soit une augmentation de 258 malades. Cette augmentation est normale et correspond au chiffre d'augmentation de la population totale de la province. Ce qui est anormal, c'est que la capacité de nos hôpitaux d'aliénés étant de 4830, il y avait le 31 décembre 1926, un Encombrement de 2058 malades. Cependant la situation s'améliorera parce que nous prévoyons avoir à notre disposition, durant le cours de l'année 1927, de mille à douze cents lits de plus.

Admissions

Nous avons admis en 1926, 1584 malades dans nos hôpitaux d'aliénés. La proportion entre hommes et femmes est à peu près égale. De tous les cas admis, les plus nombreux furent: 337 cas d'arrêt de développement, 193 de psychoses périodiques, 190 de démences précoces, 135 de psychoses toxiques, 125 de démences séniles, 89 de psychoses syphilitiques.

Il est à remarquer que les cas de *psychoses toxiques* ne sont pas tous dus à un abus d'alcool ou de drogues, la toxicité du plus grand nombre est causée par des toxines endogènes ou exogènes autres que l'alcool ou les drogues.

La grande majorité des cas de *démences séniles* aurait dû être dirigée vers des hospices plutôt que vers nos hôpitaux d'aliénés.

La syphilis nous fournit aussi une part assez considérable parmi les admissions, mais nous avons lieu d'espérer que la campagne d'éducation entreprise par la Division des Maladies Vénériennes diminuera d'ici à peu d'années les cas de *psychoses syphilitiques*.

Nationalité des malades admis

Le nombre de malades de nationalités étrangères admis dans nos hôpitaux d'aliénés en 1926, soit 211, est beaucoup trop considérable. Mais nous aurons dorénavant moins d'indésirables parce que les

inimigrants seront examinés avant leur départ d'Europe en plus d'être examinés de nouveau à leur arrivée au Canada. Sur ce chiffre de 211, 106 viennent des Iles Britanniques. Il est à noter que 48 israélites ont été admis durant 1926.

Sorties

Le nombre total des malades sortis se chiffre à 736. 267 malades sont sortis guéris, 259 ont été suffisamment améliorés pour retourner dans la société et 119 ont été repris par leur famille sans qu'il y ait eu amélioration de leur état. Ce sont les cas de *psychoses périodiques* et de *psychoses toxiques* qui forment le plus grand nombre des guérisons.

Evasions.—Les évasions, soit 61, ont été trop nombreuses, elles seront moins fréquentes lorsque l'Hôpital pour aliénés dangereux (criminels) aura ouvert ses portes.

Déportations, rapatriements.—22 malades ont été déportés ou rapatriés: 17 déportés par le Département d'Immigration, 2 rapatriés à leur pays d'origine par la province et 3 retournés à la province où ils avaient leur domicile légal. Il est à noter que tous ces malades ont dû être admis d'urgence dans nos hôpitaux d'aliénés, parce qu'habituellement lorsqu'il s'agit d'un malade étranger nous forçons la municipalité à prendre les procédures de déportation auprès du Gouvernement Fédéral pour déporter ce malade avant de l'admettre à l'Hôpital.

Décès

590 malades sont décédés durant l'année 1926. Ce chiffre est à peu près normal. Comme toujours c'est la tuberculose qui en tue le plus grand nombre, soit 99. Si nous ajoutons les 101 décès causés par les maladies de l'appareil respiratoire, nous trouvons qu'environ un tiers des décès ont été causés par la tuberculose ou maladies pulmonaires. Les décès dus aux maladies des organes cardio-vasculaires sont au nombre de 125, environ vingt pour cent. La paralysie générale a causé 33 décès, ce chiffre correspond au pourcentage des psychoses syphilitiques, soit environ cinq pour cent. Mais en raison du traitement paludéen qui se donne aujourd'hui dans les hôpitaux d'aliénés, la mortalité due à la paralysie générale devrait diminuer d'un tiers.

Aliénés criminels

443 aliénés criminels sont présentement dans nos hôpitaux d'aliénés. Cette catégorie de malades comprend ceux qui sont passés par les cours de justice et qui sont détenus en raison d'un mandat du Lieutenant-Gouverneur. C'est pourquoi ils sont appelés *aliénés criminels*, mais l'appellation est fautive parce que beaucoup de ces malades ne sont pas dangereux et ne peuvent être criminels puisqu'ils sont aliénés. Il y a un bon nombre de malades dangereux qui ne sont pas passés par les cours de justice et qui éventuellement prendront la place de malades inoffensifs envoyés dans nos institutions en vertu d'un mandat du Lieutenant-Gouverneur. Habituellement nous recevons de 60 à 75 malades par année venant des cours de justice et internés en vertu d'un mandat du Lieutenant-Gouverneur.

Arriérés mentaux éducatibles

271 arriérés mentaux éducatibles ont été admis durant 1926. Nous aurons prochainement une institution adaptée à cette classe de malades et nous espérons que ceux qui y seront placés retireront des bénéfices considérables de l'éducation sensorielle, etc.

Réorganisation générale et évolution

Depuis un certain temps nous avons commencé une réorganisation générale de toutes nos institutions.

Hôpital St-Jean de Dieu.—La corporation des dames hospitalières est à ériger un corps central d'administration où les médecins devraient avoir des bureaux convenables. Je comprends que la réception des malades se fera à cet endroit, ils y demeureront durant un certain temps sous observation et seront ensuite dirigés vers des pavillons appropriés. Des laboratoires des plus modernes seront installés.

Le personnel médical actif se compose présentement: d'un surintendant, d'un assistant-surintendant, de 4 chefs de service, de 4 assistants, de 4 internes, d'un chef de laboratoire de bactériologie (pour l'automne 1927 nous espérons avoir un chef pour le laboratoire d'anatomo-pathologie), d'un dentiste, auxquels sont adjoints: un chirurgien, un ophthalmo-oto-rhino-laryngologiste, un dermatologiste syphiligraphie. Il est facile de concevoir que le personnel médical

est en mesure de donner les soins les plus appropriés à la population malade. Tous les médecins ont fait un stage à l'étranger, soit en Europe ou aux Etats-Unis. L'Université de Montréal devrait bénéficier considérablement de la science de ces messieurs et nous ne devrions plus être en peine pour trouver des aliénistes distingués à tous les points de vue.

Hôpital St-Michel Archange, Mastai.—A cet hôpital une réorganisation est aussi commencée. Des médecins étrangers, venant de France, nous prêtent leur concours. Plusieurs médecins canadiens sont présentement en Europe et lorsqu'à leur retour le personnel médical sera au complet, nous pourrions nous féliciter d'avoir des médecins très renseignés et capables de rendre pleinement justice aux situations qu'ils occupent.

Clinique Roy-Rousseau, Mastai.—La clinique Roy-Rousseau, initiative due à la corporation des dames hospitalières de la Charité, est une heureuse innovation. - Tous les malades du district de Québec qui ont besoin d'être mis sous observation y sont dirigés. C'est un centre de triage qui est appelé à nous rendre les grands services. Cette Clinique possède en plus un certain nombre de chambres pour malades privés. L'Université Laval devrait bénéficier considérablement de cette nouvelle organisation et l'attention spéciale qu'on y porte aux malades facilitera des diagnostics précis et une classification appropriée.

Ecole pour arriérés mentaux à Mastai.—Pour l'automne de 1927 nous aurons à Mastai une nouvelle institution pour arriérés mentaux éducatibles. La construction est déjà en voie d'édification. Il nous fallait une maison de ce genre dans la province de Québec. A cette institution l'on s'appliquera à faire l'éducation sensorielle, etc., des enfants, et nous espérons que les résultats seront si encourageants que plusieurs pourront être retournés à la société.

Hôpital protestant de Verdun.—Il n'y a rien d'extraordinaire à noter au sujet de l'Hôpital de Verdun. Cette institution fonctionne normalement.

Hôpital Ste-Anne, Baie St-Paul.—Cette institution sera agrandie, la construction est déjà commencée, et un plus grand nombre d'*arriérés mentaux non éducatibles* pourront être dirigés vers cet hôpital.

Hôpital St-Julien, St-Ferdinand d'Halifax.—La classe de malades que l'on dirige vers cette institution exige plutôt un traitement physique vu que ces malades sont toutes incurables au point de vue

mental. Il n'y a donc rien de particulier à noter au sujet de cette institution.

Hôpital de Bordeaux.—La création de l'Hôpital de Bordeaux était une nécessité absolue, nombre de malades dangereux s'évadant trop facilement des institutions existantes et trop nombreux aussi étaient les accidents sérieux et même les crimes dont ces malheureux étaient la cause. Mais ils ne pourront s'évader de l'Hôpital de Bordeaux, et la société sera ainsi protégée contre les manies si dangereuses de cette classe d'aliénés. Ces malades recevront à l'Hôpital de Bordeaux les soins scientifiques les plus appropriés, et advenant le cas où ils seraient guéris ils pourraient être retournés à leur état civil.

Il est facile de constater par les quelques remarques ci-haut que nos institutions pour aliénés ont évolué très considérablement. La plupart de nos *asiles* ont cessé d'être des garderies et c'est pourquoi aujourd'hui nous les appelons avec raison des *hôpitaux*.

Au point de vue du traitement médical, les médecins s'appliquent à faire bénéficier les malades de toutes les découvertes les plus récentes. Je mentionnerai seulement que dans deux de nos hôpitaux, l'hôpital St-Jean de Dieu et l'hôpital protestant de Verdun, le *traitement paludéen* est en vigueur dans les cas de paralysie générale et déjà nous avons des statistiques encourageantes, conformes aux résultats obtenus à l'étranger.

L'examen des malades se fait très minutieusement dans nos hôpitaux d'aliénés et les diagnostics, de même que les traitements, sont discutés avec soin par le personnel médical des institutions. J'ajouterai qu'en 1926, 742 malades ont été mis en congé d'essai et que environ cinquante pour cent de ces malades ne sont pas revenus à l'hôpital. Le total global des jours de congé se chiffre à 133,637.

Ce qui peut être encore intéressant à noter, c'est qu'un nombre important de malades guérissent dans un temps relativement court. Nous remarquons la guérison de onze malades qui n'ont eu à séjourner à l'hôpital que de 15 jours à 1 mois; quarante-deux malades sont sortis guéris après un séjour de 1 mois à 3 mois; cinquante autres ont pu jouir du même avantage après un traitement de 3 à 6 mois.

Les méthodes de traitement sont bien près d'être exactement les mêmes que celles utilisées dans les hôpitaux généraux. Nous y trouvons en plus un service d'hydrothérapie spéciale qui donne de merveilleux résultats. Cette hydrothérapie, à part les bains complets

ou partiels, les enveloppements chauds ou froids, les douches en jet ou en pluie, se complète d'une installation de baignoires à eau courante continue ou les malades sont maintenus durant des heures et bénéficient d'un apaisement très remarquable du système nerveux.

Nous pouvons remarquer en plus du nouveau traitement par impaludation dans la paralysie générale, l'application de la méthode de traitement par choc humoral, v.g.: abcès de fixation, qui donne dans certains états confusionnels des résultats très appréciables.

Les laboratoires fonctionnent d'une façon régulière et complète. Là comme dans les hôpitaux généraux, ils apportent leur précieux concours à l'observation clinique, et aident à l'orientation du diagnostic et du traitement.

Les services de chirurgie, d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie sont organisés d'une façon parfaite. Ils assurent pour chaque malade toute intervention jugée nécessaire, et contribuent dans une juste mesure à sa guérison ou à son amélioration.

Le service dentaire est aussi un appoint très important au traitement de ces malades. Toutes les dents sont examinées et traitées selon leur état: prophylaxie, obturation, extraction partielle ou complète, appareils de prothèse. Les foyers infectieux buccaux reconnus comme cause adjuvante possible d'accidents cérébraux sont recherchés avec soin et soumis à un traitement approprié.

Le Gouvernement, les corporations hospitalières, les Universités, les médecins des institutions et toute la population de la province de Québec devraient être assurément très fiers et orgueilleux de l'organisation, de l'évolution, etc., de nos hôpitaux d'aliénés.

Ecoles de Réforme et Ecoles d'Industrie

Le 31 décembre 1926 la population totale de nos écoles de réforme et d'industrie était de 2881, soit une augmentation de 102 sur l'année 1925: 34 pour les 4 écoles de réforme et 68 pour les 5 écoles d'industrie.

Il ne s'est opéré aucun changement durant l'année 1926 dans nos écoles de réforme et d'industrie. J'entends dire que certaines de nos institutions seront transportées à proximité de la ville de Montréal; la chose serait à souhaiter. Il n'est pas à propos d'avoir des écoles de réforme et d'industrie trop éloignées des grands centres, vu que les enfants viennent surtout des villes. Les parents pauvres ne peuvent aller les visiter et il en résulte un relâchement du lien familial

et un détachement réciproque. Ces institutions ne devraient pas non plus être situées au milieu des grandes villes: l'espace y est trop restreint, l'air est vicié, etc. Il est facile de comprendre que plus nous dirigerons d'enfants vers la terre et l'agriculture, plus la chose sera avantageuse et pour les enfants et pour la population en général. Il est très à propos d'enseigner en même temps à ces petits déshérités les métiers, parce que tous ne peuvent avoir des aptitudes pour l'agriculture. Il est important aussi qu'ils reçoivent une instruction élémentaire pour leur faciliter les moyens de gagner leur vie à leur sortie des écoles.

Les placements familiaux sont toujours trop peu nombreux. Nos écoles de réforme et d'industrie sont des institutions de protection de l'enfance. Après un court séjour dans ces écoles l'on devrait s'appliquer le plus possible à placer les enfants dans des familles bien connues et présentant les meilleures recommandations; un officier visiteur se tiendrait continuellement en rapport avec les familles et les enfants, et si, pour cause, cet officier le jugeait à propos, les enfants pourraient être retournés à l'école. C'est le système qui est établi dans le monde entier et partout l'on est très satisfait des résultats obtenus. Il est à noter qu'ailleurs les enfants ne sont pas en pension auprès des corporations. Les institutions appartenant au Gouvernement, celui-ci n'a aucun intérêt à y enfermer un très grand nombre d'enfants qui bénéficieraient assurément beaucoup plus de la formation familiale qu'ils recevraient dans des milieux bien choisis.

La santé des enfants est bonne. Nous n'avons eu à faire face à aucune épidémie. Il n'y a eu que 14 décès dans les écoles de réforme et d'industrie durant 1926 sur une population de 2881 enfants, présents le 31 décembre 1926.

Les causes pour lesquelles les enfants sont le plus fréquemment dirigés vers les écoles de réforme sont les suivantes: larcin ou vol, désobéissance et incorrigibilité, immoralité, vagabondage.

Environ 8% des enfants admis dans nos écoles de réforme en 1926, soit 49, sont d'origine étrangère, le plus grand nombre étant des israélites, soit 24 ou 50%. L'immigration juive n'est donc pas très encourageante, puisque les parents ne se soucient guère de prendre soin de leurs enfants. Comme toujours, les Iles Britanniques nous fournissent une quote-part intéressante, soit 17.

Comme pour les hôpitaux d'aliénés, nous espérons pouvoir observer avant longtemps et pour le plus grand avantage des enfants et de la population une réorganisation complète de nos écoles de réforme et d'industrie.

ACTUALITÉ

LE PROFESSEUR CHARLES RICHEL (1)

Par H. COUTIERE,
de l'Académie de Médecine.

On a dit — peut-être est-ce R. de Gourmont — que les auteurs des ouvrages sur l'amour n'ont jamais dépeint, ne pouvaient dépeindre que leur propre amour; celui de l'humain le plus proche, celui même de l'objet de leur égoïsme bicéphale leur étant à coup sûr inconnaisables. Il n'est pas facile de dire si ce paradoxe est vrai, ni s'il est applicable à l'amour de la science et au savant. Et c'est grand dommage, tellement le petit livre du Professeur Ch. Richet donne envie de surprendre l'auteur en flagrant délit d'auto-figuration. Quel modèle plus accompli ! Cinquante années de recherches ininterrompues, avec des résultats eux-mêmes générateurs de travaux innombrables, cinquante années d'exemple, et mieux d'apostolat en faveur de la recherche; les plus authentiques manières d'être de l'homme de science, curiosité jamais ni lasse ni satisfaite, inventivité, patience, enthousiasme. Le revers le plus plaisant, sous les espèces d'un esprit aussi avide de cette autre forme de la vérité qu'est la beauté, ouvert à tous les arts, promenant sa vibrante sensibilité de la composition et de l'exécution musicale à la sculpture, de la poésie, héroïque ou familière, au roman et à l'art dramatique, de l'essai historique à la métapsychique. Le tout se détachant sur le fond le plus noble de probité scientifique, de désintéressement et d'infinie bonté. Une curieuse et attachante figure de grand bourgeois du *peerage* scientifique, d'Institut depuis quatre générations, conscient de la noblesse de son ascendance et des devoirs qu'elle confère, juste assez distant pour décourager l'abord vulgaire, sans morgue sinon sans humour, causeur et conteur étincelant, d'un ton pittoresque et familier, juste assez pour que transparaisse le tumulte d'idées que recouvre le discours. Accueil d'une affabilité proverbiale, non point de cette bienveillance générale d'homme satisfait, épandue sur

(1) A propos du jubilé du professeur Richet, nous croyons intéresser nos lecteurs en publiant cette remarquable étude sur un maître français qui a beaucoup aimé et protégé les Canadiens à Paris et que nous avons reçu ici autrefois.

l'univers, et qui a "toujours assez de constance pour supporter les maux d'autrui" mais agissante et délicate.

Par certains côtés, il rappelle assez bien cette caste des grands "amateurs" anglais qui forment, dans toutes les branches de l'activité humaine, mais surtout dans les sciences, la plus pure couronne et le joyau de l'Angleterre. Il n'est pas qu'à son apparence physique, sa vie familiale (Ch. Richet a sept enfant et une gracieuse légion, incomptable, de petits-enfants), sa fidélité à l'émouvant azur de Carqueiranne, son humeur voyageuse, son amour immodéré des sciences métapsychiques, qui ne puissent aider au rapprochement. Peut-être, ce n'est pas sûr, l'Anglais aurait-il un enthousiasme moins juvénile et moins d'incurable optimisme. Dans un remarquable abrégé d'histoire universelle, écrit dans cette même langue simple et bonhomme qui va, la bride sur le cou, à travers cette immense fresque, on voit l'auteur exprimer finalement sa conviction, plus encore que son espérance, de voir la grande guerre être la dernière de toutes. C'est une signature, la signature du président de la Société d'arbitrage entre nations. Pourtant, ce grand et généreux esprit connaît bien, mieux que quiconque, deux au moins de ces "impondérables" qui s'opposent à son souhait: les peuples trop prolifiques, que nul jamais ne pensa à munir de petits Malthus de poche, et qui ne peuvent pas plus éviter de fondre sur le voisin qu'une nuée de criquets sur un champ d'orge. Puis le fait, que vendre sans contrôle, par quantités astronomiques, des choses invendables autrement, constitue la plus miraculeuse source de profits et permet de tenir le monde par l'argent. Nulle guerre sans fournisseurs de guerre, et la proposition est réversible.

Un tout petit fait illustre bien l'existence toujours présente chez Ch. Richet, de ce double esprit artiste et logicien

l'un sculptant l'idéal et l'autre le réel.

Dans son laboratoire, dont l'histoire anecdotique, en marge des Travaux, mériterait d'être tracée d'une main légère, il est passé des troupeaux innombrables de Chiens. Aucun n'a jamais été désigné autrement que par un beau nom sonore. Celui qui pourrait témoigner du choc anaphylactique, l'ayant payé de sa petite vie de Chien, ce n'est pas le numéro 507 ou 913, mais Neptune. C'est Porphyre, Gallapagha, Enoch, Balaam et Israïe, Escarbagnas et Lexempt, Joas et Panama. Fantaisie de lettré et d'humaniste (tous

les néologismes forgés par Richet sont pleins et justes), note pittoresque de bonne humeur et d'alacrité, mais hantise surtout des souvenirs littéraires qu'une énorme érudition et une mémoire sans défaut lui fournissent à flots pressés. Il possède, dans tous les sens du mot, sa très belle bibliothèque et peu d'hommes auront accumulé une pareille encyclopédie de notions et de sensations.

Ch. Richet est le fils (1850) d'un brillant chirurgien, qui fut longtemps professeur à la Faculté de Médecine, et dont l'enseignement, mais surtout les ouvrages, connurent le plus retentissant succès. Par sa mère, il compte dans son ascendance le célèbre imprimeur et bibliophile Aug. Renouard (dont il conserve dans sa bibliothèque la collection sans prix des éditions originales), et P.-C. Girard, ingénieur, qui fut membre de l'Institut d'Égypte. Un de ses oncles occupa la fonction la plus éminente de la magistrature. Lui-même fit ses études médicales, fut interne des hôpitaux et agrégé. Il est important de noter que son premier travail, publié à vingt-cinq ans, a trait au somnambulisme provoqué. La publication de ce mémoire, dans le *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, a précédé les recherches de Charcot et tout cet immense foisonnement des sciences psychiques qui a déjà renversé plus d'une fois ses idoles. Somnambulisme, hypnotisme, hystérie, qui sont aujourd'hui des saints sans clientèle, étaient en 1875 des mots en sommeil depuis le baquet de Mesmer, et qu'il n'était pas sans témérité de réveiller, même avec le bouclier de la plus rigoureuse bonne foi. Jamais Richet n'a cessé de s'intéresser à ces études de la façon la plus passionnée, et l'on n'aurait de sa forte et originale personnalité qu'une idée incomplète si l'on séparait, même dans ses travaux en apparence les plus techniques, le philosophe et le métaphysicien du physiologue. Comme dans le récit tragique de Kipling (1), les "trois ne font qu'un". La découverte de l'anaphylaxie, qui a mis, du consentement universel, le comble à sa renommée, est d'un biologiste, et sa portée est immense. Le traité de Métapsychique a été accueilli avec une curiosité réticente, tel un "bloc enfariné" recelant on ne sait quelles suspectes diableries. Et pourtant il y a, dans le second ouvrage comparé au premier, "un je ne sais quoi", comme disait de Retz parlant de La Rochefoucauld, non pas dans la maîtrise du sujet, qui est égale des deux parts, mais une sorte de foi allègre, qui trahit l'enfantement dans la joie et le sujet de prédilection, s'affirme prête

(1) Le retour d'Imray, "*Dray wara yow dee*", p. 31 (Trad. Fabulet et Jackson).

à braver le martyre de la critique et ne montre jamais ni tiédeur, ni fléchissement, ni — horreur ! — apostasie. Ch. Richet est un métapsychiste dont la physiologie aura été le "violon d'Ingres"...

*
* *

Ce fils de famille laborieux, aussi indépendant d'humeur que de situation, faisant donc deux parts de son activité, et consacrant sa forte vie intérieure aux plus hauts problèmes de l'esprit, satisfait d'autre part son besoin de disciplines scientifiques en se tournant vers la physiologie. En 1875, Cl. Bernard n'avait plus que trois ans à vivre, mais Berthelot et Pasteur étaient en pleine fièvre de découvertes. Dans la mesure où l'on peut échapper à l'emprise d'aussi puissants modeleurs d'esprits, Ch. Richet n'a pas été leur élève et ne doit rien qu'à lui-même. Son premier travail de physiologie, sur le suc gastrique, fait en apparence exception en ce qu'il a été fait au laboratoire de Berthelot et qu'il utilise la méthode du coefficient de partage imaginé par l'illustre chimiste (dissolution proportionnelle des acides dans l'eau et dans l'éther).

A ce moment, il y avait doute et confusion sur la véritable nature de l'acidité gastrique. Beaucoup de physiologistes ne pouvaient se résoudre à la brutale présence d'un acide minéral, aussi simple que l'acide chlorhydrique, comme produit "vital" sécrété par une cellule, malgré les constatations antérieures telles que celles de Proust ou de Schmidt. Ch. Richet l'a établi sans conteste, et montré de même que l'acide, à travers les variations de composition et d'activité du suc, se trouve partie à l'état libre, partie à l'état de combinaison avec des bases organiques faibles, telles que la leucine. Le suc étudié provenait d'une fistule stomacale, consécutive à une hardie opération de Verneuil, lequel avait conseillé à son interne de reprendre, grâce à cette circonstance peu commune, les célèbres observations de W. Beaumont. Les notions ainsi établies, complétées par l'étude des suc digestifs de Poissons, ou d'Invertébrés, sont devenues immédiatement classiques. Sans doute, le mécanisme des sécrétions digestives a été, depuis, bien plus poussé et Richet raconte, avec une modestie un peu mélancolique, comme quoi il rencontra, au cours de sa recherche, le fait de la sécrétion psychique, — psychique ! — qui devait illustrer Pavlov, et le laissa passer. *Fugit irreparabile...* On ne peut pas dire d'ailleurs que soit expliqué, entre bien d'autres, le fait de la présence de l'acide dans le seul suc

gastrique, alors que ses constituants probables sont partout, suivant la juste remarque de Lambling.

C'est vers cette époque (1878) que Ch. Richet prit la direction de la *Revue scientifique*, qu'il ne devait abandonner qu'en 1907, et qui, pendant ces vingt années, se montre toute pleine de ses articles ou de ses suggestions. On sait que ce remarquable organe de haute culture, après être passé un court laps de temps entre les mains d'Héricourt, a trouvé dans le Professeur Ch. Moureu une direction si ferme et si adéquate qu'il a pu franchir, plus jeune que jamais, le redoutable cap de l'après-guerre, fatal à tant de précieuses publications. Vers cette époque aussi, Ch. Richet (1881) devient l'un des membres les plus actifs de la Société de Biologie, dont la fondation, en 1848 (1), s'est trouvé être un véritable événement scientifique, et qui était alors en plein épanouissement. Ch. Richet a présidé bien des fois ces séances sans appareil, au décor nu et presque misérable, mais toutes gonflées de la science qui se fait, courtoises mais passionnées, égalitaires au sens le meilleur, en ce sens que nulle situation hiérarchique d'homme "arrivé" n'y a jamais préservé personne des critiques du plus jeune de ses membres, qui ont vu énoncer, toutes chaudes encore du laboratoire, toutes les découvertes biologiques de ce demi-siècle, se faire toutes les notoriétés dans ce domaine, qui ont enfin servi puissamment l'expansion française parmi les savants étrangers, dont beaucoup connaissent bien la petite cour humide et le groupe désuet d'Eudore et Cymodocée... Une salle spéciale est aujourd'hui réservée à la bibliothèque Ch. Richet, donnée par lui à la Société en témoignage d'un long et profond attachement.

C'est aussi en 1881 que commencent, par un mémoire sur le tétanos électrique, une très importante série de travaux sur la thermodynamique animale et la respiration, travaux qui ont occupé Ch. Richet jusqu'en 1895 et l'ont conduit à créer toute une technique et une instrumentation. Il s'agit d'une région particulièrement fouillée et difficile, où les grands noms abondent et où il est difficile d'innover. On peut même dire, sans grand paradoxe, qu'à partir du moment où le génie de Lavoisier a su faire voir dans l'être vivant un foyer de combustion d'ordre physico-chimique, les directives de l'expérimentation se sont trouvées fixées pour un temps indéfini et

(2) Son premier président a été Rayer.

ne sont plus devenues — qu'on nous pardonne cette apparente irrévérence — que des détails.

La régulation thermique des homœothermes a beaucoup occupé Richet. Cet excès de température sur le milieu, cette "insurrection du Vertébré" comme disait Quinton, étant donné comme fait, de quelle façon expliquer les différences des modes de refroidissement entre un Cheval qui transpire bouche close et un Chien, qui ne transpire pas (son odeur, presque aussi fâcheuse que celle des foules du Métro, viendrait des glandes sébacées) mais dont la gueule ouverte est si visiblement, pour "l'homme dans la rue", un ventilateur? Ch. Richet a montré que l'appareil évaporateur s'étendait jusqu'au poumon inclusivement, que l'élévation de température, soit centrale, soit périphérique, déclenchait un rythme accéléré, aussi différent que possible d'une dyspnée, et qu'il convenait d'appeler polypnée thermique. Mais que d'efforts, d'expériences ingénues et multipliées pour mettre ainsi d'accord la vérité scientifique et le bon sens! On a peine à croire, comme l'auteur l'assure, que cette vérité n'ait été évidente *à priori*, et qu'il lui ait fallu à lui-même de longs détours, par l'habituel martyrologe des Chiens, pour y parvenir. Mais, dans un ordre d'idées un peu différent, on a peine à croire aussi que les relations entre virus divers et Arthropodes piqueurs n'aient pas été connues plus tôt des savants, alors que des peuples sans culture le savaient depuis toujours, et donnaient le même nom à la cause et à l'effet.

La lutte contre le froid met en jeu un autre mécanisme, moins évident quant à son efficacité, le frisson, ou série de secousses musculaires augmentant la rapidité des combustions. Il s'agit aussi d'un réflexe, périphérique le plus souvent, mais aussi parfois d'origine centrale (période de réveil chez le chien anesthésié) et qui met en branle, allant au plus pressé, les centres moteurs qui commandent les secousses. Celles-ci, comme l'observation la plus vulgaire le montre, peuvent très bien se concilier avec l'exercice musculaire un peu vif, et il serait fort intéressant de savoir si ce sont les mêmes centres qui donnent simultanément des ordres de qualité si différente, puis, dans l'affirmative, en quoi diffère leur mode d'excitation.

Pour ses recherches sur les combustions respiratoires, Ch. Richet a inventé, après d'Arsonval, un calorimètre à rayonnement et, avec Hanriot, un appareil dit "des trois compteurs" extrêmement ingénieux et simple. Il obvie aux défauts de ceux dans lesquels l'animal est placé dans l'enceinte respiratoire, et qu'on ne savait pas alors

construire avec la compendieuse perfection des modèles actuels, et il perfectionne encore — permettant en particulier l'inscription graphique — le modèle dû à Jolyet et Regnard, pourtant excellent. C'est avec cet appareil que furent effectuées les innombrables mesures sur les échanges respiratoires qui aboutirent à l'importance prépondérante de la notion de surface, pressentie par Bergmann, plus encore par Regnault et Reiset. Qu'un animal se refroidisse proportionnellement à sa surface, et que ses combustions soient réglées en conséquence, c'est encore une de ces vérités de bon sens à laquelle il semble difficile d'échapper. Non seulement il n'en est rien, mais il est remarquable que l'expérimentation ait eu souvent pour effet de les obscurcir d'abord — les arbres empêchent de voir la forêt — et il faut les efforts obstinés des plus grands esprits pour les dégager. On comprend que des "têtes bien faites" comme Descartes, aient pu, à notre étonnement, mettre au premier rang l'instrument cérébral pur, n'accordant à l'expérience qu'un rôle de déblaiement assez dédaigneusement mesuré. Ch. Richet a pu établir que les animaux de même espèce consomment une quantité d'oxygène proportionnelle à leur surface tégumenteuse, et non pas à leur poids, que c'est le système nerveux qui adapte les combustions aux surfaces, que les Oiseaux se comportent de même, si bien que tous les homœothermes, à peu près, produisent par heure, et pour 1.000 centimètres carrés, 1 gr. 75 d'acide carbonique.

On a rarement l'occasion de rencontrer de telles "lois". On conçoit que son établissement ait demandé, non seulement des mesures de températures, d'échanges gazeux et de calorimétrie, mais des expériences sur les animaux anesthésiés (chloral et chloralose), ou à centres nerveux lésés, et aussi des mesures sur le poids des organes, tels le foie, centre puissant de calorification, et sur les surfaces. Ces dernières sont particulièrement ardues et de précision toujours assez faible, surtout lorsqu'il s'agit de petits animaux et qu'il faut y faire entrer — ou en faire sortir — le revêtement de phanères. Car il est clair aussi que la nature de la surface est essentielle, — tout l'industrie des fourrures repose sur elle.

Ch. Richet a rassemblé ses expériences et ses réflexions sur la chaleur animale dans un volume de Travaux de son laboratoire publié en 1889, mais il les a reprises dans un article très étendu de son Dictionnaire. Il a commencé celui-ci en 1895 sur un plan très vaste, faisant une large place à la bibliographie, mais cette encyclopédie, de très réelle utilité comme instrument de travail, n'est

malheureusement pas achevée. Elle s'arrête à la lettre M avec le neuvième volume. De telles œuvres sont d'exécution très ardue. Elles doivent être très rapidement menées si l'on veut qu'elles reflètent encore l'état de la science au moment de leur parution, d'où un nombre élevé de collaborateurs, forcément inégaux, et le risque presque fatal de les voir vieillir plus vite qu'elles ne s'achèvent, même compliquées de suppléments *bis* et *ter*. Une assez piquante démonstration est que le mot anaphylaxie ne s'y trouve pas. Peut-être la méthode inverse, celle de courtes et fréquentes mises au point, serait-elle préférable, mais elle a l'inconvénient de laisser de vastes déserts entre quelques oasis à la mode. L'une et l'autre se heurtent d'ailleurs aux sacrifices de temps, très mal compensés au moins en France, que demandent de tels travaux, et aux conditions difficiles de l'édition.

*

* *

Le laboratoire de la Faculté de Médecine, où Ch. Richet fut nommé professeur en 1887, fut un centre de vie intense dans tous les domaines de la physiologie et à ces recherches sur la thermogénèse se rattachent, soit directement, soit de façon occasionnelle, bien d'autres travaux, soit de thérapeutique expérimentale, soit de physiologie générale, soit de physiologie du système nerveux. Parmi les premiers, nous citerons rapidement des recherches sur les propriétés des sucres (emploi thérapeutique du lactose) sur la médication "métatrophique" ayant abouti aux régimes déchlorurés si courants, et à l'amélioration du traitement classique de l'épilepsie par le bromure, une longue série sur les fermentations lactiques en fonction des sels métalliques, qui se poursuit encore, en collaboration de MM. Cardot et Laugier, sur les antiseptiques et les poisons, enfin sur les anesthésiques. C'est Ch. Richet qui a introduit la méthode commode d'anesthésie par le chloral en injection péritonéale, et surtout celle par le chloralose. Ce corps a été obtenu avec Hanriot, par réaction du chloral anhydre sur le glucose, et tandis que le composé chloral-acide lactique se montre un convulsivant violent, le chloralose, presque identique chimiquement — on ne connaissait pas alors les exemples si nets, aujourd'hui nombreux et familiers, des relations entre la structure et l'action pharmacodynamique — s'est trouvé être un anesthésique remarquable. Il produit, à un degré très élevé, la dissociation entre la douleur et la sensibilité tactile, au point

qu'abolissant la première, il conserve et même exagère les réflexes (il allonge le bras de levier visible) et laisse la pression artérielle presque intacte. Bien supérieur au curare dont Cl. Bernard avait dû tirer si magistralement parti, mais qui exige la respiration artificielle et n'abolit pas la douleur, le chloralose, en dépit de quelques défauts (faible solubilité) est resté pour les laboratoires la substance de choix. L'importance d'une telle découverte est grande. Abolition de la douleur et vivisection sont une seule et même question, périodiquement soulevée dans l'opinion publique et, comme toutes les "questions", insoluble. Il est parfaitement vrai qu'aucun savant (à commencer, certes, par Ch. Richet) n'a jamais songé à infliger une souffrance inutile à quelque frère inférieur, que les résultats obtenus paient au centuple les vies sacrifiées, que les mêmes contempteurs se montrent infiniment moins sensibles quand il s'agit de souffrances humaines. Mais peut-être aussi est-il vrai qu'on trouve plus facilement des Chiens que des idées, que cette facilité même est de nature à faire naître une sorte d'insouciance et de prodigalité, qu'il est enfin des expériences nettement cruelles, qu'un sentiment plus exact de la partie, si inégale entre Homme et Chien, eussent empêché d'entreprendre par "fair play". Mais c'est là une périlleuse digression. On sait que dans les pays anglo-saxons elle est devenue très sérieuse, au point d'avoir nécessité, entre les mains de Sherrington, par exemple, toute une physiologie sur animaux décérébrés.

Ch. Richet a beaucoup étudié le système nerveux, en philosophe, en psychiatre, en physiologiste. A côté de ses recherches sur la sensibilité (thèse de médecine) et sur les circonvolutions cérébrales (thèse d'agrégation) un de ses premiers travaux expérimentaux a trait aux centres nerveux et aux muscles de l'Écrevisse. Il s'agissait là, alors, d'un test vraiment nouveau, avec lequel on pouvait espérer voir d'autres choses qu'avec le classique gastrocnémien de la Grenouille, en raison de la profonde différence histologique, et qui permit en effet une étude très fouillée, très délicate, de la secousse et du tétanos musculaire, avec démonstration de l'identité de comportement entre tissus musculaire et nerveux. D'autres travaux sur l'écorce cérébrale et ses lésions expérimentales, sur le cerveau des Oiseaux, se trouvent rassemblés en un beau volume de Leçons sur la physiologie générale des muscles, des nerfs et des centres nerveux. Il faut citer aussi les recherches entreprises avec André Broca sur l'ergométrie, la vitesse des réflexes, la période réfractaire de toute vibration nerveuse. Cette dernière recherche est née des

beaux travaux de Marey sur la période réfractaire et le travail compensé du cœur de la Grenouille, et de Cornu sur la synchronisation des systèmes oscillants. Richet et Broca démontrèrent que toute vibration nerveuse présente une phase réfractaire, et que, sa durée étant voisine d'un dixième de seconde, le cerveau, par exemple, ne peut répondre de façon discontinue à un rythme plus précipité d'excitations. La notion de chronaxie, si ingénieusement et magistralement assise par Lapicque, a depuis considérablement transformé ce domaine.

Il faut faire une place spéciale aux études de Ch. Richet sur le réflexe psychique, phénomène fondamental de la psychologie, analogue au réflexe médullaire en tant que mécanisme, sauf l'intervention — capitale — d'un phénomène de conscience et de mémoire. Dans un essai de psychologie générale qui a eu quatre éditions, a été traduit en russe et en polonais (1888-1890), Ch. Richet a développé cette idée, et tracé à grands traits l'évolution des fonctions psychiques à partir de l'irritabilité, propriété protoplasmique. Nous reviendrons plus loin sur cette catégorie de travaux, mais, s'ils trouvent leur épauouissement dans le *Traité de métapsychique*, la tendance qu'ils indiquent serait à suivre depuis l'origine, comme nous avons essayé de le montrer dans ses œuvres d'imagination, romans et pièces de théâtre, production nombreuse, toute imprégnée de psychisme. On le trouverait aussi dans ses rapports étroits avec les savants anglais et sa longue amitié pour Myers, en particulier, dans sa présidence de la *Psychical Society*, dans ses innombrables expériences sur les médiums, bref dans l'action prépondérante qu'il a exercée et qu'il exerce, souverainement, pour donner à cette branche de la psychologie, si troublante, exigeant tant de prudence et de tact, un "statut" véritablement expérimental et scientifique.

L'on aurait une ouverture assez nette sur cette vive intelligence, qui a promené son indépendante fantaisie à travers tous les chemins de traverse du savoir, en quête de la personnalité humaine, en mettant côte à côte, en opposition, ces recherches absconses de haute philosophie et celles relatives à l'aviation. Là encore, comme pour celles citées plus avant, on trouve la "contagion" de Marey. Ch. Richet a toujours eu la plus vive admiration pour ce savant un peu secret, lui aussi de forte vie intérieure, très original, un des "beaux grands fleuves profonds" du siècle, que les hommes n'amusaient pas. Partant des expériences de Marey sur le vol des oiseaux et de ses suggestions prophétiques, Ch. Richet a construit, avec Tatin, des

“plus lourds que l'air”, avec moteur à vapeur, qui ont presque volé. Mais de même que pour l'avion d'Ader, c'est Wilbur Whight qui, prenant son essor du camp d'Auvours, leur a net coupé les ailes. Il y a plus d'une analogie entre la conception laborieuse de ces essais, puis leur réalisation par autrui, et l'histoire du cinématographe, auquel il ne manquait, au sortir des mains tâtonnantes de Marey, que... les frères Lumière, lesquels le réalisèrent du premier coup, presque sous sa forme actuelle, et peut-être comprirent son immense avenir. Pourtant Ch. Richet, qui a revendiqué, avec tant de chevaleresque amitié, la part de Marey dans la genèse historique de l'art muet, n'a jamais réclamé pour lui-même une vaine priorité dans le domaine de l'avion. Peut-être s'est-il satisfait, tel un sage, du prestigieux plaisir de voir sa chimère, d'abord pure construction mentale, prendre un corps et une âme mécanique sous ses doigts industriels...

Si nous revenons, de ces domaines si divers, à celui de la médecine expérimentale, nous trouvons, cette fois, le nom de Ch. Richet lié à deux découvertes capitales, celle de l'immunité par sérothérapie, celle de l'anaphylaxie. A vrai dire, la première, si authentique qu'elle soit, est pour tout le monde la découverte de Behring, et de Roux, entre les mains de qui le sérum antidiphtérique a été la prodigieuse réussite que l'on sait. Ch. Richet raconte comment, avec son collaborateur Héricourt, ils hésitèrent entre le charbon, la diphtérie et la tuberculose, comment, attirés par cette dernière, ils se trouvèrent avoir misé sur le mauvais tableau et passèrent cinq années décevantes, perdus dans ces sables arides où tant de chercheurs les ont pourtant suivis. Malgré la franchise et la modestie avec laquelle il raconte cet échec, Ch. Richet est tout de même assez auteur et père spirituel — assez “lié sur la Roue” comme le lama de Kim — pour avoir justement et vivement protesté contre la méconnaissance par Behring de sa priorité incontestable. L'expérience fondamentale de Richet et Héricourt a consisté à conférer au Lapin une immunité très solide contre un microbe septique, rencontré par hasard dans un abcès fermé du Chien, et non mortel pour cet animal. Il ne s'agissait pas d'abord de sérum, mais bien du sang complet de Chien, mortel d'ailleurs pour le Lapin par voie intraveineuse, mais que les auteurs réussissent à faire tolérer par voie péritonéale. Le sang d'un Chien immunisé contre le microbe immunise le Lapin, et c'est tout le principe de la sérothérapie. Plus tard, au cours de leurs efforts à la recherche d'un

sérum antituberculeux, Richet et Héricourt firent d'ailleurs à l'Homme, en 1891, la première injection thérapeutique de sérum de Chien, un an avant Behring. Au cours de ces essais, les auteurs découvrirent, il est vrai, le fait que la viande crue, puis le suc de viande crue, se montrent puissamment et constamment efficaces chez le Chien tuberculeux, à raison de 25 grammes quotidiens par kilogramme d'animal. Cette thérapeutique est malheureusement d'application quasi impossible en médecine humaine. Elle a été reprise récemment par Ch. Richet et ses collaborateurs, en donnant au suc l'état desséché, à basse température. Cette nouvelle "zomothérapie" et la "zomine", malgré le livre enthousiaste de Ch. Richet (1925) ne paraissent pas être entrés de plein-pied dans la thérapeutique antituberculeuse.

La découverte de l'anaphylaxie a eu au contraire la plus complète fortune. Elle a conduit Ch. Richet (membre de l'Académie de médecine depuis 1898) à l'Institut (1914) et lui a fait décerner le prix Nobel. Si l'on voulait emprunter au phénomène même sa logomachie, on dirait qu'il a été l'injection déchaînante, qui, succédant à l'incubation préparante, a brusquement fait éclater l'évidence sur les mérites accumulés pendant toute une vie. De même encore, l'addition latente des petites excitations d'un muscle, que déclenche d'un seul coup, en les sommant, l'excitation enfin adéquate.

La notion de l'anaphylaxie est sortie d'expériences faites avec Portier sur les poisons de certains Cœlentérés urticants, au cours d'une des croisières océanographiques du prince de Monaco. Cette propriété, localisée dans les nématocystes, est fort répandue dans le groupe et sans rapport avec le genre de vie, les Actinies sédentaires le possédant au même titre que les formes pélagiques. Elle est connue depuis toujours, dans tous les pays maritimes. Ch. Richet raconte par quels enchaînements fortuits il est tombé sur le phénomène, et combien l'expérience est supérieure à l'imagination comme fournisseur de scénarios — tant scientifiques que littéraires. — En recherchant avec Portier le pouvoir toxique de l'extrait de tentacules, opération assez banale de pharmacodynamie, il se trouva que des Chiens, guéris d'une première injection, en reçurent une seconde au bout de quelques semaines. Celle-ci déclancha devant les deux savants l'impressionnant tableau des accidents mortels, aujourd'hui si connu, mais alors incroyable, et faisant naître toutes les suppositions sauf la vraie. Puis, quand l'évidence se fut imposée, Ch.

Richet établit, d'abord avec Portier, puis seul, les points essentiels du phénomène, et lui donna le nom qui l'oppose à celui de l'immunité, avec lequel il peut d'ailleurs très bien coexister. De 1902 à l'heure actuelle, mais surtout jusqu'en 1911, où parut la première édition de son livre sur l'anaphylaxie, Richet n'a pas cessé d'explorer ce domaine, qu'il venait de livrer à la recherche entièrement neuf. Et il se trouve que, malgré l'importance de ses propres travaux, ceux-ci ont été débordés, au moins au point de vue quantité, par la masse vraiment incoercible de ceux des autres chercheurs, dans le monde entier. Tel l'élégant rendez-vous de chasse de Louis XIII, formant finalement enclave dans la floraison des bâtisses de Mansart, des parcs et des eaux jaillissantes de Le Nôtre. Ici la comparaison passe raison, comme dit le proverbe, et risquerait d'être péjorative, car Ch. Richet a très bien vu, et tout de suit deviné, la portée de ce que l'expérience avait mis entre ses mains, et il faut se féliciter de ce que S. M. le Hasard se soit servie, en l'espèce, d'un instrument aussi adéquat. Pathogénie, diagnostic, thérapeutique, médecine légale, chirurgie, toutes les branches de la médecine — et de la biologie — en ont été plus ou moins éclairées, parfois transformées. C'est un très grand fait, sorti d'une cause infime, à mettre en parallèle avec les plus éclatantes découvertes pastoriennes.

La sensibilité plus grande à un poison, après injection antérieure du même poison, et l'incubation nécessaire, ont été vus souvent (relativement) par des savants rompus à la recherche, sans qu'aucun ait mis la main sur la vérité. Ch. Richet a établi dès l'abord la notion du temps d'incubation et de la persistance de l'état sensible, la concomitance de l'anaphylaxie et de l'immunité, la quasi-spécificité du phénomène, la différence fondamentale des symptômes, lors de la première et de la seconde agression, la sidération du système nerveux central avec chute de la pression, et la nature thermostable du poison. Plus tard, il a découvert, presque en même temps que Nicolle, le fait important de l'anaphylaxie passive, conférée à un animal même par une seule injection de sang d'animal sensible, il a montré qu'on pouvait réaliser le phénomène *in vitro*, par mélange de sérum d'animal sensibilisé et d'antigène, et il a introduit la notion de toxogénine inoffensive, formant avec l'antigène l'apotoxine nocive. Il a étudié à ce point de vue d'autres poisons, comme la toxine végétale de *Hura crepitans*, les toxines extraites des Eponges ou des Moules, réalisé avec netteté la séparation du pouvoir préparant et du pouvoir déchainant des antigènes, aperçu le fait d'une sorte

de sensibilisation générale à tous les poisons chez les animaux anaphylactisés. On trouvera dans son livre (éd. de 1923) l'exposé très bien fait des plus importants travaux autres que les siens: ceux d'Arthus, de Th. Smith, de Rosenau et Anderson, d'Otto, de Besredka, d'Uhlenhuth, de Friedberger, Auer et Lewis, Gay et Southard, Porket et Schick, Doerr, Nicollé et Pozersky, Friedberger et Hartoch, Doerr et Moldovan, Vaughan, Biedl et Krauss, Netter, Lesné et Dreyfus, Gley et Pachon et tant d'autres dont les notes et mémoires dépassent largement le millier. Ainsi ont été mis en évidence l'action des protéiques étrangers, inoffensifs en soi, mais hétérogènes, la nature colloïdale de toutes les substances anaphylactisantes, les conditions qui déterminent la violence et la rapidité du "choc". (Ce mot si heureux est de Besredka). Les animaux autres que le Chien y compris l'Homme, ont été très étudiés, le mécanisme de la chute de pression élucidé en même temps que les altérations ou variations du milieu intérieur, l'anti-anaphylaxie établie sur des bases simples et sûres. Enfin, cet énorme mouvement de faits et d'idées a certainement beaucoup fait pour l'étude théorique et la compréhension des réactions colloïdales, de même que celles-ci, inversement, ont permis de formuler de très ingénieuses explications du phénomène, et de considérer anaphylaxie et immunité comme les modalités extrêmes d'un seul et même fait. Ici se placent les si importantes observations de Bordet sur les sérums gélosés, de Jobling et Petersen sur la "dénudation" du sérum, d'Abderhalden sur les enzymes du sang et l'histamine, d'A. Lumière, sur les faits de floculation des colloïdes (les sels colloïdaux sont la base de toute l'industrie photographique) qui tentent de faire des phénomènes d'hypersensibilité des réactions d'ordre purement physique. Cette opinion est aussi celle de Widal, dont on connaît les beaux travaux d'ordre expérimental et clinique, de Nolf, qui a pris depuis longtemps position, comme Bordet, quand aux équilibres colloïdaux du sang, de Nicolle et Césari enfin. On voit se dessiner, confusément encore, la fin du régime des "phénoménines" où sont restées engluées si longtemps les théories humorales, mais qui, sous forme de concepts que chacun a senti être sans réalité, ont constitué et constituent encore une manière de parler précieuse, un langage chiffré — et sans beauté — qui a seul permis les immenses progrès de l'immunologie. On commence à pouvoir parler, correctement et avec vraisemblance, d'états micellaires, de charges électriques, d'absorption, des conditions régissant l'état dispersé et la floculation, des échanges d'ions entre

milieux séparés par des surfaces ou des membranes, et ces jeunes dieux sortent assez rapidement du cercle étroit des premiers initiés, malgré l'abord décourageant de leur appareil mathématique.

*

* *

Peu d'ouvrages sont de nature à laisser, croyons-nous, une impression aussi complexe que le traité de Métapsychique, vaste volume de 800 pages, de lecture extrêmement attachante et qu'on devine, dès les premières pages, de la plus éclatante bonne foi.

Le sujet sera, dès l'abord, défini avec une netteté parfaite. Laissant à la psychologie la tâche comparativement simple de définir la personnalité humaine, la métapsychique se déchargera, d'autre part, du lourd poids mort de toute théodicée, de tout ce qui est, si peu que ce soit, d'allure religieuse ou mystique, ou supra-terrestre. Il ne s'agira point, ni d'une âme immortelle, ni d'esprits survivants, ni de plans éthérés successifs, il ne s'agira que d'observations et d'expériences. Celles-ci auront trait à des faits qui ne sont pas plus invraisemblables, ni moins, que tous les autres faits naturels, structure de la matière, de l'électricité, arrangement de l'univers et de l'atome, origine, nature et propriétés de la matière vivante, etc. Les faits dont il s'agit sont seulement *inhabituels*, — et toute vérité nouvelle est d'une extrême invraisemblance — ce sont des phénomènes psychologiques ou mécaniques, dus à des forces qui semblent intelligentes, ou à des puissances inconnues latentes dans l'intelligence humaine :

1° Faits de lucidité (ou de cryptesthésie), faculté de connaissance différente des facultés sensorielles normales;

2° Faits de télékinésie, action mécanique sans contact et à distance sur des objets ou des personnes;

3° Faits de matérialisation (ectoplasmie), ou formation d'objets divers d'apparence matérielle confuse, paraissant sortir du corps humain.

Ce sont donc *simplement* ces faits qu'il s'agira de soumettre au pur, sévère, inexorable contrôle de l'expérimentation, rien de plus, rien de moins. A la réflexion, cet exposé rassurant paraît extrêmement ambigu et redoutable, car tout l'inconnaissable ainsi abordé est une très vieille connaissance, il a vu couler sur lui, comme une pierre au lit d'un torrent, toute la mystique, toute la magie, toute

la terreur superstitieuse, la défiance et l'espoir déçu des hommes. Mais surtout, l'épée de Siegfried et son mince bouclier expérimental ne seront-elles pas des armes bien fragiles, et le repaire du monstre n'a-t-il pas des culs-de-sac perfides et des fondrières invisibles ? Tout cela n'est-il pas illusion, un ensemble de "fuites" sur le front d'information de nos sens, et, si cela est, quelle chance avons-nous de jamais apercevoir même cette illusion ?

Un livre tel que celui-ci se verra donc, dès l'abord, fermé — silencieusement — par ceux qui ont *à priori* estimé que ces choses ne nous regardent point, mais fermé aussi — bruyamment — par la masse des religionnaires déçus, qui mettront autant de fureur dans leur dépit qu'ils eussent mis de zèle compromettant à suivre le reflet de leur propre sectarisme. Restent les autres, qui lisent, qui réfléchissent en toute bonne volonté, qui sont ébranlés par la masse énorme des faits bien observés, des expériences concluantes, et cependant... La phobie de l'inhabituel est bien puissante, et il est très malaisé d'imaginer, dans la foule des humains que nous croyons savoir classer, des êtres exceptionnels, inéducable, apparaissant comme des supports de forces inconscientes, et séparés de nous par un fossé infranchissable. Vainement l'on se dit que ce fossé n'est pas réel, que des degrés insensibles conduisent de la psychologie normale à cette psychologie anormale, que peut-être ces degrés divers de médiumnité sont très souvent ignorés de leurs "supports". L'on se dit aussi qu'il est hautement improbable que des centaines d'hommes de haut savoir, rompus aux pièges de l'observation, aient pu, sans exception, être victimes d'erreur ou de supercherie, on pense qu'il y a, dans ces régions occultes, des cercles de plus en plus fermés, mais que, pour les plus accessibles au moins, les faits allégués tant de fois sont en somme croyables et l'on tente d'extrapoler, de s'élever jusqu'aux "cours supérieurs" où siège l'ectoplasmie...

Il ne saurait être question d'analyser, même sommairement, ce livre singulier. Il ouvre sur l'auteur, sur son beau courage, sa foi dans le vrai, son dédain aristocratique des contingences, la puissance de sa pensée, des vues qui, à notre sens, sont plus décisives que toute autre. Il se peut que sa conviction actuelle, qu'il affirme être née et avoir grandi dans les degrés successifs de la répugnance, de la négation, du doute, soit prophétique, il se peut que des forces intellectuelles inconnues, nous laissant aussi stupides "qu'un Hottentot devant les tourbillons de Poincaré, les ondes de Hertz, les microbes de Pasteur ou relativité d'Einstein", nous deviennent un jour fami-

lières et entrent par la grande porte dans le domaine des sciences classées, alors que celles-ci ne seront plus que des choses mortes et sans valeur. Il se peut aussi que les "mondes intellectuels, frémissant autour de nous, et en nous, nous restent pour toujours, peut-être, aussi lointains et incompréhensibles que les étoiles incompréhensibles et lointaines qui peuplent la voûte céleste", mais nous pensons aussi, comme l'auteur, que même si la tâche doit échouer, lorsqu'elle est si grande et si belle, "l'honneur de l'avoir entreprise donne quelque prix à la vie".

C'est en toute humilité, comme en toute indépendance, que nous avons abordé cet essai, bien informe, sur la vie et l'œuvre d'un grand savant, doublé d'un grand artiste et d'un cœur généreux. Si le hasard met ces lignes sous ses yeux, au moment où de toutes parts lui parviendront des témoignages éloquentes de la haute estime où le monde le tient, qu'il veuille bien y voir l'hommage raisonné, très spontané et très sincère du plus effacé de ses collègues, que son œuvre a bien souvent fait penser, et qui garde le souvenir précieux des trop rares instants où il a pu prendre contact avec une aussi rare et attachante personnalité.

SOCIÉTÉS

Société Médicale de Montréal

Séance du 18 janvier 1917

Présidence de M. J. A. Beaudouin

La séance est ouverte à 9 h. 15 avec une assistance de 35.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté à l'unanimité après que M. Marin eut fait remarquer qu'il n'a pas prétendu que le priapisme ne soit pas une manifestation syphilitique mais qu'il n'admet pas qu'il soit une manifestation tabétique.

On lut une lettre de la Montreal Medico-Chirurgical Society au sujet de la nomination d'un bactériologiste municipal.

Présentation de pièces anatomiques :

M. Simard présente les pièces anatomiques: 1° d'une malade ayant souffert d'abcès rénaux; 2° d'un cas de cancer primitif du foie.

DISCUSSION. Ont pris part à cette discussion: MM. LeSage, Langevin, Masson, O. F. Mercier, Oscar Mercier et Gariépy.

Discours du Président. M. J. A. Beaudouin dit en quelques mots tout le plaisir qu'il éprouve de se voir siéger au fauteil présidentiel de la Société Médicale de Montréal, et parle des projets qu'il a en tête en vue d'augmenter la moyenne d'assistance aux séances.

Présentation de malades :

a) Syndrome de Stokes-Adams—M. L. H. Gariépy. M. Gariépy présente un malade fort intéressant. L'histoire des troubles dont a souffert ce malade soulève une discussion très animée à laquelle prirent part MM. LeSage, Pariseau, Bousquet, Léger et Beaudouin.

b) Un cas de microsporidie du cuir chevelu—M. Albéric Marin. M. Marin montre un petit malade souffrant de microsporidie d'Audouini, et dit quelques mots sur le diagnostic différentiel et le traitement.

DISCUSSION. M. Beaudouin s'informe si les cas de teigne sont rapportés au Bureau de Santé comme ils devraient l'être, et si les enfants qui en souffrent sont admis aux écoles.

M. Marin dit qu'il ignore ce qui se fait habituellement, mais que l'enfant qu'il a présenté ce soir continue à aller à la classe.

Observations cliniques :

a) Un cas d'invagination coeco-colique—M. E. Trottier. M. Trottier présente l'observation d'un malade qu'il a opéré, et dit quelques mots sur la pathogénie de l'invagination coeco-colique, ainsi que sur la technique opératoire qu'il a suivie.

DISCUSSION. Ont pris part à cette discussion: MM. Oscar Mercier et Bellerose. Celui-ci prétend: 1° qu'il s'agit ici d'une invagination coeco-iléo-colique; 2° que ces invaginations sont dues à l'appendicite hypertrophiante, à la rétraction du méso-coecum ou à un polyphe muqueux. D'après lui, certains chirurgiens français, entre autres M. M. Mériel, fixent le coecum au petit psoas. C'est d'ailleurs la technique que préconise M. Bellerose, parce que la colopexie au péritoine pariétal n'empêche pas les récides.

b) Un cas d'atrophie du rein compliqué d'un abcès périnéphritique—
M. Oscar Mercier.

DISCUSSION. M. A. Paré demande si M. Mercier a constaté quelque anomalie à l'uretère, et M. Langevin s'informe si les ovaires étaient malades. M. Mercier répond négativement à ces deux questions.

M. Simard demande si M. Mercier est bien sûr qu'il ne s'agissait pas là d'un rein surnuméraire.

MM. Léger et Beaudouin ajoutent aussi quelques mots.

A cause de l'heure avancée, les communications de MM. Bellerose et Boucher sont remises à plus tard.

Affaires de routine. A la demande de M. Bousquet, les membres présents ont résolu, à l'unanimité, que: la Société Médicale de Montréal est d'accord avec les médecins oculistes et s'oppose avec eux à un bill devant être présenté à la Législature provinciale en vue d'augmenter les prérogatives des optométristes de la Province de Québec.

A la demande de M. Léo Pariseau, il a été résolu à l'unanimité que: la Société Médicale de Montréal devrait aider ceux qui voudraient faire défendre l'entrée des cinémas aux enfants de moins de 16 ans.

Avis de motion. Nil.

La séance est levée à 11.35.

Séance du 1er février 1927

Présidence de Monsieur le Professeur J. A. Beaudouin

La séance a été ouverte à 9 h. 10 avec une assistance de 29.

1. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

2. Correspondance. On fit lecture d'une lettre du secrétaire de la Montreal Medico-Chirurgical Society, au sujet de la nomination d'un bactériologiste municipal et d'une autre du Daffydill Committy de Toronto, invitant la Société à se faire représenter à ses réunions de 1927.

3. Présentation de malades. Deux cas d'épithélioma de la peau—M. Albéric Marin. M. Marin présente deux malades souffrant d'épithélioma baso-cellulaire, qu'il se propose de traiter par le curettage et la radiothérapie.

DISCUSSION.. MM. Fournier et DeMartigny prétendent que, d'après eux, il ne faudrait pas toucher à ces épithéliomas à cause du danger de métastases. M. Marin, de son côté, explique que ce genre de tumeur n'étant pas inoculable, il n'y a aucun danger à les curetter.

4. Observations cliniques :

a) Un cas de maladie de Buerger—M. A. Bellerose. M. Bellerose rapporte l'observation clinique d'un malade qu'il a eu sous ses soins et qui souffrait de troubles trophiques des orteils. Il les rapproche de ceux qu'a décrits récemment un médecin allemand du nom de Buerger, et il profite de cette observation pour décrire au long la maladie à laquelle le Dr Buerger a donné son nom.

DISCUSSION. M. Lesage avoue n'être pas au courant des travaux de Buerger, mais prétend connaître assez bien la maladie qu'il a décrite

et à laquelle lui, le Dr LeSage, a toujours donné le nom d'artérite oblitérante. Il cite un cas qu'il a observé encore dernièrement et qui a été considérablement amélioré par la sympathicectomie.

M. Ernest Prud'homme cite lui aussi un cas analogue qui a été apparemment guéri par la sympathicectomie.

M. Marin trouve curieux que MM. Bellerose n'ait pas parlé des modifications de la formule sanguine.

M. Léo Pariseau préconise l'usage des rayons infra-rouges dans le traitement des troubles décrits par M. Bellerose.

M. Simard dit quelques mots sur l'anatomie pathologique des vaisseaux sanguins dans la maladie de Buerger.

M. Bellerose ajoute quelques mots et s'objecte à la sympathicectomie comme traitement de la maladie de Buerger.

b) Un cas d'ulcère perforé de l'estomac. Opération. Guérison.—M. le prof. Marien et M. Armand Paré. M. Paré cite l'observation clinique d'un cas d'ulcère perforé de l'estomac qui a pu être opéré avec succès, parce que le diagnostic en avait été fait très vite.

DISCUSSION. M. DeMartigny félicite le rapporteur, et dit quelques mots sur l'emploi du sérum glycosé en injection sous-cutanée.

c et d) A cause de l'heure plutôt avancée, les communications de M. le professeur J. A. Leduc et M. Longpré sont remis à une séance ultérieure.

5. Travaux originaux et techniques. Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (thoracoplastie extra-pleurale)—M. Ernest Prud'homme. Dans une monographie très documentée mais très bien faite, M. Prud'homme parle de la thoracoplastie extra-pleurale, de ses indications et de ce que l'on est en droit d'en attendre.

DISCUSSION. M. Vidal félicite M. Prud'homme et prétend que la thoracoplastie est surtout indiquée dans les cortico-pleurites.

M. Simard ajoute quelques mots sur l'anatomie pathologique du poumon tuberculeux.

6. Affaires de routine. Nil.

7. Avis de motion. Nil.

La séance est levée à 11 h. 35.

Séance du 15 février 1927

Sous la présidence de M. J. A. Beaudouin.

La séance est ouverte à 9 h. précises, avec une assistance de 25.

1. La lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière assemblée sont remises à plus tard.

2. **Correspondance.** Nil.

3. **Nomination de membres.** Nil.

4. **Intérêts professionnels :**

a) Quelques mots sur le "Bill du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec"—M. Louis Roux.

Avant que le Dr Roux commence la lecture de son travail, M. Léo Pariseau demande que le travail de M. Roux soit déposé devant la Société. La question est trop grave pour que l'on néglige cette mesure.

M. le président approuve les remarques de M. Pariseau, et demande que le travail de M. Roux soit mis entre les mains du secrétaire, pour que tous ceux que la question intéresse puissent le consulter.

M. Roux acquiesce sans hésiter à la demande de M. Pariseau.

M. Roux, après avoir averti les membres de la Société qu'il ne représente personne autre que lui-même, fait une étude du "Bill du Collège des Médecins", et paraît plutôt vouloir défendre les intentions des Gouverneurs du Collège que le projet de loi lui-même.

"Le jour où nous nous joindrons dans un effort commun, où nous présenterons un front uni, après avoir discuté nos petites affaires en famille, le jour où les clans subordonneront leurs exigences au bien-être général et où les jalousies se tairont devant le bien commun, nous pourrons voir le médecin respecté, et compter dans le ciel politique, judiciaire et dans la plèbe simple."

DISCUSSION. Comme il fallait s'y attendre, le travail de M. Roux a donné lieu à une discussion très animée par moments à laquelle ont pris part MM. Léo Pariseau, LeSage, DeMartigny, Robichaud, Dorval, Kennedy, Desrochers et Langevin.

A la suite de cette discussion, il fut proposé par M. LeSage et adopté à l'unanimité des membres présents :

Que la Société Médicale de Montréal approuvait le Bill du Collège des Médecins et Chirurgiens tel qu'amendé par le Comité des Bills privés de la Législature de Québec,

Mais croyait que le mot DEUX devrait être ajouté à l'article 15 après le mot CÉS et avant le mot INFIRMIERES.

b) Des groupements médicaux autonomes—M. A. J. Boisvert.

M. Boisvert suggère de grouper les médecins de la province de Québec par districts électoraux. Chaque district formerait une Société Médicale autonome. Cette Société élirait un ou deux Gouverneurs, selon son importance. Et ces Gouverneurs s'occuperaient de la sauvegarde des intérêts des membres de leur société respective.

DISCUSSION. MM. LeSage, Langevin, Dorval et Beaudouin félicitent le rapporteur, mais préférèrent attendre et étudier le projet de M. Boisvert avant de se prononcer.

5. **Affaires de routine.** Nil.

6. **Avis de Motions. Motions.** Nil.

La séance est levée à minuit.

Séance du 15 mars 1927

Sous la présidence de M. J. A. Beaudouin.

La séance a été ouverte à 9 h. précises, avec une assistance de 45.

1. **Le procès-verbal** des deux dernières séances de la Société furent lus et adoptés à l'unanimité.

2. **Correspondance.** Nil.

3. **Présentation de pièces anatomiques.** Nil, M. Simard étant retenu chez lui par la maladie.

4. **Présentation de malades et observations cliniques :**

a) Quelques remarques sur la dépilation par le procédé Kienbosh-Adamson, avec présentation de malades—M. Albéric Marin.

M. Marin présente deux enfants d'âge scolaire, un souffrant de microsporie du cuir chevelu, et l'autre qu'il a traité il y a quelque temps pour la même lésion, par le procédé Kienbosh-Adamson.

D'après le rapporteur, la microsporie se distingue facilement des autres affections du cuir chevelu, avec ses plaques numulaires, squameuses, ses cheveux cassés courts, mais pas tellement courts qu'on ne puisse les épiler avec les doigts. Cette teigne est causée par un champignon qui infecte le follicule pileux jusque dans sa profondeur, rendant le cheveu friable et cassant. Ceci explique que les topiques même les plus puissants ne puissent guérir cette épidermycose, leur action antiseptique étant toute superficielle; ceci explique également que l'épilation à la pince ou aux doigts est illusoire, les cheveux étant trop fragiles, la traction les brise et la partie infectée reste dans le follicule.

Les Rayons X, à une dose donnée, ont le pouvoir de faire tomber les cheveux sans en empêcher la repousse. On s'en sert dans le traitement des microspories.

Le procédé le plus généralement en usage aujourd'hui est celui de Kienbosh-Adamson, irradiation à feux croisés en surface.

Une ligne médiane antéro-postérieure est tracée sur la tête à irradier, ligne ayant 10 pouces comme longueur, et dont les extrémités sont équidistantes des bordures frontale et occipitale du cuir chevelu. Du centre de cette ligne on trace une autre ligne perpendiculaire se dirigeant de chaque côté vers la limite extérieure des oreilles, ligne dont la longueur est, elle aussi, de 10 pouces. De cette façon, on obtient cinq points: un point central, à l'intersection des deux lignes situées au vertex, un frontal, deux temporaux, un occipital. Ces quatre derniers points sont à égale distance du point central et équidistants entre eux.

Ces cinq points sont les cinq centres d'irradiation. On irradie toute la tête en centrant successivement sur chacun d'eux et en s'arrangeant de façon à ce que les plans d'irradiation soient perpendiculaires les uns aux autres. Le cuir chevelu reçoit ainsi une dose uniformément répartie, grâce au chevauchement des rayons obliques. Les cheveux commencent à tomber 18 jours après, et la repousse se fait, normale, en 2 à 3 mois.

M. Marin ajoute, en terminant, qu'il est surpris de voir que ces enfants, du moins les deux qu'il a présentés à la Société, sont admis à l'école. Il se demande si les médecins visiteurs sont responsables de cet état de chose malheureux.

DISCUSSION. M. Malouf prétend que le médecin-visiteur est impuissant dans la prophylaxie des maladies du cuir chevelu des enfants à cause de certains préjugés dont font preuve et les parents et les directeurs d'école.

M. Lanoie dit que la ville de New-York a résolu le problème en ouvrant des dispensaires et en y envoyant les enfants pour y être traités.

M. Dauth suggère que les médecins en général et les membres de la Société en particulier aident aux médecins visiteurs dans la lutte si souvent ingrate qu'ils ont à faire.

M. le président ajoute quelques mots, et, avec l'assentiment des membres présents, il est décidé qu'une résolution serait présentée à la prochaine séance, ou une des prochaines, ayant pour but de demander aux autorités pourquoi la loi demandant l'isolement des cas de teignes n'est pas respectée.

M. Marin présente un autre malade souffrant d'épithélioma basocellulaire.

b) Quatre cas de polypes de la vessie—M. Oscar Mercier.

DISCUSSION. M. DeMartigny prend part à la discussion ainsi que M. Fournier, qui demande quelques informations sur la qualité des Rayons employés par M. Mercier dans le traitement des cas qu'il a présentés.

5. Travaux originaux et techniques :

Quelques faits acquis à la science, dont on pourrait faire un plus grand usage en hygiène publique—M. J. A. Amyot.

M. Amyot parle des résultats que l'on doit attendre de la vaccination préventive dans la variole, la diphtérie, la scarlatine, la typhoïde et la tuberculose.

DISCUSSION. MM. Harwood et Beaudouin remercient le conférencier. La séance est levée à 11.30 h.

Séance du 5 avril 1927

Présidence de M. J. A. Beaudouin.

1. **Lecture et adoption du procès-verbal** de la dernière séance régulière et d'une séance extraordinaire, où M. Louis Boez était le conférencier.

2. **Correspondance.** Nil.

Avant de procéder à l'ordre du jour, M. DeMartigny se lève sur une question de privilège et propose, secondé par M. Roux, la résolution suivante :

Que la Société Médicale de Montréal sympathise avec MM. Lanorgan et Chabot, dans le procès qui leur est intenté;

Que la Société Médicale de Montréal se fera un plaisir d'organiser une souscription parmi ses membres pour leur venir en aide.

Cette résolution a été adoptée à l'unanimité.

3. Observations cliniques :

Trois cas de corps étrangers de la vessie—Mr. Frs DeMartigny.

DISCUSSION. Ont pris part à cette discussion MM. Rhéaume, O. F. Mercier, Bourgeois, Asselin et Oscar Mercier.

4. Travaux originaux et techniques :

a) Appendicite chronique. Périviscérite.—M. Oscar Mercier.

M. Mercier demande que la lecture de son travail soit remise à la prochaine séance.

b) Notes préliminaires sur le réflexe pendulaire consécutif au test rotatoire de Barany—M. Antonio Barbeau.

M. le professeur E. G. Asselin dépose à la Société Médicale quelques notes relatives à un travail que M. Barbeau a commencé sur le test rotatoire de Barany, et que M. Barbeau présentera plus tard à la Société.

c) Sur quelques dispositifs régulateurs de la circulation périphérique. Leur mise en évidence par certaines tumeurs. Leur constitution normale. Leur fonctionnement probable.—M. le prof. Pierre Masson.

DISCUSSION. MM. Asselin et Léger prennent part à la discussion. M. Beaudouin félicite le conférencier.

6. **Avis de Motions.** Nil.

7. **Motions.** Nil.

La séance est levée à 11.15 h.

Dr Daniel LONGPRE.

REVUE GÉNÉRALE

Analyses de quelques travaux récents

Le babeurre dans l'alimentation des nourrissons (R. Turquety, "L'Hôpital", juin 1927).—Le babeurre, employé dès le XVII^e siècle en Hollande sous forme de soupe au babeurre, reprend en France un regain d'actualité sous l'impulsion des travaux de Marfan et de son collaborateur Turquety.

Ce lait modifié, si on le compare au lait de vache, est caractérisé par : 1° son extrême pauvreté en beurre; 2° son acidité, due à la transformation du lactose en acide lactique; 3° sa richesse en albumine, et l'état particulier de celle-ci.

Sa formule, dit l'auteur, cadre parfaitement avec les idées en cours actuellement sur la tolérance digestive du nourrisson. Il semble bien prouvé en effet que la composition du lait la bien moins tolérée par les nourrissons est le beurre (d'où le succès actuel des laits maigres, laits condensés sucrés et poudres de lait). Le sucre lui-même, facteur de fermentations intestinales, est mal supporté dans les diarrhées; et l'on considère actuellement que les albumines du lait (caséine surtout) sont l'élément le mieux accepté par l'intestin du nourrisson quand cet organe est malade.

Et ceci nous explique théoriquement le renouveau du babeurre dans la diététique du premier âge. Pratiquement, ce succès tient surtout au fait qu'il existe depuis peu dans le commerce des babeurres condensés (Babeurre Nutritia et Babutyrose Lactella) qui s'administrent dilués d'une proportion égale d'eau bouillie. De la sorte, le problème de la préparation du babeurre dans la pratique privée se trouve résolu, puisqu'il est aussi facile maintenant de préparer du babeurre que du lait condensé.

Le babeurre, qui est un lait maigre, ne saurait être considéré comme un aliment normal des enfants du premier âge, car il a une trop faible valeur énergétique ne représentant, par litre, que 520 calories (1 litre de lait de femme = 650 calories; 1 litre de lait de vache = 700 calories). Par contre, c'est un aliment-médicamenteux très précieux et particulièrement indiqué dans l'alimentation des nouveau-nés débiles et dans la réalimentation après la diète hydrique. Dans ces cas les résultats obtenus sont supérieurs à ceux que donnent les autres laits modifiés d'usage courant (laits condensés sucrés et poudres de lait), et l'on peut avancer sans crainte qu'après le lait de femme et le lait d'ânesse — dont il ne peut être question dans notre pays —, il n'existe pas de meilleur aliment que le babeurre pour les nourrissons débiles ou atteints de diarrhée.

PAUL LETONDAL.

La tolérance des nourrissons pour le sucre. Les hautes doses de saccharose chez les bébés cachectiques (P. Nobécourt, "Archives de Médecine des Enfants", juin 1927).—L'auteur résume dans ce mémoire ses travaux antérieurs sur la tolérance des nourrissons cachectiques pour le sucre de canne et donne les conclusions suivantes :

1° *Du point de vue physiologique*, les bébés cachectiques tolèrent remarquablement le sucre de canne. De hautes doses de ce sucre, dissoutes dans un volume de liquide convenable et ne dépassant pas un certain taux par repas, n'entraînent ni saccharosurie ni glycosurie, n'élèvent pas le taux de la glycémie de façon appréciable, améliorant les digestions, entraînant des augmentations de poids.

2° *Du point de vue pratique*, de hautes doses de sucre de canne ont souvent une influence favorable. On peut sans inconvénient et avec avantage ajouter aux aliments du sucre de canne dans la proportion de 10, 15 et même 20 p. 100. En principe, la ration totale de sucre (saccharose et lactose du lait) peut être de 30 grammes par kilogramme corporel, elle sera dissoute dans une quantité de liquide telle que le taux de la solution ne dépasse pas 20 à 25 p. 100.

Il est bien certain, ajoute l'auteur en terminant, que le sucre de canne à hautes doses n'a pas chez tous les malades une action favorable et n'est pas toujours bien supporté. "Dans la communication faite avec Nadal à la Société de pédiatrie en juin 1914, nous relations 16 observations de cachectiques et d'hypotrophiques: 8 de ces enfants avaient bien supporté le régime sucré, et avaient été très améliorés; pour 8 autres, ou bien le sucre avait été mal supporté, ou bien l'évolution de la maladie n'avait pas été bien influencée."

"Il ne faut évidemment pas, disions-nous, s'attendre à obtenir toujours des succès avec ce mode d'alimentation, et à côté des cas heureux nous avons publié des cas défavorables. Les causes et les conditions pathogéniques sont trop variées et trop complexes pour que... les cachexies soient toujours justiciables d'un même régime alimentaire. D'autre part, bien des bébés ont une capacité vitale trop amoindrie pour pouvoir utiliser les aliments, quels qu'ils soient, surtout dans le milieu hospitalier, où se multiplient les causes de déchéance organique."—PAUL LETONDAL.

Urticaire et réserve alcaline. (Pasteur Vallery-Radot, Blamoutier et Laudat *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 6 mai 1926). — Sur 7 cas, deux fois la réserve alcaline était abaissée et l'injection de bicarbonate de soude prévenait les crises. Dans quatre cas à alcalinité normale, quatre fois le bicarbonate de soude a été inefficace. Le cinquième cas à alcalinité élevée, le bicarbonate a réussi vraisemblablement par choc humoral.—ROMEO BOUCHER.

Purpura rhumatoïde pré-tuberculeux (Carnot, Libert et Bariéty, *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 6 mai 1926). — Il faut se méfier des purpuras rhumatoïdes dont les relations avec la tuberculose sont bien connues. C'est ce qui ressort d'une observation rapportée par les auteurs dans laquelle le malade développa ensuite une pneumonie caséuse et finalement une méningite tuberculeuse. Ces purpuras peuvent être localisés à la face dorsale des mains et des poignets, aux membres inférieurs, être disséminés d'emblée ou présenter des phénomènes rhumatoïdes douloureux. En général, c'est le présage toujours grave d'une tuberculose rapide d'évolution.—ROMEO BOUCHER.

Sensibilité et sensibilisation des téguments aux diverses radiations lumineuses. Mode physique et biologique d'action des rayons lumineux sur les téguments (A.-C. Guillaume, *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 13 mai 1926). — Il existe des états morbides résultant d'une sensibilité anormale des téguments à la lumière solaire, surtout aux rayons ultra-violet. En faisant pénétrer dans le corps muqueux de malpighi certaines substances colorantes et en irradiant avec des lampes à arc, l'auteur a noté les réactions d'actinite en employant comme source d'irradiation "les radiations (de la lumière visible) qui correspondaient exactement aux bandes d'absorption constatées dans l'analyse spectroscopique des substances employées comme agent sensibilisateur." Les régions témoins n'ont rien donné. Conclusion: "la sensibilisation des patients n'est pas une sensibilisation aux radiations ultra-violettes, mais une sensibilisation à certaines radiations de la lumière visible qui se superposent aux précédentes pour donner cette activité. Toute substance fluorescente étant sensibilisante, les pigments sanguins et biliaires, les états pellagroïdes, le fagopyrisme et l'alimentation végétale peuvent donc donner de l'actinite par le même mécanisme.—ROMEO BOUCHER.

A propos de la réactivation de la réaction de Bordet Wassermann (Marcel Pinard, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 13 mai 1926). — M. P. présente un malade atteint d'une crise d'urémie qui mit en évidence une syphilis latente. Un choc médicamenteux, un traumatisme, une gestation, une maladie infectieuse, une crise aiguë au cours d'une affection chronique peuvent aussi produire cette réactivation. Il ne faut pas, de là, conclure que les examens négatifs antérieurs ont été des erreurs de laboratoire. Bien au contraire cela indique une syphilis larvée mise en évidence par un choc sérologique. Il faut conserver aux réactions de fixation de la syphilis toute leur valeur.—ROMEO BOUCHER.

Retentissement œsophagique et duodénal d'un cancer gastrique sous-cardiaque à forme hémorragique et anémique (LeNoir, Bariéty et Mamoul, *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 13 mai 1926). — Les auteurs relatent l'observation d'un malade souffrant de cancer à forme larvée, ce qui n'est pas rare, avec anémie hypoplastique, presque aplastique et dont les signes cliniques et radiologiques ont été fallacieux au point de faire croire à une lésion duodénale, puis à une lésion œsophagienne. En outre d'un problème de localisation ce cas pose nettement un problème de pathogénie: l'origine nerveuse réflexe ou l'origine toxique de ces troubles.—ROMEO BOUCHER.

Note sur les propriétés thérapeutiques de l'osséine (Maurin, *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 2 nov. 1926). L'osséine est la substance organique obtenue en débarrassant l'os de sa matière minérale. C'est une substance collagène, au point de vue chimique quaternaire ($C^{12}O^4H^{10}AZ^2$) qui joue un rôle important dans le métabolisme animal comme aliment d'épargne, comme agent régénérateur du tissu conjonctif et comme agent

reminéralisateur. Des tuberculeux ont été grandement améliorés par son emploi et des fractures consolidées. L'auteur déplore de ne pouvoir la trouver dans le commerce et s'élève contre sa confusion avec la gélatine avec laquelle elle n'a aucun rapport tant dans sa formule chimique que dans ses propriétés thérapeutiques.—ROMEO BOUCHER.

Pour combattre chez les prostatiques la rétention urineuse chronique incomplète sans recourir au cathétérisme (Pila de Pollozzi, *Paris Médical*, 13 nov. 1926). — A la période de rétention chronique incomplète le cathétérisme quotidien devient indispensable si l'on veut exclure l'intervention chirurgicale. Comme on sait que cette rétention est dû à une espèce de cul-de-sac, appelé bas-fond par Guyon, provoqué par le développement de la prostate et que c'est là que gît le résidu urinaire il devient évident qu'en le comblant on fera disparaître la rétention, et on évitera le cathétérisme. Il faut pour cela un liquide, non irritant pour la muqueuse vésicale et antiseptique au cas où il y aurait cystite, d'une densité supérieure à celle de l'urine, laquelle ne pourra non plus l'altérer ou le dissoudre. L'huile de sésame bromé à 33% de brome paraît remplir toutes ces conditions et a donné à l'auteur d'excellents résultats.

ROMEO BOUCHER.

Balano-posthites et vulvo-vaginites non vénériennes (F. Balzer, *Le Progrès Médical*, 7 déc. 1926). — En général, localisations arthritiques favorisées par le terrain séborrhéique que sont, chez l'homme et chez la femme, les organes génitaux externes où elles provoquent, entre maris et femmes, des affections similaires. *Traitement*: antiseptiques usuels d'abord, vérification du plus ou moins grand degré d'alcalinité ou d'acidité des sécrétions muqueuses. En cas d'eczématisation, traitement local et général de l'eczéma. Si l'affection est due à un microbe particulier: bactériophagie ou auto-vaccin.—ROMEO BOUCHER.

Les spasmes artériels par le strophanthus et la digitaline (G. Etienne et P. Gerbault, *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 9 déc. 1926). — Les auteurs rapportent un cas de spasme artériel encéphalique avec *restitutio ad integrum* de la fonction cérébrale causé par l'emploi de la digitaline et de l'extrait de strophanthus. L'hémiplégie ne fut que transitoire et sans rapport avec une embolie. Ce cas n'est pas isolé et vient à l'appui de la théorie de Mathieu: "les médicaments agissant sur le myocarde peuvent aussi agir sur les fibres musculaires artérielles dont la fonction est solidaire de celle des fibres myocardiques. Inutile d'ajouter que dans ce cas comme dans tous ceux qui ont été rapportés, l'emploi de ces tonocardiaques était amplement justifié.—ROMEO BOUCHER.

Cancer et opothérapie (Dr Naarmé, *Rev. Franç. d'Endocrinologie*, octobre 1926). — Partant du principe qu'une tumeur maligne est toujours liée à une viciation sécrétoire glandulaire, associée à un déficit nutritif local, N. a prescrit systématiquement la thyroïde pour combattre cette

anarchie cellulaire et une opothérapie variable selon le siège du cancer et le sexe du malade. Il rapporte un cas de cancer gastro-intestinal amélioré pendant un certain temps et chez lequel un écart de régime fut fatal et un autre de cancer du sein avec métastose de la face. Soixante injections d'opothérapie thyromammaire les ont fait disparaître. La malade se porte très bien depuis un an mais reçoit de temps à autre des séries d'injection.—ROMEO BOUCHER.

Recherches sur l'azotémie en chirurgie (Crainicianu et Florian, *La Presse Médicale*, 10 nov. 1926). — Il peut exister des cas où l'azotémie est élevée avant l'opération, sans que les suites opératoires soient plus graves et d'autres où l'azotémie étant normale elles sont compliquées par de l'insuffisance rénale grave. A cause des critiques subies dernièrement par la constante d'Ambard, les auteurs ont toujours employé le P. S. P. Pour éliminer le rôle de l'anesthésie et de l'anesthésique, les auteurs ont anesthésié *inutilement* sans opération, huit malades différents avec des anesthésiques différents sans jamais rencontrer d'élévation urémique post-anesthésique. Quant à l'oligurie, elle n'a aucune espèce de relation sur le dosage sanguin de l'urée. *Conclusion*: l'azotémie post-opératoire est due surtout aux "résorptions de toxines, cellules et tissus". C'est selon l'expression des auteurs une uréo-genèse histolytique.

— ROMEO BOUCHER.

Transmission intra-utérine du virus tuberculeux de la mère à l'enfant (Calmette, Valtis, Lacomme, *La Presse Médicale*, 10 nov. 1926). — Neuf enfants ou fœtus n'ayant jamais eu après leur extraction ou naissance de contact avec leur mère tuberculeuse ont été examinés systématiquement au point de vue tuberculeux. Chez trois d'entre eux, on a pu trouver, par examen direct, des bacilles, mais *tous* avaient "dans leurs viscères et dans leurs ganglions cormaires ou mésentériques des éléments virulents" capables de reproduire expérimentalement des bacilles tuberculeux. *Conclusions*: le passage du virus tuberculeux de la mère au fœtus est moins exceptionnel qu'on ne le croit; il existe un ultra-virus tuberculeux capable d'engendrer le bacille de Koch. Ces notions ne doivent nullement entraver la prophylaxie actuelle, la contamination directe, restant le plus important facteur de la propagation tuberculeuse.

ROMEO BOUCHER.

Toux incessante avec hémoptysies, éosinophilie massive et polyglobulie, due au tania inerte (Pagniez et Lerond, *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôpitaux de Paris*, 23 déc. 1926). — Observation d'une jeune Syrienne secouée par des secousses de toux rauque et quinteuse, sans signe stéthacoustique ou radiographique. Aucune amélioration par tous les calmants d'usage. Hémoptysies fréquentes, amaigrissement, état sub-fébrile. Analyse du sang révèle 60% d'éosinophiles et sept millions de globules rouges. Diagnostic: parasitose intestinale. Le thymol et l'extrait éthéré de fougère mâle pris à plusieurs fois, la tête du tania ne voulant pas passer, débarrassent enfin la malade de cet hôte incommode et lui rendent la santé.—ROMEO BOUCHER.

BIBLIOGRAPHIE

L'ANNEE MEDICALE PRATIQUE, publiée sous la direction de C. Lian, Agrégé, Méd. des Hôpitaux. — Préface du prof. E. Sergent, 5e année, 1 vol. in-16, 584 pages, 7 fig. Edit. R. Lépine, 3, rue Vécélap. Prix: 24 francs. Z

Les médecins qui ne connaissent pas encore l'*Année médicale pratique* auront la grande satisfaction, en lisant ce volume (5e année), de constater combien il est agréable de trouver toutes les données nouvelles et pratiques exposées en 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, et rédigés par des spécialistes pour chacune des branches de l'activité médicale (médecine, chirurgie, obstétrique, ophtalmologie, etc.). Ils se réjouiront également de rencontrer dans ce petit livre les notions nouvelles en législation médicale (lois, procès), ainsi que la liste de tous les médicaments, appareils et livres nouveaux.

Quant aux fidèles lecteurs de l'*Année médicale pratique*, ils apprendront avec plaisir par cette note la récente publication du volume qu'ils attendent chaque année avec une légitime impatience, car ils se sont nettement rendu compte qu'il est impossible de bien connaître et d'appliquer facilement les nouveautés médicales, si l'on n'a pas tous les ans sur son bureau le dernier volume de l'*Année médicale pratique*.

LES PETITES MALADIES ET LEUR TRAITEMENT, par L. Williams, Médecin des Hôpitaux français de Londres. Traduit sur la cinquième édition anglaise par le Dr F. Françon, ancien interne des Hôpitaux de Paris, Médecin consultant à Aix-les-Bains. Un volume in-8: 25 fr. (Librairie Félix Alcan.)

L'idée de cet ouvrage remonte aux débuts de l'auteur, en clientèle. Frais émoulu de l'Ecole, il s'aperçut que ses études l'avaient bien préparé à combattre les grandes maladies, fièvres typhoïdes, valvulites, rhumatisme articulaire aigu, mais non celles pour lesquelles il était le plus souvent consulté, rhumes, dyspepsies, etc. Constatation plus décevante encore, sur la description et le traitement de ces affections plus humbles, les manuels observaient un silence prudent. Cette lacune de l'enseignement et des traités, l'auteur résolut dès lors de la combler quand une expérience personnelle suffisamment prolongée lui aurait donné le savoir indispensable. Vingt ans après (1906), il publia son livre pour éviter à jamais les "difficultés" qu'il avait rencontrées: cinq éditions successives (la dernière de 1923), témoignent du succès qu'il rencontra chez nos amis d'Outre-Manche.

Nous pensons qu'il trouvera chez nous la même faveur: les sujets qu'il aborde, appartiennent tous au cadre de la médecine journalière et le praticien y trouvera d'utiles suggestions thérapeutiques et de nombreuses formules. Nous ne pouvons songer à en donner ici une analyse

même succincte car les "Petites Maladies" ont un domaine singulièrement vaste. Signalons cependant le chapitre consacré aux dyspepsies dont il donne un schéma d'une séduisante simplicité, celui qui a trait aux affections rhumatismales groupées en une synthèse harmonieuse, celui enfin qui résume les indications des médicaments "capitaux" (arsenic, mercure, digitale, iodure de potassium, etc.), et qui évoque les meilleures pages d'un livre classique chez nous. Néanmoins, l'importance que Williams, fort des idées de Sir J. Mackenzie, attribue à l'Hygiène et à la prévention.

Les qualités de l'auteur — esprit clinique, pondération des jugements, clarté de l'exposition, langue alerte et imagée — plairont chez nous: nous lui souhaitons tout le succès qu'il mérite.

ETUDES DE GYNECOLOGIE CLINIQUE ET OPERATOIRE, publiées sous la direction de J.-A. Doléris, Paul Petit-Dutaillis, H. Roulland. Fascicule I avec la collaboration de MM. O. Beuttner, P. Dalché, J. Laurence, E. Ozanne, P. Séjournet. Un volume in-8 jésus, 176 pages avec 25 figures. 25 fr. (Majoration 40%). Fascicule II par Paul Petit-Dutaillis. Un volume in-8 jésus 106 pages avec 58 figures. 20 frs. (Majoration 40%).

J.-A. Doléris et deux de ses anciens assistants, Paul Petit-Dutaillis et H. Roulland, ont entrepris la publication d'*Etudes de Gynécologie clinique et opératoire*, où il sera surtout question de *gynécologie conservatrice*, heureusement à l'ordre du jour.

Le premier fascicule (25 figures) contient les articles suivants: *Evolution moderne de la Gynécologie*, par Doléris; — *Examen gynécologique méthodique*, par G. Laurence; — *Molimen cataménial et ses Accidents*, par Paul Dalché; — les Infections puerpérales (exposé complet des formes cliniques et des modalités actuelles du traitement), par Roulland; — *Syphillis tertiaire de l'Utérus*, par E. Ozanne; — *Allongements congénitaux et évolutifs du Col utérin*, par P. Séjournet; — *Traitement chirurgical de la Métrite chronique du Col par l'Evidement cylindrique suivi de sutures*, par P. Petit-Dutaillis; — enfin quelques planches d'O. Beuttner sur l'*Hystérectomie fundique*.

Le deuxième fascicule, par P. Petit-Dutaillis, traite de la *Radiothérapie, de la Chirurgie et de la Radio-Chirurgie des Epithéliomes du Tractus génital, des Fibromes utérins et des Troubles crypto-lésionnels aïts purement fonctionnels*. Après une synthèse très claire des principes généraux de la curiethérapie basés sur ses facteurs physiques et biologiques, — plaidoyer aussi vif que convainquant en faveur de la chirurgie qui, d'après l'auteur, seule est souvent de mise, seule est capable, avec doses modérées de radium, d'assurer une irradiation méthodique et complète en cas de cancer inopérable du col, — et, s'y combinant, semble pouvoir renoncer, pour le cancer opérable de même origine, à l'hystérectomie élargie; — procédé personnel du curiethérapie pariétale; — étude

assez fouillée du cancer de la vulve, technique de la vulvectomie méthodique; — mise au point très nette des indications du traitement radiothérapique ou chirurgical des fibromes; — appel à la modération pour la radiothérapie des troubles gynécologiques dits purement fonctionnels. (58 figures explicatives) sur le diagnostic, l'anatomie chirurgicale et la technique opératoire.

LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE DE LA SYPHILIS, par Jean Golay, Privat docent de Dermatologie et de Syphiligraphie à l'Université de Genève. Vigot frères, éditeurs, 23 rue de l'École-de-Médecine, Paris. In-8, 128 pages 12 fr.

Il existe à l'heure actuelle un si grand nombre de publications, une telle abondance de précis et de volumes divers qui traitent de la syphilis, qu'il peut paraître inutile, voire même quelque peu puéril, d'en vouloir publier un nouveau. Fournier, notre maître à tous, a si magistralement décrit les diverses manifestations de la syphilis, que malgré l'ancienneté des travaux du grand syphiligraphe français, nous nous inclinons encore devant la clarté de ses exposés, la justesse de ses conceptions et l'étude de ses connaissances. Depuis lors, bien des auteurs ont livré au public médical des ouvrages de valeur sur le même sujet et qui comprennent le plus souvent des considérations détaillées sur les grandes découvertes de la syphiligraphie moderne, le tréponème pâle, la réaction de Bordet-Wassermann et les traitements arsenicaux et bismuthiques. Il semble donc que l'on ne saurait ajouter à ces travaux si complets quelque chose de nouveau. Et cependant il manque à la syphiligraphie une conception d'ensemble de la maladie.

Il est en effet curieux de constater qu'il n'existe aucun essai de pathogénie générale de la syphilis. On peut lire, certes, dans les journaux scientifiques de nombreux travaux épars et souvent fort instructifs sur tel ou tel point de la question, mais nulle part on ne trouvera une étude condensant en un seul tout les lois qui paraissent régler l'évolution si spéciale, si variée et si intéressante de la lues.

C'est pour combler cette lacune que l'auteur a cherché à donner de la syphilis une idée d'ensemble et tenté de grouper en un tout harmonieux les connaissances acquises qui malgré leur complexité paraissent pouvoir se résumer très logiquement en quelques règles fondamentales. Cette étude, par conséquent, ne comprendra pas d'analyse symptomatique détaillée des divers accidents cutanés ou viscéraux; elle est destinée uniquement à établir à la lumière de la science moderne le pourquoi des différentes manifestations et localisations de la lues ainsi que le cause de ses périodes de latence.

De telles recherches présentent un haut intérêt: si elles n'apportent au médecin praticien aucune description minutieuse utile pour le diagnostic, elles lui fourniront par contre une conception générale de la maladie

absolument nécessaire à la compréhension des faits et de leur enchaînement et fort instructive en outre pour la conduite du traitement.

Ce petit volume s'adresse aussi bien au médecin qu'à l'étudiant. Précédé d'un court aperçu sur le tréponème pâle, il est divisé en une série de chapitres consacrés aux diverses périodes de l'évolution syphilitique. Chaque chapitre est divisé lui-même en deux parties distinctes; la première concerne le tréponème, la seconde étudie les réactions organiques et comprend en outre quelques remarques sur la réaction de Bordet-Wassermann et le traitement.

Les conceptions de l'auteur sont toutes basées sur les résultats de l'expérimentation aussi bien que sur des considérations cliniques, c'est-à-dire sur des faits solides dont l'hypothèse est exclue. Ce travail rendra service aux nombreux médecins désireux de comprendre le pourquoi des diverses manifestations syphilitiques et par là même il contribuera à l'avancement de la science.

LES INSUFFISANCES PANCREATIQUES, par M. Chiray, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des Hôpitaux, et J. Lebon, ex-interne des Hôpitaux de Paris, médecin des Hôpitaux d'Alger. 1 volume de 210 pages. (Collection Médecine et Chirurgie pratiques). Masson et Cie, éditeurs.) France et Etranger, 20 frs (sans maj.).

Le pancréas comprend deux sortes de formations cellulaires différentes au point de vue histologique et auxquelles sont dévolues des fonctions distinctes: les **acinis glandulaires**, cellules sécrétantes et qui constituent la **glande exocrine** du pancréas, et les îlots de Langerhans qui représentent la **glande endocrine** du pancréas.

Le pancréas présente donc une dualité physiologique. Par sa glande exocrine, il élabore un suc digestif que le canal de Wirsung excrète dans le duodénum où, avec la bile et le suc entérique, il participe à la digestion intestinale. Quant à la glande endocrine, elle sécrète un hormone résorbé par voie sanguine dans l'organisme, où elle joue un rôle capital et complexe dont la part la plus importante réside dans le métabolisme des hydrates de carbone.

On peut donc envisager deux grands ordres de troubles fonctionnels pancréatiques qui sont en pratique le plus souvent dissociés, mais qui peuvent sans doute se trouver conjugués. Ce sont, d'une part, l'insuffisance pancréatique externe qui se traduit par de la dyspepsie intestinale; d'autre part, l'insuffisance pancréatique interne dont les syndromes diabétiques sont dans la majorité des cas l'expression symptomatique plus ou moins complète.

Dans ce petit livre, les auteurs étudient parallèlement les deux variétés d'insuffisance pancréatique au point de vue clinique et thérapeutique. Ils insistent spécialement sur le **diagnostic de l'insuffisance pancréatique externe par le tubage duodénal**. En étudiant l'insuffisance pancréatique interne, ils passent en revue les méthodes d'appréciation de

celle-ci au cours des syndromes diabétiques et précisent les principes directeurs qui peuvent actuellement orienter les médecins dans l'opothérapie insulinique de ces syndromes.

TECHNIQUE DE LA REACTION DU BENJOIN COLLOÏDAL, par Georges Guillain, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière, Guy Larcche, médecin des Hôpitaux de Paris, et P. Léchelle, médecin des Hôpitaux de Paris. Une brochure de 36 pages. (Masson et Cie, éditeurs.) France et étranger, 11 frs (sans maj.).

Les auteurs faisaient paraître en 1922 un petit livre aujourd'hui épuisé sur la réaction du benjoin colloïdal et les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien. Cette réaction simple, facile, pratique, est du plus grand intérêt pour les neurologistes, les psychiatres et tous les médecins, car elle permet aussi bien que la réaction de Wassermann de faire rapidement le diagnostic de la syphilis évolutive du système nerveux.

Une nouvelle édition de cet ouvrage ne pouvait paraître qu'après un long travail, en raison des nombreux travaux français et étrangers; les auteurs répondant aux désirs des biologistes rééditent dans cette brochure un simple exposé de la technique de la réaction sans aucune bibliographie et sans aucune considération technique.

L'EXAMEN MÉDICAL EN VUE DU MARIAGE.—Les Drs René Sand, Govaërts (de Bruxelles), le Dr Haskovec (de Prague), Mlle le Dr Van Herwerden (d'Utrecht), MM. Louis Forest, Lucien March, le professeur Letulle, les Drs Apert, Heuyer, Papillaut, Queyrat, Georges Schreiber et Vignes (de Paris). — Bibliothèque des Connaissances Médicales, dirigée par le Dr Apert. — Un volume in-18 jésus. Prix: 12 francs. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Il ne peut être question d'appliquer à l'espèce humaine les méthodes de sélection des reproducteurs qui ont permis aux éleveurs d'obtenir des sujets perfectionnés. Mais il est légitime de tenir compte de ces méthodes pour, tout en restant dans les possibilités pratiques, se départir de la coupable inertie actuelle. Certains états morbides des futurs époux, certaines anomalies à peine remarquées peuvent néanmoins avoir de graves conséquences pour le sujet lui-même, pour son conjoint, pour les enfants éventuels; si les époux connaissaient leurs tares, et étaient éclairés sur elles, il serait parfois facile d'en prévenir les conséquences défectueuses possibles. Il ne s'agit pas d'écarter du mariage tout sujet non exempt de tare; le conseil de s'abstenir du mariage ne saurait s'appliquer qu'aux cas où l'union serait évidemment désastreuse, voire criminelle. C'est heureusement l'exception. Dans la très grande majorité des cas, un examen médical avant le mariage, suivi de conseils appropriés, pourra prémunir les futurs époux contre des éventualités fâcheuses soit

pour eux-mêmes, soit pour leur descendance.

Sur quelles bases doit reposer cet examen ? Doit-il rester libre et facultatif ? Doit-il être organisé administrativement ou même imposé législativement comme cela a été réalisé dans divers pays ? Sur quels éléments faut-il se baser pour donner les conseils les plus efficaces ? Telles sont les questions traitées dans ce volume. Le sujet étant encore controversé, il a paru utile de recourir à la collaboration d'auteurs divers exposant chacun son point de vue. Le volume réunit ainsi toutes les opinions et agrège tous les documents et renseignements utiles sur le sujet traité et sur ce qui a été déjà fait et appliqué dans divers pays. Ainsi rédigé ce petit livre sera lu avec le plus grand profit, non seulement par ceux qu'intéressent les questions sociales et l'avenir de la nation et de l'humanité, mais aussi plus simplement, par les pères et mères de famille qui songent à marier leurs enfants, par les jeunes gens sur le point de fonder une famille, par les époux ayant la légitime ambition de procréer de beaux enfants.

LES NOUVELLES METHODES SUR LES REACTIONS COLLOIDALES
DU LIQUIDE CAPHALO-RACHIDIEN, par Eugène de Thurzo, Assis-
tant de la Clinique neurologique et mentale de Debresen. In-8 de
182 pages, 3 planches en couleurs, 30 francs. Editions Médicales
N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, VIe.

Le fait, qu'on peut retrouver parmi les cultivateurs de la littérature médicale, les médecins savants et investigateurs de toutes les nations, a toujours montré l'importance mondiale de la science médicale française. L'apparition dans ces jours d'un livre d'un auteur hongrois présente un nouveau progrès sur le terrain de la littérature scientifique médicale. Le docteur Eugène de Turzo, l'assistant et chef de laboratoire de la clinique neurologique et mentale de Debresén, offre un livre titré. Les nouvelles méthodes sur les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien, édité par Norbert Maloine, Paris 1927. L'auteur énumère dans cette oeuvre les résultats de ses expériences et ses observations propres. On observe au premier lieu l'influence de l'école française sur ses travaux et l'auteur continua ses investigations scientifiques à la suite des données des auteurs français, dont Guillain, directeur-professeur de la Clinique Charcot — Hôpital Salpêtrière de Paris — souligne dans son avant-propos de ce livre.

Cette oeuvre certifie l'activité largement scientifique — ue des Uni-
versité de la Hongrie mutilée — et fait l'honneur de la plus jeune
Université, Etienne Firza dont la clinique neurologique et mentale a
déjà enrichi la science médicale Par les nombreux travaux dus à la
plume de l'éccle du directeur-professeur bien connu M. Benedi.