

priété de donner naissance, dans un milieu déterminé, à des fermentations d'espèce différente. De telle sorte qu'il y aurait des spores différentes pour les fermentations alcoolique, lactique, butyrique, etc. *N'existerait-il pas aussi des spores morbides...*, spores qui n'attendraient que certaines circonstances déterminées pour révéler leur existence, se développer, se multiplier, et donner naissance à la prétendue fermentation morbide? N'a-t-on pas dit que le pus faisait le pus? *Il est peut-être une sporule purulente qui rendrait compte de l'infection purulente; il est peut-être aussi une sporule dysentérique, une sporule cholérique, etc., etc.* Les faits de contagion se trouveraient ainsi expliqués, si l'on pouvait découvrir la présence de ces spores morbifiques; mais, pour arriver à cette découverte, il faudra suivre la voie tracée par M. Pasteur et procéder avec la même habileté et la même patience expérimentales. »

Eh bien! messieurs, que pensez-vous de cette prophétie géniale, et, si à l'instant, Trousseau apparaissait parmi vous, de quelle acclamation le salueriez-vous, cet homme qui, si longtemps à l'avance, prédisait et glorifiait les découvertes de notre illustre Pasteur! Il demandait qu'on recherchât la sporule de l'infection purulente; nous la connaissons, maintenant, elle s'appelle le streptocoque; il demandait qu'on découvrit les germes morbifiques de la diphthérie, de la fièvre typhoïde, du choléra; nous les connaissons maintenant; ils sont les témoins irréfutables de la spécificité morbide qu'il avait si hautement proclamée au nom de la clinique!

Ce que nous appelons aujourd'hui le microbisme latent, c'est-à-dire le silence longtemps prolongé des germes dans l'organisme, ainsi que la conservation de ces germes morbifiques en dehors de l'organisme, tout cela était connu de Trousseau, qui ne manquait pas d'en citer de nombreux et saisissants exemples, quand il cherchait, à l'occasion de l'éclosion des maladies, à faire la part de la graine et la

part du terrain, c'est-à-dire la part de l'économie vivante.

Ne croyez pas, en effet, que, dans la détermination des maladies, Trousseau fût disposé à donner à la graine (au microbe) un rôle par trop prépondérant. Il faut voir avec quelle insistance il met en relief le rôle et la valeur du terrain; ce terrain qui fait que chacun de nous individualise la maladie à sa manière; ce terrain que nous recevons par héritage ou que nous façonnons au cours de notre existence; ce terrain qui, suivant les états d'immunité, de réceptivité, d'opportunité morbide, peut annihiler, peut favoriser ou modifier à l'infini le développement des germes. Ici encore, les idées actuelles concordent de tous points avec les doctrines de Trousseau.

Après cette vue d'ensemble sur l'œuvre de Trousseau, je n'en finirais pas, messieurs, si je voulais vous rappeler tous les sujets qu'il a enfantés, élucidés ou vulgarisés. Je ne peux pourtant pas les passer tous sous silence.

Ainsi, ses travaux sur la diphthérie resteront un modèle inimitable, dont les moindres détails se trouvent confirmés par les découvertes bactériologiques. La fausse membrane était si peu, pour Trousseau, la caractéristique de la diphthérie, que, dans sa leçon sur l'angine couenneuse commune, il a bien soin de diviser les angines membraneuses en deux catégories, celles qui sont diphthériques et celles qui ne le sont pas.

La diphthérie était tellement, dans son idée, une maladie toxique, qu'il nous la fait connaître sous une forme non décrite avant lui; il crée, à cette occasion, la dénomination de diphthérie maligne et il en retrace, du premier coup, un tableau si saisissant et si complet, qu'on ne saurait y rien ajouter après lui.

Discute-t-il la nature des paralysies diphthériques, il n'hésite pas à conclure qu'il s'agit là de paralysies toxiques dues au poison diphthérique; conclusion rigoureusement vraie, puisque MM. Roux et Yersin, dans une série de remarquables travaux, ont découvert la toxine diphthérique et ont

expérimentalement démontré le rôle de cette toxine dans la genèse des paralysies.

Cherche-t-il à élucider la question si controversée des angines de la scarlatine, il nous montre, d'une part, qu'il existe des angines pultacées et des angines membraneuses qui n'ont rien à voir avec la diphthérie — c'est à leur sujet qu'il crée son fameux aphorisme : la scarlatine n'aime pas le larynx — et il nous enseigne, d'autre part, qu'il existe au décours de la scarlatine des angines membraneuses secondaires ou tardives, trop souvent tributaires de la diphthérie. Ce que Trousseau précisait si nettement au nom de la clinique, les recherches actuelles l'ont de tous points confirmé.

Partout, vous le voyez, même sûreté de jugement, même intuition de la vérité.

Dois-je vous rappeler les fameuses leçons sur les fièvres éruptives et sur l'infection purulente? Vous parlerai-je des chapitres concernant l'aphasie, la maladie d'Addison, la maladie de Basedow, et tant d'autres sujets que Trousseau prenait à l'état presque embryonnaire, mais qu'il mûrissait hâtivement, qu'il faisait éclore, et qui prenaient ensuite leur essor, marqués au coin de son talent et de son autorité?

Qui n'a présent à l'esprit ses cliniques sur la pleurésie; que vous dire que vous ne sachiez sur la thoracentèse et sur la trachéotomie, deux des plus beaux fleurons de sa couronne? En vous parlant de ces opérations, dont il fut l'initiateur et on pourrait dire l'inventeur, je touche à un sujet qui nous révèle les tendances chirurgicales de Trousseau. Ces tendances chirurgicales, on les retrouve à chaque instant dans ses écrits, et sa belle leçon sur les phlegmons périnéphrétiques semble vraiment être l'œuvre d'un chirurgien. C'est qu'en effet Trousseau possédait à fond l'anatomie et la médecine opératoire; vous en serez moins surpris,

quand vous saurez que, le jour où il était élu agrégé de la Faculté de médecine de Paris, ce même jour, il était nommé chirurgien en chef de l'hôpital de Tours.

L'esquisse incomplète que je viens d'ébaucher à grands traits ne donne qu'une faible idée de ce que fut l'illustre professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu, mais cette esquisse, tout imparfaite qu'elle est, permet d'entrevoir l'importance et l'étendue de l'œuvre magistrale de Trousseau : cette œuvre est pour nous une source inépuisable d'instruction et de lumière.

Il est trois hommes, à mon avis, qui, à des titres divers, auront exercé une influence prépondérante sur les destinées médicales de ce siècle : ces génies bienfaisants sont Laënnec, Trousseau et Pasteur!

Maintenant, messieurs, comment descendre des sommets où vous avez bien voulu me suivre, et comment trouver une transition pour vous convier à écouter quelques instants ce que j'appelais prétentieusement, au début de cette séance, mes idées sur l'enseignement clinique. Je vous demande encore quelques moments de patience, je n'en abuserai pas. A croire certains réformateurs, les grandes découvertes de notre époque seraient en train de saper les doctrines médicales du temps passé, et de la vieille médecine il ne resterait bientôt plus que des épaves. A cette médecine séculaire, dite médecine d'observation, on oppose la médecine nouvelle, dite médecine d'expérimentation. L'exagération s'en mêlant, il semblerait vraiment que les expériences sur les animaux dussent remplacer avec avantage l'étude du malade, et la fréquentation de l'hôpital n'aurait plus qu'un intérêt secondaire, distancé par l'intérêt dominant du laboratoire; encore un peu et on arriverait à paraphraser un mot célèbre : « La médecine! nous avons changé tout cela. »

Essayons, si vous le voulez bien, de remettre les choses à leur vraie place, et commençons par dresser le bilan de

Penseignement clinique actuel. Il est évident que cet enseignement clinique n'est plus tout à fait, aujourd'hui, ce qu'il était il y a quelques années ; il s'est modifié, il se transforme tous les jours, il s'enrichit, et c'est à nous de savoir mettre à profit ses richesses. Pour bien faire comprendre cette continuelle transformation, je vais choisir quelques exemples qui feront mieux saisir ma pensée.

Voici un individu qui vient vous consulter pour une bronchite légère, consécutive, paraît-il, à une grippe ou à un refroidissement. Du reste, pas de fièvre, pas d'amaigrissement, appétit fort bon, état général excellent, et, n'étaient la toux et l'expectoration, cet homme ne songerait même pas à se soigner, tant son indisposition le préoccupe peu. L'auscultation de la poitrine ne dénote que quelques râles, sans localisation et sans importance. Devant un cas aussi simple, aussi anodin, vous n'hésitez pas à porter le pronostic le plus favorable, et vous pouvez, sans vous compromettre, affirmer que la maladie guérira.

Mais voici que l'analyse des crachats démontre d'une façon indéniable que cet homme a une bronchite tuberculeuse. Du même coup tout s'écroule, diagnostic, pronostic et traitement. Cette maladie, que vous considérez à tort comme tout à fait bénigne, vous apparaît maintenant, pour l'avenir, d'une excessive gravité. Cliniquement, j'en conviens, vous n'aviez aucune raison pour penser à la tuberculose, car vous n'aviez constaté ni signes, ni symptômes qui vous permettent de porter ce diagnostic, et cependant le malade est tuberculeux. Cela prouve que, dans le cas actuel et dans des cas analogues, les anciens moyens d'investigation sont insuffisants, et que le diagnostic clinique doit s'incliner devant le diagnostic bactériologique.

Second exemple. On est appelé auprès d'un jeune garçon atteint, depuis deux jours, d'une angine violente. Le mal de gorge a débuté chez lui brusquement, avec frisson, fièvre à 40 degrés et dysphagie intense. Dès le premier

jour, les amygdales étaient rouges et tuméfiées. Au second jour, des vésicules d'herpès apparaissent sur la muqueuse de la gorge et sur les lèvres. En même temps, quelques fausses membranes tapissent l'amygdale. Voilà un type d'angine herpétique ; le début brusque, la véhémence de la fièvre, l'intensité de la douleur, l'apparition des groupes d'herpès, rien ne manque. On se croit donc absolument certain du diagnostic et on porte en conséquence le pronostic le plus favorable. Mais, hélas ! on s'était trompé, et le malade est enlevé par une terrible diphthérie. Il avait une angine diphthérique à forme herpétique.

Je ne voudrais pas revenir encore une fois sur ce que d'autres ont dit, et sur ce que j'ai moi-même répété à satiété. L'observation clinique, livrée à ses seules ressources, est incapable de dire si une angine est diphthérique ou si elle ne l'est pas ; l'examen bactériologique peut seul nous permettre d'affirmer le diagnostic. Vouloir procéder autrement, c'est aller au-devant des plus terribles mécomptes ; c'est exposer à la contagiosité des enfants une famille, un entourage qu'on aurait pu préserver ; c'est exposer à la mort un malheureux qu'on aurait pu sauver si la diphthérie avait été diagnostiquée et traitée à temps par le sérum. Les plus habiles cliniciens s'y sont trompés et s'y trompent tous les jours ; il faut donc en prendre son parti, et proclamer, une fois pour toutes, qu'en fait d'angines membraneuses le diagnostic clinique doit s'incliner absolument devant le diagnostic bactériologique.

Encore un exemple. On vous demande votre avis, au sujet d'une jeune femme, dont la maladie présente un diagnostic des plus difficiles. La maladie a débuté il y a quelques jours par des maux de tête violents, accompagnés de fièvre et d'une forte élévation de température. Depuis lors, la céphalée et la toux sont restées les symptômes dominants. L'anorexie est complète, la malade a éprouvé quelques nausées et la constipation n'a cédé qu'à des purgatifs qui ont, du reste, occasionné des vomissements. A l'auscul-

tation de la poitrine, on perçoit des râles disséminés, sans caractères bien tranchés. Malgré la médication instituée, la situation ne s'est pas modifiée, les maux de tête sont toujours dominants. Quant au diagnostic, il est resté en suspens; on voudrait bien pouvoir se raccrocher à l'idée de grippe à prédominance céphalique, mais ce diagnostic est livré à des hypothèses; on voudrait même pouvoir se rattacher à l'idée de fièvre typhoïde, mais ce diagnostic est lui-même peu probable, car la malade n'a ni épistaxis, ni diarrhée, ni gargouillement iliaque, ni ballonnement du ventre; on guette l'apparition des taches rosées lenticulaires, mais elles n'apparaissent pas, et on est bien forcé de s'avouer que la violence des maux de tête, la constipation, la tendance aux nausées et aux vomissements, joints à la toux et aux râles constatés dans la poitrine, on est bien forcé, dis-je, de s'avouer que tout cela ressemble terriblement à une méningite tuberculeuse. Dès lors, on se laisse aller au plus sombre pronostic, et on perd tout espoir sur l'issue favorable de la maladie.

Ces hésitations, ces incertitudes, nous les avons tous connues, et nous les aurions tous partagées dans le cas auquel je viens de faire allusion; car, s'il est possible, le plus souvent, d'arriver au diagnostic de la fièvre typhoïde, il est des cas, encore assez fréquents, qu'il s'agisse de formes légères ou de formes insolites, où ce diagnostic est véritablement insurmontable. Mais, aujourd'hui, le doute n'est plus permis, et nous possédons un moyen de diagnostic absolument certain, depuis que M. Widal nous a fait connaître le procédé, aussi simple qu'ingénieux, de la réaction agglutinante. Donc, en ce qui concerne la fièvre typhoïde, le diagnostic clinique doit s'incliner devant le séro-diagnostic.

Les quelques exemples que je viens de citer ne sont pas faits pour diminuer en quoi que ce soit l'importance et le prestige de la clinique; au contraire, ils nous permettent d'espérer que, grâce à des acquisitions continuelles, le diagnostic, qui est une des attributions de la clinique, finira

peu à peu par atteindre la précision d'une science exacte.

Dans cet ordre d'idées, Laënnec a commencé. C'était de la fameuse clinique que faisait Laënnec, lorsqu'il inventa l'auscultation, et lorsque, dans ses immortels travaux, il unifia les différentes formes du processus tuberculeux, avançant ainsi l'unification ratifiée par la découverte du bacille de Koch.

C'est de la clinique que nous faisons tous les jours, quand nous pratiquons l'examen du sang, des urines, des humeurs, et quand nous mettons au service du diagnostic le thermomètre, le microscope, le laryngoscope, l'ophthalmoscope et autres moyens de contrôle et d'analyse.

Enfin, c'est encore et toujours de la clinique que nous faisons, quand, pour fixer un diagnostic, nous avons recours aux recherches bactériologiques et aux recherches expérimentales.

La clinique prend son bien partout où elle le trouve; tous les modes d'investigation accroissent son patrimoine; son domaine s'étend tous les jours. Il serait faux de dire, par conséquent, qu'il y a une ancienne médecine et une médecine nouvelle; il en est de la médecine comme de toutes choses: elle poursuit son évolution, elle marche avec le progrès.

Dans le bilan que je viens de dresser, je n'ai encore envisagé la clinique qu'à un point de vue, celui qui concerne le diagnostic. Mais le diagnostic n'est, lui-même, qu'un des côtés de la clinique. Une fois la maladie reconnue, tout n'est pas dit, il s'en faut. Qu'un malade soit atteint de tuberculose, de pneumonie, de broncho-pneumonie, de grippe, de fièvre typhoïde, d'une fièvre éruptive, d'une maladie infectieuse quelconque, comment cette maladie va-t-elle évoluer?

C'est ici que s'accroît le rôle du médecin; c'est ici qu'il faut être attentif, sagace et expérimenté. En face de l'ennemi qui s'est installé dans la place, comment le ma-

lade va-t-il réagir; comment est-il armé pour la lutte et pour la défense; a-t-il des tares héréditaires, possède-t-il un certain degré d'immunité; ses organes sont-ils en bon état, n'ont-ils pas été antérieurement adultérés; le foie continuera-t-il à remplir son rôle efficace vis-à-vis des poisons de l'organisme; le rein sera-t-il à la hauteur de sa tâche pour éliminer ces poisons; le cœur, à un moment donné, ne faiblira-t-il pas à la peine; des infections satellites ou secondaires ne vont-elles pas se produire; des germes morbides, jusqu'alors latents, ne vont-ils pas se réveiller, et, dans cette lutte terrible et parfois si inégale, entre l'homme malade et les ennemis multiples qui l'assiègent, quelle sera votre conduite, à vous, clinicien?

Car, veuillez bien le remarquer, messieurs, dans cette nouvelle étape de la maladie, votre rôle a changé. Au début, il s'agissait surtout de formuler un diagnostic, et cette tâche a pu être singulièrement facilitée par l'examen d'un crachat, par l'analyse d'une urine, par la culture d'un microbe ou par une réaction de sérum. Mais, actuellement, la situation est autrement compliquée: la maladie est diagnostiquée, fort bien, mais cette maladie, souvent grave, parfois complexe, est en pleine évolution, et la question du pronostic se présente sans cesse à votre esprit. Du reste, dans la famille du malade, dans son entourage, on vous questionne continuellement sur la gravité, sur la durée, sur l'issue probable de la maladie. C'est bien le moment de faire appel à votre expérience de clinicien.

Vous avez la vie d'un homme entre vos mains; sur quoi baserez-vous vos indications thérapeutiques; dans quel sens dirigerez-vous vos moyens d'action? Si vous ne possédez pas cette expérience, qu'on ne peut acquérir que par la fréquentation et par l'observation assidue et incessante du malade, si vous n'êtes pas aptes à saisir les changements qui peuvent surgir d'un instant à l'autre; si vous n'êtes pas habile à dépister les nuances, parfois si légères, qui annoncent la

détente du mal ou qui font présager l'orage; si vous n'êtes pas prêt, au signal voulu, à agir énergiquement; si vous ne savez pas ménager les forces de votre malade; si, dans le désir de bien faire, vous dépassez le but; si vous épuisez le cœur que vous vouliez fortifier; si vous épuisez le rein sous prétexte d'activer sa fonction; en un mot, si votre éducation médicale ne vous permet pas de sentir en vous « l'influence secrète » qui est comme le témoignage intime du devoir médical accompli, vous avez beau être chimiste, physiologiste, bactériologiste... vous n'êtes pas médecin.

Tout ceci, messieurs, pour en arriver à conclure qu'on ne peut être un clinicien, dans le vrai sens du mot, qu'en faisant marcher de pair l'étude du malade et les travaux de laboratoire.

Depuis quelques années, l'orientation des études médicales s'est modifiée. Sous des apparences d'audace et de témérité, bien légitimées par ses succès, la chirurgie est devenue envahissante. Ainsi que je le disais dans une récente communication à l'Académie, il se fait, peu à peu, un courant qui tend à entraîner dans le domaine de la chirurgie ce qui constituait le patrimoine de la médecine. La thérapeutique des lésions péritonéales est devenue presque entièrement chirurgicale: péritonites tuberculeuses, tuberculose primitive chronique du cæcum, péritonite pneumococcique, péritonites par perforation, péritonites appendiculaires, bénéficient largement, tous les jours, de l'intervention chirurgicale.

Les lésions calculeuses du rein, les pyélonéphrites d'origines diverses, les périnéphrites scléro-lipomateuses et suppurées, certaines hématuries rebelles et persistantes, autant d'affections qui sont du domaine de la médecine, sont améliorées ou guéries par le traitement chirurgical et échappent presque complètement à la thérapeutique médicale. Les lésions calculeuses de la vésicule biliaire et du canal cholédoque, les cholécystites de toute nature, ces affections

si complètement médicales, sont devenues l'un des triomphes de la thérapeutique chirurgicale.

Les brides et les adhérences, si fréquentes dans la cavité abdominale, ces adhérences qui torturent parfois les malades, en simulant les douleurs des ulcérations stomacales ou les douleurs des crises hépatiques et néphrétiques, sont autant de lésions qui, par les symptômes qu'elles provoquent, rentrent dans les attributs de la médecine, mais qui, par le traitement qu'elles comportent, appartiennent entièrement à la chirurgie.

J'en dirai autant de bon nombre de maladies des poumons et de la plèvre, pleurésies purulentes, pleurésies enkystées, anciens foyers de vomique pleurale, hydatides pulmonaires, toutes affections essentiellement médicales, mais sur lesquelles le traitement médical est impuissant et qui bénéficient largement de l'intervention chirurgicale.

Les mêmes remarques commencent à être applicables à certaines affections médicales de l'encéphale et du rachis.

Eh bien, messieurs, allons-nous assister ainsi, sans mot dire, au démembrement de notre patrimoine médical? Pour ma part, j'applaudis, autant que qui que ce soit, aux merveilleux résultats de la chirurgie actuelle; mais il ne dépend que de nous, médecins, de revendiquer la part qui nous est due. Il ne suffit pas de rester spectateurs platoniques du progrès de la chirurgie, il faut prendre nous-mêmes une part active à ce mouvement médico-chirurgical. Depuis quelque temps, les médecins se sont trop désintéressés des études chirurgicales. On s'est spécialisé de plus en plus, on s'est cantonné sur un terrain dont on ne daignait pas sortir, et l'enseignement officiel a tracé, entre la médecine et la chirurgie, une ligne de démarcation quasi infranchissable. A mon sens, c'est un peu exagéré.

Nos internes en médecine et nos internes en chirurgie, cette pépinière d'élite qui est l'honneur et l'avant-garde de la médecine française, ont fini, eux aussi, par se spécia-

liser, de telle sorte qu'il n'est pas rare de voir un interne faire toutes ses années d'internat, exclusivement en médecine ou en chirurgie, laissant ainsi dans son instruction une lacune qui ne sera pas toujours facile à combler.

Ainsi qu'on l'a dit avec raison : « Ce qu'on ne sait pas nuit toujours à ce qu'on sait ». Souvent, je me suis rappelé les fortes leçons d'anatomie que me donnait jadis mon ami Terrier, aujourd'hui mon collègue à la Faculté, et je ne me suis jamais repenti d'avoir fait deux années d'internat en chirurgie chez Velpeau et chez Denonvilliers.

Dans bien des circonstances, ainsi que je l'ai dit ailleurs, la chirurgie a tout à gagner à s'entourer des conseils médicaux; c'est à nous, médecins, qu'incombe le rôle, parfois si difficile, de poser les indications et les contre-indications d'une opération, d'en saisir le moment opportun et d'armer en temps voulu la main du chirurgien. Les quelques exemples suivants prouveront la vérité de ce que j'avance :

Vous êtes le médecin d'une famille qui a mis en vous toute sa confiance. Un jour, chez l'un des enfants, une appendicite se déclare. Dès lors, votre rôle médico-chirurgical commence; vous diagnostiquez d'abord l'attaque appendiculaire, vous en suivez heure par heure l'évolution et, dès que l'intervention chirurgicale vous paraît utile ou urgente, vous la provoquez sans tarder, vous en prenez la responsabilité, vous faites mander le chirurgien, en vous rappelant qu'une journée perdue cause parfois la mort du malade. Voilà comment je comprends l'intervention médicale en chirurgie.

Vous êtes appelé auprès d'une jeune femme qui vient d'être prise de très violentes douleurs au creux de l'estomac. Dans l'entourage de la malade, on a déjà prononcé le mot de coliques hépatiques. Vous arrivez auprès de la malade que vous trouvez en proie à des douleurs abdominales si vives, que l'idée d'une péritonite, par perforation de l'estomac ou du duodénum, vous vient à l'esprit. Les muscles

abdominaux sont tellement tendus, tellement contracturés que le ventre en est induré et tout aplati. Le toucher, le palper abdominal est extrêmement douloureux, surtout à la région épigastrique. Il n'y a eu qu'un seul vomissement porracé, on a constaté quelques secousses de hoquet. Le pouls est accéléré et petit. Si vous n'avez que des notions chirurgicales insuffisantes, vous vous contenterez d'agir médicalement; vous pratiquerez des injections de morphine pour calmer les douleurs, vous appliquerez de la glace sur le ventre, vous perdrez votre temps à faire une enquête minutieuse pour savoir si cette jeune femme avait eu antérieurement des symptômes d'ulcère stomacal et la malade mourra.

Mais, si vos connaissances médico-chirurgicales vous ont appris comment évolue la péritonite suraiguë consécutive à l'ulcère perforant de l'estomac, vous ne perdrez pas un instant, vous demanderez aussitôt un chirurgien, vous prendrez la responsabilité de l'opération, et l'opération étant faite d'une façon hâtive et précoce, dix, quinze heures après la perforation stomacale, la malade a bien des chances d'être sauvée. Voilà un nouvel exemple de l'intervention médicale en chirurgie.

On vous prie de donner vos soins à un jeune garçon qui a été pris, récemment, de frissons, de fièvre, de grand malaise et d'un état général qui rappelle les premiers jours d'une fièvre typhoïde grave. Puis sont survenus quelques vomissements avec douleurs au creux épigastrique. Évidemment, il s'agit là d'un état infectieux qui n'est pas sans vous donner déjà de vives inquiétudes. Reste à déterminer la nature de cet état infectieux. Quelques douleurs, que vous prenez pour du rhumatisme infectieux, apparaissent à la jambe droite, à la cuisse, au genou. Le malade se plaint d'oppression. L'idée d'une endocardite infectieuse vous vient à l'esprit, vous auscultez le cœur, mais vous n'y constatez aucune lésion.

Si vous n'avez que des notions chirurgicales insuffisantes, vous essayez de combattre l'état infectieux; vous vous contentez d'agir médicalement : la quinine, l'acide salicylique, le salicylate de soude, et autres médicaments font les frais du traitement et le mal va empirer. Mais, si vos connaissances médico-chirurgicales vous ont appris ce qu'est l'ostéomyélite, vous ferez aussitôt appeler un chirurgien, on procédera, sans tarder, à l'opération et votre malade aura bien des chances d'être sauvé.

Si je vous ai cité ces quelques exemples que je pourrais multiplier, c'est pour que vous soyez bien convaincus que l'enseignement clinique, dit médical, ne doit pas craindre, par moments, d'étendre un peu ses limites; il est des cas où il se fusionne avec l'enseignement chirurgical, je ne perdrai jamais l'occasion de vous le prouver.

En terminant, messieurs, permettez-moi de vous remercier de votre bienveillante attention. Je viens de vous exposer le programme de notre enseignement clinique, et je ne me fais aucune illusion sur l'étendue de ma tâche. Pendant les dix années où j'ai eu l'honneur d'occuper la chaire de pathologie interne, il n'est pas une de mes leçons qui n'ait été préparée et travaillée avec l'acharnement que mettrait un candidat à préparer une leçon pour son concours d'agrégation. Je sentais bien que c'était pour moi comme une introduction à la chaire de clinique que j'occuperais peut-être un jour. Vous me trouverez toujours prêt à vous donner tout mon temps et à vous consacrer tous mes efforts. Toutefois, ma tâche sera singulièrement facilitée, car je suis entouré d'un brillant état-major, composé d'hommes dévoués, instruits, pleins d'ardeur, et dont la notoriété vous est déjà connue¹.

Vous trouverez ici, comme dans toutes les cliniques de

1. Chefs de clinique : MM. Charrier et Rénon; chefs de laboratoire : MM. Caussade et du Pasquier; interne du service : M. Apert.

la Faculté, tous les moyens de vous instruire, c'est-à-dire les travaux du laboratoire et l'étude des malades. Mais, ces pauvres malades, n'oublions jamais, messieurs, que nous ne saurions les entourer de trop d'égards; ménageons-les physiquement, en leur évitant des examens trop souvent répétés ou trop longtemps prolongés, ménageons-les moralement, en ne prononçant jamais devant eux une seule parole qui puisse les éclairer sur la gravité de leur mal; ils sont deux fois à plaindre, car ils sont malades et malheureux; et, à ce double titre, ils ont droit à toute notre sollicitude, à notre dévouement et à notre respect.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME IV

CINQUIÈME CLASSE

MALADIES GÉNÉRALES ET INFECTIEUSES

CHAPITRE I. — Fièvres éruptives	1
§ 1. Variole	1
Variole discrète et variole confluente	2
§ 2. Vaccine	15
§ 3. Varicelle	26
§ 4. Scarlatine	51
Complications de la scarlatine	42
§ 5. Rougeole. — Infection morbilleuse	69
Complications de la rougeole	74
§ 6. Rubéole	91
§ 7. Suettes miliaires	95
§ 8. Dengue	96
CHAPITRE II. — Maladies typhoïdes	100
§ 1. Fièvre typhoïde	100
Formes cliniques de la fièvre typhoïde	108
Complications de la fièvre typhoïde	115
§ 2. Typhus exanthématique	215
§ 5. Fièvre récurrente	220