

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

---

---

Vol. LVI

NOVEMBRE 1927

No 11

---

---

## BULLETIN

### LE PROFESSEUR EMILE SERGENT

Cette fois, ce n'est pas le France qui découvre le Canada. Si certains esprits obtus l'affirment encore, c'est qu'ils ignorent ce qui vient de se passer.

Un Maître, en effet, est venu parmi nous. Sa science pouvait effarer la timidité de la nôtre, mais son charme et sa simplicité ont conquis tout le monde. Devant les leçons que nous avons entendues, devant cet esprit qui les dictait, cette parole qui les animait, cette sûreté d'observation et de jugement qui les illustrait, il s'est trouvé — agréable surprise ! — que nous parlions le même langage scientifique, que nous étions sur la route qui mène à la même formation et que nos âmes se rapprochaient pas de multiples fibres, ténues mais solides. Pour nous le faire comprendre, il fallait un ami dont l'autorité fût assez grande pour ne pas craindre de s'effacer et de nous donner cette joie immense de découvrir que, décidément, la France, nous la portions en nous.

Il fallait le Professeur Emile Sergent.

Et c'est pourquoi depuis un mois, nous avons vu de nombreux médecins, jeunes et vieux, venir écouter la parole scientifique, recevoir le véritable enseignement, comme si, de toute leur vie, ils avaient écouté cette parole, reçu cet enseignement. Le Maître nous a donné l'impression de ne nous avoir jamais quittés; et si notre savoir s'est enrichi de notions nouvelles, recherchées avec passion, définies avec netteté, nos oreilles ont entendu la même voix, nos esprits ont reçu le même aliment, nos cœurs le même souvenir, qu'ils avaient connus par l'étendue de sa renommée, d'abord, par une première visite en terre canadienne, ensuite. Non, jamais, le Professeur. Sérgeant ne

pourra savoir combien d'amis il compte ici, ni surtout combien d'élèves, j'allais dire de "roupious".

\*

\* \*

Interne des hôpitaux, en 1892, Emile Sergent fait une thèse où se dessine déjà sa carrière: "La tuberculose des voies biliaires". Puis avec l'encouragement de ses maîtres, Gingeot, Ollivier, Du Castel, Gaucher et Letulle, il se présente au concours, onze ans plus tard, et devient médecin des hôpitaux. C'est la voie ouverte, l'élan vers l'avenir.

C'est l'agrégation !

Mais le Malin veillait, jaloux d'un si beau départ. La tempête vint, brutale, sans issue, poussée par un vent impétueux d'autocratie et de partialité, ravageant les plus belles illusions.

Aujourd'hui que le temps a remis les choses à leur place, qu'il a pesé brillantes nullités et lourdes valeurs, cet échec a perdu son relent d'infortune. Il ne nous vient même pas à l'esprit qu'il aurait pu, qu'il aurait dû ne pas exister, tellement dans la vie des individus comme dans celle des peuples certaines défaites sont de glorieuses victoires.

Un recul est nécessaire parfois pour mieux observer un sommet. Et pour Emile Sergent; échouer à l'agrégation, c'était inscrire son nom sur une liste contenant déjà ceux de Claude Bernard, Duchenne (de Boulogne), et Babinski.

Et c'était promettre beaucoup !

Soutenu par les conseils avisés et affectueux de Lucas-Championnière qui n'avait cesse de lui affirmer qu'il faut beaucoup donner pour recevoir un peu, Sergent se remet ardemment au travail et pendant sept années aiguillera ses recherches, multipliera ses observations, publiera des mémoires. Insuffisance surrénale, tuberculose, maladies de l'appareil respiratoire tour à tour seront envisagés sous des angles nouveaux. Ces travaux ne seront interrompus que par un évènement heureux : sa nomination comme Chef de service à la Charité.

La Charité ! Laënnec ! Affirmation profonde d'une vocation déjà enracinée ! La route devient plus large, le fardeau plus lourd. Qu'importe. Le génie d'un grand homme plane sur la maison ; il ne s'agit que de le faire revivre auprès des malades.

Laborieusement, petit à petit, des matériaux s'amoncellent, des faits se précisent, un enseignement se parfait, une école se forme. Autour du noyau, des noms se groupent: Ribadeau-Dumas, Babonneix, Lian, auxquels se joindront de nombreux autres.

Vienne la guerre, l'équipe sera prête. Au champ d'honneur comme à celui de la science. Dès ce moment de nombreux travaux accoleront un nom à certaines affections des voies respiratoires. Si bien, qu'en 1919, l'Académie de Médecine se départit de sa tradition. Phénomène exceptionnel et probablement unique de sa vénérable existence, à l'unanimité, elle reçoit dans son sein le Chef de Service de La Charité.

Le reste de l'étape est vite franchi. En juillet 1921, l'Université le nomme professeur; en janvier 1922, le *premier* médecin des hôpitaux, non pourvu du titre d'agrégé, est admis officiellement à professer.

Emile Sergent a tenu parole.

\*  
\* \*

Nous étions, quelques-uns d'entre nous, à la leçon d'ouverture. Je me rappelle encore cette voix légèrement voilée, ces paroles qui tremblaient au début pour s'affirmer peu à peu, les gradins remplis, l'attention extrême. On sentait qu'il se passait quelque chose de particulier et de particulièrement émouvant. Le film d'une vie, le récit d'un combat, l'annonce d'une victoire. Mais on sentait aussi que le vainqueur, comme Péguy, ne voulait pas se distinguer des milliers d'autres travailleurs et que pour lui "la grandeur la plus grande était peut-être de se perdre dans la grandeur anonyme de la Science".

Malgré nous, de grands noms nous revenaient à la mémoire. Des siècles d'incertitude et d'obscurité succombaient, fouillés par des phares ardents. Des Génies s'avançaient, ôtant les bandeaux, brisant les fers, secouant les entraves. Laënnec, Claude Bernard, Pasteur faisant le geste auguste du semeur. Puis les autres, tous les autres, ceux qui ont le corps humain comme champ de bataille, le cerveau humain comme champ d'observation et la conscience humaine comme champ d'évolution. Et tout cela montait, se précisait, puis se fondait dans cette voix lente et bien scandée qui nous atteignait tout

en haut de l'amphithéâtre avec un sens défini. Ce n'était plus l'homme qui parlait, c'était tout un peuple.

Il faut avoir vécu de pareils moments pour pénétrer davantage la signification de notre filiation intellectuelle à la France. Déjà nos regards se sont tournés vers elle. Et nous nous sommes compris. Des ambassadeurs de vérité scientifique nous ont été envoyés. Nous venons d'en entendre un et déjà nous souhaitons son retour. Serait-ce que nous voudrions une amitié exclusive ?

Quoiqu'il en soit, c'est avec des hérauts comme le Professeur Sergent que nous conserverons notre persuasion ingénue—mais oui!—“qu'il n'existe que deux littératures, l'antique et la française, qu'aucun langage n'est plus beau que la langue française, et qu'aucune culture ne saurait se comparer à la culture française”.

Roméo BOUCHER.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### LA RÉACTIVATION DES FOYERS TUBERCULEUX LATENTS ET LA NOTION DE TUBERCULOSE ACTIVE ET NON ÉVOLUTIVE

#### QUELQUES CONSTATATIONS CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES (1)

Par le Professeur EMILE SERGENT  
(de Paris)

Les phtisiologues sont à peu près unanimes, actuellement, pour admettre que la tuberculose de l'adulte — abstraction faite des races neuves, "indigènes", non encore contaminées, oserai-je dire, par la civilisation — est le réveil d'une tuberculisation contractée pendant l'enfance.

Si l'enfant a survécu à cette *primo-infection*, à cette première inoculation, il conserve une sorte d'imprégnation définitive, d'état humoral particulier, que nous désignons sous la dénomination d'*état allergique*, qui est fait à la fois d'une immunisation partielle et d'une sensibilisation relative et qui se traduit par la persistance d'une tuberculino-réaction positive.

Toutes les conditions, physiologiques ou pathologiques, qui rompent cet état d'équilibre acquis et instable entraînent la disparition de l'état allergique et l'apparition d'un *état d'anergie*, à la faveur duquel peut éclore ou se déclencher une poussée d'évolution tuberculeuse, c'est-à-dire une *rechute*. Ainsi s'oppose à la tuberculose de primo-infection la *tuberculose de réinfection*; ainsi s'explique la succession des *trêves* ou *accalmies* et des *rechutes* ou *réveils*, qui secondent l'évolution générale de la tuberculose.

Mais, quel est le mécanisme intime de cette réinfection ? S'agit-il de réinoculation exogène, de contamination nouvelle, au sens vrai du mot, ou de réinoculation endogène, c'est-à-dire du réveil proprement dit de foyers tuberculeux anciens, depuis plus ou moins longtemps silencieux et en sommeil ?

---

(1) Cette conférence, faite à l'Université de Montréal, le mercredi 19 octobre 1927, est tirée de la communication qui a été présentée à la "Journée de la Tuberculose" du centenaire de Villemin, le 16 octobre 1927, par mes collaborateurs, Henri Durand et R. Turpin, en leur nom et au mien.

Les deux processus sont possibles, certes, et nous n'avons nullement la prétention de nier la possibilité de contaminations *massives* ou *additionnelles*, s'exerçant sur un organisme anciennement tuberculisé et en état allergique. Nous voulons simplement insister sur la fréquence, plus grande peut-être, des réinfections endogènes, en groupant quelques constatations cliniques et expérimentales qui établissent la *réactivation de foyers tuberculeux latents*. Ces constatations constituent, à notre avis, des arguments puissants en faveur du *rôle du terrain* dans le processus de tuberculisation, rôle que nous n'avons cessé de défendre depuis plus de quinze ans et que nous avons exposé dans notre Rapport au dernier *Congrès Français de la Tuberculose*, tenu à Lyon au mois d'avril dernier. (2)

Cette réactivation de foyers tuberculeux latents comporte, *ipso facto*, l'idée de la persistance de virulence et d'activité de ces anciens foyers; elle implique la survivance bacillaire au sein de ces foyers, bien qu'ils ne donnent aucun signe d'évolution. Ici surgit la nécessité de faire une discrimination entre les deux termes: *tuberculose active* et *tuberculose évolutive*. Je me suis, dès 1917, (3) attaché à préciser les limites de cette discrimination: un foyer de tuberculose active est un foyer qui, tout en restant bacillifère, est en *sommeil*, c'est-à-dire ne donne aucun signe d'extension sur place, ni d'essaimage dans le voisinage ou à distance; une tuberculose évolutive est une tuberculose en *réveil*, c'est-à-dire une tuberculose qui donne des signes généraux et locaux de réaction, d'extension et d'essaimage. En d'autres termes, un foyer tuberculeux actif peut exister à l'*état latent*, tandis qu'une tuberculose évolutive se révèle par des *signes objectifs* plus ou moins apparents.

Les *causes*, les *circonstances occasionnelles diverses*, qui provoquent le réveil et la reprise d'évolution des foyers tuberculeux latents agissent en rompant l'équilibre allergique; elles sont *anergisantes*; point n'est besoin, pour le déclenchement des conséquences de cette anergie, d'une nouvelle réinfection exogène; l'organisme trouve en lui-même la source endogène de la réinfection: telle est la réactivation d'anciens foyers tuberculeux latents.

Cette conception, pour si théorique et doctrinale qu'elle puisse

---

(2) Emile Sergent et R. Turpin—Les facteurs de terrain autres que l'allergie, dans l'infection tuberculeuse (Revue de la Tuberculose, avril 1927).

(3) Emile Sergent—Etudes cliniques sur la Tuberculose (Maloine, éditeur).

paraître, s'appuie sur des constatations cliniques et expérimentales qui sont indéniables et dont nous grouperons quelques exemples.

### I. Constatations cliniques

A titre d'exemples et de preuves je citerai les observations suivantes :

1° Dans ma monographie "Syphilis et Tuberculose" (4) j'ai rapporté trois observations, bien suggestives, de sujets soignés antérieurement par moi-même pour des manifestations incontestables de tuberculose pulmonaire et parvenus à l'état de guérison apparente, c'est-à-dire de tuberculose latente. Ces trois sujets contractèrent la syphilis; au cours de la période toxi-infectieuse de leur syphilis débutante — facteur d'anergie — leurs anciennes lésions tuberculeuses se réveillèrent et, avec ou sans hémoptysies, ils expectorèrent de véritables *pierres du poumon*, d'aspect mûriforme et de consistance friable; ces concrétions furent broyées; elles contenaient des bacilles de Koch facilement colorables et inoculables.

2° Lorsqu'on examine des *radiographies en séries* de sujets tuberculeux, il n'est pas exceptionnel de constater que des nodules très opaques, depuis longtemps figés, inertes, en sommeil, à contours nettement arrêtés se détachant sur un champ parfaitement normal, s'entourent, à l'occasion d'une poussée évolutive, d'un halo piqueté, qui, peu à peu, s'accroît, en étendue et en opacité, au point d'effacer complètement le nodule primitif et, parfois, de dessiner à sa place ultérieurement, une image cavitairé. En même temps que se modifie ainsi l'image radiographique, les bacilles, qui, depuis plus ou moins longtemps, avaient disparu de l'expectoration, font leur réapparition. De ces foyers en réveil ne tardent pas à irradier des prolongements qui se répandent dans le champ radiographique et qui, vraisemblablement, correspondent à la propagation du processus de tuberculisation par les voies vasculaires et, peut-être surtout, par les voies lymphatiques. C'est là une constatation radiologique sur laquelle j'insiste depuis longtemps dans mon enseignement et qui correspond à la "tramite" invoquée par Bezançon. Ces nodules en réveil s'observent aussi bien en plein champ pulmonaire, où ils correspondent très probablement à des tubercules parenchymateux, que dans les régions hilaires, où ils correspondent sans doute à d'anciens foyers ganglionnaires, comme le pense Léon Bernard.

---

(4) Emile Sergent—Syphilis et Tuberculose (Masson, éditeur, 1907).

3° Les *autopsies* permettent de faire des constatations qui se superposent à ces constatations radiologiques. C'est ainsi qu'à l'autopsie de sujets qui ont succombé à une poussée aiguë ou subaiguë de tuberculose, on trouve presque toujours de vieux foyers tuberculeux. Comme exemple nous citerons l'observation d'un vieillard de 70 ans qui vint mourir dans notre service de méningite tuberculeuse et à l'autopsie duquel nous avons trouvé, dans l'un des sommets, sclérosé et comme ficelé, un gros tubercule calcifié et anthraconique, en même temps qu'une symphyse péricardique totale, très ancienne.

4° Chez certains malades, aux confins de la cachexie, on voit apparaître quelquefois, dans le creux sus-claviculaire ou dans la région axillaire, des *adénopathies* qui augmentent assez rapidement de volume et de nombre et qui, tout d'abord, semblent confirmer un diagnostic présumé de cancer ou de leucémie. Or, une biopsie montre qu'il s'agit de ganglions tuberculeux, infiltrés de matière caséuse et dans lesquels on peut colorer des bacilles de Koch.

Nous avons eu l'occasion de recueillir tout récemment deux observations de ce genre.

Dans un cas il s'agissait d'un homme de 55 ans, qui entra dans notre service dans un état d'anémie profonde, avec amaigrissement et asthénie. Les troubles dyspeptiques dont il se plaignait, l'image radiographique de l'estomac, la diminution considérable du nombre des globules rouges et le chiffre élevé de la leucocytose concouraient à imposer le diagnostic de cancer de l'estomac, à forme de linite plastique. Trois mois environ après son entrée, et alors que l'état général avait fléchi progressivement, nous constatâmes l'apparition d'un ganglion dans le creux sus-claviculaire (ganglion de Troisier); peu à peu, plusieurs petits ganglions apparurent au voisinage du premier. Cette constatation apportait un argument de plus en faveur du diagnostic de cancer gastrique. Un ganglion fut enlevé; macroscopiquement, la coupe offrait un aspect typique d'adénite caséuse; l'examen histologique et bactériologique confirma la nature tuberculeuse. L'autopsie, qui put être faite quelque temps après, montra qu'il n'y avait pas de cancer gastrique; en l'absence de toute constatation macroscopique évidente, nous nous sommes ralliés au diagnostic d'anémie pernicieuse cryptogénétique.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'un homme de 45 ans, entré dans le service avec un ensemble de symptômes qui nous autorisa à poser le diagnostic de cancer nodulaire du foie, secondaire à un cancer de

l'estomac. La maladie évolua rapidement: un ictère survint, en même temps qu'une chaîne de petits ganglions fit son apparition le long de la ligne axillaire droite. Un de ces ganglions fut enlevé et le résultat de cette biopsie fut exactement le même que dans l'observation précédente: là, encore, il s'agissait d'adénite tuberculeuse.

Nous n'insisterons pas sur l'intérêt de ces observations du point de vue de la valeur séméiologique de ces adénites et, particulièrement, du "ganglion de Troisier"; elles s'ajoutent à celles qui ont été apportées par nombre d'autres auteurs et, notamment, par Soupault et Marcel Labbé et par Faroy et Worms, (5) pour montrer que le "ganglion de Troisier" ne comporte pas nécessairement la signification qu'on lui accorde communément. D'ailleurs, Troisier lui-même, dès 1888, déclarait "n'avoir jamais considéré le ganglion sus-claviculaire comme un signe pathognomonique de cancer". Pour ma part, j'ai signalé la valeur de l'adénite sus-claviculaire comme signe de pleurite apicale; enfin, tout récemment, le Dr René Langlois (6) s'est attaché à reprendre la vraie pensée de Troisier.

Nous retiendrons seulement ces observations du point de vue de l'argument qu'elles apportent à notre thèse, en mettant en évidence l'éclosion de tuberculoses évolutives à l'occasion d'états pathologiques anergisants: ici, l'anémie profonde; là, le cancer.

Ni l'un ni l'autre de nos deux malades n'avait eu, dans le passé, une affection tuberculeuse apparente; l'un et l'autre, cependant, étaient porteurs de foyers tuberculeux latents qu'un état cachectique a réveillés.

Il n'est pas surprenant que des ganglions puissent capter, en quelque sorte, des bacilles de Koch, qui y restent inclus à l'état latent. Ne trouve-t-on pas des bacilles inactifs dans le système lymphatique des animaux réfractaires et des animaux vaccinés par le B C G? Ne trouve-t-on pas assez fréquemment des bacilles de Koch inclus dans des ganglions lympho-granulomateux? N'est-il pas fréquent de voir une adénopathie syphilitique secondaire devenir hybride et se transformer en syphilo-scrofule?

L'ensemble de ces données permet de comprendre l'apparition de ces adénites tuberculeuses à l'occasion de maladies anergisantes;

---

(5) Soupault et Labbé—Revue de Médecine 1900, p. 162, et Soc. Méd. des Hôpitaux, juillet 1899. — Faroy et Worms—De la valeur réelle du ganglion de Troisier (Progrès Médical, 27 juin 1925).

(6) R. Langlois—A propos de la valeur diagnostique du ganglion de Troisier (Thèse Paris, Jouve et Cie, éditeurs).

ici, le foyer tuberculeux latent est ganglionnaire et la réactivation est déclenchée par l'état d'anergie, à la faveur duquel les bacilles rentrent en action évolutive.

## II. Constatations expérimentales

Cette conception de la réactivation de foyers tuberculeux latents, que nous défendons depuis longtemps, nous a incités à rechercher systématiquement le pouvoir tuberculisant des vieux tubercules calcifiés, crétaqués, anthraconiques, qu'on trouve communément aux autopsies et dont Brouardel a signalé la fréquence chez des sujets morts de mort violente ou accidentelle et transportés à la Morgue.

Il nous a semblé que la démonstration serait surtout valable dans les cas où ces vieux tubercules seraient prélevés à l'autopsie de sujets ayant succombé à toute autre maladie que la tuberculose (aortite, mal de Bright, cirrhose, cancer, tabes...) ou simplement à la vieillesse. Toutefois, nous avons pris soin de recueillir également de vieux tubercules prélevés chez des sujets emportés par une tuberculose évolutive, aiguë ou chronique.

Les tubercules sont énucléés soigneusement, lavés ou cautérisés à leur périphérie; la masse centrale est broyée et diluée; des tubes de culture sont ensemencés et des cobayes inoculés.

Quelles que soient les précautions prises, il est difficile, par suite du petit volume de bon nombre de ces tubercules, de réussir toujours la culture et l'inoculation. Beaucoup de tubes sont envahis par des germes d'infection banale; beaucoup de cobayes meurent d'infection peu de jours après l'inoculation. D'autres restent indemnes, soit que le tubercule ne soit plus virulent, soit, bien plutôt, que la masse inoculée soit insuffisante.

Quoi qu'il en soit, le résultat est positif dans plus de la moitié des cas, d'après notre statistique actuelle.

\*

\* \*

De l'ensemble de ces considérations et de ces constatations cliniques et expérimentales nous croyons être autorisés à conclure que la réactivation des foyers tuberculeux latents, restés actifs et bacillifères, c'est-à-dire virulents, mais ne donnant aucun signe d'évolution, apparaît comme une des notions qui éclairent le mieux la conception

pathogénétique que nous pouvons nous faire de l'évolution clinique générale de la tuberculose. Cette notion justifie la discrimination entre la *tuberculose active* (ou *latente*) et la *tuberculose évolutive* (ou *manifeste*). Elle fournit un précieux argument à la doctrine que nous soutenons sur le rôle des facteurs de terrain dans le processus de tuberculisation.

# LES COMPLICATIONS INFECTIEUSES DE LA RADIOTHÉRAPIE DU COL UTÉRIN

## A PROPOS D'UN CAS DE GUÉRISON APPARENTE

*Par le Docteur J.-E. Gendreau.*

Au congrès de l'American Radium Society à Washington, en mai 1927, j'ai suivi avec un intérêt particulier les travaux sur les complications, immédiates ou tardives, qui résultent de l'usage du radium en Gynécologie.

L'omission de certains détails importants de la technique européenne m'avait frappé, et j'ai saisi l'occasion de les exposer aux membres de l'American Roentgen Ray Society, qui sont venus, lors de leur dernier congrès à Montréal, visiter l'Institut du Radium et examiner les cas de guérisons présentées.

J'ai attiré leur attention spécialement sur une malade guérie en apparence, depuis un an, d'un cancer inopérable du col utérin; elle avait souffert d'une infection secondaire exceptionnellement sérieuse et rebelle.

Une telle complication offre, encore actuellement, l'obstacle peut-être le plus difficile à surmonter, dans la guérison du cancer du col utérin par les radiations; le docteur Claude Regaud le premier en a signalé l'importance.

Les agents infectieux sont quelquefois introduits par des manœuvres utéro-vaginales septiques, et le traumatisme local causé par le traitement curiéthérapique, si modéré qu'il soit, en favorise la diffusion; d'autres fois, et ces cas sont les plus fréquents, l'infection existe dans les tissus avant le traitement, soit qu'elle n'ait pas été combattue au préalable, échappant aux contrôles bactériologique et clinique, soit enfin qu'on ait dû traiter quand même d'urgence, et essayer de sauver la patiente malgré les risques.

Ces risques sont grands, car les applications radiothérapiques doivent être intensives, sinon dans le temps, du moins dans la dose totale. Or ces radiations intensives, qui doivent détruire électivement toutes les cellules cancéreuses, diminuent dans une certaine mesure la résistance à l'infection des tissus normaux, même si elles sont données exclusivement de l'extérieur, comme dans la Roentgen-thérapie et la Curiéthérapie à distance.

On voit des malades avancés qui ne résistent pas à l'infection, faute de soins spéciaux, qu'un entourage très dévoué ne saurait leur assurer, même dans un hôpital spécialisé. La lutte est souvent longue et pénible et le succès n'est jamais certain dans l'état actuel de la science.

Une guérison dans ces circonstances est toujours instructive et appréciée. Le cas suivant est donc relaté, non pas parce qu'il nous montre la disparition depuis un an de tout symptôme de cancer chez une patiente inopérable et avancée, mais à cause des complications infectieuses rencontrées et vaincues.

### Dossier 857 de l'Institut du Radium de Montréal

Madame C..., 33 ans. Ménagère.

Epithélioma du col de l'utérus, forme ulcérée, cavitaire, l'utérus est immobilisé, les paramètres sont envahis, la malade est inopérable (Dr R. Trudeau, Hôpital Notre-Dame). Quatre grossesses et accouchements à terme. Déchirure du périnée au deuxième degré. Entre les époques, hémorragie intermittentes, surtout depuis janvier 1926. Écoulements continus, roussâtres, fétides, polyurie nocturne. Douleurs dans les régions hypogastrique et lombaire se propageant dans les cuisses depuis mai 1926. Insomnie, malgré la morphine, incapacité absolue de travail, teint sub-ictérique, amaigrissement considérable. Poids 95 livres. (Premier examen à l'Hôpital Notre-Dame.)

### Rapport histologique

"Prolifération épithéliomateuse atypique envahissant la partie endo-cervicale en s'insinuant entre les tubes glandulaires.

"Mitoses très nombreuses, dégénérescence fibrinoïde du stroma en plusieurs points, ailleurs infiltration lymphoplasmocytaire.

"En résumé: Epithélioma atypique du col, qui bénéficiera très peu d'un traitement par les rayons. La dégénérescence fibrinoïde du stroma *contrindique même ce traitement.*"

Malgré ces contrindications histologiques d'un examen fait en dehors de l'Institut du Radium, et pour des motifs que j'exposerai dans travail ultérieur, le traitement curiethérapique fut décidé.

La malade entre à l'Hôpital Notre-Dame le 28 octobre; elle est préparée, désinfectée durant cinq jours; la température dépasse 101.2° le soir. Le 29 au matin le radium est appliqué d'après la technique suivante :

### Curiéthérapie

Sonde intra-utérine en caoutchouc pur. Deux foyers linéaires de 6.6 milligrammes de radium élément chacun. Filtration primaire de 1.5 millimètre de platine iridié. Colpostat vaginal à trois foyers séparés, de 13.3 milligrammes de radium élément chacun. Filtration primaire de 1.5 millimètre de platine iridié; filtration secondaire de 1 centimètre de liège paraffiné.

Tous les tubes furent laissés en place durant cinq jours et quatre heures, donnant à l'intérieur de l'utérus une dose de 12.5 millicuries détruits et de 36.5 millicuries détruits dans le vagin.

### Réaction

Malgré la modération de la dose, la réaction est vive; le soir du 29 octobre, la température atteint 103.3°, redescend à 102° les jours suivants, s'élève encore à 103° le 9 novembre, oscille, passe à 101° le 20 novembre, et de même le 22 novembre lorsqu'elle est transportée à l'Institut du Radium pour y recevoir les traitements de Rayons X complémentaires.

Le 27 novembre, après deux séances de Roentgenthérapie, la température est à 102° et il faut interrompre l'irradiation et traiter spécialement l'infection menaçante.

Malgré tous les désinfectants chimiques, les écoulements vaginaux gris verdâtres deviennent plus abondants, les urines purulentes et fétides; les selles sont rares et les douleurs abdominales augmentent.

### Auto-vaccin

Le 6 décembre, nous décidons d'utiliser la vaccination locale; le Docteur Lorenzo Jutras fait les prélèvements et commence la préparation, dans le laboratoire de l'Institut du Radium, d'un auto-vaccin mixte. Le 7 décembre, la température est à 102°. Le 8 décembre, le pouls est à 104, palpitations; on commence l'huile camphrée à 10 cc. par injections quotidiennes. Le 9 décembre, la malade est très faible et se prépare à la mort. Le 10 décembre, le pouls est à 126; première application d'auto-vaccin, sous la forme de pansements vaginaux avec mèche imbibée, renouvelée chaque jour. Les injections sous-cutanées intradermiques d'autovaccin restent sans effet sur les infections streptococciques (Mutermilch et Lavedan). Le 12 décembre, le pouls est à 118, le 13 décembre, la tempé-

rature atteint 102.4° et le 14, 104°. Le 15 décembre, la température est à 103.4°; les écoulements changent d'aspect, ils pâlisent. Le 17 décembre, la température est à 103°, et à 100.4° le 18 décembre. Le 19 décembre, la température est à 99°, le pouls à 92. Du 19 au 24, la température est presque normale, le pus devient plus jaune, donne moins d'odeur. Le 22 décembre, la patiente demande à manger. Le 24 décembre, elle se soulève dans son lit pendant dix minutes, frisson, indigestion, vomissements; le soir, la température est à 102°. Le 25 décembre, la température atteint 105°, le pouls 142, la respiration 32, le facies très pâle. Les pansements à l'auto-vaccin sont répétés deux fois par jour, combinés avec les douches à solution sucrée hypertonique, d'après la méthode de Nogier.

Le 26 décembre, la température est à 104.4°, le 27 à 102°, le 28 à 101.4°. Les écoulements sont moins purulents, les douleurs diminuent. Le 29 décembre, la température est à 99°. Le 31 décembre, la température est normale, l'odeur est moins fétide. Le 4 janvier 1927, encore un peu de pus sur les mèches d'auto-vaccin, qui seront continuées jusqu'à cessation complète de l'écoulement. Le 6 janvier, les urines sont normales; la malade recouvre graduellement des forces.

### Roentgenthérapie

Le 20 janvier, la malade est portée à la salle de Roentgenthérapie pour la reprise des irradiations quotidiennes. Le 11 février, dernier prélèvement bactériologique. Le 13 février, la malade a évidemment engraisé. Le 18 février, elle descend seule à la salle de Roentgenthérapie. Le 21 février, première selle sans laxatif. Le 7 mars, les douches reviennent limpides, pour la première fois. Le 12 mars, la malade peut retourner chez elle et faire ensuite chaque jour le trajet pour suivre les traitements de Rayons X.

En somme, depuis son entrée à l'Hôpital du Radium le 22 novembre 1926, la malade avait reçu 55 applications d'auto-vaccin, 86 douches hypertoniques, 360 cc. d'huile camphrée, en 36 injections, 104 doses de strychnine (1/60), 36 frictions à l'alcool, 127 doses toniques et minéralisantes, 56 laxatifs, 43 mixtures digestives.

### Technique Roentgenthérapique

Irradiation totale de 25 heures, par 52 séances, sur 43 jours; quatre portes d'entrée de 160 à 250 cent. carrés à la peau, deux

antérieures, deux portérieures; tension moyenne 170 K.V., 2½ milliampères, filtre 2 mm. de zinc et un mil. d'aluminium, distance 50 cm.; dose 9000 R français; coefficient de transmission de 35 à 42%. Appareillage Veifa, Standard, et Gaiffe tension constante, Coolidge dans l'air.

*Etat actuel de la malade*, un an après le traitement curie-thérapique: aspect extérieur de santé presque florissante, la teinte sub-ictérique, la pâleur sont disparues, elle a gagné 25 livres, et pèse 120 livres, pas de douleurs pelviennes, vésicales, rectales, ou crurales; les hémorragies ont cessé, les règles ne sont pas revenues.

A l'intérieur, les ulcérations n'existent plus, le vagin est peu modifié, les infiltrations péri-utérines ont considérablement diminué, les culs-de-sac sont assouplis, l'utérus est plus mobile; la muqueuse saigne encore un peu sous le contact d'un examen très poussé.

### Conclusions

Le danger des complications infectieuses impose la ligne de conduite suivante dans le traitement radiothérapique d'un cancer du col utérin :

1° Hospitalisation de la malade avant l'application, pour tous les examens de clinique et de laboratoire, et pour la désinfection par les méthodes appropriées: bactériothérapiques, sérothérapiques, chimiothérapiques, à tonicités diverses, et ionothérapiques (Wintz). Le streptocoque, étant particulièrement résistant, ne cédera probablement qu'à l'auto-vaccin, les badigeonnages et pansements locaux, ou au propidon (Laborde et Wickham).

2° Asepsie chirurgicale dans l'application utéro-vaginale; prudence et surveillance durant le traitement radiothérapique qui ne doit généralement recommencer qu'après l'élimination de tout signe d'infection.

L'intensité horaire de l'irradiation ne doit pas être trop élevée tout en restant suffisante, et efficace.

3° Prolonger l'hospitalisation durant la réaction, soutenir les forces, et donner tous les soins antiseptiques usuels au vagin, rectum et vessie, et combattre les complications par les méthodes déjà indiquées.

Il est évident que cet ensemble si facilement esquissé, mais si difficile à combiner, exige la collaboration de spécialités multiples que

le traitement actuel du cancer réunit autour du même lit; c'est ainsi que nous aurons la grande satisfaction de réaliser quelquefois cette œuvre d'art, de science, de dévouement qu'est la guérison d'un cancer du col utérin inopérable et avancé, et que pour ces cas au moins les plus sceptiques seront forcés de dire avec J. L. Faure (Cancer de l'Utérus, 1925): "Il y a un traitement qui aujourd'hui est cent fois "supérieur à tous les autres, c'est le traitement par le Radium... Je "suis certain qu'il est aujourd'hui démontré que pour les cancers "inopérables, le radium donne des résultats admirables, et qui sont "au-dessus de tout ce que nous aurions pu rêver, il y a une vingtaine "d'années, dans cette triste période où les chirurgiens, découragés, "n'essayaient même pas de soigner les pauvres femmes pour lesquelles "ils avaient perdu tout espoir et les abandonnaient aux consolantes "illusions que donne la morphine."

## BIBLIOGRAPHIE

- Bailey et Edith Quimby.**—Sur l'emploi du radium dans le cancer des organes génitaux de la femme. *Journal de Radiologie et d'Electrol.*, Paris, Oct. 1922.
- Baud, Mlle.**—Les complications infectieuses de la curiethérapie des cancers de l'utérus. Paris, 1923.
- Bainbridge.**—Le problème du cancer. Paris, 1922.
- Béclère, Cottenot, Mme Laborde.**—Radiologie, Radiumthérapie. Maloigne, Paris, 1922.
- Brooks, C. D.**—Radiotherapy in inoperable Carcinoma of the cervix. *The American Journal of Roentgenology*, December 1925.
- Canti, R. G., and Spear, F. G.**—Discussion on pathological basis of treatment by radiation. *Brit. Med. J.*, Aug. 1, 1925.
- Coudamin.**—De la curiethérapie des cancers utérins. *Lyon Médical*, 21 août et 1er sept. 1921.
- Coudamin et Nogier.**—Limites et contrindications de la Radiumthérapie des cancers utérins. *Lyon Médical*, mars 1918.
- Dechambre, S.**—De la Technique de la Curiethérapie par les voies naturelles dans le cancer du col utérin. Paris, Le François, 1923.
- Declairfayt.**—La piogenèse aseptique artificielle auxiliaire de radiations pénétrantes dans la thérapeutique du cancer. *Jour. de Radiologie et d'Elect.*, Paris, sept. 1924.
- Donaldson, M., et Cantì, R. G.** (Londres).—Observations sur 50 cas de cancer du col de l'utérus traités par le Radium. *Brit. Med. Journal*, 7 juillet 1923.
- Duryea, C. F.**—A conservative Estimate of Radium in Gynecology. *Practice in Radium* compiled by American Institute of Medicine, 1922, p. 43

- Dustin, A. P.**—Contribution à l'étude radiologique des épithéliomas du col utérin traités par la télécuriethérapie. Contribution à l'Académie royale de Médecine, Bruxelles, 1927.
- Eisen, P.**—Clinical Features as the Determining Factors in the Application of Radium and Roentgen Rays in Malignancy. In *International Medical and Surgical Survey*, Sec. 10, 77-78, vol 11, 1921.
- Ewing, J.**—Analysis of radiation therapy in cancer: In *Radium Report of the Memorial Hospital*, New York, Hocker, 1924.
- Ewing, J.**—Tissue reactions to radiation. *The American Journal of Roentgenology and Radium therapy*, Feb. 1926, 93-115.
- Ferroux, R., Monod, O., Regaud, C.** (Paris).—Traitements des cancers du col de l'utérus par des foyers extérieurs de radium à distance. *Jour. de Radiol. et d'Elect.*, 1925, vol. X, fac. 1, 1925.
- Furst** (Zurich).—Die Vorbestrahlung bei Kollumkarzinon des Uterus und ihr Einfluss auf die postoperative Infektion aus endogenen Ursachen. *Zentralf. Gyn.* 1925 N. 5 iss *Wetterer Internationale Radiotherapie* 1926.
- Giraud, M., Giraud, G., et Pares, L.**—Recherches expérimentales sur la genèse de la crise homoclasique des irradiations intensives. *Presse Médicale*, Paris, 1922, XXX, 885-887.
- Gosset, A., et Monod, O.**—Paris Méd., 16 février 1924.
- Healy, W. P.**—Evaluation of treatment of Carcinoma of the cervix with Radium. *The American Journal of Roentgenology*, Dec. 1925.
- Heymann, H. V.** (Stockholm).—Technik und Ergebnisse bei der Behandlung des Cervixkarzinoms mit "Radiumhemmet", *Stockholm Strahlent.* 1925, Bd. XX, S. 35. in *Wetterer Internat. Radioth.* 1925-26.
- Huard, S.**—Cancer de l'utérus — p. 570-571. *Paris Médical*, 18 juin 1927.
- Hartmann, H.**—Sur la curiethérapie du cancer utérin. *Rapport Masson*, Paris, 1921.
- Kaplan, I. I.**—Radiation treatment of Malignancy of the cervix. *Radio-logy*, October 1927.
- Klemperer.**—Histopathologic changes in uterine carcinoma treated with radium. *Am. Journal of Obst. and Gy.*, May 1925.
- Kok et Vorlaender** (Fribourg Bressgau).—Recherches biologiques sur l'action de l'irradiation sur le carcinome. *Strahlentherapie* Bd. XV, H. 5, 1923.
- Laborde et Wickham.**—Bulletin de l'association française pour l'étude du cancer. T. XV, No 7.
- Laborde, S.**—La curiethérapie des Cancers. Paris, Masson, 1925.
- Laborde, S.**—*Journal de Radiol. et d'Elect.* Paris, août 1922.
- Lacassagne.**—Microbes et phagocytes dans le champ du rayonnement. *C. R. de la Soc. de Biologie*, Paris, 14 mai 1921.
- Lachapelle, A.**—Contributions à l'étude des radionécroses tardives. Thèse Paris, L. Maloine.
- Laborde et Wickham** (Paris).—Radiumthérapie du cancer du col de l'utérus. 49e congrès de l'A. F. A. S., Genoble, 1925.
- Lahn, W.** (Dresden).—Die Strahlenbehandlung des Kollumkarzinoms. 1925, pp. 567-571, in *Wetterer Internat. Radiol.* 1926.

- Letulle.**—Action du radium sur l'utérus cancéreux. *Presse Médicale*, Paris, 11 fév. 1922.
- Ledoux, Lehard et Jean Gagey** (Paris).—Des rayons X et le Radium en gynécologie. *Jour. de méd. et de chirurgie pratiques*. Juillet 1923, pp. 480-496.
- Loeb, L.**—The effects of Roentgen Rays and radioactive substances on living cells and tissues. *Jour. Cancer Research*, 1922, VII, 229-282.
- Muir, Joseph.**—Radiotherapy of Cancer of the uterine cervix. *Radiology* October 1925.
- Mutermilch, S, et Lavedan, J.**—Traitement des infections secondaires des cancers, et, principalement des cancers du col utérin, par les auto-vaccins locaux. *Soc. Biologie Paris*, 30 juin 1923.
- Millet and Mueller.**—Some Phases of Radium Action with Special Reference to the Hematopoietic System. *Jour. Cancer Research*, 3, 127, 1928.
- Newcomet, W.**—Radium and the Roentgen Rays in Radiotherapy; Their uses and limitations. *J. A. M. A.* 63: 743-47. Aug. 29, 1914.
- Nogier.**—Le traitement des néoplasmes par aspiration osmotique. *Avenir Médical*, juillet et août 1923.
- Nogier.**—Considérations sur le traitement par le radium et la technique d'application dans les néoplasmes du col et du corps utérin. *Paris Médical*, 7 fév. 1920.
- Pochin, R.**—Désinfection des cancers ulcérés du col utérin par l'auto-vaccinotherapie locale. Paris, 1925.
- Pratt et Sokoloff, B.**—Contribution à l'étude de l'action des Rayons X sur les tumeurs malignes. *C. R. Soc. Biologie*, 13 octobre 1923, p. 735.
- Philip, E., und Gorwick, P.**—Die Behandlung des Gebärmutter und Scheidenkrebses an der Universitäts Frauenklinik Berlin. *Munch. med. Wochenschr* 1926. H. 7 in *Wetterer Inter. Radioth.* 1926.
- Pertbes, J.** (Tulingue).—La biologie et la clinique dans la Roentgen-thérapie des cancers chirurgicaux. *Strahlentherapie*, Bd. XV, H. 6, 1923.
- Proust et Mallet.**—Des indications respectives de l'hystérectomie, de la curiethérapie et de la radiothérapie pénétrante dans les cancers du col de l'utérus. *Presse Médicale*, Paris, 1er fév. 1922.
- Proust, R.**—Curiethérapie et Radiothérapie chirurgicale. 1924, Chanine, Paris.
- Quigley, Q. E.**—Irradiation in cancer of the cervix. *Radiology*, July 1925.
- Ransokoff, J. L.** (Cincinnati).—Radium in the treatment of cancer of the uterus. In "Radium", compiled by American Inst. of Medicine, 1922, p. 50.
- Réassens.**—Etat actuel de la radiumthérapie et de la radiothérapie dans le cancer de l'utérus. *Presse Médicale*, Paris, 1er fév. 1922.
- Regaud, C.**—Traitement des cancers du col de l'utérus par les radiations. Bruxelles, Imprimerie médicale, 1926.
- Regaud, Lacassagne, Roux-Berger, Coutard, Monod, Pierquin, Richard.**—Traitement des cancers du col de l'utérus par les radiations. *Paris Gynéc. Obstétrique*, 1925, vol. XII, No 4.

- Regaud et Confard.**—Résultats et technique de la Roentgenthérapie dans les cancers du col de l'utérus. *Gynéc. et Obst.*, Vol. XII, No 4, 1925, Paris.
- Regaud, C.**—Fondements physiologiques et techniques de la radiothérapie des cancers. Rueil Chanine 1921.
- Richard.**—Traitement du cancer du col utérin par le Radium. *Paris Médical*, 17 janvier 1922.
- Roussy, G., Laborde, S., Leroux, E., et Peyre, E.**—*Bull. Ass. Franç. Cancer* XV, No 7, p. 431, et XII, p. 178.
- Roussy, G.**—L'état actuel du problème du Cancer. Paris, Gauthier Villars, 1924.
- Rubens Duval, H.**—La Curiéthérapie est-elle une méthode dangereuse ? In *Radium Report of the Memorial Hospital, New York*, Hoeber 1924. *Paris Chir.*, 13, 180, avril-mai 1921.
- Salomon, I.**—Radiothérapie profonde. Masson, Paris, 1926.
- Schneider, C. H.**—L'hyperthermie après le traitement par le Radium et les Rayons Roentgen. *Strahlentherapie Bd. XV. H. 4.* 1923, p. 550.
- Schmitz, H.**—Observations on the technique and Indications of Radium Therapy in Uterine Carcinoma. *Surg. Gynec. Obst.*, 177, 1920.
- Schmitz, H.**—Contribution complémentaires à la valeur thérapeutique du Radium dans les cancers pelviens. *Radium*, vol. 2, octobre 1926.
- Schmitz, H.**—The relation of the degree of the histological malignancy to the prognoses and treatment of carcinoma of the uterine cervix. *Radiology*, Oct. 1927.
- Sherwood, Moore (St. Louis).**—Radiothérapie pénétrante. *J. A. M. A.* No 4, 28 juillet 1923.
- Siredey et Gagey.**—Le Radium en gynécologie. *Expansions Scientifiques*, Paris, 1922.
- Schmitz, H.**—The treatment of Cancer of the uterus. *J. A. M. A.*, 77, Oct. 8, Aug. 20, 1921.
- Skinner, E. H.**—Collateral Treatment of Malignant Patient Undergoing Radiotherapy. *Am. Soc. Roentgenol* 8, 138, mars 1921.
- Stacy, L. J.**—Complications qui suivent l'emploi du Radium en Gynécologie et discussions par H. Norsworthy, Chicago, C. F. Burnan, Baltimore, W. P. Healy, New-York, H. Schmitz, Chicago. Le rapport du congrès de l'Am. Radium Soc. à Washington, mai 1927.
- Stone, W. S.**—X Rays and Radium in treatment of malignant neoplasma.
- Taussig, F. J.**—Irradiation in cancer of the cervix. *Radiology*, July 1925.
- Villard et Michon (Lyon).**—Comment doit-on concevoir actuellement le traitement du cancer du col de l'utérus. *Lyon Méd.*, 15 fév. 1925.
- Weil, René (Paris).**—Les accidents dus au radium dans le traitement du cancer du col utérin par la voie vaginale. *Jour. Méd. Paris*, 31 janvier 1925.
- Wintz, H. (Erlangen).**—Discussion on carcinoma of uterine cervix. *Radiology*, Oct. 1927, p. 329-30.
- Zweifel, E.**—The result of Radiations in case of uterine carcinoma. *The Brit. Jour. of Radiology*, Sept. 1927.

# NYSTAGMUS DU VOILE: SYNDROME MYOCLO- NIQUE DE LA CALOTTE PROTUBERANTIELLE

## OBSERVATION

*Par les Docteurs LASALLE et BEDARD.*

Travail du service oto-rhino-laryngologique de l'Hôtel-Dieu  
(Professeur Lassalle)

L'étude anatomo-clinique des lésions de l'encéphale est toujours captivante, tant pour l'ophtalmologiste que pour le neurologue. Si parfois des symptômes de voisinage ou d'hypertension intracrânienne peuvent fausser, au lit du malade, nos données anatomo-physiologiques, par contre nous rencontrons des cas où les phénomènes cliniques se dessinent tellement clairs et précis, qu'ils nous facilitent grandement la topographie des lésions de l'encéphale.

L'histoire du cas suivant peut nous servir de démonstration.

**Observation.**—M. J. St-B., âgé de 28 ans, manoeuvrier, se présente, le 5 avril 1927, à la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Hôtel-Dieu, se plaignant de vertiges survenus subitement, sans perte de connaissance, à la sortie d'un caisson (air comprimé). Depuis lors il constate une diminution de l'ouïe de l'oreille droite, et des mouvements rythmiques du voile du palais et des muscles sys-hyoïdiens; ces manifestations myocloniques se produisent à raison de 60 à la minute environ.

L'examen de l'état général ne révèle rien d'anormal; pression artérielle 120/80; le Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien est trouvé négatif. La ponction lombaire donne un liquide clair, sans aucune pression; pas d'albuminorachie; une formule leucocytaire nulle.

Examen neurologique: sensibilité profonde et superficielle indemnes; pas de troubles de la motilité.

Réflexes oculaires, patellaires et autres conservés.

Rhino-pharynx: normal.

Oreille gauche: normale.

Oreille droite: audition diminuée pour les phonèmes graves et aigus. Weber latéralisé à gauche, (64 V. D.). Rinné positif de chaque côté, mais diminué à droite, tant pour l'audition aérienne que pour l'audition osseuse.

Oreille gauche: aud. aér. = 20"  
aud. os. = 10"

Rinné.

Oreille droite: aud. aér. = 10"  
aud. os. = 5"

L'examen des conduits et de l'oreille moyenne ne révèle rien; trompes d'Eustache perméables.

**Examen fonctionnel de l'équilibration.**

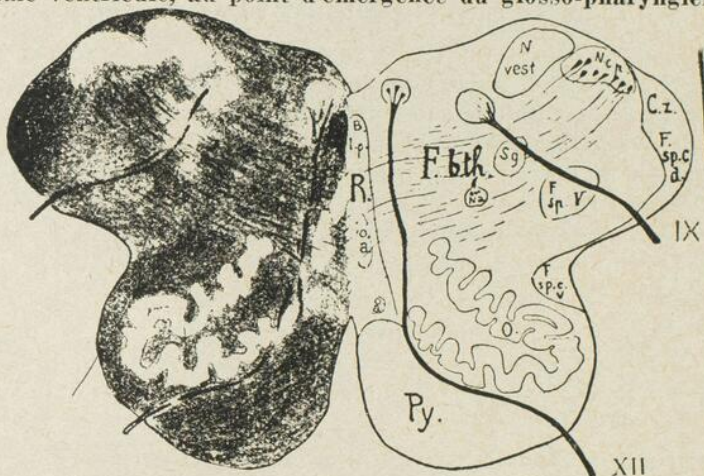
Epreuves spontanées: chute à droite dans les trois positions de la tête. Pas de nystagmus. Epreuve de Romberg franchement positive. Epreuve de Babinski-Weil; déviation à droite. Calorique froide; (oreille droite); nystagmus du côté opposé déclanché au bout de 20" et qui dure deux minutes.

Oreille gauche; nystagmus déclanché après 40" d'irrigation, avec une durée de 1'40".

Examen de l'oeil: aucune paralysie; vision normale de chaque côté; rien au fond de l'oeil.

Le tableau clinique que présente notre malade est donc un syndrome vélo-palato-pharyngé, accompagné de vertiges, comme signe associé.

**Coupe de la moëlle allongée passant par la région la plus large du 4ème ventricule, au point d'émergence du glosso-pharyngien.**



N. vest.—noyau vestibulaire. IX—glosso-pharyngien. N.c.p.—Noyau des cordons postérieurs. F. sp. c.—faisceau spino-cérébelleux. F. sp. V.—faisceau médullaire du trijumeau. S. g.—substance gélatineuse de Rolando. F. bth.—faisceau bulbo-thalamique. XII—Hypoglosse. B. l. p.—bandelette longitudinale postérieure. R—ruban de Reil. Py.—faisceau pyramidal.

Les travaux récents de Ch. Foix, J. A. Chavany et P. Hillemand ont bien démontré que ce syndrome vélo-palatin avait comme substratum anatomique une lésion de la calotte de l'axe encéphalique, et en particulier de la calotte protubérantielle.

La lésion a donc une origine *sus-nucléaire* et non point nucléaire, les noyaux bulbaires étant intacts.

A l'aide de la coupe anatomique qui suit, les lésions pathologiques qui nous intéressent sont assez facilement démontrées.

On y voit l'origine réelle du glosso-pharyngien et ses fibres tributaires avoisinant celles du vestibulaire; c'est dans cette partie de la calotte que nous situons les petites hémorragies en foyer, causes des myoclonies et vertiges survenus chez notre malade.

Nous ajouterons en terminant cette brève observation, que les troubles de l'ouïe de l'oreille droite sont dus à une atteinte du faisceau croisé du nerf cochléaire, dans le territoire de la calotte protubérantielle, partie inférieure.

#### BIBLIOGRAPHIE

**Ch. Foix, J. A. Chavany et P. Hillemand.**—Syndrome myoclonique de la calotte. Bulletin de la Soc. de Neurologie de Paris, juin 1926.

**Bing.**—Lésions de l'encéphale et de la moëlle épinière, page 100.

**A. Pitres et L. Testut.**—Les nerfs en schémas, page 182.

## TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE PAR LA MALARIA

*Par les Docteurs*

GUSTAVE ARCHAMBAULT et ALBERIC MARIN.

La notion de l'incurabilité de la Paralyse générale était couramment admise jusqu'à ces dernières années. Aucune méthode thérapeutique ne pouvait enrayer son évolution progressive et fatale. L'on sait en effet que tous les médicaments antiluétiques connus, arsénicaux, sels de bismuth, mercuriaux, dont l'action est si manifeste dans la syphilis cutanée et viscérale, sont à peu près inefficaces lorsque l'infection tréponémique a atteint la cellule nerveuse. Malgré l'intensité du traitement, les signes sérologiques, somatiques et psychiques ne sont que peu ou pas modifiés. Le malade se cachectise graduellement, devient de plus en plus gâteux et meurt dans le marasme le plus complet, à moins qu'un ictus ou une pneumonie ne hâte la terminaison fatale.

Depuis quelques années cependant est née une nouvelle méthode thérapeutique qui a donné des résultats surprenants. Sans guérir définitivement cette redoutable complication de la syphilis nerveuse, elle en a singulièrement éclairci le pronostic.

Ce nouveau traitement est basé sur un fait d'observation ancienne. Depuis fort longtemps on avait remarqué des arrêts dans la marche de la Paralyse générale, des rémissions parfois notables touchant la mémoire, l'attention, le jugement, les sentiments affectifs, permettant la réadaptation à la vie normale, et ceci à la suite d'une affection fébrile intercurrente. Un paralytique général contractait une maladie fébrile, phlegmon, érysipèle, typhoïde, et très souvent ses troubles démentiels étaient amendés de façon notable. De cette influence bienfaisante d'une pyrexie élevée sur la Paralyse générale est née la "*Pyothérapie*" (cure par la fièvre).

On tenta d'abord de provoquer des chocs fébriles par des injections de nucléinate de soude, des abcès de fixation à la térébenthine, par la tuberculine de Koch, par différents vaccins, par des albuminoïdes, etc. Ces divers procédés furent vite abandonnés parce que trop infidèles, ne donnant pas des températures assez élevées, ou parce que trop douloureux pour être répétés le nombre de fois suffisant. Wagner Von Jauregg de Vienne, en 1917, eut l'idée

d'inoculer à des paralytiques déments le paludisme à titre thérapeutique. D'autres auteurs eurent ensuite recours à la fièvre récurrente, mais cette dernière n'a pas joui d'une aussi grande faveur parce que de technique fort délicate, dangereuse à manier, et qu'il est plus difficile d'en débarrasser le malade.

L'impaludation tend maintenant à se répandre dans tous les pays. De l'avis unanime de ceux qui l'ont tentée, cette méthode donne de 30 à 40% de rémissions chez les paralytiques généraux, à condition bien entendu que la maladie ne soit pas trop avancée. Ce sont là des chiffres impressionnants quand on songe à l'inanité de nos efforts avant l'ère de la thérapeutique par choc infectieux.

\*

\* \*

La malaria ou paludisme est une maladie infectieuse causée par un protozoaire parasite du globule rouge, l'hématozoaire de Laveran. Elle se traduit essentiellement en clinique par des phénomènes fébriles, dont l'intermittence est un des caractères distinctifs. Cette infection est endémique dans certaines régions marécageuses. Son agent de transmission est un moustique, l'anophèle, qui l'inocule aux hommes.

Il en existe trois variétés dues à des parasites différents: la Tierce bénigne déterminée par le *Plasmodium vivax*, la Tierce maligne par le *Plasmodium malariae*, la Quarte par le *Plasmodium praecox*.

C'est le *Plasmodium vivax*, l'hématozoaire de la Tierce bénigne, que l'on inocule parce que son atteinte n'offre pas les caractères de malignité et de ténacité des autres formes. Quelques grammes de quinine en ont bien vite raison et le malade se remet rapidement de son impaludisme sans en être autrement affecté.

Signalons en passant que lorsque ce *Plasmodium vivax* en est à plusieurs passages successifs chez l'homme il est devenu extrêmement sensible à la quinine et même à certains autres médicaments, digitaline, urotropine, etc. Il a de plus perdu toute reproduction sexuée: à l'examen du sang on ne retrouve plus de gamètes, mais que des schizontes. Certains bactériologistes sont même tentés d'y voir une espèce nouvelle d'hématozoaire: le *Plasmodium malariae inoculatae*.

L'impaludation des paralytiques généraux est pratiquée à Montréal depuis quelques mois dans nos asiles d'aliénés, à St-Jean-

de Dieu et à Verdun. Nous avons nous-mêmes actuellement trois malades sous traitement que nous avons impaludés successivement, et qui ont tous très bien supporté le choc infectieux.

Comme dans notre pays il n'existe pas de malaria à l'état endémique il fut nécessaire de se rendre aux Etats-Unis pour s'en procurer le germe. Et comme, d'autre part, l'hématozoaire ne se cultive pas, on a été forcé d'aller le chercher avec un malade qui a été inoculé à New-York du sang d'un paludéen. A Montréal ce malade a servi à impaluder d'autres paralytiques déments. Voici comment nous procédons maintenant: nous avons quelques paralytiques impaludés, nous leur laissons avoir le nombre d'accès nécessaire, puis avant de leur administrer la quinine qui fera disparaître rapidement tous les parasites de leur organisme, nous injectons d'autres malades avec leur sang infecté. Nous guérissons les premiers de leur paludisme et le cycle recommence avec les seconds. Nous en sommes rendus à une soixantaine de passages semblables avec la souche importée des Etats-Unis.

\*  
\* \*

Pour impaluder un paralytique général la technique est bien simple. Il suffit de lui faire une injection intraveineuse de 2 à 3 cc. du sang d'un paludéen qui n'a pas encore reçu de quinine et dans lequel on aura préalablement constaté la présence au microscope du *Plasmodium vivax*.

La période d'invasion est de 5 à 8 jours. Durant cette période si l'on fait des examens du sang l'on voit les hématozoaires devenir chaque jour de plus en plus nombreux. Vers le 3ième ou 4ième jour apparaît une fièvre d'invasion. La température monte chaque soir jusqu'à 102 et 103°, pendant 2 ou 3 jours. Le malade n'est pas souffrant et il est peu ennuyé de cette élévation thermique. Souvent la température redescend à la normale pendant une journée ou deux. Puis brusquement éclate un grand frisson, intense, qui dure environ une heure. Le malade transpire abondamment. Il délire parfois. Après 2 ou 3 heures la température redevient normale. Le malade reste un peu affaîssé pendant quelques heures et repose. Quarante-huit heures après se déclare un nouvel accès identique au premier. Les 2 ou 3 premiers frissons sont à intervalles réguliers, mais les suivants tendent à se rapprocher pour devenir franchement quotidiens.

Si le malade supporte bien les accès il subira une douzaine de frissons avant de prendre la quinine qui arrête immédiatement les

crises. Après cet impaludisme thérapeutique le paralytique est anémié, fatigué, amaigri, mais il se remet très rapidement. L'hématozoaire envahissant les globules rouges et s'y multipliant en détruit un très grand nombre à chaque accès. A la fin de la cure il n'est pas rare de trouver le nombre des hématies descendu à deux millions et demi. Le choc infectieux est donc considérable et il est nécessaire, avant d'impaluder un paralytique général, de le bien examiner afin de s'assurer que son foie et ses reins fonctionnent bien, que son cœur n'est pas sérieusement touché, qu'il n'est pas enfin dans un état de cachexie qui s'y oppose. Il faudra également surveiller l'impaludé de très près au cours de ses accès, le tenir au repos absolu, l'alimenter légèrement, examiner son sang tous les jours (formule leucocytaire) pour se rendre compte du nombre d'hématies détruites, stimuler son cœur avec de l'huile camphrée (ne pas donner d'autres médicaments, tels que la digitaline, qui auraient pour effet de faire disparaître les hématozoaires), et se tenir prêt à intervenir avec la quinine au besoin.

Il arrive parfois que malgré toutes ces précautions certains éléments succombent. Mais la proportion en est petite. Ce risque ne doit pas nous arrêter car ces malades succombent tôt ou tard à la paralysie générale. L'impaludation est actuellement le seul moyen que nous ayons de les sauver.

\*  
\* \* \*

Quels sont les résultats de l'impaludation ? Ils sont la plupart du temps très encourageants, beaucoup plus que tous ceux obtenus avec les autres méthodes thérapeutiques. La rémission est parfois apparente dès la fin des accès, mais elle peut ne survenir que quelques semaines plus tard.

C'est sur les signes psychiques que l'action de la malaria est le plus sensible. Le délire disparaît (mégélanie, idées de richesse, de grandeur, état particulier d'euphorie). Les troubles de la mémoire, du jugement, s'amendent. Le malade devient plus attentif aux événements extérieurs, il s'intéresse à ce qu'il voit et entend, ses sentiments affectifs s'améliorent.

Les signes physiques ne sont pas modifiés aussi nettement. L'état des réflexes pupillaires et tendineux est généralement stationnaire. Mais la dysarthrie s'amende fréquemment. Le malade peut parler

sans bredouiller, sa parole redevient intelligible. Les tremblements diminuent, disparaissent même parfois. L'écriture lisible redevient possible. Les malades sont mieux de leur état général et engraisent.

Quant aux signes sérologiques, ils disparaissent rarement. Ce sont surtout la lymphocytose et la globuline qui sont influencées, le Wassermann et les réactions colloïdales ne bougeant pas.

Il va sans dire que toutes ces modifications sérologiques, somatiques et psychiques sont d'autant plus appréciables que le traitement a été entrepris tôt. Il semblerait également qu'elles sont plus durables si, après l'impaludation, le traitement spécifique par les arsénicaux et le bismuth est repris et administré pendant longtemps.

\*

\* \*

Cette méthode est encore trop récente pour qu'il soit possible d'affirmer quelle sera la durée des rémissions. Mais nous connaissons personnellement un cas où chez un parfait dément elle dure depuis plus de deux ans. Jauregg, James, et plusieurs autres auteurs ont dernièrement publié quelques observations où les rémissions durent depuis 4, 5, et 7 ans. Le professeur Henri Claude, qui depuis 28 mois a impaludé 164 paralytiques généraux avec une proportion de succès égale à 42.6 pour 100 des cas, en faisant ressortir le faible pourcentage des décès survenus au cours du traitement (6.9 pour 100), conclut que le traitement de la paralysie générale par la malaria apparaît comme extrêmement bénin en soi, qu'il constitue actuellement la méthode de choix, et qu'il s'impose spécialement dans les cas au début, dès que le diagnostic est posé.

— o —

**SECOND CAS D'ÉPINGLE DE SURETÉ OUVERTE  
POINTE EN HAUT, DANS L'OESOPHAGE  
D'UN NOURRISSON.  
OESOPHAGOSCOPIE. ABLATION. (1)**

*Par le Dr J. N. ROY,  
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,  
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,  
Médecin de l'Institut du Radium,  
Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris.*

En septembre 1922, nous avons publié, dans l'*Union Médicale du Canada*, l'observation d'un enfant de huit mois, qui avait avalé une épingle de sûreté ouverte, dont la pointe était dirigée en haut, et que nous avons extraite en nous servant de l'œsophagoscope. Comme cette variété de corps étrangers présente, d'après tous les auteurs spécialisés en broncho-œsophagoscopie, un des problèmes les plus difficiles et les plus dangereux, nous croyons intéressant d'en rapporter aujourd'hui un second cas, tout à fait semblable au premier, afin d'attirer encore une fois l'attention sur la technique employée lors de l'ablation.

*Observation.*—L'enfant A. L., âgé de 10 mois, nous est amené au bureau, le 25 juin 1923, pour un corps étranger de l'œsophage. Ses parents racontent que le matin même, vers 8 heures, alors qu'il était agacé par une première dentition, il aurait arraché une épingle de nourrice retenue à sa bavette, et l'aurait avalée. Une demi-heure plus tard, il vomit un peu de lait qu'il avait pris avant l'accident. Les vomissements se répétèrent de nouveau vers 9 heures, mais cette fois le lait était légèrement teinté de sang. Aucun phénomène de gêne du côté de la respiration ne fut alors observé.

A l'examen du pharynx, pratiqué avec l'abaisse-langue d'Escat, nous voyons que la muqueuse est dans un état absolument normal. Le miroir laryngé ne révèle rien de spécial, et la respiration n'est pas modifiée.

Nous demandons immédiatement une radiographie, qui fut pratiquée par le Dr Pariseau, et le corps étranger fut localisé dans

---

(1) Communication faite au Congrès Français d'oto-rhino-laryngologie, Paris, oct. 1926.

l'œsophage, un peu au-dessous de la région claviculaire. C'était effectivement une épingle de sûreté ouverte dont la pointe était à gauche, et dirigée en haut.

L'œsophagoscopie étant le seul moyen de traitement pour le cas actuel, l'enfant conduit à l'Hôpital Notre-Dame, fut mis sous l'influence du chloroforme à midi, c'est-à-dire quatre heures après l'accident. Ayant introduit dans l'œsophage un tube de sept millimètres de diamètre, nous voyons le corps étranger à une distance de seize centimètres environ de l'arcade dentaire supérieure. Il est entouré d'une sécrétion muco-sanguinolente qui est soigneusement époncée. L'épingle est solidement retenue par un spasme de l'œsophage, et sa pointe est enfoncée dans la muqueuse, en haut et à gauche, d'un tiers de son effilement. En présence de ce corps étranger, nous décidons de recourir, pour son ablation, à la même technique que nous avons déjà employée avec succès, l'année précédente, dans un cas semblable. Aussi, sous le contrôle de la vue, nous introduisons une pince, et saisissons l'épingle par sa partie pointue enfoncée dans l'œsophage. Afin de la désenclaver, nous la repoussons légèrement en bas, et descendons ensuite l'œsophagoscope jusqu'à ce que la pointe fût introduite dans l'intérieur du tube, et par le fait même protégée. En dernier lieu, nous retirons en un seul mouvement l'œsophagoscope, la pince et le corps étranger.

Les suites opératoires se passent sans complications, et le petit malade n'eut même pas de température.

L'épingle mesurait vingt-sept millimètres de longueur, et quinze millimètres de largeur à l'extrémité des deux branches ouvertes.

Si maintenant nous jetons un rapide coup d'œil sur les moyens que nous avons à notre disposition pour l'ablation des épingles de sûreté ouvertes pointe en haut dans l'œsophage, nous voyons qu'ils sont au nombre de quatre. Lorsque nous avons à intervenir chez un adulte, ou chez un enfant d'un certain âge, nous pouvons, avant de faire l'extraction, nous servir d'une pince pour fermer l'épingle. Il existe en Europe et aux Etats-Unis surtout, plusieurs modèles d'instrument de fermeture, cependant celui d'Arrowsmith-Clerf semble être le plus perfectionné. Etant donné, dans notre cas, l'âge de notre petit malade, et par conséquent, le diamètre du tube que nous avons été forcé d'employer, il aurait été très difficile de recourir à cette technique.

Toujours dans le même ordre d'idée, le Dr. Mosher de Boston, a fait fabriquer une série de tubes fenêtrés longitudinalement à leur

extrémité. En plus de cette fenêtre, ces tubes comportent à quelques centimètres de leur bout une ouverture plus grande pour permettre l'introduction du capuchon de l'épingle de sûreté. Le tube, descendu jusqu'au contact de l'épingle, doit être manœuvré de manière à recevoir d'abord à l'intérieur le capuchon, puis au moyen de mouvements rotatoires la pointe est désenclavée et emprisonnée à son tour. Toutefois, ce procédé fort ingénieux n'est pas souvent employé.

Afin de pouvoir retirer directement l'épingle sans perforer l'œsophage, le Dr. R. Paterson a imaginé de placer un petit tube sur la partie effilée. Nous n'avons pas besoin d'insister pour dire combien la chose doit être laborieuse, et qu'elle aurait été impossible chez notre nourrisson de dix mois.

Le Dr. Chevalier-Jackson de Philadelphie, qui, sans aucun doute, est le médecin le plus habile de l'Amérique en endoscopie, a préconisé une méthode des plus heureuses. Celle-ci consiste à saisir l'anneau du ressort de l'épingle, au moyen d'une pince rotative spéciale, et à la refouler dans la cavité stomacale. L'œsophagoscope étant ensuite descendu jusqu'au cardia, il ne reste plus qu'à attirer dans le tube l'épingle qui se retourne alors dans l'estomac. Si son diamètre est trop considérable pour permettre l'extraction à travers l'œsophagoscope, elle est enlevée en même temps que les instruments sans qu'il n'y ait de danger de lacérer la muqueuse œsophagienne, puisqu'elle est pratiquement fermée. En employant cette technique, on pourrait peut-être craindre que la paroi de l'œsophage soit lésée par la pointe de l'épingle, lorsqu'elle est descendue dans l'estomac; cependant il n'est fait aucune mention de complications post-opératoires dans les deux cas qui ont été rapportés.

Et comme dernier procédé, on peut se servir de celui que nous venons d'exposer dans cette courte communication, et qui nous a donné déjà deux succès dans deux cas semblables. L'avantage qu'il offre sur les autres c'est que, entre des mains expérimentées, il n'expose à aucun danger, et que l'ablation est toujours certaine. Si après avoir choisi cette méthode, on ressent un peu de résistance lors de l'extraction, il faut s'arrêter, et faire ensuite une nouvelle prise de l'épingle suivie de rotation, car son capuchon peut buter dans un repli de la muqueuse œsophagienne. L'œsophagoscopiste doit toujours s'aider non seulement du sens de la vue, mais aussi du sens du toucher. Un détail également très important consiste à tourner l'épingle à droite ou à gauche avant d'en faire l'ablation, afin d'éviter la protubérance postérieure du cartilage cricoïde. Ainsi en est-il de

même lorsqu'il s'agit d'un corps étranger sous-glottique, mais dans ce cas, il doit être attiré d'avant en arrière, afin d'empêcher qu'il soit arrêté par les cordes vocales.

En présence d'une épingle de sûreté ouverte pointe en haut, on pourrait être tenté d'en faire l'extraction tout simplement en tirant sur la branche du capuchon. Agir de la sorte serait courir vers un désastre certain, car le bout effilé produirait une déchirure de la paroi œsophagienne, et consécutivement une hémorragie dans la cavité thoracique, une pleurésie, ou une médiastinite suppurée. L'issue fatale peut même devenir foudroyante, puisque la littérature médicale rapporte un cas de mort par choc opératoire, et un autre d'hémorragie, probablement due à une blessure de l'aorte.

Ce genre de corps étranger, — comme tous ceux d'ailleurs qui sont pointus — doivent être enlevés le plus tôt possible après l'accident, car leur déplacement par les mouvements respiratoires, et les spasmes de l'œsophage, amènent très rapidement une lésion gangréneuse de la paroi, toujours suivie de redoutables complications. En outre, ces corps étrangers sont d'autant plus faciles à extraire que le traitement est fait de suite, puisqu'ils sont moins enclavés dans la muqueuse. En agissant ainsi, on évitera peut-être la nécessité de pratiquer plus tard l'œsophagotomie externe pour leur ablation. Comme un grand nombre d'auteurs, — et nous-même dans quelques travaux antérieurs — avons eu l'occasion de faire ressortir la nécessité absolue qu'il y a de toujours recourir à la radioscopie et à l'œsophagoscopie pour toutes les affections de la cavité œsophagienne, nous n'insisterons pas davantage, et terminerons tout simplement en soulignant ce fait classique admis aujourd'hui par tous ceux qui s'occupent de la pathologie de l'œsophage.

#### BIBLIOGRAPHIE

- J. N. ROY.—De la nécessité de l'œsophagoscopie pour le diagnostic et le traitement des affections de l'œsophage. *L'Union Médicale*, fév. 1919.
- E. DUFRESNE.—Corps étranger de l'œsophage. Œsophagotomie externe. *L'Union Médicale*, fév. 1919.
- A. SIMARD.—Corps étranger de l'œsophage. Œsophagotomie externe. *Le Bulletin Médical de Québec*, page 257, 1919.
- J. N. ROY.—Phlegmon de l'œsophage incisé sous le contrôle de l'œsophagoscope. Guérison. *L'Union Médicale*, janv. 1920.
- Un cas d'œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage. Ablation. Guérison. *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, 30 nov. 1920.
- Epingle de sûreté ouverte pointe en haut dans l'œsophage d'un nourrisson. Œsophagoscopie. Ablation. *L'Union Médicale*, sept. 1922.
- J. VAILLANCOURT et P. E. POLIQUIN.—Cancer de l'œsophage; diagnostic œsophagoscopique et radiologique. *Le Bulletin Médical de Québec*, page 8, 1926.

## A PROPOS D'UN CAS DE DISTENSION CHRONIQUE DE LA VESSIE

*Par le Docteur OSCAR MERCIER,  
De la Faculté de Médecine de Paris,  
Membre de l'Association Française d'Urologie,  
Chargé du service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu.*

L'évolution heureuse d'un cas très grave d'hypertrophie de la prostate avec symptômes de distension chronique de la vessie et d'urémie que nous avons traité dans notre service de l'Hôtel-Dieu nous a paru suffisamment intéressant pour en présenter l'observation et en tirer les conclusions appropriées. Le malade nous fut amené en plein délire urémique. Après un séjour de douze semaines il retourna, ayant subi la protatectomie, entièrement rétabli et vidant complètement sa vessie.

**Observation.**—Monsieur E. C..., âgé de 69 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service d'Urologie le 25 juin 1927. A son entrée le malade est délirant et n'a aucune conscience de ses actes, si bien que l'interrogatoire est impossible. Par son entourage, on apprend qu'il urine très fréquemment, à toutes les 10 minutes environ, et qu'il perd même ses urines. Un examen nous montre que le malade présente une haleine acétonurique, sa langue est sèche et blanchâtre, ses pupilles sont contracturées. Il répond indistinctement à nos questions. L'examen de l'abdomen fait voir du météorisme et la présence d'un globe vésical, indiquant que la vessie remonte à un travers de doigt en dessous de l'ombilic. Le toucher rectal indique la présence d'une hypertrophie typique de la prostate de volume moyen. L'azotémie pratiquée le jour même est de 2 grammes 40. Les urines renferment une quantité abondante de pus et il existe de l'hyperthermie à 101° F. Une cystostomie est pratiquée immédiatement à l'anesthésie locale.

Dans les jours qui suivent le malade s'améliore lentement et les symptômes d'urémie disparaissent progressivement. A la troisième journée le malade est suffisamment conscient pour répondre à nos questions. Ses troubles urinaires remontent à 5 ou 6 ans et ont débuté par de la pollakiurie nocturne et de la dysurie. Depuis 10 mois la fréquence des mictions est grande le jour et la nuit. Enfin, il y a 6 jours le malade a commencé à perdre ses urines. Dans ses antécédents on remarque de l'alcoolisme très marqué.

Le 5 juillet, l'azotémie est de 1 gramme 25.

Elle tombe à 1 gramme le 12 juillet.

Le 22 juillet, elle est à 0 gramme 55.

Puis à 0 gramme 50 où elle se maintient le 11 et le 27 août.

Durant cette période du 25 juin jusqu'au 12 juillet, le malade est

resté à une diète lactée absolue. A partir du 12 juillet, une diète hypo-azotée fut permise et maintenue jusqu'à la prostatectomie. Dès le 2 juillet le lever fut permis.

Le 15 août, c'est-à-dire sept semaines après la cystostomie, la prostatectomie fut pratiquée sans incident. Les suites opératoires furent des plus simples et la plaie de cystostomie se ferma à la 19<sup>ième</sup> journée, c'est-à-dire le 3 septembre.

Le 13 septembre le malade reçut son congé. L'azotémie était alors de 0 gramme 50. Les urines étaient limpides et la vessie s'évacuait entièrement.

Cette observation, en elle-même, ne comporte rien d'extraordinaire. Et les faits de guérison semblables à celui de notre malade sont fréquents dans les services d'Urologie depuis l'avènement de la prostatectomie en deux temps. M. le professeur Legueu a abondamment illustré combien les urémies chez les prostatiques sont curables et il a nettement identifié des autres formes *l'urémie curable chirurgicale*. Nous ne présentons donc cette observation que pour démontrer une fois de plus les avantages de la cystostomie préliminaire à la prostatectomie. Avant le drainage vésical sus-pubien notre malade avait une azotémie de 2 grammes 45; il tombe à 0 gramme 50 le 11 août.

Cette cystostomie préliminaire ne remplira son but que si le chirurgien sait la *prolonger un temps suffisant* pour permettre au malade la récupération d'un état de santé qui lui fera supporter le choc de la prostatectomie. La vessie de notre malade a été drainée pendant sept semaines. *Et c'est là le premier point sur lequel nous voulons insister.* Trop de chirurgiens se hâtent pour pratiquer l'ablation de l'adénome péri-urétral qu'ils font systématiquement à la huitième journée. Nous croyons que cette hâte a pour cause l'appréhension de voir se refermer la vessie. En effet, plusieurs n'établissent pas le drainage à l'aide d'un tube. D'autres n'emploient que le tube de Marion ou celui de Guyon, qui impose au malade l'immobilité au lit de crainte que le tube ne sorte de la plaie. Cette immobilité ne peut se prolonger indéfiniment et crée chez le malade un état de débilité qui est capable d'aggraver les troubles. Aussi faisons-nous lever nos malades le plus tôt possible, ordinairement vers la huitième journée. Pour réaliser ce lever précoce, nous remplaçons à la deuxième journée le tube de Marion No 40 par un autre du No 30. Ce dernier de calibre plus petit permet à la plaie de se rétrécir. Il est, en général, remplacé vers la huitième journée par un tube de Pezzer coudé No 30. A partir de ce moment, le

malade se lève et présente une cystostomie complètement étanche grâce à la fixité automatique du tube de Pezzer que son capuchon réalise. Les urines, dans notre service de l'Hôtel-Dieu, sont reçues dans une petite bouteille de verre de 120 grammes qui est fixée au pansement par un cordon et dans laquelle est placée l'extrémité du tube. Chez nos malades privés, nous remplaçons la bouteille de verre par un urinal en caoutchouc qui se fixe à la jambe. Ainsi disposés, les malades peuvent s'occuper et vaquer dans une certaine mesure à leurs occupations, si bien qu'ils peuvent quitter l'hôpital en attendant d'être en état de subir sans risque la prostatectomie. Nous avons actuellement dans notre clientèle un malade cystostomisé depuis le mois de mai et qui vaque à ses occupations en attendant la prostatectomie que nous devons bientôt pratiquer.

De cette observation, nous voulons aussi démontrer l'avantage que présente la cystostomie sur la sonde à demeure chez les distendus chroniques de la vessie. En France, la question n'est plus discutée et tous les urologues admettent *la supériorité de la cystostomie sur la sonde à demeure* et la pratiquent d'urgence chez les distendus chroniques. Aux Etats-Unis, de nombreuses controverses existent. Et il semble que tous se méfient des méfaits du drainage par la sonde, puisque de nombreux dispositifs plus ou moins ingénieux ont été établis pour réaliser une décompression lente et une asepsie parfaite. Elève de M. Marion, nous ne pouvons que partager les vues de l'Ecole française et user de la cystostomie. D'ailleurs, notre pratique n'a fait que confirmer les principes de l'enseignement que nous avons reçu. En effet, depuis un an, nous avons traité cinq malades souffrant de la prostate avec distension chronique de la vessie. Deux de ces malades, l'un âgé de 62 ans et l'autre de 68 ans, présentant une vic paisible, avaient été cathétérisés par leur médecin avant leur admission à l'hôpital. Malgré la cystostomie pratiquée d'urgence, ils moururent. Les trois autres, au contraire, dont le malade qui fait l'objet de ces remarques, furent admis à l'hôpital dans un état plus précaire que les autres, et se rétablirent grâce à la cystostomie. Et aucun n'avait été cathétérisé.

En résumé, cette observation nous démontre les avantages que nous pouvons tirer de la cystostomie préliminaire à la prostatectomie, à la condition de savoir la prolonger un temps suffisant pour permettre au malade d'améliorer sa situation, et nous enseigne que le drainage chirurgical sus-pubien de la vessie doit être préféré à la sonde à demeure chez les distendus chroniques de la vessie.

**HYGIÈNE SOCIALE**  
**LA CULTURE PHYSIQUE**  
**CE QU'ELLE EST, CE QU'ELLE VAUT**

*Par le Docteur RAOUL MASSON,  
Professeur de Pédiatrie à l'Université de Montréal.*

Messeigneurs,  
Messieurs,

J'ai été particulièrement flatté de l'invitation que m'a transmise M. le Secrétaire général de la Faculté des Arts, d'exposer devant vous la question de l'éducation physique et de l'entraînement sportif chez les enfants et les jeunes gens de nos collèges affiliés.

Quoique convaincu de mon peu de qualification pour traiter un sujet aussi important, sans hésiter j'ai accepté par principe pour ne pas laisser passer l'occasion, ne serait-ce que d'amorcer la discussion sur cette question, que je crois être d'une réelle importance.

Le procès de la culture physique ne doit plus être à faire, surtout dans le milieu de formation classique dont les racines prennent naissance dans les vieilles traditions grecques et latines.

Nous savons en effet trop bien l'intérêt que les Grecs et Latins portaient à la perfection des formes, au culte qu'ils rendaient à ces athlètes et guerriers fameux qu'ils ont souvent défiés, et dont les autels, les monuments, les temples élevés en leur honneur ont fait passer les noms à l'histoire.

La tradition, cependant, subit parfois des éclipses; éclipses qui ne se dissipent que peu à peu, sous l'effet de constatations nous démontrant les oublis ou les négligences dont nous nous sommes rendus coupables.

Le culte du corps, l'éducation physique, l'entraînement méthodique des muscles, des nerfs, des organes nobles, l'assouplissement des articulations, la résistance à l'effort et à la fatigue corporelle, la vivacité des mouvements, la conservation des formes, le développement des muscles, et par là, le libre jeu de tout l'organisme humain; tout ce programme fut pendant assez longtemps le privilège de quelques spécialistes, professionnels, les uns de la force brutale, les autres de la souplesse et de l'agilité.

L'obligation au travail manuel, tant pour les travailleurs de la mer que de la terre, tant pour les ouvriers, manœuvres, portefaix, artisans, tisserands, peine-misères, porteurs, terrassiers, etc., assurait

une sélection d'hommes robustes et entraînés aux efforts quotidiens par leurs métiers respectifs.

Les guerres incessantes au milieu desquelles l'humanité entière, durant des siècles, s'essaya à établir l'équilibre de l'Univers, maintenait en activité physique tous les hommes aptes au métier militaire.

Le genre humain, après avoir triomphé des premières difficultés des âges primitifs, simplifie chaque jour la lutte pour la vie, que les exigences du confort moderne rendent, au point de vue physique, de plus en plus facile.

Le développement de l'industrie, le travail mécanique, les inventions modernes apportent chaque jour une diminution de l'effort, qui, de jour en jour, tend vers le minimum.

La découverte de la vapeur fait disparaître la voile et sa manœuvre pénible, fait naître la locomotive; le tramway, l'automobile, l'avion font leur apparition; plus de marches pénibles mais salutaires, plus d'effort... Même, si le poids du crayon lui est trop lourd, l'écrivain peut se contenter de dicter sa correspondance.

S'il dépense cependant de moins en moins d'énergie, l'homme ne s'alimente pas moins avec avidité. Les ingrédients absorbés n'étant pas consommés par l'activité de l'individu, s'accumulent dans l'organisme en des déchets toxiques qui seront la source de l'obésité, de l'impotence fonctionnelle, de la lourdeur intellectuelle et de l'envahissement précoce de l'esprit par la matière.

Les intellectuels, ceux du moins qui sont ainsi nommés, parce que leurs occupations sont surtout d'ordre métaphysique, vivent généralement dans un sédentarisme déplorable.

L'oisiveté du corps entraîne une déchéance physique rapide, et, secondairement, des perturbations psychiques sérieuses. Voici la cause des neurasthénies, des dyspepsies nerveuses, des insomnies rebelles, des angoisses, des phobies, des obsessions, et j'en passe de ces manifestations nerveuses, qui font le désespoir des familles et la fortune des médecins. La situation née de la paresse physique est assez connue et assez peu favorable aujourd'hui pour nous laisser redouter ce qu'elle sera demain, si nous ne cherchons pas les moyens propres à l'améliorer.

Les progrès de la civilisation nous ayant privés des ressources nécessaires pour maintenir notre organisme en bon état de fonctionnement, c'est-à-dire le travail manuel, les marches prolongées, les courses rapides, l'effort soutenu, la vie au grand air, en un mot l'activité physique, il faut y suppléer par des moyens artificiels.

C'est ici que la culture physique fait son entrée et est invitée à apporter sa collaboration effective, pour assurer l'équilibre et le bon rendement de la machine humaine.

Il est regrettable de constater que très souvent lorsqu'il s'agit de culture physique, d'exercice corporel, jeux et sports, nous rencontrons des résistances parfois opiniâtres. C'est, je crois, que l'on ne s'entend pas sur la portée des termes, et que l'on ne s'arrête pas à analyser les différentes étapes qu'il y a entre culture physique et entraînement sportif.

Etablissons donc tout de suite une distinction qui s'impose et disons que la culture physique n'est pas un sport, mais un système éducationnel qui convient à chacun, et que l'entraînement sportif est le privilège de certains individus particulièrement doués et prédisposés à ce genre d'activités, par leur conformation physique et organique.

Les Anglo-saxons ont depuis longtemps déjà compris et accordé l'importance qu'elle mérite à cette question de l'éducation physique.

Dans certains milieux, il y a même eu exagération, nous l'admettons, et, disons-le tout de suite, ce n'est nullement notre intention de tomber dans l'excès.

Les latins furent plus lents à se laisser pénétrer par cette idée que l'éducation physique soit une nécessité. D'après le Dr H. Diffre, ce n'est qu'en 1890 que commencèrent en France les premières manifestations athlétiques. Aujourd'hui, les Chambres françaises sont à étudier un projet de loi qui tendrait à rendre la culture physique obligatoire. C'est un progrès marqué, mais qui est justifié par l'expérience acquise.

“La grande guerre, comme pour prouver une fois de plus qu'une leçon se dégage souvent même des plus déplorables malheurs, fit renaître le goût de la force physique et le culte du corps. Il fallait tenir, et la force, l'énergie, la tenacité, le sang-froid, la hardiesse, la volonté, toutes qualités éminemment développées par le sport, devinrent le but à atteindre... Pour hâter la formation physique des recrues encore jeunes; pour réadapter rapidement ceux que la blessure ou la maladie avaient diminués dans leurs capacités, l'éducation physique et le sport vinrent donner à la nation armée, l'appui de leur formidable puissance.

“Le sport cessait d'être un amusement anodin, pour s'affirmer comme la forme la plus pure et la plus utile de l'effort.

“Comme conséquence de la faveur avec laquelle fut accueillie à ce moment la propagande sportive, ses bienfaits réels menacent d'être contrebalancés par les excès auxquels elle conduit.

“Aussi en tout, il faut la mesure, et dans la formation des enfants surtout, remettre le sport à sa place dans le programme de l'éducation.” (H. Diffre, *Contrôle du sport.*)

Je suis convaincu de la nécessité de l'éducation physique et convaincu aussi de l'importance que la pratique des sports peut avoir, pour l'épanouissement physique de la jeunesse, de même que pour le développement de qualités morales de tout premier ordre, et l'expérience de plusieurs années d'observation n'a pu que raffermir ma conviction.

Etudions rapidement ce que nous entendons par éducation physique, et pour l'instant laissons de côté le sport, qui peut être considéré comme le perfectionnement physique.

### **Education physique**

L'Education physique apparaît tout d'abord comme une science pédagogique et ainsi elle est une des branches de cet ensemble que l'on réunit sous le terme général d'éducation. (H. Diffre.)

Education morale, éducation intellectuelle.

Education physique; le cœur, l'esprit, le corps; voici le trépied sur les bases duquel doit s'étayer et s'édifier la formation normale de l'enfant pour en faire un homme probe, instruit et solide.

On ne laisse pas une âme d'enfant s'abandonner à de mauvais instincts sans lui prêcher la vérité morale.

On ne laisse pas un esprit d'enfant dans l'erreur des vérités scientifiques, sans lui démontrer — à l'évidence — la fausseté de ses avancés.

Ne laissons pas davantage périliter le corps de l'enfant, dont la richesse intellectuelle serait inutile, s'il n'avait la force et les moyens de résister un jour à la maladie, ou seulement de faire face aux exigences de ce redoutable compagnon physiologique: la croissance. (H. Diffre.)

Rien ne sert en effet de mettre un liquide précieux dans un vase, si l'on ne s'assure d'abord que le vase ne soit solide. (A. Dumas.)

Si donc nous voulons être logiques, il faut reconnaître à l'éducation physique le mérite qui lui est propre, et nous astreindre

à lui accorder, dans le programme éducationnel, la place qu'elle doit occuper.

Dans l'éducation intellectuelle nous reconnaissons des degrés, tels que primaires, secondaires et supérieurs.

Il y a également des degrés dans l'éducation physique. Le premier degré, ou degré primaire comparable à l'a, b, c de l'entraînement intellectuel, est l'éducation respiratoire; puis viendra la période de développement général par la culture physique — degré secondaire, et enfin le développement athlétique par la pratique des sports — c'est le degré supérieur.

La première condition qui s'impose, c'est la sélection à faire parmi les enfants soumis à notre direction. Cette sélection doit être faite soigneusement, avec discernement et compétence par celui qui logiquement est désigné pour cette fonction, c'est-à-dire par un médecin qualifié.

L'examen médical des élèves des écoles, collèges, pensionnats, séminaires, couvents, etc., devrait être obligatoire et répété, si nous voulons procéder à une classification basée sur des observations sérieuses.

En dehors de toute question d'éducation physique, l'examen médical s'impose aujourd'hui surtout, d'une manière tellement évidente, que l'on conçoit mal qu'il ne soit pas institué dans toutes les agglomérations d'enfants.

La médecine préventive aujourd'hui est reconnue comme un des moyens les plus efficaces de lutter contre ces multiples affections qui menacent la santé et la vie des enfants.

Le dépistage des maladies contagieuses, leur traitement préventif, les différents moyens de prophylaxie rendent chaque jour des services tellement précieux que nous ne pouvons plus les ignorer... Mais ceci n'entre pas absolument dans le cadre de mon travail; aussi, je passe.

La sélection étant faite, les candidats sont distribués par classes; les programmes varient suivant les cas, mais tous doivent avoir pour but: 1° La correction des déficiences, la stimulation des organes débiles, l'équilibre des forces et l'harmonie du développement, premier degré

La culture physique — second degré — comportera une progression graduée, propre à assurer le meilleur rendement énergétique, et préparant à la pratique des sports.

Enfin le degré supérieur, la pratique des sports avec modération

et mesure, degré réservé à ceux qui auront franchi avec succès les deux étapes préparatoires.

Aujourd'hui encore, nous rencontrons des objections et des résistances assez marquées aux tentatives ayant pour but de faire reconnaître l'importance de l'éducation physique, et dans bien peu de maisons d'éducation, que je sache, l'éducation physique est au programme des études.

Les objections viennent parfois des parents, qui, peu au courant, redoutent des frais surnuméraires; parfois les objections viennent des professeurs, qui ne veulent pas reconnaître l'importance de cette pratique; souvent l'objection vient des élèves, parce que l'on ne sait pas rendre intéressantes ces leçons parfois monotones, je l'admets, mais aussi parce que l'on commet une injustice envers les élèves, en prenant toujours sur leur temps de récréation les instants consacrés à leur éducation physique.

Si les parents sont hostiles, les maîtres réticents et les élèves mécontents, comment espérer des résultats efficaces ?

Si on les instruit et si on les renseigne, les parents se laisseront facilement convaincre.

Les professeurs, s'ils veulent s'astreindre à participer eux-mêmes aux exercices des élèves, seront rapidement gagnés à la cause, par les bénéfices qu'ils en retireront personnellement, tout en donnant le bon exemple à leurs élèves.

Les enfants deviendront rapidement enthousiastes si on ne leur vole pas leur temps de repos ou d'amusement, mais si on veut bien mettre au programme des études les instants consacrés à l'éducation physique et non pas les porter au bilan des récréations.

Ne perdons pas de vue, en effet, que la culture physique n'est ni un jeu, ni un sport; c'est un travail.

Les exercices doivent être raisonnés, expliqués et compris; l'attention, la concentration, la tension de la volonté, la compréhension des notions d'hygiène, de physiologie, d'anatomie qui doivent accompagner ces exercices, nécessitent des efforts intellectuels soutenus; ce n'est donc pas un jeu.

La question des directeurs, disons le mot, des professeurs de culture physique ne doit pas être prise à la légère. Il faut des qualifications morales et scientifiques reconnues, un entraînement particulier, une méthode basée sur une technique efficace.

Disons tout de suite que c'est une fonction à créer. Professeur d'éducation physique; c'est un titre qu'il faut mériter par des études

spéciales en physiologie, anatomie et hygiène et par la connaissance et la pratique des diverses méthodes reconnues.

N'y a-t-il pas là une carrière très honorable qui saurait attirer des jeunes gens intelligents et instruits ayant des aptitudes spéciales, à la condition toutefois que l'on puisse leur assurer des compensations raisonnables.

Je sème peut-être des idées au vol de l'imagination, mais si elles volent, les idées peuvent parfois se poser et germer en des réalisations désirables.

La culture physique est utile à tout âge; l'hygiène corporelle qui doit nécessairement l'accompagner est un bienfait trop évident pour que j'insiste.

L'éducation physique doit commencer tôt, et c'est dans l'enfance qu'elle doit débiter; c'est pourquoi je suis partisan de la vulgarisation de cette branche de l'éducation qui est le corollaire des autres branches éducationnelles, surtout dans nos collèges et écoles.

Les avantages qui découlent de cette pratique sont reconnus d'importance capitale, pour développer chez les enfants la résistance, la vigueur, la souplesse, l'adresse, l'élégance de la taille, la légèreté de la démarche et la dignité du maintien.

La correction des déficiences, l'entraînement des poumons et du cœur, la tonicité des muscles, la stimulation des fonctions de la digestion, la stabilité de l'équilibre et le développement harmonieux du corps en général ne sont pas quantités négligeables pour le bien-être et la santé.

La sélection par l'examen, sur lequel j'ai insisté, est propre à rendre les services les plus importants aux individus ayant des déficiences physiques ou organiques qu'il sera ainsi possible d'atténuer, de faire même disparaître complètement dans la majorité des cas.

Combien d'enfants amaigris, pâles, voûtés, à la poitrine étroite, aux membres frêles, enfants retardataires, distraits, à la mémoire infidèle, à l'attention instable, sont simplement des malades ou des porteurs de tares physiologiques.

Classés souvent parmi les paresseux, les indociles et sur lesquels pleuvent penums et retenues; je ne parle pas des corrections corporelles, car je ne crois pas généralement à leur efficacité, et encore moins dans ces cas particuliers; ces enfants sont malheureux et rendent les autres malheureux jusqu'au jour où, découragés, ils

quittent le collège où ils ont végété pendant deux ou trois ans inutilement.

Convenablement traités et éduqués, ces enfants chez lesquels on rechercherait la cause de leur infériorité apparente, chez lesquels on corrigerait les déficiences physiques par la correction du maintien, le développement du système respiratoire, la stimulation de la circulation, l'observation de l'hygiène corporelle, retrouveraient rapidement leur vivacité normale dans l'action et la pensée, et bénéficieraient ainsi d'un entraînement physique bien compris.

Les enfants sains, robustes et vigoureux, actifs mais turbulents, étourdis et nerveux; par la répétition des mouvements coordonnés, par l'habitude d'obéir vite au commandement, de saisir et d'exécuter rapidement les ordres du moniteur, apprennent à dominer leur nervosité, à contrôler leur impétuosité, à concentrer leur pensée et acquièrent la faculté de l'attention soutenue, se corrigeant ainsi de la distraction et de l'étourderie habituelle.

Le dépistage précoce de certaines lésions cachées chez des enfants atteints ou simplement menacés de tuberculose, permettra d'éliminer les malheureux candidats à cette terrible maladie, et d'instituer un traitement préventif ou curatif qui assurera leur guérison dans un temps relativement court et empêchera ainsi d'introduire dans des groupements d'enfants susceptibles d'être contaminés, des sources de contagion qui peuvent causer des désastres.

La culture physique par la gymnastique suédoise ou tout autre moyen reconnu efficace doit être pratiquée régulièrement et avec gradation.

La fréquence des exercices est plus importante que leur durée.

Chaque temps de la leçon doit être court, et la leçon toute entière ne pas durer plus de vingt minutes consécutives au début.

Il faut en effet redouter la fatigue et éviter l'effort. La culture physique présente des avantages d'ordre physique et intellectuel, nous construisons et ajustons la machine humaine avant de la lancer dans la mêlée de l'activité sportive.

### **L'activité sportive**

J'aborde maintenant la seconde partie de cette communication et pose tout de suite la question :

Doit-on encourager la pratique des sports chez nos enfants ? et je répons: Oui, l'on doit encourager la pratique des sports, non

seulement chez les enfants, mais aussi chez les jeunes gens et même chez les adultes. Je m'empresse cependant d'ajouter: avec modération, discernement et mesure.

Le sport, aujourd'hui, tient dans le monde entier une place trop prépondérante pour que nous restions simplement des spectateurs ou des contribuables. La popularité des concours athlétiques n'est pas née d'hier... nous nous rappelons tous le *panem et circenses* des Romains de l'antiquité. Les stades grecs, les cirques d'Athènes, le Colisée romain, les arènes de Nîmes, les tournois du Moyen-Age, etc., c'est de l'histoire ancienne.

Les régates d'Oxford, les parties de rugby, France, Belgique, Princeton, Harvard, Yale, les joutes de hockey Canadien-Montréal, McGill-Université de Montréal, la victoire de Lacoste sur Tilden pour le championnat mondial du tennis, Dempsey, Carpentier, Tunney, Lindberg, Chamberlin, etc., c'est l'histoire contemporaine, c'est hier, c'est aujourd'hui, c'est demain.

Rien de nouveau, mais de la tradition et de la répétition dans l'histoire de l'humanité.

Le sport aujourd'hui est une nécessité. N'est pas cependant sportif qui le veut bien, et même chez ceux qui peuvent pratiquer les sports, il y a des sélections qui s'imposent, par les aptitudes particulières à chaque individu.

Inutile en effet de vouloir d'un poids-lourd faire un sauteur, d'un myope faire un joueur de tennis, d'un poids-léger, un leveur d'haltères. La pratique des sports est réservée à une élite ayant des qualifications spéciales.

Pourquoi devons-nous encourager la pratique des sports ?

1° Parce que cette pratique est reconnue nécessaire par le consentement des peuples en général. *Vox populi...*

2° Parce que cette pratique est propre à développer et maintenir la santé de l'individu, par l'entraînement méthodique des organes, des muscles et des nerfs.

3° Parce que cette pratique développe chez l'individu des qualités morales de tout premier ordre.

Le premier point est une hypothèse qui se passe de commentaires. Etant le corollaire de la culture physique dont elle est le complément, la pratique des sports en possède également les qualités que j'ai détaillées précédemment.

Permettez-moi de développer brièvement le troisième point :

La lutte pour la vie devient de plus en plus âpre et difficile, et les hésitants, les faibles, les timides sont rapidement relégués aux situations inférieures, cependant que les audacieux, les courageux, les hardis s'imposent souvent et s'assurent des bonnes positions où ils se maintiennent par leur énergie, leur ténacité et leur esprit combatif. Ceci est, je crois, une vérité reconnue de tous.

Sans vouloir entrer sur un terrain un peu réservé, il me sera permis, je crois, de faire une constatation à laquelle nous ne songeons pas assez souvent.

Nous vivons ici sur un terrain neutre, peuplé par deux nations aux tempéraments différents, aux aptitudes particulières et souvent opposées.

D'un côté, l'Anglo-saxon positif, hardi, tenace, froid, autoritaire, volontaire, collectiviste, généreux mais âpre au gain; de l'autre côté, le latin, poli, plus souple, un peu rêveur, réservé, idéaliste, ardent et individualiste.

Voici les deux caractères qui doivent contribuer à maintenir une harmonie dans l'entente; et pour que le concert soit agréable, il faut que les instruments soient mis d'accord pour atteindre le but commun sans préjudice pour l'un ou l'autre des exécutants.

C'est par l'étude des troubles fonctionnels que nous pouvons diagnostiquer les maladies du corps et appliquer les traitements appropriés.

C'est par la connaissance de nos déficiences morales que nous pouvons apprécier les infériorités de notre caractère et chercher à corriger nos défauts.

Chez nos jeunes gens, la timidité est une des faiblesses particulièrement fréquentes. Cette timidité, conséquence de la nature même de notre caractère individualiste, ou résultat de notre éducation, dénote un manque de confiance en soi qui est souvent interprété comme étant une marque de faiblesse, lorsqu'il n'est pas pris pour de la lâcheté, et ce jugement primesautier a parfois des conséquences qui sont la source de bien des ennuis et de bien des déboires.

La pratique des sports est un des moyens les plus efficaces d'inspirer à l'enfant confiance en lui-même, en lui imposant l'obligation d'utiliser ses propres ressources, dans les circonstances les plus critiques et les plus imprévues, le forçant à lutter avec ténacité contre la résistance qu'on lui oppose.

Le courage, l'esprit combatif, l'endurance, la justice, l'esprit de corps, la constance, la coopération, l'énergie, l'obéissance, la disci-

plines sont des qualités que la pratique des sports doit nécessairement développer.

La poursuite du succès ou de la victoire n'est pour moi, au point de vue éducationnel, qu'un moyen propre à entraîner l'enfant à lutter pour le triomphe d'une idée.

L'emblème, le nom, l'équipe pour lesquels nous combattons deviennent quelque chose de vivant, d'idéalisé par l'enthousiasme et la chaleur de la lutte; c'est le drapeau qu'il faut défendre et faire triompher; c'est l'idée, que nous soutenons de toute la puissance de notre énergie, malgré l'obstacle, malgré les coups.

La conception de la responsabilité personnelle, l'oubli de l'individualité, le contrôle de soi-même, le jugement, sont encore les qualités maîtresses que la pratique des sports est appelée à intensifier.

Ce sont surtout les sports par groupements tels que: foot-ball, crosse, hockey, qui peuvent donner les meilleurs rendements pour l'éducation morale.

Les sports individuels tels que: courses, sauts, tennis, lutte, boxe, escrime, etc., méritent au point de vue physique d'être encouragés, mais n'ont pas la même valeur au point de vue formation du caractère.

La pratique des sports, il va de soi, ne se fait pas en gants blancs. Il est admis qu'il y aura quelques bosses et même quelques accidents, mais cela ne doit pas être un empêchement ni un obstacle.

L'accident est rarement sérieux et sérieusement rare; puis c'est un accident, et s'il fallait supprimer toutes les causes d'accidents possible, il faudrait commencer par ne pas venir au monde — aussi je ne m'arrête pas devant cette objection.

Quels sont les sports que nous devons encourager dans nos écoles et collèges ?

Je diviserai les sports en collectifs et individuels, en sports d'extérieur et d'intérieur.

1° *Sports collectifs extérieurs*, qui sont: la crosse, le hockey, le foot-ball et le base-ball. J'emploie pour être plus précis les dénominations anglaises, mieux connues parce que communément en usage.

a) Le jeu de crosse ou lacrosse, est un jeu national pour nous et qui a connu autrefois une popularité exceptionnelle. Tombé en désuétude depuis quelques années, ce sport reprend une nouvelle vogue, probablement parce que ayant émigré aux Etats-Unis et en Angleterre, il nous revient paré de l'attrait du voyage. Excellent sport, demandant de la rapidité, du jugement, de la méthode et de

la technique; nécessitant un nombre de joueurs considérable et une superficie de terrain bien préparé, des courses rapides et multiples, de la stratégie et de l'endurance; c'est un sport que je recommande.

b) Le hockey, jeu national d'hiver, est reconnu comme le plus rapide de tous les sports, exigeant une résistance remarquable, un courage à toute épreuve, de la discipline, du jugement, de la rapidité dans la pensée et dans l'exécution; du coup d'œil, de l'énergie, de la concentration et un contrôle absolu du tempérament; je le recommande tout spécialement.

c) Le foot-ball se joue de deux façons. Le rugby, avec ballon ovalaire, que le joueur peut saisir et porter dans ses mains ou frapper des pieds; le soccer, qui se joue avec un ballon rond qu'on ne doit pas toucher des mains, ni porter dans ses bras, mais seulement frapper des pieds, de la tête, des coudes, etc. Les deux façons de jouer le foot-ball ont des avantages et sont reconnues comme activités recommandables.

Le rugby, beaucoup plus rude mais plus scientifique, est sans contredit un des sports les plus aptes à développer les qualités maîtresses qui font les hommes forts et courageux. C'est un sport qui, je le sais, ne rencontrera pas l'approbation unanime, mais je suis convaincu de sa valeur comme entraînement physique et formation morale.

Le rugby est sûrement le jeu qui exige le plus de préparation et d'application, car les tactiques varient à l'infini, et chaque mouvement est tellement étudié et préparé à l'avance que l'énoncé seul d'un numéro suffit à déclencher une attaque en masse de tous les joueurs qui ont chacun un rôle déterminé à remplir.

C'est le jeu qui demande le plus de contrôle sur soi-même, le plus d'abnégation et de dévouement à la cause commune. Le seul reproche que l'on fasse à ce sport, c'est d'être la cause de nombreux accidents.

Ce n'est pas tant le jeu lui-même qui est responsable des accidents, dans la majorité des cas, que les joueurs eux-mêmes qui oublient ou négligent de mettre en pratique les principes de leur entraînement, font de fausses manœuvres et sont victimes de leur témérité ou de leur étourderie.

Depuis trois ans, nous pratiquons ce sport à l'Université de Montréal, avec des joueurs mal préparés et mal entraînés; et malgré cette infériorité nous n'avons pas un seul accident sérieux à déplorer.

La popularité du rugby est aujourd'hui mondiale. La France, l'Italie, l'Angleterre, l'Allemagne, la Suisse, etc., le pratiquent en Europe.

Aux Etats-Unis et au Canada, c'est le sport qui attire les foules les plus considérables et que les écoliers et les étudiants pratiquent avec le plus d'enthousiasme. Malgré la critique, je recommande le rugby comme étant un sport à faire pratiquer à nos enfants.

d) Le base-ball, jeu national américain, n'a pas pour moi les qualités de ceux mentionnés précédemment, parce que je le considère comme un jeu trop individuel; cependant pratiqué par des novices encore peu habiles, l'exercice du lancer juste, l'entraînement du coup d'œil, l'appréciation des distances, les courses répétées, l'adresse à saisir la balle à la volée, sont des activités recommandables.

2° *Jeux collectifs d'intérieur.* Gymnastique aux agrès, cheval allemand, calisthénie, exercices militaires, gymnastique d'ensemble, pyramides d'équilibre et de force sont également à encourager.

3° *Jeux individuels extérieurs.* La marche — la course de fond et de vitesse, course d'obstacle, les sauts en hauteur, en longueur, à la perche, etc., sont d'excellents exercices.

La balle au mur, le vieux jeu de paume, est un très bon moyen d'entraînement, de même que le tennis, qui doit être fortement encouragé, parce qu'il est un excellent sport et qu'il permet de plus aux enfants moins robustes de trouver dans cet exercice de bons moyens de développement et d'entraînement modéré, proportionné à leur résistance.

Le patin, le ski, la raquette ont chacun leurs avantages; ce sont des sports canadiens et nous devons les encourager parce qu'ils sont particulièrement adaptés à notre climat, puisqu'ils sont nés du climat même et qu'ils sont reconnus très avantageux à tous les points de vue.

4° *Jeux individuels et d'intérieur.* La lutte, la boxe anglaise, les quilles, et l'un des plus élégants et des plus favorables au développement général du corps, l'escrime.

Le temps ne me permet pas de faire le procès de chacune des activités énumérées, mais cette communication n'est qu'une mise au point, et je n'ai pas la prétention de vouloir, d'un premier essai, embrasser toute la question.

Nous faisons, Messieurs, partie d'un tout; chacun de nous dans sa sphère d'action, est appelé à contribuer à la formation de la

jeunesse étudiante; notre but est le même puisqu'il consiste à donner aux enfants qui nous sont confiés, la préparation la meilleure possible.

Nous faisons tous partie de la grande famille universitaire et nous aspirons au succès de notre université; tous également nous désirons la survivance de notre nationalité.

C'est par l'éducation que nous formerons une génération forte et intelligente, c'est par l'entraînement qu'ils auront reçu, que nos enfants deviendront des citoyens courageux, instruits et honnêtes. Nous sommes responsables de l'avenir et je crois que nous manquerions en n'employant pas les moyens reconnus justes et efficaces pour procurer à nos enfants les avantages qu'ils sont en droit d'exiger de nous.

Je suis sincèrement convaincu de l'importance de l'entraînement physique, tant pour les enfants que pour les jeunes gens.

L'activité physique est en effet un excellent dérivatif aux langueurs de la croissance; l'oisiveté, par contre, est préjudiciable au moral et au physique.

A l'âge où le jeune homme a le plus besoin de dépenser les énergies qui bouillent en lui, à ce moment critique de cette transformation physiologique, qui parfois amène des perturbations sérieuses dans l'âme de certains enfants, à l'heure où il faut que la fatigue du corps vienne éteindre les ardeurs de l'imagination surexcitée, la pratique des sports est le plus puissant dérivatif aux rêveries et aux inquiétudes du moment.

Si je me reporte à mon temps du collège, je revois encore ces grands garçons de 17 à 18 ans, humanistes ou rhétoriciens, à la moustache naissante, passer les mains derrière le dos par groupes de 3 à 5, des heures entières à se promener sur les terrains du vieux collège, philosophant avant l'heure, stoïciens en herbe, dédaignant les activités bienfaisantes des jeux, comme contraires à la dignité de leur maturité en herbe.

C'était... il y a longtemps, et les choses ont changé depuis.

Nous avons si bien compris cette question pour nos étudiants, que nous nous efforçons par tous les moyens possibles, de maintenir chez eux l'activité physique en éveil, en leur procurant des distractions saines, et des amusements propres à les intéresser.

Nous croyons, en agissant ainsi, contribuer à leur formation physique et morale, en les détournant des amusements clandestins,

des fréquentations douteuses et des dangers que présente une grande ville, pour des jeunes gens libres et oisifs à certaines heures.

Nos élèves, Messieurs, sont vos enfants; c'est vous qui nous les préparez, nous les accueillons avec grand plaisir. Tous ceux qui passent par vos collèges ne viennent pas tous chez nous, mais tous ceux qui sont à l'Université viennent de chez vous.

Puisque nous travaillons tous à la même cause et poursuivons un même but, nos moyens d'action, sur certains sujets du moins, devraient être aussi intimement coadaptés que possible.

Pour des raisons sérieuses, les autorités universitaires ont décidé de laisser participer notre jeunesse étudiante à des joutes intercollégiales. Malgré nos efforts, malgré le courage de nos jeunes gens, malgré les sacrifices que nous nous sommes imposés, nos succès n'ont pas encore été très brillants.

Il ne tient qu'à vous, Messieurs, que notre Université, dans le domaine de l'activité physique et sportive, prenne la place qui doit être la sienne, la première, là comme ailleurs.

Préparez-nous des recrues pour les différentes manifestations auxquelles nous désirons laisser participer nos étudiants, et nous aurons alors un choix à faire, parmi les mieux qualifiés de vos élèves, pour remplacer ceux des nôtres qui d'année en année nous quittent nécessairement.

L'objection que je pressens, je vous enlève le plaisir de me la poser; je la pose moi-même. A quoi bon ces joutes, ces exhibitions sportives, nos enfants ne vont pas à l'Université pour apprendre à jouer au hockey ou au foot-ball... c'est du temps perdu... et de l'argent semé aux quatre vents.

Du temps perdu? Non pas, du temps gagné plutôt, car la santé de nos enfants est en jeu, et il est futile de répéter que l'esprit ne peut toujours être maintenu sous pression.

Le travail est plus facile à qui sait se distraire et l'intelligence plus active après un repos mérité. De plus, c'est un moyen très efficace de propagande pour notre Université, et un enseignement précieux pour nos élèves qui sont ainsi mis en contact familial avec ceux des autres universités.

De l'argent jeté aux quatre vents? Je ne le crois pas. Par cette pratique nous croyons posséder un moyen puissant pour éveiller chez nous et chez les nôtres l'esprit universitaire.

Lorsque pendant les quatre, cinq ou six ans de sa formation universitaire, l'étudiant aura acquis l'habitude de soutenir "unguibus

et rostro" les couleurs universitaires, lorsqu'il aura été le témoin assidu, avec l'enthousiasme de ses vingt ans, des succès remportés par ses confrères, lorsqu'il aura lui-même participé à ces luttes de force et d'énergie, où son courage et sa tenacité auront contribué au succès et à la victoire; ne croyez-vous pas qu'il naîtra dans l'âme de ce jeune athlète un sentiment de fierté et d'attachement pour l'institution qui est représentée par les couleurs qu'il vient de faire triompher ?

Ce sentiment est vivace, nous en avons la preuve. Plus tard, au cours de sa carrière, l'ancien élève se souviendra du vieux drapeau jaune et bleu pour lequel il aura lutté et combattu. C'est ainsi que naîtra l'esprit universitaire et que nos gradués demeureront attachés à leur alma mater.

Ne croyez-vous pas que même dans vos collèges, il n'y aurait pas chez vos élèves, et même chez vous, un sentiment de fierté légitime, de constater que tel ou tel des vôtres brille particulièrement à l'Université, tant par ses succès en science qu'en activité sportive ? L'un ne va pas sans l'autre, généralement.

Consultez vos archives — nous avons les nôtres — nos meilleurs élèves sont nos meilleurs athlètes; vous constaterez chez vous probablement la même chose. Nous avons essayé de stimuler chez vos élèves l'esprit sportif.

N'avez-vous pas reçu, deux années consécutives, des médailles devant être décernées à ceux d'entre les vôtres qui se seraient le plus distingués dans le sport ?

Si vous pouviez apprécier la valeur que nous attachons à ces témoignages d'encouragement ! C'était l'obole du pauvre, car l'Association Athlétique, qui vous les offrait, était en bien mauvaise posture pour faire des largesses.

Faute d'organisation et d'entente, les résultats n'ont pas été encourageants, et bien peu de vos élèves nous sont arrivés préparés à nous rendre des services immédiats.

Ce qu'il nous faudrait pour que nos activités sportives puissent progresser, ce serait d'organiser dans nos collèges un système d'entraînement en conformité avec celui de l'Association Athlétique de l'Université.

Je ne voudrais, pour rien au monde, créer l'impression que nous tendons vers une exagération que nous sommes les premiers à déplorer là où elle existe.

Nous ne voulons aucunement faire de nos élèves des professionnels, ni des "recordmen", mais nous désirons en faire des hommes, c'est-à-dire des êtres robustes, sains, énergiques, courageux, qui sauront vouloir, tenir et s'imposer par l'énergie de leur attitude et la noblesse de leurs sentiments.

### Conclusions

1° L'examen médical des enfants fréquentant les écoles ou collèges étant reconnu comme nécessaire pour le bien-être des enfants et de la communauté en général, je suis d'opinion que cet examen médical devrait être obligatoire dans toutes les maisons où des enfants vivent en agglomération.

2° L'éducation physique étant reconnue d'utilité pour la santé et le bien-être des enfants et des jeunes gens, je crois que des leçons de culture physique devraient être mises au programme des études, dans nos collèges affiliés, comme faisant partie du cours régulier de ces collèges.

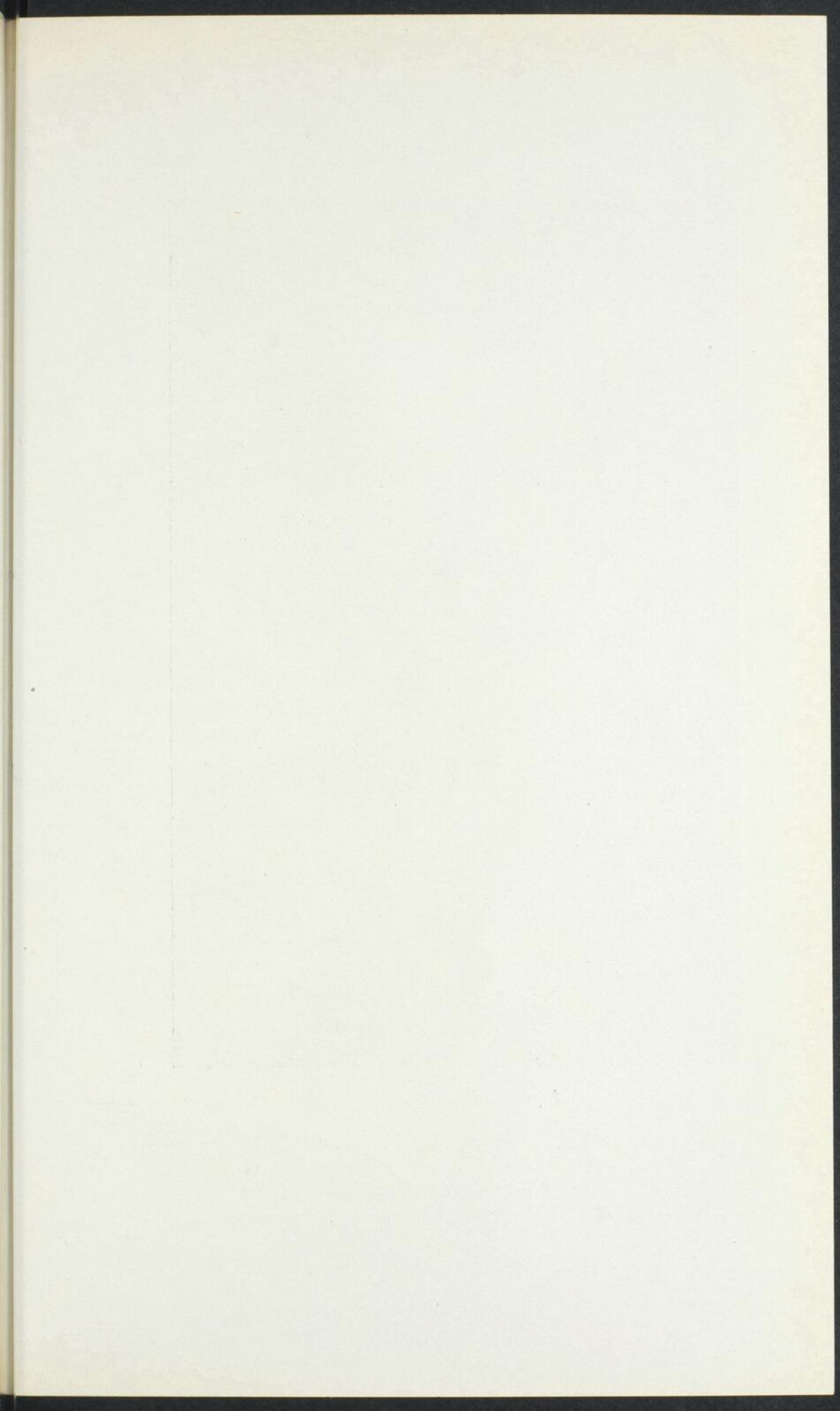
3° La pratique des sports étant reconnue comme une nécessité, tant au point de vue du développement physique que de la formation morale, je crois que cette pratique devrait être encouragée avec modération et discernement dans nos collèges affiliés.

4° Les élèves de nos collèges affiliés se destinant aux carrières libérales ou scientifiques devant nécessairement en grande majorité être dirigés vers l'Université de Montréal, où il existe un programme déterminé d'activités sportives; il serait désirable que les mêmes activités soient encouragées dans nos collèges.

5° Afin d'assurer le succès de l'organisation générale, il serait à souhaiter, qu'entre nos différents collèges, des joutes soient organisées périodiquement après entente des collègues intéressés.

6° Que chaque année, sur les terrains de l'Université, à une date déterminée, ait lieu un grand festival athlétique auquel prendraient part les élèves de nos collèges et où seraient disputés les championnats annuels des collèges affiliés et de l'Université, et cela d'après un programme déterminé comprenant les différents items classiques des tournois inter-collégiaux.

Voilà, Messieurs, telle que que je la comprends, la question de l'éducation physique. Confiant dans votre jugement, assuré d'être dans la bonne voie, j'espère, Messieurs, que vous daignerez lui accorder toute l'attention qu'elle mérite.





*H. B. Langens.*

## LE DOCTEUR J. E. BÉLANGER

Président du Collège des médecins et chirurgiens  
de la Province de Québec

Le docteur J.-E. BÉLANGER, de Lauzon, dont nous publions aujourd'hui le discours qu'il a prononcé à l'ouverture de l'assemblée annuelle des Gouverneurs, le 28 septembre dernier, est dans la force de l'âge. Au physique, il personnifie la vigueur et l'énergie. Sa parole, catégorique et autoritaire, révèle l'homme d'action qui va droit au but.

C'est un combatif tenace qui ne lâche jamais la partie. Une fois décidé, il marche, il guerroye, et il emporte le morceau.

Sans conteste, c'est à lui que nous devons le rappel de l'échange avec l'Angleterre. A peine entré au Bureau des gouverneurs, il y a huit ans, il signalait les abus de cet échange, et préparait les esprits au rappel de la loi.

Durant la dernière Législature provinciale, devant le Comité des Bills public et au parquet des deux Chambres, il a fait figure de lutteur invincible. En dépit de maints obstacles, venus du dedans et du dehors, il est resté sur la brèche, du premier au dernier jour de la Session, il a établi le dead lock entre les deux Chambres, et il a fini par obtenir ce qu'il voulait avoir :

1. Le rappel de l'échange britannique.
2. Une discrétion plus large pour l'admission des étrangers.
3. Le rappel du droit de rappel devant les tribunaux civils.

Son nom est désormais attaché à la plus grande victoire remportée au Conseil Législatif et à l'Assemblée Législative par un corps professionnel.

Notre nouveau Président a de l'idéal. Il signale avec chagrin, dans son dernier discours, l'abaissement du niveau professionnel et les tendances au mercantilisme qui nous assaillent. Mais il promet en même temps d'inspirer l'amour et la crainte au sein de la profession.

Il est bien l'homme de la situation. Nous lui savons gré de ses efforts, de ses succès passés et de ses intentions futures. La fortune continuera à lui sourire, parce qu'il sait vouloir, et qu'il entend ne suivre qu'un chemin : la ligne droite.

LA RÉDACTION.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### DISCOURS DU PRÉSIDENT

Messieurs les Gouverneurs,

Au nom de l'Exécutif, je suis particulièrement heureux de vous souhaiter, pour la seconde fois, la plus cordiale bienvenue.

A titre de Président, le devoir m'incombe de résumer les opérations du Bureau durant les derniers douze mois. Cette tâche m'est bien facilitée par la volumineuse documentation entre vos mains. Mes commentaires seront donc brefs et, autant que possible, précis et catégoriques.

En les faisant, qu'on veuille bien le noter, je n'ai nullement l'intention d'être désagréable. Je crois avoir assez le respect de l'autorité et le sens de la dignité professionnelle, pour ne faire servir ni l'une ni l'autre à des fins mesquines. Par contre, j'ai conscience des responsabilités qui m'incombent. Du haut de son siège, quelque indigne qu'il soit, votre Président s'adresse à la profession tout entière. C'est pour vous et chacun d'entre vous qu'il parle: universitaires, praticiens des villes et praticiens de la campagne; c'est pour vous tous qu'il s'efforce de mettre en formule l'idéal professionnel qu'il entrevoit, à la lumière des lois et des règlements du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec. Et dans l'accomplissement de ce devoir, il compte sur votre généreuse bienveillance.

\*

\* \*

La documentation entre vos mains est volumineuse, ai-je dit. Elle le serait bien davantage s'il eut fallu simplement résumer les choses intéressantes qui se sont dites au cours des diverses discussions et études que chacune des questions en litige a provoquées.

Le *procès-verbal* d'une assemblée comme la nôtre ne peut être autre chose qu'une compilation de pièces, de rapports de comités, de motions. Toute tentative d'y ajouter, même un résumé succinct des discours qui se font à l'appui ou à l'encontre des propositions, serait du même coup en diminuer la valeur documentaire et amoindrir sa dignité. Et nous parlons d'expérience. Depuis vingt ans, un seul *procès-verbal* d'assemblée a été fait à l'aide des notes d'un sténographe officiel du Barreau de Montréal. C'est le seul *procès-verbal*, j'en suis sûr, sur lequel il y aurait, parmi nous, unanimité pour le biffer de nos archives, si la chose était possible.

L'Exécutif vous prie donc de renoncer à toute tentative d'innovation de ce côté. Jusqu'à preuve du contraire, le procès-verbal de nos assemblées est ce qu'il doit être, et doit rester ce qu'il est, dans son ensemble. Il y a toujours lieu, sans doute, de modifier la forme, car rien d'humain n'est parfait. Nous voulons bien, à ce point de vue, l'amender et profiter de vos suggestions.

\*

\* \*

Au sortir de la dernière assemblée générale une lourde tâche pesait sur nos épaules. Il nous fallait aller devant la Législature pour trois motifs principaux :

1. Rappel de l'échange britannique.
2. Discretion plus large pour l'admission des étrangers.
3. Rappel du droit de rappel devant les tribunaux civils.

Les autres questions insérées dans notre projet étaient des questions de moindre importance, d'intérêt secondaire, plutôt mises dans la loi, comme il convient de le faire, à titre d'amorces et de bois mort, dont le sacrifice n'est d'aucune importance pour les esprits sérieux qui voient au fond des choses et savent où ils vont.

Nous avons sacrifié le bois mort, la plupart des questions secondaires, et sur les trois questions principales, nous sommes sortis totalement victorieux de la lutte.

Mais il faut bien l'avouer, ce n'est pas sans peine ni soucis que nous avons lutté, du premier au dernier jour de la session provinciale, contre les puissances issues de l'argent, de la basse politique, de l'ignorance et du charlatanisme, coalisées contre nous. Il fallait s'y attendre. Nous nous y attendions. Le choc a été rude, parfois violent. Il a surtout été long et tenace. Mais nous avions pour nous la volonté de vaincre et l'endurance de la jeunesse, si l'on veut bien nous permettre cette métaphore. Nous avons l'union de pensée au sein de l'Exécutif. Nous avons la sympathie des hommes publics réputés hommes d'Etat. Nous avons la communion d'idées universitaire et professionnelle. Nous sentions que tout ce qu'il y a de bon et de généreux dans la profession médicale nous couvrait de son ombre et de ses sympathies. Ne cherchez pas ailleurs le secret de notre endurance, de notre tenacité et de nos victoires.

Certes, vous avez entendu dire que des voix discordantes se sont élevées contre certains de nos projets secondaires incompris. Nous

tenons à répéter que ces voix n'étaient solidaires d'aucun groupement ni universitaire, ni professionnel, et les plus éclatantes, nous contrecarrant dans des questions de détail, s'étant aperçues qu'elles avaient trop parlé parce que mal renseignées, se turent totalement, et cela leur fit grand honneur.

Ce qui nous a le plus nui, je le déclare tout de suite et sans arrière-pensée, ce qui nous a le plus nui au cours de la dernière session, c'est le zèle inconsidéré, ce sont les mouches s'accolant au coche et voulant, envers et contre tous, s'attribuer le labour des champs. Et comme exemple de ce zèle inconsidéré, n'est-on pas allé jusqu'à menacer de boycottage certain politicien très pris dans le commerce des médicaments s'il ne se rangeait de notre côté. Vous avez dans cet impair la raison de la lutte à outrance que nous eûmes à soutenir devant le Conseil Législatif où, coup sur coup, trois lois contradictoires furent soumises pour faire échec à la nôtre.

Par contre, alors que certaine revue soi-disant d'action médicale s'attardait, au plus fort de la lutte, à publier des caricatures, alors que d'autres d'ordinaire sympathiques demeuraient silencieuses ou prêtaient légèrement le flanc aux critiques malveillantes, nous eûmes le consolant et l'admirable spectacle du *bloc solide* de tous les médecins, députés et Conseillers Législatifs, à quelque parti politique qu'ils appartenissent, pour revendiquer, en dépit de tout, ce que nous avions le plus à cœur d'obtenir: *le droit de juger nous-même, et sans appel aux tribunaux civils, ceux des nôtres qui dérogent à l'honneur professionnel.*

Au tout premier rang, et comme chefs de file, saluez, Messieurs, ceux auxquels la profession tout entière de la province de Québec adresse aujourd'hui, par son Président, l'expression de sa profonde reconnaissance: Monsieur le docteur Alexis Bouthillier, député de St-Jean, l'un des nôtres, et Monsieur le docteur Choquette, Conseiller Législatif pour la division de Rougemont.

Je ne saurais non plus ne pas mentionner d'une façon toute particulière le nom de l'Hon. Thomas Chapais, et celui de l'Hon. Ls Ph. Paradis, Conseillers Législatifs, qui, dans des discours admirables de fond et de forme, ont fait ressortir de façon lumineuse l'esprit disciplinaire de la loi qui nous régit, l'idéal professionnel que le médecin doit, avant toute chose, rechercher. Enfin, me permettez-vous d'ajouter que la sympathie manifeste de l'Hon. Premier Ministre, celle de l'Hon. Secrétaire Provincial et celle de l'Hon. Perron purent seules faire céder l'opiniâtre hostilité de certains con-

seillers législatifs qui ne comprendront jamais, et pour cause, la différence qu'il y a entre un corps de métier et une profession libérale.

Le succès de nos démarches auprès de la Législature provinciale dépasse donc toutes nos espérances. Au lieu d'en sortir amoindris ou dépréciés, nous en revenons tête haute et victorieux sur les trois grands points essentiels préparés, voulus, ou simplement pressentis par nos prédécesseurs.

Car, Messieurs, notez-le bien, ceux qui arrivent comme nous avec un large programme à exécuter et de grandes obligations à remplir, ne sauraient exécuter ce programme ni honorer ces obligations sans tenir compte des jalons indiqués antérieurement, sans profiter des moyens de prévoyance mis à l'honneur par leurs devanciers. L'on n'accepte pas d'exécuter un programme sans en connaître d'avance les grandes lignes, ou quand on n'a pas entre les mains des moyens indispensables pour l'exécution. L'Exécutif actuel signale donc à votre reconnaissance les programmes antérieurs de vos devanciers, les nôtres, et leur esprit d'économie qui nous a permis de faire ce que nous avons fait, *rubis sur l'ongle*.

\*  
\* \*

En nous chargeant de l'administration du collège des médecins, l'an dernier, nous avons trouvé une caisse bien garnie, représentant en réserves contingentes et en fonds de tout repos les économies accumulées par les diverses administrations antérieures depuis près de vingt ans.

Il nous fait plaisir de vous dire que le capital de \$13,000, fonds de tout repos dont les revenus sont affectés à la caisse pour nos médecins nécessiteux, n'a pas été touché. Votre Exécutif, dès le début de son administration, a pris le soin de déclarer qu'il ne pouvait l'être, et il vous prie de vouloir bien, à cette assemblée, décréter définitivement la façon légale pour que ce fonds soit, tous les ans, automatiquement augmenté.

Nous n'avons pas non plus désaffecté les réserves contingentes. L'argent en caisse a suffi pour solder toutes les obligations ordinaires et extraordinaires.

Les frais effectués en vue de la passation d'une loi devant bénéficier à la communauté, dans le présent et dans l'avenir, à la

suggestion de nos vérificateurs, nous avons adopté le principe d'un amortissement gradué de ces frais réparti sur dix ans.

Cette obligation vous sera rappelée, chaque année, dans le rapport du vérificateur, jusqu'à quittance finale. Elle sera, j'en suis sûr, la pierre d'achoppement qui vous empêchera d'exiger de nouvelles démarches auprès de la Législature, d'ici à la prochaine génération.

Dans l'emploi des fonds à notre disposition nous avons, autant que possible, usé d'esprit d'économie, tenu compte des circonstances et du rang social de notre corporation.

A l'intérieur, comme à l'extérieur, nous avons fait montre de générosité... prudente.

Nos vérificateurs, suivant leurs habitudes, vous donnent suffisamment de détails, mais vous nous permettrez d'insister sur certains points particuliers.

\*  
\* \*

L'excédent des revenus sur les dépenses a été proportionnellement le même que l'an dernier, soit \$411.87. Ajoutez à ce montant les intérêts sur dépôts et sur placements, \$819.94, nous soldons l'année avec un revenu net de \$1,231.81.

La collection des contributions annuelles a été normale, soit \$8,074.35.

Il reste cependant la longue théorie des retardataires d'habitude avec laquelle il faudrait bien en finir une fois pour toutes, ne serait-ce que pour décharger notre comptabilité d'un fardeau dont elle n'est pas responsable.

Nous avons ordonné au Registraire de vous soumettre, aujourd'hui même, la liste de tous ceux qui doivent des arrérages de contributions au Bureau. Votre devoir sera de rayer ces noms du registre médical de Québec et de définir à quelles conditions ils pourront y être rétablis.

Vous n'avez pas à tergiverser avec ce devoir. Tous ces messieurs, que nous avons essayé d'atteindre par voie recommandée, ont été avertis de ce qui arrive.

Notre budget annuel est actuellement de \$24,000.00 en chiffres ronds.

Les intérêts perçus exceptés, les Recettes et les Déboursés s'équilibrent.

Ces \$24,000.00 de recettes sont pour la moitié le produit des honoraires de licences, d'examens préliminaires et des enregistrements de bacheliers.

L'autre moitié est le produit des contributions des médecins, des amendes perçues et des intérêts sur dépôts et placements.

En somme, le médecin proprement dit ne contribue que pour un tiers dans les dépenses occasionnées pour le maintien de sa corporation.

\*

\* \*

Grâce à la collaboration active de notre premier vice-président, M. le docteur Robichaud, notre service de détectives privés a été remodelé et reconstitué. Une lutte intense au charlatanisme a été entreprise avec des éléments nouveaux, et de très grands succès comme résultat.

Des circonstances nouvelles ont favorisé cette initiative, dans la ville de Montréal: l'inauguration du nouveau palais de justice, l'augmentation du nombre des juges, la décongestion du rôle judiciaire à la cour de police, nous ont permis d'abandonner nos luttes à la Cour de Circuit où les procès généralement traînent en longueur, pour recourir aux formes expéditives des magistrats de police.

Nous avons, dans le cours de l'année, procédé à cent dix enquêtes qui ont coûté en moyenne \$22.00 chacune. Nous avons dépensé \$2,425.25 pour recevoir, en amendes, \$3,590.15. En déduisant de ce dernier montant les frais légaux occasionnés par deux procès perdus, soit \$173.45, nous nous trouvons à avoir encaissé, dans ce département, un surplus de \$991.35.

Aurions-nous voulu, par le passé, faire cette lutte intensive, que nous en aurions été matériellement empêchés. Vous n'auriez, d'ailleurs, qu'à relire les discours des présidents, mes prédécesseurs, pour en connaître toutes les raisons.

Toutefois, dans cette lutte à outrance, devons-nous encore user de prudence, de tact et de doigté. Et ne vous scandalisez pas, je vous prie, de certaines lenteurs, incompréhensibles au grand nombre qui n'est généralement pas au courant des dessous de l'administration, ou qui oublie trop vite les déclarations officielles ou officieuses des politiciens qui détiennent les pouvoirs législatifs en notre Province.

A titre de renseignements précis, je rappelle à votre souvenir la

déclaration très catégorique de l'Honorable Président du Comité des bills publics, à la dernière Législature provinciale.

En parlant des *drugless healers* de toutes catégories, en présence de cinquante médecins et plus, lors de la discussion de notre bill au comité des bills publics, l'Hon. Alexandre Taschereau a formellement dit: "*Messieurs les Médecins, et en l'espèce il s'adressait au Bureau provincial de médecine: dans les règlements que vous ferez conformément à la nouvelle loi, ne touchez pas à ces gens-là. Ils font du bien, et le peuple les aime. N'oubliez pas que vos règlements devront être approuvés par le Lieutenant-gouverneur en Conseil. Nous serons là pour les protéger.*" (les *drugless healers*.)

L'Honorable Premier, non plus que ses collègues, n'aura pas à protéger les *drugless healers* devant le Gouverneur en conseil, pour la raison très simple que l'article de la loi alors en question a été mis de côté. Il s'agissait en l'espèce du contrôle que nous demandions d'exercer, sous le rapport médical et hygiénique, sur les hôpitaux privés et les maisons de santé. Mais la question demeure ouverte, et elle vous montre nettement de quel côté se range le prestige politique en matière de lutte contre le charlatanisme.

\*

\* \*

Messieurs, la lutte au charlatanisme restera d'actualité tant qu'il y aura des malades et des médecins. C'est une vérité de Lapalice. Nous ne saurions nous en désintéresser. Mais ne vous semble-t-il pas, comme à nous, que les moyens législatifs, dans tous les pays du monde et dans tous les temps, ont toujours été totalement impuissants à enrayer ce fléau? La question en est une trop complexe pour être élucidée en un tour de phrase, et je ne m'y attarde que pour vous demander si le temps n'est pas venu, enfin, de cesser de quémander aux politiciens une protection particulière qu'ils nous refusent toujours, et d'entreprendre une campagne d'éducation en partie double: *l'éducation professionnelle, et l'éducation populaire au point de vue médical et hygiénique.*

\*

\* \*

Le jour où le médecin serait véritablement conscient du rôle social qui lui incombe, le jour où il abandonnerait, par conviction et

par principes, toute exploitation du malade, toute exploitation du médicament, toute exploitation de l'ignorance et du préjugé populaire, ce jour-là, croyons-nous, nous serions bien près de vaincre l'hydre aux cent têtes qui s'appelle *le charlatanisme*.

\*  
\* \*

C'est à cette tâche difficile, longue, laborieuse, mais qu'il entend poursuivre avec tenacité, que votre Exécutif actuel veut consacrer tous ses efforts, toutes ses énergies, par l'application intégrale de tous les articles de la loi qui constituent l'admirable charte professionnelle dont nous sommes les bénéficiaires.

Pourquoi tant regarder au delà des limites de notre champ d'action, quand il reste à bêcher, dans notre propre enclos, de si multiples jardins pris en herbes !

Ne vous apercevez-vous pas vous-mêmes que tous ces cris, toutes ces plaintes, tous ces motifs de désespérance ne sont, la plupart du temps, que l'expression d'une conscience professionnelle en désarroi ayant perdu sa route ?

Ouvrez le procès-verbal entre vos mains, à la page 57 et aux suivantes, vous y verrez, en formules humiliantes mais malheureusement vécues, l'illustration de cette pensée.

Notre profession, un peu comme les autres, s'est laissé entraîner à l'amour du lucre et de l'argent. Elle a perdu de vue son idéal de dévouement et de charité ! Elle veut être riche au détriment de sa noblesse. Son blason est terni, mais pas suffisamment cependant pour qu'il soit impossible d'en faire disparaître les taches les plus voyantes.

A ce rôle de restauration et de réhabilitation, votre Exécutif entend se dévouer, par une lutte énergique sans doute contre les à-côtés de la profession, mais principalement par la mise en vigueur de tout ce qui peut inspirer la crainte et l'amour, au sein de la profession elle-même.

Ses pouvoirs, ne l'oubliez pas, sont avant tout des pouvoirs disciplinaires, dans l'intérêt du public. Monsieur Guérin, notre aviseur légal, nous le rappelle d'une façon magistrale, à la page 28 du procès-verbal de ce jour, et l'Hon. Ls Ph. Philippe Paradis a répété, avec des paroles différentes, les mêmes pensées au Conseil législatif durant la dernière session. Permettez que je cite celle de M. Guérin :

“La loi médicale de la province de Québec est une loi publique. La Législature a confié au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, agissant par l'entremise du Bureau provincial de médecins le soin de veiller à l'application de cette loi qui a un caractère d'intérêt public.

“Les moyens de protéger le public contre les membres qui auraient commis à l'égard de leurs clients quelque infraction professionnelle sont appliquées par le Conseil de discipline.

“Les moyens de protéger le public contre les individus qui exploitent l'ignorance et la crédulité sont appliqués par les tribunaux sur l'initiative des officiers du Bureau provincial de médecine, et particulièrement du Registraire.

“C'est là le but que la Législature a en vue en déléguant une part de ses pouvoirs au Collège des médecins.

“La Législature, en un mot, s'est beaucoup plus préoccupée de l'intérêt public que de l'intérêt des membres du collège individuellement.

“Elle a fait confiance à un groupe d'hommes cultivés animés de l'esprit professionnel pour assurer l'application d'une loi qui intéresse l'ordre public à un haut degré.”

Nous croyons, Messieurs, qu'il est dans la tradition du Bureau provincial de médecine de s'inspirer de cette doctrine extraite de nos lois, pour la gouverner de ses membres, dans la province de Québec.

Nous faisons nôtre la doctrine définie par M. Guérin, et envers et contre tous, tant que durera notre mandat, nous essayerons d'être ce groupe d'hommes animés de l'esprit professionnel pour assurer l'application d'une loi qui intéresse l'ordre public à un haut degré.

\*

\* \*

Si tels sont le rôle et les obligations du Bureau provincial de médecine, pourquoi alors, par toutes espèces de propositions ne découlant ni de la loi ni des règlements, vouloir entraîner notre Bureau médical dans des luttes qui ne le regardent pas, dans des initiatives qui ne sont pas de son ressort, dans des tentatives multiples qui ne sauraient que le distraire du rôle disciplinaire qu'il a à remplir, dans l'intérêt du public avant tout ?

Je n'entre pas dans les détails. Cela m'entraînerait trop loin, et j'ai déjà suffisamment abusé de votre patience. Mais vous m'accorderez sûrement le mérite, j'en suis sûr, de ma franchise.

D'ailleurs, je n'ai rien à gagner. Je n'ai rien à perdre. Si, de loin, le rôle de Président est un honneur convoité, je puis déjà vous donner l'assurance que le mirage est bien plus beau que la réalité.

Il faut être mêlé de très près aux mille et une choses, aux mille et une tracasseries de l'administration courante d'une profession pour en comprendre tous les méandres et toutes les difficultés.

Il faut surtout se bien pénétrer de l'esprit de la loi et des règlements qui la régissent pour la bien conduire, la bien diriger, surtout pour la bien conseiller. Je souligne ce dernier point. J'ai essayé de cette étude. Ma présente élucubration en est le témoignage. A la fin comme au commencement je compte sur votre indulgence.

\*

\* \*

Dans les Règlements qui vous sont soumis, vous avez à considérer de façon particulière le chapitre III à la page 5 qui traite du Président, le chapitre VI page 11, qui traite des actes dérogatoires à l'honneur professionnel, et le chapitre XIV, page 24, qui traite des Honoraires. Ces deux derniers chapitres devront par la suite recevoir l'approbation du Lieutenant-gouverneur en Conseil. Tels quels, ils vous sont recommandés par le Comité de Législation et l'Exécutif, ainsi que le chapitre qui traite des droits et des devoirs du médecin. Ce dernier n'a été étudié qu'à l'assemblée du 12 juillet et du comité de législation. Il se trouve à la page 51, du rapport anticipé entre vos mains.

Nous vous prions aussi d'accepter le Chapitre qui traite des "Actes dérogatoires" tel que rédigé par votre Exécutif.

\*

\* \*

Je considère inutile d'analyser aucun des rapports soumis à votre considération, assez catégoriques en eux-mêmes pour être compris. Vous les avez lus à tête reposée. Vous en avez de vous-même tiré toutes les conclusions possibles. L'Exécutif sera très heureux d'entendre vos remarques et de mettre à profit toutes les suggestions qu'il vous plaira de lui faire. Il compte surtout que vous lui ferez confiance comme par le passé, pour la gouverne de tous les membres de la profession médicale, et pour la meilleure protection du public de cette province.

\*

\* \*

Je ne saurais terminer sans rendre témoignage de l'aide moral et matériel que m'ont apporté mes collègues de l'Exécutif, certains membres du comité de législation et le personnel de notre Bureau.

A chacun l'expression de ma profonde reconnaissance.

## SOCIÉTÉS

### Société Médicale de Montréal

et

### L'Association Médicale de la Province de Québec.

Séance conjointe

Présidence de MM. Bourgeois et Beaudoin

MONSIEUR LE PROFESSEUR EMILE SERGENT

*Professeur à l'Institut Scientifique Franco-Canadien*

le mardi, 18 octobre, à 9 heures du soir, dans le grand amphithéâtre de l'Université de Montréal, 1265, rue Saint-Denis, dans une conférence sur: *La réactivation des foyers tuberculeux latents — La tuberculose active et la tuberculose évolutive.* (1)

#### ALLOCUTION PAR LE PROFESSEUR B. G. BOURGEOIS

Monsieur le Professeur Sergent,

L'Association Médicale de la Province de Québec est heureuse de se joindre, ce soir, à la Société Médicale de Montréal pour vous souhaiter la plus cordiale bienvenue. Elle le fait avec un plaisir d'autant plus grand qu'elle est parfaitement consciente de la dette de gratitude qu'elle a contractée envers vous.

Elle n'est pas sans comprendre, en effet, les sacrifices matériels que vous vous êtes imposés pour répondre à l'appel de l'Institut Franco-Canadien et venir ici collaborer, si efficacement et avec tant d'éclat, à l'œuvre que l'on poursuit pour assainir notre pays, aux prises, comme tant d'autres, avec l'angoissant problème de la tuberculose.

Sa reconnaissance s'accroît encore du fait que cette collaboration lui vient d'une des personnalités les plus considérables et l'un des maîtres les plus illustres de la Science française.

Permettez, M. le Professeur, qu'en dehors du côté purement scientifique, en dehors aussi de la haute maîtrise avec laquelle vous étudiez, devant nous, les différents aspects de la question tuberculeuse, je signale, à un point de vue plus général, les magnifiques

---

(1) Publiée dans ce numéro.

leçons que vous nous donnez de l'enseignement clinique et les belles démonstrations que vous nous faites de la Clinique française.

Dépourvue de tout appareil, *simple* parce que bien éclairée, *modeste* parce qu'assise sur une science approfondie, *efficace* parce que basée sur l'analyse et le raisonnement, elle est encore empreinte de *bonté*, de *douceur* et de *charité* parce qu'inspirée par un cœur généreux, accoutumé à se pencher sur la souffrance et le malheur.

Consciente de son rôle, elle n'hésite pas à prendre ses responsabilités; elle analyse, raisonne et s'efforce de conclure. Si elle est largement ouverte aux secours précieux que peuvent lui apporter les données précises du laboratoire, elle ne leur abdique pas sa place. Elle n'entend pas que le microscope la précède dans le diagnostic d'une tuberculose et emploie toutes ses ressources à dépister la maladie dans un poumon douteux.

Elle *calque ses schémas* sur la percussion et l'auscultation et les compare ensuite, — mais seulement ensuite, — aux pellicules de l'appareil photographique !

Elle est la "Clinique française", science d'avant-poste !

L'expérimentation, les laboratoires sont ses auxiliaires appréciés; — elles les utilise largement, — elle leur confie la solution de problèmes, — d'hypothèses, — elle applaudit à leurs succès, met à profit leurs découvertes mais ne songe pas à leur abandonner ses prérogatives ni ses responsabilités. *Elle reste en lumière pour éclairer.*

Voilà la "Clinique française", telle qu'elle a passé, chez nous, toute cette semaine !

C'est celle dont nous avons gardé un impérissable souvenir, à l'Hôpital de la Pitié avec notre regretté Maître Terrier, à l'Hôtel-Dieu avec Dieulafoy, à La Charité avec Reclus, à Necker avec Guyon.

C'est encore celle qui est mise en lumière tous les jours, dans un grand nombre d'amphithéâtres français, par une pléiade de savants, — vos collègues et vos élèves, M. le Professeur.

Vos élèves ! Je devrais dire vos disciples !

En effet, c'est encore une caractéristique de chez vous, que le Maître y a toujours une *famille scientifique* dont il est le chef aimé et respecté !

Symbole de probité et d'altruisme, il attire les jeunes intelligences à la recherche de la vérité scientifique, il s'attache les valeurs en puissance de développement, il les éclôt à la chaleur de sa science doctrinale, il les développe et leur signale les points obscurs à

éclaircir, il les dirige dans la solution de problèmes nouveaux, il inspire des travaux qu'il couvre de son prestige et établit ainsi une collaboration féconde qui élargit le champ de ses activités et assure la survivance de *son Œuvre !*

M. le Professeur,

Le docteur Stevenson, de Québec, président de l'Association provinciale, avait espéré être ici ce soir. Il en a été empêché au dernier moment et nous a prié de l'excuser auprès de vous.

Notre Société, en plus des questions d'intérêts professionnels, s'occupe activement des problèmes d'hygiène sociale. Elle s'est employée, en ces derniers temps surtout, à faire donner à différents endroits des conférences de vulgarisation sur des sujets qui touchent à ces importantes questions !

Elle recrute ses membres chez tous les médecins de la Province et compte dans ses rangs un grand nombre de nos confrères de langue anglaise. C'est donc au nom de la profession tout entière que j'ai la mission de vous réitérer l'expression de notre affectueuse admiration et de notre profonde gratitude !

————— o —————

## NOUVELLES

Le Dr J. N. Roy est de retour d'un voyage en Europe, où il s'est particulièrement occupé de la chirurgie du cancer, comparée au traitement par les agents physique, — en rapport avec sa spécialité.

————— o —————

## REVUE

### ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES

**Péritonite tuberculeuse et rayons ultra-violet.** (P. Nobécourt, Paris Médical, 25 juin 1927, p. 609).

Le traitement de la péritonite tuberculeuse est, avant tout, médical; la chirurgie n'intervient qu'à titre exceptionnel dans certaines complications comme l'occlusion intestinale, la perforation intestinale, les suppurations collectées.

L'auteur a fait une étude comparée des résultats obtenus sans rayons ultra-violet et avec rayons ultra-violet dans le traitement des péritonites tuberculeuses subaiguës et chroniques des enfants. Dans les formes ascitiques — qui ont une tendance spontanée vers la guérison — les résultats furent excellents avec ou sans actinothérapie; par contre dans les formes sèches les résultats furent pratiquement nuls aussi bien chez les malades soumis à la cure hygiéno-diététique que chez ceux bénéficiant conjointement des rayons ultra-violet.

Ainsi donc, nous devons nous montrer extrêmement réservés sur la valeur de l'actinothérapie dans le traitement des péritonites tuberculeuses. Les rayons ultra-violet ont certes une influence favorable, mais ne paraissent pas jouir d'une activité particulière.

\* \* \*

**Traitement des néphrites azotémique et hypertensive.** (Charles Richet fils, La Médecine, No 7 bis, avril 1927).

Dans cette monographie, consacrée au traitement d'un type de néphrite extrêmement fréquent chez l'adulte, mais qui s'observe aussi chez l'enfant, l'auteur insiste de façon particulière sur l'importance du traitement diététique. *Le régime hypoazoté est à la base même du traitement.* Quels sont donc au point de vue pratique les aliments permis et les aliments défendus dans ce régime ?

*On proscriera* la viande, les œufs, le fromage, les haricots secs, les pois, les lentilles, le lait.

*On conseillera* les choux-fleurs, les carottes, les pommes de terre, les haricots verts, le riz, les pâtes à petite dose, la crème fraîche, le beurre, les fruits, le sucre, le pain avec peu d'azote.

Toutefois il convient de ne pas proscrire complètement les aliments carnés sous peine de voir se réaliser une cachexie progressive par insuffisance protéique. Aussi le médecin devra-t-il en principe donner à son malade au moins 25 grammes par jour d'aliments azotés. Ajoutons qu'il est également important de prescrire un régime avec une ration calorique suffisante: 2,000 à 2,500 calories suivant le genre de vie du malade. A cet égard les journées fruitariennes, en particulier la cure de raisin que propose l'auteur, sont à conseiller.

Le régime hypoazoté doit être le plus souvent associé au régime déchloruré, car l'expérience quotidienne montre que les aliments salés sont nocifs chez les azotémiques et que d'autre part un grand nombre de sujets azotémiques sont en même temps des chlorurémiques.

Dans l'ordonnance d'un régime il n'y a pas que les aliments à considérer, il y a aussi *les boissons*. Le vin et les alcools, le café *sont à proscrire*. Le thé léger, l'infusion de fleurs de thé plus particulièrement, *sont à conseiller*. On pourrait croire à priori que ces malades peuvent ingérer impunément de grandes quantités d'eau. Il n'en est rien; le malade atteint de néphrite chronique azotémique et hypertensive boira peu s'il ne veut voir s'élever sa pression artérielle. Rien n'est plus dangereux chez de tels malades que de boire par exemple 500 grammes d'eau soit à jeun soit aux repas, et "certains accidents d'hémorragie cérébrale, qui survenaient jadis dans les villes d'eau quand on connaissait mal l'hypertension en soulignent le danger".

Chez l'adulte les néphrites azotémiques et hypertensives ont une évolution lente qui se mesure par années; chez les jeunes gens au contraire ces néphrites subaiguës ont une marche beaucoup plus rapide. De tels malades sont de véritables infirmes, c'est pourquoi ils doivent mener une petite vie.

Quant aux médicaments, leur nombre comme leur variété prouve clairement qu'il n'en est pas un seul qui sur la majorité des malades agisse de façon héroïque. Néanmoins on pourra utiliser les nitrites chez les hypertendus, l'iode et les iodures chez les néphrétiques artério-scléreux, la scille chez les azotémiques en procédant avec beaucoup de prudence (10 à 15 centigrammes de poudre de scille par jour).

Bien qu'en pratique le traitement étiologique soit souvent impossible à réaliser, le médecin s'efforcera dans tous les cas de rechercher la cause de la néphrite (diabète, lithiase, syphilis, tuberculose).

Paul LETONDAL.