

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

Vol. LV

NOVEMBRE 1926

No 10

ELOGE DE LAENNEC

Par le docteur E.-P. BENOIT.

Le mois dernier, l'on a commémoré en Bretagne, et l'on doit cet automne célébrer à Paris, sous les auspices de l'Académie de Médecine, le centenaire de Laënnec et de la deuxième édition de son traité d'auscultation.

Laënnec est une des gloires les plus pures de la clinique médicale française. C'eût donc été une faute impardonnable si, à l'occasion de ce congrès médical qui nous amène d'Europe une si belle délégation, les médecins de langue française de l'Amérique du Nord ne s'étaient pas associés à cette fête du souvenir, et si nous n'avions pas apporté notre contribution à l'éloge de ce grand savant.

Le professeur Charles Richet, dans un livre paru tout récemment, voulant prouver qu'il n'est pas nécessaire d'être savant pour faire une grande découverte, cite comme exemple le nom de Laënnec.

L'on me permettra de n'être pas aussi exclusif. La médecine d'aujourd'hui est certainement une science autant qu'un art; elle l'était déjà, à un degré bien inférieur évidemment, en 1826.

Je ne crois pas, quant à moi, en médecine du moins, qu'on ne doive considérer comme savant que celui qui ne fait que de la science pure, sans jamais chercher à atteindre un résultat pratique.

Je crois au contraire que ce qui fait la grandeur des recherches scientifiques médicales, et ce qui leur donne leur plein mérite, c'est précisément qu'elles ont pour but de nous mettre entre les mains les armes pour dépister et combattre les maladies, c'est-à-dire obtenir un résultat.

Laënnec s'est appliqué, avec une intelligence supérieure, avec un don d'observation extraordinaire, aux recherches scientifiques que lui

(1) Conférence prononcée le 21 septembre 1926, au Congrès des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord.

permettait la médecine de son époque. Il a trouvé, avec une sagacité merveilleuse, ce que personne avant lui n'avait vu. Il a donné, de ses découvertes, les explications les plus précises, les plus exactes, les plus lumineuses qui soient, qu'un ignorant, certes, n'eût jamais trouvées. Il a fait ce que bien des savants eussent été heureux de faire à sa place. Et c'est précisément à cause de l'extrême utilité de son œuvre que Laënnec a droit à notre pleine reconnaissance, et qu'il demeure l'une des gloires les plus incontestables de la science française.

Le programme ne m'accordant qu'un temps limité, je ne pourrai pas développer comme je l'aurais voulu certains points de la vie et de l'œuvre de Laënnec. J'espère cependant vous en dire suffisamment pour montrer que le développement intellectuel de Laënnec s'est accompli malgré des obstacles nombreux pendant sa jeunesse; que, dans sa carrière professionnelle, à une époque médicale troublée, agitée, un peu confuse, il a toujours su choisir le chemin le plus droit, la voie la plus sûre; que, son œuvre, il l'a faite et bien faite, en dépit de tout et de tous, comme seuls peuvent le faire les hommes de génie qui, suivant la belle expression de Joseph de Maistre, "ne reconnaissent aucun maître et n'ont que la Providence à remercier"; et qu'enfin, après une vie courte mais bien remplie, il a pu mourir avec sur ses lèvres cet admirable sourire de l'homme qui a possédé la vérité, et à qui la vérité est demeurée fidèle toute sa vie.

La jeunesse de Laënnec

Durant son enfance et sa jeunesse, il semble que Laënnec soit constamment menacé dans son avenir par les circonstances. Ce Breton du Finistère, né en 1781 en pleine Cornouailles, dans une vieille petite ville fondée par saint Corentin et qu'on appelle Quimper, ou Quimper-Corentin, ce jeune Breton n'a pas encore six ans lorsque sa mère meurt de phtisie. Son frère et lui sont destinés d'ailleurs à succomber à la même maladie, son frère à vingt ans et Laënnec à quarante-cinq. Il est déjà atteint de tuberculose lorsqu'il publie la première édition de son traité, en 1819.

Voilà donc un enfant dont l'intelligence est vive, mais la constitution faible, et sur l'avenir duquel on peut avoir des craintes.

Son père, avocat au parlement de Bretagne, occupe en 1781 une position assez curieuse: il est sénéchal des régaires et receveur des décimes du clergé, ce qui veut dire qu'il aide les évêques à exercer leur juridiction et à collecter leur dû. C'est une position très

honorable; espérons qu'il y fit honneur. Mais comme père de famille, ce Théophile Marie Laënnec est un piètre individu. Son fils baptisé René-Théophile-Hyacinthe ne l'intéressait point du tout. Ce fut toute une histoire, quand l'orphelin eut atteint dix-neuf ans, qu'il décida de s'inscrire à l'Ecole de Médecine de Paris, que d'obtenir du père une partie de l'argent nécessaire à l'inscription.

Il faudra que le fils devienne célèbre pour qu'il revoie son père, et encore celui-ci ne viendra que pour solliciter la protection de ce fils abandonné par lui. L'influence du père sur la carrière du fils fut absolument nulle, et c'est probablement heureux, au point de vue du caractère, qu'il en soit ainsi. Mais c'était là encore un élément d'inquiétude.

Comment Laënnec va-t-il donc se développer, physiquement et intellectuellement? C'est l'adoption par ses deux oncles, le curé d'abord, puis le médecin qui fera franchir à Laënnec la période difficile.

Son oncle Alexandre est recteur à Elliant; c'est chez lui qu'ira Laënnec après la mort de sa mère. Il y restera deux ans jusqu'à ce que le curé soit nommé chanoine à Tréguier.

Un presbytère, surtout s'il est muni d'un jardin et d'un verger bien exposés au soleil, est un excellent endroit pour élever un jeune garçon de constitution délicate. La cuisine y est saine, d'ordinaire; le régime, en tout cas, est bien réglé; grimper dans les poiriers est un bon exercice de jeunesse; Hyacinthe Laënnec dut en profiter.

Il est probable également que le bon recteur d'Elliant ne manqua pas de s'intéresser à l'instruction du jeune neveu, et lui fit faire quelques promenades préliminaires dans le jardin des racines grecques et latines.

Laënnec, plus tard, pour les besoins de sa thèse sur les Aphorismes d'Hippocrate, traduira le vieil auteur dans le texte, et nous savons qu'à l'hôpital Necker, par délicatesse pour ses malades, il dictera ses notes d'observation à son interne en latin, et c'est en latin également que ce catholique convaincu se confessera avant de mourir.

Le bon curé devenu chanoine, Laënnec s'en ira à Nantes, chez son oncle Guillaume-François, médecin à l'Hôtel-Dieu de cette ville. C'est là que Laënnec complète son instruction et c'est là également que sa vocation lui vient.

La période révolutionnaire ne paraît pas avoir laissé de trace sur le sang-froid et la ténacité de ce jeune Breton, qui poursuit paisiblement ses études à l'Ecole Centrale, figure aux bonnes places

dans les palmarès avec son frère Michaud et commence encore tout jeune, à quatorze ans, à suivre son oncle Guillaume dans ses visites à l'Hôtel-Dieu.

Cet oncle Guillaume-François était un praticien éminent. Diplômé de Montpellier, il avait complété ses études à Paris et à Londres. Il était recteur de l'Université de Nantes quand la révolution supprima les universités.

En 1808, lors de la fondation de l'École de médecine de Nantes, il en sera professeur de clinique médicale. A cette date, son neveu est reçu médecin depuis quatre ans, mais il n'y a aucun doute que l'influence de cet oncle a été considérable sur Laënnec. C'est avec lui, très probablement, qu'il apprit l'anglais et l'allemand. C'est certainement lui qui lui donna une instruction médicale suffisante pour que Laënnec, avant son arrivée à Paris, eût déjà les titres de chirurgien de 3^{ème} classe et d'officier de santé.

Grâce au recteur d'Elliant et au médecin de Nantes, Laënnec eut une jeunesse studieuse et appliquée, devint un linguiste distingué, s'orienta de bonne heure vers l'observation médicale et n'eut plus qu'une ambition: aller à Paris.

Dans toute la carrière médicale de Laënnec, dans son livre, nous retrouverons les traces de cette solide formation première.

Par un miracle d'application et de ténacité et grâce à une direction intelligente, Laënnec a triomphé de toutes les adversités: son avenir est désormais assuré.

Laënnec à Paris

C'est tout au début du XIX^e siècle, en 1800 exactement — Victor Hugo aurait dit: "ce siècle naissait à peine" — que Laënnec vint à Paris, suivre l'enseignement de ceux qu'on est convenu d'appeler les maîtres de l'An III.

On sait que c'est le 7 frimaire de l'An III, c'est-à-dire le 27 novembre 1794, que Fourcroy présenta à la Convention son fameux rapport sur la réorganisation de l'enseignement de la médecine en France. En lisant le beau livre de Paul Triaire: "Récamier et ses contemporains", on se rend très bien compte de ce que fut cette réorganisation, qui mit à la tête de l'enseignement médical Corvisart pour la médecine, Desault pour la chirurgie, Baudelocque pour les accouchements, Pinel pour les maladies mentales, Bichat pour l'anatomie, plus tard Orfila pour la médecine légale.

La révolution française, il faut bien l'admettre, fut brutale dans ses moyens; elle commença par tout détruire; elle ne respecta personne, pas même Lavoisier. Mais sur les ruines de l'ancien régime, il faut le reconnaître également, ce fut une bonne chose de constater qu'il ne restait plus de barrière sociale. C'était la liberté pour tous, chèrement acquise, il est vrai, d'aborder tous les métiers et toutes les professions. Et Fourcroy eut le bon esprit de poser en principe que, dans l'enseignement nouveau de la médecine, la clinique servirait de base. C'est de ce moment que date la renaissance médicale française, parce que de ce moment, le champ médical est ouvert à tous les talents, et que la médecine va s'appuyer dorénavant sur des faits et non pas seulement sur des théories doctorales.

Cette renaissance médicale française, elle va donner comme premier fruit l'école anatomo-pathologique, l'école de la Charité, qui veut avec Corvisart que la compréhension des maladies nous soit fournie par les lésions des organes, par l'étude de ces lésions, par l'autopsie.

Cette école ne prévaudra pas sans une belle lutte, et qui bat son plein lorsque Laënnec arrive à Paris. Il y a Broussais d'abord, un indépendant, un franc-tireur, qui n'entend pas que ces "ouvreurs de cadavres" viennent déranger son système de médecine dite physiologique. Et puis, il y a l'école de la Salpêtrière, où Pinel veut classier les maladies à l'aide de l'analyse philosophique. Pour Broussais, toutes les maladies aboutissent à une lésion, la gastro-entérite, que l'on prévient ou que l'on guérit avec un seul traitement, la saignée. Et Broussais parle fort et se démène beaucoup. Pinel, lui, n'a pas de panacée à proposer, ce qui le rend moins dangereux, mais l'examen philosophique des maladies lui plaît beaucoup, et il en parle souvent. La liberté est une école comme une autre; il faut s'y adapter progressivement.

En 1800, la chaire de clinique est encore une tribune; l'enseignement devient souvent une polémique; la discussion scientifique n'est parfois qu'une bataille de mots. Ce sera le mérite de l'école anatomo-pathologique de clore pour toujours l'ère moliéresque qui dure depuis trop longtemps, et Laënnec va donner à cette école un puissant appui.

Il a commencé, Laënnec, par faire de bonnes études, autant qu'on peut les faire de 1800 à 1804. Il a remporté, en deuxième année, le prix de la Faculté pour la médecine et la chirurgie, et sa thèse de doctorat reçoit l'approbation de tous ses professeurs. Il s'agit maintenant pour lui de choisir sa voie. Il préfère prendre la

plus droite, la plus sûre, celle que lui montrent Corvisart et son assistant, Bayle, avec qui Laënnec va travailler. Aussi deviendra-t-il, comme son maître, un excellent clinicien, ne prenant pour critérium que l'anatomie pathologique, parce que c'est à cette époque, il l'a tout de suite compris, le seul terrain solide que lui fournisse la science médicale.

Il ne faut pas s'étonner si dans ces conditions Laënnec ait fait rapidement son chemin. C'est un des membres les plus actifs de la Société de médecine. De 1806 à 1814, c'est-à-dire de vingt-cinq à trente-trois ans, on a de lui de nombreux articles publiés dans les revues du temps et dans le Dictionnaire des sciences médicales.

A trente-trois ans, il est médecin de l'hôpital Beaujon, et à trente-cinq ans, en 1816, il entre à Necker. Il lui reste dix ans à vivre; il est déjà connu; ce court laps de temps lui suffira pour s'illustrer.

L'oeuvre de Laënnec

Dans cette période troublée, agitée, confuse, qui ouvre en France, avec le XIXe siècle, la renaissance de la médecine, Laënnec a donc su se créer une belle position à Paris, qu'il occupera toute sa vie avec un calme et une dignité remarquables.

Devenu médecin des hôpitaux, ce travailleur infatigable ne se laissera arrêter ni par la maladie, ni par la faiblesse, ni par les souffrances; il ne tombera, terrassé, qu'après avoir mis la dernière main à son oeuvre, l'une des plus belles qui soient sorties des mains d'un clinicien français. Ce succès, il le doit à sa belle formation scientifique qui l'a rendu un observateur profond; à son caractère, qui lui donne un jugement sûr, et à une heureuse inspiration, qui lui fit un jour découvrir l'auscultation.

Il y a dans Laënnec deux hommes qui se complètent admirablement; l'anatomo-pathologiste et le clinicien. C'est l'union de ces deux natures qu'il faut étudier chez Laënnec, pour bien saisir l'ensemble de son oeuvre, pour la bien comprendre.

(a) Laënnec anatomo-pathologiste

En anatomie pathologique, Laënnec est un initiateur, un défricheur: il déblaye le terrain, comme les pionniers de chez nous; il ouvre la voie, mais il ne construit rien de définitif. Il ne faut pas le lui reprocher.

A son époque, Laënnec ne pouvait rien établir de définitif en anatomie pathologique, parce qu'il n'avait à son service ni l'histologie ni la bactériologie.

Son anatomie pathologique demeure forcément macroscopique. Ce qu'il décrit, par exemple, il le décrit bien, et il trouve toujours, c'est son talent, les mots appropriés pour le dire. Nous lui devons des termes qui sont restés: le cancer encéphaloïde, la mélanose. Il a très bien compris la nature parasitaire du kyste hydatique. A propos de la tuberculose, il a corrigé les erreurs de Bayle, et montré l'unicité des lésions, le lien qui relie au tubercule la granulation et l'infiltration, comme le fruit mûr et le fruit vert, malgré leur apparence différente, sont de même nature.

Toute cette partie de son œuvre est le résultat d'une observation constante d'un très grand mérite, mais ce n'est pas celle qu'il faut admirer le plus. Elle nous aide beaucoup, par contre, à comprendre l'esprit de Laënnec.

C'est un esprit solide, qui ne veut s'étayer, dans ces études médicales, que sur un appui ferme. Il est ardent dans ses recherches, et aussi complet qu'on le peut être à son époque. Il ne trouve la solution des problèmes de cliniques que dans les autopsies qu'il pratique de façon systématique. Les lésions lui servent à expliquer les symptômes, et ses procès-verbaux de nécropsie sont toujours très détaillés.

On peut dire que l'étude de l'anatomie pathologique est son travail quotidien et, jusqu'en 1816, son travail de prédilection. Il appartient à cette école qui nous a donné Bichat, Cruveilhier et Dupuytren.

Bichat meurt très jeune, après la publication de son Anatomie Générale, édiflée en deux ans.

Dupuytren, d'abord ennuyé de voir Laënnec se livrer au même enseignement que lui, renonce à se spécialiser quand il voit que Laënnec le dépasse, et nous donne là un bel exemple de la probité de l'école française. Laënnec lui-même, qui a rédigé ses leçons d'anatomie pathologique, juge inutile de les porter à l'impression lorsque Cruveilhier fait paraître, en 1815, son Essai d'Anatomie Pathologique. Tout cela nous révèle l'activité et l'émulation qui règnent parmi tous ces grands maîtres de l'époque, qui travaillent encore dans l'obscurité, mais qui préparent l'avenir.

Laënnec est aussi grand qu'eux, mais il va les dépasser, car il est meilleur clinicien; guidé par son sens clinique, c'est lui qui

découvrira l'auscultation appliquée au diagnostic des maladies du cœur et des poumons. Et son œuvre ne sera solidement établie que parce qu'elle repose sur l'anatomie pathologique, que parce qu'elle nous donne les signes physiques des lésions pulmonaires et cardiaques, aux diverses étapes de leur évolution.

(b) Laënnec clinicien: Pauscultation

Que personne avant 1816 n'ait songé à ausculter les malades, voilà ce qui nous étonne profondément aujourd'hui, tellement l'œuvre de Laënnec fait partie de notre pratique courante.

Avant Laënnec, la vue et le toucher étaient les seuls sens appliqués à l'examen des malades; la vue pour l'inspection, le toucher pour palper et percuter les organes, quand il y avait besoin.

Encore la percussion n'était-elle pratiquée que par Corvisart et ses élèves. On sait que c'est Corvisart qui fit connaître en France la méthode d'Avenbrugger, après l'avoir perfectionnée et mise au point.

Laënnec cependant eut parmi ses contemporains un précurseur, Bayle, qui se servait quelquefois de son oreille pour localiser le choc de la pointe du cœur, quand il ne pouvait y arriver par la palpation. C'est une inspiration subite qui amène Laënnec à se servir de l'audition pour examiner un jour une malade, mais quelle inspiration féconde !

Laissons de côté la légende des enfants jouant avec une poutre et une épingle. Laënnec lui-même nous raconte dans son livre comment il fit sa découverte. Il examine un jour une jeune cardiaque et ne peut arriver, par la palpation et la percussion, à bien délimiter le cœur. Les mœurs médicales de l'époque lui interdisent d'appliquer son oreille sur la poitrine d'une jeune fille. Laënnec est devant un obstacle.

Que va-t-il faire ? Écoutons-le: "Je vins à me rappeler un phénomène d'acoustique fort connu: si l'on applique l'oreille à l'extrémité d'une poutre, on entend très distinctement un coup d'épingle donné à l'autre bout; j'imaginai que l'on pouvait peut-être tirer parti, dans le cas dont il s'agissait, de cette propriété des corps. Je pris un cahier de papier, j'en formai un rouleau fortement serré," etc. Tout le monde connaît le passage par cœur.

N'est-ce pas là que se révèle le génie d'un grand clinicien. Il est arrêté, et, pour aller plus avant, faisant appel à ses connaissances

scientifiques, il les applique à la solution de la difficulté. Et comme il s'agit de Laënnec, il les applique avec un à-propos merveilleux. Il découvre que l'acoustique est un moyen d'examen des malades.

A partir de ce moment, Laënnec va vivre dans un continuel enchantement. Son stéthoscope ne le quitte plus. Il ausculte de nombreux malades, et des trésors cliniques se révèlent à lui tous les jours. Il écoute les bruits thoraciques avec une minutieuse attention, comme tout ce qu'il fait; il les analyse, il les définit, il les rapproche des symptômes, il se rend compte de leurs modifications par les phases des maladies, il s'empresse de vérifier, à l'autopsie, si les signes correspondent bien aux lésions, et, trois ans après sa découverte, en 1819, c'est une méthode d'examen nouvelle et complète qu'il présente à la profession médicale dans son livre de l'Auscultation Médiante.

Laënnec ne vient pas d'inventer, comme le dira Broussais, mais il vient de découvrir l'auscultation, non pas de l'entrevoir seulement, mais de la découvrir toute entière, de la parcourir, du moins pour les poumons, d'une extrémité à l'autre, d'en examiner tous les aspects et d'en expliquer toute la signification.

Jamais, dans l'histoire médicale, une découverte ne fut aussi complète du premier coup et aussi utile à toute la profession médicale. Jamais non plus n'avait-on vu jusque là un clinicien présenter une méthode nouvelle avec une semblable maîtrise. Le livre de Laënnec est magistral; l'auteur s'y révèle tout entier, avec ses qualités si remarquables d'observation, de clarté, de précision et de profondeur de vue. C'est un de ces rares livres qui ne perdent rien de leur attrait avec le temps parce qu'ils ne vieillissent pas. Et ce fut, au moment de son apparition, toute une révélation.

Dans un langage élégant et sobre, Laënnec mettait à la portée de tous les médecins le fruit d'un travail extraordinaire et leur fournissait pour la première fois un moyen précis de diagnostic. Il leur expliquait des faits nouveaux avec des termes familiers. Le sel dans une bassine, une vessie sèche qu'on insuffle, un grain de sable tombant dans un vase de métal, le ronflement d'un dormeur, le cri des petits oiseaux, une résonance chevrotante, la voix de Polichinelle deviennent les symboles des signes physiques pulmonaires; ces signes physiques nous signalent des lésions, correspondent à des maladies et en traduisent les phases.

Tous les bruits thoraciques sont désignés avec cette précision et décrits avec méthode. De plus Laënnec enseigne à les trouver avec son stéthoscope. Le praticien doit tenir le tube comme la main tient

la plume à écrire, afin de bien appliquer son embout sur la poitrine et ne pas causer de friction; l'observateur doit parcourir tout le champ pulmonaire, portant spécialement son attention sur les régions où l'on trouve le plus souvent les bruits pathologiques. Les causes d'erreur sont expliquées; les moyens d'éviter ces erreurs sont fournis.

Tout, tout ce qui regarde l'auscultation est expliqué dans ce bréviaire de Laënnec destiné aux médecins praticiens. Cette méthode nouvelle, dès qu'elle est connue et appréciée, devient indispensable. La profession médicale l'attendait depuis trois siècles, car elle n'avait jamais possédé jusque là un aussi bon moyen de diagnostic, un moyen aussi sur et aussi pratique.

On comprend facilement le succès d'un pareil livre, traduit immédiatement en anglais par John Forbes, et dont la première édition américaine parut dès 1823. De toutes parts les auditeurs accoururent à la clinique Necker et plus tard, en 1822, à celle de la Charité, puis, sur les derniers temps, au Collège de France.

Ce fut pour Laënnec la notoriété, le succès, la gloire, dont il ne devait pas, par malheur, jouir longtemps. Presque immédiatement après la publication de son livre, en 1820, Laënnec, tuberculeux, s'en va au bord de la mer et tâche de se rétablir. Il passe deux ans à Kerlouarnec, près de la baie de Douarnenez, puis revient à Paris où tous les honneurs l'attendent, et aussi un peu les déboires, car le succès suscite toujours des envieux.

En 1824, Laënnec a une rechute, retourne pour quelque temps en Bretagne, revient de nouveau à Paris. Mais la tuberculose ne veut pas lâcher sa victime, le force à quitter définitivement tout travail, à fuir au printemps de 1826 vers le domaine familial de Kerlouarnec et, le 13 août, elle enlève au monde médical le plus grand clinicien qu'on eût connu jusque là, je serais tenté de dire le plus grand clinicien de tous les temps, celui qui nous a fait un don si précieux qu'il est devenu indispensable et qu'on n'y pense même plus, pas plus qu'on ne cherche la provenance du pain que l'on mange tous les jours.

Laënnec, qui se rendait compte de la valeur de son oeuvre, qui entendait la mort l'appeler, ne voulut pas mourir sans laisser de testament scientifique et rédigea la deuxième édition de son *Traité d'Auscultation* ou il complète et met au point l'oeuvre capitale de sa vie.

C'est cette édition que la Faculté de Médecine de Paris a rééditée en 1879, c'est elle qu'il faut lire pour comprendre et admirer Laënnec

sans les commentaires du cousin Mériadec (3e édition, 1831) ou les additions d'Andral (4e édition, 1836).

Laënnec fut un homme dont les paroles suffirent à satisfaire notre esprit, et qui n'a pas besoin de commentateur: son oeuvre parle seule et par elle-même. Elle est claire, complète et, sur presque tous ses points, définitive. C'est une oeuvre unique en son genre et qui donne à son auteur une célébrité amplement justifiée.

Laënnec et le Canada

Si j'avais à décrire la marche de la médecine au XIXe siècle, je la montrerais atteignant les plus hauts sommets avec Laënnec, Claude Bernard et Louis Pasteur.

Ce sont les lumières les plus brillantes, les plus élevées, celles qui indiquent la route; tout le XIXe siècle en est éclairé; et le phare de Laënnec, pour être le plus éloigné de nous, n'est pas le moins brillant des trois.

La Bretagne est coutumière de ces gens hardis, courageux et persévérants, qui ouvrent des routes inconnues. C'est à elle que nous devons Jacques Cartier. Laënnec est un découvreur comme son compatriote de Saint-Malo. Puisque nous sommes reconnaissants à Jacques Cartier de nous avoir donnés à la France, pourquoi ne serions-nous pas reconnaissants à Laënnec du don français qu'il nous a fait ?

Suivant la devise de la province de Québec, soyons heureux de mêler nos souvenirs à ceux, j'allais dire de nos confrères, mais je dirai mieux, à ceux de nos frères de France qui viennent nous voir, et célébrons avec eux, d'un même cœur et d'un même esprit, l'une des plus grandes gloires du pays français.

ACHONDROPLASIE

*Par le Docteur E.-A. René de Cotret,
Professeur de Clinique obstétricale à l'Université de Montréal,
Accoucheur en chef à l'Hôpital Notre-Dame.*

Je tiens à rapporter aux lecteurs de l'*Union Médicale* deux cas typiques d'achondroplasie qu'on rencontre plutôt rarement. Malheureusement, je n'ai retrouvé dans mes cahiers de notes que la photographie du fœtus achondroplasique (Fig. 1) né à la Maternité il y a quelques années, et mort quelques heures après sa naissance. En regardant attentivement cette photographie, on remarquera facilement tous les caractères distinctifs et classiques de l'achondroplasie. La seconde photographie se rapporte à un cas que je viens d'observer à l'Hôpital Notre-Dame. Ce second sujet est une femme adulte que le professeur Ethier a opérée pour un fibrôme volumineux de l'utérus.

Voici l'historique de ce cas :

Mademoiselle X..., âgée de 37 ans, célibataire, Canadienne-française, est ménagère de profession. Son père, mesurant six pieds de hauteur, est mort de congestion des poumons à 69 ans. Sa mère, 68 ans, n'est pas forte. Deux frères et deux sœurs de Mlle X sont morts de tuberculose entre 18 et 20 ans. Un frère est mort à 7 mois. Ses sœurs et ses frères étaient normaux quant au squelette. Un frère n'a parlé qu'à 7 ans. Une sœur de son père, idiote, est morte à l'Asile de Beauport.

La patiente a marché à l'âge de 18 mois, mais elle a toujours mal marché, en boitant pour ainsi dire des deux jambes, à cause de son infirmité. Elle a été réglée à 15 ans. Ses menstruations, douloureuses, peu abondantes, irrégulières, durent trois jours. Elles avancent quelquefois d'une semaine. La patiente ne sait pas quelles maladies elle a pu avoir dans son jeune âge.

La peau de son visage est masquée de grands placards jaunes et bruns. Son cœur est normal. Sa pression artérielle est de 90 sur 70. Les poumons sont sains; rien aux reins. Sa hauteur totale est de 99 centimètres quand elle est debout. Mais si l'on mesure Mlle X quand elle est couchée horizontalement sur le dos, sa taille gagne 10 centimètres en longueur, parce que ses membres inférieurs s'étendent presque complètement.

Les mensurations externes du bassin sont les suivantes: Bi-épineux 23 c.; Bi-crête $23\frac{1}{2}$ c.; Bi-tro. 31 c.; Baudel. $23\frac{1}{2}$ c. Je n'ai pas pu prendre les mensurations internes à cause d'un fibrome volumineux de l'utérus qui remplissait totalement l'excavation et qui dépassait le pubis de quatre à cinq travers de doigts. Les cul-de-sacs vaginaux étaient disparus complètement. Il était très difficile de faire pénétrer deux doigts à gauche et en avant dans le vagin pour atteindre le col

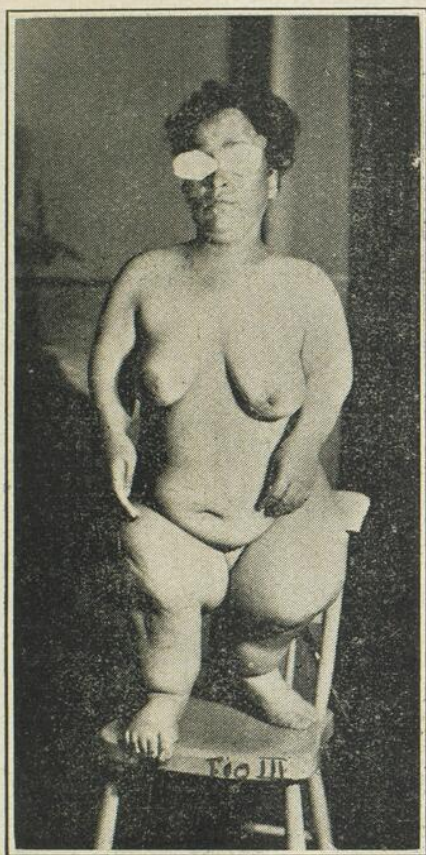


Fig. I

à deux travers de doigts au-dessus de l'éminence iléo-pectinée... Le Wassermann est négatif... Le professeur Ethier a opéré avec succès cette patiente. 12 jours après l'opération, la patiente s'asseyait aisément dans son lit. Le chloasma disparaissait complètement de sa face. Le regard était clair et la figure intelligente.

Les photographies Nos 2, 3 et 4 font voir mieux que toute description les traits caractéristiques de l'achondroplasia. La radio-

graphie de son bassin nous le montre légèrement asymétrique, avec probablement un léger agrandissement du diamètre antéro-postérieur. Un des pubis dépasse en hauteur le côté opposé d'un centimètre.

Qu'est-ce que l'achondroplasie ?

L'achondroplasie est une malformation congénitale, caractérisée pathogéniquement par une insuffisance de l'ossification cartilagineuse des os longs et cliniquement par un nanisme d'origine micro-

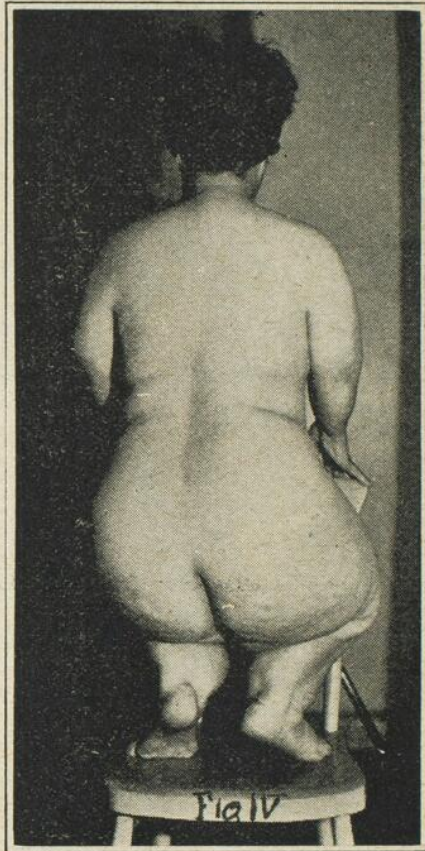


Fig. II

mélique, en d'autres termes, l'achondroplasie est une dystrophie du cartilage primordial (sclérose avec calcification), débutant et évoluant entièrement dans la cavité utérine et entraînant un défaut d'accroissement des os longs. On naît achondroplase.

L'achondroplasie est une maladie très rare, qui se rencontre plus particulièrement dans le sexe féminin. Elle est le plus souvent incompatible avec la vie. La plupart des fœtus achondroplasiques

meurent pendant l'accouchement ou peu après la naissance. Cependant, certains achondroplases survivent et parviennent à l'âge adulte. Certains nains qui jouent dans les cirques et les cinémas sont des achondroplases.

On a confondu longtemps l'achondroplasie fœtale avec le rachitisme dit congénital. C'est Parrot qui l'a autonomisée sous ce nom définitif.



Fig. III

Descriptions symptomatiques

Quand on examine un nouveau-né achondroplasique, on constate immédiatement que les os des membres sont plus courts qu'à la normale. Le raccourcissement porte principalement sur l'os qui s'attache au tronc (bras et cuisses) : il y a *micromélie rhizomélique*. Si l'on applique le bras le long du corps, on voit que l'extrémité des

doigts, au lieu d'atteindre le milieu de la cuisse, ne descend parfois pas plus bas que le trochanter ou la crête iliaque. L'élargissement des épiphyses et l'augmentation du tissu adipeux donnent aux membres un aspect boudiné. Les membres, principalement les inférieurs sont parfois déviés. La tête, brachycéphale, est volumineuse et a pu rendre l'accouchement difficile. Il existe une synostose prématurée des os de la base. La face, petite, semble rétractée sous les bosses frontales. Le nez est aplati et court. Le thorax et la colonne vertébrale sont normaux, et il n'existe ni chapelet chondrosternal, ni déviation rachidienne.

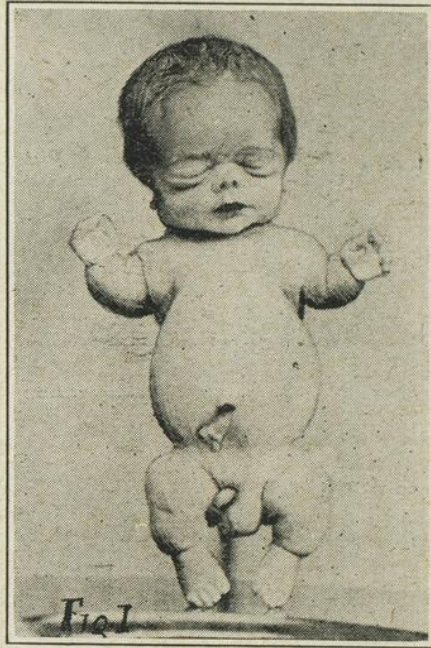


Fig. IV

Quand l'enfant survit, il s'accroît peu à peu mais reste toujours micromélique, d'où sa petite taille. L'ensellure lombaire caractéristique des achondroplasiques adultes débute après que l'enfant a marché. La courbure des membres inférieurs (jambes arquées) s'accroît quelquefois avec l'âge.

L'*achondroplase adulte* est caractérisé par trois symptômes primordiaux: le *nanisme*, la *micromélie* et la *macrocéphalie*.

Le *nanisme* est le signe le plus saillant; cependant l'exiguité de la taille tient exclusivement à la brièveté des membres inférieurs, le

tronc étant de longueur normale. La taille oscille entre 0 m. 97 et 1 m. 38.

La *micromélie* atteint les quatre membres, et la micromélie des membres inférieurs est si marquée qu'elle en paraît grotesque. La disproportion entre les longueurs des membres et du tronc donne au sujet *l'aspect d'un chien basset* (Parrot, Porak). Comme je l'ai dit plus haut, la micromélie frappe plus les segments proximaux ou rhizoméliques (bras et cuisses) que les segments mésoméliques ou distaux (avant-bras, jambes). Quand un achondroplasique adulte est assis, il semble un individu normal de par sa tête et son tronc.

Les mains sont courtes, carrées, charnues. Les quatre derniers doigts, boudinés, juxtaposés au niveau de leur base, s'écartent par leurs extrémités, simulant assez bien la divergence des dents d'un trident. Cette déformation n'est pas absolument constante.

Le troisième symptôme primordial de l'achondroplasie c'est la *macrocéphalie*. La tête est grosse, tantôt au point de vue absolue, tantôt au point de vue relatif; dans ce dernier cas la tête, normale par rapport au tronc, paraît grosse comparativement aux membres par illusion d'optique. Le périmètre occipito-frontal peut atteindre 60 ou 67 centimètres. De plus la tête est ronde; l'achondroplase est brachycéphale et même hyperbrachycéphale.

A côté de ces symptômes primordiaux, il faut signaler quelques signes secondaires: l'aplatissement du dos, l'ensellure lombaire qui détermine la bascule du sacrum en avant, le rétrécissement du bassin qui, chez les femmes met souvent obstacle à l'accouchement. L'obésité est très fréquente. Le système musculaire est très développé, et les achondroplases ont une force réelle qui contraste avec leur petite taille. Ils sont souvent très adroits. Leur intelligence est au moins égale à celle des sujets normaux. Les organes génitaux sont normaux chez l'homme et la femme; et les achondroplasiques sont très aptes à la reproduction.

Etiologie

Les causes de l'achondroplasie sont inconnues. On a observé des cas d'hérédité similaire. Parfois la mère était syphilitique ou tuberculeuse. Les filles sont plus souvent atteintes que les garçons.

Pathogénie

L'absence de notions étiologiques devait conduire fatalement à des hypothèses pathogéniques différentes. On a pensé à une lésion

de la moëlle, à une insuffisance du corps thyroïde, du thymus, de la glande pituitaire, des organes génitaux (testicules et ovaire). On tend aussi à en faire un arrêt de développement par toxi-infection d'origine maternelle survenant dans les premiers mois de la vie intra-utérine, au moment où se fait la grande poussée ostéogénique qui s'étend du troisième au septième mois. Toutes les intoxications (alcool, plomb, auto-intoxication), toutes les infections (syphilis principalement) pourraient ainsi causer l'achondroplasie.

Diagnostic

La confusion n'est guère possible qu'avec le rachitisme congénital; cependant les deux maladies semblent avoir leurs caractères bien distinctifs. Dans le rachitisme, les membres sont grêles au niveau de la diaphyse et épais à leurs extrémités noueuses: et en plus il n'y a pas de micromélie comme dans l'achondroplasie. Dans le rachitisme, le thorax présente des déformations caractéristiques. Il est aplati transversalement dans les deux tiers supérieurs et évasé à la partie inférieure. On y trouve le chapelet chondro-sternal; les clavicules sont saillantes et anormales comme courbure. Chez les enfants à tissu osseux fragile, on trouve souvent des fractures variées. Cependant il faut penser à l'association possible du rachitisme et de l'achondroplasie.

Traitement

Jusqu'ici l'achondroplasie est restée au-dessus des ressources de la thérapeutique.

LES NEPHRITES:

CLASSIFICATION ANATOMO-ETIOLOGIQUE D'OBERLING, DE STRASBOURG

Par le Docteur E. LATREILLE

Professeur d'Anatomie pathologique à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Il ne s'agit pas d'opposer à la classification Physio-pathologique de Widal une division des néphrites basée sur l'Anatomie pathologique, mais de chercher à quels substatum anatomiques peuvent correspondre, dans l'état actuel de nos connaissances histo-pathologiques, les différents syndromes cliniques, maintenant classiques, dans lesquels ont été groupées, pour les rendre plus facilement accessibles au traitement, les manifestations symptomatiques de ces maladies. Dans un savant mémoire (2) publié dans les Annales d'Anatomie Pathologique Médico-Chirurgicale, Charles Oberling, chef des travaux à l'Institut Pathologique de Strasbourg, étudie, à la lumière de l'observation anatomo-clinique et de l'expérimentation, la morphologie et la physiologie comparées des néphrites. Il ne faut pas perdre de vue, comme l'a déjà indiqué Brault, dans le volume sur les maladies des reins de la collection Sergent, que les divisions proposées par Widal ne représentent pas des néphrites spéciales, mais "des syndromes correspondant aux périodes critiques de l'évolution des néphrites", on comprendra alors pourquoi le substratum anatomique de ces *syndromes* ne saurait correspondre aux types morphologiques des *néphrites* décrits par Oberling, mais à des lésions élémentaires prédominantes d'une ou de plusieurs variétés tissulaires (appareil épithélial, glomérules, vaisseaux) observées dans ceux-ci. Commençons par étudier ces lésions élémentaires de l'appareil épithélial, des glomérules, du tissu interstitiel, et des vaisseaux telles qu'observées par Oberling, au moyen des techniques histologiques si perfectionnées de l'heure actuelle. Quand nous posséderons la description de ces lésions élémentaires il nous sera fa-

(1) Communication orale, avec projections, inscrite au programme du congrès de Montréal de 1926.

(2) Mémoire original publié dans le No de Mai 1924 des Annales d'Anatomie-Pathologique Médico-Chirurgicale, p. 217 à p. 298, par Charles Oberling.

cile de les rapprocher, de les grouper ou de les associer de manière à édifier la structure histologique des différents types morphologiques proposés par l'auteur; et, après avoir souligné les traits saillants de la physionomie anatomo-clinique de chacun, nous terminerons par la mise en parallèle de ces types morphologiques (et de certaines de leurs lésions prédominantes), avec les syndromes physiologiques de Widal, et nous verrons alors comment *ceux-ci peuvent s'expliquer par ceux-là*.

Lésions élémentaires

1.—*Épithéliales*.—Les cellules épithéliales des tubes contournés, sous l'action des agents toxiques ou infectieux, au cours des maladies chroniques ou aiguës, entrent en dégénérescence (granuleuse, vacuolaire, grasseuse), puis s'effritent, et desquament. Or, Castaigne et Rathery avaient considéré, en 1906, la plupart de ces formes de dégénérescence comme provenant de la cadavérisation. La cellule rénale, très fragile, se détruit spontanément, sous l'influence de la cadavérisation, dans les heures qui suivent la mort; de sorte que, aux autopsies faites plusieurs heures après la mort, la plupart des lésions épithéliales observées dans les tubes contournés ne sont pas des dégénérescences pathologiques, mais des altérations cadavériques. Aujourd'hui Oberling, s'appuyant sur une technique rigoureuse, peut affirmer dans son mémoire que, contrairement à l'opinion de Castaigne et Rathery, il a "la ferme conviction qu'une "bonne partie des altérations prétendues cadavériques peuvent être "vitales. L'apparition des boules sarcoplasmiques, la vacuolisation du "cytoplasme, la desquamation cellulaire s'observe dans les reins où toute "influence de cadavérisation peut être exclue".

Pour ce qui est de la dégénérescence granuleuse, l'auteur en fait une étude complète et détaillée, non seulement de sa morphologie, mais aussi de sa genèse, distinguant la dégénérescence, de l'état granuleux; et considérant celui-ci en rapport avec des altérations de l'appareil mitochondrial. Cet état granuleux répondrait à une phase d'irritation de la cellule par les agents toxiques ou infectieux; cette phase d'irritation serait suivie d'une phase de destruction, si la cause irritante devient plus agressive (dégénérescence granuleuse, nécrose cellulaire), ou d'une restitution de la cellule à l'état normal, si cette même cause s'atténue dans son activité, ou disparaît; enfin, quelquefois, dans des processus à évolution moins rapide, la cellule épithéliale se différencie, persiste et récupère des qualités prolifératives qui la rendent apte à suppléer aux pertes".

2.—*Glomérulaires*.—Les processus toxi-infectieux (3) peuvent déter-

(3) Il est maintenant admis que les intoxications: alcoolisme, goutte, saturnisme, et les infections chroniques: tuberculose, syphilis ne sauraient être invoquées comme causes de la sclérose rénale d'origine vasculaire (syndrome d'hypertension artérielle), au même titre de fréquence et d'importance que: l'hérédité, le surmenage, les préoccupations, l'influence du milieu hostile, les contrariétés; ainsi que le déséquilibre vago-sympathique, les dysfonctions endocriniennes, l'hyperépiphrie, etc....

miner, au niveau des anses capillaires du glomérule, de la capsule de Bowmann, et du revêtement épithélial de cette capsule, des altérations inflammatoires diapéditiques et dégénératives aboutissant à la sclérose et à l'hyalinisation, en opérant selon trois modes d'action différents: (a) par infiltration hyperdiapédétique réactionnelle inflammatoire des anses capillaires, au cours des maladies infectieuses: lésions aboutissant à la sclérose glomérulaire avec synéchies de la capsule de Bowman; (b) par hyalinisation primitive d'emblée des anses capillaires du glomérule, coïncidant avec la dégénérescence hyaline des parois vasculaires sclérosées, dans la néphrite chronique d'origine vasculaire (hypertensive); (c) par réaction fibro-plastique et sclérose, à point de départ périphérique du glomérule, subséquente à la néphrite chronique interstitielle.

3.—*Interstitielles et vasculaires.*—Au cours des néphrites, le tissu interstitiel conjonctivo-vasculaire réagit par des lésions secondaires variées: congestion, œdème, hémorragies; mais il peut être primitivement aussi le siège de lésions prédominantes au cours de certains processus où les cellules épithéliales et les glomérules semblent avoir été plus ou moins respectées; ces lésions prédominantes sont: l'infiltration leucocytaire, néphrite interstitielle aiguë, la réaction fibro-plastique, et la sclérose (néphrites interstitielles chroniques d'emblée, néphrites d'origine ascendante). Concurrément, mais aussi parfois pour leur propre compte, et isolément (néphrite chronique hypertensive). "Les artères de calibre moyen (artères arciformes, artères interlobulaires) sont atteintes d'hyperplasie musculo-élastique de l'intima parfois considérable; les artérioles montrent constamment de la dégénérescence hyaline de leurs parois. En somme: altérations qui présentent franchement le caractère de troubles nutritifs."

Tous les types morphologiques de néphrites peuvent aboutir à la sclérose interstitielle, mais, comme le fait remarquer Oberling: "la disposition du tissu scléreux est souvent plus caractéristique que son aspect." Et c'est ainsi que les faits démontrent que, si la sclérose est disposée plus ou moins irrégulièrement dans les néphrites secondaires, elle s'établit de préférence le long de la capsule, et sous forme de traînées perpendiculaires à la surface, dans les néphrites interstitielles, alors qu'elle est souvent disposée en territoires annulaires dans la néphrite chronique d'origine vasculaire.

Types morphologiques

Oberling étudie à fond l'étiologie, la symptomatologie, l'évolution (aiguë, subaiguë, chronique), l'aspect macroscopique viscéral et la structure histologique des différents types morphologiques (4)

(4) L'histoire anatomo-clinique de ces types morphologiques d'Oberling (1o Néphrite parenchymateuse toxique, épithéliale, glomérulo-épithéliale et diffuse; 2o Néphrite parenchymateuse infectieuse; 3o Néphrite interstitielle; 4o Néphrite secondaire d'origine ascendante; et 5o Sclérose rénale d'origine vasculaire, sera présentée dans un prochain article avec les lumineux dessins de leur structure histologique qui les accompagnent.

qu'il propose à l'attention des pathologistes et des cliniciens, puis il les résume schématiquement, chacun en particulier, et en compare l'image histologique (lésions prédominantes) avec les principaux traits de la physionomie clinique des syndromes de Widal, dans deux pages, que je demande la permission de citer textuellement, avant de tirer quelques conclusions.

"1.—Les néphrites épithéliales

"a) *Néphrites épithéliales aiguës.*—Les lésions parcellaires de l'appareil épithélial déterminent les symptômes qui correspondent à la Néphrite albuminurique simple.

"Les lésions généralisées, avec prédominance des altérations non nécrosantes (état granuleux), sont à la base de la Néphrite chlorurémique, hydropigène. Les lésions généralisées nécrosantes (rein sublimé) déterminent de l'oligurie, avec rétention de toutes les substances éliminables (donc azotémie et chlorurémie "sèche").

"b) *Néphrites épithéliales subaiguës chroniques.*—Tant que les altérations restent limitées à l'appareil épithélial et au tissu interstitiel, l'image clinique est celle de la Néphrite chlorurémique. Dès qu'il y a complication avec des lésions vasculaires étendues, nous voyons apparaître l'Hypertension.

"2.—Les néphrites parenchymateuses glomérulo-épithéliales toxiques et infectieuses

"a) *Formes aiguës.*—Les troubles fonctionnels sont sujets à des variations extrêmes. Dans les cas les plus caractéristiques, tels qu'on les trouve décrits dans tous les livres, le stade initial évolue sous l'aspect de la Néphrite chlorurémique hydropigène.

"b) *Formes subaiguës et chroniques.*—Dans les stades subaigu et chronique, la chlorurémie peut persister, mais l'image clinique est presque toujours dominée par l'Azotémie et par l'Hypertension.

"3.—Les néphrites interstitielles

"a) *Néphrites interstitielles aiguës.*—La symptomatologie de ces néphrites est pauvre; même les formes à lésions graves évoluent sous l'aspect de la Néphrite albuminurique simple; on est forcé d'admettre que l'albuminurie est attribuable aux lésions de la néphrite concomitante, et que la présence des lésions interstitielles ne détermine aucun trouble fonctionnel appréciable avec les méthodes actuellement employées.

"b) *Néphrites interstitielles chroniques (secondaires et d'emblée).*—Quand les lésions restent parcellaires (néphrites interstitielles du vieillard, certaines néphrites ascendantes), il n'y a aucun symptôme. Quand les altérations aboutissent à une dédifférenciation ou à une destruction étendue de l'appareil épithélial, il y a Azotémie. Les complications vasculaires marchent toujours de pair avec l'Hypertension.

"4.—Les néphrites ascendantes

"*Les Néphrites ascendantes* déterminent des troubles fonctionnels "très différents, suivant la forme anatomique qui prédomine: Néphrite "épithéliale ou Néphrite interstitielle, avec ou sans complications vascu- "lares.

"5.—La sclérose vasculaire

"Au début, tant que les lésions sont exclusivement localisées dans "les artérioles, il y a Hypertension pure, sans aucun phénomène d'insuf- "fisance rénale (5). Dans les stades avancés, il y a Azotémie avec Albu- "minurie souvent légère; les troubles coïncident avec la sclérose glomé- "rulaire souvent étendue, et avec les lésions épithéliales des foyers de "sclérose.

"Vue d'ensemble

"*La Néphrite albuminurique* est liée à l'existence de lésions épithé- "liales parcellaires.

"*La Néphrite chlorurémique* est toujours l'indice de lésions épithéliales "généralisées non nécrosantes.

"*L'Azotémie* indique pratiquement la suppression d'une partie plus "ou moins considérable de l'appareil tubo-sécréteur. L'Azotémie qui s'ob- "serve constamment dans les Néphrites glomérulo-épithéliales classiques "n'est pas en rapport direct avec les lésions glomérulaires, elle dépend "de la suppression des tubes correspondant aux glomérules détruits: il "existe des néphrites azotémiques sans lésions glomérulaires.

"*L'Hypertension* indique toujours des lésions de l'appareil glomérulo- "vasculaire. Elle peut exister sans atteinte glomérulaire, lorsqu'il y a "hyalinisation diffuse des artérioles."

Conclusions

On a émis l'opinion, il y a quelques années, que le médecin devrait désormais, dans ses dissertations cliniques, substituer le *penser physiologique* au *penser anatomique*. Il est beau de voir que tout le monde, jusqu'à présent, n'a pas suivi cette direction. Plus heureuse fut la formule préconisée, en 1912, par Widal, dans sa

(5) Chacun sait que la constante d'Ambard servira à fixer la valeur fonctionnelle physiologique des reins, dans l'intervalle des poussées d'insuffisance aiguë; et qu'on aura recours à la recherche du taux de l'urée dans le sang, dans les phases critiques des néphrites. *Rathery in mémoire d'Oberling*, p. 292 "n'a jamais noté qu'une forte azotémie ait "coïncidé avec un rein qui ne fut pas franchement et profondément "altéré... il existe un parallélisme non discutable entre l'aspect histo- "logique des reins, et leur valeur fonctionnelle, mesuré soit par l'azo- "témie, soit par la constante uréo-sécrétoire."

leçon inaugurale, à l'effet que la clinique devait tirer profit de toutes les acquisitions scientifiques solidement établies et confirmées par le temps; et ne pas faire table rase, ni même reléguer au second plan des sciences qui ont servi à édifier notre patrimoine scientifique, au bénéfice d'autres qui traversent, pour le moment, une ère de prospérité. Toujours, dans toutes les maladies, et chez tous ses malades, le médecin praticien, pour ainsi dire instinctivement, cherche à accrocher son diagnostic et son pronostic à une lésion anatomique: dans la typhoïde, rien ne lui fera perdre de vue l'état anatomique de la plaque de Peyer; dans la pneumonie, les phases pathologiques successives des altérations anatomiques du lobe et de l'alvéole pulmonaire; dans l'ulcère de l'estomac, la localisation et l'étendue de la lésion; et il en est de même dans le mal de Pott, dans le cancer du col, dans l'hémorragie cérébrale ou tronculaire, ainsi que dans les maladies du foie et des reins. Quel que soit l'avantage pratique pour le traitement symptomatique, de la mise en évidence d'un syndrome physiologique, le médecin ne sera entièrement satisfait que quand il aura pu entrevoir, derrière le trouble fonctionnel, le substratum anatomique qui l'a déclenché. Recueillez les symptômes constatés, avait l'habitude de dire l'inoubliable Maître de la clinique française que fut Landouzy, dans son enseignement oral à l'Hôpital Laënnec, au lit du malade, à propos de la méthode à suivre dans l'établissement du diagnostic clinique, recueillez les symptômes, sachez les ordonner par ordre d'importance, groupez-les en syndromes, du syndrome remontez au trouble fonctionnel physiologique, et du trouble physiologique à la lésion anatomique (localisation, nature), et à la cause étiologique de la maladie: vous aurez alors les éléments d'un diagnostic précis, et d'un pronostic averti qui vous permettront de conclure à un traitement approprié. Depuis quelques années, la méthode de Landouzy ne pouvait plus s'appliquer à l'étude de nos malades atteints de néphrites, du moins jusqu'à l'étape anatomo-étiologique. Il ne nous a pourtant jamais été indifférent de savoir, du point de vue pronostic et opportunité thérapeutique, que :

1° dans la Néphrite albuminurique aiguë passagère, la dégénérescence parcellaire des cellules épithéliales est la lésion unique, et que la *restitutio ad integrum* est la règle;

2° qu'au cours d'un Syndrome clorurémique, les lésions glomérulo-épithéliales prédominent, et que, de l'étiologie de la maladie,

dépend la prédominance des lésions au niveau des glomérules ou des cellules épithéliales, et l'envahissement du tissu interstitiel par la sclérose (syndromes graves, bénins, à évolutions très lente, curables, etc.);

3° que dans la Néphrite hypertensive pure, sans insuffisance rénale, l'apparition de l'albuminurie est liée à une altération dégénérative parcellaire des cellules épithéliales, et l'azotémie à une destruction de l'appareil glomérulo-épithélial par trouble de la nutrition subséquente à la sclérose et à l'hynilisation *primitive* des artérioles et des glomérules.

Je sais bien que l'objection au *penser anatomique* vient aussi des thérapeutes. Son fatalisme les déconcerte. Le fait est, qu'envisagées selon les données de l'Anatomie Pathologique, bon nombre de maladies échappent à l'action de leurs plus sincères activités: les unes parce qu'elles ont une tendance naturelle à la guérison spontanée, et les autres parce qu'elles sont inaccessibles à tous les traitements.

Mais la médecine ne tient pas *toute* dans l'exercice de la thérapeutique. Et pour rendre justice au malade, n'est-il pas évident que l'homme de l'art a le devoir de ne rien négliger pour se former une idée exacte *du mal* qu'il a à combattre, et de ses *tendances évolutives naturelles*? (6)

(6) Du reste, en Biologie, l'Anatomie et la Physiologie normales et pathologiques n'intéressent le médecin que par les rapports qu'elles ont entre elles; et le grand mérite des perfectionnements récents, apportés à la technique de l'Histologie, a été de contribuer à faciliter le développement de l'*Histo-Physiologie*.

LE DOCTEUR EUGENE LATREILLE

Nos lecteurs apprendront sans doute avec plaisir que notre ami, le Professeur Latreille, un des directeurs de ce journal, retenu chez lui depuis plusieurs mois par une grave indisposition, est maintenant rétabli. Il a déjà ouvert à sa clientèle son cabinet de consultations, et compte reprendre graduellement toutes ses occupations professionnelles.

On trouvera dans le présent numéro un résumé substantiel de la communication orale, avec projections, qu'il a inscrite au programme du dernier congrès de Montréal, pour présenter au public médical le mémoire de Charles Oberling de Strasbourg sur une nouvelle classification anatomo-étiologique des néphrites qui a suscité beaucoup d'intérêt dans ces derniers temps chez les savants et les pathologistes. Durant sa convalescence le Dr Latreille a collaboré dans l'*Union Médicale* à la rubrique "Analyses", sous le pseudonyme de XXX.

UN CAS D'AIGUILLE DANS LA RÉGION CERVICALE TOLÉRÉE PENDANT CINQ MOIS

*Par le Docteur J. N. ROY, F.A.C.S.,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,
Lauréat de l'Académie de Médecine de France.*

A titre de trouvaille opératoire, nous croyons intéressant de publier la petite note suivante, qui n'a pour objet que de démontrer la tolérance du cou à l'égard d'une aiguille localisée dans ses tissus pendant une période de cinq mois, et de souligner les complications possibles auxquelles était exposée notre malade durant ce laps de temps. Voici d'ailleurs son histoire très sommairement rapportée.

OBSERVATION. — Mlle R. M., âgée de 22 ans, vient nous consulter à l'Hôpital Notre-Dame, le 12 avril 1926, pour une tuméfaction de la région cervicale à droite. Elle raconte que le 8 avril, le cou de ce côté, a commencé à lui faire mal, et à se gonfler graduellement. Elle n'a pas récemment souffert de la gorge.

A l'examen nous constatons que toute la région du sterno-cléido-mastoïdien à droite est rouge, sensible et augmentée de volume. Toutefois, il n'y a pas encore de point ramolli.

Les fosses nasales sont normales.

Rien d'intéressant à noter du côté du rhino-pharynx.

Les amygdales ont été enlevées totalement il y a deux ans.

Température 101.3.

La malade est mise au lit, et nous prescrivons des pansements humides.

Le 13, la température est de 103.

La tuméfaction et la douleur sont plus considérables que la veille, et comme il existe un endroit très légèrement ramolli, nous décidons l'intervention pour le lendemain.

Les pansements humides sont continués.

Préparée pour l'opération, la patiente est chloroformée le 14, et nous incisons le tiers inférieur du cou, en suivant le bord interne du sterno-cléido-mastoïdien. Avant de rejoindre le pus, nous sommes obligé de pénétrer à une profondeur de $2\frac{1}{2}$ centimètres. Le phlegmon étant ouvert, il s'en écoule une matière jaunâtre et odorante, non mélangée de sang. Nous introduisons le doigt pour nous rendre compte du décollement des tissus, et sommes étonné

de sentir un corps étranger, ayant une position inclinée de 30° environ, et très pointu dans la direction des vaisseaux à droite. Sous le contrôle de l'index, et au moyen d'une pince, ce corps étranger est d'abord refoulé vers le larynx, et ensuite facilement extrait. Nous constatons alors que nous sommes en présence d'une aiguille fortement oxydée, mesurant 4 centimètres de longueur. L'abcès est drainé pendant quelques jours, les pansements humides sont continués, et la guérison suit sa marche normale.

Interrogée de nouveau au sujet de cette aiguille, la malade raconte que le 10 novembre 1925, à midi, alors qu'elle mangeait du pain, de la viande et une purée de pommes de terre, elle ressentit à la déglutition une douleur très vive au cou, du côté droit. Etant sous l'impression qu'elle avait tout simplement avalé un os qui lui aurait excorié la muqueuse du pharynx, elle termina cependant son repas. Dans l'après-midi, comme la douleur était plus forte, qu'elle crachait un peu de sang, et qu'elle sentait un corps étranger dans la gorge, elle se procura un gargarisme dont elle se servit uniquement sans demander l'avis d'un médecin. A partir de 8 jours après l'accident, la douleur diminua petit à petit, et deux semaines plus tard, elle était entièrement disparue. La patiente se crut alors guérie, et ne remarqua rien d'anormal jusqu'au 10 décembre, où elle s'aperçut que son cou était un peu raide, et sa tête légèrement inclinée à droite. Elle n'avait pas mal à la gorge, mais dans la suite ressentit simplement de la plénitude à la région cervicale du côté correspondant au torticolis. Comme elle toussait, et qu'elle maigrissait, un médecin consulté l'envoya à la campagne vers le milieu de février 1926. Le changement de température n'eut aucun effet sur la toux, et l'amaigrissement continua jusqu'à l'opération. La malade était plus sensible au froid que les années précédentes. Elle n'avait jamais constaté un trouble quelconque du côté du cœur, de la respiration ou du système nerveux. Nous devons même ajouter que notre patiente est très calme, et qu'elle ne présente aucun des symptômes observés chez les grandes nerveuses.

Lors du premier examen, nous avons bien remarqué le torticolis, mais ce fait avait été interprété comme étant une réaction de défense musculaire en présence de l'inflammation des tissus du cou.

Etant donné que les abcès cervicaux sont assez fréquents, il ne nous était naturellement pas venu à l'idée de demander une radiographie au point de vue d'un corps étranger possible.

Le 3 mai, la patiente laissait l'hôpital absolument guérie, et commençait à reprendre l'embonpoint qu'elle avait perdu lors de sa maladie.

En terminant cette observation, nous laisserons à nos lecteurs le soin d'apprécier eux-mêmes les complications qui auraient pu résulter de cet accident, si le trajet par lequel le corps étranger introduit dans le cou, s'était infecté plus tardivement, et si la pointe de l'aiguille, en pénétrant davantage dans les tissus, était venue en contact avec les gros vaisseaux de cette région, le pneumogastrique, ou le sympathique.

— o —

AVIS

Le Docteur Gustave Archambault, professeur de Dermatologie et de Syphiligraphie à l'Université de Montréal et chef du Service des maladies de la peau à l'Hôpital Notre-Dame, a partir du 15 novembre 1926, recevra sa clientèle dans ses nouveaux bureau, No 374 est, rue Sherbrooke (coin St-Hubert), téléphone Est 3953, où sera installé un laboratoire complet d'Agents physiques pour le traitement des maladies de la Peau (radium, rayons X, diathermie, électrolyse, ionisation, neige carbonique, ultraviolets, infra-rouges, etc.,) qui sera sous la direction de son collègue le Docteur Albéric Marin, médecin dermatologiste de l'Hôpital Notre-Dame, assistant à la clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie de l'Université de Montréal.

INSOMNIE ET SPASMOPHILIE CHEZ LE NOURRISSON (1)

*Par le Docteur PAUL LETONDAL,
De l'Hôpital Sainte-Justine,
Docteur en Médecine de l'Université de Paris,
Diplômé de l'École de Puériculture de la Faculté de Paris.*

En mars 1923, Henri Lemaire (2) attirait pour la première fois l'attention des pédiâtres sur la fréquence des troubles mentaux et des modifications du caractère dans la tétanie du premier âge. Cette opinion en contradiction flagrante avec les idées classiques qu'on avait alors sur la maladie de Tonnelé est démontrée par dix-huit observations cliniques colligées en l'espace de deux ans tant à l'hôpital Trousseau qu'à l'École de Puériculture de la Faculté de Médecine à Paris.

L'importance de ces manifestations psychiques au cours de la tétanie est telle, dit Lemaire, que dans plus de 50% des cas, c'est uniquement pour des troubles mentaux que nous sommes consultés.

Et l'auteur de résumer sa pensée: "En pratique il faut toujours rechercher les signes de tétanie chez ces petits malades, dont le caractère s'est assez rapidement modifié, est devenu irritable, coléreux, indocile, dont le sommeil est tourmenté de terreurs nocturnes et dont l'état de veille comporte des hallucinations à forme de zoopsie.

L'année suivante Charles Lestocquoy dans sa thèse (3) ajoutait quelques observations personnelles à celles déjà publiées par Lemaire.

Mais, c'est au professeur Mouriquand (de Lyon) que revient le mérite d'avoir particulièrement étudié les rapports de l'insomnie et de la spasmophilie. Avec P. Bertoye l'an dernier à la Société de Pédiatrie de Paris (4) il rapportait les résultats heureux obtenus par les irradiations ultra-violettes dans le traitement de l'insomnie, et tout récemment avec le même collaborateur il écrivait (5): "L'insomnie nous a paru très fréquente chez les spasmophiliques. Sur les

(1) Travail du service de médecine infantile de l'hôpital Ste-Justine.

(2) Henri Lemaire. Les troubles mentaux dans la tétanie de la première enfance, *Le Nourrisson*, mars 1923, p. 103.

(3) Charles Lestocquoy. Contribution à l'étude du métabolisme du calcium dans la tétanie. Thèse de Paris, 1924.

(4) Mouriquand et Bertoye. Rayons ultra-violettes et insomnie. *Soc. de Pédiatrie de Paris*, 26 sept. 1925.

(5) Mouriquand et Bertoye. La spasmophilie. *Journal de médecine de Lyon*, 20 fév. 1926.

vingt cas que nous avons observés au cours de l'année précédente, bien peu avaient un sommeil normal. Mais nous avons pu observer quatre enfants insomniques qui n'avaient qu'un signe de Chvosteck positif."

Vers la même date nous observions à l'hôpital Sainte-Justine dans le service de M. le professeur Raoul Masson un cas d'insomnie chez un nourrisson présentant un rachitisme évolutif avec signe du facial. Nous avons cru qu'il n'était pas sans intérêt de rapporter cette observation, tant à cause de l'actualité du sujet, qu'en raison des résultats vraiment remarquables du traitement.

OBSERVATION.—Gertrude B., dix-neuf mois, est amenée à l'hôpital le 13 janvier 1926 pour toux et diarrhée.

Rien à retenir dans les antécédents héréditaires.

Née à terme à la suite d'un accouchement normal, pesant six livres, huit onces, l'enfant fut nourrie au sein jusqu'à dix mois, puis au biberon. Elle eut ses premières dents vers six mois.

Mais à partir du sevrage, l'enfant présenta des troubles digestifs (constipation, vomissements), liés à la malalimentation. Enfin, retenons que depuis le début de l'hiver, notre malade n'est sortie que très rarement, restant d'ordinaire confinée à la maison (une maison humide et mal ensoleillée). Ces troubles digestifs, cette "carence solaire" ont retenti défavorablement sur la croissance du bébé, car celle-ci qui a dix-neuf mois, ne marche pas encore.

La maladie actuelle a débuté il y a 6 jours par de la toux avec température bientôt suivie de diarrhée et d'un écoulement de l'oreille gauche.

L'examen fait à son entrée dans le service le 13 janvier 1926 révèle une température à 99° F, un état général relativement bon et des râles muqueux à bulles moyennes à la base du poumon gauche. On constate également des signes d'otite moyenne gauche et de la diarrhée.

Du 13 au 18 janvier, l'état de l'enfant va de jour en jour en s'améliorant au point que l'on parle de lui donner son congé lorsque deux symptômes nouveaux attirent l'attention: l'insomnie d'une part, l'anorexie d'autre part. *Le 18*, la remarque de la garde-malade est assez explicite à cet égard: "*L'enfant n'a presque pas dormi et boit très lentement sans appétit*".

C'est dans ces conditions que nous voyons l'enfant pour la première fois, *le 19 janvier*, à la salle Saint-Joseph. Nous nous

trouvons en présence d'un bébé de dix-neuf mois, pesant vingt-et-une livres, huit onces, ayant une température de 99° F, dont le pannicule adipeux est assez abondant au ventre; poursuivant notre *examen*, nous constatons que notre malade, qui a seize dents, présente un chapelet costal très net et une hypertrophie diffuse du tissu lymphoïde du pharynx. Elle ne marche pas, mais se tient bien assise toute seule. Au point de vue développement intellectuel elle est normale.

Nous portons donc le diagnostic de *rachitisme évolutif avec insomnie* et anorexie. Restait à trouver la cause de ces deux symptômes si pénibles pour l'entourage et si souvent réfractaires aux thérapeutiques habituelles. Nous rappelant la coexistence si fréquente du rachitisme et de la tétanie, nous songeons à rechercher *le signe au facial ou de Chvostek* que les pédiâtres considèrent aujourd'hui comme pathognomonique de la tétanie du nourrisson. En percutant au niveau de la joue le milieu d'une ligne joignant l'apophyse zygomatique à la commissure labiale, nous constatons une contraction en éclair de l'orbiculaire des lèvres des deux côtés, mais plus marqué à gauche qu'à droite.

Dans ces conditions nous rattachons l'insomnie et l'anorexie à la tétanie, et nous prescrivons le chlorure de calcium associé aux rayons ultra-violets. Le chlorure de calcium est administré en potion à la dose de un gramme par jour, les rayons ultra-violets sont donnés avec une lampe de quartz à vapeurs de mercure de 3,500 bougies à 30 pouces de distance. La durée des séances est progressive.

Dès le lendemain matin l'enfant mange avec plus d'appétit, mais l'insomnie ne disparaît que six jours après le début du traitement, soit avec six grammes de chlorure de calcium et trois séances de rayons ultra-violets.

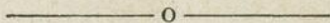
Le 25 janvier l'état de l'enfant est tellement amélioré que notre malade, qui ne dormait jamais le jour, reposa deux heures durant l'après-midi; et le lendemain matin on pouvait lire dans la remarque de la garde-malade: "*Très bonne nuit pour l'enfant*".

Mais le signe du facial quoique diminué, persistait toujours. Le traitement fut donc continué encore quatre jours et le 29 nous eûmes le plaisir de constater la disparition complète de ce signe, soit après dix grammes de chlorure de calcium et cinq séances de radiations violettes.

Ainsi donc la spasmophilie du nourrisson peut ne se traduire cliniquement que par de l'insomnie avec un signe du facial. C'est là une notion récente dont l'importance pratique nous semble considérable, car elle permet de réaliser un traitement étiologique singulièrement efficace dans des cas où jusqu'ici les thérapeutiques habituelles symptomatiques (hydrothérapie, bromures, etc.), échouaient le plus souvent. Nous possédons en effet dans le chlorure de calcium associé aux rayons ultra-violets le traitement de choix de ces insomnies.

Conclusions

- 1.—L'insomnie du nourrisson quand elle s'accompagne d'un signe du facial doit être rattachée à la spasmophilie;
- 2.—En pareil cas le traitement de choix consiste dans l'association du chlorure de calcium aux rayons ultra-violets.



LES RAYONS X EN DERMATOLOGIE

(SUITE)

*Par le Docteur ALBERIC MARIN,
Assistant à la Clinique de Dermato-syphiligraphie de
l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.*

Chéloïdes

Quand une cicatrice hypertrophique est dure, fibreuse, proéminente, bosselée, qu'elle soit ovalaire, étoilée ou en bande, elle est dite chéloïdienne.

C'est une dermato-sclérose de nouvelle formation se substituant au tissu cutané à la suite d'un processus inflammatoire.

Histologiquement, leur structure conjonctive fasciculée est caractéristique.

Les chéloïdes peuvent se développer sur toute cicatrice quelle qu'en soit l'origine. Les pustules d'acné, les fistules et les gommès bacillaires y donnent plus fréquemment naissance.

Beaucoup d'auteurs s'accordent à dire que le terrain tuberculeux est essentiellement favorable à leur prolifération.

Certaines chéloïdes semblent naître spontanément, mais quand on sonde bien les commémoratifs on retrouve le plus habituellement dans l'histoire de leur évolution soit un foyer infectieux, soit un très léger traumatisme. L'ablation chirurgicale de ces bourrelets fibreux est inexorablement suivie de récurrence. Non seulement la cicatrice disgracieuse renaît, mais de plus la nouvelle hyperplasie scléreuse atteint un volume double ou triple de celui qu'elle possédait avant l'exérèse. Celle-ci en active le développement qui semblait stationnaire.

Les résultats esthétiques consécutifs à une opération sont donc des plus déplorables. Il n'existe d'ailleurs plus de chirurgien qui consente à les exciser, à moins que l'exérèse ne soit immédiatement complétée par la radiothérapie.

L'ionisation iodurée et les scarifications ont ici remporté plusieurs succès. Mais l'ionisation a une action excessivement lente et les

(1) Cet article a été commencé dans les numéros de juillet et août 1926.

scarifications seules exigent de très nombreuses séances, toutes douloureuses.

Le traitement de choix est incontestablement la Roentgen-thérapie. Il n'est pas contraindiqué d'y joindre ionisation et scarifications. Leur apport, au contraire, semble parfois précieux.

Sous l'influence d'un rayonnement plus ou moins filtré, selon le volume de la chéloïde, celle-ci s'affaisse, s'assouplit et se décolore. De petites doses répétées de trois semaines en trois semaines en viennent rapidement à bout. Le bourrelet diminue, sa rougeur disparaît et la tumeur fibreuse fait place à une cicatrice linéaire, blanche, souple et peu apparente.

Les chéloïdes évoluant souvent sur un terrain tuberculeux, ainsi qu'il a déjà été dit, l'adjonction des Ultra-Violetts serait encore ici conseillée, afin de remonter l'état général du malade.

Acné

L'acné, selon la prédominance de tel ou tel élément — comédons, papules, pustules superficielles ou profondes, cicatrices — se présente sous de multiples aspects. Elle peut être ponctuée, papuleuse, pustuleuse, phlegmoneuse, indurée, polymorphe. La distribution en est disséminée ou agminée. L'acné est profuse ou faite d'éléments isolés.

Des poussées incessantes d'éléments jeunes en éternisent la durée, au grand désespoir des malades qui sont vraiment défigurés par ces ostio-péri-folliculites. Sa localisation aux épaules, à la poitrine et au dos rend impossible aux femmes le port des robes modernes décolletées, source d'ennuis et d'inconvénients.

Un traitement hygiénique et médicamenteux doit être sévèrement observé.

Des massages, des lotions, des poudres auront raison de certains cas faciles mais échoueront piteusement devant les rebelles. Et ceux-ci sont les plus nombreux.

Tous les praticiens connaissent de ces sujets qu'aucune médication médicamenteuse n'améliore. Les réducteurs et même les exfoliants les plus variés n'ont aucune prise sur certaines éruptions acnéiques. Médecins et malades sont également empoisonnés par la hantise de ces boutons sans cesse renaissants, qui finissent par cribler la peau d'innombrables cicatrices.

C'est précisément cette forme d'acné qui relève de la Radiothérapie. Celle-ci jouit auprès des dermatologistes d'une haute

réputation. La majorité des vieux acnéiques sont guéris par les radiations alors que tous les autres traitements avaient ramassé des défaites.

Les rayons, de par leur action sclérosante, sidèrent et obstruent l'ostium folliculaire. Ils en rendent l'endroit impropre à l'évolution de cette dermatose.

Un rayonnement nu ou peu filtré suffira dans les variétés superficielles. Un rayonnement plus dur conviendra dans l'acné profonde et indurée.

Il faut agir avec une extrême prudence. Il serait regrettable de provoquer de la pigmentation ou des télangiectasies par des doses trop fortes, trop peu espacées ou trop souvent répétées.

L'acné mentonnaire profonde des jeunes filles ou des femmes approchant la ménopause, acné en rapport avec des troubles utéro-ovariens, répond très bien à ce traitement. L'opothérapie est aussi indiquée.

L'acné chéloïdienne de la nuque exige impérieusement la Roentgenthérapie. Celle-ci agira également bien sur le double processus: acnéique et chéloïdien.

Cette forme résiste à tout autre traitement. Elle peut progresser pendant des années en laissant derrière elle un bourrelet fibreux, très saillant, très inesthétique.

Les Rayons X, joints aux scarifications et à l'électrolyse, en arrêteront la marche et réduiront les chéloïdes à des cicatrices peu apparentes.

Les plus beaux succès sont obtenus sur ces larges zones d'acné polymorphe allant de la nuque aux lombes. Quelques applications en ont bien vite raison. La Roentgenthérapie, quand on la compare à tous les autres traitements qui sont vantés et qui donnent des accalmies éphémères ou des résultats tout à fait nuls, est l'un des meilleurs connus. Sans être étiologique, elle en est certainement le traitement de choix, surtout s'il s'agit de certaines formes rebelles à toute autre méthode. C'est l'opinion couramment admise.

Granulosis rubra nasi

Cette affection, que quelques auteurs mettent au rang des tuberculides, est fréquente chez les enfants et les adolescents.

L'extrémité nasale est érythémateuse, plantée de micro-papules, est le siège d'un suintement continu. Ces petites élevures sont habituellement d'un rouge plus vif que le fond qu'elles parsèment.

Le Granulosis est ordinairement associé à de l'hyperhidrose, dont elle n'est vraisemblablement qu'une localisation singulière.

Le traitement médicamenteux externe n'a que peu d'effet sur cette affection. Le cryocautère comporte quelques succès, mais lents. Brutalement manié, il donne suite à des cicatrices indélébiles.

Les Rayons X, à doses faibles et prudentes, en effacent les signes.

L'humidité, l'érythème disparaissent rapidement. Les micro-papules s'affaissent et le nez redevient normal après quelques applications.

Ehidroses

Ces hyperhidroses localisées aux paumes et aux plantes sont dues à un vice fonctionnel de la glande sudoripare.

L'écoulement de la sueur est quasi constant. Il est augmenté par toute émotion.

Les malades ont des mains humides et froides dont le contact est désagréable. Leurs pieds deviennent sensibles, par suite du refroidissement consécutif de la peau et d'ordinaire s'en dégage une odeur fétide.

Ces gens ont l'obsession de leurs extrémités mouillées et mal-odorantes. Pour eux, donner la main est un cauchemar et demeurer dans un salon devient un supplice.

Les poudres absorbent l'humidité mais n'ont aucune influence sur la source. Certains topiques, comme le formol, diminuent la sécrétion, mais leur emploi est à rejeter parce qu'ils occasionnent des dermites. Les Rayons Roentgen agissent de façon remarquable. Il ne faut pas tenter par ceux-ci de tarir complètement la glande sudoripare, mais seulement d'en diminuer l'hyperfonctionnement, de rendre normaux les sujets qui sont affligés de cette affection.

Certes, la destruction des glomérules est possible, mais comme ils sont profondément situés dans le derme, souvent même dans la zone hypodermique, on conçoit que pour les scléroser complètement on serait forcé de donner des doses qui lèseraient gravement derme et épiderme. On doit d'ailleurs chez les hyperhidrosiques distinguer deux groupes: les émotifs où l'excès sudoral est surtout causé par l'action des myo-épithéliaux et ceux dont la sécrétion est véritablement augmentée par un travail glandulaire plus actif.

Chez ces derniers particulièrement, des rayons superficiels, à petites doses, auront des succès singuliers. Sous leur influence les

régions palmo-plantaires ne seront plus couvertes de ces gouttes abondantes. Elles deviendront sensiblement moins humides et l'hyper-sécrétion fera place à une perspiration normale.

Quant aux éphidrosiques émotifs, les rayonnements les aideront à revenir à la normale mais on y adjoindra un traitement psychique et des sédatifs nerveux.

Bromidrose et Chromidrose

La Bromidrose est une véritable infirmité. Elle est une variété de l'affection précédente localisée aux extrémités, aux aisselles, aux aines, mais de plus elle est nauséabonde. Le malade est un objet de dégoût pour lui-même et de répulsion pour son entourage. Les bains fréquents et les savonnages répétés ne peuvent venir à bout de la mauvaise odeur qu'exhalent ces individus. Certains se couvrent de parfums violents, mais vainement, car toujours sont perçus ces mauvais relents.

La Radiothérapie, prudemment maniée, a raison de cette pestilence tout comme dans le cas précédent, en ralentissant la sécrétion sudorale.

La Chromidrose, qui donne des sueurs colorées, rouges ou bleues le plus souvent, est pénible chez les femmes dont les vêtements sont constamment tachés aux aisselles.

Les Rayons X font souvent disparaître cet ennui, parfois même rapidement.

Séborrhée

L'exagération de la sécrétion sébacée est habituellement liée à l'hyper-sécrétion sudorale: c'est la séborrhée fluente ou huileuse.

Son siège d'élection est au centre de la face, aux sillons nasogéniens, aux sillons rétro-auriculaires. On y constate un état luisant et grasseux. On y voit sourdre même de fines gouttelettes de graisse.

Par un mécanisme semblable à celui qui ralentit l'activité sudorale, les rayons X diminuent cette abondance de sécrétion sébacée. La peau s'assèche et prend une apparence normale.

Le dosage devra être très prudent et les séances suffisamment espacées. En abuser c'est s'exposer à de l'érythème, à de la pigmentation, à de la radiodermite, à des télangiectasies, qui constitueraient une infirmité pire que celle dont on veut débarrasser le malade.

Pelade

L'étiologie en est des plus obscures. La syphilis, particulièrement l'héredo-syphilis, et les troubles dentaires semblent en être les facteurs les plus usuels, où interviendrait un mécanisme endocrinien.

Il est bien évident que si la syphilis est soupçonnée un traitement spécifique est immédiatement donné.

Mais il existe des cas, et très nombreux, où l'enquête la plus serrée et l'examen le plus attentif ne révèlent aucune cause. On use donc d'un traitement local qui est révulsif.

Darier a été témoin de repousses rapides chez des peladiques porteurs de plaques glabres depuis fort longtemps, et ce à la suite de petites doses de rayons données de trois en trois semaines.

La Radiothérapie possède incontestablement une action excitante, modifie un cuir chevelu dont les follicules pileux semblaient morts, active leur végétation. La médication opothérapique a été souvent essayée avec plus ou moins de succès sous forme médicamenteuse.

Mais dernièrement Levy-Franckel et Juster ont tenté l'opothérapie roentgénienne. La thyroïde a été irradiée chez trente porteurs de plaques peladiques. Quatorze malades ont été guéris et sept améliorés. Il semble que les radiations constituent une véritable opothérapie sollicitante, déterminant une modification du métabolisme et ayant une action marquée sur le revêtement cutané.

"A l'introduction d'une opothérapie hétérogène on tente de substituer une activation opothérapique autogène." (Louste)

L'irradiation des endocrines est intéressante dans plusieurs dermatoses en relation avec un dysfonctionnement glandulaire.

Quoi qu'il en soit du mécanisme de l'action des Rayons Roentgen, ceux-ci ont souvent de très beaux résultats thérapeutiques sur des pelades persistantes, soit en applications locales, soit par l'intermédiaire des glandes à sécrétion interne.

Psoriasis

Sur certains placards rebelles on peut employer la Radiothérapie. La tache parakératosique rétrocede rapidement: les squames s'émiettent, l'érythème pâlit et il ne subsiste qu'une légère pigmentation qui ne tarde pas à disparaître.

Il ne saurait être question d'irradier la totalité du tégument

dans le cas d'un psoriasis universalis. Mais heureusement il existe une autre méthode.

Samberger croyant à l'action spécifique de l'hormone du thymus sur la vitalité de l'épiderme, imagina que l'irradiation de cet organe permettrait d'obtenir la guérison de certains psoriasis.

Levy-Franckel et Juster, croyant à une déficience non seulement thymique mais pluriglandulaire, ont irradié simultanément thymus, thyroïde et surrénales, à petites doses, légèrement filtrées.

Ces auteurs ont présenté des statistiques du plus vif intérêt. Elles indiquent 77% de guérisons.

C'est une technique remarquable par son élégance et son efficacité.

En effet, le traitement médicamenteux par les topiques usuels, entr'autres l'huile de cade, est très pénible. Les psoriasiques sont astreints à se graisser le corps avec des pommades ou des glycérolés malodorants et gênants. Ce n'est vraiment pas un traitement ambulatoire. Celui qui veut se soigner sérieusement par ce mode est forcé de garder la chambre durant parfois de nombreuses semaines, période où il est sale et englué.

De plus, certains psoriasis résistent de la façon la plus opiniâtre aux réducteurs et décapants connus.

La Radiothérapie polyglandulaire ne présente pas ces inconvénients. Quelques applications, séparées de quelques semaines, en amènent la guérison. C'est évidemment moins désagréable que l'application des topiques.

De plus, Levy-Franckel et Juster, sans oser l'affirmer, car leurs recherches sont encore trop récentes, ont l'impression que cette méthode a pour autre heureux effet d'espacer les récives. Elle donne des résultats surprenants là où l'opothérapie médicamenteuse avait des résultats piteux.

Il convient d'ajouter que l'application des rayons sur les endocrines ne porte aucune atteinte à l'état général et n'est aucunement préjudiciable au fonctionnement de ces mêmes glandes.

Nous croyons que le traitement du psoriasis par les radiations est la méthode de l'avenir.

Les Ultra-Violets ont aussi remporté quelques succès. Ces deux rayonnements associés sont peut-être appelés à remplacer très avantageusement tous les anciens traitements. De nouvelles expériences sont en cours qui apporteront encore plus de lumière sur ce sujet.

Verrues vulgaires

Ces excroissances hyperkératosiques sont contagieuses et auto-inoculables. Elles seraient dues à un virus filtrant. Elles sont caractérisées histologiquement par une hypertrophie des papilles du chorion et un épaissement épidermique, portant surtout sur la couche cornée.

Ces productions verruqueuses peuvent persister fort longtemps mais peuvent aussi disparaître spontanément. Aussi est-il bon quand on les traite d'éviter la production de cicatrices puisque la guérison spontanée n'en produit pas.

Le galvanocautère, le cryocautère, l'électrolyse exposent à cet inconvénient et sont douloureux. La Radiothérapie, au contraire, agit remarquablement bien, sans douleurs, et ne laisse pas de traces.

En raison de leur hyperkératose, il faut se servir d'un rayonnement filtré et donner une dose assez considérable d'emblée. Les verrues vulgaires résistent, en effet, aux rayons nus et aux petites intensités.

Verrues plantaires

Elles siègent de préférence sur les points d'appui. Elles sont très incommodes, parfois gênantes au point d'empêcher la marche. Elles sont plus profondément enchâssées dans la peau que les précédentes et exigent un traitement plus énergique pour en amener la disparition.

L'électro-coagulation, le galvanocautère et le cryocautère donnent des réactions violentes qui immobilisent les malades. Ces procédés sont d'ailleurs souvent inefficaces ou exigent des séances nombreuses.

La Radiothérapie filtrée, à bonne dose, les guérit facilement.

Elle sidère le lieu d'implantation et la verrue disparaît peu à peu, insensiblement.

Verrues planes juvéniles

Elles sont une forme particulière des verrues vulgaires. Leur contagiosité est beaucoup plus apparente. Elles peuvent s'effacer sans intervention. Elles sont très superficielles et réalisent le type parfait de la papule épidermique. La couche cornée y est infiniment moins accentuées que dans les vulgaires.

Elles siègent surtout à la face, aux mains et se propagent avec une grande rapidité. Le traitement ici encore devra viser à ne pas laisser de traces indélébiles. Les caustiques chimiques et physiques sont donc à proscrire.

Les Rayons X effacent ces verrues planes juvéniles avec une très grande rapidité. Souvent une petite dose de rayons nus ou peu filtrés suffisent à en débarrasser le sujet.

Le rayonnement utilisé est beaucoup plus mou que celui dont on se sert pour les verrues vulgaires et plantaires.

Celles-ci sont profondes et fortement hyperkératosiques, tandis que les planes juvéniles sont superficielles avec une kératinisation légèrement augmentée. De plus, leur volume est beaucoup plus réduit.

Végétations vénériennes

Ces condylomes ont certains points de ressemblance avec les verrues. Certains auteurs n'hésitent pas à en faire une variété à localisation génitale.

Quelques petites végétations isolées seront aisément détruites par les caustiques. Mais chez les pusillanimes et surtout dans le cas de grosses masses végétantes la Roentgentherapie a le pas sur les autres méthodes.

Elle est indolore et réussit à flétrir rapidement et définitivement ces excroissances. L'ablation est pénible et n'en prévient pas toujours le retour. Il en est ainsi des caustiques chimiques et physiques qui présentent ces mêmes désavantages. Le rayonnement sera quelque peu filtré afin d'irradier complètement toute la masse bourgeonnante. La dose administrée est modérée car ces éléments sont très radio-sensibles.

Kératoses pilaires

Cet état acuminé, sec et rapeux de la peau est excessivement fréquent. Un tiers des humains en sont atteints à des degrés plus ou moins prononcés. Elle s'efface habituellement aux alentours de la maturité, après avoir été en pleine efflorescence à la puberté et à l'adolescence.

Sa localisation de prédilection à la face externe des bras est très gênante chez les jeunes filles et les jeunes femmes.

Les formes intenses, avec un granité prononcé du tégument et des éléments folliculaires rouges, violacés ont un aspect déplorable et causent souvent le désespoir de celles qui en souffrent.

La kératose pileaire rouge atrophiante de la face présente comme dans les formes intenses de la kératose pileaire simple de la rougeur granitée et acuminée. Mais sa tendance cicatricielle est beaucoup plus marquée.

Localisée de préférence au tiers externe du sourcil et à la région parotidienne, elle finit par y créer des aires alopeciques, parsemées de petites taches atrophiques.

Il convient donc de remédier à cet état de choses et d'intervenir avant que ces dégâts permanents soient trop étendus.

Les scarifications quadrillées peuvent dans certains cas enrayer la marche de cette affection. Mais elles sont douloureuses, longues et malheureusement souvent inopérantes.

Cette dermatose est justiciable de la Radiothérapie, à petites doses superficielles.

Elle ne fait évidemment pas repousser les poils dont le follicule est détruit, mais elle arrête l'extension des kératoses pileaires, prévient la formation définitive de régions alopeciques et cicatricielles; elle en fait disparaître les petites saillies et l'érythème tenace.

Botryomycome

C'est une petite tumeur bénigne, d'allure inflammatoire et de cause microbienne. La structure histologique est celle du bourgeon charnu. Cette production pédiculée s'enlève facilement aux ciseaux mais comme elle est implantée profondément et que l'exérèse n'en enlève pas le foyer actif sa réapparition est la règle.

Les Rayons X, à petites doses, plus ou moins filtrés selon la profondeur du lieu d'implantation de la tumeur, ont l'heureux effet de la détruire et d'empêcher sa réapparition.

Civatte a déjà préconisé les Ultra-Violets pour le traitement de Botryomycome. Associés, ces deux rayonnements devraient rendre d'excellents services dans les cas réfractaires.

Rhinosclérome

Hypertrophie scléreuse, progressive qui, débutant à la lèvre supérieure et au nez sous la forme de petites tumeurs rouges et dures,

gagne les fosses nasales, le voile du palais, le pharynx et le larynx. C'est une affection microbienne due au bacille de Frisch, dont l'évolution est très lente mais dont la terminaison est fatale.

Les topiques n'ont aucun effet sur le rhinosclérome. On n'en connaît aucun traitement interne efficace et toute intervention chirurgicale est fatalement suivie de récidives.

La Radiothérapie a obtenu des succès encourageants dans certains cas, mais a éprouvé des déboires dans plusieurs autres. On ne peut toujours espérer de guérir le rhinosclérome par les Rayons X, mais comme ils sont, à tout prendre, le seul agent qui ait parfois réussi, leur emploi permet de tenter l'unique chance que l'on ait à jouer.

Pemphigus végétant bénin

Nous omettons délibérément la forme grave, dite Pemphigus végétant grave, qui est constamment mortelle. Aucune médication n'a pu jusqu'ici en venir à bout. Quelques cas de guérison ont cependant été rapportés mais on en conteste l'authenticité.

La forme bénigne évolue avec conservation d'un bon état général. Caractérisée par une bulle initiale elle présente bientôt un fond bourgeonnant, papillomateux, purulent.

Des pansements antiseptiques essaieront de tarir cette purulence. On cautérise ces masses végétantes, soit avec le galvanocautère, soit avec des chimiques, mais fréquemment ces efforts sont stériles. Antiseptiques et caustiques n'agissent pas ou si peu que la maladie n'en évolue pas moins durant de longs mois.

La Roentgenthérapie obtient dans le Pemphigus végétant bénin des résultats infiniment supérieurs à tous les autres traitements. Les exemples sont déjà nombreux où quelques applications de faible intensité et de légère filtration ont obtenu des succès éclatants. C'est la seule thérapeutique qui convienne dorénavant ici jusqu'à ce que l'on en trouve une qui soit étiologique.

(A suivre)

PROTHÈSE RESTAURATRICE-BUCCO-FACIALE

*Par le Docteur ARTHUR BEAUCHAMP, L.C.D., D.C.D.,
Chef du service de Stomatologie de l'Hôpital Notre-Dame,
Membre correspondant de la Société d'Odontologie de France.*

“Cette partie de la Stomatologie est trop peu connue des médecins et chirurgiens généraux qui, bien qu'ils ne puissent en aucun cas l'utiliser eux-mêmes, pourront, soit en réclamant la collaboration du stomatologiste, soit en lui adressant leurs malades, rendre à ces derniers les plus importants services. En même temps qu'ils permettront le développement de ce genre de prothèse qui jusqu'à présent n'est utilisé que par un petit nombre de prothésistes à raison du matériel considérable qui est nécessaire et du nombre relativement faible des cas qui viennent à eux, le plus souvent d'ailleurs par hasard.” (Raynal.)

Le nom de prothèse restauratrice est donné à cette partie de la Stomatologie un peu différente de la prothèse dentaire et de la prothèse orthopédique.

La prothèse restauratrice comprend les appareils pour les fractures des maxillaires, la prothèse palatine et velo-palatine, la prothèse des mâchoires, de la langue, du nez et des oreilles.

La prothèse des maxillaires comprend les différentes méthodes de traitements (frondes, chevestres, ligatures des dents, perforations, les fissures congénitales ou acquises par la maladie, la syphilis tertiaire le plus souvent, parfois la tuberculose et le traumatisme (arme à feu, coup de pied de cheval, etc.).

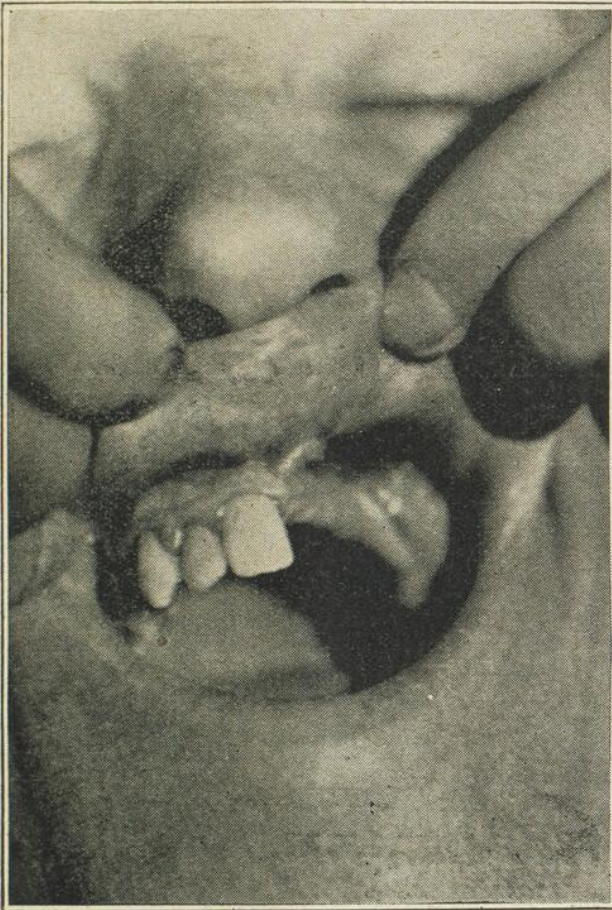
Traitement.—Nous laissons de côté le traitement chirurgical qui est du domaine du chirurgien.

Perforations

On doit s'abstenir de placer un corps étranger dans une perforation. Les appareils sont destinés à sous-tendre les tissus: les ouates et les obturateurs ne devraient pas jamais être employés à cause de la pression constante que provoque la résorption du tissu osseux périphérique, ce qui fait qu'au bout de quelque temps l'appareil devient trop petit.

Fissures simples ou doubles palatines ou velo-palatines

Traitement.—Ces appareils se composent d'une voûte palatine en caoutchouc ou mieux encore en or sous-tendant la fissure palatine et allant jusqu'à la terminaison du palais osseux pour se continuer par un voile mobile de forme différente selon le cas.



Martin, Gueri, de L. Delair, M. Roy (Paris), Brophy (Chicago), Kingsley, Martinier., etc., préconisent des méthodes de traitements par appareils de prothèse qui donnent d'excellents résultats.

*

* *

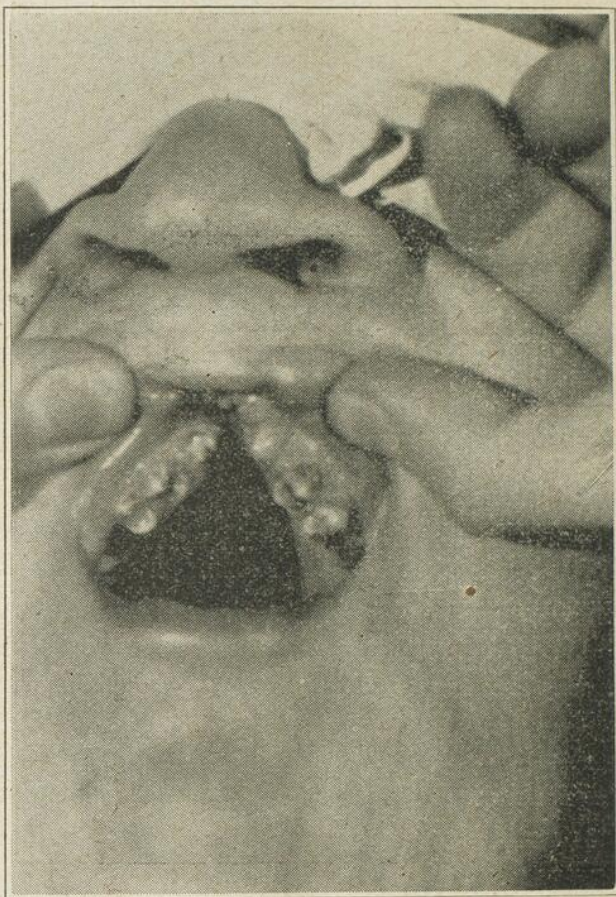
Le service de Stomatologie de l'Hôpital Notre-Dame, en opération depuis un an, a le plaisir de présenter quelques cas de restauration bucco-faciale, qui donnent entière satisfaction.

Chirurgien: Docteur Geo. Badeaux, Hôtel-Dieu.

Mars 1926. Fistule au palais à gauche.

Examen: Masse molle de la grosseur d'une noisette fistulisée au centre. Depuis plusieurs années, le patient doit faire ouvrir cette masse quand elle devient trop volumineuse. Du côté du nez, le plancher est soulevé. Absence de pus.

Eclairage—normale cc.



Radiographie à l'Hôtel-Dieu.

Sinus transparents. Pertes de substance osseuse du côté alvéolaire (large cavité).

Opération: le 24 avril 1926; large kyste para-dentaire ayant détruit le maxillaire supérieur (palais et bord alvéolaire). Sinus maxillaire infecté.

Prothèse: Docteur A. Beauchamp, Hôpital Notre-Dame.
Guérison complète.

La destruction ou l'ablation de tout ou d'une partie d'un des deux maxillaires est forcément suivie de déformations et de troubles fonctionnels qui en raison de l'affaiblissement des parties, des rétractions cicatricielles et des actions musculaires causent des ennuis sérieux.

Madame C..., 46 ans.



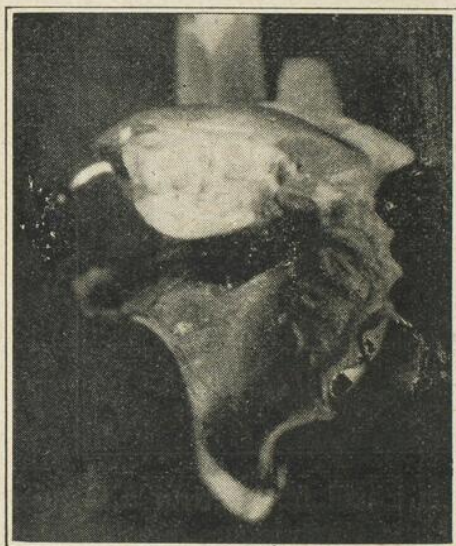
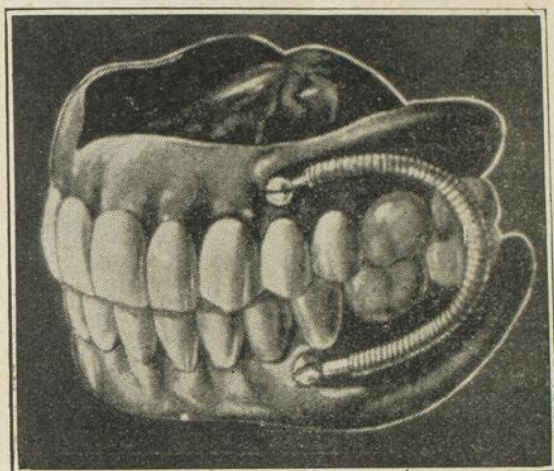
Examen: Ablation de tout le maxillaire inférieur à la suite de l'enlèvement d'une tumeur ou peut-être d'un séquestre volumineux.

La vignette No 2 nous montre la pièce de prothèse, la photographie de la patiente avant et après la restauration.

Prothèse: Docteur A. Beauchamp, Hôpital Notre-Dame.

Le premier appareil que nous montre la vignette est construit de manière à ce que le palais dur soit solide, les bords de la fissure

soient protégés par une substance demi-molle, soutenant la fissure palatine jusqu'à la terminaison du tissu osseux. L'appareil se continue par un voile souple.



Nous aurons l'occasion de revenir vous entretenir du même patient après la restauration labiale et nasale qui nécessitera une prothèse plus compliquée.

**Cheilo-gnatho-staphylo-shisma compliqué par traumatisme
post-opératoire**

M. B. . . ., 20 ans.

Examen.—En plus de la division de la lèvre, de la voûte et du voile, nous constatons la perforation du plancher nasal et la présence de dents demi-incluses. Opéré quatre fois sans succès, c'est sur notre sollicitation que M. B. . . . accepta et suivit le traitement par prothèse et les leçons de phonation, de diction et de respiration que nous lui avons enseignées durant deux mois avant d'arriver à un résultat presque parfait.

Nous avons l'intention de faire l'avulsion des dents nasales dans quelques mois.

Historique.—Ce cas d'origine congénitale et traumatique est très intéressant. En étudiant l'histoire de famille au point de vue de santé, le père, la mère et le patient sont même forts et vigoureux. En insistant sur le questionnaire, nous apprenons que la mère enceinte du patient fit une chute sur un trottoir en bois qui la rendit malade jusqu'après la naissance. Depuis, sa santé est bonne et son enfant, robuste.

RAPPORT DU RÉGISTRAIRE DU COLLÈGE DES MÉDECINS

A l'Assemblée générale des Gouverneurs, tenue à Québec,
le 29 septembre 1926.

Monsieur le Président,
Messieurs les Gouverneurs,

A l'avènement d'un nouveau Président, le devoir incombe au Registraire de remplacer le discours d'ouverture par un Rapport personnel. C'est sans doute pour lui éviter cette tâche que vous avez pris l'habitude de garder votre Président longtemps. Le Registraire vous en sait gré, et dans l'accomplissement de son devoir il compte sur votre bienveillance.

* * *

Vos prédécesseurs, Messieurs les Gouverneurs, nous avaient ordonné de faire imprimer à nouveau la loi organique qui nous régit, et les Règlements qui complètent la loi.

Nous avons fait imprimer la loi conformément à la nouvelle édition des S. R. P. Q. 1925. Un exemplaire vous a été transmis en même temps que le rapport anticipé et les Règlements.

Les Règlements sont actuellement composés et attendent pour être imprimés, votre sanction au nouveau programme d'examens préliminaires, les modifications à la tenue des examens professionnels, ainsi que les autres modifications réglementaires que vous croirez opportun de faire adopter et sanctionner par la présente assemblée générale.

* * *

La dernière assemblée générale avait tracé comme programme annuel à votre Exécutif : "*l'étude et l'amélioration des programmes d'examens et leur sanction*".

Vous constaterez par le Rapport de Monsieur Montpetit sur les examens préliminaires comme votre Exécutif s'est appliqué à rendre justice aux deux éléments constitutifs de notre province en rédigeant et en recommandant un programme d'examen basé sur l'éducation particulière à chaque élément.

Les suggestions de M. le Professeur Rousseau relatives à la tenue des examens professionnels ont été approuvées par l'Exécutif et sont recommandées à votre attention. Vous constaterez les modi-

fications importantes suggérées par le Dr Rousseau, vous aurez à définir de quelle façon ces examens seront tenus, et à déterminer la date de leur mise en vigueur.

* * *

Au cours du dernier terme, la question de la licence impériale fut chaque année mise à l'étude. Il nous a paru nécessaire pour compléter la documentation déjà existante de préciser certains renseignements additionnels.

Vous trouverez à la fin du rapport anticipé entre vos mains la correspondance récente à ce sujet et les listes complètes de ceux qui, de part et d'autre, ont bénéficié de l'échange impérial-provincial.

* * *

Le vœu émis par l'assemblée générale de 1925 priant les trois Facultés de médecine de la Province d'instituer un cours spécial et régulier de physiothérapie, de massage et d'orthopédie a été transmis à qui de droit. Les représentants universitaires vous diront, sans doute, leurs initiatives à ce sujet.

* * *

Selon votre désir, les examens préliminaires à l'étude de la médecine ont eu lieu en mai au lieu de juillet, et le changement a paru être à l'avantage du Bureau et des candidats.

* * *

Sans vouloir être injuste pour aucun de ceux qui ont porté un intérêt particulier à la loi de compensation des ouvriers de la province, il nous paraît opportun de rappeler l'attention particulière donnée à cette question par l'Exécutif.

C'est lui qui a rédigé et présenté en 1924, à la commission d'étude nommée par le Gouvernement provincial, un volumineux mémoire sur cette importante question.

En 1925, au cours de la session de la Législature provinciale, quand la loi de compensation des ouvriers fut mise à l'étude, votre Exécutif se réunit d'urgence à Montréal et exprima le vœu suivant :

"Que le Gouvernement provincial soit de nouveau prié de considérer les amendements suggérés par l'Exécutif du Collège à la loi de compensation des ouvriers de la province de Québec, tels que soumis à la Commission d'étude des amendements à la loi du travail", l'année précédente.

Il rédigea alors le résumé du grand travail présenté en 1924, à la Commission d'étude, et délégua M. le Dr Bélanger auprès du Gouvernement avec mission de prier les Législateurs de reconsidérer la loi.

Vous trouverez à la page 20 du rapport anticipé le résumé des demandes faites par l'Exécutif au sujet de cette loi de compensation aux ouvriers.

* * *

L'assemblée générale de 1925 avait ordonné au Registraire ès-qualité de citer le docteur Gaboury, propriétaire-conjoint de l'Hôpital Gaboury Lim., devant le Conseil de discipline pour avoir commis un acte dérogatoire en s'alliant avec un charlatan pour le traitement des maladies et notamment du cancer tel qu'il appert dans une charte émanée du gouvernement provincial.

Nous avons accompli ce pénible devoir. Tous les détails en sont consignés dans le Rapport du Conseil de discipline, actuellement sous vos yeux.

* * *

Cette dernière ordonnance, MM. les Gouverneurs, m'amène à vous parler de la suppression de l'exercice illégal de la médecine, qui semble, à beaucoup de médecins, le plus important de nos problèmes à résoudre.

Il date de 15 ans le règlement qui oblige le Registraire à faire une enquête préalable à toute action intentée pour exercice illégal.

Pour motiver une enquête, le Registraire doit présenter au Président une plainte signée d'un nom responsable, généralement celui d'un médecin.

Remarquez bien que le médecin plaignant n'est pas tenu de faire une enquête.

Il est simplement tenu de signer une plainte, motivée si possible, afin que le Président soit, par ce fait, autorisé à ordonner la tenue d'une enquête dont le résultat sera la poursuite ou la non poursuite du charlatan.

A certains, cette enquête préalable peut paraître superflue et onéreuse. En vérité elle est l'unique cause de nos succès passés.

Rien n'est difficile comme de rassembler les éléments essentiels d'une cause dont la preuve se fait par témoins.

S'il était possible de faire condamner un charlatan par le témoignage de cinq ou dix personnes qu'il aurait traitées la preuve serait facile; mais il n'en est pas ainsi.

L'on ne peut intenter une action que pour les soins donnés à *une seule personne*, et il faut prouver par au moins deux témoins (la personne qui a été traitée et une autre), que le charlatan poursuivi a examiné le malade, a diagnostiqué la maladie et a prescrit un traitement.

Cette preuve est assez facile dans un cas de chirurgie qui nécessite des aides, ou dans un cas d'accouchement qui ne se fait pas généralement de façon isolée.

Elle est presque impossible dans tous les cas où l'accusé a pignon sur rue, tient bureau et donne des consultations.

Et même quand celui-ci risque une visite à domicile, il s'entoure de tant de précautions, il sait s'isoler avec tant d'habileté qu'il devient impossible de se procurer d'autre témoin que le malade lui-même, et dans ce cas, il est encore impossible d'intenter une action avec succès.

Pour illustrer cette vérité, je cite deux personnages bien notoires et bien connus à Montréal: Madame Cousineau sur la rue Ontario et Alphonse Bilodeau sur la rue Sherbrooke.

Nous avons à maintes reprises poursuivi avec succès ces deux individus.

Seulement, à force de comparaître en Cour de justice, à force d'être interrogés par les avocats et d'entendre les plaidoiries, ils ont fini par se convaincre qu'il n'est pas plus difficile de s'isoler pour examiner un malade, pour donner une prescription ou vendre une pilule que pour provoquer un avortement.

Vous savez quelles difficultés les meilleurs limiers du département du Procureur-Général de la Province éprouvent à faire la preuve d'une opération illégale.

Les mêmes difficultés existent pour faire la preuve d'exercice illégal, surtout par un récidiviste.

* * *

Les médecins s'étonnent parfois de ce que les plaintes qu'ils formulent n'arrivent à aucun résultat.

C'est que l'enquête qui a suivi leur plainte nous a convaincu de l'impossibilité de faire la preuve d'abord soupçonnée.

Et il importe absolument que cette enquête soit faite dans tous les cas.

Nous n'hésitons pas à dire que nous avons beaucoup plus sauvé d'argent au bureau, par ces enquêtes, que les amendes perçues ne lui en ont rapporté.

C'est un genre de lutte qu'il importe de connaître, si l'on veut bien se rendre compte des obligations qui incombent à ceux qui ont charge du bureau.

Ainsi, par exemple, à la suite des révélations contre l'hôpital Gaboury, au-delà de vingt-cinq cas de prétendus cancéreux nous ont été signalés comme ayant été traités à l'hôpital Gaboury par l'emplâtre Marcoux, par Marcoux lui-même.

Nous avons pu, dans l'espace de trois mois tenter plusieurs actions à Marcoux.

Les enquêtes préalables à ces procès ont coûté une somme assez ronde, mais elles nous ont permis de gagner les cinq premières actions intentées, et nous laissent prévoir autant de succès pour les autres.

* * *

Nos enquêteurs sont des bénévoles que nous désignons sur nos fiches par un numéro d'ordre.

Mais comme le registraire est personnellement responsable à l'Exécutif de chaque enquête, il lui incombe, en chaque cas, un rôle de vérificateur à remplir. Ce n'est que lorsqu'il est personnellement convaincu du mérite de la preuve qu'il intente l'action au nom du Collège.

* * *

Vous vous demanderez peut-être pourquoi ne pas confier à une agence spéciale de détectives le soin d'enquêter en chaque cas.

Pour la raison très simple que ces agences se renouvellent tous les jours et que leur éducation est sans cesse à refaire.

Et deuxièmement parce que le coût de leurs services est inabordable.

Nous en avons essayé, un jour, à la demande du Président, dans l'affaire "Noury".

Nous avons fait faire, par une agence fort connue, quatre enquêtes qui nous ont coûté \$400.00 et nous avons perdu les quatre procès intentés.

* * *

Au cours de l'année écoulée, nous avons fait 59 enquêtes qui ont coûté au bureau \$1.725.00, soit une moyenne de \$29.25 par enquête. Dans ces montants sont compris les déboursés aux témoins.

Nous avons retiré en amendes \$1.374.00 mais faut-il tenir compte que cinq seulement des actions intentés à Marcoux ont été plaidées et qu'il n'a encore payé que \$75.00 au bureau, depuis le commencement des procès.

Pour continuer les procès à Marcoux nous attendons la décision de l'Hon. Juge Coderre de la Cour Supérieure de Montréal devant lequel le docteur Tancrede Gaboury a interjeté appel du jugement du Conseil de discipline contre lui.

Tant que le jugement en appel ne sera pas rendu, *sub judice lis est*, le docteur Gaboury bénéficie de son droit d'exercice et Marcoux, dans ses défenses à nos actions, se couvre du manteau Gaboury.

* * *

Je ne saurais mieux compléter cette vue d'ensemble des opérations de l'année, que par un regard sur nos finances.

L'excédent des revenus sur les dépenses durant le dernier exercice fut de \$1.041.75.

C'est un beau résultat si l'on considère qu'il n'y avait pas de 5^{ème} année à l'Université de Montréal, cette année, et si l'on tient compte que nous avons, à même les revenus de l'année courante, soldé le compte d'impression de la loi et une partie du coût de la tenue des élections.

C'est en prévision de cette année sans finissants à Montréal et supposée devoir être déficitaire que nous avons créé, il y a quatre ans, sur la suggestion de nos vérificateurs, un fonds contingent dont la réserve s'élève aujourd'hui à \$3.000.00.

Cette réserve continue de s'accroître pour les mauvais ans, et pour subvenir aux dépenses extraordinaires.

En plus de ce fonds contingent nous en avons un autre de \$1,000 en provision pour pertes sur les contributions.

Le total de notre actif, au 30 juin 1926, était de \$30.900.29 ainsi reparti:

Bons de la Victoire	5½%	1934	\$ 5,000.00
Emprunt G. Canadien	5	% 1943	1,000.00
Ecoles C. de Québec	5	% 1931	2,000.00
Ecoles C. de Montréal	5	% 1943	3,000.00
Ville de Longueuil	5	% 1941	2,000.00
Contributions dues le 30 juin			2,775.00
Ameublement			955.58
En caisse et en banque			14,169.71

Total de l'Actif, 30 juin 1926: \$30,900.29

\$30,000 en 15 ans, ce qui veut dire une moyenne d'économie annuelle de \$2,000.

Nous avons retiré cette année, en intérêts sur valeurs et dépôts en banque, la somme de \$745.73.

C'est déjà une somme supérieure à celle qu'il nous a fallu pour rencontrer les besoins des médecins indigents.

Vous trouverez peut-être dans ce renseignement la solution d'un autre problème qui s'appelle "*la caisse pour nos médecins nécessiteux*".

* * *

L'on nous a demandé si l'année d'une élection des gouverneurs, le paiement des contributions s'effectuait mieux.

L'augmentation des contributions, l'année d'une élection, n'est pas très sensible, alors que tant de médecins pourtant ont intérêt à ce que leurs confrères soient en règle.

En 1926, le montant des contributions s'est élevé à \$8,960.00.

En 1925, nous avons perçu en contributions \$8,792.00; différence en plus en 1926: \$178.00 seulement, ce qui veut dire que 44½ médecins de plus qu'en 1925 ont payé leur contribution à temps, en 1926.

C'est que notre mode de perception, le moins coûteux qui soit, nous donne d'excellents résultats. Il n'est cependant pas compliqué. Il n'a que le mérite d'être mis en pratique avec vigueur et constance, sans exception pour personne.

En mai, chaque médecin reçoit sa note, avec prière de l'acquitter avant le 1er juillet.

Après l'assemblée de septembre, une traite à vue est adressée aux retardataires.

En février, nos avocats réclament.

Il est un fait indéniable que nous tenons à signaler, cependant, c'est que l'indifférence du médecin pour les affaires de sa corporation est de moins en moins grande. Nous nous rappelons qu'au début de notre administration 40% à peine des médecins payaient régulièrement leur contribution. Depuis plusieurs années déjà, la collection normale atteint et même dépasse 95%. C'est un résultat qu'aucune autre profession n'atteint habituellement dans cette province, et nous sommes heureux de l'obtenir sans avoir jamais été dans l'obligation de poursuivre personne.

* * *

Il est cependant, Messieurs les Gouverneurs, une classe de médecins qu'il serait peut-être à propos d'exempter du paiement de la contribution annuelle. Cette classe se fait de plus en plus nom-

breuse. Je la signale à votre attention à cause de ses mérites et de ses dévouements. Ce sont les médecins internes dans les hôpitaux.

Si vous le commandiez, nous serions heureux de tenir ces jeunes médecins en règle avec l'administration tout le temps de leur service hospitalier. A tous égards, ce geste de votre part en serait un de justice plus encore que de générosité.

* * *

La chose la plus difficile à maintenir dans un état d'exactitude absolue, dans notre bureau, c'est le Registre médical provincial, ou la liste de tous les médecins avec leur dernière adresse. Les voyageurs, les inconstants, ceux qui, pour une raison ou pour une autre, changent de domicile, ne songent que rarement à nous avertir. C'est un grave oubli contre lequel nous ne pouvons rien, mais qui devient très souvent pour le public, pour nous-mêmes et pour le médecin intéressé, une source d'ennuis. Nous ne saurions prier avec assez d'insistance les médecins qui changent d'adresse de nous avertir par écrit, afin qu'il nous soit toujours possible de leur rendre justice et de les atteindre vivement, au besoin.

Ce devoir accompli, personne ne s'étonnera plus de notre ignorance sur une question banale en soi, mais au courant de laquelle nous ne pouvons être que si le principal intéressé ne nous renseigne personnellement.

* * *

J'ai touché à bien des points dans ce rapport déjà trop long.

J'ai essayé de renseigner quelque peu la majorité d'entre vous qui siègent pour la première fois comme Gouverneurs.

Il me reste à exprimer ma reconnaissance inaltérable pour la confiance très grande, qu'en toutes occasions, la Profession n'a cessé de me témoigner, depuis 17 ans.

Vous n'ignorez pas que les devoirs du Registraire sont parfois difficiles à remplir.

J'avoue, très humblement, n'être pas toujours, en fait, à la hauteur de ces devoirs. En vérité, ceux qui me connaissent me concèdent au moins le mérite des intentions.

Et parmi ceux-ci, les membres de l'Exécutif, et tout particulièrement le Président, ont eu plus d'une fois peut-être à souffrir de mes défauts, guère compensés que par ma bonne volonté dans l'exécution de leurs ordonnances ou de leurs désirs.

J'ai déjà servi la profession sous trois Présidents.

Je serais bien en peine de vous dire sous lequel des trois j'ai servi avec le plus zèle et le plus de plaisir.

Et vous ne me permettriez pas de faire de comparaison.

Permettez, cependant, que j'exprime ma reconnaissance au dernier des trois, monsieur le docteur Boulet, qui restera, dans mes souvenirs comme dans les vôtres, j'en suis sûr, la personnification du professionnel accompli, dont la parole pondérée, les manières pétries de distinction, la pensée claire et constamment imprégnée d'un idéalisme qu'on regrette de ne pas toujours trouver chez les dépositaires d'autorité, surent représenter ce qu'il y a de meilleur en nous: la formation classique et la compétence professionnelle.

Sans vouloir présumer quel sera le témoignage de l'histoire, je me plais à reconnaître, pour ma part, que le passage du Docteur Boulet à la Présidence du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec a marqué, chez nous, l'époque de la confiance en soi et de la dignité bien comprise, ce qui n'aurait pu advenir, peut-être, sans l'exemple constant qu'il nous a donné.

Messieurs, le dévouement et la fidélité dont j'ai constamment fait preuve envers les présidents passés, je les mets tout entiers au service du nouveau Président.

Dr Joseph GAUVREAU.

P.S.—Au cours de l'année, huit conférences ont été faites dans huit sociétés médicales différentes. Les conférenciers, choisis parmi les professeurs des Facultés de Laval et de Montréal, ont reçu du Bureau un cachet de présence de cinquante piastres. Huit conférences ont coûté \$400.00.—J. G.

SOLUTION SCHOUM

Médaille de Bronze Journée Médicale de Bruxelles 1926

Souverain Remède *dans les affections cellulaires, congestives ou douloureuses.*

du FOIE,
des REINS,
de la VESSIE

Calme rapidement les Coliques Hépatiques, Néphrétiques, Menstruelles
Albuminurie de Cause Rénale — Albuminurie de la Grossesse

Pour l'Arthritisme et ses conséquences, le Schoum est le médicament spécifique
par excellence et sans danger

(Adopté par les Hôpitaux de la Marine Française)

Littérature sur demande

Agent et dépositaire
pour le Canada

G. DE CARDAILLAC, 71a rue St-Jacques

Tél. Harbour 2422

Montréal

Association des Gardes-Malades Ville-Marie

Melle Flore Hayden, Directrice du Régistre

1032 Sherbrooke E. Est 3446

MM. les Médecins sont priés de téléphoner à Est 3446 à l'Association des Gardes-Malades Ville-Marie, pour se procurer à bref délai une garde-malade compétente, diplômée des hôpitaux de

Notre-Dame, Hôtel-Dieu, Maternité de Montréal, Maternité d'Ottawa, Ste-Justine, Dupont, St-François d'Assise, de Québec, Hôtel-Dieu de Québec, St-Joseph, des Trois-Rivières, de Lachine, Providence, de Détroit, de Maurice Town, N.J., Maternité d'Ottawa et de Oak Parc, St-Vincent de Paul, de Sherbrooke, Sacré-Coeur, de Hull.

Registre Jeanne Mance

Gardes-Malades Diplômées

Siège social : Hôtel-Dieu

Plateau 1103

SUR UN VIEUX POT DE PHARMACIE

Le beau vieux pot de faïence qui orne la page de cette Revue fait partie du Trésor de l'Hôtel-Dieu. Un jour, peut-être, nous saurons s'il fut apporté au pays par Jeanne Mance elle-même ou s'il arriva plus tard. Le certain, c'est qu'il constitue une très belle et très précieuse relique.

Ne point l'admirer serait manquer de goût; ne point le chérir serait manquer de cœur. Comme tel n'est pas le cas de ceux qui me lisent en ce moment, je vais me dispenser de toute effusion sentimentale ou esthétique. Mais les petites notes que voici intéresseront sans doute les amateurs de vieilles choses et les curieux de notre histoire.

La Pharmacie est aussi ancienne que l'Humanité. Depuis toujours elle a eu le souci de conserver ses précieux ingrédients en bon état. Elle a employé, pour ses récipients, les matières les plus diverses, du bois jusqu'au porphyre.

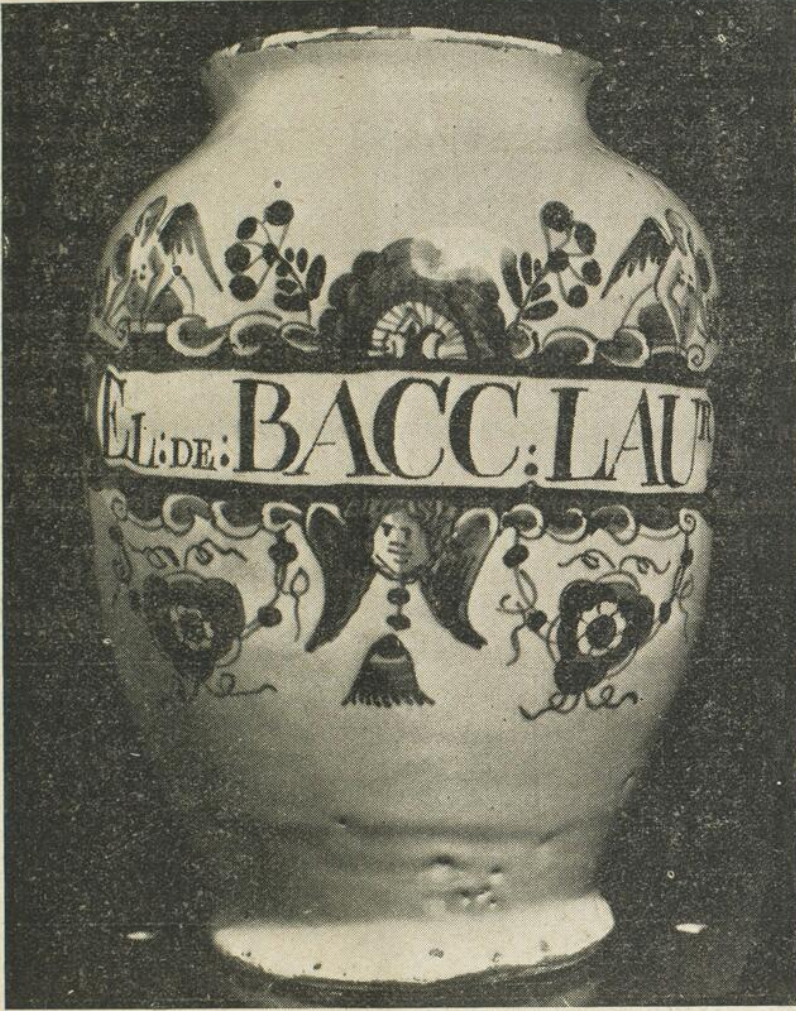
Avant nos modernes flacons en verre les apothicaires se sont servis de vases en terre cuite, émaillée ou non. Presque tous les pots de pharmacie des collectionneurs sont en faïence. Les premiers vinrent de l'Orient, puis de l'Espagne et de l'Italie. En France on les fabriqua au commencement du dix-septième siècle. Celui que j'ai photographié date certainement du grand siècle et, donc, il est aussi vénérable que notre maison.

Que contenait-il?... Son étiquette est longtemps restée mystérieuse pour moi. Le Dictionnaire des Inscriptions de Pots de Pharmacie, écrit par Dorveaux, dit bien que "Bacc.Lau" est l'abréviation du latin *Baccae Lauri*, mais fallait-il voir dans le signe "El" un élixir ou un électuaire?... Grosse question pour un toqué, beau problème pour un têtù. J'ai trouvé parce que je suis l'un et l'autre.

Apprenez donc, Mesdames les Pharmaciennes, qu'il faut lire: "Electuarium "de" *Baccae Lauri*". Je tiens à votre disposition la formule de l'électuaire de baies de laurier, que j'ai cueillie dans une pharmacopée de l'an 1676. C'est très simple à préparer puisque, en plus du laurier, il n'y a que dix-sept autres ingrédients. A une époque où la Thériaque renfermait encore plus de soixante matières diverses, la préparation de notre électuaire devait paraître un jeu d'enfant. Aussi Moyse Charas a-t-il soin de dire: "La préparation se trouvera fort facile (sic), si ayant pulvérisé les gommés dans le

grand mortier de bronze parmi les autres Médicamens secs et ayant passé le tout par le tamis de soye couvert, on incorpore peu à peu à diverses reprises cette Poudre avec trois fois autant de beau Miel écumé chaud. On serrera l'électuaire dans un pot de fayance lorsqu'il sera refroidy".

Qui sait si nos bonnes Sœurs, subitement éprises de la poly-



pharmacie du Passé, ne vont pas s'aviser de remplir le "pot de fayance" vide depuis deux siècles? Je me hâte de fournir à mes confrères les indications thérapeutiques de la préparation. Elle est "fort recommandée pour le soulagement et la guérison des coliques venteuses et particulièrement de l'Iliaque". Elle est aussi "fort

propre contre les difficultés d'urine et contre les passions hystériques (entendez par là: contre les douleurs utérines)." On peut la prendre par la bouche mais on s'en sert plus ordinairement pour les Clystères."

Aux historiens j'ai bien peu de choses à dire, hélas ! Mais je leur signale, dans la formule, la présence du castoréum. Cette drogue coûteuse était extraite des glandes du Castor. Charas se servait parfois de castoréum canadien et il le dit dans son livre, que j'ai cité. Puisqu'on importait en France, à prix d'or, le produit du Canada, il est permis de penser qu'au Canada on avait beaucoup d'estime pour les recettes pharmaceutiques françaises où entrait du castoréum.

Pour terminer, disons que les vases de pharmacie changeaient de nom suivant leur forme et leur affectation. Lorsqu'ils étaient à peu près cylindriques, hauts de taille et rappelant vaguement les contours d'une pièce à feu, on les nommait: "pots à canon". Lorsqu'ils étaient ventrus, munis d'une anse et d'un bec, on les nommait: "chevrettes". Les "bouteilles" et les "cruches" se définissent elles-mêmes. Enfin, il y avait les "vases à thériaque" de forme rebondie, munis parfois de deux anses et souvent magnifiquement ornés. Ils pouvaient contenir autre chose que de la thériaque; les grandes préparations galéniques, par exemple. C'est parmi les "vases" qu'il faut placer notre cher vieux pot.

Docteur LEO PARIZEAU,
de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

LE CONGRÈS DE MONTRÉAL

SEPTEMBRE 21-22-23-24 1924

Le Congrès de Montréal a obtenu un succès très encourageant pour notre avenir scientifique. Les médecins canadiens et franco-canadiens ont suivi les séances avec intérêt. Les questions les plus variées y ont été étudiées et discutées avec science et intelligence. Pour la première fois, les médecins français ont bien voulu accepter de collaborer avec nous comme rapporteurs sur les questions principales mises à l'étude. Nous avons donc écrit, cette année, une forte et belle page de l'histoire de la médecine au Canada.

Nous devons continuer dans cette voie en développant nos institutions et en en fondant d'autres qui s'imposent impérieusement: par exemple un *Institut Pasteur* où nous fabriquerons nos sérums et où nous pourrons, grâce à des collaborateurs éminents comme le Professeur Pettit, poursuivre des recherches qui mettront notre Université en évidence. Les jeunes médecins formés à l'école de ces Maîtres pourraient à leur tour faire école et créer une personnalité scientifique canadienne.

Nous manquons à notre devoir si nous négligeons de suivre notre voie et si nous refusons de profiter des avantages que l'on nous offre et sur lesquels nous fermons trop souvent les yeux.

Les générations qui suivent auront le droit de nous demander des comptes, et nous ne pouvons pas nous soustraire aux responsabilités que nous assumons actuellement. L'heure est grave et les directeurs de notre Université ne doivent pas l'oublier.

Voici une première conclusion qui s'impose après notre Congrès.

-- Le point de vue hygiénique a aussi reçu, de notre part, une très bienveillante attention. Cette section a été organisée avec beaucoup de soin. Toutes les écoles de garde-malades ont pu assister aux discussions qui ont eu lieu. Elles contribueront sans doute à répandre les saines idées parmi la population rurale ou autre sur la nécessité de l'hygiène publique et individuelle.

A ce point de vue le Congrès aura été très fructueux.

Le côté social n'a pas été négligé. Après les heures de travail, les heures de repos.

Je remercie donc au nom du comité exécutif et en mon nom tous les médecins qui ont collaboré, par leur adhésion ou leurs travaux, au succès de ce IXe Congrès.

La série des travaux inscrits paraîtra dans le second volume que nous allons publier incessamment pourvu que les médecins veuillent bien nous faire parvenir leurs communications d'ici au 1er décembre.

Que tous nos collaborateurs veuillent bien accepter nos vifs remerciements pour le splendide effort qu'ils viennent d'accomplir.

LeSAGE.

————— o —————

NOUVELLES

LE DOCTEUR BOULET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Nous sommes heureux d'adresser publiquement nos félicitations à l'un de nos directeurs, M. le Dr Boulet, que le Gouvernement français vient de décorer.

Le Docteur Boulet a toujours été un ami sincère de la France. Esprit d'élite, il connaît à fond la spécialité qu'il exerce avec maîtrise depuis plus de trente-cinq ans. De plus, il aime les arts et les lettres. C'est assez rare de nos jours: il convient de le signaler.

Au point de vue professionnel, il est le type de l'honnête homme. Aucun compromis possible dès qu'il s'agit de l'honneur de la profession. Cette attitude, très loyale, s'allie à une très grande bienveillance et lui permet de rendre des services signalés où la discrétion le dispute à une générosité de bon aloi.

Nous approuvons le geste que la France vient de faire; nous en sommes très heureux et très honorés.

————— o —————