

LAVAL MÉDICAL

VOL. 10

N° 7

SEPTEMBRE 1945

COMMUNICATIONS

ÉRYTHÈME NOUEUX ET TUBERCULOSE

par

Roland DESMEULES et Philippe RICHARD

de l'Hôpital Laval

L'érythème noueux, d'abord considéré comme fièvre infectieuse autonome, reconnaît, la plupart du temps, une étiologie tuberculeuse. Il ne traduit qu'exceptionnellement une allergie cutanée à diverses autres infections ou intoxications.

Comby (1) et Hallé (2) sont frappés par la guérison rapide et totale, la durée éphémère, l'apparence de contagiosité et la dissemblance de l'érythème noueux comparativement aux autres tuberculides souvent torpides et de cure difficile.

Kerly (3) signale la prédominance de l'éruption au sein des nations nordiques, l'incidence saisonnière verno-automnale, son caractère parfois épidémique, une prédilection marquée pour le sexe féminin trois fois plus souvent atteint, une remarquable sélection parmi les enfants.

Ces faits paraissent leur suffire pour considérer la maladie de Trouseau comme une entité clinique. En face de la théorie autonomiste se

dresse l'école qui fait de la dermatite contusiforme soit une maladie d'étiologie tuberculeuse, soit un syndrome relevant d'autres infections.

Landouzy (4) démontre, en 1913, la présence du bacille tuberculeux dans la paroi d'un vaisseau sillonnant un nodule et il tuberculise un cobaye avec des parcelles de ce prélèvement dermique. Il n'hésite pas à affirmer la nature tuberculeuse de l'érythème noueux.

Wallgrenn (5) signale, en 1917, une épidémie scolaire frappant 12 élèves sur les 32 qui avaient eu un contact de sept mois avec un enfant atteint de tuberculose active. Tous répondirent positivement à l'épreuve tuberculinique et plusieurs développèrent ultérieurement des manifestations pulmonaires tuberculeuses.

Lœderich et Richet, fils (6), trouvèrent des bacilles de Koch dans le sang des érythémateux.

Sergent, Gaspar, Durand et Marcoux (7) obtinrent les mêmes résultats avec trois malades.

Robert Debré, Saenz, Broca et Bernard (8) citent, devant la Société de biologie, l'observation d'un enfant atteint d'érythème noueux qui était porteur de bacilles de Koch dans le sang et les nodules.

Au cours de la séance du 7 juin 1935 de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, Debré (9) reprend, avec Troisier, l'étude de l'érythème noueux. Il insiste sur les travaux poursuivis à l'Institut Pasteur pour fournir la preuve bactériologique de la nature tuberculeuse de l'éruption. Chez 5 enfants, il prouve la présence du bacille, quatre fois par culture des expectorations, une fois par celle du sang. Deux enfants étaient porteurs de nodules dont l'inoculation au cobaye tuberculisa cet animal.

Lowenstein (10) réussit douze hémocultures positives prélevées sur 14 malades érythémateux avec le même milieu de culture qui lui avait permis d'obtenir des réponses positives au cours des endocardites rhumatismales dans le pourcentage extrêmement élevé de 81% des cas.

Raúl Cibis et Pascual Cerini, de Buenos-Aires (11), découvrent, en 1931, dans des coupes de nodules, des bacilles tuberculeux qui poussent sur des milieux de culture appropriés. Ils réalisent, avec ces cultures, des réinoculations sur des animaux de laboratoire.

L'érythème noueux est, la plupart du temps, une manifestation de primo-infection tuberculeuse récente. Troisier (12) affirme un pourcentage de 90 à 95 chez l'enfant.

Cette proportion n'apparaît pas aussi nette chez l'adolescent et le jeune adulte.

Très rare au cours de la phtisie, la dermatite peut survenir à toutes les phases de la maladie tuberculeuse. Elle précède, parfois de plusieurs mois et même de quelques années, la tuberculisation pulmonaire ou extrapulmonaire.

Symes (13) suit 50 cas d'érythème noueux. Il constate deux généralisations tuberculeuses, deux pleurésies avec épanchement et une méningite dans les six mois consécutifs ; enfin, une pleurésie cinq ans après.

Comby (14) signale le cas d'une jeune fille qui avait fait, à quatre ans, une pleurésie séro-fibrineuse à la suite d'un contact avec un grand-père phtisique et qui ne présenta un érythème noueux qu'à 21 ans.

La maladie de Trousseau intéresse, de façon spéciale, les formes légères et hyperallergiques de tuberculose de réinfection.

Bernard, Kreis et Mandes (15) rencontrent de l'érythème noueux chez une personne présentant, depuis plus d'un an, des poussées évolutives pleurales aiguës et bénignes. Ils constatent chez elle un fond hyperallergique dont ils ont la curiosité de rechercher le seuil de la sensibilisation à la tuberculine. Elle s'établit à un dix-millième de milligramme avec une solution brute de l'Institut Pasteur utilisée sous la forme intradermique.

Contrairement aux faits généralement observés, les manifestations pulmonaires consécutives à l'éruption peuvent être graves d'emblée.

Troisier, Bariéty et Brouet (16) observent une jeune domestique de 18 ans arrivant de la campagne qui fut soumise pendant dix jours à un contact d'une phtisique moribonde. Elle fait rapidement un érythème noueux, une typho-bacillose, des localisations pulmonaires cavitaires avec ganglions caséux para-trachéaux droits vérifiés à l'autopsie et signant une primo-infection.

A. Wallgrenn (17) et Ernberg soutiennent que l'érythème noueux doit être considéré comme une éruption cutanée, allergique, non spéci-

fique, apparaissant, le plus souvent, pendant la tuberculose et, occasionnellement, au cours d'autres infections.

Wallgrenn constate qu'en Scandinavie, 95% des enfants atteints d'érythème noueux donnent une réponse positive à la tuberculine et qu'une proportion considérable ont des bacilles de Koch dans leur liquide de sécrétion gastrique. Il conclut donc que tout enfant atteint d'érythème noueux doit être considéré comme tuberculeux tant que l'épreuve à la tuberculine n'a pas permis de rechercher une autre étiologie.

TABLEAU I

Pourcentage d'infection tuberculeuse chez des enfants porteurs d'érythème noueux et chez des enfants du même âge observés dans la population, en général.
(A. WALLGRENN.)

Age.....	1 à 3 ans	3 à 7 ans	7 à 10 ans	10 à 15 ans
Enfants avec érythème noueux.....	96.4%	95.6%	96.5%	95.8%
Enfants observés dans la population, en général.....	10.0%	25.0%	30.0%	40.0%

L'argumentation actuelle, en faveur de l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux, repose sur les preuves suivantes :

1° une proportion d'environ 50% des enfants atteints de cette maladie présentent des bacilles de Koch dans le liquide gastrique ;

2° le virage de la réaction tuberculique a été observé de façon extrêmement démonstrative au cours ou à la suite des éruptions ;

3° la radiographie pulmonaire démontre souvent des régions hilaires et para-hilaires chargées ou même des ombres parenchymateuses ;

4° les radiographies pulmonaires successives mettent souvent en évidence des dessins anormaux témoignant d'une tuberculisation progressive ;

5° l'histoire clinique établit fréquemment l'existence d'un contact familial ou scolaire précédant de peu le syndrome cutané ;

6° les pathologistes vérifient plusieurs fois, dans les nodules, la présence de bacilles qui tuberculisent l'animal ;

7° ils réalisent, avec des méthodes adéquates, des hémocultures positives au bacille tuberculeux lorsque la prise de sang est faite en pleine poussée fébrile.

Si le bacille tuberculeux est, la plupart du temps, en cause, il ne l'est pas toujours. Le *Streptobacillus moniliformis*, de Levaditi, et le streptocoque *viridans* sont parfois à l'origine de la maladie.

Rosenow a isolé un streptocoque du sang d'un malade souffrant d'érythème noueux. Il a réalisé des nodules hémorragiques sous-cutanés en injectant des cultures de ce microbe dans les veines de certains animaux.

Spink (18) publie plusieurs cas d'érythème noueux dus au streptocoque hémolytique à foyer amygdalien.

Kerley (19) signale la fréquence de l'éruption cutanée au cours de la sarcoïdose. Le même auteur reconnaît le rôle étiologique de la coccidioiomyose, maladie rencontrée dans la *San Joaquin Valley*, en Californie.

A la réunion dermatologique de Strasbourg (20), tenue en 1938, les pédiatres et les dermatologistes mentionnent la maladie au cours des affections dermato-vénéréologiques suivantes : la syphilis, la chancrelle, la lèpre, les trichophyties allergisantes, les chancres mous ; plusieurs la signalent au cours des infections streptococcémiques, méningococcémiques, pneumococcémiques ; quelques-uns la voient consécutivement à des injections d'antigènes, d'anatoxine ou de vaccins comme le Dmelcos et le TAB. Enfin, un certain nombre la mentionnent au cours de la chimiothérapie aux bromures, aux iodures ou aux sulfamidés.

Ils remarquent, cependant, que l'érythème noueux frappe de préférence le syphilitique floride au cours de la période secondaire et le porteur de la maladie de Nicolas-Favre au moment où la réaction de Frei est la plus intense, c'est-à-dire en pleine période allergique.

Ils considèrent que, dans la plupart de ces cas d'occurrence plutôt rare, il s'agit de la traduction d'une sensibilisation cutanée allergique vis-à-vis d'une infection ou d'une intoxication nettement identifiée.

Il nous a été donné d'étudier 24 malades qui ont présenté de l'érythème noueux. Le tableau suivant montre l'âge des différents malades que nous avons observés.

TABLEAU II

(suivant l'âge des malades porteurs d'érythème noueux)

Age des malades.....	5 à 10 ans	10 à 15 ans	15 à 20 ans	20 ans et plus
Nombre de cas.....	7	5	8	4

Un autre tableau fait voir quelles formes de tuberculose ont précédé, accompagné ou suivi l'éruption cutanée.

TABLEAU III

(suivant les formes de tuberculose : antérieures, concomitantes ou postérieures aux 24 cas d'érythème noueux.)

Tuberculose ganglio-pulmonaire.....	20
Tuberculose parenchymateuse.....	2
Pleurésie séro-fibrineuse.....	2

Le tableau qui suit sert à indiquer le pourcentage élevé de bacilles tuberculeux chez nos 24 patients. Nous opposons ce résultat à celui obtenu par la recherche de bacilles de Koch dans le liquide de lavage gastrique d'enfants atteints de tuberculose ganglio-pulmonaire ou parenchymateuse. La comparaison montre combien la tuberculose active est fréquente chez les malades atteints d'érythème noueux.

TABLEAU IV

Résultats des recherches des bacilles tuberculeux dans les expectorations ou le liquide gastrique des 24 malades porteurs d'érythème noueux mis en comparaison avec les résultats obtenus dans l'examen bactériologique du liquide gastrique de 100 enfants porteurs de tuberculose ganglio-pulmonaire ou parenchymateuse. (M. GIROUX, Hôpital Laval.)

CATÉGORIES	NOMBRE DE CAS	Bacilles de Koch dans les expectorations	Bacilles de Koch dans le liquide gastrique	Bacilles de Koch après inoculation au cobaye	Pourcentage des résultats positifs
Malades atteints d'érythème noueux.....	24	2	9	3	58.33%
Enfants tuberculeux.....	100	34	17	51.00%

Quatre observations nous paraissent particulièrement intéressantes parce qu'elles illustrent les liens étroits qui existent entre l'érythème noueux et la tuberculose.

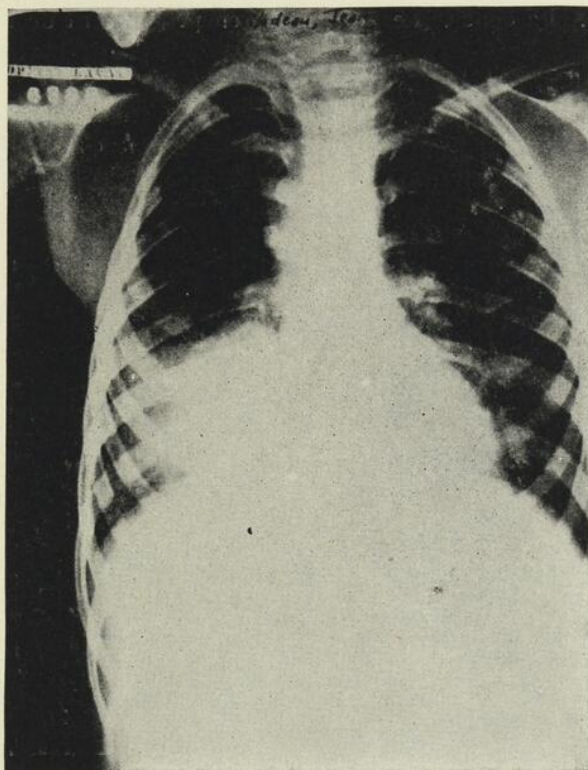


Fig. 1. — Première observation. — J. B. Foyer de densité marquée à la base droite. Tuberculose ganglio-pulmonaire.

PREMIÈRE OBSERVATION

J.-C. B., dossier 6398, est un enfant de 9 ans. Il a eu un contact avec une sœur qui a souffert de tuberculose pulmonaire. En juillet 1943, survient l'érythème noueux. La maladie s'accompagne d'une forte poussée fébrile, de faiblesse et d'amaigrissement. L'enfant entre à l'Hôpital Laval le 10 novembre 1943. La température est à 101 degrés, le pouls est à 114. La sédimentation globulaire est de 31 mm. après une

heure. L'image d'Arneth est déviée à gauche et le séro-diagnostic d'Arloing est de plus 10. La réaction de Vollmer est fortement positive.

Il existe de la respiration soufflante à la base postérieure droite. La radiographie montre une opacification homogène du tiers inférieur de la plage droite. La densité de l'ombre va en progressant de la périphérie

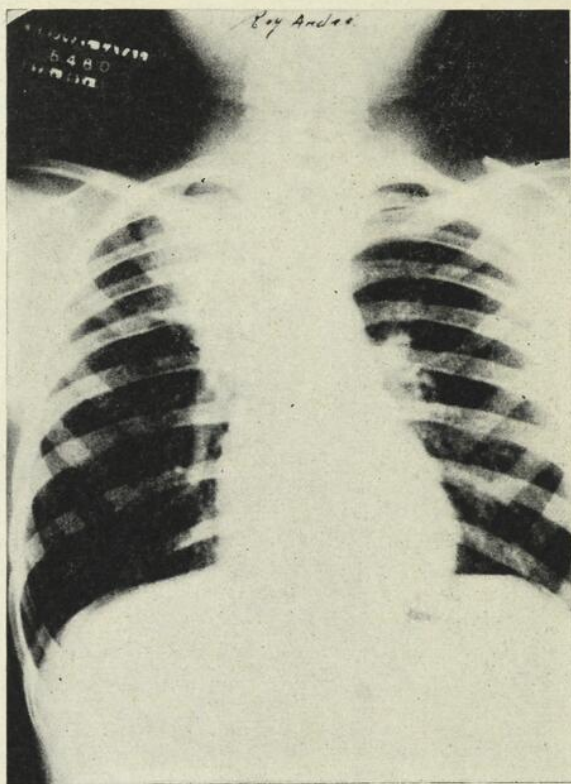


Fig. 2. — Deuxième observation. — A. R. Ombres étendues et presque homogènes à la région inter-cléido-hilaire droite.

vers le centre. Des bacilles de Koch sont constatés après l'homogénéisation du liquide de lavage gastrique. Il s'agit de tuberculose ganglio-pulmonaire active et évolutive.

DEUXIÈME OBSERVATION

A. R., dossier 5450, est âgé de 9 ans lorsqu'il entre à l'Hôpital Laval le 12 février 1942. Contact avec un oncle qui a été soigné pour

tuberculose pulmonaire. En janvier 1942, l'enfant fait de la fièvre, maigrit d'environ 15 livres et présente l'éruption caractéristique de l'érythème noueux. Les symptômes généraux sont si marqués qu'ils font penser à la possibilité de méningite. La ponction lombaire permet d'écarter ce diagnostic. La température est à 100 degrés lorsque le malade entre dans le Service de l'un de nous. La réaction de von Pirquet est tellement positive qu'elle donne une eschare à la région scarifiée. L'auscultation ne permet pas d'entendre de bruits anormaux, mais la radiographie indique des images pathologiques : il existe un empâtement hilair droit qui se confond avec une bande d'opacité qui se prolonge jusqu'au sommet du poumon. La recherche de bacilles tuberculeux est positive dans le liquide gastrique après homogénéisation et, aussi, à la suite d'inoculation au cobaye. La sédimentation globulaire est de 23 mm. après une heure. Une hémoculture sur milieu de Lœwenstein est négative. Le diagnostic est celui de tuberculose ganglionnaire en activité.

TROISIÈME OBSERVATION

H. K., dossier 6225, est âgée de 21 ans. Elle eut un contact prolongé avec un frère et une sœur décédés de tuberculose pulmonaire. La malade fait de l'érythème noueux en mars 1943. Elle est au repos incomplet jusqu'en mai. A la suite de fatigue, la patiente présente des douleurs thoraciques, de la faiblesse et des malaises généraux. Les signes stéthoscopiques sont négatifs lorsque la malade entre à l'Hôpital Laval, le 17 juin de la même année. Il n'en est pas de même de la radiographie qui montre un foyer d'opacité à gauche. Les ombres sont à contours flous, juxta-hilaires, avec franges opaques inter-cléido-hilaires. Des bacilles tuberculeux sont constatés dans le liquide de lavage gastrique. Le *Patch test* est fortement positif. La sédimentation globulaire est de 57 mm. après une heure. Le séro-diagnostic d'Arloing est de plus 20, et la formule sanguine démontre que l'image d'Arneth est déviée à gauche ; l'indice de Medlar est de 31. Le 15 juillet 1943, des signes d'épanchement pleural apparaissent à la base droite. La ponction révèle qu'il s'agit de liquide séro-fibrineux, lymphocytaire et contenant des bacilles de Koch. Le

diagnostic est celui de pleurésie tuberculeuse secondaire à la tuberculose ganglio-pulmonaire.

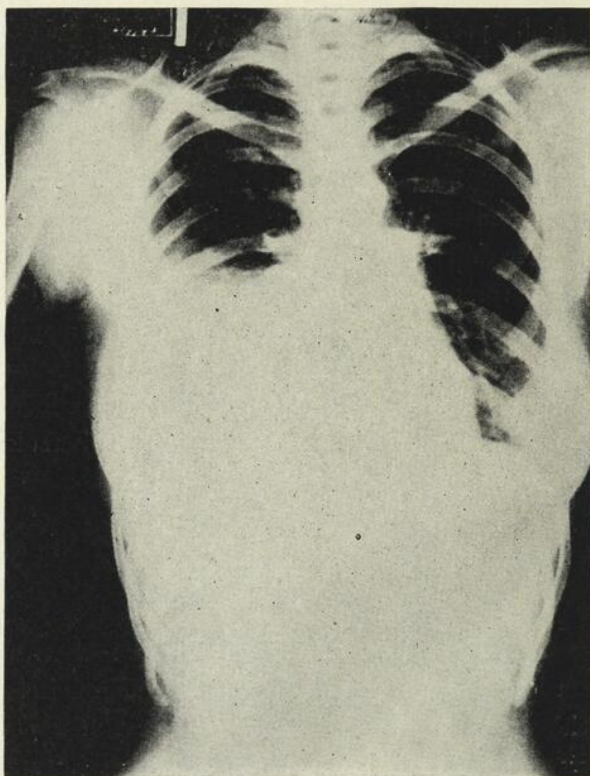


Fig. 3. — Troisième observation. — H. K. Images correspondant à une pleurésie assez étendue à droite.

QUATRIÈME OBSERVATION

(Déjà publiée en collaboration avec H. Marcoux [21 et 22].)

J.-C. B., dossier 1887, écolier âgé de 6 ans, entre à l'Hôpital Laval le 14 novembre 1935. Il n'y a pas de contact tuberculeux connu. L'enfant tousse facilement depuis une broncho-pneumonie survenue à l'âge d'un an et demi. Au début d'octobre 1935, la toux réapparaît. Elle s'accompagne d'état sub-fébrile, d'amaigrissement, de fatigue. L'enfant devient suspect de tuberculose et est envoyé à l'Hôpital Laval.

A l'entrée, nous constatons de la rudesse et des râles sonores aux régions inférieures des poumons. La radiographie montre une accentua-

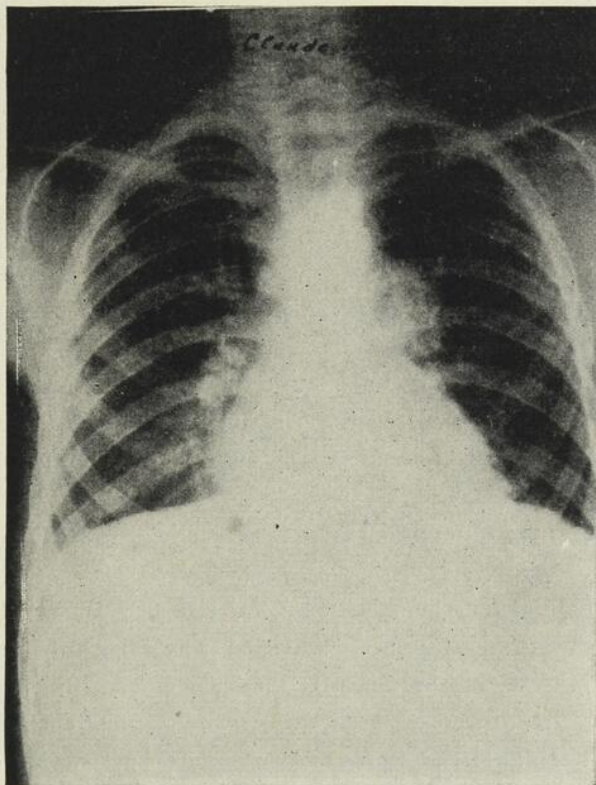


Fig. 4. — Quatrième observation. — J.-C. B. Opacités hilaires et périhilaires gauches. Foyer de tuberculose ganglio-pulmonaire.

tion des arborisations broncho-vasculaires aux bases et une opacité horizontale sus-diaphragmatique surtout marquée à gauche. La cuti-réaction et l'intra-dermo sont négatives. Il n'y a pas de bacilles de Koch dans les crachats. Nous portons le diagnostic de broncho-congestion sub-aiguë, non tuberculeuse, avec atteinte pleurale secondaire.

Le malade, soumis à la cure hygiéno-diététique, s'améliore : la toux diminue, l'état sub-fébrile disparaît, les râles sonores s'atténuent.

Le 16 décembre, une nouvelle intra-dermo-réaction est négative.

Subitement, le 28 décembre, la température monte à 101 degrés ; l'enfant devient affaîssé, accuse des malaises généraux. Trois jours plus tard, apparaît une éruption noueuse, typique, aux jambes et aux avant-bras.

La 6 janvier, cinq jours après le début de l'érythème, la cuti-réaction est fortement positive, vésiculeuse.

Une radiographie est prise le lendemain. Elle montre la disparition des opacités sus-diaphragmatiques, mais de nouvelles ombres très accentuées sont apparues aux régions hilaires gauche et juxta-trachéale droite.

Le 3 janvier, deux jours après l'apparition de l'érythème noueux, la température de l'enfant étant à 100 degrés, prise de sang pour ensemencement sur milieu de Lœwenstein et inoculation au cobaye. Il est impossible de retirer de la sérosité des nodules érythémateux. Le même jour, biopsie d'un nodule.

a) Le sang a été ensemencé sur six milieux de Lœwenstein. Cinq de ces milieux sont restés stériles. Un tube a montré, le 18 mars 1936, quelques colonies dont la nature tuberculeuse a été confirmée au microscope.

b) Le 15 janvier, nous constatons du bacille de Koch dans le liquide gastrique.

c) Un nodule d'érythème noueux a été inoculé à trois cobayes. L'un d'eux est mort sept mois après l'inoculation sans lésion tuberculeuse. Les deux autres ont été tués un an après l'inoculation, le 28 décembre 1936. Un des cobayes attira notre attention, car nous avons noté chez lui une adénite médiastinale assez importante et une hypertrophie de la rate. L'examen bactériologique ne nous ayant pas permis de trouver du bacille de Koch, nous avons réinoculé ces organes à un autre cobaye, le 28 décembre 1936. Comme celui-ci présentait, le 24 février 1937, des adénopathies inguinales, nous l'avons tué. A l'autopsie du cobaye, nous avons trouvé les lésions ordinaires de la tuberculose expérimentale de Villemin. C'est dire que nous avons affaire à un bacille de Koch manifestement virulent.

CONCLUSIONS

1° L'érythème noueux est presque toujours, chez l'enfant, de nature tuberculeuse. Il est contemporain d'une primo-infection récente dans 90 à 95% des cas.

2° Chez le jeune adulte, il survient généralement au cours de la primo-infection et rarement au cours de la tuberculose de réinfection, comme témoin d'une hyper-allergie cutanée.

3° Une foule d'autres infections ou intoxications sont susceptibles de provoquer l'érythème noueux. Elles interviennent plutôt rarement.

4° Il nous paraît logique de penser tout d'abord à l'étiologie tuberculeuse chez tout sujet atteint d'érythème noueux et de considérer cette étiologie comme vraie jusqu'à preuve du contraire.

5° A la suite de la majorité des auteurs, nous préconisons la radiographie pulmonaire systématique de tout sujet atteint d'érythème noueux.

Les 24 malades que nous avons observés justifient une telle ligne de conduite.

BIBLIOGRAPHIE

1. COMBY, J. *Bull. et M. de la S. M. des Hôp. de Paris*, (14 juin) 1935, p. 1033 (en discussion).
2. HALLÉ. *Bull. et M. de la S. M. des Hôp. de Paris*, (janvier) 1938, p. 123 (en discussion).
3. KERLEY, P. The Etiology of Erythema Nodosum. *Br. Jour. of Radiology*, (juillet) 1943.
4. LANDOUZY, L. Érythème noueux et septicémie à bacilles de Koch. *Presse médicale*, **21** : 41, 1913.
5. WALLGRENN, A. Eine Sculapidemie von Erythema nodosum. *Jabr. für Kinderbeilk*, **117** : 313, 1927.
6. LÆDERICH et RICHEL, fils. L'érythème noueux bacillo-tuberculeux. *Revue T. B.*, **4** : 229, 1920.
7. SERGENT, DURAND, GASPARD, MARCOUX. Société de Biologie, (17 décembre) 1932.
8. DEBRÉ, R., SAENZ, BROCA et BERNARD. Société de Biologie, n° 27, 1935.
9. DEBRÉ, R., MARIE, BROCA, SAENZ et BERNARD. Particularités d'un certain nombre de-cas d'érythème noueux. *B. M. Soc. M. Hôp. de Paris*, (14 juillet) 1935, p. 1025.

10. LOWENSTEIN, E. Das Vorkomen der Tuberkelc. *Munch. med. Woch.*, **78** : 261, 1931.
 11. CIBIS, Raúl, CERINI, Pascual. *Presse médicale*, (janvier) 1936, p. 110.
 12. TROISIER. *Bull. M. de la Soc. M. des Hôp. de Paris*, (14 janvier) 1938 (en discussion).
 13. SYMES. The Significance of Erythema Nodosum. *Br. Jour. Derm.*, **44** : 181, 1932.
 14. COMBY, J. Érythème noueux et tuberculose. *B. et M. de la S. M. des Hôp. de Paris*, (14 janvier) 1938.
 15. BERNARD, KREIS, MANDES. Érythème noueux au cours d'une tuberculose pulmonaire. Hyperallergie. *B. M. de la S. M. des Hôp. de Paris*, (janvier) 1938, p. 28.
 16. TROISIER, BARIÉTY et BROUET. Primo-infection tuberculeuse maligne de l'adolescent. *B. M. de la S. M. des Hôp. de Paris*, (5 février) 1938, p. 234.
 17. WALLGRENN, A. Chapter on Erythema Nodosum. Du livre de St. Engel et von Pirquet, intitulé: *Handbuch d. Kindertub.*, Leipzig, vol. I, 1930.
 18. SPINK. *Archives of Internal Med.*, (janv.) 1937.
 19. KERLEY, P. *British Jour. of Radio.*, (juin) 1942.
 20. Réunion dermatologique de Strasbourg, 1938. Résumé des discussions dans l'*Union médicale du Canada*, (avril) 1943.
 21. R. DESMEULES et H. MARCOUX. Présence de bacilles de Koch dans le sang et le liquide gastrique d'un enfant atteint d'érythème noueux. *Laval Médical*, (février) 1937, p. 86.
 22. R. DESMEULES et H. MARCOUX. Présence de bacilles de Koch dans un nodule d'érythème noueux. *Laval Médical*, (octobre) 1937, p. 241.
-

UN CAS DE SARCOME PRIMITIF DU POUMON

par

G.-Léo COTÉ

Chef de Service à l'Hôpital Laval

Dans le poumon, le problème du cancer reste toujours d'une actualité très troublante, et les nombreuses publications médicales parues depuis dix ans montrent bien que cette question hante encore l'esprit de nos cliniciens et de nos chirurgiens.

Le cancer primitif du poumon est aujourd'hui bien connu, et tout clinicien se doit de ne pas ignorer cette affection, considérée autrefois comme une entité rare et dont le diagnostic devait être réservé, dans 95% des cas, à l'anatomo-pathologiste sur la table d'autopsie !

Le clinicien, aidé du radiologiste et du bronchoscopiste ont, du moins en partie, remplacé l'anatomo-pathologiste, et grâce à une connaissance plus approfondie des signes cliniques, à une amélioration de nos moyens modernes d'investigations, le cancéreux du poumon peut espérer une autre fin ultime que la table de nécropsie.

Nous assistons à cette victoire dont parlait Sergent en 1937 lorsqu'il écrivait, à propos du cancer primitif du poumon : « Certes, nous n'avons pas la prétention de croire que le cancer primitif du poumon peut être actuellement combattu victorieusement, mais nous avons le droit et le devoir d'espérer que l'avenir nous permettra d'assister à cette victoire ».

Aujourd'hui que s'est réalisé le rêve de Sergent et de ses nombreux collaborateurs et élèves, que l'on peut, par un acte chirurgical, faire disparaître, en l'extirpant, le mal contre lequel toutes nos ressources thérapeutiques étaient restées jusque-là impuissantes, c'est alors que s'impose à nous la pratique de la collaboration constante et étroite du médecin et du chirurgien. C'est elle qui permettra à la chirurgie de réaliser ce qu'elle avait obtenu contre tant d'autres localisations du cancer, et de s'enorgueillir, avec raison, des mêmes résultats merveilleux; c'est également grâce à cette collaboration bien comprise, qu'il appartiendra que cette maîtrise chirurgicale, devant laquelle tous s'inclinent avec admiration et reconnaissance, puisse réaliser autre chose qu'un bel acte opératoire sans efficacité curative.

Pour qu'il en soit ainsi, pour que l'exérèse, — lobectomie, ou pneumonectomie, — puisse supprimer le mal avant qu'il n'ait eu le temps de semer sa graine mortelle dans les ganglions satellites, d'où, plus tard, naîtront des métastases fatales, il faut poser un diagnostic précoce, sans quoi notre action risque d'arriver trop tard, la maladie ayant atteint une étape trop avancée.

Nous connaissons les difficultés du diagnostic précoce du cancer du poumon, nous connaissons aussi son polymorphisme clinique; nous savons que, surtout au stade de début, cette affection se montre si imprécise dans ses aspects cliniques, alors que sa symptomatologie s'apparente d'assez près avec celles de tant d'autres affections pulmonaires contribuant, par là, à fausser encore notre diagnostic. Mais nous ne devons pas ignorer, d'autre part, que les cadres de cette affection sont aujourd'hui assez bien fixés; qu'il existe un ensemble de signes cliniques qui, sans être pour nous des signes de certitude, n'en constituent pas moins des signes de présomption; qu'enfin, à côté de ces derniers, la science moderne a mis entre nos mains des moyens d'investigation d'une précision telle que le diagnostic s'impose souvent d'emblée: nous voulons parler ici de la radiographie et de la bronchoscopie. Le temps n'est plus où le cancer primitif du poumon était une « trouvaille d'autopsie »; il est devenu une « trouvaille de radiologie et de bronchoscopie ».

Nous désirons vous rapporter une observation personnelle d'une forme rare de cancer pulmonaire. Elle nous permettra, à la fois, de vous

présenter une affection considérée comme peu fréquente et d'en tirer quelques conclusions qui s'imposent.

Madame G. L., 66 ans, a des antécédents personnels peu chargés. Elle n'a jamais été malade antérieurement, si l'on excepte, cependant, une

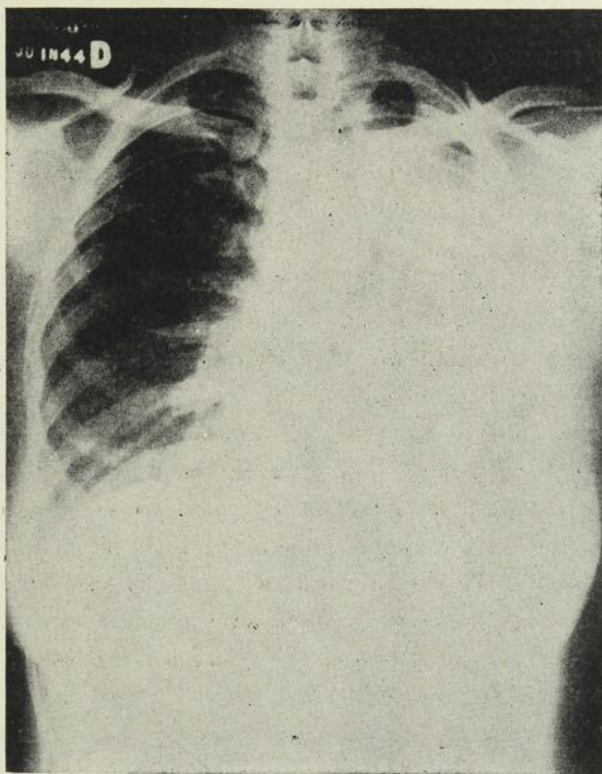


Figure 1. — **Atélectasie lobaire gauche. Sténose de la bronche souche par la masse tumorale.** (4 juin 1944.)

opération pour fibrome utérin. Elle est mère de cinq enfants en parfaite santé. Ses troubles pulmonaires paraissent avoir débuté en janvier 1944, par une douleur localisée au côté gauche. Cette douleur, d'abord un simple point de côté, devint bientôt très tenace, continue, avec recrudescences nocturnes empêchant même tout sommeil ; en mai 1944, s'installe une dyspnée ; d'abord un simple essoufflement à l'effort, sans

grand caractère particulier, elle varie bientôt en intensité au point de présenter le caractère paroxystique, avec crises asthmatiformes.

C'est à ce moment, fin de mai 1944, qu'elle consulte son médecin pour douleur thoracique et essoufflement. Elle ne tousse pas, ne crache pas, n'a jamais eu d'hémoptysie. Devant ce syndrome, où prédomine surtout l'élément douleur, le médecin traitant croit d'abord à une névralgie intercostale et dirige un traitement approprié. Devant l'insuccès de cette thérapeutique, et croyant à un *angor pectoris*, la malade est dirigée chez un cardiologue. Une radiographie est prise le 4 juin 1944 ; elle montre une opacité de tout le champ pulmonaire gauche sauf l'apex.

Suspecte de sténose bronchique d'origine cancéreuse, la malade nous est adressée pour l'exploration bronchoscopique et elle entre dans le Service de l'Hôpital Laval, le 8 juin 1944.

Elle présente, à ce moment, un syndrome d'obstruction bronchique presque complet, imposant d'emblée un diagnostic de sténose : dyspnée, sifflement, crise asthmatiforme et, surtout, opacité dense et homogène réalisant une image radiologique parfaite d'atélectasie lobaire gauche.

La bronchoscopie exploratrice est pratiquée dès le lendemain, soit le 9 juin 1944, et nous permet de nous rendre compte des faits suivants : les $\frac{2}{3}$ supérieurs de la bronche souche ne présentent rien d'anormal ; mais, à la partie tout inférieure de cette dernière, à 1 cm. environ des orifices lobaires supérieur et inférieur, la lumière bronchique est totalement obstruée par une masse de coloration gris-blanchâtre. Cette masse est apparemment pédiculée, et présente, à chaque respiration, des mouvements d'ascension et de descente, avec un jeu de « clapet » au niveau de l'orifice lobaire supérieur. Elle semble naître quelque part dans la bronche lobaire inférieure et fuse, pour ainsi dire, jusque dans la bronche souche en épousant même la forme cylindrique de cette dernière. Cette masse saigne peu et les manœuvres d'exploration de même que le prélèvement à la pince d'un assez gros fragment n'amènent qu'un très léger suintement sanguinolent.

L'aspect macroscopique ne rappelle en rien l'épithélioma broncho-gène, et le diagnostic de polype muqueux probable est porté. Après morcellement à la pince, l'orifice lobaire supérieur apparaît normal, mais il est impossible de morceler la masse en entier qui se prolongeait jusque dans les bronches secondaires du lobe inférieur.

Une radiographie est prise trois jours après, et permet de nous rendre compte d'un nettoyage complet de la plage pulmonaire gauche avec aération normale de l'hémithorax gauche.

La malade est renvoyée chez elle, présentant une amélioration de tous ses troubles. La dyspnée d'effort est disparue ainsi que la douleur

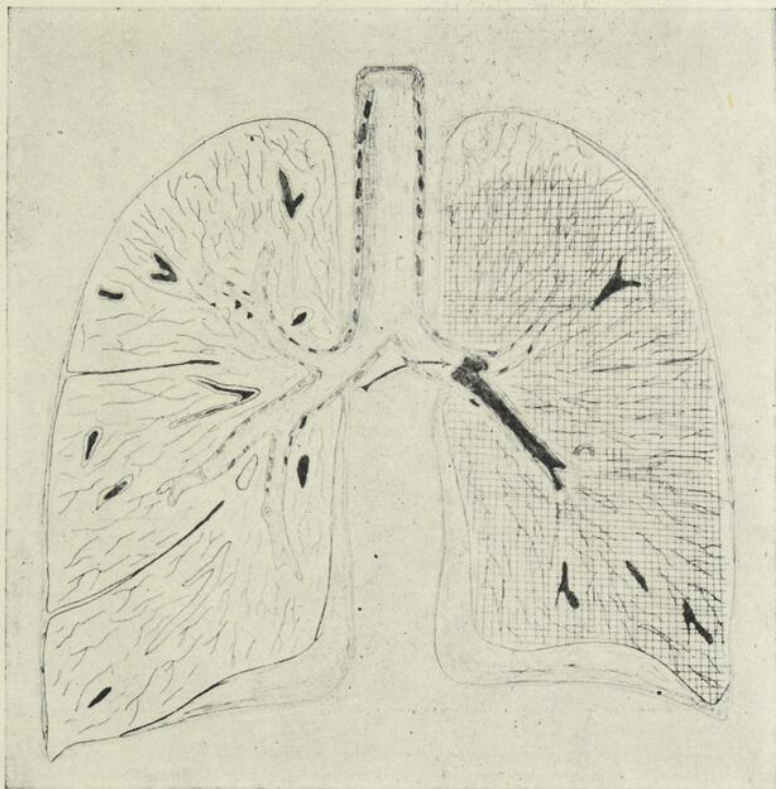


Figure 2. — G. L. — 9 juin 1944. Dessin schématique du siège de la tumeur au moment de la bronchoscopie.

thoracique. La malade se croit guérie et nous ne sommes pas loin de partager son optimisme !

Entre temps, nous parvient le rapport histo-pathologique. L'incertitude sur la nature histologique de cette tumeur laisse en effet place à l'espérance. Soit insuffisance du tissu à examiner, soit imprécision de

la nature des éléments cellulaires, le rapport histo-pathologique ne peut confirmer la nature exacte de la tumeur ; il s'agit, sans aucun doute, d'un néoplasme de nature conjonctive, mais sur la bénignité ou la malignité duquel il est impossible de se prononcer.

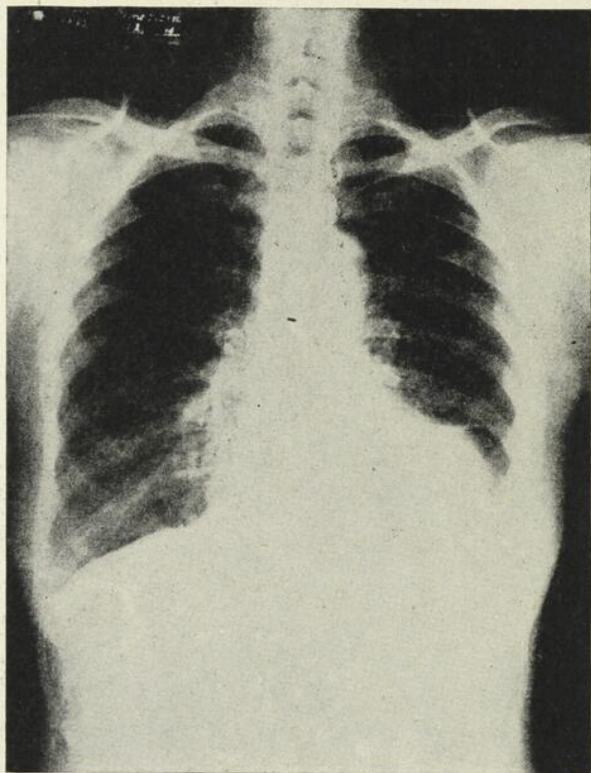


Figure 3. — Nettoyage radiologique de la plage pulmonaire gauche après ablation de la tumeur sous bronchoscopie. Persistance d'ombres denses à la base. (12 juin 1944.)

Le 10 juillet, soit un mois après, la malade est admise de nouveau dans le Service présentant un syndrome d'obstruction bronchique superposable à celui du mois pr c dent : dyspnée d'effort marquée, douleur thoracique, atélectasie de tout l'hémithorax gauche ; à cet ensemble de symptômes vient s'ajouter, cette fois, une toux tenace, sèche et quinteuse réveillant et aggravant même les douleurs thoraciques. La malade n'expectore pas et n'a pas craché de sang.

Une nouvelle bronchoscopie est faite le 12 juillet. Elle permet de se rendre compte que la bronche souche, dans ses $\frac{2}{3}$ supérieurs, reste indemne, mais que la tumeur a récidivé et obstrue complètement le $\frac{1}{3}$ inférieur de la bronche souche. Macroscopiquement, la masse tumorale présente le même aspect, quoique plus arrondie et plus volumineuse. Le morcellement ne permet pas, cette fois, de libérer l'orifice lobaire supérieur, la tumeur semblant avoir poussé des prolongements jusque dans les bronches lobaires.

Une radiographie de contrôle, prise le lendemain de la bronchoscopie, montre que la densité homogène de toute la plage pulmonaire n'a pas changé.

L'examen histo-pathologique ne donne pas, cette fois encore, plus de précision sur la nature des cellules en cause. « Les fragments », lit-on dans le rapport, « ont le même aspect histologique que lors de la première prise, c'est-à-dire qu'ils sont formés par des cellules fusiformes ayant parfois un aspect myxoïde comme on en rencontre dans les tumeurs mixtes des glandes salivaires, et il est absolument impossible d'être plus précis dans le diagnostic histo-pathologique. »

Le siège de la tumeur, assez loin de la bifurcation bronchique, son caractère récidivant et rapidement envahissant, sa transformation possible vers la malignité, l'absence de tout envahissement ganglionnaire dans le médiastin ne laissent qu'une seule hypothèse à envisager : l'exérèse complète par pneumonectomie.

Dirigée en chirurgie, on ne crut pas bon de la soumettre à un tel risque opératoire. L'âge de la malade, l'état plus ou moins parfait de l'appareil cardio-rénal, constituaient un handicap trop lourd pour nos chirurgiens.

Elle retourne chez elle pour revenir, le 28 août, subir une troisième bronchoscopie exploratrice, dans le but, si possible, d'en arriver à un caractère histologique plus précis.

L'état de la malade, à ce moment, ne s'est pas aggravé, elle présente le même syndrome d'obstruction bronchique où le symptôme dyspnée prédomine surtout. Elle n'a pas maigri, ne crache pas de sang, elle peut encore vaquer à ses occupations, et n'est pas loin de croire que sa vie pourra se prolonger encore de longues années dans cet état.

L'examen endoscopique montre que la tumeur a quelque peu envahi la bronche souche mais qu'elle laisse encore indemne les $\frac{2}{3}$ de cette même bronche. Un nouveau morcellement permet de libérer la bronche jusqu'aux orifices lobaires.

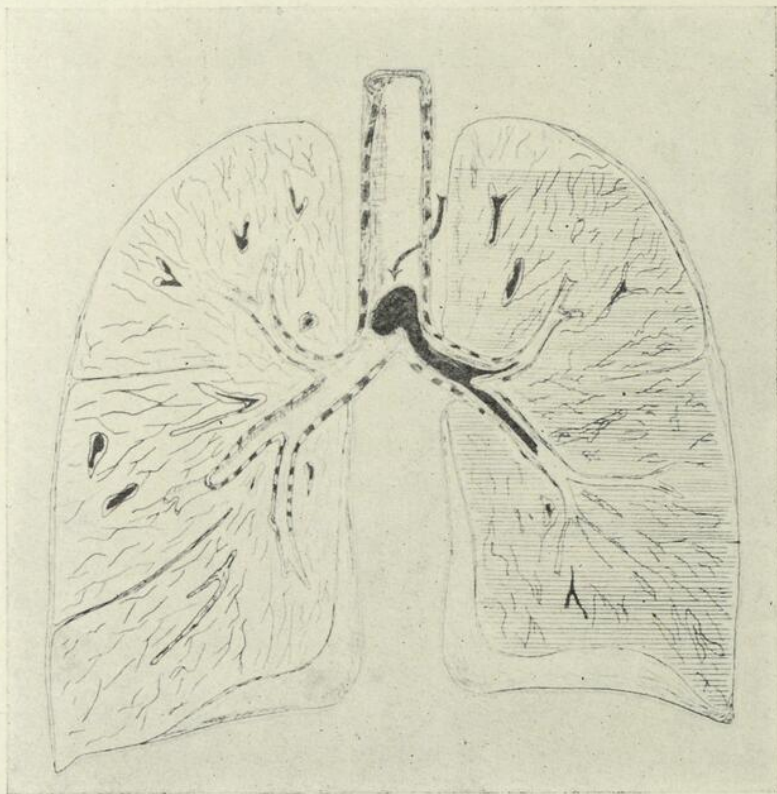


Figure 4. — G. L. — Septembre 1944. Propagation de la masse tumorale jusqu'à la trachée. Atélectasie totale gauche. Emphysème d'obstruction à droite.

L'examen histologique montre cette fois qu'il s'agit d'un sarcome fibroblastique.

L'opération est de nouveau envisagée, mais, de nouveau, les risques opératoires semblent trop grands pour la tenter.

La malade reste dans un état stationnaire jusqu'au 3 décembre où, brusquement, elle est prise d'un accès de suffocation intense : la dyspnée

présente les caractères qui se rapprochent de la dyspnée laryngée : tirage sus- et sous-sternal, cornage excessivement bruyant et donnant l'impression d'un blocage trachéal, cyanose des extrémités, avec crises paroxystiques et imminence d'asphyxie.

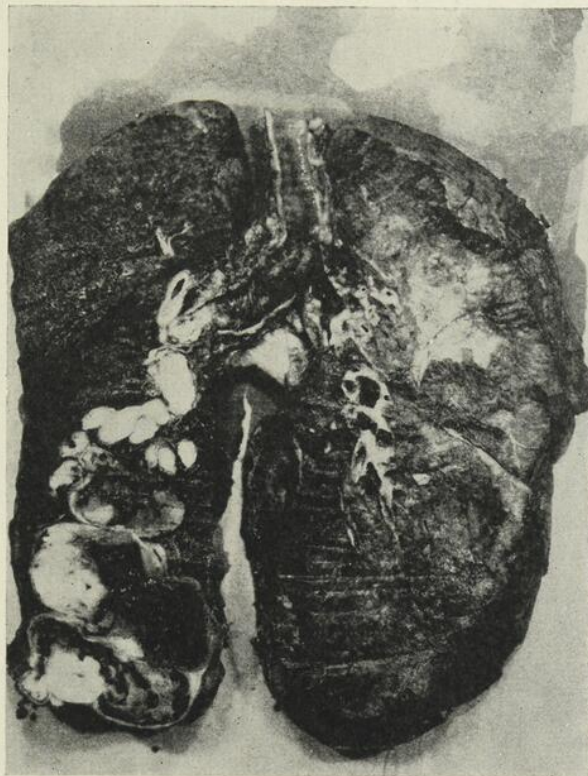


Figure 5. — Pièce macroscopique des poumons.

↳ Nous pensons immédiatement à la propagation trachéale de la tumeur, avec blocage plus ou moins complet de la trachée. L'état de la malade ne permet pas une bronchoscopie exploratrice, jugée d'ailleurs inutile ; et nous assistons, impuissants, à une asphyxie progressive qui se termine par la mort, le 8 décembre.

Une radiographie *post mortem* montre peu de changements sur celles prises antérieurement.

Nous résumons ici le protocole d'autopsie fait par le Dr M. Giroux : « Le poumon gauche est collabé sur le médiastin ; au palper, la base est parsemée de masses dures, roulant sous le doigt, sur toute la hauteur du lobe inférieur. A la coupe, le lobe inférieur à parenchyme dense, atélectasié est parsemé de nodules néoplasiques, blanc nacré, dont la taille varie d'un œuf de poule, à une noisette ; les plus petits nodules s'énucléent par simple pression, en épousant la forme des bronches et de leurs divisions.

« A l'ouverture de la trachée, il existe un gros boyau néoplasique qui, parti de la bronche lobaire inférieure gauche, se moule sur la bronche souche et se termine par une tête épousant la division de la trachée au niveau de l'éperon, obstruant ainsi totalement la bronche souche gauche et incomplètement l'orifice de la bronche souche droite où elle faisait office de « clapet ».

« Histologiquement, il s'agit d'un fibro-sarcome. Il n'existe de métastases dans aucun organe, et les ganglions trachéo-bronchiques sont simplement anthracosiques sans aucune métastase. »

Un fait domine toute l'histologie pathologique des cancers pulmonaires ; c'est le polymorphisme, l'imprécision de la nature des éléments cellulaires. S'il est des cancers qui sont constitués par des cellules dont le type morphologique, facile à reconnaître, est toujours le même, il en est d'autres qui sont extrêmement atypiques. C'est pourquoi G. Roussy et R. Huguenin admettaient la difficulté de classer de tels cancers, dont la morphologie est souvent différente dans la tumeur primitive et dans ses métastases.

On admet généralement que la plupart des cancers primitifs du poumon naissent aux dépens des bronches, et plus souvent aux dépens des petites bronches que des grosses. Qu'ils se présentent sous différents aspects histologiques, ce sont cependant, pour la plupart, des cancers épithéliaux, de provenance strictement épithéliale, se rangeant sous trois variétés principales : l'épithélioma cylindrique, l'épithélioma pavimenteux à globes épidermiques, et l'épithélioma atypique.

Beaucoup moins fréquentes sont les tumeurs malignes nées de la lignée connective, du squelette conjonctivo-vasculaire, les cancers conjonctifs. Nous savons, en effet, que les sarcomes primitifs du poumon sont tout à fait exceptionnels, et que la littérature n'en renferme que quelques cas isolés.

Tout en appuyant sur cette rareté du sarcome primitif du poumon, nous n'en restons pas moins surpris qu'une tumeur dont on reconnaît généralement le « pouvoir métastatique » marqué, ait progressé sur place sans donner de métastases ailleurs.

Et nous ajouterons, au risque de nous attirer les foudres des anatomopathologistes, que la difficulté de trouver le type morphologique exact de cette tumeur, pouvait ne pas tenir à une erreur de technique imputable seulement au bronchoscopiste, mais bien plutôt à cet aspect histologique polymorphe qui, sans être l'apanage des cancers pulmonaires, se rencontre avec prédilection chez ces derniers.

Enfin, il nous faut appuyer sur l'importance du diagnostic précoce du cancer primitif du poumon. Il faut nous imprégner de cette idée fondamentale que le clinicien doit toujours songer à la possibilité de cette maladie, lorsque, comme le disait Sergent, « il se trouve en présence d'un état pathologique de l'appareil respiratoire qui ne fait pas sa preuve ».

Rappelons-nous que le cancer primitif du poumon peut se dissimuler derrière les masques les plus divers ; sachons que, s'il faut accorder une valeur indéniable aux symptômes cliniques, ceux-ci sont impuissants, dans la majorité des cas, pour nous aider à porter un diagnostic de certitude ; c'est à l'exploration radiologique, complétée par l'exploration bronchoscopique, que doit s'adresser aujourd'hui le clinicien pour apporter, au dénouement de cette importante affection, un élément de plus grande certitude. N'oublions pas, cependant, que les cancers périphériques, qui naissent des bronchioles ou des alvéoles pulmonaires, et qui constituent environ 20% des cancers primitifs, ne sont pas accessibles à l'examen bronchoscopique et, qu'ainsi, une réponse négative du bronchoscopiste n'écarte pas nécessairement l'idée d'une néoformation. Les signes cliniques et radiologiques prendront alors plus d'importance.

La radiologie et la bronchoscopie auront donc apporté une large contribution dans la lutte contre cette affection de plus en plus fréquente

qu'est le cancer primitif du poumon ; et l'on peut souhaiter, avec Chevalier-Jackson, Ewing et Oston, que la bronchoscopie, malgré ses insuffisances, devienne un de ces examens de routine systématiquement pratiqué dans les affections pulmonaires à caractère indéterminé.

Et nous ne voudrions pas terminer ce travail sans remercier, d'une façon spéciale, le Dr Berger qui a bien voulu se prêter, avec sa générosité habituelle, à l'examen de nos pièces histologiques.

BIBLIOGRAPHIE

- BONNAMOUR, DAUBROW et DELOXE. Un cas de cancer du poumon d'origine bronchique. *Soc. méd. des Hôpitaux de Lyon*, (déc.) 1927.
- CHEVALIER-JACKSON. Malignant Growths of the Lung. Bronchoscopic Diagnosis. *Arch. of Oto-Laryng.*, 1930, XII, pp. 747-752.
- CHEVALIER-JACKSON et CHEVALIER-JACKSON, L. *Bronchoscopie et œsophagoscopie*. G. Doin & Cie, édit., 1933.
- EDWARDS, A. T. Malignant Disease of the Lungs. *Journal of Thor. Surg.*, (déc.) 1934.
- GUITTON. *Le cancer sténosant des bronches souches*. Thèse de Paris, 1933.
- HAUTANT. Fréquence du cancer broncho-pulmonaire. *Annales d'oto-rhino.*, (mai) 1933.
- HUGUENIN et DELARUE. *Importance diagnostique de la bronchoscopie radiologique*.
- LETULLE, Maurice. *Le poumon*. A. Maloine & fils, année 1924, pp. 509-555.
- LLOYD, M. S. The Early Classification and Yearly Diagnosis of Cancer of the Bronchus. *New England J. M.*, (18 juillet) 1935.
- LLOYD, M. S. Cancer of Bronchus. *Amer. Review of Tub.*, vol. XXXIV, (déc.) 1936, n° 6, p. 78.
- MAXWELL, J. New Growths in the Lung. *British Med. Journ.*, (23 fév.) 1935, n° 3868.
- MOUNIER-KUHN, P. Bronchoscopie et cancers broncho-pulmonaires. *Bronchoscopie-œsophagoscopie*, 1936, n° 1, pp. 46-55.

- MOUNIER, Pierre, KUHN et PIAGET, Félix. Bronchoscopie et cancers broncho-pulmonaires. *Journal de médecine de Lyon*, année 1937, p. 209.
- OCHSNER, O., et DEBAKEY, M. Significance of Metastasis in Primary Carcinoma of the Lungs. *Journal of Thoracic Surgery*, vol. 11, 1942, n° 4.
- OVERHOLT, R. H. Primary Carcinoma of the Lung. Early Diagnosis and Treatment. *Amer. Review of Tub.*, vol. XXXVI, (août) 1937, n° 2, p. 13.
- RABIN, C. B., et NEUHOFF, H. Classification of Primary Cancer, of Lung. *Journal of Thor. Surg.*, (déc.) 1934, 147.
- ROUSSY, G., et HUGUENIN, R. Vues sur l'anatomo-pathologie des cancers du poumon. *Arch. méd.-chir. de l'App. resp.*, 1931, t. VI, n° 6.
- SERGENT, E. Diagnostic précoce du cancer pulmonaire. *Monde médical*, 1937, p. 1025.
- SOULAS. Diagnostic bronchoscopique des cancers du poumon. *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, (16 oct.) 1931.
-

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

QUELQUES DERMATOSES AU COURS DE LA PREMIÈRE ENFANCE

La peau du nouveau-né et du nourrisson est tellement fragile, qu'elle constitue un terrain propice à l'écllosion de lésions multiples, sinon toujours graves, le plus souvent tenaces et aisément compliquées. C'est à ce titre qu'elles embarrassent le clinicien.

Il ne saurait être question de donner une complète description, qualitative et quantitative, de ces lésions au cours de la première enfance ; cela nous entraînerait hors du cadre que nous nous sommes imposé.

Les faits cliniques se présentent toujours sous des chefs à peu près les mêmes, comprenant de nombreux sous-groupes, permettant une meilleure appréciation étiologique, provoquant une thérapeutique appropriée.

I.— DERMATOSES DUES A DES CAUSES CONNUES (1)

Premier groupe : Dermatoses parasitaires

Ce premier groupe de dermatoses en renferme plusieurs ; aussi laisserons-nous de côté toutes celles dues :

- a) à des bactéries connues ou inconnues ;
- b) à des champignons ;

(1) Ce schéma des faits dermatologiques a été emprunté à Gougerot.

- c) à des acariens ou insectes piqueurs ;
- d) à des protozoaires ;
- e) à des parasites animaux ;
- f) à des virus filtrants.

Nous nous arrêtons à quelques-unes de celles dont l'étiologie parasitaire est encore discutée.

LE PEMPHIGUS ÉPIDÉMIQUE DES NOUVEAU-NÉS :

En passant, il est bon de souligner que ce terme doit être remplacé par celui d'*impétigo contagieux*. Cette lésion est caractérisée par l'apparition simultanée de plusieurs phlyctènes de volume variable, contenant un liquide citrin sur fond rouge et siégeant ailleurs qu'à la paume des mains et à la plante des pieds par opposition à la syphilis.

Il apparaît à l'état épidémique dans les agglomérations d'enfants et plus fréquemment chez les enfants fragiles que chez les enfants sains et forts. C'est entre le 4^e et le 10^e jour après la naissance qu'il survient. L'état général est le plus souvent indemne. Sa fréquence est modérée comme en témoignent les chiffres suivants, révélateurs de ce qui s'est passé du 1^{er} janvier 1930 au 25 octobre 1944, soit pendant 14 ans, dans un service de nouveau-nés de cette ville :

ANNÉES	NOMBRE DE NAISSANCES	CAS DE PEMPHIGUS	POURCENTAGE
1930	131	3	2.3 %
1931	190	0	0.0 %
1932	196	7	3.5 %
1933	242	9	3.7 %
1934	223	2	0.8 %
1935	205	2	0.9 %
1936	245	2	0.8 %

ANNÉES	NOMBRE DE NAISSANCES	CAS DE PEMPHIGUS	POURCENTAGE
1937	263	3	1.1 %
1938	320	14	4.3 %
1939	339	21	6.1 %
1940	341	9	2.6 %
1941	413	13	3.1 %
1942	462	7	1.5 %
1943	495	4	0.8 %
1944	454	12	2.6 %
	4,619	108	2.34%

Les travaux les plus récents en attribuent la cause au streptocoque, quoique la présence secondaire du staphylocoque y soit quasi constante. Cette infection est favorisée par :

- 1° la fragilité cutanée ;
- 2° l'excès d'hygiène ;
- 3° l'absence d'hygiène ;
- 4° les bains trop chauds dès la naissance ;
- 5° un certain degré de macération par abus de l'eau ;
- 6° l'emploi de corps gras irritants.

Le traitement est avant tout prophylactique et dirigé contre les causes plus haut énumérées.

Du point de vue curatif, il serait préférable de ne pas ouvrir les phlyctènes et d'appliquer, sur les régions concernées, du bleu de méthylène en solution à 5%. Les régions atteintes doivent être laissées à découvert tout en conservant au bébé sa chaleur. Dans les formes les plus sévères où l'érythrodermie tend à se propager on peut employer la poudre de sulfathiazole.

L'IMPÉTIGO, LES PYODERMITES ET LES FOLLICULITES

Ces infections diffuses de la peau peuvent se produire sur un eczéma infecté, sur une cicatrice de vaccination, d'une plaie quelconque, sur des lésions de grattage appartenant à une phtiriase ou à la gale. Tout le traitement se résume à essayer d'empêcher la multiplication des foyers.

Contre l'impétigo.— Provoquer la chute des croûtes par des applications d'eau d'Alibour diluée à raison de 1 dans 4 ou 1 dans 6, et appliquer ensuite de l'oxyde jaune de mercure à 5%.

Un autre traitement, qui donne d'excellents résultats, consiste à appliquer directement sur la croûte, et à l'y laisser en place pendant cinq ou six jours, un morceau de diachylon (*Elastoplast*).

Contre la pyodermite.— Ouverture de chacun des éléments parvenus à la suppuration. Protéger les régions avoisinantes avec une pommade au sulfathiazole. Coucher l'enfant sur des compresses stériles que l'on change aux deux ou trois heures. Ne pas oublier l'emploi de la pénicilline.

Contre la folliculite.— Empêcher la transpiration. Employer la poudre de sulfathiazole. Avoir recours aux compresses stériles et, par la bouche, administrer quelques gouttes d'adrénaline.

Deuxième groupe : Dermatoses toxiques**Troisième groupe : Dermatoses dues à des irritations externes**

ÉRYTHÈME FESSIER

Cette lésion appartient à ce dernier groupe. Elle apparaît chez le nourrisson à l'occasion d'une diarrhée, mais aggravée et non provoquée dans nombre de cas par une des causes générales déjà responsables de l'impétigo contagieux.

De la simple rougeur à l'ulcération infectée ou non de la peau et des plis environnants, il n'y a qu'un pas. L'enfant pleure chaque fois qu'il se souille et l'érythème augmente.

Encore ici la prophylaxie s'impose par des mesures déjà mentionnées. La cure repose sur deux points distincts. Le premier c'est l'amélioration

du régime. Le deuxième consiste à isoler la peau du siège de tout contact irritant, soit en laissant l'enfant nu, soit en enduisant le siège d'un corps gras non irritant comme l'huile russe ou une vaseline neutre. Il faudra se méfier des couches lavées dans des savons trop alcalins, à base d'hypochlorite de chaux.

II. — SYNDROMES DUS A UNE MANIÈRE D'ÊTRE DU TÉGUMENT

Réactions cutanées de défense : prurit et urticaire.

L'ECZÉMA

Placé dans ce cadre pour des raisons purement didactiques, cette lésion pourrait appartenir aussi bien au groupe de celles qui dépendent d'une irritation externe ou interne et changer de place avec l'érythème fessier qui, dans nombre de cas, se révèle comme une manière d'être des téguments appelés à se défendre. En mentionnant cette étiologie possible de l'eczéma et en soulignant le fait que c'est une réaction de défense de la peau, nous avons l'impression d'avoir fait plus en pratique, que d'avoir exposé, dans un travail de ce genre, toute la pathogénie et la thérapeutique de cette maladie si commune de 3 mois à 2 ans.

III. — DERMATOSES DE CAUSES PLUS OU MOINS CERTAINES MAIS COMPLEXES

Dermatoses par dépôt : pigmentations anormales, xanthèmes.

Dermatoses neurotrophiques : *glossy skin*.

Dermatoses par oblitération vasculaire : gangrènes.

Dermatoses par dystrophies congénitales : ichtyose, kératoses pilaires même acquises, callosités, *nævi*, etc.

LES NÆVI

a) Les *nævi pigmentaires* ou mélaniques : ce sont des taches régulières bleues ou brunes, siégeant n'importe où ;

b) *Nævi verruqueux* : formant des saillies généralement mélaniques et mamelonnées ;

c) *Nævi pilaires* : le plus souvent leur pigmentation et leur étendue en font des monstruosités ;

d) *Nævi vasculaires* : ce sont les plus fréquents. On en distingue deux types : l'angiome plan et l'angiome tubéreux.

ANGIOMES

L'angiome plan : peut varier en étendue du petit angiome à la vraie tache de vin très grande.

L'angiome tubéreux : ressemble à des mûres ou des framboises pouvant atteindre des dimensions gênantes même du point de vue fonctionnel. Il est plus rare que les précédents.

TRAITEMENT

Tout angiome qui s'étend doit être traité aussi précocement que possible.

Petit angiome plan : cryothérapie avec ou sans électro-coagulation.

Grand angiome plan : rayons limités dits de Bucky.

Angiome tubéreux superficiel : cryothérapie.

Angiome tubéreux d'épaisseur moyenne : Radium ou injections sclérosantes.

Angiome tubéreux très épais : Injections sclérosantes. De préférence, exérèse chirurgicale.

IV. — LÉSIONS RELEVANT DE CAUSES DIVERSES

Appartenant à ce groupe, il y a l'éléphantiasis, les érythèmes polymorphes et les intertrigos. Cette dernière lésion est fréquente, mais surtout dans son association avec d'autres.

V. — L'INCONNU

Cancers, psoriasis, lichen, etc.

Il est très rare que la première enfance en soit atteinte.

Marcel LANGLOIS.



NOTES SUR LES
MALADIES VENERIENNES

Diagnostic d'urétrite chez l'homme

On ne doit pas poser un diagnostic de gonorrhée en l'absence d'une confirmation au laboratoire. La présence d'un écoulement urétral et la constatation de diplocoques intra-cellulaires gram-négatifs qui, au point de vue morphologique, ressemblent aux gonocoques dans les frottis de l'exsudat urétral, établissent le diagnostic de gonorrhée. Lorsqu'on ne trouve pas d'organismes spécifiques, on pose un diagnostic d'urétrite non spécifique (non gonorrhéique).

Il faudrait prendre des frottis à couches minces de l'écoulement urétral, aussitôt que le malade se présente avec un écoulement urétral. Il faudrait faire *plusieurs frottis* dès le *premier examen*, préférablement de deux à quatre, et même plus. Plus le nombre de frottis examinés sera élevé, plus grandes seront les probabilités de découverte des gonocoques et moins il y aura de chances de passer outre à un cas de gonorrhée

qu'on aura étiqueté *urétrite non spécifique*. La première goutte de pus, qui est presque toujours fortement contaminée par d'autres organismes, devrait être minutieusement essuyée du méat avant la prise de frottis.

Suspicion de syphilis

Tous les malades qui se présentent avec des symptômes indiquant une gonorrhée possible, devraient subir une épreuve sérologique de la syphilis.

a) Au moment de l'examen initial. *La responsabilité de cette épreuve incombe au médecin ;*

b) Trois mois après la fin du traitement. La responsabilité de cette épreuve incombe au malade lui-même qui doit recevoir des explications précises à ce propos.

Mapharsen bi-hebdomadaire

Lorsqu'on emploie le *mapharsen* dans le traitement de la syphilis récemment acquise, on devrait l'administrer *deux fois par semaine*, au moins pour les deux premières séries arsenicales.

Urétrite chez l'homme

On pose un diagnostic clinique d'urétrite chez l'homme en se basant sur l'histoire du cas et sur les constatations physiques d'un écoulement urétral.

Les résultats des examens de laboratoire établiront la différence entre la gonorrhée et l'urétrite non spécifique (non gonococcique).

Les malades chez qui le diagnostic d'urétrite non spécifique a été posé se répartissent en deux groupes :

a) Les cas d'urétrite gonorrhéique mal diagnostiquée comme cas d'urétrite non spécifique par suite d'examen de laboratoire insuffisants ou parce qu'il y a trop peu de gonocoques pour que leur présence puisse être facilement démontrée ;

b) Les cas d'écoulement urétral non causé par le gonocoque.

La syphilis récente

Points importants

- 1° Preuve du diagnostic, par le laboratoire ;
- 2° Histoire du cas et examen physique complets ;
- 3° Dossier soigneusement rédigé ;
- 4° Traitement suffisant et régulièrement suivi ;
- 5° Examens de sang tous les six mois au cours des deux premières années et tous les ans au cours des trois années suivantes ;
- 6° Examen du liquide céphalo-rachidien à la fin du traitement ;
- 7° Signalement du cas et enquête sur les « contacts ».

Mapharsen tri-hebdomadaire

Eagle a élaboré plusieurs *régimes* de traitement pour la syphilis récemment acquise. Suivant ces *régimes*, on injecte 0.06 de mapharsen *trois fois par semaine* pendant une période de 10 à 12 semaines. Lorsque le mapharsen est administré seul, les résultats sont uniformément médio-

ces. Lorsqu'on ajoute des injections de bismuth au mapharsen, les résultats sont satisfaisants.

Traitement normal de 18 mois pour la syphilis

Le traitement normal de la syphilis récemment acquise consiste en *au moins quarante* injections d'une substance arsenicale trivalente et *au moins quarante* injections d'une préparation de bismuth, administrées au cours d'une période de dix-huit mois.

Le facteur *le plus important* de ce traitement, c'est qu'il doit être *ininterrompu*. Le malade doit recevoir au moins une injection par semaine. On ne devrait jamais lui permettre de passer plus de dix jours sans traitement, surtout au cours des six premiers mois.

Épidémiologie

Chaque vénérien a acquis son infection d'une autre personne. De plus, il peut avoir transmis son infection à d'autres personnes avant de venir se faire traiter par le médecin. Le malade est le seul à posséder des renseignements sur ces contacts à son infection. Il incombe au médecin d'obtenir avec tact ces renseignements, afin qu'ils puissent être transmis au service provincial de santé en vue d'une enquête épidémiologique confidentielle.

Traitement de l'urétrite non spécifique chez l'homme

L'expérience démontre que le plus grand nombre des cas d'urétrite chez l'homme sont causés par le gonocoque, même si cet organisme ne peut être facilement décelé au premier examen. Par conséquent chaque homme qui se présente avec un écoulement urétral devrait subir un traitement immédiat pour la gonorrhée pour le protéger lui-même contre le danger de complications possibles de cette maladie et pour protéger le public contre une source latente de propagation de la gonorrhée à d'autres personnes de la localité.

REPÉREZ LES CONTACTS

**SIGNALEZ TOUS LES CAS
AUX AUTORITÉS**

ANALYSES

L. BROUHA, A. GRAYBIED et C. W. HEATH. **The Step Test.**
(Épreuve du pas.) *Revue canadienne de Biologie*, vol. 2, n° 1, (fév.)
1943, pp. 86-92.

Cette méthode, très simple et facile d'emploi, consiste à faire monter le sujet sur une plateforme de 20 pouces de hauteur à raison de 30 fois par minute pendant 5 minutes : c'est un travail musculaire dur.

L'index d'aptitude physique, facile à compter, permet de classer les sujets en excellent, bon, moyen ou faible. Il ne donne pas de résultats très précis, mais il permet de suivre les progrès d'un sujet soumis à l'entraînement physique et, aussi, de déterminer si cet entraînement est adéquat.

Pierre JOBIN.

Louis-Paul DUGAL et Henri LAUGIER. **Recherches sur la cicatrisation des plaies.** *Revue canadienne de Biologie*, vol. 1, n° 7, (déc.) 1942, pp. 687-720.

Les auteurs ont soumis à l'expérimentation l'hypothèse d'accélérer la cicatrisation des plaies par les substances capables de précipiter le calcium (acide oxalique, oxalate de sodium, oxalate de potassium et fluorure de sodium). Les concentrations les plus faibles sont les meilleures. Ils ont produit deux plaies égales sur le même lapin pour éliminer le facteur individuel.

L'acide oxalique à 2‰ agit encore mieux que l'eau salée à 8‰, qui, pourtant, s'était révélée expérimentalement la plus favorable à une cicatrisation rapide. La moyenne des gains effectués par l'acide oxalique sur l'eau salée est de 22% (maximum 42%).

L'acide oxalique faible a donc une action favorable sur la cicatrisation des plaies et cette action se fait sentir durant toute la durée de la cicatrisation.

Pierre JOBIN.

Jacques LEBEAU. **Localisation cérébrale de la conscience.** *Revue canadienne de Biologie*, vol. 1, n° 2, (fév.) 1942, pp. 134-156.

La conscience est la faculté de se comporter normalement, même si le trouble des moyens de compréhension ou d'expression diminue les possibilités de réaction du sujet.

Les procédés d'exploration de la perte de conscience sont nombreux : la tendance au sommeil, la lenteur des mouvements (sans paralysie), la diminution apparente des sensations, ou mieux, des perceptions, la désorientation, l'apathie et, surtout, l'obnubilation qui paraît résulter de tous les signes précédents et qui peut aller jusqu'à la torpeur et même au coma. Dans ces derniers cas, le temps buccal de la déglutition est perturbé et, parfois, le temps pharyngé.

On peut apprécier les troubles de la conscience par de simples moyens d'observation clinique : dans les cas légers, ce sont les formes supérieures du comportement qui sont touchées, comme la lecture et la conversation ; dans les cas accentués, des formes plus simples sont affectées, comme la réaction à la douleur ; dans les cas graves, les formes primitives comme la déglutition sont perturbées. Parfois l'agitation traduit un trouble de la conscience.

L'auteur croit possible de localiser la conscience dans le tronc cérébral et, plus spécialement, dans la région mésencéphalodiencephalique. Le centre de la conscience n'est pas dans le corps calleux parce que les interventions larges (tumeurs du corps calleux nécessitant l'ablation des $\frac{2}{3}$ de l'organe, tantôt en sa partie antérieure, tantôt en sa partie postérieure) n'ont jamais causé de troubles de la conscience ; ainsi en est-il du noyau caudé.

Les expériences de Penfield et les opérations de l'auteur montrent que la conscience ne peut pas être localisée dans les hémisphères cérébraux.

La clinique permet de constater que les lésions de la protubérance, du bulbe et de la moëlle ne s'accompagnent jamais de trouble de la conscience.

Il reste que les pédoncules cérébraux et les parois latérales du III^e ventricule (couches optiques et régions sous-optiques) montrent des lésions anatomiques dans l'épilepsie (qui est essentiellement une perte de conscience). La neuro-chirurgie montre que, dans la compression des parois du III^e ventricule par des tumeurs cérébrales, l'obnubilation disparaît avec la tumeur et persiste dans les cas inopérables. L'œdème cérébral, surtout aigu et s'étendant à la région hypothalamique, produit toujours une perte de conscience, à tel point que les neurologues ne peuvent dissocier les trois vocables : œdème cérébral, perte de conscience et crise d'épilepsie.

La localisation de la conscience dans la partie antérieure du tronc cérébral et la région hypothalamique est rendue encore plus probante par les recherches récentes qui ont montré des lésions anatomiques dans les psychoses ; par l'association de troubles vaso-moteurs (rougeur de la face) dans les tumeurs du diencéphale (l'hypothalamus règle la vaso-motricité, la température, les rythmes cardiaque et respiratoire).

Cette localisation est probable ; sa démonstration rigoureuse n'est pas encore faite.

Pierre JOBIN.

Louis BERGER. **Tumeurs des cellules sympathicotropes de l'ovaire avec virilisation.** *Revue canadienne de Biologie*, vol. 1, n° 5, (juin) 1942, pp. 539-566.

Les cellules sympathicotropes sont des cellules particulières que l'on rencontre dans le hile de l'ovaire et qui présentent toujours des relations étroites avec les nerfs. Elles sont les homologues des cellules de Leydig du testicule. Pierre Masson leur accorde un rôle endocrinien, non encore défini.

L'auteur rapporte l'observation d'une femme qui a présenté un syndrome de virilisation qui a duré 18 ans et qui s'est partiellement effacé après castration. Un ovaire contenait un adénome fait de cellules sympathicotropes, situé dans le mésovaire, et au contact des nerfs. Cette observation anatomo-clinique fait concevoir la possibilité d'un nouveau syndrome de masculinisation par hyperplasie des cellules et par arrhéno-blastome. Il semble logique de penser que le substratum anatomique des hormones androgènes des extraits ovariens soit les cellules sympathicotropes normales du hile de l'ovaire.

Pierre JOBIN.

J.-A. BLAIS, H. LAUGIER et E. ROBILLARD. **Anesthésie et réflexe linguo-maxillaire.** *Revue canadienne de Biologie*, vol. 1, n° 5, (juin) 1942, pp. 523-538.

Les auteurs décrivent une méthode de mesure de profondeur de l'anesthésie générale, basée sur la recherche du seuil du réflexe linguo-maxillaire qui permet de suivre à chaque instant le degré d'anesthésie et d'en donner une appréciation chiffrée. Divers anesthésiques respiratoire, intra-veineux ou péritonéal ont été étudiés et comparés dans leurs conditions d'absorption par le système nerveux et d'élimination.

Le réflexe linguo-maxillaire consiste en un mouvement d'abaissement du maxillaire inférieur provoqué par une excitation unique et brusque portée sur la langue ; ce mouvement est dû à la contraction des muscles digastriques.

Le nerf lingual représente la voie sensitive et le facial la voie motrice. Pour provoquer le réflexe, il suffit de pincer brusquement la langue ou d'y appliquer un excitant électrique pour aussitôt observer la contraction des digastriques. C'est le réflexe de l'individu qui se mord la langue.

Son étonnante résistance à la fatigue permet de le répéter semblable à lui-même selon un rythme rapide et pendant des heures. Au cours de l'anesthésie, il disparaît lentement et tardivement, bien après

les réflexes palpébral ou cornéen. On peut encore le retrouver mais en augmentant progressivement l'intensité de l'excitation au cours d'une anesthésie très profonde. C'est justement en employant des stimulants d'intensité mesurable que l'on peut définir la profondeur de l'anesthésie : la courbe d'élévation du seuil du réflexe correspond à la courbe de l'anesthésie. Le seuil du réflexe devient de plus en plus élevé à mesure que l'anesthésique est absorbé par le système nerveux et il s'abaisse proportionnellement à son élimination. Les auteurs ont étudié les anesthésiques suivants : chloroforme, éther, cyclopropane, nembutal, pentothal, chloralose, chloral-morphine et uréthane.

La simplicité de cette épreuve rend son application facile à la clinique humaine.

Pierre JOBIN.

Les sulfamidés dans les maladies gastro-intestinales. (Symposium.) *Gastroenterology*, vol. 4, n° 1, (janvier) 1945.

I. — LE MODE D'ACTION DES SULFAMIDÉS DANS LES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES (Aaron et Farber).

En 1942, Poth introduit dans la thérapeutique le sulfasuxidine. Depuis ce temps le sulfaguanidine est détrôné à cause des complications provoquées par sa trop rapide absorption à travers l'intestin, et de son inefficacité en présence de lésions ulcéreuses de l'intestin.

Le sulfasuxidine, comme les autres sulfamidés, agit par action bactériostatique. D'après Poth, cette action peut être expliquée de la façon suivante : il existe une substance hypothétique, possiblement un enzyme, qui s'unit avec l'acide para-amino-benzoïque pour former un agent métabolique essentiel à la croissance de certaines bactéries. Le sulfonamide s'unit avec cette substance X pour former une conjugaison inhibant le développement des bactéries, les conditions optima d'action sont donc une concentration élevée de sulfamidés dans l'intestin, et un taux abaissé d'acide para-amino benzoïque.

Quand une dose thérapeutique de sulfasuxidine est administrée, les selles, à cause de la destruction rapide des bactéries coliformes et de la flore protéolytique anaérobie, diminuent de volume et deviennent semi-liquides, conditions qui favorisent l'absorption de l'acide para-amino-benzoïque. Au contraire, la présence de pétrolatum, les selles diarrhéiques ou dures, et les lésions ulcéreuses extensives diminuent l'absorption de l'acide et, par conséquent, l'action du sulfasuxidine.

Dans le sang, on ne retrouve que des traces de sulfasuxidine ; dans l'intestin, le taux de concentration est très élevé.

Le sulfasuxidine aurait aussi une action virostatique.

II. — L'EXCRÉTION GASTRIQUE DES SULFAMIDÉS CHEZ L'HOMME (L. Schiff).

Expérimentalement, chez l'animal, le taux de concentration des sulfamidés dans le suc gastrique est en rapport direct avec le taux de concentration sanguin, à l'exception du sulfathiazole.

Chez l'homme, le taux de concentration gastrique de sulfadiazine (après injection intra-veineuse) est identique chez l'individu sain et les patients atteints d'ulcère, de gastrite atrophique et de cancer avec HCl libre. Dans le cancer étendu, le taux de concentration est beaucoup plus élevé.

Avec le sulfapyridine, l'état anatomique de l'estomac n'influence pas le taux de concentration, mais le pH a une influence. En présence de HCl libre, le taux de concentration du sulfapyridine est 4 à 8 fois supérieur à celui du sang. Quand le pH monte, le taux de concentration diminue. Il est possible que ce taux de concentration élevé dans le suc gastrique soit la cause des nausées et des vomissements qui surviennent fréquemment après l'administration de cette drogue.

III. — L'EMPLOI DU SULFASUXIDINE DANS LA COLITE ULCÉREUSE CHRONIQUE (H. M. Pollard).

36 patients furent traités avec les résultats suivants :

Le sulfasuxidine amena une diminution dans le nombre des selles chez 83% des malades ; chez 18% cette diminution fut rapide. La baisse de la température fut très fréquemment rapide. Une augmentation importante du poids fut enregistrée chez 13 malades. Dans les deux tiers des cas environ, il y eut une amélioration de l'image endoscopique. La flore pyogénique ne parût toutefois pas changée après le traitement.

La dose thérapeutique fut de 12 grammes par jour pour au moins 2 ou 3 semaines. Un malade reçut 12 grammes pendant 60 jours et, ensuite, 6 grammes pendant 120 jours sans aucun effet toxique.

Les manifestations toxiques furent rares et de peu d'importance. Le taux de sulfathiazole dans le sang était trop bas pour être lu.

IV. — LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DANS LA COLITE ULCÉREUSE (E. N. Collins).

Le rapport concerne surtout des patients qui furent traités il y a plusieurs années par le sulfanilamide et/ou le néoprontosil.

Il est difficile d'évaluer la valeur de cette thérapeutique, mais il est permis de croire, d'après les résultats obtenus, que les sulfamidés ont une place de choix dans la thérapeutique de cette maladie.

Le néoprontosil et/ou le sulfadiazine doivent être préférés dans les cas toxiques et le sulfasuxidine dans les cas non toxiques vus précocement.

V. — L'EMPLOI DES SULFAMIDÉS DANS L'ILÉITE (B. B. Crohn).

Il est trop tôt pour pouvoir évaluer la valeur de la thérapeutique dans l'iléite. Il est hors de doute que dans la thérapeutique pré-opératoire, dans les cas inopérables parce que trop étendus, et tout particulièrement dans les récurrences post-opératoires (12 à 18%) le sulfasuxidine joue un rôle important.

VI. — LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DES VOIES BILIAIRES PAR LES SULFAMIDÉS (M. E. Rehfuss).

Les bactéries qui s'attaquent aux voies biliaires sont très souvent sensibles aux sulfamidés. L'expérience des dernières années a montré que les patients souffrant d'hépatite aiguë infectieuse ou d'affection aiguë des voies biliaires bénéficient de la thérapeutique sulfamidée.

L'auteur croit que l'existence de tares hépatiques n'est pas une contre-indication à l'emploi de ces médicaments quoiqu'ils doivent être administrés prudemment chez de tels malades, surtout ceux souffrant de cirrhose.

En chirurgie, dans les cas où il y a possibilité d'infection, surtout après les interventions sur le cholédoque, et dans les complications post-opératoires, les sulfamidés donnent de bons résultats.

Le choix universel semble être le sulfadiazine.

VII. — LES EFFETS DES SULFAMIDÉS DANS LA DYSENTERIE BACILLAIRE (J. Felsen).

Les facteurs suivants influencent l'efficacité de la thérapeutique par les sulfamidés : le dosage, la précocité de l'institution du traitement, la variété de la souche dysentérique en cause, la présence d'agents inhibiteurs et la possibilité d'absorption de la drogue.

Il semble que la meilleure mesure thérapeutique est l'administration conjointe d'un sulfamidé peu absorbable et d'un sulfamidé très facilement absorbé.

Les échecs, les rechutes et le passage à l'état de porteur de germes sont dus surtout au dosage non adéquat des sulfamidés ou à la présence de souches sulfamido-résistantes.

Le dosage, d'après l'opinion générale actuelle, doit être le suivant : la dose initiale doit être de 0.25 gr. par kilo de poids durant les premières 24 heures ; dans la suite, la moitié de la dose initiale jusqu'à trois jours après la disparition des symptômes.

Ainsi, pour les premières 24 heures, 9 grammes de sulfathiazole ou sulfadiazine plus 9 grammes de sulfasuxidine.

Jean-Paul DUGAL.

M. MEEKISON. **Some Remarks on Three Common Fractures.**

(Quelques considérations sur trois fractures fréquentes : I. Fractures du scaphoïde carpien ; II. Fractures de la tête du radius ; III. Fractures de la malléole interne.) *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. XXVII, n° 1, (janvier) 1945, pp. 80-86.

I. — FRACTURES DU SCAPHOÏDE CARPIEN

Tout a déjà été dit à leur sujet, mais comme personne n'écoute, il faut toujours recommencer. Dans l'entorse du poignet, il faut faire

quatre radiographies ; si l'on soupçonne une fracture du scaphoïde, bien que la radio soit négative, un plâtre devra être appliqué pour trois semaines. Alors, nouvelle radio qui pourra révéler une fracture, invisible au premier examen. L'auteur a eu 8 cas sur 115 dont le diagnostic a été fait ainsi par seconde radio après 3 semaines.

Le traitement comprend :

- a) les fractures récentes ;
- b) les fractures anciennes.

a) *Fractures récentes.* Une immobilisation par plâtre en bonne position donne 100% de bons résultats. Le plâtre sera maintenu au moins huit semaines. Meekison prend le pouce dans l'appareil plâtré et en abduction ; le plâtre tient mieux.

b) *Fractures anciennes* (un mois ou plus) :

Quatre méthodes de traitement :

1° Appareil plâtré pour quatre à six mois pour les fractures variant d'un à trois mois.

2° L'excision quand le fragment proximal est petit et tend à se nécroser. La faire précocement avant qu'il y ait processus dégénératif du cartilage du radius — ce qui peut être vu après deux mois.

3° Greffon osseux, par voie dorsale. Sur 115 cas, 17 ont été opérés avec de bons résultats.

4° Arthrodèse du poignet — quand il y a modifications arthritiques osseuses du carpe. La flexion et l'extension sont perdues, mais la pronation et la supination persistent.

II. — FRACTURES DE LA TÊTE DU RADIUS

L'auteur a constaté que cette fracture, très fréquente dans les chutes de bicyclettes, produit une lésion considérable du cartilage articulaire de la tête radiale et que les lésions rencontrées à l'opération sont plus étendues que celles indiquées par les rayons X. Dans les fractures récentes, l'excision de la tête donne d'excellents résultats ; dans les fractures anciennes il faut, de plus, s'efforcer d'enlever tous les petits fragments dans l'articulation. Les exercices sont commencés aussitôt après l'opération. L'écharpe n'est pas permise. Après trois à six semaines les mouvements, sont normaux dans les fractures récentes.

III. — FRACTURES DE LA MALLÉOLE INTERNE

Quand il y a déplacement, l'auteur conseille la réduction sanglante et la fixation par une vis en vitallium suivi d'un appareil plâtré bien rembourré pour deux semaines. Alors un nouvel appareil plâtré avec talon de caoutchouc est fait. La consolidation osseuse se fait en huit à dix semaines. Sur 56 cas ainsi traités, Meekison n'a eu que trois mauvais résultats ; tous les autres sont retournés à leur travail antérieur.

L.-P. Roy.

CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

M. LE Pr LOUIS BERGER

CONSEILLER DE LA SOCIÉTÉ DU CANCER DU CANADA

En juin dernier, la *Canadian Society for the Control of Cancer*, filiale de l'Association médicale du Canada, nommait le Pr Louis Berger membre de son grand conseil et, en août, elle le priait de faire partie de son bureau de direction.

La société a l'intention d'organiser en 1946 un programme éducatif en rapport avec la maladie du cancer et d'en faire un mouvement d'envergure nationale ; d'autre part, cette campagne se poursuivra conjointement aux États-Unis et au Canada, à la demande expresse du regretté président Roosevelt.

La compétence du Pr Berger en anatomie pathologique, et particulièrement en matière de cancer (il est directeur du Centre anticancéreux de Laval), de même que l'expérience qu'il a acquise au cours « semaines du cancer » qu'il avait organisées avec feu le Pr Arthur Vallée, de 1931 à 1934, rendent tout à fait judicieuse sa nomination au bureau de direction de la Société canadienne de Contrôle du Cancer.

PRIX CASGRAIN & CHARBONNEAU

La maison Casgrain & Charbonneau a offert à la Faculté de médecine de Laval un montant annuel de cinq cents dollars pour un travail original se rapportant à la médecine expérimentale. Les deux lauréats du concours sont : M. Roger Gaudry, docteur-ès-sciences et professeur agrégé de biochimie, pour ses remarquables synthèses d'acides aminés, et M. le Dr Maurice Giroux, professeur agrégé et chef des laboratoires de

l'hôpital Laval, pour ses recherches sur « le traitement de la tuberculose expérimentale du cobaye par la diasone ».

Le jury, qui se composait de MM. les Drs Charles Vézina, A.-R. Potvin, R. Gingras, R. Blanchet, J.-E. Morin et E. Gaumond, et le *Laval Médical* félicitent chaleureusement les lauréats de ce concours pour leurs travaux originaux dans le domaine expérimental.

PRIX A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

<i>Médaille Fiset :</i>		M. Gérard LÉTIENNE	
<i>Prix Morrin :</i>			
Première année...	1 ^{er} ...	M. Viateur DESHAYES	
	2 ^e ...	M. Jean-Paul LANDRY	
Deuxième année...	1 ^{er} ...	M. François GAGNÉ	} <i>ex æquo</i>
	2 ^e ...	M. François CLOUTIER	
		M. Patrick LAUGHREA	
Troisième année...	1 ^{er} ...	M. Conrad ROUSSEAU	
	2 ^e ...	M. Chs-Henri PARENT	
Quatrième année...	M. André McNICOLL	
<i>Prix Lemieux :</i>		M. Clément JEAN	
<i>Prix Vézina :</i>	1 ^{er} ...	M. Guy TARDIF	
	2 ^e ...	M. Jean GOSSELIN	
<i>Prix Laënnec :</i>		M. Guy TARDIF	
<i>Médaille de l'internat :</i>			
(Prix Dagneau)		M. Joseph FOOHEY	
<i>Prix Ciba :</i>	1 ^{er} ...	M. J.-Marie LANOIE	
	2 ^e ...	M. Conrad ROUSSEAU	
<i>Prix Nadeau :</i>			
Première année...	1 ^{er} ...	M. Viateur DESHAYES	} <i>ex æquo</i>
		M. André POTVIN	
	2 ^e ...	M. Roger DIONNE	
Quatrième année...	1 ^{er} ...	M. Jean GOSSELIN	
	2 ^e ...	M. Rosario MORIN	
<i>Prix Jobin :</i>		M. Jean BROCHU.	

LA CROISÉE DES CHEMINS (1)

Il n'avait pas quarante ans, l'aimable Joachim Du Bellay, quand il écrivit son immortel sonnet :

« Heureux qui, comme Ulysse, a fait un beau voyage
Ou comme celui-là qui conquit la Toison
Et puis, est revenu plein d'usage et raison
Vivre, chez ses parents, le reste de son âge » ...

A quarante ans le médecin a fait un beau voyage. Dans une exaltation, souvent douloureuse et toujours jeune, il connut des joies professionnelles et personnelles. Sa famille, ses enfants, continuent de lui apporter de chères préoccupations et des bonheurs inquiets. Il n'a pas, tel Jason, conquis la Toison fantastique. Une situation acquise, une clientèle attachante, lui accordent la sécurité présente et pour l'avenir une tranquillité relative.

Plein d'usage, il a vécu au sens fort du terme. Il a aimé ; il a souffert. En cours de route, il a perdu des amis ; il en a trouvé de nouveaux. Ses contacts, indéfiniment répétés avec des gens de tous les milieux et dans les circonstances innombrables de la vie, lui ont appris ce qu'on pouvait attendre, mais pas plus, des êtres et des choses. Autour de lui, le monde a bougé ... Ses maîtres, et ceux-ci qui, par leur personnalité, tenaient les rênes dans la société politique, religieuse, sociale de son milieu immédiat, sont partis les uns après les autres. Une guerre brutale, une prospérité factice, une débâcle financière, une autre guerre, les troublantes perspectives d'un après-guerre prochain, ont engendré sous ses yeux un chambardement monstrueux des concepts et des mœurs ... Il en a tellement vu que la folle illusion ne pousse plus sur ses plates-bandes ...

Plein de raison aussi, il connaît, par expérience, l'écart qui existe entre ses désirs, ses rêves et leurs réalisations possibles. Il a livré, pour le bien commun, certaines batailles ... Le résultat le meilleur fut un compromis entre l'idéal et la réalité ! Et la cicatrice est toujours là des ingratitude, des abandons, des calomnies dont on l'a payé de retour ... Maintenant, un petit serrement rétrosternal qui se répète, une vague douleur articulaire, une alerte sérieuse, la mort imprévue d'un collègue,

(1) Extrait du *Journal de l'Hôtel-Dieu*, n° 6. (novembre-décembre) 1944.

d'un ami, d'un parent, d'une connaissance, l'avertissent que, n'étant pas encore vieux, il n'est déjà cependant plus jeune... Et dans cette méditation mélancolique des soirs de lassitude, qui se font plus fréquents, se dessinent, d'une part, l'apparente inanité des enthousiasmes altruistes et, de l'autre, les joies immédiates du métier, du foyer, des arts, des sports qu'on aime... Solution des sages ou des faibles si l'on veut, mais il fait si bon

Vivre chez ses parents, le reste de son âge...

Et cependant, que deviendrait la collectivité sans les hommes de quarante à cinquante ans? Ils assurent, dans le mobile, une permanence. Les aînés, qui sont maintenant dans la soixantaine et au delà, ont mené leurs combats. Leur œuvre est essentiellement accomplie. Ils ont marqué leur temps, leurs élèves et les institutions. La plupart, — mais pas tous, — car la notion de l'âge n'est pas chronologique — ont maintenant une certaine rigidité de pensée et conservent une certaine amertume de ce que le monde n'est pas exactement ce qu'ils auraient voulu qu'il fût. A l'autre pôle, les jeunes sont impatients, ivres d'une liberté qui leur dévoilerait sans retard un horizon différent. Nous avons connu cet état d'âme. Les hommes d'âge moyen gardent assez de souplesse pour s'adapter aux conditions nouvelles, assez de sagesse et d'expérience pour éviter les désastreuses embardées. Ils sont les chefs naturels d'une évolution progressive... Dans tous les pays... Dans toutes les sphères de l'activité humaine : morale, politique, professions, commerce, etc...

Cette fonction, les hommes de quarante à cinquante ans l'assument en général. On les voit partout aux avant-postes, aux leviers de commande. Dans leurs milieux respectifs, ils créent le présent, ils dictent l'avenir. Leur tâche est énorme. A cause des multiples défections égoïstes... A cause de ceux qui, parmi eux, sont restés pathologiquement jeunes ou sont prématurément devenus séniles. A cause surtout, par les temps qui courent, de ceci...

Notre société sera demain ce que les hommes de notre génération auront, dans tel domaine, voulu qu'elle soit. Si une philosophie générale, communément reçue, sait apporter partout, avec les nuances appropriées à tel cas particulier, la réponse concrète à nos problèmes, nous aurons la paix, l'harmonie, le succès... Il ne suffit plus, bien que ce soit toujours notre premier devoir, de posséder les meilleurs ingénieurs, les meilleurs architectes, les meilleurs commerçants, les meilleurs médecins. L'ère du métier, se satisfaisant lui-même, est révolue... Nous vivons présentement, nous vivrons davantage demain sous le signe de la socialisation, qui s'empare de l'individu dans toutes ses possibilités, dans toutes ses spécialités...

Et alors le problème de nos médecins de quarante à cinquante ans devient, pour une grande part, celui de notre médecine canadienne-française, celui de notre peuple canadien-français. Nous sommes tous à la même croisée des chemins. Il nous faut décider. Deux écueils

terribles nous menacent. D'un côté, un nationalisme outré, aveugle, vaniteux, inconscient, égoïste, qui fermant les fenêtres extérieures, nous vouerait à une dégénérescence certaine ; de l'autre, une assimilation par une majorité étrangère, orgueilleuse, accapareuse qui nous réduirait aux rôles de valets. Des problèmes apparemment aussi disparates que la réforme de notre enseignement médical, l'assurance-santé, la socialisation de la médecine, la collaboration étrangère, la collaboration avec l'étranger et combien d'autres, ne pourraient-ils pas se résoudre à la lumière de principes doctrinaux sûrs, de perspectives historiques claires . . . La thèse, une fois de plus, nous donnerait-elle la solution de l'hypothèse ? Il ne peut déplaire à des esprits latins de puiser parfois dans la contemplation les directives de leurs actes . . .

I. — QUELQUES POINTS DE DOCTRINE

Notre premier devoir de médecins est de posséder un métier complet. C'est un truisme sur lequel il serait impertinent de s'appesantir . . . Or, le métier est universel dans ses sources, dans ses réalisations, dans ses techniques. Partout, la médecine et la chirurgie empruntent les données de la physique, de la chimie, de la biologie, de l'anatomie, de l'anatomie-pathologique, de l'examen clinique. Partout les procédés d'investigation, les voies de l'interprétation et du traitement sont les mêmes. Une organisation plus poussée, un personnel plus entraîné et plus nombreux, des ressources financières plus abondantes, une pédagogie plus systématisée, font que tel pays, dans tel domaine et à tel moment de l'histoire possède une supériorité éclatante. C'est là qu'il faut aller. C'est de là qu'il faut cueillir pour les mettre en pratique, dans toute la mesure de nos possibilités, les avantages d'autrui. Mais à moins d'être d'éternels parasites, nous avons l'obligation, nous aussi, d'enrichir le métier universel. Personne, je crois, n'en discutera . . .

Cet internationalisme n'exclut d'ailleurs pas, au sein du métier, des particularités d'application. A science égale, tous les médecins ont à leur disposition les mêmes techniques. Est-ce à dire qu'ils les doivent toutes employer concurremment ? Je sais bien que cela se fait et qu'en certains milieux, on en vient à réaliser pour tout malade en acte ou en puissance un profil biopathologique complet. Sorte de pêche au filet menu : tous les poissons, petits et grands, morts et vifs, comestibles ou non s'y prennent ; on garde les bons, on rejette les autres. C'est là une médecine d'exception, parfois nécessaire, matériellement impossible sur une vaste échelle. D'ordinaire quand un choix est permis entre les procédés susceptibles de conduire à la fin désirée, qui est un diagnostic précis et une thérapeutique efficace, l'art apparaît. L'art, façon singulière de mettre en œuvre des moyens identiques. En ce sens, une touche originale distingue, dans leur ensemble, la médecine anglo-saxonne, américaine, française, etc. Ainsi la médecine américaine met l'accent sur les constatations de laboratoire, raisonne sur des données statistiques ; la médecine française est plus intuitive, elle s'appuie davantage sur un examen clinique approfondi du malade et sur une anamnèse subtile . . . Question de tournure d'esprit et de

culture générale, colorant l'exercice courant du métier, n'excusant jamais les omissions préjudiciables, mais soulignant déjà les préférences intellectuelles et affectives du médecin.

La biologie humaine obéit aux lois qui régissent toute la matière vivante. Les données que nous fournissent l'observation et l'expérimentation biologiques trouvent chez l'homme leurs applications, dans la mesure précise où l'homme participe à la vie... C'est en ce sens, que, nonobstant les différences de genres et d'espèces, nous puisons à pleines mains dans les trésors des sciences de laboratoire... Il y a plus. Le climat, l'hérédité spécifique et familiale, la race, les notes particulières de la constitution et du tempérament, etc., font de chaque sujet un individu que nous n'embrassons jamais que par approximation plus ou moins adéquate... Suffisamment, toutefois, pour établir des groupes ou des sous-groupes aux systèmes réactionnels peut-être comparables... Ce n'est cependant encore qu'une ébauche en ce qui concerne l'être humain. Car, il est plus qu'un individu ; il est une personne douée d'un psychisme propre, d'une volonté libre et d'une fin ultime exclusive... Or, certains médecins continuent à ne voir dans le malade qu'un ensemble de mécanismes biologiques perturbés de telle ou de telle façon. D'autres s'élèvent jusqu'au concept plus ou moins évolué de l'individualité. C'est, par exemple, dans son élan merveilleux mais incomplet, le grand mouvement contemporain de la médecine psychosomatique. Rares sont les malades chez qui un complexe affectif individuel ou social n'entre pas dans la genèse de la maladie ou dans l'œuvre de la guérison... Nous croyons qu'il y a plus encore. Comprendre convenablement un malade, c'est le saisir dans toute sa biologie, dans toute son individualité, dans toutes les nuances subtiles de sa personne. Et pour cette appréhension intégrale, il n'est pas indifférent que malades et médecins, maîtres et élèves, participent d'un même milieu humain, d'une même culture générale, d'une même philosophie de la vie.

En voici une autre raison, supérieure. La médecine ne se confine pas à des rapports isolés entre médecins et malades. Elle embrasse le domaine social. Le médecin est le confident et le conseiller, non seulement de ses clients, mais aussi des familles de ses malades, et en des matières qui ne sont pas exclusivement médicales. Son influence indéniabie fut maintes fois décisive. Il fut de tout temps, au chapitre de l'hygiène, conseiller des municipalités, des provinces et des pays. Il est appelé à le devenir de plus en plus. Après la guerre, le nombre des lois visant à l'amélioration de la santé physique et psychologique des citoyens sera indiscutablement décuplé. « On verra alors maints faits, maintes théories sortir de la cage dorée où nous les gardons présentement, pour gagner les législatures et les codes. Faits et théories venus de partout, universels comme la culture médicale, mais qui devront, dans l'application, se nuancer à la couleur des cultures particulières, se couler dans le moule des philosophies singulières de la vie, propres à chaque peuple et à chaque race » (1). Déjà les projets d'assurances-santé nous en fournissent des exemples. Il en est d'autres, de multiples autres.

(1) A. BARBEAU : « Le Médecin ». *Revue Dominicaine*, vol. XLVIII, (fév.) 1942.

Ainsi l'euthanasie, l'avortement thérapeutique, la stérilisation des inaptes sont, du strict point de vue du métier médical, discutables. Pour les médecins de notre mentalité et de notre foi, ils sont inadmissibles. Et ils sont inadmissibles pour des motifs supérieurs à ceux de l'exercice coutumier de notre profession mais essentiellement intégrés dans notre personnalité médicale.

En résumé, le médecin doit viser à posséder un métier parfait. C'est son obligation fondamentale, indiscutable. Pour atteindre à ce sommet, il lui faut communier avec tout l'univers dans l'orbite de ses préoccupations scientifiques. Mais ce métier, ce savoir ne restent pas suspendus dans l'abstrait. Dès qu'il se concrétise, apparaît l'art que polarisent les innéités, la formation antérieure professionnelle, que spécifient davantage encore la personne du malade et celle du médecin. Enfin, sur le plan social, notre métier rencontre une culture plus vaste et plus particularisée à la fois, culture dont il doit épouser les contours... Toute conception de la médecine, qui n'embrasse pas l'existence de tous ces facteurs et qui ne les dispose pas dans une hiérarchie nécessaire, est fatalement fautive et destructrice. Peu importe le brio apparent dont elle s'affuble...

II. — PERSPECTIVES HISTORIQUES

Quelle est la meilleure médecine? L'américaine, l'anglaise, la française, la russe, etc., etc.? Cette question est insoluble, car elle n'a pas de sens. Le terme médecine est très générique. Il comprend la médecine proprement dite, la chirurgie, les diverses spécialités, l'hygiène. Il implique un enseignement universitaire et post-universitaire. Il s'entend aussi de l'exercice de notre profession dans des circonstances de temps et de lieux extrêmement variables; pratique à la campagne, dans de petits ou de grands centres urbains, dans nos vastes hôpitaux, dans les instituts spécialisés. Certes, un même lien doctrinal réunit ces éléments disparates, une même source de savoir les alimente. Mais, dans l'ordre concret, il est impossible de les juger tous avec les mêmes critères.

A l'heure présente, la similitude de l'enseignement médical à travers le monde, les innombrables moyens de diffusion de la science; livres, revues, conférences, etc., etc., rendent partout assez uniforme, dans des circonstances semblables d'organisation, l'exercice de notre métier. Le médecin de nos campagnes, de nos villages, de nos villes, de nos hôpitaux procèdent comme leurs confrères des autres pays: France, Angleterre, États-Unis, Allemagne, etc., etc. Et les résultats sont comparables.

Malheureusement, quand on parle de l'excellence d'une médecine, on oublie d'ordinaire les milliers et les milliers de praticiens qui en sont les plus efficaces et les plus féconds dispensateurs. Lettres minuscules essentielles, sans lesquelles, il n'y aurait pas de livres...; anonymes sacrifiés, sans lesquels la médecine, science d'application, perdrait presque entièrement sa raison d'être... On s'arrête uniquement aux majuscules superbes. C'est par les maîtres, les hôpitaux, les instituts

de recherches, les universités avec leurs laboratoires, que se fondent les renommées.

Appréciée sous cet angle, la supériorité apparente d'un pays sur les autres a varié au cours des siècles. Chacun eut sa part ; aucun ne l'eut en entier. Autrefois le facteur humain jouait presque seul. Pour avoir, à tel moment et dans tel domaine, produit un ou plusieurs génies, certains pays ont connu la gloire . . . La France, l'Angleterre, l'Allemagne, tour à tour, et parfois simultanément, vécurent ces moments prestigieux. Mais voici que depuis cinquante ans au moins, la médecine ayant résolument accepté les prémices de Bacon et de Descartes, fait aux sciences connexes un appel de plus en plus poussé . . . Les difficultés du travail individuel s'en trouvent indéfiniment multipliées.

Au stage où nous en sommes, les découvertes sensationnelles et bouleversantes sont rarissimes. Quand elles éclatent aux yeux ébahis des profanes, elles ont déjà toute une histoire . . . Des chercheurs plus ou moins anonymes ont de partout collaboré à cette pseudo-génération spontanée. D'ordinaire, c'est sous l'égide d'une organisation matérielle puissante, sous la direction de maîtres nombreux et libres de toute servitude pratique, qu'une multitude d'individus spécialement entraînés créent la science nouvelle . . . Les peuples qui, par leur tournure d'esprit, ont saisi ces nécessités de notre époque ; ceux-ci qui dans un altruisme intelligent ont su délier convenablement les cordons de leurs bourses ont vu leur médecine s'élever au premier rang.

L'exemple le plus typique de cette ascension nous est fourni par nos amis des États-Unis . . . Ce sont des maîtres organisateurs. Convertis à l'idée du travail par équipe, ils ont appliqué à la mobilisation des plus grands savants étrangers et américains, à la création de laboratoires merveilleusement outillés, à la fondation d'instituts parfaits, les sommes énormes que leur versaient l'État et de riches philanthropes. Leur enthousiasme leur a interdit d'être d'éternels suiveurs. Ils ont créé et ayant créé et ayant démontré qu'ils pouvaient créer, ils ont attiré à leurs œuvres des subsides nouveaux. Tant et si bien qu'en maints domaines, ils sont devenus les maîtres incontestés . . . que les autres nations admirent . . . et copient.

Les Sud-Américains, les Allemands, les Anglo-Canadiens ont, à une échelle moindre, procédé de la même façon . . . Restent la France et nous.

Nous avons accoutumé à voir toujours, dans les sphères intellectuelles, la France à l'avant-garde. Médicalement, son art demeure suprême à nos yeux. Son métier n'a pas trop démerité si l'on tient compte des circonstances tragiques qui ont, depuis trente ans, accablé notre ancienne mère-patrie ; deux guerres dévastatrices ont fauché ses plus beaux espoirs humains et drainé vers d'incessantes reconstructions ses ressources matérielles. Mais elle a tenu, et en certains cas, tenu magnifiquement.

Nous avons dit ailleurs (1) l'évolution de notre médecine canadienne-française. Inutile d'y revenir, sinon pour rappeler que, du

(1) BARBEAU. « Évolution de la médecine canadienne-française », *Le Bulletin des Études françaises*, (janv.) 1942.

point de vue doctrinal, cette évolution se divise depuis cinquante ans en trois périodes d'inégale durée. La première, la plus longue, embrasse un quart de siècle. Nos maîtres y ont résolument adopté la forme et le fond de la médecine française. Puis, notre génération, tout en gardant l'esprit médical de France a de plus en plus abondamment puisé au métier universel. A partir de 1939, les jeunes ont tendance à n'épouser que le fond et la forme de la médecine anglo-saxonne. Est-il téméraire d'affirmer que, dans un juste milieu, la meilleure formule était la nôtre? Quoi qu'il en soit, nous avons réussi à fournir à notre peuple une armée de praticiens dont la valeur n'est inférieure à aucune autre. Toutefois, nos laboratoires, mal pourvus matériellement, peuplés d'un personnel habituellement compétent, mais mal rétribué et insuffisant en nombre n'ont pas donné les chercheurs éminents que nous espérions. Nos cliniciens, absorbés par une accablante besogne et par le souci du pain à gagner, n'ont guère cultivé le travail en profondeur et, par une timidité de mauvais aloi, se sont abstenus de publier leurs belles réussites. Nous avons surtout souffert de deux maux. La pauvreté matérielle, que n'ont pas corrigée des subsides d'état, généreux mais sporadiques et de rares dons individuels. Le manque d'organisation... qui nous a empêché, entre autres choses, du point de vue métier, de construire des centres médicaux et des instituts spécialisés, capables de nous placer sur la carte géographique de la médecine universelle, du point de vue social, de revendiquer, pour notre médecine canadienne-française, la place qui lui revient de droit...

En deux lignes, la supériorité toute relative d'une médecine sur les autres s'exprime essentiellement dans le domaine de la recherche, de l'enseignement et de l'exercice hautement spécialisé. Si le facteur humain reste primordial dans l'acquisition de cette supériorité, il est éminemment conditionné dans sa réalisation et dans l'état actuel de l'évolution de la médecine par une organisation matérielle adéquate... Il semble bien qu'à l'heure présente, la médecine américaine et anglo-saxonne puisse, du point de vue métier, nous servir de modèle. En ce qui a trait à la culture et à l'art, nous croyons nécessaire de nous abreuver à d'autres sources... plus conformes à nos affinités et à nos aspirations naturelles.

III. — DE LA THÈSE A L'HYPOTHÈSE

Telle est la thèse. En conclusion, nous voulons une médecine canadienne-française capable de tout assimiler et de créer pour sa part, ... forte du point de vue métier, originale dans sa conception doctrinale, éminemment adaptée à nos malades, rayonnante et sûre dans ses applications sociales. Les prémices ne soulèvent guère d'objections. L'hypothèse est autrement litigieuse. Pour arriver à une même fin, les moyens sont multiples. Ceux que nous suggérons, et qui ne sont pas les seuls possibles, nous paraissent appropriés. Les uns ont trait à notre métier. Les autres visent à l'intégration de notre métier dans notre milieu propre. Distinction d'ailleurs très souvent artificielle, ainsi qu'on le verra par la suite.

En ce qui concerne notre métier, nos efforts doivent porter sur tous les fronts, mais avec une pression très différente et fort inégale. Ainsi nos médecins praticiens, qui exercent excellemment leur art, ont surtout besoin d'une meilleure organisation matérielle. Ils ont appris à l'université et à l'hôpital l'apport considérable que dans le diagnostic et le traitement leur peuvent donner les techniques de laboratoires. Or, ils sont privés de laboratoires. Ne pourrait-on pas, comme on l'a déjà proposé, leur fournir, des laboratoires physico-chimiques et radiologiques, en des endroits stratégiques et pratiques. Ne conviendrait-il pas aussi d'ouvrir toutes grandes aux véritables collaborateurs qu'ils sont les portes de nos hôpitaux. De leur ouvrir également, dans des circonstances particulières, ainsi que judicieusement en a récemment décidé l'Exécutif de notre Faculté, nos chaires d'enseignement... Ne devrait-on pas instituer d'une façon permanente dans nos hôpitaux des cours et des cliniques qui permettraient à nos confrères de rafraîchir périodiquement leurs connaissances médicales... Déjà la fréquentation des sociétés médicales régionales, des congrès, la lecture des revues médicales peuvent les tenir en haleine. Au sujet de ces dernières, nous ne pensons pas qu'il y en ait trop chez-nous. Il en manque au contraire pour ceux dont l'appétit intellectuel est normal. Cependant, pour la majorité des praticiens, pressés de toutes parts, il devrait en exister une; transcendant les autres, qui publierait, outre des articles originaux, des pages de doctrine, des chroniques d'intérêt professionnel et social, ou de culture générale, des analyses nombreuses d'articles parus dans les revues étrangères, et dans les nôtres. *L'Union médicale* paraît toute désignée à ce rôle éminent... Il serait à souhaiter que, convenablement traduit, le sommaire de nos revues françaises paraisse dans le *Canadian Medical Journal*. Histoire de faire savoir à ceux qui l'ignorent que nous existons et que nous travaillons !

L'enseignement et l'exercice de la médecine, de la chirurgie, des spécialités se réalisent dans nos grands hôpitaux selon un standard d'excellence, comparable à celui des centres semblables dans le monde entier. Le rendement de chaque service, considéré individuellement, est satisfaisant. Ce qui fait défaut, c'est la coordination. Chaque département travaille dans son coin, isolé des autres. Il y a bien les réquisitions, les consultations occasionnelles; guère plus. La collaboration réelle entre les différents services est nettement déficiente... Il faudrait des assemblées scientifiques plus fréquentes, plus suivies, où chacun mettrait les autres au courant de ses techniques, de ses recherches, de ses trouvailles, de ses préoccupations et se soumettrait volontiers à la critique constructive des collègues. Il en résulterait pour tout le monde, car la médecine est une, un enrichissement considérable et facile... Il faudrait aussi, à chaque hôpital, le fond commun pouvant aller à l'Université, un minimum de bibliothèque, pourvue des revues et des collections les plus récentes... Un minimum de bibliothèque facilement accessible et utilisable... Enfin, au delà de cette collaboration intra-hospitalière, s'imposent, sur le plan du métier, les contacts amicaux et fréquents entre les différents hôpitaux canadiens-français. Je n'ai jamais compris pourquoi il pouvait exister entre des hôpitaux où

travaillent des médecins de même sang autre chose qu'une tonifiante émulation.

D'autant que la médecine évolue vers la création de ce que l'on a appelé ailleurs des centres médicaux. Il s'agit, en deux mots, d'une réunion de départements ayant en commun des facilités de laboratoire et de personnel et permettant, avec un minimum de frais, l'examen intégral d'un malade. Le projet d'assurance-santé récemment soumis au parlement fédéral comporte la création de tels centres (1). Déjà, dans les milieux américains, ils existent et déjà, dans les milieux anglo-canadiens, on y songe sérieusement. Je crois qu'il est grandement temps que nous arrivions, nous aussi, à cette conception nécessaire et qu'avec les éléments dont nous disposons nous nous imposions de la réaliser. Outre leur efficacité intrinsèque, ces centres constitueraient, pour la recherche, l'enseignement, la formation des étudiants en médecine et pour l'organisation de cours post-universitaires, des milieux extraordinairement favorables.

Que dire, maintenant, de notre enseignement médical universitaire. J'avais d'abord pensé en faire une critique complète, en enlevant au terme critique ce qu'il comporte de péjoratif... Car, en certains milieux, et à tort, on le tient, tel l'âne de la fable, responsable de tous nos maux. Il est clair qu'à l'Université, la valeur et le rendement des différents départements sont extrêmement inégaux. Il saute aux yeux que la synchronisation des enseignements théoriques, pratiques et cliniques est défailante. Il n'est pas nécessaire d'être grand clerc, indigène ou étranger, pour s'en rendre compte. D'ailleurs, avec une discrétion exclusive et chatouilleuse, l'Exécutif de notre Faculté semble s'être sérieusement attaqué au problème. Et pour le moment nous devons lui faire confiance. Quitte à signaler trois points importants : 1° Les gens de laboratoire et les cliniciens qui se consacrent entièrement — et il faudrait qu'ils se consacrent entièrement — à l'enseignement et à la recherche, ne vivent pas de l'air du temps, pour la gloire et pour des prunes. Si l'on veut exiger d'eux, après les sacrifices de temps, d'argent et les efforts qu'ils doivent consentir, un rendement convenable, il importe qu'on leur fournisse d'abord un milieu matériel et humain qui leur assure la paix de l'esprit et un intérêt sérieux dans leur besogne. 2° Pour ne pas dédoubler inutilement le personnel ou imposer à ce personnel un dédoublement de son temps, pourquoi notre Faculté de médecine n'utiliserait-elle pas, comme déjà elle le fait à la Faculté des Sciences, les cours donnés dans d'autres facultés ou dans des Instituts existants ou à créer. Un seul exemple : La médecine psycho-somatique, nécessaire au médecin d'aujourd'hui, n'est pas enseignée dans notre Faculté ; elle l'est à l'Institut de psychologie. Pourquoi n'y pas envoyer nos élèves ? 3° La médecine étant une science en continuel devenir, il ne suffit pas, dans une Faculté, d'enseigner les notions momifiées des manuels, mais il importe autant que possible de montrer aux élèves la science en formation. D'où l'importance de permettre aux professeurs de créer eux-mêmes... et de leur donner à cette fin les loisirs et les budgets nécessaires.

(1) Émile BOUVIER : « L'avant-projet d'assurance-santé ». *Relations*, (nov.) 1944.

Et cela nous amène aux plus grandes lacunes de notre médecine canadienne-française. Comparée à la médecine anglo-saxonne, elle manque essentiellement de chercheurs et de créateurs. Où les trouverons-nous ?

On a parlé, on parle encore d'un hôpital universitaire pourvu des services essentiels de médecine, de chirurgie et de quelques spécialités, d'un hôpital universitaire fonctionnant en synergie étroite avec nos laboratoires de l'Université. Très bien. Si cet hôpital doit être un centre de recherches originales, d'enseignement extraordinaire, sous la direction de maîtres convenablement payés pour n'avoir pas à se préoccuper de courir après la clientèle lucrative, ce serait un immense pas en avant.

Moindre, cependant, que celui que vous ferait connaître le développement et la création d'instituts spécialisés. Certains, qui existent déjà à l'Université, ont fait leurs preuves. D'autres, strictement médicaux, s'imposent. Ceux-là, dont nous parlerons seulement, offrent en effet plusieurs avantages. Ils reçoivent, nombreux, des malades d'une même spécialité ; ce qui permet un véritable travail de recherche. Cette concentration rend moins onéreuse l'acquisition d'un outillage complet, au point, toujours en opération et l'emploi d'un personnel hautement entraîné, sans cesse à l'affût des perfectionnements nouveaux et possibles. Les instituts sont en mesure de donner, dans les conditions idéales, l'enseignement spécialisé que réclament plusieurs Facultés. Enfin, ils permettent la formation sur place, en quantité et en qualité raisonnables, des spécialistes dont nos hôpitaux et nos centres médicaux ont un pressant besoin. Et du point de vue sociologique, ils complètent le cycle de nos possibilités de diagnostic et de traitement pour certains de nos malades, comme ils assurent à certaines de nos œuvres sociales l'impétus scientifique et la coordination nécessaires.

Ces deux dernières considérations revêtent pour nous une importance primordiale. Jusqu'à maintenant, nous avons été presque entièrement tributaires de l'étranger pour la formation de nos spécialistes. Ils séjournèrent pendant un temps variable, les uns dans tel pays, les autres dans tel autre. Et, revenus chez-nous, ils étaient, tout de go, sacrés grands maîtres, bientôt débordés par une accablante clientèle. Et faute d'émules, l'émulation cessait. Que nos jeunes aillent ailleurs voir ce qui se passe, apprendre des techniques, élargir leurs horizons, soit, mais après avoir été formés en spécialité dans le milieu et l'atmosphère où ils devront plus tard exercer. Il est déjà assez humiliant pour un peuple de ne pas pouvoir élever les siens au delà du niveau strictement universitaire. Cette dépendance vis-à-vis l'étranger a le grave inconvénient qu'elle nous a donné trop peu de spécialistes et, qu'en certaines spécialités, il n'y eut quasi pas, depuis quinze ans, de renouvellements.

J'aurais mauvaise grâce à choisir, pour illustrer cette thèse, telle ou telle spécialité quand celle que j'ai l'honneur d'exercer s'offre tout naturellement à moi. Nous manquons, à l'heure actuelle, dans un monde où les cas de maladies mentales et nerveuses augmentent de façon désastreuse, de neurologistes, de psychiatres et de neuro-chirurgiens

canadiens-français. Je sais bien que la guerre présente a éloigné de notre spécialité une multitude de jeunes et ferventes vocations. Je sais bien que les salaires offerts par les institutions pour maladies mentales ne sont pas suffisants pour attirer une jeunesse ambitieuse. Mais je sais aussi que nous n'avons pas pu, jusqu'à maintenant, pour une multitude de raisons ou de prétextes, offrir aux jeunes, désireux de se consacrer à la neurologie et à la psychiatrie, un milieu culturel et scientifique qui, sur place, leur aurait permis un entraînement spécialisé de haute valeur. Nos voisins, plus riches, mieux soutenus, plus unis, plus audacieux, ont pu, pendant que nous dormions, créer pour les leurs ce milieu désirable.

Au surplus, c'est autour de ces instituts que devront se grouper les œuvres de prophylaxie sociale dont le développement s'annonce de plus en plus considérable. Un institut de neurologie et de psychiatrie, par exemple, pourrait assumer la direction scientifique des colonies pour épileptiques que l'on réclame de partout. Il couvrirait le vaste domaine de la criminologie pathologique. Nos différentes œuvres sociales qui recevraient de cet institut le concours d'un personnel compétent lui fourniraient en échange un immense matériel humain de recherche. Et puis, l'industrie, les écoles, les professions connexes, les asiles et les hospices que l'on construira pour nos retours du front canadiens-français feront de plus en plus appel à un nombre considérable de jeune spécialistes en neurologie et en psychiatrie. Où les prendrons-nous? D'autres ont prévu cette évolution et s'organisent en conséquence. Avons-nous le droit de laisser à une direction étrangère la thérapeutique et la prophylaxie des maladies nerveuses et mentales qui frappent nos compatriotes. Avons-nous le droit, encore, de ne pas créer pour les jeunes qui nous suivent, pour le laisser à d'autres, un avenir intéressant et fructueux?

Et ce que nous disons d'un institut de neurologie et de psychiatrie s'applique, *mutatis mutandis*, à un institut d'hygiène, à un institut de rhumatisme, à un institut de dermato-syphiligraphie, à un institut d'endocrinologie, etc., etc. C'est encore une fois dans ces instituts hautement spécialisés, munis de toutes les facilités techniques, pourvus d'un personnel compétent et suffisant que pourra se réaliser au maximum notre médecine canadienne-française.

Insensiblement, nous avons glissé du métier pur aux applications sociales du métier. D'ailleurs il n'y a pas de métier pur. Dès qu'il passe de la puissance à l'acte, il rencontre l'individu, la famille, la société, pour lesquels il existe, sur lesquels il agit et dont il reçoit le choc en retour... Notre médecine prendra donc nécessairement contact avec le monde, avec nos collègues anglo-saxons, avec nos compatriotes canadiens-français... En d'autres termes, le problème se pose dans le concret de nos rapports avec l'étranger et avec les nôtres.

Création de centres médicaux, d'instituts spécialisés, réformes et enrichissement de notre enseignement médical, nous ne pourrons jamais réaliser cela tout seul, sans faire appel à l'extérieur. Même si nous le pouvions, même si notre système fonctionnait à plein rendement, nous n'aurions pas le droit de nous enfermer dans notre chère coquille. Prêcher l'isolement systématique et la béate contemplation du nombril,

serait pour nous le plus grand péché collectif imaginable... Nous avons, nous aurons toujours besoin de maintenir avec le reste du monde une incessante collaboration.

Cette collaboration culturelle entre peuples est vieille comme l'humanisme, dont elle procède. La vérité, la beauté, la vie sont universelles. Sous des climats intellectuels différents, elles cristallisent en systèmes variés. Les facettes qu'elles présentent à qui les aime sont toutes intéressantes et passionnantes. Et puis, combien restent en puissance dans les eaux-mères. L'effort de tous les hommes dans tous les mondes n'est pas de trop pour en amener chaque jour une précipitation plus abondante et plus riche. Un peuple à mentalité d'insulaire paraît parfois original; il ne saurait jamais être complet. Dans le monde de la pensée et de la science, les associations, les échanges sont essentiels. Si ce besoin ne répondait pas à une nécessité profonde, nous ne pensons pas que toutes les nations l'eussent aussi profondément ressenti.

De fait toutes les universités, dignes de ce nom, ont, à un moment de leur histoire, appelé à la rescousse des maîtres étrangers. Au moyen-âge, ce fut Paris. Dans les temps modernes, le plus bel exemple nous en est fourni par les universités du nouveau monde. L'Amérique du Sud fait aux meilleurs esprits français et espagnols un appel incessant. Nos voisins d'outre quarante-cinquième ont sollicité une collaboration considérable allemande et anglaise, voir latine, et ont fourni à tous des moyens extraordinaires de travail. A Montréal, McGill possède — et s'en flatte — d'éminents professeurs anglais, américains, russes, etc. En fait, comme en droit, la cause est donc entendue. Il serait bien étrange qu'en cette matière le commun assentiment fut la commune erreur...

Là n'est pas la question. Ce qu'il importe pour nous de savoir et de retenir, c'est le mode suivant lequel ces universités modèles ont envisagé la participation des étrangers dans leur enseignement et leurs laboratoires et les conditions auxquelles les étrangers y sont tout naturellement soumis.

Premièrement, on prend son bien où on le trouve. Et je ne vois pas pourquoi, nous qui sommes si pauvres, nous négligerions à l'occasion, et sous certaines réserves, une collaboration anglaise, américaine, suisse, etc. Il est cependant naturel pour nous — toutes nos affinités de sang et de culture nous y poussent — d'aller chercher en pays latin nos collaborateurs étrangers. Nous vivons, il faut que nous vivions dans une atmosphère française et chrétienne. Qu'on le veuille ou non, nos livres, nos inspirations, nos modes de sentir et de penser, voire même de critiquer sont marqués à cette empreinte. En donnant ainsi la préférence à cette collaboration, nous restons franchement dans la ligne de nos destinées. Nous imitons comme toujours les autres universités plus puissantes, sinon plus sages. Imitons-les jusqu'au bout et gardons-nous d'un exclusivisme dangereux.

Deuxièmement, l'évolution des Américains peut nous servir d'indication. On n'y compte plus les grands capitaines qui, sur la mer des découvertes, pilotent les navires de la science. S'agit-il d'étrangers?

Oui, en certains cas. Mais le nombre diminue continuellement, en regard de celui des travailleurs *hundred per cent american*.

Cette ascension culturelle de nos voisins prouve à notre avis deux choses. D'abord, on a su garder à la collaboration étrangère, qui fut essentielle, son caractère véritable et, deuxièmement, l'orienter vers son but primordial : la formation des indigènes. De grands penseurs, de grands savants sont venus aux États-Unis. Après métamorphose, sanctionnée le plus souvent par une naturalisation officielle marquant bien leur option définitive, certains sont restés. Ils ne sont plus étrangers et personne ne songerait là-bas à les considérer comme tels. Les autres ont travaillé en collaboration intime avec les professeurs et les élèves rencontrés sur place, auxquels les autorités locales n'avaient pas *a priori* décerné un brevet d'impuissance congénitale et définitive. Le milieu s'est formé, propice aux grandes œuvres, aux belles réalisations généreusement encouragées par les directeurs universitaires. Et puis, au terme de leur contrat les maîtres qui l'ont voulu, sont repartis, heureux et regrettés. Leurs noms demeurent affectueusement gravés dans le bronze . . . Nous devons donc, nous aussi, faire de plus en plus appel aux compétences étrangères, en ayant soin de les choisir à la lumière des critères énoncés plus haut. Notre expérience du passé nous permet d'affirmer que certains étrangers firent, chez nous, œuvre discutable et que d'autres surent former de véritables écoles dont nous sommes fiers. D'ailleurs ces étrangers ne sont plus des étrangers . . .

Troisièmement, la venue des maîtres du dehors réalise et doit réaliser une des sources les plus importantes par quoi s'enrichit notre civilisation. Nulle part on a pensé que ce dut être la seule. Toute une pléiade de jeunes et de moins jeunes sont allés ailleurs parfaire leur entraînement professionnel, élargir les cadres de leur culture générale, s'imprégner d'une mentalité nouvelle. Revenus au pays, ils en ont décuplé, par l'exemple et la diffusion, les bienfaits inestimables. Eux aussi, de par les circonstances, furent messagers d'une pensée différente au sens le meilleur du mot . . . Et si, par définition et dans tous les pays, les étrangers doivent toujours venir, il n'est pas moins désirable que les nationaux aillent et retournent se retremper ensuite à l'étranger. C'est un peu la formule adoptée aux États-Unis. Elle est faite d'une réciprocité de bon aloi, comportant une participation active aux congrès internationaux, des stages d'études au dehors, un échange de professeurs et d'élèves, etc., etc. . . . C'est envisager pathologiquement la collaboration étrangère que de la réduire à une immigration contrôlée. Si nous étions moins casaniers, certaines tribunes de l'Amérique du Sud, de Haïti, des États-Unis, etc., nous seraient largement offertes . . .

Nos relations avec nos confrères anglophones, relations à toutes fins nécessaires, comportent de grands avantages et quelques inconvénients . . . Ces médecins sont pour nous, les plus proches représentants de la vaste profession médicale anglo-saxonne, et dans leurs belles réalisations, ils nous permettent, avec chic, de puiser à pleines mains. Ils nous donnent ; nous pouvons leur donner . . . Il est vrai que l'emploi exclusif de l'anglais nous place, au point de départ, dans un état d'infériorité . . . Les véritables bilingues sont rares chez nos confrères anglais,

plus nombreux chez nous. Il n'empêche que nous gagnerions tous à des contacts plus fréquents, plus intimes et qui ne seraient pas toujours à sens unique. Car nos amis anglophones sont, au même titre que nous, canadiens ; ils servent une même cause, leur culture différente est, comme la nôtre, un acquis précieux pour la grandeur de notre pays.

Mais ils sont le nombre et ils sont eux-mêmes. Je ne les blâme pas. J'essaie de les comprendre et de les expliquer. Il arrive que, dans les postes de commande, ils sont déjà en place, que, dans les organismes fédéraux, qu'au *Royal College of Physicians and Surgeons*, aux différentes sections du *National Research Council*, ils possèdent une écrasante majorité. Il arrive que, se connaissant mieux entre eux, que nous ignorant pour la plupart, ils se choisissent de préférence pour occuper les situations nouvelles. Il arrive qu'ils sont devenus en fait, sinon en droit, les conseillers naturels des autorités, les interprètes en quelque sorte officiels de notre profession auprès des législateurs, les régisseurs plus ou moins déclarés de l'exercice de la médecine. Il arrive surtout que plusieurs d'entre eux, et pas des moindres, ne peuvent pas ou ne veulent pas nous comprendre.

Enfin, que nous reproche-t-on ? Pas notre métier. En tout cas, on n'y fait pas allusion. On s'en prend à ce qu'on appelle notre mouvement religieux-racial linguistique. « A movement, *écrivait naguère le docteur Stevenson*, which would appear as impracticable as Hitler and his Nordicks, as unnecessary as two telephone compagnies in the same city ». Au lieu de nous isoler, nous devrions, nous a-t-on suggéré naguère et récemment encore, rencontrer nos confrères anglais sur leur terrain, c'est-à-dire après nous être appauvris de tout ce qui semble être une entrave à l'unité, à savoir notre langue, notre culture, notre foi. En d'autres termes on nous propose l'union par soustraction de la personne d'un des conjoints ou un simulacre d'association homme-cheval dans laquelle nous voudrions bien toujours consentir à être le cheval . . . Joseph Boisdoré, qui est un pseudonyme, a, dans la défunte revue *l'Hôpital*, (1), répondu dans le temps au Dr Stevenson. Le Dr M.-A. Roux, dans le dernier numéro de *l'Action médicale* reprend brillamment la réfutation de l'étrange thèse soutenue par certains de nos confrères anglophones. Notre position est cependant bien simple. Sur le plan du métier médical, nous sommes prêts à collaborer cent pour cent, ou pour être plus exact à cinquante cinquante avec nos confrères anglo-canadiens. S'il s'agit de pourvoir de titulaires des postes médicaux importants, nous voulons dans tout le Canada, et particulièrement dans la province de Québec, notre juste part. Si des décisions doivent être prises quant aux modalités de l'exercice de la médecine, nous voulons être écoutés et entendus. De même nous voulons voix au chapitre pour conseiller nos législateurs . . . Et n'exigeant pas de nos confrères qu'ils sacrifient leur personnalité, nous n'entendons pas du tout sacrifier un iota de la nôtre . . .

(1) JOSEPH BOISDORÉ. « Isolement ». *L'Hôpital*, (oct.) 1937, pages 545-548.
M.-A. ROUX. « Unity-Union ». *L'Action médicale*, (déc.) 1944, pages 259-266.

Et alors que faire? Inviter, en plus grand nombre, à nos réunions nos confrères anglophones? Sans doute... Ils y trouveraient avantage... Viendront-ils? Nous enrôler plus nombreux dans les associations médicales anglaises, dans la *Canadian Medical Association*; etc., etc.? Essayer de faire nommer plus des nôtres dans les diverses organisations médicales du gouvernement fédéral? Je veux bien. Mais, nous resterons partout minoritaires, même si on nous confie de brillants postes honorifiques... N'y aurait-il pas moyen que nous soyons de ces réunions mixtes, non pas à titre purement individuel, mais comme représentants d'un groupe, le nôtre, fort de tout l'appui que le groupe peut donner... Autrement...

Plus on analyse les causes qui motivent les succès des Anglo-saxons, américains ou canadiens, plus on est naturellement amené à une notion de psychologie raciale. Une qualité prédominante les caractérise. Ils ont le sens grégaire. Ils l'ont, presque sur le plan de la subconscience liminaire. Leurs réflexes sont depuis toujours ainsi conditionnés, que les Anglo-saxons réagissent dans le sens de leur propre intérêt. La question de personne se pose certes, mais comme à l'arrière-plan. C'est le groupe qui compte. C'est la collectivité qui prend les bénéfices. Naturellement, si une situation s'ouvre, si un poste s'annonce, si une œuvre se dessine, c'est dans le sens du groupe qu'on prendra attitude. Cela tout naturellement. Je ne dis pas que l'on veuille nous faire systématiquement des injustices, que l'on veuille malicieusement nous éliminer; ce serait faux. Mais je crois que pour nous rendre justice, que pour admettre notre point de vue, nos besoins, nos désirs et nos craintes, les Anglo-saxons doivent presque toujours faire un effort de volonté contre leurs instincts. Cette notion psychologique, je crois, explique facilement comment il se fait que, sans le chercher d'une façon expresse, nos voisins s'organisent en une force puissante, presque toujours unidirectionnelle.

A l'opposé, nous, Latins, sommes terriblement individualistes. C'est la personnalité qui compte avant tout. Chacun cherche ses fins propres et admet comme des contingences parfois hostiles les fins des autres et la fin du groupe. Chacun travaille dans son petit coin, chaque réunion dans son petit territoire, chaque société dans son milieu, chaque hôpital dans ses murs, chaque faculté dans sa tour d'ivoire, chaque université sur sa montagne. Et de tous ces efforts cahotiques résulte finalement une poussière d'efforts. Sur le terrain scientifique comme sur le terrain professionnel et social.

C'est le propre des peuples trop jeunes, ou trop usés de mesurer par le dehors ce qui doit être jugé par le dedans... Le salut, il est en nous-mêmes. Nous le trouverons si nous acceptons — et comment ne pas les accepter — quelques prémices philosophiques toutes simples, si nous admettons certaines données de l'histoire médicale universelle et certains impératifs de notre propre histoire, si nous acceptons humblement la naturelle nécessité d'une collaboration étroite avec les nôtres, avec tous les nôtres.

Au terme de ce travail d'analyse, trop long et cependant fort incomplet, peut-être conviendrait-il d'en résumer les idées principales et de tirer quelques conclusions :

1° La doctrine proposée admet chez le médecin trois sagesse ; celle de son métier, de sa culture générale, de sa philosophie de la vie. Le métier qui est universel, s'apprend en puisant à toutes les sources, sans distinction de clochers ou de pays . . . L'art médical, façon originale de mettre en œuvre des moyens identiques, varie d'école à école. La notion de personne, celle du malade et celle du médecin, singularise encore plus l'exercice du métier et rend éminemment désirable le traitement des malades par des médecins de leur nationalité.

Et quand la médecine embrasse davantage le social, elle doit se mouler dans la culture du peuple qu'elle a mission de servir.

2° La supériorité relative — il n'y en a pas d'absolue — de telle médecine sur telle autre, a changé au cours des siècles. A l'heure présente, les Anglo-saxons, riches, entraînés au travail par équipe . . . possesseurs de laboratoires et d'hôpitaux modèles, ayant à leur tête des maîtres nombreux et intelligents, paraissent, du point de vue métier, à l'avant-garde. La France marque le pas. Si nos praticiens exercent excellemment, nous manquons de chercheurs et de créateurs. Et nous en manquons parce que le milieu matériel fait défaut . . . Évidemment il ne s'agit toujours que du métier, car pour l'art et la doctrine nous renions tout complexe indu d'infériorité.

3° Si, passant de la thèse à l'hypothèse, nous cherchons les moyens de créer une médecine canadienne-française, originale et forte, nous pourrions en suggérer qui sont propres au métier, d'autres qui visent à l'application sociale de celui-ci.

a) Toutes nos classes médicales sont passibles d'amélioration. Les praticiens de nos campagnes ont besoin de laboratoires, de sociétés médicales, de revues, de cours post-universitaires plus nombreux et plus fréquentés. Dans nos grands hôpitaux, une coopération plus réelle et plus efficace des services, un échange habituel des techniques et des résultats, une bibliothèque à date s'imposent. Comme s'imposent chez nous la création de centres médicaux et l'active collaboration entre les différents hôpitaux. Notre enseignement médical, à la réorganisation duquel travaille l'Exécutif de notre Faculté, y gagnerait à fournir aux professeurs des moyens matériels de travail qui en feraient de véritables savants, à donner aux élèves la vision d'une science en perpétuel devenir, à utiliser les services des autres Facultés. Mais la grande déficience de notre médecine canadienne-française, c'est la pénurie ou l'absence des instituts spécialisés, foyers d'un véritable travail de recherches en profondeur, seuls capables de former sur place des spécialistes au service de nos institutions et de nos œuvres sociales. Et que ces instituts soient les uns à Montréal, les autres à Québec, pourvu qu'ils existent. C'est à nos autorités universitaires et hospitalières — celles de Québec et de Montréal — qu'il appartient au premier chef de réaliser ces améliorations de notre métier médical.

b) Du point de vue social, notre médecine rencontre le monde, nos compatriotes anglo-saxons et nos frères français. La collaboration étrangère est et sera de plus en plus nécessaire à notre développement intellectuel et professionnel. Soit que les nôtres aillent ailleurs, professeurs et élèves, ou que les étrangers viennent chez nous. Mais cette

collaboration, fatalement polymorphe, sera soumise à certaines conditions. Elle comporte d'abord un choix, puis elle doit être essentiellement ordonnée au développement des indigènes et tendre à créer un développement des indigènes et tendre à créer un milieu culturel local. Nos compatriotes anglo-canadiens ne sont pas des étrangers. Avec une culture différente, ils exercent au bénéfice de notre Canada le même métier que le nôtre. Nos rapports avec eux seront les plus fraternels possible, les plus entiers sur le plan de métier. Ces messieurs comprendront toutefois que, leur donnant leur dû, nous réclamions le nôtre. Et qu'en matière d'organisation hospitalière, de situations officielles et supérieures, nous ne tenions pas à jouer sempiternellement les seconds violons. Ils admettront que, reconnaissant la valeur de leur complexe religio-racial-linguistique, nous exigeons d'eux qu'ils respectent le nôtre et en acceptent dans le concret les applications sociales et légales. Cette compréhension réciproque est à la base de notre commune prospérité. Enfin, c'est par l'union de toutes nos forces canadiennes-françaises que nous orienterons définitivement notre doctrine médico-sociale et que nous assurerons l'intégrale protection de nos droits. Toutes nos forces : universités, hôpitaux, sociétés médicales, associations de praticiens, Collège des médecins et chirurgiens de notre province, etc. Peut-être pourrions-nous et devrions-nous, avec des représentants de toutes ces forces, créer une sorte de Conseil supérieur de la médecine canadienne-française, où nos problèmes de toutes natures seraient étudiés, fouillés à la lumière de principes généraux, puis résolus dans le sens de nos meilleurs intérêts professionnels. De là sortiraient des directives, qui engageant tout le groupe, forceraient l'attention et déclenchaient les gestes sauveurs. Inutile de nous leurrer de mots. Le salut ne viendra pas d'un homme, fût-il un génie, ni d'un groupe d'hommes ne représentant qu'un milieu médical, fussent-ils des surhommes. Il viendra de l'accord de toutes les volontés désireuses de donner au peuple auquel nous avons l'honneur d'appartenir le meilleur d'elles-mêmes.

A cette croisée des chemins où se trouvent notre médecine, notre peuple et les hommes de quarante ans, le bon Joachim Du Bellay, comme nous, repartirait en voyage... En dépit des tempêtes, des vents hostiles, des naufrages possibles. Qu'importe ! Pour le médecin, connaître les misères physiques et morales, c'est déjà les guérir à moitié. Savoir tous les maux présents, passés et futurs, c'est déjà pour ceux qui ont l'avenir dans leurs mains, l'impérieux appel aux remèdes et aux préservatifs.

Écoutons Mauriac (1) : « Ce n'est pas nous qui haïssons la vie. Ceux-là seuls haïssent la vie qui, ne pouvant en souffrir l'aspect, la falsifient. Les véritables amants de la vie l'aiment telle qu'elle est. Ils lui ont arraché, un à un, tous ses masques et, à ce monstre enfin mis à nu, ils donnent leur cœur ».

(1) *Mon Journal*, tome 1, page 66.