

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

Vol. LV

SEPTEMBRE 1926

No 8

BULLETIN

A PROPOS DES ÉLECTIONS DES GOUVERNEURS DU C. M. C. P. Q.

Un électeur rural, de passage à Montréal, m'aborde en ces termes :

— Quels sont donc, me dit-il, ces nouveaux apôtres-atout qui parcourent nos districts ruraux et qui prêchent un évangile de réformes à nul autre pareil, clament-ils ?

— Et quel évangile !...

— Une des dernières encycliques du Chapitre propose de dicter aux hôpitaux les mesures nécessaires pour empêcher un malade de consulter un médecin compétent s'il fait partie du personnel de l'établissement.

— C'est moi que vous consulterez, dit Latrémouille — le réformateur — pas l'autre. Je suis... je suis... Eh oui... qui suis-je... ?

Le malade sourit en songeant qu'il accorde sa confiance à qui la mérite, et il va où il lui plaît...

On veut avec un règlement empêcher des choses comme celles-là... Naïveté !...

— Et le charlatanisme !... ah ! ah ! la belle affaire...

Connaît-on une bonne définition du charlatanisme ? Les nouveaux apôtres croient tout simplement qu'il consiste dans la pratique de la médecine sans autorisation... Moi, je crois qu'un brave homme qui fait une bonne action n'est pas un charlatan, parce qu'il n'a pas un parchemin, tandis qu'un médecin ignare ou malhonnête est un véritable charlatan... breveté.

C'est contre celui-ci qu'il faut dresser ses batteries : *cura te ipsum*.

Le médecin qui possède des parts dans une compagnie de médecines brevetées... est un charlatan ;

Le médecin qui surprend la bonne foi du malade en lui imposant des séances inutiles et abusives de radiothérapie ou autres machines semblables... est un charlatan ;

Le médecin qui opère un bandeau sur les yeux tandis que la main est largement ouverte pour recevoir le prix d'un larcin... est un charlatân;

Le médecin qui partage les bénéfices avec un voisin bon enfant fait un "*bedit gommerze*" sur le dos de son client: c'est un charlatan.

Dans mon humble opinion, le charlatanisme, *c'est un abus de confiance*, tout simplement.

Médecin, guéris-toi toi-même et le charlatanisme en mourra.

— Et les élections des gouverneurs, tous les deux ans; et les réunions bi-annuelles du Bureau "pour donner toute la maturité possible à ses décisions"?

Tu parles !...

Et l'élection du Président chaque année ?

— Au bout de deux ans nos finances seront dans le marasme. Elles iront combler les déficits de notre chemin de fer national sans profit pour nous.

— Et les devoirs d'un *gouverneur*, d'après le nouvel encyclique: Fonder des hôpitaux dans son district.

Examiner le personnel à la loupe pour savoir s'il y a en parmi eux qui ont des cors aux pieds ou des écrouelles.

Solder les budgets des orphelinats et hospices.

Faire installer des filtres où il en faut.

Dresser les procès-verbaux de tous les actes dérogatoires à l'honneur professionnel, y compris la fiche des charlatans avec leur photographie et leur généalogie complète pour savoir si les lois de Mendel ont suivi leur cours...

Instituer la corvée dans l'intérêt de la profession: deux jours par mois, le gouverneur suspend son travail et fait un examen de conscience collective: avortements, cocaïnomanie, morphinomanie, parégorique. Puis il se remet à l'œuvre le troisième jour, pour rédiger un rapport au registraire à qui on impose ces lectures malsaines en sus d'une réduction de salaire.

Emonder les programmes universitaires et en diriger la refonte *mensuelle*, car la science évolue par bonds prodigieux ! !...

Surveiller l'enseignement et, en cas d'incompétence, suspendre les professeurs ou se substituer à eux "sous l'égide du Collège", institution encyclopédique

Qui, mieux qu'un tel gouverneur, peut assumer une tâche aussi lourde de responsabilités après soixante années de pratique active

dans la paroisse de l'Épi ou dans le village des Jersey; surtout s'il a été marguillier "*en chasse*".

Mon cher ami, avec un programme comme celui-là, ça n'est pas un gouverneur qui dirige, c'est un forçat qui peine.

Quelle sinécure !

A lui seul il est tout le Collège.

Supprimons donc le Collège...

— Fadaïses que tout cela !...

Je préfère ce que les plus anciens ont fait. Sans bruit, ils ont construit des édifices solides qui résistent au temps et qui constituent des abris sûrs contre les intempéries des quatre saisons et les théories illusoire des promoteurs dangereux ou inexpérimentés.

A la campagne, tu sais, on a le temps de réfléchir: je songeais à ce bon Lafontaine, en lisant ces sermons :

LA MONTAGNE QUI ACCOUCHE

Elle jetait une clameur si haute,
Que chacun crut qu'elle accoucherait
D'une cité plus grosse que Paris.
"Elle accoucha d'une souris."

.

Je me figure un auteur
Qui dit: je chanterai la guerre
Que firent les Titans au maître du tonnerre.
C'est promettre beaucoup: mais qu'en reste-t-il souvent ?
Du vent.

Electeurs !... Electeurs !... méditez les paroles du Sort dans la fable de l'*Ane et ses maîtres*:

. Tous gens sont ainsi faits:
Notre condition jamais ne nous contente:
La pire est toujours la présente.
Nous fatiguons le ciel à force de placets.
Qu'à chacun Jupiter accorde sa requête,
Nous lui rompons encore la tête.

— Allons, cher ami, je retourne dans mon domaine. J'espère que les électeurs du Québec se souviendront qu'une once de bon sens vaut mieux qu'une tonne de papier noirci... et qu'un loup se déguisa un jour sous les habits d'un berger...

Sachons distinguer."

ZUT.

REVUE HISTORIQUE

HISTOIRE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE
CHIRURGIE DE MONTRÉAL (1)

*Par le Professeur L.-D. MIGNAULT,
Secrétaire de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.*

Chapitre IV

L'École réorganisée

— Par le concours du 3 novembre 1849 le nombre des membres de la corporation est porté à huit.

L'École à ce moment occupait encore l'immeuble de la rue Saint-Urbain, et ce n'est que plus tard qu'elle fut transportée sur la rue LaGauchetière.

C'était l'habitude, empruntée sans doute aux universités européennes, de permettre à chaque professeur de retirer directement des élèves des émoluments pour son enseignement. Les honoraires d'un cours ordinaire étaient, selon le procès-verbal, de trois livres (\$12.00) ; mais sans doute à cause d'un nombre plus considérable de leçons données, le prix de la carte de quelques matières était majoré de cinq chelins (\$1.00).

Les professeurs étaient, cependant, tenus de remettre les argents reçus au Secrétaire-trésorier, et celui-ci, à la fin de l'année scolaire, après avoir soldé les frais d'administration, déclarait un dividende et le partage se faisait.

Si un professeur le désirait, il pouvait admettre un élève à suivre gratuitement son enseignement, mais en revanche il était responsable de sa part des dépenses de l'École, tout comme si l'élève ainsi favorisé, avait payé sa carte en entier.

Il y avait aussi un système d'arrérages qui n'est disparu qu'en 1892 environ. Si le professeur A. avait donné des cours, disons en 1878, il pouvait percevoir sa part des arrérages payés par les élèves de cette année, tandis que le professeur B. qui était élu en 1880, ne retirait rien.

Comme le nombre total des élèves de l'École 1845 et 1850 n'a guère dépassé 48 ou 50, il est facile de concevoir que les appointements des professeurs étaient fort modestes ; il fallait vivre de sa clientèle.

Au commencement de ce travail, j'ai essayé de recueillir tout ce que j'ai pu trouver sur la personnalité des fondateurs; quelques détails maintenant sur leurs successeurs.

M. le docteur Beaubien fit ses études à Paris. Issu d'une famille canadienne distinguée, doué d'une fortune personnelle, il jouissait de l'estime et de la confiance de ses concitoyens, et ses collègues lui ont confié la chaire la plus importante de l'École: la Pathologie médicale, ou comme on le disait dans le temps, la "Pratique de la Médecine".

Formé à l'école des grands Maîtres de son temps, son enseignement a dû être très précieux pour ses élèves, et je me rappelle d'en avoir entendu parler avec beaucoup d'éloges par des vieux médecins que j'ai connus dans ma jeunesse.

Le docteur Beaubien succéda au Dr Daniel Arnoldi comme médecin des Prisons de Montréal, en 1849. Il a conservé cette charge jusqu'aux dernières années de sa vie. Il est mort en 1882. (2)

Le docteur Hector Pelletier est né à Montréal en 1822, fils d'un avocat célèbre, M. Toussaint Pelletier. Sa mère, née Hérigault, était la fille et la petite-fille de médecins.

A l'âge de 16 ans, le jeune Pelletier traversa en Europe avec M. Bossange, et alla faire son cours de philosophie au Collège Henri IV, où il eut pour condisciples deux fils de Louis-Philippe: le Prince de Joinville et le Duc d'Aumale.

Il fit une partie de ses études médicales à Paris, et passa ensuite à Edimbourg où, après deux ans, il reçut son diplôme de docteur.

Nommé professeur de physiologie en 1847, il est devenu plus tard secrétaire de l'École et il conserva ces deux positions jusqu'à sa mort au mois de janvier 1878.

A ce moment, l'École venait de conclure une entente avec le Recteur de l'Université Laval, et le docteur Pelletier avait reçu du Conseil Universitaire sa nomination comme professeur de Physiologie. Il ne vit pas, par conséquent, les difficultés qui allaient bientôt surgir.

(2) Le docteur Laramée a trouvé dans "L'Abeille Médicale" de janvier-février 1881 que le docteur Pierre Beaubien est né à la Baie du Febvre en 1796. Il fit ses études classiques à Nicolet, et passa en France, où il reçut, le 27 mai 1819, le diplôme de Bachelier ès-Lettres. Il avait commencé l'étude de la médecine en 1817, et obtint le diplôme de docteur le 16 août 1822. Ainsi, le docteur Beaubien s'est trouvé à Paris peu après la bataille de Waterloo (1815), les troupes Alliées étaient encore sur le sol français, Louis XVIII était aux Tuileries, le Baron Lavrey faisait encore de la chirurgie, et beaucoup de témoins de la Terreur ont dû lui raconter des incidents maintenant oubliés. Quel malheur qu'il n'ait pas, dans sa vieillesse, écrit ses mémoires!

Nous lisons dans le Bulletin Nécrologique publié par la *Minerve* le lendemain de sa mort l'éloge suivant: "Un médecin distingué, professeur éloquent, citoyen honorable, homme de cœur et d'esprit, M. le docteur Pelletier avait toutes les qualités qui élèvent l'homme dans la société, et le rendent cher à sa famille et à ses amis."

Le docteur Pelletier a eu, en terminant une leçon qu'il avait donnée avec son brio ordinaire, une hémorragie cérébrale. Transporté chez lui il reprit connaissance, et bientôt il fut entouré par ses collègues qui lui prodiguèrent leurs soins.

Il semblait heureux de les voir, et conserva sa bonne humeur ordinaire. Le docteur Coderre, qui était présent, m'a raconté que quelqu'un ayant demandé "s'il voulait de la bière", il répondit: "Pourvu que vous ne me mettiez pas dedans."

Le docteur d'Orsonnens, dans l'*Union Médicale*, rapporte que le docteur Pelletier reçut, avant de tomber dans le coma, la visite du prêtre, qu'il se confessa et fut administré en pleine connaissance.

Presque tous les médecins de la ville, et un grand nombre de citoyens étaient réunis pour rendre les derniers honneurs au défunt. La Faculté de Médecine de l'Université McGill avait suspendu ses cours, et invité ses élèves à suivre le cortège.

Parmi les assistants se trouvait le Dr McDonald, forcé par ses infirmités à rester dans son traîneau.

Or, comme nous contournions le carré Victoria, un cheval emballé renversa la voiture du vieux médecin qui est mort deux jours après des suites des blessures qu'il avait reçues.

Le docteur Coderre, avec qui j'ai eu des rapports presque journaliers pendant plusieurs années, était certainement la figure la plus intéressante des membres de l'École de son temps.

Il était de petite taille, toujours vêtu de noir, comme du reste la plupart des médecins de ces temps, très courtois dans son langage, adoré par sa famille, et respecté par tous ceux qui le connaissaient.

Il était extrêmement franc; il ne cachait jamais sa pensée, et il avait une volonté, comme on le disait, "de fer".

Il avait beaucoup étudié, et il avait une grande admiration pour les Maîtres de l'École française, mais comme beaucoup de vieux médecins, il n'aimait pas les nouveautés en thérapeutique.

Jusqu'à la fin de sa vie, le docteur Coderre était très opposé au vaccin. Il discutait la question avec son urbanité ordinaire, mais il était inébranlable dans ses convictions.

Né à Saint-Denis en 1815, il est venu à Montréal dans sa jeunesse, et comme il fallait vivre, il s'est engagé comme commis dans un magasin de la rue Saint-Paul.

Il n'avait néanmoins aucun goût pour le commerce, et voulant à tout prix devenir médecin, il s'est préparé pour l'admission à l'étude en sacrifiant nuit après nuit, le repos dont pourtant il avait besoin après les fatigues de la journée.

A l'automne de 1838, la révolte contre les autorités s'est produite surtout dans les comtés de Beauharnois, de Châteauguay et de Laprairie. La ville de Montréal était comparativement tranquille, mais un nommé Comeau, employé comme agent secret, ou détective, par les autorités, poursuivait sans merci tous ceux qu'il croyait sympathiques à la cause des "Patriotes".

Je me rappelle, par exemple, qu'une vieille femme me racontait qu'elle avait vu Comeau entrer dans l'église Notre-Dame, pendant les Vêpres, pour arrêter le jeune Charles Leblanc, plus tard le shérif de Montréal. Elle ajoutait: "Il aurait bien pu attendre que le monde sorte de l'église."

Comme la plupart des jeunes gens de son temps, le docteur Coderre était un patriote ardent. Avec sa franchise ordinaire, il ne dissimulait pas ses opinions. Il ne paraît pas avoir pris part aux événements de 1837, mais c'est en 1838 que lui est arrivée l'aventure que nous allons raconter.

Comeau avait des espions partout, et l'on a dû lui rapporter les propos du jeune Coderre, puisque le 6 novembre 1838, à 6 hrs a.m., il pénétra dans sa chambre et lui donna ordre de le suivre.

"Permettez-moi de déjeuner d'abord", répondit le captif.

Comeau consentit et, si je me rappelle bien, se mit à table avec son prisonnier.

En parlant de cet incident, le docteur Coderre disait toujours que c'était heureux qu'il eût déjeuné, puisque après le repas il fut conduit au Corps de Garde (situé dans le temps entre le Palais de Justice et l'Hôtel de Ville) et y resta jusqu'au soir sans que l'on ait songé à lui donner à manger.

A ce propos je pourrais ajouter que les hôtes de Sa Majesté en '37-38 n'étaient ni au Ritz ni au Windsor, car le régime alimentaire, selon M. Borthwich, était d'une livre de pain et d'un gallon d'eau par jour.

Or, le soir, escorté de la garde, le jeune Coderre, avec dix autres citoyens de Montréal et cinq cultivateurs de Saint-Athanase, fut conduit à la nouvelle prison du Pied du Courant.

Le dimanche précédent, le 4 novembre, l'on écroua 120 prisonniers, presque tous des comtés de Laprairie et de Beauharnois, et parmi eux Cardinal et Duquette, exécutés le mois suivant.

Pendant son séjour à la prison, le docteur Coderre m'a dit qu'il avait serré la main du malheureux Charles Hindelang, dont le nom paraît sur les registres le 13 novembre. L'on sait que Hindelang monta sur l'échafaud le 15 février 1839.

Cependant, le nombre toujours croissant des accusés et la difficulté de les loger engagea le Gouvernement d'amener le plus tôt possible les moins compromis devant les tribunaux, et le docteur Coderre réclama une comparution immédiate.

Sa conduite en cette occasion dépeint bien son caractère énergique. Un des magistrats était M. Leclaire, le père de feu le docteur Georges Leclaire, secrétaire du Conseil d'Agriculture. S'adressant au prisonnier, il lui dit en français: "De quoi êtes-vous accusé?"

— "Ce n'est pas à moi, mais à vous, Messieurs, de me dire de quoi je suis accusé. Je n'en sais rien."

Cette fière réponse embarrassa fort le tribunal. L'on s'attendait à des protestations d'innocence et de loyauté envers la Couronne.

Les juges haussèrent les épaules, et restèrent muets pendant quelques instants. Comme le prisonnier, "ils n'en savaient rien".

"Retirez-vous", lui dirent-ils enfin, "nous allons examiner votre cas."

L'examen n'a pas dû donner de grands résultats, car le même soir Coderre fut mis en liberté.

J'ai lu dernièrement, dans un journal de Montréal, que le docteur Coderre échangea son certificat d'élargissement avec un prisonnier plus compromis. Cela se peut, mais je ne puis que dire que mon vénérable ami ne m'en a jamais parlé, quoique plus d'une fois il me fit le récit des faits tels que je les ai rapportés. Je ne crois pas non plus que le docteur soit allé aux Etats-Unis. Il ne savait pas l'anglais, et s'il avait fait un séjour de quelques années, comme on l'a dit, dans la République voisine, il aurait forcément appris la langue du pays.

Le docteur Coderre reçut du Gouverneur Général sa licence en 1844, et en 1846 devint membre de la corporation de l'Ecole. Je crois qu'il a été admis comme professeur de botanique, mais en tout cas, comme le docteur Bibaud est devenu professeur d'anatomie, le docteur Coderre est passé à la chaire de Matière Médicale qu'il conserva jusqu'à ses dernières années.

Il fut le Secrétaire de l'Ecole, la première fois, du 4 juillet 1859 jusqu'au 1er juillet 1861, et de 1880 jusqu'au mois de janvier 1884.

Le *docteur Boyer*, le Secrétaire de la Faculté, enseigna d'abord la Médecine légale, et lorsque les salles de l'Hôtel-Dieu furent ouvertes, en 1850, aux professeurs et élèves de l'Ecole, il fut chargé de la Clinique médicale. Il s'est retiré vers 1854 et il est mort en 1874.

Les procès-verbaux, rédigés sur des pages non réglées, sont en général très courts et laissent voir au lecteur que le rédacteur supposait les faits trop connus pour que ce fût nécessaire de les consigner dans les minutes.

Il parle ainsi d'une lettre de la plus haute importance adressée à l'Ecole par le Président de l'Université McGill, sans faire la moindre allusion à sa teneur; et par conséquent l'historien futur est forcé de *conjecturer* le contenu, mais ne peut rien dire de certain.

Le *docteur Trestler*, à peine nommé, part pour un voyage à Toronto, laissant ses élèves sans enseignement, et à son retour n'a pas l'air de vouloir reprendre sa chaire.

Quelques lettres sont échangées, et M. d'Orsonnens est chargé du cours d'Obstétrique jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Le *docteur E. H. Trudel* est resté membre de l'Ecole jusqu'à sa mort en 1883. Comme Président de la Faculté il supporta les premiers coups de la lutte avec Laval.

Le 11 mai 1850, le concours fit entrer le docteur d'Orsonnens au Conseil. Le docteur Trudel passa à la chaire d'Obstétrique, et le nouvel élu le remplaça au Cours de Chimie.

Le *docteur d'Orsonnens* est le dernier des fondateurs de l'Ecole réorganisée et il en est resté membre jusqu'à sa mort en 1892.

Il succéda au docteur Pelletier comme Secrétaire en 1878; il a été choisi comme Président en 1880, en remplacement du docteur Trudel.

Issu d'une famille noble du canton de Fribourg, en Suisse, son père est venu au Canada vers 1812 dans le régiment des Meurons où il avait le grade de capitaine.

Les Fribourgeois sont restés catholiques au milieu des cantons voisins qui ont embrassé le calvinisme, et dans sa jeunesse le docteur d'Orsonnens a songé à se faire prêtre. Il a porté pendant quelque temps la soutane.

Devenu médecin, il avait une grande clientèle, mais principalement parmi les pauvres, et il excellait surtout comme accoucheur.

Comme professeur de Chimie, il avait une connaissance théorique de la science telle qu'elle était dans son temps, mais au point de vue pratique, surtout devant ses élèves, ses expériences se terminaient souvent par des explosions. Il s'excusait toujours avec: "Mais, pourtant, cela ne devait pas arriver."

Gentilhomme de vieille école, il était toujours digne et courtois, même au milieu des situations les plus difficiles. Je me rappelle certaines séances du Conseil où il avait affaire à un collègue parfois intraitable, et à d'autres qui opposaient ses propositions avec trop d'ardeur, mais il ne se démentait jamais, et répondait toujours avec politesse et modération.

Lors de la rupture avec Laval, il fit un voyage à Rome pour réclamer justice auprès des autorités, et les mémoires qu'il a adressés aux Cardinaux sont des modèles de clarté et d'élégance de style. Il ne réussit pas, mais il créa une impression si favorable, néanmoins, qu'il est revenu chevalier de Saint-Grégoire.

Comme Président il a conduit notre Institution à travers la tourmente de 1883. Je me rappelle encore de sa fermeté, de la dignité et du courage qu'il savait inspirer à ses collègues parfois démoralisés, et il eut la joie de recevoir le fameux câblogramme du Cardinal Simeoni qui sauva l'École.

Je termine ici ce long chapitre où j'ai fait mon possible pour faire revivre les personnalités de ce groupe de fondateurs de l'École réorganisée. Ceux qui les ont connus comme moi ne sont pas nombreux, bientôt il n'y en aura plus, et c'est pour cette raison que je me suis efforcé de les faire connaître à leurs successeurs.

LES GROS REINS

Par OSCAR MERCIER,

De la Faculté de Médecine de Paris,

*Assistant étranger au service d'Urologie de l'hôpital Lariboisière
de Paris,*

*Assistant-chirurgien au service d'Urologie de l'hôpital Notre-Dame
de Montréal.*

La perception d'une masse au niveau de la région lombaire est un symptôme fréquent en urologie. Important par sa fréquence, il l'est encore du fait qu'il existe parfois seul sans aucun autre trouble. En présence d'une tumeur lombaire, le médecin doit se demander si elle représente un rein augmenté de volume et quelle est la nature de ce gros rein.

La palpation, qui mettra en évidence les caractères physiques de la masse, les symptômes de l'évolution de l'affection permettront presque toujours de poser un diagnostic exact. Les méthodes spéciales d'exploration, le cathétérisme des uretères, la radiographie et la pyélographie seront des adjuvants précieux là où la clinique est insuffisante à résoudre le problème.

Pour palper le rein, on aura recours au procédé classique, dit de Guyon (fig. 1). Le malade est étendu sur le dos en position horizontale, les jambes sont fléchies sur les cuisses et écartées en dehors pour obtenir le relâchement des muscles abdominaux. Le médecin se tient du côté qu'il veut explorer. Une main se pose à plat dans la région lombaire, l'extrémité des doigts se plaçant dans l'angle costo-lombaire. L'autre main est appliquée en avant parallèle à la ligne blanche, les doigts étant sous le rebord costal. La main qui est sur l'abdomen déprimera la paroi en arrière et en haut sous les côtes au moment de l'inspiration. Pendant l'expiration, elle maintiendra la région déprimée. La main postérieure exerce une pression continue; elle apprécie la contracture des muscles lombaires et la plénitude de cette région et elle tend à refouler le rein en avant.

Normalement, les reins ne sont pas perçus à la palpation. Tout au plus pourrait-on sentir, chez des sujets très maigres, le pôle inférieur du rein droit.

Un rein moyennement gros possède certains caractères physiques

(1) Extrait de *Séméiologie urinaire*, par Oscar Mercier. A. Legrand, éditeur, 93 boulevard Saint-Germain, Paris. (Sous presse)

qui permettent de l'identifier. La main postérieure le sent facilement sous forme de plénitude de la région, sans que la main antérieure ne refoule la masse en arrière. Ce premier caractère indique que la *tumeur est lombaire*. De plus, elle possède le *ballotement rénal*. La pression en arrière dans la région des lombes la refoule facilement



Figure 1: Palper rénal par la méthode de Guyon.

en avant au contact des doigts. Pendant les mouvements de la respiration, le gros rein subit un déplacement d'élévation et d'abaissement en rapport avec l'inspiration et l'expiration. Cependant, la

mobilisation se limite au ballonnement et au déplacement respiratoire. La *forme* générale est arrondie sans bord tranchant. Enfin, la percussion antérieure montre qu'il existe en avant une *zone de sonorité*, due au refoulement antérieur des côlons. Une insufflation d'air par le rectum mettra en évidence, dans les cas douteux, cette particularité.



Figure 2: Palper rénal par la méthode de Glénard.

Lorsque l'augmentation de volume du rein est considérable ou lorsque le rein est gros et flottant, les caractères sont moins évidents; la masse devient abdominale. Cependant, si on la refoule dans la

région lombaire, elle est alors barrée par une zone de sonorité. De plus, le gros rein flottant, après remise en place dans la loge rénale, y restera tant que le malade ne fera pas de mouvements.

De nombreuses tumeurs et augmentations de volume des organes avoisinants peuvent être confondues avec un gros rein.

Le gros foie sera reconnu par son bord tranchant et par son absence de contact lombaire; la recherche de la matité hépatique indiquera l'augmentation de volume du foie.

Les kystes hydatiques et les tuméfactions de la vésicule biliaire sont d'un diagnostic plus délicat. Leur surface arrondie se rapproche de celle du rein. Néanmoins, ces masses ne possèdent aucun contact lombaire, et, même si on parvient à les refouler dans la région lombaire, elles s'en échappent aussitôt que la pression exercée par la main cesse. De plus, la percussion met en évidence leur matité. Lorsque le kyste hydatique se développe en arrière, il va parfois occuper la région lombaire. La palpation est alors le plus souvent impuissante à trancher la question. La masse possède le contact lombaire et est limitée en avant par une zone de sonorité. La radiographie, le cathétérisme des uretères et la pyélographie seront alors les seuls moyens capables d'éliminer une affection rénale.

Une grosse rate et les tumeurs spléniques sont reconnues par la palpation du bord tranchant et crénelé. Il n'existe pas de sonorité antérieure et la matité se continue directement avec celle de la rate. Enfin, la main postérieure ne perçoit aucune plénitude lombaire. Comme pour le foie, les kystes spléniques qui se développent en arrière du ligament gastro-splénique sont d'un diagnostic fort difficile par la palpation. Les moyens spéciaux d'exploration permettront d'arriver à une conclusion certaine.

Les tumeurs des angles coliques, le diverticule de Meckel peuvent être confondus avec un gros rein. Elles sont nettement abdominales, ne peuvent être senties par la main postérieure et elles s'accompagnent de phénomènes intestinaux.

Les abcès froids lombaires consécutifs à un mal de Pott fruste sont d'un diagnostic très difficile du fait de l'absence ou de l'existence peu marquée des troubles vertébraux. Ces abcès peuvent présenter tous les caractères cliniques du gros rein. Cependant, leur rénitence ne permettra guère de les confondre qu'avec les kystes du rein. Un examen attentif du rachis et une radiographie qui montrera la lésion vertébrale les feront connaître.

Les tumeurs de la queue du pancréas peuvent provoquer des erreurs de diagnostic. Il existe une zone de sonorité antérieure, mais elle siège sur le bord externe de la masse presque en dehors d'elle, la tumeur ayant refoulé le côlon en dehors. De plus, la masse est plus interne que le gros rein et ne possède pas un contact lombaire et un ballottement net.

Un rein très gros et un rein flottant par le fait de leur situation abdominale peuvent être confondus avec *les kystes et les tumeurs pédiculés de l'ovaire, avec les kystes du mésentère et avec les tumeurs de l'épiploon*. L'erreur sera facilement évitée dans la majorité des cas. Pour le gros rein, il suffit de le refouler vers la région lombaire pour le voir traversé par une zone de sonorité. De plus, le gros rein flottant se laisse sans difficulté replacer dans la loge rénale et n'a pas de tendance à revenir là où il était. Au contraire, les tumeurs des autres organes, si elles ont pu être repoussées dans la région lombaire, n'y restent pas dès qu'on cesse la pression.

Dans la majorité des cas, le contact lombaire, le ballottement rénal de la masse et la sonorité qui siège en avant d'elle permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un rein augmenté de volume. Néanmoins, le diagnostic peut être hésitant. Certains moyens spéciaux d'exploration viendront en aide. Parmi ceux-ci, le plus simple qui est à la portée de tous les médecins est la radiographie. Fréquemment un cliché radiographique bien fait, pratiqué au besoin avec un localisateur, mettra en évidence les contours du rein, tout au moins du pôle inférieur. Dans certains cas, chez les sujets obèses, il y aurait avantage à radiographier le rein après insufflation de gaz dans la loge rénale selon la méthode de Carelli. Il faut toutefois avouer que cette méthode trouve de rares indications, si la radiographie simple est bien faite après avoir purgé le malade.

Le cathétérisme des uretères, en montrant une dilatation du bassinnet ou une différence dans les éliminations fonctionnelles de chaque rein, servira encore à indiquer la présence d'un gros rein pathologique. Chez quelques malades, il peut être nécessaire de recourir à la pyélographie, qui montrera une modification pathologique du bassinnet et des calices.

Si le diagnostic, malgré ces moyens spéciaux d'exploration, ne peut être précisé, ce qui est l'exception, il faut recourir à une lombotomie exploratrice plutôt qu'à une ponction. Celle-ci peut être dangereuse, s'il s'agit d'un kyste hydatique.

Lorsqu'on a acquis la certitude que la masse lombaire représente un rein, il reste à préciser la nature et la cause de son augmentation de volume.

Diagnostic de la nature du gros rein

Cliniquement le gros rein se présente sous plusieurs aspects. Dans une première catégorie, la masse lombaire est l'unique symptôme physique. Un deuxième groupe comprend les cas où la tumeur s'accompagne d'hématurie. Enfin, dans la troisième catégorie doivent être classés les malades qui en plus du gros rein ont de la pyurie.

a) Tumeur:

Il est encore assez fréquent d'observer comme unique symptôme d'une affection rénale l'augmentation de volume du rein. Ce symptôme existe souvent isolément sans aucune trouble fonctionnel, et est mis en évidence à l'occasion d'un examen général. Parfois il s'accompagne ou a été précédé de douleurs lombaires.

Le cancer du rein a, dans quelques cas, pour seule manifestation un gros rein. Brasch a rencontré ce fait dans 15% des malades qu'il a étudiés. Il peut être alors difficile de poser un diagnostic affirmatif par la simple palpation rénale. La consistance de la tumeur est ferme et à surface assez régulière. En somme, les caractères de la masse lombaire ne présentent aucune particularité qui puisse permettre d'en affirmer la nature cancéreuse. Tout au plus, la consistance ferme pourra aider à éliminer les kystes du rein qui sont rénitents, presque fluctuants. La présence d'un varicocèle, surtout s'il est constaté à droite, éveillera l'idée vers le cancer du rein. Il aidera à poser un diagnostic, s'il est de date récente. L'unilatéralité de la tumeur fera éliminer le rein polykystique. La radiographie montrera l'absence de calculs rénaux. L'examen devra parfois être poussé plus avant et c'est alors que le médecin aura recours à l'urologue. Celui-ci résoudra le plus souvent le problème par ses moyens spéciaux d'exploration rénale. Le cathétérisme des uretères, la mensuration de la capacité pyélique et au besoin la pyélographie seront employés pour arriver à un diagnostic précis. D'ailleurs, le cathétérisme des uretères sera toujours nécessaire pour apprécier la valeur fonctionnelle du rein sain, afin de poser les indications opératoires. Lorsque l'augmentation de volume du rein a pour cause un cancer du rein, l'examen des urines divisées est caractéristique. Le rein

malade présente *une chute de toutes les éliminations*, plus ou moins marquée selon l'étendue du processus cancéreux. La pyélographie fournit une image particulière. Le bassin et l'uretère sont déformés par la masse. Dans les tumeurs du pôle inférieur l'uretère se rap-



Figure 3: Pyélographie d'un cancer du rein.

proche du rachis et décrit une courbe à concavité externe. De plus, et c'est là le point particulier, un ou plusieurs calices sont amputés par le cancer et n'apparaissent pas sur l'image pyélographique (fig. 3).

Le rein polykystique est facilement reconnu par l'examen clinique en raison de sa bilatéralité. Cependant, dans quelques rares cas, l'augmentation de volume est si peu marquée d'un côté que la palpation ne peut nettement la mettre en évidence. Le cathétérisme

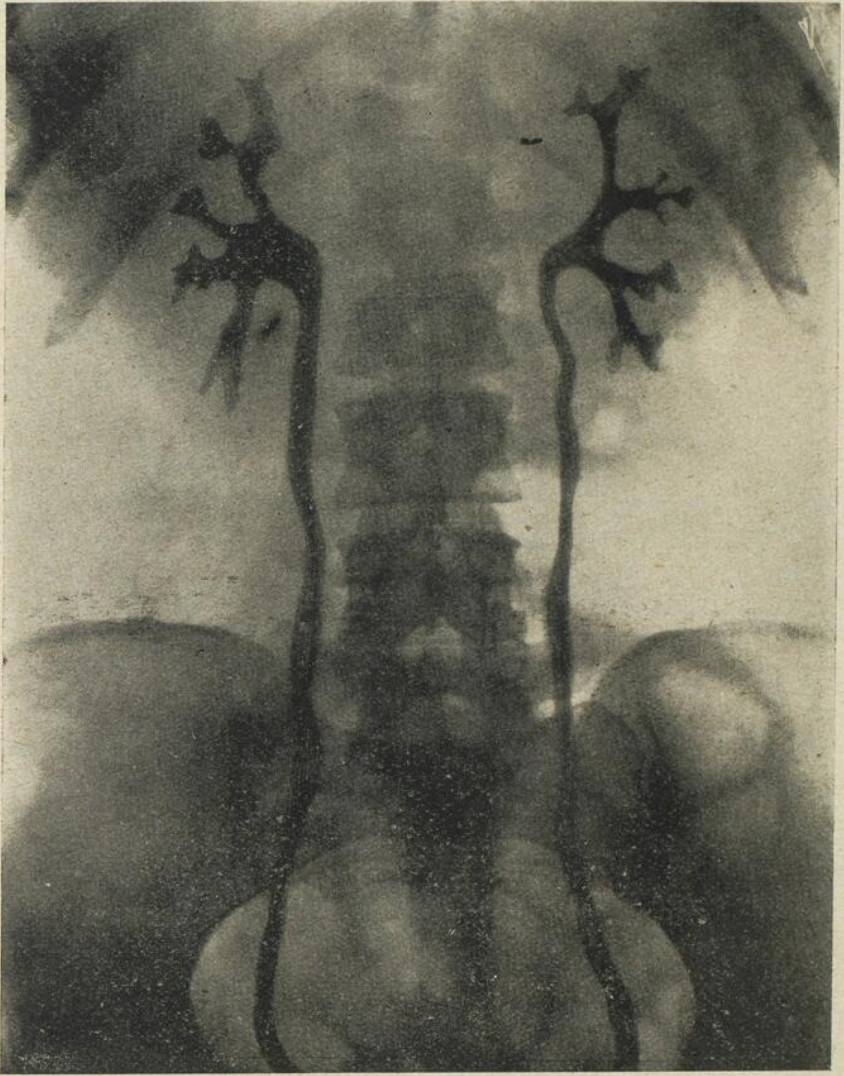


Figure 4: Pyélographie de reins polykystiques.

des uretères montre alors *une conservation des éliminations uréiques et chlorurées. Mais il existe une polyurie plus ou moins marquée et une chute de l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine dont le taux est en rapport avec le nombre de kystes ou avec les lésions de*

néphrite concomitantes. La pyélographie est d'un secours encore plus précieux. Elle montre des calices et un bassinnet de configuration générale normale, mais *très allongés* (fig. 4).

Les calculs avec gros rein seront soupçonnés, si le malade présente des douleurs lombaires que les mouvements augmentent. Une radiographie les confirmera.

Les hydronéphroses fermées ont fréquemment pour unique signe physique l'augmentation de volume du rein. Les douleurs survenant par crises et surtout la variation de volume de la masse lombaire, sa disparition accompagnée de polyurie mettront en éveil l'attention et permettront de reconnaître ces rétentions pyéliques. La cathétérisme des uretères qui videra le bassinnet et indiquera sa distension confirmera le diagnostic. Une pyélographie démontrera péremptoirement l'existence de l'hydronéphrose.

C'est encore la variation de volume de la masse lombaire qui permettra de reconnaître *les pyonéphroses fermées*. D'ailleurs, celles-ci s'accompagnent, dans la majorité des cas, d'élévation thermique. Lorsque les pyonéphroses sont fermées, il ne faut pas compter sur l'examen des urines totales pour les identifier. Celles-ci sont souvent limpides. Elles contiendront du pus lorsque la rétention purulente se vide. L'élévation thermique tombe alors et la masse lombaire diminue de volume. Le cathétérisme des uretères sera encore le moyen nécessaire pour confirmer leur existence.

Les tumeurs solides paranéphritiques, développées aux dépens, soit de la capsule fibreuse du rein, soit de son enveloppe cellulo-adipeuse ne peuvent qu'exceptionnellement être distinguées cliniquement du cancer du rein. Elles ne présentent, en effet, d'autres symptômes que l'augmentation de volume du rein. Le cathétérisme des uretères et la pyélographie, en indiquant les éliminations rénales normales et des calices normaux, permettront le diagnostic. Souvent, celui-ci ne sera confirmé que par une lombotomie exploratrice.

Les kystes du rein, soit le grand kyste unique, soit le kyste hydatique seront suspectés, lorsque la tumeur lombaire a une consistance rénitente, parfois fluctuante. Le caractère physique de la masse et l'exploration fonctionnelle des reins, qui est normale feront, d'une façon générale, trancher la question. On se doutera du kyste hydatique, lorsque le malade présente de l'urticaire.

Un rein unique peut être gros en raison d'une hypertrophie congénitale. Le cathétérisme des uretères qui montrera l'absence

d'un orifice urétéral ou l'absence de sécrétion de l'autre côté le fera reconnaître.

b) Tumeur et hématurie :

Lorsque la tumeur s'accompagne d'hématurie, le diagnostic devient plus simple. La présence de sang dans les urines indique nettement que la lésion siège au rein ou au bassinnet. On éliminera ainsi d'emblée les tumeurs paranéphritiques et même les kystes rénaux. Il restera donc à distinguer :

- le cancer
- le rein polykystique
- le calcul avec gros rein
- l'hydronéphrose
- les tumeurs du bassinnet

Le cancer s'accompagne d'hématurie totale, insidieuse et spontanée, capricieuse et intermittente. Celle-ci a une tendance à augmenter au fur et à mesure de son évolution.

L'apparition du sang dans les urines à l'occasion des mouvements, des promenades et du travail, sa diminution au repos doivent faire penser au *calcul*.

L'hématurie du *rein polykystique* peut affecter les caractères de celle du cancer. La bilatéralité de la tumeur et les moyens spéciaux de diagnostic dont nous avons parlé permettront de le distinguer.

Les symptômes les plus fréquents des *tumeurs du bassinnet* sont l'hématurie et l'augmentation de volume du rein. La concomitance de polypes de la vessie éveillera l'attention. Le cathétérisme des uretères les fera reconnaître. On les affirmera, lorsque la sonde urétérale ne ramène une urine sanglante qu'au niveau du bassinnet. L'évacuation en quantité considérable d'un liquide uro-sanglant en rétention dans le bassinnet les fera encore diagnostiquer.

c) Tumeur et pyurie :

Lorsqu'à l'augmentation de volume du rein s'ajoute de la pyurie, le diagnostic doit s'orienter vers la recherche d'une cause inflammatoire. Il est certain que tous les processus néoplasiques peuvent s'accompagner de phénomènes infectieux surajoutés. Ce fait n'est pas pour simplifier le diagnostic, mais il faut dire qu'il est peu fréquent de voir s'adjoindre aux lésions néoplasiques des lésions inflammatoires. Quoi qu'il en soit, le médecin devra penser à cette complication.

D'une façon générale, en présence d'un gros rein et de pyurie il faudra distinguer :

les pyonéphroses banales ou tuberculeuses,
les calculs infectés avec gros rein,
la pyélonéphrite.

Il est parfois difficile de distinguer cliniquement une pyélonéphrite aiguë d'une pyonéphrose. Cependant, d'une façon générale, la pyonéphrose s'accompagne de symptômes généraux plus intenses et la pyurie est beaucoup plus abondante. De plus, elle apparaît à la suite d'une longue période d'inflammation du rein, tandis que la pyélonéphrite aiguë s'installe d'emblée chez un sujet antérieurement sain. Le cathétérisme des uretères aidera à les distinguer. Dans la pyélonéphrite aiguë, les éliminations du rein malade restent normales, tandis que la pyonéphrose produit une diminution du fonctionnement rénal, d'autant plus marquée que la destruction du tissu propre du rein est plus prononcée. De plus, la pyurie est de beaucoup plus intense dans la pyonéphrose.

La nature de la pyonéphrose sera reconnue, soit par l'examen clinique du malade, soit par la radiographie. La concomitance d'antécédents ou d'autres lésions tuberculeuses doit en faire soupçonner la nature bacillaire. Un cliché radiographique mettra en évidence les calculs.

SUR L'ÉTAT D'ESPRIT DES TUBERCULEUX (1)

*Par le Docteur PAUL DUFAULT,
Rutland State Sanatorium.*

Il m'est facile d'imaginer qu'en venant ici ce soir, plusieurs d'entre vous sont curieux de savoir quel va être la substance de cette causerie, et je dois admettre que je fus aussi étonné au premier abord lorsque le surintendant me demanda de parler sur l'état d'esprit des tuberculeux.

Seulement un instant de réflexion suffit à nous faire comprendre qu'un tel sujet est tout à fait indiqué et peut être utile; il est en effet du domaine de la médecine tout autant que l'auscultation de vos poumons; car, comme vous le savez probablement, il y a ce qu'on appelle la science de la médecine et l'art de la médecine, ou si vous aimez mieux, il y a en médecine le côté matériel et le côté spirituel.

La Science de votre médecin lui permettra de diagnostiquer votre maladie et de vous enseigner le moyen d'en guérir; par son Art seulement, il sera en mesure de connaître vos dispositions, vos ressources morales et le degré de coopération qu'il peut attendre de vous. Illustrons cette explication trop didactique par un exemple pris dans le traitement de la maladie qui vous concerne et vous intéresse : la tuberculose.

A votre arrivée au sanatorium, votre médecin prit votre histoire de famille, l'histoire de votre passé, et termina son enquête par un compte rendu aussi fidèle que possible des différentes étapes de votre maladie actuelle; il passa ensuite à l'examen de vos poumons, et vous envoya finalement à la chambre des Rayons X. De cette enquête minutieuse, de cette auscultation sérieuse, de cette plaque radiographique est sorti le diagnostic. Votre médecin fut alors en mesure de vous dire que vous étiez tuberculeux ou tuberculeuse; il put juger à quel type de tuberculeux vous apparteniez; il put vous dire que votre lésion était aiguë ou chronique, récente ou ancienne, active ou inactive; il savait dès lors quelles étaient vos chances de guérison et il vous traça sur l'heure une ligne de traitement à suivre. Jusqu'ici votre médecin n'avait fait usage que de sa science. Le moment était arrivé pour lui d'appliquer son art.

(1) Intéressante causerie destinée aux patients du Rutland State Sanatorium par un de nos anciens élèves, médecin résident.

Supposons un moment que le docteur se fût contenté de vous dire: "Mon cher ami, vous faites de la tuberculose et pour en guérir, il va vous falloir rester au lit pour un temps indéfini; six mois, un an, deux ans." Le cas eut été vite réglé mais que serait-il arrivé? Sur cent patients, soixante-quinze auraient dit: "Merci, Docteur, et au revoir" mais ils seraient retournés à l'ouvrage le jour suivant; ils auraient dit à qui eut voulu les entendre que leur médecin avait prescrit un traitement impossible et qu'il est insensé de passer un an au lit alors qu'on se sent en parfaite santé. Les vingt-cinq pour cent qui restent, ayant de meilleures dispositions et un meilleur caractère, suivront un tel avis; mais après un certain temps ils abandonneront la cure de repos, et cela pour deux raisons: ou bien, ils ne verront pas immédiatement les effets du traitement et perdront courage; ou bien ils se sentiront tellement mieux qu'ils se croiront guéris.

Cet exemple suffit à démontrer que la Science seule ne fait pas le médecin et que son devoir ne finit pas, mais commence avec le diagnostic et dure aussi longtemps que le traitement lui-même, quel que soit ce dernier. Et quand il s'agit de tuberculose, un médecin, quelles que soient sa science et son habileté à faire un diagnostic précoce, n'a absolument rien fait s'il ne peut convaincre son patient que le traitement fidèle et prolongé est la condition *sine qua non* de sa guérison.

Avec la cure commence la tâche parfois ardue du soutien moral; et pour cette partie si importante de la science médicale, le médecin est laissé à ses propres ressources; très peu ou rien du tout à ce sujet n'est dit dans leurs gros livres. Chacun est laissé à ses ressources psychologiques personnelles. Si vous vous souvenez, et sûrement vous vous en souvenez, le jour de votre admission au Sanatorium, votre médecin vous adressa quelques mots en ce sens: "Vous aurez à garder le lit pour un temps dont je ne puis encore fixer la limite: il est possible que le découragement ou l'ennui s'emparent de vous par moments, mais ça passera; travaillez avec nous, soyez patient et courageux et finalement vous serez le vainqueur."

Quand on vous amena à la clinique quelques jours plus tard, on vous répéta les mêmes paroles. Chaque fois que vous avez un examen périodique, les mêmes recommandations vous sont données en d'autres termes. Ce n'est certes plus nouveau alors, mais c'est toujours aussi utile. Et à ces causeries, dans la salle commune, vous recevez beaucoup plus de l'Art que de la Science médicale.

Il me serait particulièrement agréable ce soir de vous confier quelques idées qui me sont venues à l'esprit depuis quelque temps. Je suis absolument convaincu qu'une causerie du genre de celle-ci peut vous faire quelque bien; et la raison en est simple. La nature et le repos auront soin de vos poumons, mais le traitement étant long et monotone, les résultats obtenus n'était pas toujours rapides et faciles à constater, comment va se comporter votre courage? L'imagination et l'esprit si actifs, si constamment en éveil, si facilement inquiets ne peuvent être mis au repos comme le corps. Et s'il est facile de dire à un patient de se mettre au lit et de tout oublier excepté son traitement, il n'est pas du tout facile pour le patient d'obéir.

Essayons de trouver ensemble ce que sont vos pensées et ce qu'elles devraient être à l'égard du passé et de l'avenir et aussi durant votre séjour au Sanatorium.

I

Le Passé et le Futur

Pour prendre la cure chacun de vous eut à abandonner son travail et ses affaires, chacun dut oublier temporairement ses plans, ses projets, ses ambitions, car chacun a des plans, chacun a un but.

S'il était possible d'arrêter ici et là différentes personnes dans les foules affairées de nos grandes villes et de demander à ces personnes la raison de leur hâte, chacune d'elles donnerait sûrement une réponse différente, mais chaque réponse révélerait un but immédiat, un but éloigné. Nous nous pressons sur le chemin de la vie comme les foules se pressent dans les rues encombrées; et quelque bon jour, peut-être justement parce que vous vous pressiez trop, vous avez été arrêté par une personne inattendue, très malvenue, nommée la Tuberculose; et oubliant forcément le but de votre course nonobstant l'importance de vos affaires, il vous fallut arrêter.

Aussi n'est-il pas étonnant que vous pensiez à ce que vous avez laissé derrière vous, n'est-il pas étonnant que vous deveniez quelquefois impatients; mais à vos heures sombres, de grâce, n'oubliez jamais que le Sanatorium n'est pas l'enfer de Dantes, songez que vous n'êtes pas ici pour toujours et sans espérance, au contraire, vous n'êtes venu à Rutland que pour vous reposer un certain temps. Abrégez votre séjour dans la mesure de votre possible en étant fidèle à la cure.

Maintenant qu'avez-vous laissé derrière vous ? Un commerce ? — Une personne de confiance en prendra soin durant votre absence. Recouvrez votre santé et vos clients reviendront à votre boutique ou à votre magasin quand vous y retournerez. Supposons même que votre commerce souffrirait de votre absence, pourquoi vous décourager ; vous l'avez établi une première fois, qui vous empêcherait de faire de même une seconde fois en profitant de votre expérience ? Et si vous perdez un peu d'argent dans l'intervalle, votre santé en vaut la peine. Abandonner vos affaires est sage. Sans le traitement, sans la cure, combien de temps pourrez-vous tenir ? Certes, l'argent est une chose utile, mais il ne remplace pas tout, et pour jouir de la vie, la santé est plus nécessaire que la richesse.

Avez-vous dû quitter une épouse, ou un mari et des enfants ? Si tel est le cas, vous avez toute ma sympathie. Mais même à vous je dirai : "N'abandonnez pas la cure ; restez avec nous pour un temps et cela dans votre propre intérêt et dans l'intérêt de votre famille.

Dans votre propre intérêt.

Le Sanatorium est l'endroit unique pour vous, père et mère de famille, le seul endroit où il vous soit possible de prendre la cure de repos effectivement. Si vous restez chez vous, vous, le père, vous ne pourrez résister à la tentation d'aider votre femme au soin de la maison et des enfants. Vous aurez à tenir compagnie aux visiteurs, vous serez tenté de sortir pour les emplettes quotidiennes, etc., etc., et après six mois ou un an vous n'aurez rien gagné, au point de vue santé ; heureux serez-vous si vous n'avez rien perdu.

Quant à vous, mère de famille, les conditions du traitement à domicile sont encore plus mauvaises. Comment pourriez-vous supporter que votre mari fasse l'ouvrage à la maison et pourvoie à l'entretien des enfants après sa journée de labeur ? Il y aura probablement de la poussière sur les meubles et quelques plats sales sur la table ; et d'avoir ces choses sous les yeux tout le jour vous rendra tellement nerveuse que finalement vous quitterez votre lit pour tout remettre en ordre. Et les enfants, ignorants de votre condition de santé, ne seront pas sans vous demander l'une ou l'autre des mille choses dont ils ont toujours besoin et vous aurez encore à vous lever.

Ajoutez à cela la dépression morale résultant du mauvais état des choses autour de vous et il vous sera facile d'imaginer de quel avantage il serait pour vous de prendre la cure dans de pareilles conditions. J'ai ajouté : "Restez ici pour l'amour des vôtres." Chez

vous, vous, vous seriez une charge de plus sur les bras de votre mari ou de votre femme, tandis qu'ici on a soin de vous sans qu'il vous en coûte beaucoup. Mais surtout, pensez à vos petits. Vous ne voudriez pour rien au monde, j'en suis sûr, les voir devenir tuberculeux vers l'âge de seize à dix-huit ans et les voir passer par le chemin que vous avez à parcourir.

Le meilleur moyen d'éviter une telle éventualité est de rester loin d'eux au moins aussi longtemps que votre maladie semble active et que votre expectoration contient le bacille T. B. Vous pouvez dire que cela n'est pas facile à faire et que je ne sais ce que je dis. J'admettrai que je ne vaud guère mieux que la grande majorité des gens et qu'il peut m'arriver souvent de parler sans connaissance de cause, mais dans ce cas-ci, j'ai quelque expérience. Plus d'une fois ai-je vu des hommes puissamment bâtis et encore dans toute leur force, pleurer misérablement en pensant aux êtres chers abandonnés là-bas quelque part, et, prenez-en ma parole, c'est un spectacle qui fait mal au cœur. Mais dans presque chaque cas, j'ai vu le patient reconquérir sa tranquillité d'esprit et regagner son courage après quelques semaines de repos, à la constatation que la santé lui revenait et que les siens ne manquaient de rien.

A qui encore avez-vous dû dire au revoir avant de partir pour le Sanatorium ? A un fiancé ou à une fiancée ? Cela vous fait rire ce soir, mais êtes-vous bien certains que cela ne vous a pas fait pleurer quelqu'un des jours ou quelqu'un des soirs qui ont suivi votre admission ? Or quand je vois des yeux en larmes, je suis sûr que derrière ces larmes, il y a une souffrance quelconque et peu m'importe quelle en est la cause. Si vous avez pleuré au sujet de votre ami ou de votre fiancée que vous croyiez perdu, vous avez dû être malheureux et à ce moment votre malheur vous parait aussi vrai et aussi complet que les plus grands chagrins imaginaires. Rien de difficile et de délicat comme de panser une plaie du cœur, et je crains de le tenter. Laissez-moi seulement vous donner un conseil. De deux choses l'une. Votre ami vous sera fidèle ou vous abandonnera. S'il est fidèle, il vous attendra et sera le même le jour où vous quitterez l'institution avec un cas inactif ou arrêté que le jour où vous y êtes entré.

S'il n'est pas fidèle et vous abandonne, dites-vous qu'il vaut mieux qu'il en soit ainsi aujourd'hui que plus tard si telles sont ses dispositions. Je me suis adressé particulièrement à mes auditrices; que mes auditeurs changent les genres et ce que j'ai dit s'applique-

à eux. Si vous êtes abandonné vous serez sûrement très malheureux tout d'abord, c'est inévitable; mais le grand guérisseur de tous maux qu'est le Temps vous sera secourable comme il le fut au cours des âges à tous les cœurs brisés; et nombreux ont-ils été, depuis le commencement de ce vieux monde qui, en dépit de l'électricité, en dépit des automobiles, des aéroplanes et des radios n'a pas du tout changé dans le domaine de l'amour. Et un beau matin, après quelques sombres et interminables jours, vous serez tout à fait étonné de découvrir que le soleil, qui vous semblait disparu à jamais, est toujours aussi brillant dans un ciel aussi bleu; que ses rayons sont aussi chauds et aussi caressants, que les arbres et les fleurs répandent le même parfum enveloppant; qu'il fait encore bon de respirer et de vivre; et tôt ou tard (ceci varie un peu avec les tempéraments) vous vous apercevrez qu'il y a encore de-ci, de-là, quelques jolies demoiselles pour vous, messieurs, et quelques grands garçons intéressants pour vous, mesdemoiselles.

Allez-vous me dire maintenant que vous avez dû quitter un joli et confortable chez-vous? Vous ne pouvez exiger que tout soit ici aussi accommodant que dans votre propre maison, mais les conditions de vie au Sanatorium sont tout à fait convenables; et vous ne devez pas oublier qu'après tout vous n'êtes ici que pour un temps plus ou moins court.

Vous surprenez-vous maintenant à penser à l'avenir? Rappelez-vous le vieux dicton: "A chaque jour suffit sa peine". Au cours de cette longue et souvent fatigante étape qu'on appelle la vie, vous avez dû laisser les autres vous devancer et il vous a fallu vous reposer un peu. Qu'importe si les autres continuent. Reposez-vous aussi longtemps qu'il le faudra et quand vous serez prêts à repartir, il y aura encore place pour vous dans les rangs. Vous aurez peut-être désormais à marcher un peu moins vite que la foule, mais à la fin, vous vous rendrez tout aussi loin.

II

Que faire durant la cure ?

Chez l'être humain, l'esprit étant inséparable de la matière, l'âme inséparable du corps, il est évident que l'être spirituel a une certaine influence sur l'être matériel et que l'état d'esprit d'un patient est en relation intime avec son état de santé et *vice versa*. Or, durant ces longs jours, ces longues semaines, ces longs mois de

repos au lit qu'advientra-t-il de l'état d'âme des patients ? Question assez difficile à résoudre. Essayons un peu ensemble.

Dormez et rêvez toute la nuit et tout le jour si vous le pouvez; ne vous inquiétez pas des repas; quelqu'un vous éveillera en temps. On peut s'entraîner au sommeil ou tout au moins à la somnolence prolongée; et après un essai consciencieux et persistant vous serez vous-même étonné de votre succès. J'ai remarqué que dans certaines salles, à n'importe quelle heure du jour, la majorité des patients semblent dormir; peut-être ne dorment-ils pas très profondément, mais au moins, ils ne bougent pas et leurs yeux sont clos; il est fort possible qu'ils ne soient fermés qu'au monde extérieur et grands ouverts sur leurs pensées et perspectives intérieures. Pas la moindre objection à ceci pourvu que votre imagination suive des sentiers faciles et agréables. S'il en est ainsi, je dirai: "Continuez aussi longtemps qu'il vous plaira." Bâissez d'innombrables châteaux en Espagne, créez toutes les fantaisies possibles et impossibles. Laissez votre imagination errer sans contrôle, vous en avez tout le temps. Et dans l'intervalle vos poumons seront au repos, les tubercules se calcifieront, la sclérose s'organisera et le jour venu, votre médecin vous éveillera de votre léthargie, vous dira que vous êtes guéris, que l'époque des rêves est passée et que vous êtes prêts à reprendre contact avec la vie et ses réalités.

Lisez. Il est devenu banal de répéter que les livres sont nos plus fidèles amis, et que nous pouvons toujours compter sur eux. Nous les oublions, nous les négligeons absolument pour des mois, mais arrive un de ces jours sombres et pluvieux comme en connaissent tous les étés, arrivent les interminables soirs d'hiver, vienne une maladie qui nous immobilise temporairement, nos vieux amis, les livres, nous reviennent en mémoire. Retournons à l'étagère où ils ont été abandonnés sans soins et sans attention durant des mois, enlevons la poussière qui les recouvre et comme jadis ils nous feront paraître courtes et agréables des heures qui autrement seraient si longues et parfois si tristes. La lecture est un puissant moyen de distraction et d'oubli, et l'oubli est ce qu'il faut à chacun de nous en certaines occasions. Lisez des revues scientifiques si vous vous en sentez le goût, mais ne vous fatiguez pas. Si vous préférez des sujets légers: littérature, poésie, fiction, c'est encore très bien.

Soyez optimistes; voyez les choses du bon côté. Je sais que cela dépend beaucoup du tempérament et des dispositions intimes; mais l'entraînement et j'ajouterai l'imitation peuvent vous être d'un

grand secours pour corriger une tendance naturelle à la mélancolie. L'optimisme est en quelque sorte communicable et vous avez remarqué vous-même, j'en suis sûr, qu'il suffit d'un seul roger-bontemps, d'un seul gai compagnon pour changer l'atmosphère de toute une salle. Malheureusement, l'opposé est vrai, et un seul professeur de pessimisme peut aussi avoir une influence déprimante sur son entourage. Si, par malheur vous appartenez à cette dernière catégorie, le moins que vous puissiez faire dans votre propre intérêt et dans l'intérêt de ceux qui vous entourent est de garder pour vous seuls vos idées déprimantes et ne pas répandre de noir autour de vous.

A propos, quelques mots seulement au sujet de ceux que j'appellerai neurasthéniques. Il y a des patients qui quoique se sentant bien, et n'ayant pas de fièvre, en dépit des affirmations de leur médecin, ne veulent pas croire que leur condition s'améliore et sont au contraire convaincus qu'ils vont de mal en pis. S'il vous plaît, ne soyez pas de ceux-là ! Trop de sollicitude à ce sujet est pire qu'un peu de laisser-aller. Votre médecin n'a pas d'intérêt à vous tromper et il a droit à toute votre confiance.

L'optimisme vous sera secourable en toute occasion. Il est possible que parfois votre ciel se couvre de nuages et s'assombrisse, que les heures, les jours, les semaines vous paraissent sans fin et que l'avenir semble décourageant. A certains moments la vie elle-même peut vous sembler vide au point qu'il ne vaille pas même la peine de livrer un si long combat pour la conserver. S'il vous arrive de vous sentir de telles dispositions, souvenez-vous que vous souffrez simplement d'un état de dépression passagère, qu'il est naturel d'aimer à vivre, que cette heure, ce jour, cette semaine passeront, que ces nuages se dissiperont, et que cette cure au Sanatorium prendra fin.

C'est à peu près tout ce que j'avais à vous dire. Il est possible que demain, vous ne vous souveniez plus guère du sujet de notre causerie, mais j'aimerais qu'à l'occasion vous vous rappeliez ceci : un froncement de sourcils est le résultat de l'action combinée de quatorze muscles ; un sourire ne demande l'entrée en fonction que de cinq muscles ! Ne vous surmenez donc pas en prenant des airs sévères, ménagez-vous plutôt en souriant.

IRITIS ET INFECTION DENTAIRE (1)

*Par le Docteur HERVE LEGRAND,
Assistant au service du Docteur Lassalle,
Attaché au service ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique
de l'Hôtel-Dieu.*

Des trois membranes dont la superposition constitue le globe oculaire, l'uvée est la plus vasculaire et de ce fait la plus exposée aux inflammations, vu la plus grande quantité de sang et aussi de toxines qu'elle reçoit.

L'uvée comprend d'avant en arrière: l'iris, le corps ciliaire, la choroïde.

Si le processus infectieux se localise à l'iris, la maladie prend le nom d'iritis; s'il s'étend au corps ciliaire, irido-cyclite; s'il atteint enfin la choroïde, irido-choroïdite.

L'iritis peut être la conséquence d'une infection extérieure envahissant le globe oculaire à la faveur d'une plaie pénétrante ou d'une ulcération de la cornée. Mais le plus souvent elle résulte de la localisation irienne d'une infection endogène. "Dans ce dernier cas, d'après Morax, l'agent infectieux a pénétré par un point éloigné de l'organisme et n'a atteint l'iris qu'en suivant la voie sanguine et en franchissant les parois vasculaires." Il résulte donc que l'iritis est toujours une maladie secondaire dont il faut chercher la cause dans une infection d'origine endogène ou exogène.

L'iritis d'origine endogène peut se produire chez un malade souffrant d'une infection généralisée, au cours d'une septicémie, qu'elle soit puerpérale, postopératoire ou traumatique; dans la syphilis (75% des cas); dans certaines maladies infectieuses: rougeole, variole, fièvre typhoïde, influenza, erysipèle, oreillons, fièvres intermittentes, pneumonie, tuberculose, dysentérie, etc.; au cours de certaines affections dycrasiques: goutte, rhumatisme, diabète, chlorose, leucémie, néphrite, etc.

L'iritis causée par infection sanguine peut encore apparaître chez une personne atteinte d'une simple infection à distance bien localisée, comme dans le cas que j'ai l'honneur de vous présenter. C'est un patient traité avec succès par M. le docteur Bousquet et qu'il a eu l'amabilité de me prêter pour la circonstance.

(1) Communication faite au Dimanche du Praticien à l'Hôtel-Dieu.
le 10 mai 1926.

M. X., âgé de 36 ans, est fermier de son métier, et semble jouir d'une santé excellente.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel intéressant.

Ses systèmes nerveux, digestif, respiratoire, circulatoire et génito-urinaire sont en parfait ordre.

Wassermann sanguin négatif.

Aucune infection sinusienne rhino-pharyngée ou buccale, sauf deux dents fortement cariées.

Il y a dix semaines, l'œil droit est devenu rouge et douloureux. Le patient a attendu trois semaines avant de venir consulter. A son arrivée à Montréal, il présentait tous les symptômes d'une iritis aiguë à forme grave. La pupille était fortement contractée et ne réagissant pas à la lumière.

Il existait non seulement une injection périkératique, mais toute la région bulbaire s'étendant du pourtour de la cornée aux culs-de-sac était fortement congestionnée et d'un rouge sombre.

Il existait une douleur spontanée du côté du globe, autour de l'orbite, et s'irradiant au sommet du crâne.

La vision dans cet œil était presque nulle, par suite des exsudats déversés dans la chambre antérieure. L'humeur aqueuse était trouble et à travers ce léger nuage nous apercevions une iris ayant perdu son brillant.

Sur-le-champ fut institué le traitement classique.

Instillations dans l'œil deux fois par jour d'une solution de sulfate neutre d'atropine 1%.

L'atropine met l'œil au repos absolu en paralysant l'iris, supprime le contact de l'iris avec la cristalloïde antérieure et empêche la formation de synéchies. Enfin en dilatant l'iris elle rétrécit les vaisseaux sanguins et diminue l'afflux de sang dans cette région.

A l'atropine nous avons ajouté l'application de compresses bori-quées chaudes souvent répétées afin d'activer la résorption et aussi de calmer les douleurs.

Nous avons également pratiqué quelques saignées locales à la tempe droite par l'application de sangsues, pour aider à décongestionner l'iris.

Nous avons prescrit des purgatifs légers souvent répétés; nous avons injecté quelquefois de la pilocarpine pour provoquer des transpirations abondantes et faire éliminer des toxines. Et nous avons réglé le régime alimentaire afin de ne pas mettre en circulation dans l'organisme de nouveaux produits toxiques.

Mais les jours passaient et l'iritis ne semblait pas vouloir lâcher prise.

Bien que le Wassermann sanguin fût négatif, nous avons quand même donné une série de neuf injections intraveineuses de cyanure de mercure à 1% tous les deux jours, avec résultat nul.

Je vous ai dit que le malade ne présentait aucune manifestation rhumatismale apparente, mais nous lui avons donné quand même du salicylate de soude à la dose d'un gramme trois fois par jour. Dans le même esprit nous avons aussi administré le Nitroyl Leysin en injections intramusculaires temporales avec toujours le même insuccès.

Finalement, ce patient auquel nous avons toujours conseillé de faire enlever ses mauvaises dents, et qui en remettait systématiquement l'extraction au lendemain, s'exécuta. Et chose surprenante, deux jours plus tard, l'œil commençait à s'améliorer sensiblement, et depuis nous n'avons cessé de constater la marche de ce progrès rapide et quotidien.

Cette observation, il me semble, nous prouve d'une façon irréfutable, d'une part, l'échec absolu d'à peu près toute la médication la plus complète que l'on puisse employer dans un cas d'iritis aiguë grave, dont la cause était un petit foyer infectieux à distance, paraissant bien bénin; d'autre part, comme corollaire, l'amélioration immédiate et rapide d'une affection oculaire rebelle par la simple avulsion de deux dents cariées.

Et ce qui est vrai pour la carie dentaire l'est aussi pour la pyorrhée dentaire, les abcès dentaires méconnus, les tumeurs adénoïdes et les amygdales infectées, les sinusites latentes, les otites chroniques suppurées, les métrites, les salpingites, les ovarites, l'appendicite chronique, la pyélo-néphrite, etc., enfin pour tous les foyers infectieux ou toxiques locaux pouvant déverser leurs produits septiques dans le courant circulatoire, et aller causer à distance des complications oculaires comme de la papillite, de la choroïdite, de l'irido-cyclite, de l'amblyopie, de la sclérite, de la kératite phlycténulaire, etc., etc., affections très graves parfois, toujours tenaces et récidivantes aussi longtemps que n'a pas été supprimé le foyer infectieux causal.

CONDITIONS PATHOGÉNIQUES ET ÉTIOLOGIQUES DU POLYMORPHISME ANATOMO-CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE (1)

Par le Professeur EMILE SERGENT,
De la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.

Les dissemblances des différents types anatomo-cliniques de la tuberculose humaine sont telles qu'on comprend aisément les hésitations de plusieurs siècles pour reconnaître en elles les manifestations d'une même maladie. Ce polymorphisme donne la clé des longues et passionnées discussions qui séparèrent, si près de nous encore, les *unicistes* de l'école française (Laënnec, Lebert, Thaon et Grancher...) des *dualistes* de l'école allemande (Reinhardt, Virchow...). Le doute n'est plus possible depuis que Villemain démontra l'*inoculabilité en série de tous les produits tuberculeux* et que Koch apporta la découverte du *microbe pathogène*.

Mais, si l'unicisme d'origine et de nature de ces lésions et de ces états morbides, d'aspect et d'allure si disparates, n'est plus à démontrer, il n'en demeure pas moins que ce polymorphisme surprend et dérouté encore l'observateur et qu'il reste à en déterminer les causes et le mécanisme intime.

A quelles sources s'alimente ce polymorphisme ? Ici se dessine le cadre de discussions pathogéniques auxquelles le médecin ne peut rester indifférent. Il est bien clair que les causes premières de ce polymorphisme ne peuvent être cherchées en dehors des variations d'influence réciproque des deux facteurs en présence: le *bacille inoculé* et le *terrainensemencé*. Qu'il me suffise de signaler que,

(1) Cet article est tiré de la leçon d'ouverture du premier cours de perfectionnement sur la tuberculose, fait à la Charité, dans mon service, en juin, 1919, avec la collaboration de MM. Ribadeau-Dumas, Courcoux, Bertier, Brissaud et Pruvost. Cette leçon d'ouverture avait pour titre: *Evolution clinique générale de la tuberculose*; avec les deux qui la suivirent: *Eléments du diagnostic de la tuberculose considérés en général* et *Eléments du pronostic de la tuberculose considérés en général*, elle forme la trame des *Généralités cliniques sur la tuberculose* écrites pour le *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée* publié sous ma direction, en collaboration avec Ribadeau-Dumas et Babonneix (Maloine, éditeur). (Se reporter à la 2e édition de ce Traité.)

N.D.L.R.: Nous sommes heureux de publier ce bel article du professeur Sergent, extrait de son important ouvrage "Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose", paru chez Maloine, Paris, 1926.

si les *qualités et la quantité des bacilles*, les propriétés de leurs *poisons adhérents* ou *diffusibles* jouent incontestablement un rôle important. *L'état du terrain* et l'influence des *conditions et circonstances occasionnelles* qui peuvent le modifier apparaissent avec évidence déjà dans les différences qui séparent les caractères évolutifs de la tuberculose chez l'enfant et chez l'adulte, pour ne prendre que cet exemple.

De l'étude analytique et synthétique des constatations actuellement classées par l'observation clinique se dégagent certaines notions que nous devons enregistrer comme acquises.

Nous ne pouvons mieux nous rendre compte de l'évolution générale de la tuberculose qu'en la suivant, comme nous l'avons fait dans la première partie de cette leçon, dans ses diverses modalités cliniques, depuis la première enfance jusqu'à la vieillesse la plus avancée, et en marquant les principales circonstances occasionnelles qui, à chaque étape, scandent les *accalmies*, les *trêves* et les *recrudescences* de sa marche ou se retrouvent régulièrement à l'origine de chacun de ses principaux types. (2)

Dans la première enfance, la tuberculose évolue comme une *septicémie toxi-infectieuse*; ses déterminations locales sont réduites à leur plus simple expression et cèdent le pas: jamais elles ne se présentent sous la forme de foyers isolés à tendance progressivement ulcéreuse; la caverne ne se rencontre pas ou, du moins, elle est exceptionnelle.

Dans la seconde enfance et dans l'adolescence, commencent à s'ébaucher les *formes localisées*, sous la caractéristique prédominante des *réactions ganglionnaires intensives* et des manifestations polymorphes de la *scrofulo-tuberculose*. A cette période de la vie, les *formes septicémiques*, sans être aussi fréquentes que dans la première enfance, se rencontrent encore assez souvent, plus souvent en tout cas que chez l'adulte, et affectent particulièrement le type de la *typho-bacillose*.

Chez l'adulte, la tendance de la tuberculose à se *localiser* se précise davantage encore. A ne considérer que la tuberculose chronique, la notion des *trêves* et *accalmies*, celle des *rechutes* et *réveils* de lésions depuis longtemps considérées comme éteintes, celle de *poussées évolutives*, survenant à titre d'épisodes aigus, plus ou moins durables, dans le cours d'un processus chronique et lentement progressif, celle des *généralisations secondaires* qui viennent terminer

(2) Consulter: Burnet. La tuberculose, de l'enfant à l'adulte (*Bulletin de l'Institut Pasteur*, 30 mai et 15 juin 1911).

la marche torpide d'une phtisie ancienne ou d'une vieille adénite ou ostéo-arthrite, sont autant de constatations qui permettent de présumer que l'évolution de la tuberculose doit être commandée, plus ou moins impérieusement, par l'intervention de conditions étiologiques représentées par les diverses circonstances occasionnelles de la vie humaine.

*
* *

C'est en rapprochant les notions expérimentales, d'une part, et les notions cliniques, d'autre part, que nous pouvons tenter d'édifier une conception rationnelle, capable d'expliquer la généralité des faits que les médecins peuvent observer, et d'éclairer la pathogénie du polymorphisme de la tuberculose.

a) Voyons, tout d'abord, sur quelles *bases expérimentales* nous pouvons nous appuyer; retenons deux ordres d'expériences: l'expérience de Koch et celles de Rømer.

L'*expérience de Koch* est grosse de déductions; si on réinocule un cobaye déjà inoculé et chez lequel la tuberculose est encore en évolution, on n'obtient qu'une *lésion locale, nécrotique, ulcéreuse*, et non point un véritable chancre d'inoculation accompagné de caséification des ganglions du groupe correspondant.

Les *expériences de Rømer* complètent et élargissent l'interprétation qu'on peut tirer de celle de Koch. Si, dans une première expérience, on réinocule, avec une faible dose, un cobaye antérieurement inoculé, cette nouvelle inoculation reste sans résultat, à la condition que la tuberculose de première inoculation ne soit pas encore complètement éteinte; cependant, l'animal ne conserve qu'une immunité relative; il ne réagit pas à une dose minime, qui serait nocive à un cobaye neuf; mais (deuxième expérience) il réagit plus vivement, au contraire, qu'un animal neuf, si la dose de la seconde inoculation est forte ou si on fait des inoculations minimales, mais nombreuses et rapprochées.

Ces expériences contiennent la *notion d'un état humoral créé par une première inoculation*, état humoral bien spécial, fait, à la fois, d'une *immunisation relative* et d'une *sensibilisation particulière*; c'est à cet état qu'on peut donner, avec Von Pirquet, le nom d'*état allergique*.

L'importance de cette notion est capitale; nous verrons tout l'intérêt qu'on peut en tirer pour l'interprétation des constatations

cliniques; qu'il nous suffise, pour l'instant, de rapprocher de cette donnée expérimentale les constatations de Bazin sur la bénignité de la phtisie scrofuleuse et les observations de Marfan sur la rareté de la phtisie chez les anciens écrouelleux.

De même, ces expériences apportent l'explication de certaines particularités du polymorphisme anatomo-clinique de la tuberculose; chez l'adulte, qui, du fait d'atteintes antérieures, jouit d'une immunité relative, la caverne, lésion ulcéreuse, nécrotique, est la règle et la réaction ganglionnaire, l'exception; chez l'enfant, organisme neuf, non encore vacciné, la caverne est l'exception et la réaction ganglionnaire intense, la règle.

Dès maintenant apparaît nettement la distinction nosographique qui s'impose entre les *tuberculeux de première inoculation* et les *tuberculeux de réinoculation* ou d'*éclosion*; les premières, caractérisées par un chancre d'inoculation avec réactions ganglionnaires et tendance à la généralisation; les secondes, définies par des lésions ulcéreuses, nécrotiques, sans réactions ganglionnaires, tendent à rester localisées en foyers uniques ou successifs.

b) Voyons maintenant les *bases cliniques* de notre argumentation. Voici, tout d'abord, les *statistiques d'autopsies* de Küss, d'Hutinel, de Næglé, qui établissent la nécessité de distinguer la *mortalité* de la *morbidité* par tuberculose et montrent que la mortalité décroît à mesure que l'enfant avance en âge, tandis que, au contraire, la morbidité augmente avec l'âge, subissant certaines recrudescences, qui correspondent à certaines périodes de la vie humaine, et n'existant pour ainsi dire pas avant le troisième mois, ce qui va à l'encontre de l'*hérédité tuberculeuse de graine*.

Voici maintenant les *statistiques des tuberculo-réactions* de Nægelé, de Von Pirquet, de Hamburger et Monti, qui apportent les mêmes conclusions et établissent que la réaction est à peu près constamment négative dans les tout premiers mois de la vie, d'autant plus souvent positive que l'enfant est plus âgé, et presque constamment positive (95 p. 100 au moins) chez les adultes, ce qui revient à dire que tout adulte, ou peu s'en faut, est tuberculisé.

L'*observation clinique la plus ancienne* nous a apporté un autre contingent de constatations des plus importantes. Nous venons de rappeler les observations de Bazin, confirmées et complétées par celles de Marfan. De tout temps, les médecins ont parlé des poussées successives dans le cours de la tuberculose, de ses trêves, de ses accalmies, de ses rechutes, et bon nombre de cliniciens ont noté

l'influence de certaines *causes occasionnelles* dans l'étiologie de la tuberculose; ils ont insisté sur le rôle de la croissance, de la puberté, de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement; ils ont été frappés par la fréquence des cas de tuberculose dans la même famille, dans le même milieu; les uns ont invoqué l'hérédité, les autres la contagion. Ces divergences d'interprétation du passé importent peu devant la similitude des constatations; ne conservons que les constatations et cherchons à les interpréter à la lumière des notions scientifiques aujourd'hui acquises. Constatons encore les différences évolutives qui séparent la tuberculose du citadin de celle du campagnard, brusquement transplanté à la ville, et surtout du nègre enlevé à sa tribu et débarqué dans quelque grand centre, où la civilisation, avec ses bienfaits, lui offre le bacille; le citadin fait une tuberculose lente, souvent fibreuse, qui tend à la cicatrisation; le campagnard fait volontiers la pneumonie caséuse ou la phtisie galopante; le nègre meurt rapidement de tuberculose aiguë généralisée, comme le petit enfant. Voyons, enfin, l'enfant que sa famille a tenu à l'écart de toutes les chances de contagion, le garant de la tuberculose comme de la rougeole; le jour où le service militaire l'appelle vers la vie collective, il fait une rougeole grave ou succombe, en organisme neuf ne jouissant d'aucune immunité relative, à la granulie ou à la méningite.

Ces diverses notions, expérimentales et cliniques, rapprochées les unes des autres, nous conduisent à formuler les propositions suivantes, qui résument la conception pathogénique la plus rationnelle aujourd'hui :

A. — La tuberculose est une maladie de l'enfance.

B. — La tuberculose de l'adulte est un réveil d'une tuberculose endormie de depuis l'enfance ou une réinfection d'un organisme immunisé partiellement.

C. — Les conditions étiologiques qui président à cette rechute sont de deux ordres: les unes tiennent aux prédispositions humores de terrain; les autres, aux circonstances occasionnelles qui permettent à ces dernières de s'exercer.

D. — La rechute est annoncée par l'apparition d'un ensemble de troubles et de symptômes qui constituent ce qu'on a appelé la pré-tuberculose et ce qu'il serait plus exact d'appeler la pré-rechute de tuberculose.

A. — La tuberculose est une maladie de l'enfance

Il semble que cette hypothèse ait été formulée pour la première fois par Behring, il y a près de vingt-cinq ans. Mais c'est à Kuss que revient le mérite d'en avoir établi le fondement, en 1898, dans une thèse(3) d'une portée scientifique considérable, qui est une véritable réfutation de la doctrine de l'hérédité de graine de la tuberculose humaine. Cet auteur s'appuie sur les statistiques d'autopsies que j'ai rappelées plus haut et que sont venues confirmer les statistiques des tuberculino-réactions.

La nécessité de distinguer, pour l'étude de cette délicate question, la mortalité de la morbidité par tuberculose apparaît avec évidence sous le jour lumineux de ces statistiques. Abstraction faite de quelques rares observations dans lesquelles on a constaté la tuberculose du fœtus issu d'une mère morte de tuberculose (Bar et Rénon trouvent le bacille dans le sang de la veine ombilicale, Landouzy et H. Martin dans les organes du nouveau-né, de même que Birsch-Hirschfeld et Schmorl), on peut poser en principe que la tuberculose n'existe pas dans les trois premiers mois de la vie et que, par conséquent, elle est le résultat d'une contamination directe après la naissance. Cette contamination s'exerce d'autant plus facilement que l'enfant grandit, commence à marcher ou à se traîner par terre (tuberculose du "petit touche-à-tout"); elle peut provenir, avant ce moment, de la nourrice ou du lait d'une vache tuberculeuse. La tuberculose est d'autant plus sévère que l'enfant est plus jeune; plus il grandit, plus il se rapproche, à cet égard, de l'adulte, dont la résistance est parfois assez prolongée pour faire admettre la possibilité de la guérison.

Si l'enfant ne succombe pas à la tuberculose de première inoculation, il conserve des lésions, incomplètement cicatrisées, toujours prêtes à un réveil plus ou moins sournois ou bruyant. L'enfant garde de cette inoculation, à laquelle il n'a point succombé, une imprégnation définitive, sur laquelle Ribadeau-Dumas et Brissaud ont insisté récemment et qui se traduit par une débilité plus ou moins accentuée et par des caractères somatiques particuliers et durables.(4) Il est logique de supposer que cette *imprégnation acquise* — véritable état allergique fait à la fois d'immunisation

(3) Kuss. L'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine (Th. Paris. 1898).

(4) Ribadeau-Dumas et Et. Brissaud. L'imprégnation bacillaire (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, 10 mars 1918).

relative et de sensibilisation — explique, dans une large mesure, la prédisposition de certains sujets à la tuberculose et qu'ainsi l'hérédité de terrain n'est pas toujours plus soutenable que l'hérédité de graine. Sans doute, il n'est pas niable que certaines familles sont décimées par la tuberculose et que, dans la grande majorité des cas, les enfants des tuberculeux présentent certaines tares physiologiques et somatiques qui font d'eux des malingres et des hypotoniques; mais, on ne peut nier davantage que, s'ils sont, dès leur naissance, enlevés au milieu familial, source de contamination directe, les enfants issus de parents tuberculeux peuvent échapper à la tuberculose et fournir une longue carrière de sujets parfaitement bien portants; tous les médecins ont observé des cas de ce genre. Bien souvent, cependant, de tels sujets, soustraits dès la naissance à la contamination familiale, n'en restent pas moins, toute leur vie, des souffreteux, s'ils ne versent pas, tôt ou tard, dans la tuberculose confirmée. Ce sont ces faits qui nous autorisent à conserver, en la limitant ainsi, la part de l'hérédité de terrain et qui rentrent, d'autre part, dans le cadre, peut-être un peu large, que Landouzy a ouvert à l'héredo-dystrophie tuberculeuse. Si l'hérédité de terrain — avec les déserves que nous venons de préciser — est une des conséquences fâcheuses de la tuberculose, elle peut aussi en être, en quelque sorte, un bénéfice: la bénignité relative de la tuberculose des enfants de citadins, opposée à la gravité de la tuberculose des petits campagnards transplantés à la ville, en est une preuve.

Sans entrer dans le fond de cette question, si discutable et si controversée, de l'hérédité tuberculeuse, (5) retenons que la tuberculose est une maladie de l'enfance, qu'elle se prend après la naissance et que, si l'enfant tuberculisé survit à la première inoculation, il conserve une imprégnation particulière, qui l'immunise partiellement en même temps qu'elle le sensibilise.

**B. — La tuberculose de l'adulte est un réveil
d'une tuberculose endormie depuis l'enfance ou une réinfection
d'un organisme immunisé partiellement**

Les notions diverses que nous avons passées en revue, celle de la guérison ou, tout au moins, de la *guérison apparente* de la tuberculose, celle des *trêves* et des *accalmies*, celle surtout de l'*état allergique*, forment les bases de cette proposition.

(5) Consulter: Apert. L'hérédité morbide.

La tuberculisation de l'adulte comporte une atténuation manifeste du retentissement ganglionnaire. Cette particularité, qui évoque le souvenir de l'expérience de Koch, suppose l'association d'une vaccination et d'une réinfection.

Le rôle de vaccination antérieure est établi autant par les constatations cliniques (observations de Bazin et de Marfan, tuberculose du citadin opposée à celle du nègre, etc.) que par l'expérimentation (immunité relative créée par Borel chez les cobayes).

Le rôle de sensibilisation, acquise du fait de cette vaccination, est prouvé par l'expérimentation. Cette sensibilisation est la première condition qui régit l'évolution particulière de la tuberculose de l'adulte, laquelle exige l'intervention d'une *réinfection*. Encore faut-il que cette réinfection s'accomplisse suivant certaines conditions, que les expériences de Rœmer ont contribué à définir.

Si bien que la tuberculose de l'adulte serait le revers de l'immunisation due à une première atteinte et que, pour sa réalisation, des réinoculations massives ou répétées seraient nécessaires.

Mais, d'où peuvent venir ces réinoculations, ces réinfections ? Il doit être rare que des doses massives soient trouvées au dehors ou puisées dans les foyers tuberculeux encore actifs de l'organisme. Il est plus vraisemblable que la rechute est plus souvent le fait d'une série de réinoculations minimales et successives, provenant soit du dehors, soit de ces foyers anciens, et réalisant ce que Behring a dénommé les *infections additionnelles*. Quelles sont donc les *circonstances étiologiques*, les *conditions inhérentes au milieu et au terrain*, qui favorisent ces réinfections ?

C. — Les conditions étiologiques qui président à cette rechute sont de deux ordres: les unes tiennent aux prédispositions humorales du terrain; les autres, aux circonstances occasionnelles qui permettent à ces dernières de s'exercer

Sur le nombre des sujets touchés dans l'enfance 1/7 seulement meurt de tuberculose; les autres guérissent, soit par sclérose, soit par calcification. Pourquoi la tuberculose se réveille-t-elle chez un certain nombre de ces derniers ? Ce réveil trouve son explication dans l'intervention de certaines conditions étiologiques, qui peuvent se ranger en deux catégories: les *prédispositions humorales* et les *circonstances occasionnelles* qui permettent à celles-ci de s'exercer.

a) **Prédispositions humorales.** — A côté des prédispositions humorales, à proprement parler *spécifiques*, qui tiennent aux conditions d'*imprégnation bacillaire*, acquise ou héréditaire, que nous venons d'envisager, il convient de faire une large place à celles qui relèvent d'une *aptitude bio-chimique particulière du terrain à favoriser la germination du bacille*. Je ne me dissimule pas que, pour bon nombre d'esprit, la doctrine de l'importance du terrain paraît aujourd'hui quelque peu surannée; et, cependant, il est impossible d'imaginer que la biologie humaine soit régie par des lois diamétralement opposées à celles qui gouvernent les autres phénomènes de la vie; comme je l'ai écrit ailleurs: "*On ne fait pas pousser du blé sur du roc*". Beaucoup de médecins reviennent, d'ailleurs, à cette idée, et considèrent la préparation du terrain comme indispensable à la réceptivité bacillaire.

Le professeur Robin a montré le rôle considérable de la déminéralisation générale, et Ferrier a plus particulièrement insisté sur l'importance de la décalcification. Je me suis, pour ma part, attaché à défendre cette doctrine. Certes, il ne faut point en exagérer la portée ni prétendre invoquer, pour toutes les formes de tuberculose, une pathogénie univoque; point n'est besoin, sans doute, d'une décalcification progressive pour qu'évolue une inoculation bacillaire massive, telle celle qui est à l'origine de la granulie ou de toute septicémie bacillaire; mais, combien le déterminisme d'une phtisie chronique, ulcéreuse, apparaît plus clairement, s'il est reconnu que les circonstances occasionnelles qui en marquent l'origine apparente et les étapes successives sont de celles qui, précisément, agissent en minant le terrain, en le déminéralisant.

On a objecté à la théorie de la déminéralisation et de la décalcification qu'elle prenait l'effet pour la cause. Croftan, puis Sarvonat et Rebattu (6) ont expliqué la décalcification de l'organisme tuberculeux en invoquant la neutralisation de certaines toxines du bacille de Koch par les sels de chaux introduits dans les milieux de culture. Or, on peut leur répondre que, même si on admet que, dans le but de neutraliser certains foyers bacillaires, l'organisme puise dans ses réserves calciques, il faut, précisément, que celles-ci soient abondantes; dès lors, la fixation des sels de chaux par ces foyers bacillaires apparaît comme un acte de défense, qui a sa démonstration dans le processus de guérison spontanée des tubercules par calcification; de même, se trouve démontrée avec

(6) *Journal de physiol. et de pathol. générale*, 15 nov. 1910.

évidence la nécessité de maintenir intégrales les réserves calciques du terrain et de s'opposer aux diverses causes de spoliations calcaires qui peuvent entraver la guérison spontanée des foyers tuberculeux ou provoquer le réveil de ceux qui dorment depuis l'enfance et n'attendent qu'une occasion pour rentrer en évolution.

Ainsi, la déminéralisation et, plus spécialement, la décalcification, doivent-elles être considérées comme une cause efficiente de la prédisposition humorale à la rechute tuberculeuse.

b) Circonstances occasionnelles. — Elles peuvent être classées en deux groupes, dont chacun correspond à l'une des deux catégories de prédispositions humorales; l'un comprend les causes qui favorisent la contagion et, par conséquent, la réinfection bacillaire; l'autre comprend les causes qui agissent en préparant le terrain, en diminuant sa résistance.

D'une façon générale, on peut, schématiquement, poser en principe que le déterminisme de la rechute correspond au point de rencontre de ces deux groupes de causes: *pour favoriser une évolution tuberculeuse il faut, à la fois, un ensemencement bacillaire et une réceptivité de terrain.*

Les causes qui favorisent la réinfection bacillaire sont toutes celles qui agissent par la *contagion*, soit en provoquant une *réinoculation massive*, soit en provoquant des *réinoculations successives, additionnelles*. Pour en comprendre le mode d'action, il suffit de se reporter aux notions expérimentales que nous avons rappelées précédemment. *La réinoculation massive* peut, en clinique, être considérée comme très rare et, à peu près, uniquement *accidentelle*: c'est elle qui peut s'exercer, par exemple, dans un laboratoire, par une imprudence de manipulation, ou à l'amphithéâtre, au cours d'une autopsie. *Les réinoculations successives, additionnelles*, doivent être les plus fréquentes; elles rendent compte de la fréquence de la tuberculose par contagion dans le personnel hospitalier, qui vit constamment avec des tuberculeux et se réinfecte pour ainsi dire quotidiennement; elles expliquent les ravages dans certaines familles, dans certains milieux contaminés (logements, agglomérations, localités); elles peuvent avoir leur source dans la transmission de la tuberculose d'animaux domestiques (chats) ou dans l'ingestion de lait provenant d'une vache tuberculeuse servant à l'alimentation d'une famille.

Les causes qui préparent le terrain en diminuant sa résistance humorale ne sont point capables, à elles seules, d'engendrer la tuberculose. Cependant, point n'est besoin toujours d'une réinoculation bacillaire par contagion; il est possible que la réinfection bacillaire provienne de foyers endormis depuis longtemps, sinon depuis l'enfance; il s'agit alors d'une sorte de *réactivation*, ayant sa cause immédiate dans la circonstance occasionnelle qui provoque la décalcification des foyers tuberculeux et la mise en liberté de nids bacillaires encore virulents; il faut reconnaître que ce processus pathogénique est loin d'être démontré et n'est pas admis universellement; le mécanisme de la *réinfection étérogène, par contagion*, est peut-être plus fréquent que celui de la *réinfection autogène, par réactivation*.

Quoi qu'il en soit, les causes qui agissent en diminuant la résistance du terrain sont sous la dépendance, d'une part, des *conditions physiologiques, inhérentes aux différents âges de la vie, à l'hygiène générale et alimentaire*, et, d'autre part, des *conditions pathologiques créées par certaines maladies intercurrentes*.

Parmi les *conditions physiologiques*, l'âge occupe une des premières places; il est intéressant, précisément, de constater que les points culminants des courbes des statistiques de la tuberculose correspondent à certaines périodes de la vie humaine, suivant le *sex*. Chez les *jeunes filles*, la tuberculose est extrêmement fréquente à l'époque de la *puberté*, où elle prend souvent le masque de la *chlorose* ou de cet état dit, autrefois, "maladie de langueur", et qui n'est, en réalité, qu'une forme larvée de la bacillose. Plus tard, chez la *femme*, c'est le *début de la vie génitale* (tuberculose nuptiale), puis la *grossesse*, puis l'*allaitement*; encore, convient-il de noter en passant que la *grossesse* marque souvent un temps d'arrêt dans l'évolution d'une tuberculose déjà déclarée, alors que, dès les jours qui suivent l'*accouchement*, la maladie reprend, au contraire, sa marche inexorable et se hâte vers l'issue fatale (8); plus tard encore, c'est le réveil de la tuberculose à l'époque de la *ménopause*. Chez le *garçon*, c'est aussi la crise de la *puberté*, la grande *poussée de croissance* de cette époque; ou bien, c'est l'*onanisme*; plus tard, ce sont les *fatigues des examens*, les *veilles prolongées*, l'*insuffisance d'exercices physiques* et d'*aération*; au régiment, ce sera la fatigue d'une *longue marche militaire* sous la pluie qui, s'ajoutant aux

(7) Emile Sergent. Tuberculose et grossesse (*Presse médicale*, 5 juillet 1913), et autres publications réunies plus loin dans ce Recueil.

chances de contagion dans les chambrées, aux méfaits d'une syphilisation intercurrente, marquera l'éclosion de la rechute tuberculeuse. Chez l'adulte, c'est le surmenage, imposé par un travail excessif, par les obligations d'une carrière arrivée à son apogée. Chez le vieillard, c'est la défaillance générale des résistances organiques. Chez les uns et les autres, à tout âge et quel que soit le sexe, c'est un refroidissement qui pourra être la cause occasionnelle; certes, il ne faut pas assigner à cette cause banale l'importance prépondérante que lui accordaient les anciens, mais il faut lui laisser une place pas tout à fait négligeable. Le traumatisme a été souvent invoqué aussi; il n'est certes pas sans influence; les grandes contusions peuvent localiser un réveil de tuberculose; mais les blessures pénétrantes de poitrine n'exercent qu'une action insignifiante et indirecte.(8) Chez tous également, les fautes d'hygiène générale (aération insuffisante des lycées, des écoles, des ateliers...) ou d'hygiène alimentaire (alimentation insuffisante, mal réglée, déminéralisante...) interviennent à titre de facteurs étiologiques.

Certaines conditions pathologiques peuvent exercer une action favorisante analogue. Combien de tuberculoses se développent à la suite d'une rougeole, d'une coqueluche, d'une variole, d'une fièvre typhoïde. Tous les médecins connaissent le rôle de l'alcoolisme dans la pathogénie de la tuberculose. La phtisie diabétique est classique; quoi d'étonnant à constater la fréquence de la tuberculose comme terminaison du diabète, puisque le diabète est une maladie particulièrement déminéralisante et puisque la glycémie offre au bacille un milieu tout particulièrement favorable à sa germination. La syphilis a un rôle, à mon avis, tout au moins aussi important que l'alcoolisme; avec Potain, avec Landouzy, avec Fournier, avec tant d'autres, je me suis attaché à montrer qu'elle "prépare le terrain pour la graine de la tuberculose".(9) Enfin, certaines entérites tenaces, par les abondantes spoliations calcaires qu'elles entretiennent et que Loeper et Esmonet ont également bien étudiées, marquent souvent le début d'une poussée tuberculeuse, surtout lorsque les sujets sont soumis à des régimes trop exclusifs en même temps qu'à une médication trop longtemps prolongée par les ferments lactiques.(10)

(8) Emile Sergent. La tuberculose chez les soldats à la suite des traumatismes du thorax (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 30 juin 1916, et discussion dans les séances suivantes).

(9) Emile Sergent. Syphilis et tuberculose (Masson, édit.).

(10) Emile Sergent. Les entérocolites pré-tuberculeuses (*Société méd. des hôpit.*, 3 février 1911).

D. — La rechute est annoncée par l'apparition d'un ensemble de troubles et de symptômes qui constituent ce qu'on a appelé la pré-tuberculose et ce qu'il serait plus exact d'appeler la prérechute de tuberculose.

“Lorsque, à l'occasion d'une des circonstances occasionnelles qui permettent aux prédispositions humorales de s'exercer, la tuberculose, latente depuis l'enfance, est réactivée, un état pathologique nouveau s'installe; cet état pathologique, *qui correspond à la rupture d'immunité de l'organisme ou à sa réinfection*, se traduit par un ensemble de symptômes et de troubles morbides, qui *précèdent les signes apparents de germination bacillaire locale et constituent la caractéristique clinique de la pré-tuberculose.*” Je n'ai rien à changer à cette formule, que j'ai énoncée dans mon article du *Journal médical français* (15 août 1913): “Ce qu'il faut entendre par pré-tuberculose”. Elle concilie les conceptions cliniques d'hier avec les notions étiologiques et pathologiques d'aujourd'hui; la pré-tuberculose ne peut plus être, pour les phthisiologues contemporains, une sorte d'état de prédisposition à la tuberculose; elle est constituée par l'ensemble des symptômes qui annoncent le réveil, la rechute d'une tuberculose latente, endormie, mais non éteinte. Certes, le mot est mauvais, si on le prend dans son sens littéral; mais, s'il exprime une erreur pathogénique, il correspond à une réalité clinique. On a proposé de le remplacer par le mot pré-phthisie; ce mot n'est guère meilleur, à mon avis, pour la raison, tout au moins, que, s'il évite une autre confusion, celle de la synonymie entre les mots “tuberculose” et “phthisie” — qui expriment des états fort différents — il ne tient pas compte des diverses localisations de la tuberculose, lesquelles sont loin d'aboutir toutes à la localisation pulmonaire et à la phthisie. C'est pourquoi j'estime que le mot qui convient le mieux pour exprimer l'état clinique envisagé est celui de *prérechute*.

Les symptômes et troubles morbides qui constituent cet état de prérechute peuvent être groupés en deux catégories dont chacune correspond à l'une des deux conditions pathogéniques de la rechute. *A la réinfection bacillaire* appartiennent la *fièvre, l'anémie, l'amaigrissement*, les *signes physiques de la localisation tuberculeuse* (pulmonaire ou autre), les *troubles de la fonction respiratoire*. *A la défaillance du terrain* se rattachent les *troubles dyspeptiques et intestinaux*, tout le *cortège des conséquences de la déminéralisation et de la décalcification*, l'*asthénie* et les divers troubles imputables aux perturbations fonctionnelles des *glandes endocrines* et, particulièrement, des *surrénales* et de la *thyroïde*.

De cet exposé général nous pouvons dégager les notions suivantes.

Tout d'abord, dans la pathogénie de la tuberculose, deux facteurs combinent leur action: *le microbe* et *le terrain*. Sans bacilles il n'y a pas de tubercules; sans défaillance du terrain il n'y a pas d'évolution tuberculeuse, tout au moins chez l'adulte.

En second lieu, le polymorphisme anatomo-clinique de la tuberculose trouve son explication dans la pluralité des modes de combinaison et d'association de ces deux facteurs pathogéniques. *L'un et l'autre, en se combinant, nuancent le mode évolutif de la maladie*. La variabilité des formes ne peut tenir uniquement à la variabilité des races bacillaires: une forme de tuberculose se transmet en une autre par contagion, telle par exemple la tuberculose pulmonaire "stagnante" de l'aïeul, qui confère au petit-fils la méningite tuberculeuse; d'autre part, sur le même terrain, la tuberculose a une remarquable tendance à se répéter, sous la même forme évolutive, à chacune de ses rechutes, telles les diverses manifestations de la scrofulo-tuberculose chronique, à marche lente, interrompue par toute une longue série de trêves et d'accalmies et dont chaque étape est conditionnée par les mêmes circonstances occasionnelles. Ces deux ordres de considérations établissent *l'importance du rôle du terrain dans l'évolution de la tuberculose*. Elles comportent des conséquences du plus grand intérêt pratique. Dire que la tuberculose est la plus curable des maladies est répandre une erreur: la guérison de la tuberculose est exceptionnelle. Mais, si la tuberculose ne guérit qu'exceptionnellement, *une première atteinte confère une immunité relative*. Or, pour conserver cet état d'immunité, *il ne suffit pas d'éviter les causes de contagion*, sources de réinfection nouvelle, *il faut aussi maintenir l'équilibre de résistance du terrain, équilibre dont la rupture est une des causes favorisantes les plus fréquentes de la rechute*.

Aussi bien, la *prophylaxie antituberculeuse*, si elle veut être effective, doit-elle viser autant *la lutte contre la contagion* que *la lutte contre l'affaiblissement de la race et de l'individu*.

Aussi bien, *le traitement de la tuberculose*, s'il veut être efficace, doit-il remplir deux indications parallèles et nullement contradictoires: *la lutte contre le bacille*, chaque fois qu'il est possible (vaccination préventive, vaccinothérapie, chimiothérapie) et, surtout, dans l'état actuel de nos moyens, *la lutte contre la défaillance du terrain* (cures de repos, d'aération, d'alimentation, médications reminéralisantes et récalcifiantes... (11).

(11) On trouvera dans la 2e édition de mon article du *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée* les indications complémentaires et notamment la mention des analogies qui existent entre ma conception de l'évolution clinique générale de la tuberculose et celle qu'en a exposée, depuis, Cummins dans son travail: *Infection et résistance dans la tuberculose*.

BIBLIOGRAPHIE

NOTIONS ELEMENTAIRES D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE à l'usage des praticiens, par le Dr Geo. Liébault. Gaston Doin & Cie, éditeurs, Paris.

Comme il est indiqué dans la préface, ce volume s'adresse surtout au médecin général. L'auteur publie quinze leçons qu'il a faites dans son service de l'Hôpital de la Glacière, à Paris, en s'inspirant de l'enseignement donné par le professeur Moure, à l'Ecole de Bordeaux.

Dans sa première conférence, il décrit *l'angine aiguë*, et rappelle qu'il existe une certaine variété de diphtérie bénigne ambulatoire où l'on observe de petites trainées blanchâtres discrètes sur la paroi latérale du pharynx. Il met en garde contre les attouchements à l'iode, ou autres substances irritantes, et préconise les badigeonnages au chlorure de zinc au 1/30, et les gargarismes alcalins.

Au point de vue pathogénique, *l'abcès de l'amygdale* se rencontre chez les personnes qui ont ces glandes enchatonnées et un pôle supérieur caché dans l'intérieur du voile du palais. Aussitôt diagnostiqué, l'abcès doit être ouvert précocement avec le bistouri ou le galvano-cantère, sans attendre que la collection purulente soit trop considérable. Pour empêcher les récidives, on doit pratiquer l'amygdalectomie.

Les troubles paresthésiques de la gorge se présentent sous la forme d'hypersensibilité ou d'hyposensibilité. Les malades se plaignent de troubles divers du pharynx qui ne sont pas en rapport avec ce qui est observé lors de l'examen. Il faut convaincre ces nerveux qu'ils n'ont rien, les faire dormir, et prescrire des antispasmodiques. L'huile mentholée en badigeonnage peut aussi rendre des services.

L'hypertrophie amygdalienne peut se rencontrer congénitalement. Si l'hypertrophie est unilatérale et que l'amygdale est plus dure qu'à l'ordinaire, il faut penser à un sarcome. Comme traitement, l'auteur rejette à juste titre la dissection et la cautérisation ignée. A moins de circonstances exceptionnelles, où l'on doit faire l'amygdalectomie, il est partisan de l'amygdalotomie — avec la pince de Ruault, ce qui a lieu de nous étonner. Nous ne voyons pas bien non plus la nécessité de sectionner le pilier antérieur, dans certains cas, pour cette petite opération.

L'enrouement, l'aphonie, le malmenage vocal. Toutes les affections du larynx produisent de l'enrouement, ou de l'aphonie, qui peut être considérée comme le degré ultime ou l'aboutissant de l'enrouement. Les personnes qui se servent de leur larynx de façon défectueuse peuvent avoir du malmenage vocal, lequel est dû à un trouble de la mécanique respiratoire, à un mauvais fonctionnement de la glotte, ou encore à une mauvaise utilisation des résonateurs.

L'obstruction nasale, ses causes, ses conséquences. L'auteur passe en revue les atrésies congénitales ou acquises, les malformations de la cloison, les proliférations de la muqueuse et les tumeurs. Il fait ressortir l'importance d'une bonne respiration nasale au point de vue de la santé générale. Il préfère les pommades antiseptiques aux instillations huileuses,

et ne conseille pas les cautérisations au galvano-cautère pour les rhinites hypertrophiques. Il aime mieux alors réséquer la partie du cornet augmentée de volume.

L'hydrorrhée nasale se manifeste sous deux formes distinctes, à savoir le coryza périodique appelé rhume des foins, et le coryza apériodique ou spasmodique, qui peuvent être produits par différentes causes. Il faut d'abord rendre les fosses nasales absolument normales par un traitement approprié, et faire ensuite des massages vibratoires électriques. Lorsque l'étiologie des *coryzas purulents* semble être obscure, on doit examiner soigneusement les sinus.

Troubles oculo-orbitaires et céphalées d'origine nasale. L'infection des fosses nasales peut causer un phlegmon orbitaire — et même une thrombo-phébite du sinus caverneux qui est toujours mortelle. Les narines sont aussi le point de départ de tumeurs malignes ou bénignes susceptibles d'envahir l'orbite. Une simple infection des sinus amène quelquefois des troubles du côté du nerf optique, ce qui nécessite l'ouverture de ces cavités accessoires. Pour atteindre le sinus sphénoïdale, l'auteur préfère la voie endo-nasale à la voie endo-septale.

L'épistaxis. Certaines hémorragies supplémentaires des règles, et certaines épistaxis survenant chez les artério-scléreux hypertendus doivent être respectées. Les autres cas doivent être traités par des cautérisations au galvano-cautère lorsque l'artériole est visible, et par des tamponnements antérieurs s'il est impossible de localiser l'hémorragie. Dans les circonstances exceptionnelles il faut recourir au tamponnement postérieur et antérieur à la fois. La cause de l'épistaxis sera toujours recherchée pour pouvoir ensuite instituer un traitement approprié.

Les végétations adénoïdes s'observent à tous les âges de la vie. Elles s'infectent fréquemment, et peuvent occasionner des complications du côté des oreilles, des bronches et des voies digestives. Produisant de l'obstruction des voies respiratoires supérieures, elles amènent des troubles de l'organisme. Ces tumeurs doivent être enlevées à la curette, et l'auteur préfère ne pas endormir ses opérés.

L'otite externe, les corps étrangers du conduit, le cérumen. Il faut diagnostiquer l'otite externe diffuse, et le furoncle de l'oreille après un examen complet du conduit auditif, pour que ces affections ne soient pas confondues avec la mastoïdite. Les corps étrangers du conduit doivent être presque toujours enlevés au moyen de lavages. Ainsi en est-il de même pour le cérumen, qui doit être ramolli avec de la glycérine antiseptique avant l'ablation.

L'otite moyenne aiguë se manifeste presque toujours à la suite d'une infection venant du rhino-pharynx. Il faut donc désinfecter le cavum. Lorsqu'il y a suppuration, l'auteur est partisan des lavages, et à la dernière période, de drainages avec des mèches sèches dans le conduit.

L'otite moyenne suppurée chronique est quelquefois entretenue par une lésion du nez ou du pharynx. Les lavages sont également indiqués pendant quelque temps, et après il faut recourir aux mèches. Si ce traitement échoue, il faut faire l'évidement pétro-mastoïdien, et des pansements consécutifs avec l'ambrine pour amener l'épidermisation.

Les mastoïdites s'observent consécutivement aux otites moyennes suppurées aiguës, ou chroniques réchauffées, et doivent être diagnostiquées aussitôt que possible, ainsi que leurs complications. Contrairement à certains auristes qui préconisent la glace, l'auteur préfère les pansements humides chauds sur la région mastoïdienne, avec naturellement la désinfection de la caisse. Si la trépanation est nécessaire, elle doit être large, et dans les cas d'infection du sinus latéral, il n'est pas partisan de la ligature de la jugulaire interne.

Les otites scléreuses. Après avoir classifié les différentes variétés d'otite scléreuse, l'auteur en expose l'étiologie et le traitement. Pour ce genre d'affections malheureusement la thérapeutique donne des résultats bien peu encourageants.

Ce volume est écrit dans un style clair, précis et fort agréable à lire; aussi nous le conseillons à tous les praticiens qui désirent avoir des notions en oto-rhino-laryngologie. Comme le Dr Liébault, ancien interne des Hôpitaux de Paris, est un médecin brillant de grande expérience, et que dans ses conférences il a synthétisé l'enseignement renommé de l'Ecole de Bordeaux, les spécialiste mêmes trouveront un réel intérêt à prendre connaissance de ce livre.

J. N. ROY.

SOCIÉTÉS

Société Médicale de Montréal

Séance du 16 mars 1926
Présidence de M. Léo Pariseau

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

2.—Correspondance :

Lettre de la Montreal Anti-Tuberculosis and Health League invitant les membres de la Société de Montréal à l'assemblée de la Ligue, tenue le 16 mars 1926, à 4 h. 30 P.M., à l'hôtel Windsor.

Lettre de la Canadian Medical Association accusant réception de celle du secrétaire de la Société Médicale de Montréal au sujet d'une soirée médicale devant être tenue sous les auspices de la Société Médicale de Montréal.

Lettre de la Canadian Medical Association annonçant que MM. les docteurs Brousseau et Fitzgerald seraient les conférenciers à la Soirée médicale du 20 avril 1926.

Lettre du Dr A. S. Kasatchenko demandant la permission à la Société Médicale de Montréal de lui permettre de lire à une de ses séances quelques correspondances de Russie à propos de nouvelles découvertes en médecine.

M. Bourgeois demande si M. Kasatchenko est le même qui a donné dernièrement dans le "Montreal Daily Star" une interview où il dit faire partie du personnel médical de l'hôpital Notre-Dame.

M. Louis Paré dit que c'est le même, et qu'il doit publier une mise au point dans le même journal à l'effet qu'il ne fait pas partie de l'hôpital Notre-Dame.

M. W. Derome dit que M. Kasatchenko a obtenu de M. le docteur Harwood la permission d'aller à l'hôpital Notre-Dame faire des travaux de recherche sur le cancer, mais qu'à sa connaissance, bien que M. Kasatchenko soit allé au laboratoire de l'hôpital Notre-Dame trois fois, ses travaux de recherche sur le cancer ne sont pas encore commencés.

M. Pariseau dit: Que M. Kasatchenko fasse partie ou non de l'hôpital Notre-Dame, comme il n'est pas membre de la Société Médicale de Montréal il devra faire lire sa communication par un membre.

3.—Présentation de malades :

a) Un cas de syphilis nerveuse.—M. J. R. Toupin.

L'auteur présente l'histoire d'un cas de syphilis nerveuse, survenue à la seconde période, malgré un traitement intensif institué dès l'apparition du chancre, et bien que le Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien eût été en tout temps négatif.

M. le Président demande de suspendre le programme et présente M. Dufournentel, en visite chez nous et l'invite à venir parler à la Société de la chirurgie autoplastique.

M. Dufournentel: La chirurgie réparatrice du temps de guerre a fait place à la chirurgie esthétique où le chirurgien doit employer les ressources de son art à réparer les grandes blessures de la Nature ou des ans. M. Dufournentel, à l'aide de schémas, expose la technique de différentes opérations.

M. J. N. Roy remercie le conférencier.

M. Pariseau, au nom de la Société Médicale de Montréal, remercie et félicite M. Dufournentel pour son intéressante communication.

b) Thrombo-phlébite virulente de la jugulaire à la suite d'une amygdalite aiguë.—M. Armand Paré.

L'auteur préconise dans ces cas le traitement chirurgical: ligature de la veine et enlèvement du thrombus.

c) Résection intestinale avec bouton de Murphy.—M. Rhéaume.

M. Rhéaume présente un cas d'anastomose du gros et du petit intestin qu'il a opéré et qui se porte aujourd'hui très bien.

DISCUSSION.—M. Armand Paré prétend que le succès de l'opération est dû non seulement à l'habileté du chirurgien, mais aussi au fait que le malade, ne souffrant pas d'occlusion intestinale, n'était pas profondément intoxiqué. Et il conseille de faire toutes les opérations où il y a occlusion intestinale en deux temps: 1° anus artificiel, pour permettre la désintoxication; 2° enlever la cause de l'occlusion.

4.—Travaux originaux et pratiques.

M. Pariseau: A cause de l'heure avancée, les travaux de MM. Paneton et W. Dérome sont remis à la prochaine séance.

5.—Affaires de routine.

M. Robichaud demande que la Société Médicale se joigne à l'Action Médicale pour protester contre l'amendement apporté à la loi des accidents de travail, par lequel amendement l'ouvrier blessé devra se faire traiter par le médecin que lui désignera la compagnie d'assurance.

Dans la discussion qui suivit, et à laquelle prirent part MM. Pariseau, Dubé, Robichaud et Rhéaume, on décida que M. Pariseau irait interviewer le premier ministre et lui transmettre les vues de la Société Médicale de Montréal à ce sujet.

5.—Avis de motion: Nil.

La séance est levée à 11.05.

Le secrétaire :

LEON GERIN-LAJOIE, M.D.

Séance du 6 avril 1926

Sous la présidence de M. Léo Pariseau

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

Il est fait lecture d'une lettre de la Canadian Medical Association annonçant officiellement que MM. Brousseau et Fitzgerald seraient les

conférenciers à la prochaine SOIREE MEDICALE, tenue le 20 avril 1926, sous les auspices de la Société Médicale de Montréal.

3. Présentation de malades et de pièces anatomiques:

Calculs vésicaux.—M. le professeur Bourgeois.

M. Bourgeois nous raconte l'histoire de deux malades à qui il a enlevé, tout dernièrement, des calculs vésicaux. Ces deux malades se sont très bien remis de leur opération, mais, douze jours après, sans prodromes, ou à peu près, ils sont morts, apparemment d'embolie pulmonaire.

DISCUSSION: M. Rhéaume trouve réellement curieux que la lithiase vésicale soit apparemment beaucoup plus rare qu'elle ne l'était autrefois.

M. Bourgeois prétend que la diététique et l'hygiène mieux comprises ont, d'après lui, contribué pour beaucoup dans le fait que les calculs vésicaux se voient moins souvent; de plus, comme on enlève les prostatites hypertrophiées beaucoup plus facilement qu'on ne le faisait autrefois, la rétention urinaire est beaucoup plus rare qu'elle ne l'était. Le rôle de la rétention urinaire dans la pathogénie de la lithiase vésicale, fait remarquer M. Bourgeois, pour qu'il croit devoir insister sur ce sujet.

M. Crépault rapporte l'histoire de deux ans de fillettes souffrant de ce que l'on croyait être de la coxalgie, et qui n'était autre chose que de la lithiase vésicale. Il se demande comment on a pu faire pour confondre les symptômes de ces deux maladies.

M. LeSage dit que ce qui l'intéresse dans l'histoire des deux cas rapportés par M. Bourgeois c'est la mort qui a frappé ces malades, précisément au moment où tout le monde les croyait parfaitement guéris. Pourquoi ces deux cas très bien opérés, sont-ils morts dix ou douze jours après presque subitement? Embolie? Pourquoi embolie? N'y aurait-il pas chez ces malades une période phlébogène, pendant laquelle il conviendrait de traiter et de les désintoxiquer, avant de les opérer.

M. Bourgeois prétend que l'embolie postopératoire est relativement rare, mais qu'elle existe, comme le prouve les deux cas qu'il a présentés. Elle est causée: I—par une thrombo-phlébite des sinus prostatiques; II—par une cystite ulcéreuse.

M. Pariseau rapporte que Libman, dans un travail qu'il a lu à Paris, prétend que l'embolie peut très bien ne pas partir de la plaie opératoire, mais qu'elle est très souvent due à une endocardite végétante qui ensemine à distance.

4. Travaux originaux et pratiques:

a) Mort subite d'origine thymique.—M. R. Fontaine.

L'auteur rapporte l'histoire d'un enfant mort d'asphyxie, due à la compression de la trachée par un thymus hypertrophié.

DISCUSSION: M. Masson dit que d'après lui la trachée ne peut pas être écrasée par le thymus, parce que le thymus qui est relativement mou ne saurait comprimer la trachée qui est, elle, relativement dure. Il pré-

tend que les morts subites d'origine thymiques sont plutôt dues à une intoxication suraiguë d'origine endocrinienne.

M. Armand Paré partage les opinions émises par M. Masson.

M. Grenier fait remarquer que l'hypertrophie du thymus guérit très bien, si on le traite par radiothérapie.

M. Fontaine ajoute que les pétéchies sous-pleurales qu'il a remarquées chez l'enfant dont il nous a parlé indiquent qu'il est réellement mort d'asphyxie, et que cette asphyxie a bien pu être causée par la compression du pneumogastrique.

M. Pariseau cite deux cas de mort d'origine thymique, dont le diagnostic post-mortem a été fait par Félix Plater au XV siècle.

b) Respectons les épistaxis: M. Philippe Panneton.

M. Panneton rappelle aux membres de la Société que les épistaxis sont la plupart du temps dues à une hypertension artérielle, et, qu'au lieu d'essayer de les arrêter, on doit, au contraire, les respecter en attendant d'en avoir découvert la cause, et de l'avoir fait disparaître.

M. Gérin-Lajoie fait remarquer que les épistaxis dont a parlé M. Panneton ressemblent beaucoup à certaines métrorrhagies qui ne cessent que quand on fait disparaître l'hypertension artérielle qui en est la cause.

5) Affaires de routine:

Sur la proposition de M. Vidal la Société Médicale de Montréal, vote des condoléances à M. le professeur Dubé pour la mort de son fils, Paul.

a) Ce que j'a' vu, entendu et fait à Québec.—M. Léo Pariseau.

M. Pariseau fait rapport à la Société Médicale de son voyage à Québec, où il est allé interviewer les membres du Gouvernement au sujet de l'amendement à la loi des accidents du travail. M. Pariseau s'est buté à l'entêtement gouvernemental, et n'a pu rien obtenir, si ce n'est le droit pour l'ouvrier de pouvoir choisir l'hôpital où il voudra être traité.

M. Panneton demande ce qu'a fait le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec dans cette circonstance. Mais cette question est restée sans réponse.

b) Le Canadian Medical Association et nous.—M. Léo Pariseau.

M. Pariseau critique en quelques mots un article paru dans le dernier numéro de l'"Action Médicale" où on prétendait que les médecins canadiens-français ne devraient pas faire partie de la Canadian Medical Association.

M. eBaudoin propose un vote de remerciement à M. Pariseau.

6. Avis de motions. Motions: nil.

Le secrétaire:

LEON GERIN-LAJOIE, M.D.

Séance du 20 avril 1926

A neuf heures dix, le Président, le Docteur Léo Pariseau, ouvre la séance extraordinaire donnée sous les auspices du Comité des Cours de Perfectionnement de la Canadian Medical Association, en présence de 91 auditeurs. Le Secrétaire fait part de l'invitation des membres de la Montréal Medico-Chirurgical Society, à participer à la Soirée Médicale Canadienne de cette Société, laquelle aura lieu le 28 avril suivant.

Le Président s'excuse d'être dans l'impossibilité de pouvoir présider cette soirée. Il est sorti du lit pour venir saluer MM. Fitzgerald de Toronto, et A. Brousseau de Québec, et les présenter aux membres de la Société Médicale de Montréal. Il charge à notre vice-président, le docteur J. A. Baudouin, le soin de les remercier.

Le docteur J. G. Fitzgerald, professeur d'hygiène et de médecine préventive, directeur de l'École d'hygiène et des laboratoires Connaught de la Faculté de Médecine de l'Université de Toronto, en prenant la parole, remercie les membres de l'avoir choisi comme conférencier et s'excuse d'avoir à s'exprimer en français, n'étant pas très familier avec cette langue.

Le conférencier avait choisi comme sujet de sa communication: "Contrôle spécifique de certaines maladies contagieuses par action d'immunité". L'auteur étudie d'abord longuement la vaccination antivariolique, en rappelle l'histoire et cite les travaux de Jenner; il rappelle comment Pasteur en vint à découvrir le virus antirabique, puis le vaccin du charbon; il souligne enfin le développement du vaccin de la typhoïde par Pfeiffer, Kollé et Wright. Toute cette période qui s'étend de Jenner à Roux (élève de Pasteur) est considérée comme la période d'immunité active.

Puis il aborde la période d'immunité passive, ou prophylaxie temporaire spécifique, c'est-à-dire la prévention, qui naquit avec les travaux de Roux et Yersin, qui découvrirent le sérum antidiphthérique. L'auteur met en regard la vaccination ou immunité active et l'immunité passive, et montre les rapports essentiels qui les font différer. Il nous amène graduellement à l'introduction de la réaction de Shick; pour aborder la question de l'anatoxine et la compare aux mélanges toxine-antitoxines.

L'auteur termine en parlant de l'immunité contre la scarlatine grâce à la méthode des Dick. Quelques transparents illustrent les avancés du professeur.

Le docteur A. Brousseau appelé à la tribune, traite des Etats d'Épuisements — leurs manifestations neurologiques et psychiatriques. Très souvent méconnus peuvent être rapportés aux causes les plus diverses: surmenage, ou très violent ou très prolongé, intoxications ou infections, celles-ci agissant moins par l'agent infectieux que par la

débilité organique, temporaire ou définitive créée par lui; émotions vives et répétées, insomnies de toute nature, traumatismes crâniens.

Ils s'expriment, du point de vue physique, par le syndrome neurasthénique vrai, que caractérise avant tout la fatigabilité, l'incapacité d'une restauration intégrale des forces par les moyens biologiques: repos, alimentation, sommeil. Au point de vue psychiatrique, toutes les nuances existent entre la tendance hypochondriaque du neurasthénique simple, son irritabilité, son hyperémotivité si fréquente et le délire aigu, à évolution fatale, en passant par les délires de rêves et les confusions mentales apathiques, stuporeuses ou délirantes.

Particulièrement fréquente partout où la vie est rude, on les rencontre surtout à Québec sur des hommes de chantiers surmenés, et chez les femmes épuisées par des grossesses et des allaitements à peu près ininterrompus.

Le mode d'atteinte du système nerveux central n'est probablement pas univoque; les recherches de Pieron et Legendre sur les lésions produites par l'insomnie expérimentale nous ouvre la voie.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec les états d'asthénie symptomatiques (tuberculose, syphilis nerveuse, etc.). Le traitement s'inspirera avant tout des heureux résultats obtenus par l'alitement, l'organisation du calme, du silence, et une balnéo-thérapie tiède, la recherche et la correction des insuffisances fonctionnelles et patho-rénales, endocriniennes, etc. Les médications chimiques ne seront utilisées qu'avec grande discrétion. La strychnine qui exalte la réflectivité, sera bannie. Ces malades devront être assistés en des services spéciaux, munis de toutes les ressources de laboratoires, permettant l'exploration soigneuse des divers appareils. L'internement si fréquemment demandé, ne devra être qu'une mesure d'exception. Pour notre part nous avons résolu le problème en créant la Clinique Roy-Rousseau, hôpital neuro-psychiatrique de l'Université, réservé à tous les cas où se manifeste une atteinte quelconque, primitive ou secondaire, du système nerveux, à l'exclusion des psychoses confirmées, à réactions antisociales, qui seront traitées à l'Asile.

La séance est levée à 11 heures 15.

Le secrétaire:

LEON GERIN-LAJOIE, M.D.

REVUE GÉNÉRALE

Analyses de quelques travaux récents

Les sténoses fonctionnelles de duodénum (Thèse de Paris, 1925), par le docteur Edmond Terni.

M. Terni, ancien interne des hôpitaux de Paris et actuellement chef de clinique de la Faculté de Médecine, nous a fait le très grand honneur de nous envoyer un exemplaire de sa thèse. Nous ne saurions mieux l'en remercier qu'en donnant dans cette Revue, "à ses amis du Canada", les conclusions si claires de cet important travail, inspiré par le professeur Carnot.

1° Les sténoses fonctionnelles de duodénum sont très fréquentes dans l'histoire clinique de nombreuses affections mal déterminées de tube digestif, elles méritent donc d'être envisagées dans la discussion diagnostique des syndromes abdominaux chroniques latents ou aigus.

2° La multiplicité des causes qui les déterminent est la raison de cette fréquence; si l'intérêt radiologique consiste à découvrir cette obstruction duodénale, l'intérêt clinique est d'en rechercher la cause, souvent très éloignée du duodénum lui-même.

3° La similitude des signes observés dans toutes ces sténoses permet d'en donner un seul et même tableau clinique auquel se surajoutent les signes particuliers de la lésion initiale, souvent éloignée, qui provoque cette sténose.

4° Le rôle important des lésions viscérales à distance mérite d'être retenu pour les repercussions sur le duodénum.

A) Lésions inflammatoires:

Voie ascendante: Les réactions appendiculaires chroniques comme cause très importante, les typhlites et perityphlites, l'anéxite droite, moins fréquemment les injections rectosymoidiennes.

Trois mécanismes principaux sont à invoquer: Rôle des adhérences et brides, rôle de la constipation chronique, rôle de la méésentérite rétractile.

Voie descendante: Toutes les infections de la vésicule biliaire, en particulier les cholécystites calculeuses (retentissement sur le bulbe duodénal); quelques cas de périgastrite.

Pour les premières, la propagation se fait par le pédicule méésentérique (veines et surtout lymphatiques). Pour les secondes, la propagation est directe par le système ligamentaire.

B) Lésions mécaniques:

Les ptoses viscérales: Spécialement les ptoses des organes sous-mésocoliques: caecum, côlon ascendant et transverse, rein droit, plus rarement la ptose gastrique, enfin les viscéroptoses globales.

Le pédicule méésentérique: Aspect primitif de la compression sans aucune lésion à distance. Rôle secondaire sur l'action des ptoses ou des infections.

Les brides péritonéales: Bride de Lane, bride de Mayo, bride de Jean, etc., d'aspect congénital.

Les périoduodénites: Fréquence considérable des lésions secondaires dues à des viscérites, de voisinage ou à distance; rareté des lésions primitives: rôle de la syphilis, de la tuberculose, etc.

Les lésions du muscle de Treitz (Treitzite). Les coutures, torsions ou malformations du duodénum.

5° Importance considérable des sténoses fonctionnelles du duodénum dans la pathogénie de l'ulcère du duodénum, particulièrement dans les sténoses par lésions inflammatoires (rôle de la stase duodénale, auquel se surajoute la mauvaise nutrition des parois duodénales par la périoduodénite). Conclusion pratique: traiter la cause de la sténose (brides, périoduodénite, etc....) et non la conséquence (ulcère duodénal).

6° L'importance des examens radioscopiques et radiographiques, en série, indique suffisamment la grande difficulté diagnostique des sténoses et nécessite pour leur interprétation un double examen:

L'étude du fonctionnement duodénal (la résultante); l'examen de la lésion initiale soupçonnée: caecum, appendicite, etc.... (la déterminante).

7° La valeur de la thérapeutique médicale ou chirurgicale est à discuter dans chacune des différentes formes des sténoses. Le pronostic en est variable: Bon pronostic dans les sténoses par lésion mécanique simple.

Pronostic discutable et même grave du point de vue fonctionnel dans les lésions inflammatoires, souvent récidivantes.

Traitement médical: Etude de la statique viscérale: les ceintures; la gymnastique. l'horaire des repas et le régime; la diathermie.

Traitement chirurgical: Localement: techniques diverses: gastro-entérostomie, duodéno-jéjunostomie.

A distance: "Les ectomies" partielles ou totales avec stomies consécutives; les pexies."

Conclusion pratique: en présence d'accidents d'auto-intoxication ne pas oublier dans la discussion diagnostique le rôle des sténoses fonctionnelles du duodénum. A cet égard le livre si attrayant et si bien documenté de M. Terni sera consulté avec profit.

PAUL LETONDAL.

Les injections d'extrait thyroïdien à haute dose dans certaines cachexies des nourrissons (P. Nobécourt et Max M. Lévy, "Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris", février 1926).—Les extraits liquides de corps thyroïde en injections sous-cutanées, à la dose de 50 à 100 milligrammes d'extrait thyroïdien par jour pendant dix ou quinze jours ont donné à MM. Nobécourt et Max. M. Lévy des résultats favorables chez certains bébés cachectiques dont la situation paraissait désespérée: ces hautes doses parfaitement tolérées déterminent de fortes augmentations de poids et une amélioration rapide de l'état général. Cette opothérapie thyroïdienne par voie sous-cutanée toutefois a une action défavorable

quand la cachexie relève d'une cause irrémédiable, telle que la tuberculose.—PAUL LETONDAL.

Le pouvoir antiscorbutique du lait condensé sucré de vieille préparation (MM. Lesné, Turpin et Mlle Dreyfus, "Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris", janvier 1926).—A la suite d'expériences nombreuses et répétées sur des cobayes, les auteurs concluent que le lait condensé sucré, préparé au-dessus de 80° et conservé dans des boîtes métalliques, a les mêmes propriétés qu'un lait frais et les conserves intactes pendant 15 mois, mais que ce pouvoir antiscorbutique s'atténue avec le vieillissement entre 15 et 24 mois. Pratiquement, il y a lieu d'insister sur la nécessité d'apposer la date de préparation sur tous les récipients contenant du lait condensé.—PAUL LETONDAL.

La valeur sémiologique des narcolepsies en dehors de l'encéphalite léthargique (MM. Alajan(?) et Baruk, "Le Progrès Médical", 24 avril 1926).—Le terme de narcolepsie créé dès 1882 par Gélinau est un symptôme caractérisé par un besoin subit et irrésistible de dormir, survenant en dehors des heures habituelles du repos et se produisant par accès plus ou moins fréquents et de durée variable (Raymond). Très souvent la narcolepsie, au lieu de garder son caractère de crises intermittentes, se transforme en sommeil continu.

Il est très important de ne pas confondre le sommeil pathologique pour de la torpeur qui est un état confusionnel profond, dont on ne peut pas réveiller le malade.

Bien que la narcolepsie s'observe surtout au cours de l'encéphalite léthargique, on peut rencontrer ce symptôme, 1° dans les syndromes d'hypertension intracrânienne (en particulier dans les tumeurs cérébrales), 2° au cours des méningites localisées de la base et des lésions localisées du mésocéphale, 3° à titre tout à fait exceptionnel dans d'autres affections nerveuses, telle la sclérose en plaques (Guillain).

Pour MM. Alajan(?) et Baruk, la narcolepsie, en dehors de l'encéphalite léthargique, se voit surtout dans les tumeurs.

La valeur topographique de la narcolepsie n'est pas encore au point, mais il semble bien que dans la règle les accès de narcolepsie soient le plus souvent dus à des lésions infundibulaires ou para-infundibulaires.

PAUL LETONDAL.

Absence congénitale de l'utérus, et cancer de l'ovaire à type séminôme (Robert Dupont et Simard, "Annales d'Anatomie Pathologique médico-chirurgicale", tome II, No 6, Nov. 1925, pp. 529-540).—Les auteurs rapportent un fait anatomo-clinique intéressant d'absence congénitale de l'utérus et des trompes, avec tumeur embryogénique de l'ovaire, qui vient à l'appui de la théorie de Retterer, pour qui le vagin se développe, comme l'urètre, par cloisonnement du sinus uro-génital; contrairement à la théorie classique, qui enseigne que les trompes, l'utérus et le vagin se forment aux dépens des canaux de Müller.

Il s'agit d'une femme de 54 ans n'ayant eu, de 20 à 40 ans, comme menstruations, "qu'un écoulement de quelques gouttes de sang survenant tous les 3 ou 4 mois, et ne durant qu'une demi-journée". Venues consulter pour des poussées hémorroïdaires, des douleurs dans le bas-ventre et des troubles de la miction, l'examen révèle chez elle "une énorme tumeur faisant saillie au dessus du pubis, du côté gauche". Vulve et vagin normaux, pubis glâbre. Au toucher, on est très étonné de ne pas trouver de col, le vagin semble très court parce que déprimé par la masse tumorale; et, à cause de cela, l'examen au spéculum est impossible. Le diagnostic posé est celui de fibrome; et, à la laparatomie, on trouve une énorme tumeur de forme ovalaire, du volume d'une tête de nouveau-né, et pesant 1220 gr., qui semble dépendre de l'ovaire gauche. L'examen le plus attentif du petit bassin ne permet de trouver autre chose, à la place de l'utérus et des trompes, qu'un cordon fibreux (vestige de la trompe gauche) faisant suite à la tumeur et aboutissant, au milieu du bassin, à une petite masse, "renflement du volume d'une fève, qui paraît être tout ce qu'il y a d'utérus"; et un autre cordon fibreux (vestige de la trompe droite) faisant suite à la petite masse centrale, et se terminant à un petit corpuscule jaunâtre de 3/1 centimètre (ébauche probable de l'ovaire droit). On enlève la tumeur ovarienne gauche, les cordons fibreux, le renflement central et le corpuscule terminal, sans ouvrir le vagin. Les suites de l'opération sont normales; et la malade quitte l'hôpital le 15ième jour. "Avant son départ, on constate que le vagin a des dimensions normales", ce qui est important à retenir, comme nous le verrons dans la suite.

La structure histologique des cordons fibreux, du renflement médian et du corpuscule terminal est la même: tissu conjonctif adulte scléreux, avec vaisseaux à parois épaissies, si ce n'est que ce conjonctif, dans le corpuscule terminal (ovaire droite), est plus cellulaire (fibroblastique) que fibreux, et rappelle la structure normale de l'ovaire, mais pas de follicules, pas de cicatrices de corps jaunes; et, dans le renflement médian et les cordons fibreux, pas de fibres musculaires lisses, pas de trace de muqueuse, ni d'épithélium. Donc atrophie scléreuse congénitale du conduit tubo-utérin. "Les canaux de Müller", selon l'interprétation de ce fait donnée par les auteurs, "semblent avoir accompli leur migration normale; ils sont venus se terminer sur la ligne médiane, donnant lieu en se fusionnant à l'ébauche de l'utérus; mais, sans doute, fort incomplète "dès l'embryon, ils ont achevé de s'atrophier par la suite."

Comment expliquer maintenant la coexistence de cette atrophie scléro-tubaire avec le développement normal du vagin, si les trompes, l'utérus et le vagin se forment aux dépens des canaux de Müller (théorie classique)? Et c'est ici le point intéressant de cet important travail.

"Notre observation, disent les auteurs, semble donner raison à "Retterer, pour qui le vagin se développe, comme l'urètre, par le cloisonnement du sinus uro-génital, par un mécanisme identique à celui qui "détermine le cloisonnement du cloaque. Pour cet auteur (Retterer), "les canaux de Müller ne forment que la partie haute du conduit génital "(trompes et utérus)" du reste, "contre l'opinion classique, n'y a-t-il pas

"lieu aussi de considérer la structure différente des muqueuses vaginale et utérine: épithélium malpighien à type cutané du vagin, épithélium cylindrique de l'utérus?"

Reste à élucider la présence, durant 20 ans, de cet écoulement mensuel intermittent mentionné dans l'observation de cette malade, en l'absence de l'utérus et des trompes, mais avec vagin normal: force nous est donc d'admettre que le vagin participe en quelque manière au flux menstruel; et c'est, du reste, l'explication donnée par les auteurs de cette anomalie.

Pour ce qui est de la tumeur embryogénique de l'ovaire gauche, c'est un séminôme. P. Masson a appelé ainsi les tumeurs qui se développent aux dépens d'éléments embryonnaires de la première poussée, "éléments des cordons sexuels communs aux glandes génitales mâles et femelles" arrêtés dans leur évolution, persistant dans leur état primitif, et pouvant donner naissance plus tard à des dysembryomes, dont les séminômes "qui sont, de par leur origine identique, absolument semblables chez l'homme et chez la femme".

La description, clairement détaillée par les auteurs, de la structure histologique de la tumeur, qui fait l'objet de leur travail, correspond, d'une façon générale, à celle que Masson et puis Chenot, dans sa thèse, ont donnée du séminôme, en résumé: "éléments à grandes cellules à un ou plusieurs noyaux, noyaux énormes, centraux, contenant un ou deux nucléodes, groupés en amas, en cordons ou en lobules, avec un peu de tissu conjonctif intermédiaire". Les vaisseaux y sont nombreux et pourvus de parois propres. Le sommet de la tumeur est dégénéré, nécrosé, et le centre paraît fragile et friable: la réaction de Braut à la gomme iodée (glycogène, évolution rapide) y est positive.

Quatre figures très démonstratives dont trois photo-micrographies, illustrent cet exposé remarquable de Robert Dupont et Simard; voilà un fait anatomo-clinique bien observé, d'un intérêt considérable, qui donne lieu à une interprétation heureuse de la pathogénie des tumeurs de l'ovaire.— X X X

BIBLIOGRAPHIE

NOUVELLES ETUDES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire, par le Professeur Emile Sergent, de Paris. Maloine, éditeur, Paris 1926.

Le professeur Sergent, professeur de clinique médicale à la Charité, membre de l'Académie de Médecine, vient de réunir en un fort volume de 500 pages les mémoires et leçons cliniques qu'il a publiées durant ces dernières années dans les revues et journaux de médecine.

La lecture en est extrêmement agréable et utile. L'on peut s'en convaincre en lisant l'extrait que nous publions en première page.

Les considérations sur le rôle du terrain, la grossesse et la tuberculose, la syphilis et la tuberculose sont d'un intérêt saisissant à cause du sens aigu de l'observation qui en fortifie les conclusions générales.

Le chapitre suivant est consacré au diagnostic: sérologie, signes fonctionnels et généraux, fausse hémoptysie, inégalité papillaire.

Le chapitre III comprend les localisations et les formes cliniques de la tuberculose: adénopathies hilaires, cortico-plénites, scissurites, pneumothorax.

Le traitement s'occupe beaucoup de la médiation réalcifiante, suivi de trois belles leçons sur la prophylaxie antituberculeuse.

La deuxième partie est consacrée à quelques affections diverses de l'appareil respiratoire: pleurésies des cardiaques, traumatiques, séro-fibrineuses, syphilis pulmonaire, tumeurs, précédée d'une leçon sur la "valeur comparative des méthodes d'exploration actuellement employées pour le diagnostic de localisation des lésions du poumon et de la plèvre.

"Ainsi, dit-il, se trouve constitué un ensemble dont les diverses parties sont inséparables."

Le professeur Sergent avertit le lecteur qu'il "pourra compléter son jugement sur la conception générale que je me fais de la tuberculose, de la valeur des éléments de diagnostic et de pronostic de la tuberculose pulmonaire, des bases cliniques du programme de la lutte antituberculeuse en se reportant au volume (actuellement sous presse) qui sera édité par les soins du gouvernement de la Province de Québec et qui contiendra l'ensemble des conférences qui j'ai eu l'honneur de faire en 1924 aux Universités Laval et de Montréal."

Enfin, le professeur Sergent dédie le recueil de ses mémoires au professeur Odilon Leclerc qui lui en avait proposé le plan afin de le faire servir à l'enseignement des élèves.

C'est un livre très documenté que tout médecin doit posséder dans sa bibliothèque, et nous remercions notre cher ami d'avoir bien voulu penser à nous, Canadiens-français en le publiant.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

IXE CONGRÈS

Montréal 21-22-23-24 septembre 1926

SECTION D'HYGIÈNE SOCIALE

21 septembre

Séance de 2 hrs p.m.

L'Infirmière hygiéniste

Président: Dr OMER DESJARDINS, (Trois-Rivières).

- 1.—Dr Eugène Gagnon (Montréal).—“Le rôle et la nécessité de l'infirmière dans le service social.”
- 2.—Visite à domicile reconstituée par les infirmières et les élèves de l'École d'Hygiène sociale appliquée de Montréal.
- 3.—Dr A. Sirois, (Thetford Mines).—“L'Infirmier Hygiéniste à Thetford Mines.”
- 4.—Dr H. Bécotte, (Arthabaska).—“Travail d'une infirmière visiteuse dans un district exclusivement rural.”

Séance publique de l'Association

Avec projection de films scientifiques.

22 septembre

Séance de 9 hrs a.m.

Hygiène de l'Enfance

Président: Dr L. T. DUBE, (Notre-Dame du Lac).

- 1.—Dr A. Rollier, directeur des établissements héliothérapiques de Leysin, Suisse.—“L'Héliothérapie préventive dans la tuberculose.” (Avec projections).
- 2.—Dr Raoul Masson.—“L'Oeuvre nationale de l'Enfance en Belgique.”
- 3.—Dr L. T. Dubé, (Notre-Dame du Lac).—“Les erreurs dans l'alimentation des enfants.”
- 4.—Dr Gaston Lapierre.—“Est-il désirable d'admettre l'enfant à l'école avant l'âge de sept ans ?”
- 5.—Dr J. C. Bernard.—“La contagion dans un hôpital d'enfants.”
- 6.—Dr L. P. DeGrandpré.—“Le plus sûr moyen de diminuer la mortalité infantile: l'allaitement maternel.”
- 7.—Dr A. Dutilly.—“Le traitement du rachitisme.”
- 8.—Dr A. K. Malouf.—“L'importance de corriger sans retard les défauts de réfraction chez les écoliers.”

Séance de 2 hrs p.m.

Psychiâtrie

- 1.—Dr A. Brousseau, (Québec).—“Création de la clinique Roy-Rousseau, hôpital neuro-psychiatrique de la Faculté à Québec: ses raisons, son but.”
- 2.—M. Lucien Gendron, C.R., avocat criminaliste.—“La Psychiâtrie et la criminalité.”
- 3.—Dr J. A. Lussier.—“Services que la psychiâtrie peut rendre à l'enseignement primaire.”
- 4.—M. l'Abbé Omer Fleury, L.L.L., gradué ès-sciences psychologiques et sociales de l'Université de Paris: “Psychopathies et Responsabilités.”
- 5.—Dr Camille Larose.—“La psychiâtrie et l'alcoolisme.”

23 septembre

Séance de 9 hrs a.m.

Questions diverses

Président: Dr J. A. AMYOT, (Ottawa).

- 1.—Dr J. A. Amyot, (Ottawa).—“La pasteurisation du lait et la tuberculose.”
- 2.—Dr O. Tourigny, (Trois-Rivières).—“La lutte anti-tuberculeuse et le praticien.”
- 3.—Dr Omer Desjardins, (Trois-Rivières).—“Les difficultés quand à l'approvisionnement des villes en bon lait.”
- 4.—M. Burnet.—Deux films: “a) Lutte contre la diphtérie. b) Examen médical péricidique.”
- 5.—Dr Blondin, (Arthabaska).—“L'Hygiène à la campagne.”

Séance de 2 hrs p.m.

Libre.

24 septembre

Séance de 9 hrs a.m.

Séance plénière

Président:

La Syphilis infantile et sa Prophylaxie

Rapporteurs:

- Dr Marcel Pinard, Paris.—“Diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte et le nourrisson.”
- Dr Stephen Langevin.—“Grossesse et syphilis.”
- Discussion du rapport de la syphilis infantile.
- Dr Gustave Archambault et Dr Albéric Marin: “Traitement de la syphilis infantile.”

Séance de 2 hrs p.m.
La Tuberculose et sa Prévention sociale
 Président: Dr LEON BERNARD.

Rapporteurs:

- 1.—Dr Pierre Ameuille, (Paris).—“Le rôle du médecin dans la prévention sociale de la tuberculose.”
- 2.—Drs A. Rousseau et L. Guérard, (Québec).—“Les conditions actuelles de la lutte anti-tuberculeuse dans la Province de Québec.”
- 3.—Dr Bordet, Paris, (présentant le travail du professeur Sergent).—“Des modes d'infection de la tuberculose et particulièrement du rôle de l'intestin.”
- 4.—M. J. E. Laberge (Montréal).—“Rapport sur les logements dans la ville de Montréal.”

Discussion ouverte par MM. les docteurs Jarry (Montréal), Pettit, Gauvain, Rist, Armand-Delille, Weill-Hallé (de Paris), Laberge (Montréal).

Le Bromure de Sodium en Gastro-Thérapeutique

Par M. le Dr L. ROUX
 (Concours Médical, No 19, du 9 mai 1926)

Contre la douleur dyspeptique proprement dite, qui est surtout, d'après M. Leven, “une manifestation de l'hyperesthésie du plexus solaire”, M. Roux conseille de faire une thérapeutique symptomatique et de traiter particulièrement l'hyperexcitabilité gastrique. En dehors de l'atropine et de l'ésérine et même parfois mieux que ces derniers, le médicament de choix, dans ce cas, du système nerveux, le plus actif, et le moins toxique est, semble-t-il, le bromure de sodium. Comme Leven l'a constaté, ce médicament paraît précieux “dans les cas où il est d'usage d'utiliser les alcalins, les préparations calmantes, les médicaments opiacés ou belladonnés”. En effet, le bromure de sodium a non seulement une action antispasmodique très nette, d'où son utilité dans les accidents aéro-phagiques, par exemple, avec spasmes pyloriques ou coliques, mais aussi une action sédatrice qui fait disparaître assez rapidement le symptôme douleur. De plus, il est reconnu qu'il régularise la sécrétion gastrique. Enfin, mieux que le bromure de potassium, il a l'avantage d'être très bien toléré par l'estomac (Arnozan et Carles). Mais il est ennuyeux pour le médecin de prescrire le bromure sous forme de solution désagréable au goût; d'autre part, la prescription en cachets est impossible à cause de la déliquescence du produit. Enfin, certains malades, par suite de préventions erronées, acceptent difficilement de prendre du bromure: la meilleure forme d'administration de ce médicament est le sédobrol “Roche” qui a l'avantage, non seulement de cacher au malade le nom réel du médicament qu'il prend, mais encore d'être absorbé sous forme de bouillon agréable au goût et qui, de plus, par sa saveur, permet de faire supporter le désagrément du régime déchloruré. Administré à la dose de 2 à 3 tablettes par jour, au moment des repas, le sédobrol a toujours donné les meilleurs résultats à l'auteur qui conclut que le bromure de sodium, sous cette forme spécialisée, est le médicament auquel on devra recourir en thérapeutique gastrique dans la plupart des cas de dyspepsie flatulente ou douloureuse que l'examen des malades fait rapporter à une solalralgie.