

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,  
J. E. DUBÉ.

MM. L. de L. HARWOOD,  
H. HERVIEUX.

MM. A. Le SAGE,  
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef  
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXVIII

1er JUIN 1909

No 6

## MEMOIRES

### "PERITONITE TUBERCULEUSE LOCALISEE SE PRESENTANT SOUS L'ASPECT DE GROSSES TUMEURS." (1)

Par Z. RHÉAUME,

Démonstrateur d'anatomie, Assistant à la clinique chirurgicale de  
l'Hôtel-Dieu, Chirurgien de l'Hôpital Ste-Justine.

La péritonite tuberculeuse est une maladie bien connue aujourd'hui, et les auteurs classiques en ont bien détaillé la morphologie; mais elle peut présenter des formes rares qui sont d'un diagnostic en général difficile. Parmi ces formes nous pouvons signaler la péritonite tuberculeuse qui se révèle par des accidents brusques, et en particulier par l'occlusion intestinale qui se produit: 1° sous l'influence de la paralysie (plus ou moins associée à la contraction), et surtout fréquente dans les formes aiguës; 2° sous l'influence des productions fibro-cancéreuses, plus particulières aux formes chroniques, qui agissent souvent par agglutination, et aussi, mais plus rarement, par brides, cordons, volvulus, invagination.

D'autres formes latentes de la péritonite tuberculeuse peuvent se révéler par des accidents brusques qui simulent: l'appendicite, la péritonite aiguë, la fièvre typhoïde, la salpingite, etc.

En dehors de ces formes, déjà rares, que nous venons de mentionner, il existe une variété, ignorée des classiques, que René Merry a étudiée dans sa thèse de 1907.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, Séance du 4 mai 1909.

Cette variété se présente sous l'aspect d'une tuberculose péritonéale localisée. Il s'agit de ces formes qui occupent une partie plus ou moins considérable du ventre, se présentant sous l'aspect de grosses tumeurs qui, par leurs sièges anormaux, offrent les caractères les plus troublants et prêtent aux erreurs de diagnostic les plus diverses.

Mais des 25 observations que Merry a pu retracer, presque toutes ont rapport à des tumeurs, formées par des noches ascitiques limitées par des adhérences multiples au pelvi-péritoine, et semblant avoir comme point de départ un organe de la région ; cinq de ses observations seulement ont quelque analogie avec la forme toute particulière qui nous intéresse plus spécialement.

\* \* \*

Les faits sur lesquels nous désirons attirer l'attention ont rapport à une forme de péritonite tuberculeuse localisée, dont nous avons rapporté un cas, en 1905, dans l'UNION MÉDICALE, sous le titre de "péritonite déformante". Depuis cette époque, la bonne fortune de la clinique nous a fait réunir quatre observations personnelles, dont une avec pièces nécropsiques, qui nous permettent d'étudier cette question dans ses détails.

Cette péritonite tuberculeuse localisée évolue d'une façon essentiellement chronique et ce qui en constitue le caractère clinique primordial : c'est qu'elle se présente sous l'aspect de grosses tumeurs abdominales que l'on diagnostique pour toute autre affection que la vraie, et que l'on confond généralement avec les tumeurs et les néoplasmes des organes de la région. C'est ainsi que dans un des cas que nous rapportons, la lésion péritonéale avait été confondue, même après la laparatomie, avec un gros kysté de l'ovaire ; dans un autre cas, nous avons diagnostiqué : néoplasme du mésentère ; puis chez d'autres : tumeur rénale, fibrome utérin, sarcôme de la paroi abdominale, etc.

Pour que cette forme de péritonite prête à tant d'erreurs, il faut donc qu'elle ait des caractères bien particuliers et différents des autres formes. En effet, nous sommes généralement en présence d'une tumeur, mate, bien localisée, limitée, facilement circonscrite, fixe ou quelquefois mobile ; à la laparatomie nous trouvons une tumeur, lisse et vernissée, indépendante du reste de la cavité abdominale, qui ne contient ni épanchement ascitique, ni granulation.

Comme on le voit, il n'y a rien de surprenant à ce que ces tumeurs tuberculeuses ne soient diagnostiquées qu'au cours de l'opération. D'ailleurs, les malades ne consultent jamais pour leur tumeur, dont ils ignorent l'existence, et qui évolue d'une façon latente et insidieuse jusqu'au moment où se déclare un accident brusque, qui nous fait mettre le doigt sur la tumeur.

Ces accidents, qui sont presque toujours les mêmes, nous sont bien expliqués par l'anatomie pathologique de l'intéressante pièce nécropsique que vous pourrez examiner.

Il s'agit presque toujours de phénomènes intermittents, de crises d'obstruction intestinale, qui aboutissent à l'occlusion. Dans trois de nos cas nous avons observé, soit de l'obstruction ou de l'occlusion intestinale ; dans l'autre cas, nous avons observé, comme accident brusque et révélateur de la tumeur péritonéale, des phénomènes de rétention vésicale.

Cette variété exceptionnelle de la péritonite tuberculeuse est donc une forme sèche, fibro-adhésive, mais localisée à une partie plus ou moins grande du péritoine, et respectant le reste de la cavité abdominale.

\* \* \*

Au point de vue anatomo-pathologique, voici comment évolue cette lésion.

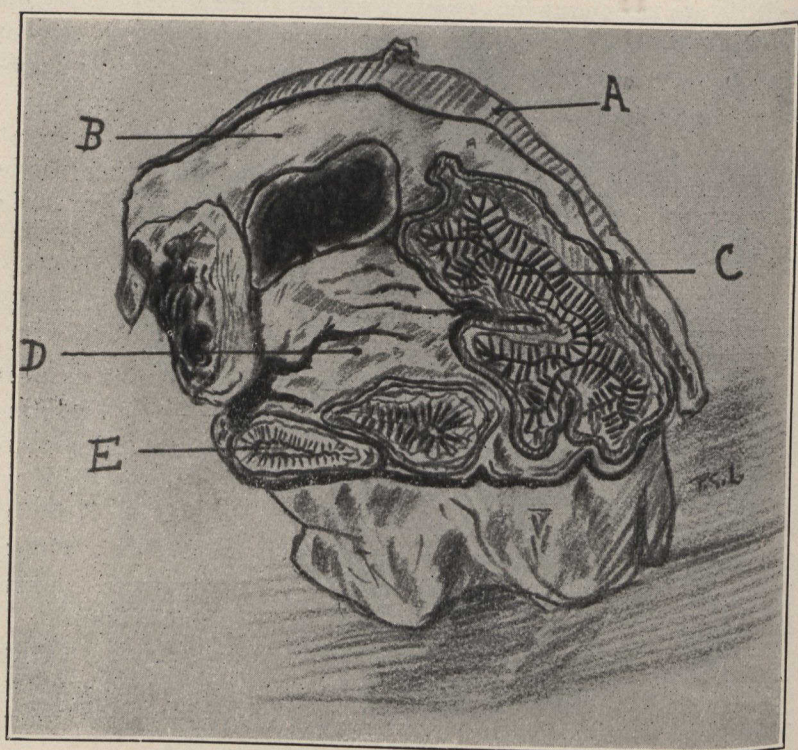
Il se fait d'abord à la surface des anses intestinales un exsudat fibreux, poisseux, collant, qui les rend cohésives et les agglutine les unes avec les autres. Il en résulte des paquets intestinaux arrondis en boule ; les sinus formés par l'accolement des deux cylindres intestinaux voisins sont remplis, sont comblés par l'exsudat agglutinatif, qui nivelle les sillons inter-viscéraux. Il y a donc là de véritables bandelettes fibreuses, prismatiques et triangulaires, séparées les unes des autres par la surface de l'intestin.

Il faut, pour décoller l'intestin, exercer une certaine violence, et il est alors fréquent de trouver, en faisant cette manœuvre, des collections séro-purulentes, de couleurs et d'aspects variés, qui ne communiquent pas avec la grande cavité péritonéale.

Si l'affection marche vers la guérison, cet exsudat se rétracte comme une sorte de tissu cicatriciel et enserre plus ou moins les anses intestinales. Il en résulte une gêne souvent considérable dans la circulation des matières, et cela rend compte des obstructions intestinales par brides, par coudures, par torsions, qui s'observent parfois longtemps après la guérison.

Mais si l'affection continue son évolution, comme dans les cas que nous avons observés, on trouve de véritables bandelettes fibreuses, épaisses, qui étranglent l'intestin en masse, en surface; l'intestin ne forme plus alors qu'une tumeur qu'on peut comparer à un fibrome utérin traversé par des canaux.

Cet état pathologique est admirablement bien illustré par la pièce que nous vous présentont. Une section antéro-postérieure nous fait voir: (A) l'épiploon qui fait comme une coque à la tumeur; (B) des bandelettes fibrineuses plastiques qui étranglent l'intestin; (C) une masse intestinale agglutinée, dont les anses



sont en état d'occlusion; (D) au centre, un paquet graisseux mésentérique; (E) puis, en bas, une anse en voie d'occlusion qui contient des matières fécales.

Il ne nous restait plus, pour conclure à la tuberculose, que l'examen histologique de cette tumeur, confondue par tous ceux qui ont eu l'occasion de l'examiner macroscopiquement, avec les néo-

plasmes les plus divers ; aussi nous en avons confié l'exécution à notre excellent collègue et ami, Latreille, dont la compétence ne peut être discutée.

## OBSERVATIONS

*Obs. I.* — C'est au mois de mars 1902 que nous avons observé notre premier cas. Il s'agissait d'une femme de 35 ans, qui venait consulter pour des crises intermittentes d'obstruction intestinale.

L'examen révèle la présence d'une grosse tumeur abdominale, indépendante de l'utérus, que l'on diagnostique : kyste de l'ovaire avec adhérences intestinales. La laparotomie médiane nous fait voir, en effet, une tumeur, grosse comme une tête d'adulte, dure, lisse, mate, indépendante de l'utérus.

Un trocart de Péan est plongé dans la tumeur, mais la ponction ne rend aucun liquide, à peine un léger suintement sanguin ; le trocart est replongé avec plus d'énergie dans un autre endroit, mais sans résultat effectif. Il doit donc s'agir alors d'une tumeur solide de l'ovaire ? La tumeur est circonscrite, le supposé pédicule est atteint, puis on constate des adhérences intestinales ; mais, plus on débarrasse le pédicule de ces adhérences, plus on se rend compte qu'il en reste encore beaucoup. Enfin, on se rend à l'évidence que la tumeur elle-même n'est constituée par rien autre chose qu'une masse d'anses intestinales agglutinées solidement les unes avec les autres : lésion tardive de péritonite fibro-adhésive. Le trocart avait donc été plongé deux fois dans la masse intestinale ; ces plaies sont suturées, et les adhérences, qui n'avaient pas encore été défaites, sont respectées. Fermeture de la paroi, drainage. Contre toute attente la patiente a heureusement très bien relevé de cette opération. Un mois après tout était rentré dans l'ordre ; la tumeur avait réellement fondu.

*Obs. II.* — Le 28 janvier 1905, j'étais appelé d'urgence auprès d'un garçon de 21 ans, en pleine crise aiguë d'occlusion intestinale avec son cortège de symptômes désagréables.

L'examen du malade nous fait constater une tumeur siégeant du côté gauche de l'abdomen, et s'étendant de la loge rénale jusqu'à la fosse iliaque gauche ; cette tumeur peut facilement être confondue, à cause de sa localisation, de sa forme et de sa consis-

tance, avec une lésion rénale. Mais la laparotomie nous fait voir une tumeur, régulière de contour, dont le contenu, après exploration, nous paraît être intestinal.

Pas d'épanchement ascitique, pas de granulation. Nous pensons à un néoplasme inopérable.

Le ventre est fermé sans drainage. — Suites opératoires excellentes. Un mois plus tard, notre malade vaquait à ses occupations. Vu trois ans après l'intervention chirurgicale, il a pris de l'embonpoint, ne ressent aucun trouble intestinal, et s'occupe aux rudes travaux de défricheur.

*Obs. III.* — Notre troisième observation est celle d'un homme de 54 ans, qui fut dirigé à l'hôpital pour des phénomènes de rétention d'urine, qui remontaient à 48 heures. Un examen sommaire et superficiel nous permet en effet de palper une tumeur globuleuse, qui remplit le petit bassin et qui remonte jusqu'à l'ombilic. Les premières tentatives de cathétérisme sont infructueuses et paraissent être impossibles. Une ponction sus-pubienne donne la sensation de traverser une tumeur fibreuse, mais le trocart ne rend pas d'urine. Finalement, une nouvelle tentative voit le cathéter vaincre l'obstacle et la vessie se vider; mais la tumeur ne se réduit pas sensiblement. Le malade nous apprend alors qu'il voit cette bosse progresser graduellement depuis 5 ou 6 mois, qu'il est sujet aussi à des crises d'obstruction intestinale.

Mis sous observation, le diagnostic oscille entre un néoplasme de la vessie ou du mésentère, jusqu'au moment où la laparotomie paraît trancher la question en démontrant que le contenu de la tumeur est purement intestinal.

Fistule stercorale post-opératoire; mort quelque temps après. Pas d'autopsie; par conséquent pas de diagnostic histologique.

*Obs. IV.* — Dans notre dernière observation, la plus précieuse de toutes, parce qu'elle nous a fourni des pièces pathologiques histologiquement diagnostiquées, il s'agit d'une demoiselle, âgée de 32 ans, adressée dans le service de chirurgie avec un diagnostic d'obstruction intestinale sans occlusion. Malade depuis le 15 décembre 1908, elle faisait des crises intermittentes d'obstruction. Le 3 janvier 1909, son médecin constate la présence d'une tumeur abdominale, dont la patiente ignorait l'existence. Depuis cette époque son état s'aggrave.

Rentrée à l'hôpital, le 27 janvier, elle est très affaissée; facies grippé, hypothermie, pouls à 132, vomissements fécaloïdes abondants.

Faible de santé depuis son enfance, elle n'a rien de particulièrement important dans ses antécédents personnels. Une de ses sœurs, cependant, est morte de tuberculose pulmonaire aiguë.

L'examen de la malade nous fait constater une tumeur abdominale, siégeant du côté gauche de la ligne médiane, s'étendant du pubis à l'ombilic, et de la ligne médiane à la crête iliaque; la masse est dure, à bords réguliers, peu mobile, située obliquement de droite à gauche et de bas en haut, pas douloureuse.

Le palper de la loge rénale est négatif.

La tumeur semble originer profondément dans la cavité abdominale; quoique indépendante de l'utérus, elle paraît y adhérer.

Malgré des examens minutieux et répétés, la tumeur est confondue avec un néoplasme de l'épiploon, du mésentère, de la trompe ou de l'ovaire, lequel néoplasme, en adhérant à l'intestin, produirait des phénomènes d'obstructions.

Mise sous observation, la patiente s'améliora graduellement, au point d'avoir des selles sans provocations médicamenteuses.

Le 6 février, on la jugeait en état de subir une intervention chirurgicale. La laparotomie nous montre une tumeur adhérente au péritoine pariétal. L'exploration permet de constater que la tumeur est fixée profondément en surface, et qu'elle est traversée par des anses intestinales; la surface explorée est lisse, rouge, très vasculaire. Pas d'épanchement ascitique, pas de granulations.

La tumeur a toutes les apparences d'une néoplasie inopérable. Le ventre est refermé. Deux jours après se déclare une fistule stercorale dans l'incision; l'état de la malade s'aggrave, puis elle meurt, cachectisée, treize jours après l'intervention chirurgicale.

À l'autopsie, nous recueillons la pièce pathologique, qui a été décrite plus haut, et dont voici le rapport de l'examen histologique fait par M. Latreille :

“La section macroscopique des pièces, présentant des anses intestinales grêles, resserrées et aplaties, réunies et agglutinées par des bandes blanchâtres, lardées de péritoine épais, il était important de connaître si cette lésion péritonéale, ayant abouti à l'obstruction, était de nature inflammatoire, néoplasique, tuberculeuse ou syphilitique; ce que d'ailleurs l'examen histologique, en

nous montrant, au milieu d'une infiltration de cellules embryonnaires diffuses et nodulaires, des masses de dégénérescence caséuse et fibreuse, avec, en bordure, quelques cellules géantes, est venu élucider, avec la dernière évidence, même sans que le bacille de Koch n'ait été recherché sur les coupes, dans le sens de la tuberculose. En effet, seule la syphilis pourrait être tenue responsable de ce genre de lésions ; mais avec la syphilis, nous aurions eu des lésions vasculaires (endartérite, mé-arterite, panartérite) qui n'existent pas ici.

Maintenant, à quelle forme de tuberculose péritonéale chronique correspondent les lésions observées dans les coupes ? La rareté des cellules géantes, la prédominance des foyers de dégénérescence fibro-caséuse semblent nous indiquer suffisamment, je pense, qu'il s'agit ici plutôt de péritonite tuberculeuse fibro-adhésive. Cette forme d'ailleurs, quoique à évolution plus lente, réalise, aussi bien que la forme ulcéro-caséuse, la formation par adhérences et agglutinations de masses capables d'en imposer pour des tumeurs, et pouvant amener la mort par occlusion intestinale."

\* \* \*

*Conclusions.* — Dans notre dernière observation nous avons donc un diagnostic positif de péritonite tuberculeuse ; il ne nous reste plus maintenant qu'à démontrer la similitude des trois autres cas. La chose nous paraît facile et évidente pour les deux premiers malades. En effet, nous ne connaissons pas de tumeurs solides de l'abdomen, autres qu'une lésion péritonéale tuberculeuse, susceptibles de régresser, de fondre, par le seul fait de l'aération de la cavité abdominale.

Quant au troisième cas, qui est mort sans autopsie, nous avons toutes les raisons de le classer avec les trois autres ; car l'évolution de cette tumeur, ses caractères, son aspect macroscopique à la laparotomie, en étaient trop identiques.

\* \* \*

Cette forme de péritonite tuberculeuse localisée est donc une forme excessivement rare, d'un diagnostic difficile, sinon impossible, et qui peut être confondue avec les tumeurs abdominales les plus variées. Cependant, quand nous serons en présence d'une tumeur abdominale, le symptôme occlusion ou obstruction intestinale devra attirer notre attention et nous faire penser à la présence possible d'une péritonite tuberculeuse localisée.



\* \* \*

Pour ce qui a rapport au traitement, nous savons, depuis l'erreur de Spencer Wells, que la péritonite tuberculeuse guérit souvent par la laparotomie, l'exposition à l'air et la fermeture du ventre sans drainage.

D'ailleurs, n'avons-nous pas vu deux de nos cas, qui présentaient des phénomènes très graves d'obstruction ou d'occlusion, guérir par le seul fait de l'aération péritonéale.

Aussi, voici le traitement que nous proposons dans la forme de péritonite qui a fait le sujet de cette étude: tenter d'abord la laparotomie, exposition à l'air et fermeture du ventre sans drainage. Si ce traitement inoffensif ne donne pas d'amélioration, laparotomiser de nouveau, puis faire l'exclusion de la tumeur intestinale: (a) par un anus artificiel, s'il faut aller vite; (b) par une entéro-anastomose, si la localisation de la tumeur nous le permet.

---

### HONORAIRES MEDICAUX

Par G. A. MARSAN, L. B.

Avocat, à Montréal.

“Convenances vainquent loi”.

LOYSEL.

#### I.

L'honoraire est la rétribution accordée, pour leur peine, au médecin, à l'avocat, au prêtre: ce mot indique que l'argent n'est point mis en comparaison du service rendu. Le droit aux honoraires médicaux se présente avec trois particularités principales: il peut être d'avance l'objet d'une convention valable, il se prescrit par cinq ans, il est garanti par un privilège pour la dernière maladie.

“La médecine française, dit Legrand du Saulle, ne stipule jamais d'avance, soit verbalement, soit par écrit, la somme d'honoraires à percevoir après la guérison. Si le fait se présentait et donnait lieu à des contestations, le médecin serait mal fondé à réclamer judiciairement l'exécution de la promesse; car, à aucune époque, les tribunaux n'ont reconnu la validité de semblables conventions. On craint, en effet, qu'il n'y ait eu, au moment de la convention, intimidation et violence morale de la part du médecin sur le malade. Deux exceptions sont cependant admises; ainsi les prix peuvent être débattus lorsque le médecin est appelé très

loin de son domicile et du centre de sa clientèle, ce qu'il fait un voyage, ou lorsqu'il reçoit chez lui des malades, à titre de pensionnaires".

Les honoraires médicaux ne sont dûs qu'à la condition de rétribuer un service licite ; les empiriques, rebouteurs, magnétiseurs, et autres *ejusdem farinae* n'y ont jamais aucun droit.

Les personnes exerçant légalement la médecine ont toujours droit à des honoraires pour leurs soins, même sans aucune stipulation à ce sujet. Cette solution ne souffre pas de difficulté, si l'on voit dans l'engagement médical un louage de service, contrat donnant par essence toujours droit à rétribution. (Art. 1602 C. C.)

Mais elle s'impose également si l'on en fait un contrat de mandat, car si le mandat est gratuit de sa nature, il peut donner lieu à rétribution en cas de stipulation, même simplement tacite, que l'on est d'accord pour sous-entendre lorsque les services rendus rentrent dans la profession faisant vivre le mandataire.

Par exception, le médecin n'a droit à aucun honoraire s'il y a renoncé, s'il a commis une faute grave dans sa mission, ou si les soins ont un caractère illicite. (C. C. Art. 13, 990.)

Un médecin qui avait mal rédigé une ordonnance, et qui avait ainsi causé la mort d'un enfant, a été condamné en dommages. 3 C. A. 461 : Jeannotte & Cuillard.

Succéder, même en connaissance de cause, à un autre médecin qui ne recevait pas d'honoraires, n'implique pas semblable renonciation. Cass., 27 janvier 1858.

Remplacer un confrère ne comporte pas nécessairement abandon de tout droit contre le client.

A défaut de conventions antérieures, le juge détermine le montant des honoraires en consultant les usages locaux, tenus pour acceptés dans le silence des intéressés (art. 1017 C. C.), ou encore, après avoir nommé un expert, s'il le trouve convenable, le juge fixe les honoraires en tenant compte des trois éléments traditionnels suivants :

1° La nature, l'importance des services rendus et les circonstances en ayant augmenté la difficulté ;

2° La fortune du client, parce que l'humanité réclame des tarifs modestes pour les petites bourses, sauf à se montrer plus large pour les clients fortunés.

Quand le malade et le débiteur des honoraires ne forment pas

une même personne, la fortune du malade doit seule être prise en considération ; le plus souvent le débiteur des honoraires ayant une action récursoire contre le malade, tout se passera comme si le médecin s'était directement adressé au malade.

3° La science, la réputation du médecin. Si le malade appelle, pour avoir ses soins, ou pour lui demander une intervention opératoire, tel médecin ou chirurgien connu par son jugement clinique, son habileté, par ses succès et sa haute situation scientifique, c'est donc qu'il a en ce médecin plus grande confiance qu'en tel autre. N'est-il pas équitable et absolument logique qu'il lui offre une rémunération supérieure ? (1)

\* \* \*

Chaque visite du médecin établit une créance distincte des précédentes.

La continuation des services n'empêche pas la prescription, s'il n'y a eu reconnaissance ou autre cause interruptive. (C. C. art. 2266.)

La prescription de cinq ans fait place à une de trente ans, du jour où la dette a été reconnue dans un écrit qui en précise le chiffre.

Il y a différents modèles de notes d'honoraires, le médecin choisira celui qui lui paraîtra le plus à son gré, mais ils ont ceci de commun qu'ils ne portent et ne peuvent porter l'indication littérale des services médicaux rendus. Ce serait absolument manquer au secret professionnel. On peut donner, en totalité, le nombre des visites faites, le nombre des consultations, mais sans préciser la nature de l'intervention. (2) Et c'est ainsi qu'il a été jugé qu'un médecin n'a pas le droit de publier, dans un compte pour services professionnels qu'il réclame, la nature de la maladie de son patient, si telle publication est de nature à nuire à la réputation de ce dernier. (C. A. Hart & Thérien, 5 Q. L. R., 267.

## II.

### PRIVILÈGE DU MÉDECIN EN CAS DE DERNIÈRE MALADIE.

Le Code Civil a établi, au profit du médecin qui aura traité une personne dans sa dernière maladie, un privilège pour se faire payer de sa créance. On comprend toute l'importance de cette

(1) Morache, La profession médicale.

(2) Morache, La profession médicale.

préférence quand le débiteur décède en ne laissant que des biens insuffisants pour payer tous ses créanciers.

Pour bien saisir la nature et l'étendue de ce privilège, il importe de référer aux articles suivants du Code Civil :

Art. 1980 : Quiconque est obligé personnellement est tenu de remplir son engagement sur tous ses biens mobiliers et immobiliers, présents et à venir, à l'exception de ceux qui sont spécialement déclarés insaisissables.

Les biens insaisissables peuvent cependant être saisis pour dettes alimentaires et, entr'autres, pour les frais de maladie. (C. P., art. 599, par. 4.)

Art. 1981 : Les biens du débiteur sont le gage commun de ses créanciers, et, dans le cas de concours, le prix s'en distribue par contribution, à moins qu'il n'y ait entre eux des causes légitimes de préférence.

Art. 1982 : Les causes légitimes de préférence sont les privilèges et les hypothèques.

Art. 1983 : Le privilège est le droit qu'a un créancier d'être préféré à d'autres créanciers suivant la cause de sa créance. Il résulte de la loi et est indivisible de sa nature.

Art. 1985 : Les créanciers privilégiés qui sont dans le même rang sont payés par concurrence.

Art. 1992 : Les privilèges peuvent être sur les biens-meubles, ou sur les immeubles, ou enfin sur les biens-meubles et immeubles à la fois.

Les créances privilégiées sur les biens-meubles sont les suivantes, et lorsqu'elles se rencontrent, elles sont colloquées dans l'ordre de priorité et d'après les règles ci-après, à moins qu'il n'y soit dérogé par quelque statut spécial :

1<sup>o</sup> — Les frais de justice, et toutes les dépenses faites dans l'intérêt commun ;

2<sup>o</sup> — La dîme ;

3<sup>o</sup> — La créance du vendeur ;

4<sup>o</sup> — Les créances de ceux qui ont droit de gage ou de rétention ;

5<sup>o</sup> — Les frais funéraires ;

6<sup>o</sup> — *Les frais de dernière maladie ;*

7 — Les taxes municipales ;

8° — La créance du locateur, suivant les dispositions de l'article 2005 ;

8a° — La créance du propriétaire d'une chose prêtée, louée, donnée en gage, ou volée, suivant les dispositions de l'art. 2005a ;

9° — Les gages des serviteurs et des employés des compagnies de chemin de fer faisant un travail manuel, et les créances des fournisseurs ;

10° — La couronne pour créances contre ses comptables ;

Les privilèges rangés sous les numéros 5, 6, 7, 9 et 10 s'étendent à tous les biens-meubles du débiteur ; les autres sont spéciaux et n'ont d'effet qu'à l'égard de quelques objets particuliers.

Art. 2002 : Les frais funéraires privilégiés comprennent seulement ce qui est de convenance à l'état et à la fortune du défunt, et se prennent sur tous les biens-meubles du défunt.

Le deuil de la veuve en fait partie sous la même restriction.

Art. 2003 : *Les frais de dernière maladie* comprennent ceux des médecins, des apothicaires et des garde-malades pendant la maladie dont le débiteur est mort, et se prennent sur tous les biens-meubles du défunt.

Dans le cas de maladie chronique, le privilège n'a lieu que pour les frais pendant les derniers six mois qui ont précédé le décès.

Art. 2009 : Les créances privilégiées sur les immeubles sont ci-après énumérées et prennent rang dans l'ordre qui suit :

1° — Les frais de justice et ceux faits dans l'intérêt commun ;

2° — Les frais funéraires tel qu'énoncés en l'article 2002, lorsque le produit des biens-meubles s'est trouvé insuffisant pour les acquitter ;

3° — *Les frais de dernière maladie*, tel qu'énoncés en l'article 2003, et sous la même restriction que les frais funéraires ;

4° — Les frais de labours et de semences ;

5° — Les cotisations et répartitions ;

6° — Les droits seigneuriaux ;

7° — La créance du journalier, de l'ouvrier, de l'architecte et du constructeur, sujette aux dispositions de l'article 2013 ;

8° — Celle du vendeur ;

9° — Les gages des domestiques, et des employés des compagnies de chemin de fer faisant un travail manuel, sous la même restriction que les frais funéraires.

Il résulte de ces dispositions que le privilège du médecin s'ex-

erce d'abord sur les meubles du débiteur et ensuite, en cas d'insuffisance, sur les immeubles, par préférence aux créanciers hypothécaires eux-mêmes et aux privilégiés sur les immeubles.

Les créances privilégiées non enregistrées ont leur effet à l'égard des autres créances non enregistrées, suivant leur rang ou leur date, et sont préférées aux simples créances chirographaires. C. C., Art. 2094.

Toutefois, il importe de remarquer que les créances pour frais funéraires et frais de dernière maladie ne conservent leur privilège sur les immeubles que s'il est enregistré, dans les six mois du décès du débiteur, un avis ou bordereau énonçant la nature et le montant de ces créances et désignant les immeubles qui peuvent y être affectés. C. C., Art. 2107.

Dans le cas où les fonds sont insuffisants pour couvrir la totalité des frais de dernière maladie, la somme disponible est répartie au marc la livre entre les diverses créances qui rentrent dans cette classe de frais, c'est-à-dire entre le médecin, le chirurgien, le pharmacien, la sage-femme, la garde-malade et tous ceux qui ont participé d'une façon quelconque au traitement.

Le privilège du médecin ne se rapporte qu'à la maladie du débiteur et non à celle de sa femme et de ses enfants. Cour de Cassation, 3 août 1897.

Par *frais de dernière maladie*, il faut entendre tous ceux faits dans le but d'arriver à la guérison, ou même au soulagement du malade. Quand ces frais dépassent certaines limites, s'ils ont été faits sans nécessité, ou pour la fantaisie du malade, ils peuvent être rejetés du droit au privilège par le juge.

Les motifs qui ont fait accorder ce privilège au médecin, en cas de mort, devraient être les mêmes quand intervient la faillite ; ils sont encore plus favorables. La disposition qui nous occupe a été dictée par un sentiment d'humanité ; le législateur n'a pas voulu que la crainte de n'être pas payé put empêcher le médecin de donner au malade les secours dont il aurait besoin. Or, comme disent Guerrier et Rotureau, la situation est-elle modifiée, que le malade meure ou vive, et la même pensée qui a fait édicter le privilège du médecin ne doit-elle pas recevoir son application dans un cas comme dans l'autre ? Si on n'admet pas le privilège en cas de survie du malade, on place ceux qui sont préposés à sa garde pour lui donner leurs soins entre leur intérêt et leur devoir :

si la solvabilité du malade est douteuse, tandis que le devoir prescrit à ceux qui l'entourent de faire leurs efforts pour le sauver, leur intérêt est qu'il meure. Car s'il vit et s'il est déclaré en faillite, ils perdent leur privilège, et ne seront payés qu'au marc la livre : s'il meurt, au contraire, le paiement de leur créance est assuré. C'est là une conséquence qui paraît choquante, inadmissible, et qui seule suffirait à faire notre conviction.

L'esprit de la loi devrait donc être, selon nous, que le privilège existe toujours, et de nombreux auteurs, Pigeau, Duranton, Toulhier, Troplong, ont développé cette opinion.

Mais d'autres auteurs ont soutenu le système contraire, et la jurisprudence l'a fait constamment prévaloir.

Les frais de dernière maladie que les articles 1994 et 2009 du Code Civil, déclarent seuls privilégiés doivent donc s'entendre exclusivement de ceux de la maladie qui a été suivie du décès du débiteur. Cette disposition ne s'applique pas aux frais de la dernière maladie qui a précédé simplement son insolvabilité résultant de sa faillite ou de sa déconfiture, insolvabilité qui aurait nécessité une distribution de deniers entre les créanciers. Ainsi le médecin dont le malade est mort se trouve traité plus favorablement que le médecin qui a sauvé son malade.

Comme il n'appartient pas aux tribunaux d'étendre les privilèges au-delà des cas pour lesquels ils ont été limitativement établis, c'est la loi qu'il faut faire modifier. Dans les articles 2001 et 2009 du code civil, le législateur privilégie les frais faits pour la conservation de la chose ; pourquoi ne pas accorder un privilège à celui qui a conservé et sauvé le failli, qui l'a mis à même de réparer dans l'avenir la perte subie par les créanciers ?

Les articles 1994 et 2009, tels qu'ils se lisent, ont pour conséquence de récompenser, en quelque sorte, le médecin dont le malade vient à décéder. N'est-ce pas là une monstruosité légale qu'il importe de faire disparaître de notre code. Rationnellement, les articles 1994, paragraphe 5, et 2009 paragraphe 3, devraient se lire comme suit : " Les frais de dernière maladie, *quelle qu'en ait été la terminaison* ".

C'est ce qui a été fait en France par la loi du 30 novembre 1892, article 12, où la loi veut qu'au cours de la maladie le médecin ne soit pas soupçonné d'interrompre ses soins, dans la crainte de ne point obtenir son paiement, faute de ressources chez son

débiteur ; de même, dans le cas du malade en état de faillite, le médecin ne voit pas s'évanouir, avec la guérison qu'il a amenée, l'espérance d'être payé de ce qui lui est dû.

Il y a donc lieu d'amender notre code, tel que suggéré plus haut, de façon à assurer aux médecins le privilège de leurs honoraires dans les cas de dernière maladie, et il reste aux sociétés médicales, si elles le jugent à propos, le soin de faire les démarches initiales, pour assurer l'adoption de cet amendement par la législature provinciale.

---

## REVUE GENERALE

---

### LA TRANSMISSIBILITE DE LA TUBERCULOSE A L'ENFANT

---

#### 1° PAR LA MÈRE APRÈS LA NAISSANCE, LA NOURRICE OU L'ÉLEVEUSE ; 2° PAR LE LAIT DES ANIMAUX.

Il est absolument exceptionnel que l'on rencontre dans le lait de femme le bacille tuberculeux ; sans doute la mammite tuberculeuse existe, mais alors les caractères cliniques sont assez évidents pour qu'on ne mette pas l'enfant au sein.

C'est une règle absolue que la mère ne doit pas allaiter si elle présente des lésions tuberculeuses et particulièrement dans les poumons ; l'allaitement qui est une fonction si normale pour la femme bien portante, devient une cause de fatigue et même d'épuisement lorsque la tuberculose a commencé d'évoluer, et plus encore que la grossesse elle contribuerait à en accélérer l'évolution : — d'ailleurs, pour peu que les lésions tuberculeuses soient avancées, la sécrétion lactée est en général peu abondante, le lait est clair et d'une valeur nutritive douteuse, alors même qu'il ne contient pas de germes morbides.

La mère tuberculeuse qui voudra continuer à soigner son enfant en l'élevant artificiellement, devra être avertie par le médecin, du danger de la contagion de cette maladie surtout dans le premier âge, et elle sera invitée à prendre des précautions contre la trans-



mission possible de la tuberculose, *contre la contagion familiale* en d'autres termes.

Lorsqu'on choisira une nourrice mercenaire pour un enfant, la tuberculose sera recherchée avec le plus grand soin dans ses organes, car il est bien établi qu'on peut trouver le bacille dans le lait, sans que les mamelles soient en apparence malades (1). M. Moussu, nous le verrons, a observé fréquemment des faits du même ordre chez la vache. Mais à part la lactation, on comprend sans peine combien il serait périlleux de confier un nourrisson à une femme atteinte de tuberculose ouverte, vivant constamment avec l'enfant, dans la même chambre, le maniant, le portant à bras.

Les chances de contamination ne seraient guère moins grandes avec une nourrice sèche à domicile ou une élèveuse au dehors. La femme à laquelle on confiera un enfant devra être saine, car le nourrisson représente en quelque sorte un terrain vierge particulièrement apte à la réceptivité pour tous les germes morbides. Les travaux de Behring et ceux plus récents de Vallée en France nous ont montré combien le tube digestif de l'enfant et des jeunes animaux était fragile, et se laissait facilement traverser par les bacilles tuberculeux qui pénètrent dans l'appareil lymphatique du mésentère et du médiastin et de là dans l'organisme.

#### LA TRANSMISSION PAR LE LAIT DES BOVIDÉS

De très nombreux et récents travaux prouvent la grande fréquence de la tuberculose bovine et la présence des bacilles tuberculeux dans le lait, en dehors de toute lésion locale apparente du côté des mamelles.

Cette dernière localisation de la tuberculose est d'ailleurs rare. D'après les statistiques de M. Martel, elle ne dépasse pas 5 à 6 % pour un ensemble de 100 bêtes tuberculeuses. Cette statistique est d'accord avec celle de Nocard en France, celle de Bang, à Copenhague avec les statistiques anglaises 2 à 3 % et allemandes 3 à 4 %. MM. Moussu et Delmer (2) ont publié des renseignements très concluants sur la fréquence de l'élimination des bacilles de la tuberculose par les mamelles saines en apparence comparées

(1) Roger et Garnier, *Société de Biologie*, 1901,

(2) Moussu et Delmer, *Hygiène de l'Étable* (II<sup>e</sup> Congrès de laiterie, 1905).

à la fréquence des mammites tuberculeuses bien caractérisées cliniquement.

On croyait jadis que le danger résultant de l'ingestion de laits provenant de femelles tuberculeuses dont les mamelles avaient conservé les apparences de l'état normal était nul, puisque la lésion tuberculeuse ouverte semblait indispensable à l'infection du lait.

Cette croyance était une erreur dangereuse dans la pratique.

Un des premiers Bang a signalé la présence de bacilles dans le lait de vaches tuberculeuses dont les mamelles ne présentaient aucun signe morbide, et sur un ensemble de 63 bêtes tuberculeuses, 9 fois le lait s'est montré virulent, soit une proportion de 14,29 %. Plus tard Gehrman et Evans ont publié en 1900 une statistique dans laquelle le lait des vaches tuberculeuses, sans mammite apparente, se serait montré virulent dans la proportion de 36,6 %. La statistique de Mlle Rabinovitch est encore plus élevée, 66 %.

Il est aujourd'hui démontré, dit M. Moussu, que ces laits virulents sont doués d'un pouvoir pathogène certain, surtout vis-à-vis des jeunes animaux non sevrés qui ingèrent journellement une grande quantité de lait. Dans la plupart des expériences la virulence du lait a été décelée, soit par la constatation du bacille spécifique, à la suite d'examen bactériologiques répétés, soit à la suite d'injections sous-cutanées ou intra-péritonéales d'une quantité déterminée de lait recueilli purement et préalablement soumis ou non à la centrifugation.

Nous croyons utile de relater sur cette grave question, les expériences de M. Moussu faites au laboratoire de pathologie bovine de l'École d'Alfort, et qui sont très concluantes. " 5 jeunes veaux, aussitôt après leur naissance, sont placés dans un local sain et soumis à l'épreuve de la tuberculine dès l'âge de huit jours : réaction négative (1).

Ces cinq sujets furent alimentés avec le lait de 4 vaches laitières qui, à deux reprises différentes, avaient donné une réaction positive à la tuberculose, mais ne présentaient aucun signe clinique appréciable et des mamelles indemnes en apparence.

(1) Les qualités du lait des vaches tuberculeuses, par G. MOUSSU. (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, février 1905).

Après 3 mois d'alimentation avec le lait de ces femelles tuberculeuses, 2 parmi les 5 veaux ont donné une réaction positive à la tuberculine, les 3 autres sont restées indemnes après une alimentation prolongée pendant six mois. Trois parmi les mères nourrices furent sacrifiées à l'autopsie, on constata des lésions discrètes de tuberculose, les mamelles étaient absolument indemnes.

Ces recherches établissent avec évidence que toute femelle bovine en puissance de tuberculose, même sans aucun signe clinique appréciable et ayant simplement donné une réaction positive à la tuberculine, peut éliminer des bacilles spécifiques décelables à l'examen bactériologique capables de tuberculiser des animaux d'expériences par digestion ou inoculation du lait sécrété.

Ces constatations présentent une importance capitale au point de vue de l'hygiène générale, et, *la transmissibilité de la tuberculose bovine à l'homme étant admise*, elles démontrent à quels dangers se trouvent exposés les personnes et surtout les enfants qui consomment journellement, souvent pendant longtemps, le lait cru sécrété par de telles femelles laitières".

Il est bien établi d'ailleurs que la tuberculose bovine peut se propager à l'homme, et Koch reste à peu près le seul défenseur de son opinion de la *non transmissibilité* de la tuberculose bovine à l'espèce humaine. Les travaux d'Arloing, de Nocard en France, de Fubinger et de Jensen, de Behring en Allemagne, etc., ont établi que les bacilles de l'homme pouvaient être inoculés avec succès aux bovidés et inversement ; il ne s'agit donc pas de germes différents mais de simples variétés d'un même germe morbide. D'après les observations de Huguenin à l'Institut pathologique de Genève et d'après d'autres statistiques dignes de foi, on doit admettre que la tuberculose intestinale dans le premier âge chez l'homme est beaucoup plus commune qu'aux âges ultérieurs de la vie.

De 3 à 12 mois, dans la première année de la vie on rencontre 13,5 cas de tuberculose intestinale primitive sur 100 cas de tuberculose, tandis que de dix à quinze ans on n'en trouve plus que 4,9 % et de seize à vingt et un ans 1,1 %. Il est bien difficile de ne pas mettre en cause le lait dans cette fréquence extrême de la tuberculose intestinale du premier âge. Telle est l'opinion du fameux Behring qui cherche à démontrer l'invulnérabilité de l'épithélium intestinal qui forme une véritable barrière aux mi-

crobes chez l'adulte (1). Mais pendant les premiers mois de la vie les cellules épithéliales de la muqueuse intestinale n'offrent pas aux microbes la même imperméabilité que chez l'adulte. Behring fait ingérer des bacilles tuberculeux à des animaux âgés de quelques jours et ces petits animaux deviennent tuberculeux, comme le démontre l'examen de leurs organes à l'autopsie, chez l'animal adulte l'ingestion de ces bacilles tuberculeux ne provoque l'éclosion d'aucune lésion ; les bacilles sont éliminés avec les matières fécales. Behring conclut avec raison de ses expériences que le petit enfant est très sensible à la contagion intestinale par le lait.

Les statistiques de l'hygiéniste anglais Thorne confirment cette doctrine. Tandis que la mortalité tuberculeuse générale a diminué de 47 % en Angleterre, la mortalité par tuberculose intestinale chez l'enfant augmente de 27 %, parce que l'allaitement artificiel s'est développé de plus en plus, les femmes mères s'employant dans l'industrie et ne pouvant plus allaiter leurs enfants.

Les travaux récents des vétérinaires français ont tout à fait mis hors de doute la fréquence de la pénétration des bacilles tuberculeux par les voies digestives chez les jeunes animaux et viennent appuyer les vues si intéressantes de Behring.

Dans un travail sur la tuberculose du veau de boucherie publié dans le numéro du 15 octobre 1901 de la *Revue générale de Médecine vétérinaire* du professeur Leclai-iche, Césari, vétérinaire inspecteur à l'abattoir général de la Villette, déclare que, au point de vue des localisations, " la tuberculose du veau se distingue par la prédominance des altérations ganglionnaires et par la fréquence des lésions plédominales. Il est encore à remarquer, dit-il, aussi que les lésions tuberculeuses se montrent presque exclusivement sur des veaux de première qualité. Ces animaux reçoivent une alimentation lactée très abondante ; qu'ils soient élevés au biberon ou au baquet, ils ingèrent toujours un mélange de laits de provenances diverses, et ce que l'on sait de l'infectuosité de ces laits explique la fréquence relativement grande de la tuberculose chez ces animaux "

Aussi, l'auteur de ce travail ne craint-il pas de rapporter tous les cas de tuberculose du veau qu'il a observés, à une contamination par les voies digestives.

(1) *La transmissibilité de la tuberculose par le lait des animaux*, Georges Darremberg (Chronique scientifique du *Journal des Débats*, 1904).

Mais c'est surtout à M. le professeur Vallée (d'Alfort) qu'on doit toute une série de recherches démonstratives sur ce sujet qu'il a publiées dans les bulletins de la Société de Biologie 1905, et au Congrès International de la tuberculose de cette même année. Non seulement M. Vallée a prouvé par ses expériences parfaitement conduites que les bacilles tuberculeux pénétraient par les voies digestives chez les jeunes animaux, mais il a montré le premier que chez les veaux infectés par les voies digestives, on pouvait rencontrer des lésions profondes des *ganglions péri-bronchiques et médiastinaux* sans qu'il y ait de lésions du foie ni de la rate, et même sans qu'on aperçoive de lésions intestinales ni mésentériques. M. Vallée a donc établi que la localisation thoracique de la tuberculose, si habituelle à tous les âges de la vie, pouvait avoir comme point de départ l'intestin.

“Ayant constaté, dit M. Vallée, chez de jeunes sujets infectés par la voie digestive l'extrême gravité des lésions des ganglions bronchiques et médiastinaux, tandis qu'en certains cas les lésions mésentériques ou intestinales sont insignifiantes, j'ai recherché quel est le mode d'infection qui réalise le plus sûrement ces lésions des ganglions bronchiques.

“Vingt veaux indemnes de tuberculose ont été mis en expérience dans ce but : douze ont été infectés par des pulvérisations virulentes dans le naso-pharynx ; deux par inoculation intra-trachéale ; les autres par les voies digestives ou par l'inoculation directe dans un ganglion du mésentère ou dans un rameau de la veine mésentérique.

“De tous ces modes d'infection, la pénétration du bacille au niveau de l'intestin est celui qui réalise le plus vite et le plus sûrement la tuberculisation des ganglions annexes du poumon. La pénétration du bacille tuberculeux au niveau de l'intestin peut s'effectuer sans qu'il se produise des lésions apparentes appréciables de la muqueuse intestinale ou des ganglions mésentériques. Le bacille tuberculeux peut franchir les voies lymphatiques sans y laisser de traces apparentes de son passage.

“L'on n'est plus autorisé à considérer que, chez l'homme, la tuberculose d'origine intestinale et alimentaire est une rareté, et les récentes constatations sur la virulence du lait des vaches tuberculeuses établissent la nécessité d'une étroite surveillance sanitaire de la production du lait.

“ Des expériences d'alimentation du chimpanzé avec des laits de vaches bacillifères permettraient d'apprécier, chez cette espèce si voisine de l'homme, le danger pour celui-ci de l'ingestion des laits virulents et de vérifier le mode de formation des lésions bronchiques ”. (1)

Ces belles expériences de M. Vallée ont été confirmées ultérieurement par M. Calmette de Lille.

Tout cet ensemble de faits a déterminé les vétérinaires français à réclamer l'obligation de soumettre à l'épreuve de la tuberculine les vaches laitières dont le lait est destiné à l'alimentation des enfants.

Sur ce point, MM. Leclainche, Martel, Moussu, sont entièrement d'accord.

Voici en quels termes M. Moussu réclame en 1905 une réglementation que nous attendons encore, puisque récemment, en 1908, le Parlement vient de rejeter la proposition faite par M. Cazeneuve de faire contrôler à l'étable même la production du lait par les vétérinaires départementaux.

Nous croyons, dit M. Moussu, qu'il est de la plus haute importance de réglementer l'industrie laitière ; et, en nous plaçant au double point de vue de l'hygiène générale et de la police sanitaire des animaux, voici les conclusions qui nous paraissent devoir être formulées :

1° Toute bête laitière tuberculeuse peut, à un moment donné, sécréter un lait chargé de germes spécifiques capables de transmettre la tuberculose par inoculation ou même simplement par ingestion ;

2° Les femelles bovines appartenant aux établissements de laiterie et destinées à la production du lait, devraient être pourvues d'un certificat de santé délivré par un vétérinaire sanitaire après examen complet et tuberculination ;

3° Toute femelle laitière tuberculeuse, même sans aucun signe clinique appréciable donnant simplement une réaction nette et positive à la tuberculine, devrait être éliminée de l'industrie laitière, ou le lait provenant de cette vache ne devrait être livré à la consommation qu'après avoir été préalablement stérilisé ;

4° Tous les sous-produits commerciaux de laiterie provenant

(1) Congrès international de la tuberculose, séance du 3 octobre 1905.

d'animaux tuberculeux, tels que le lait écramé, le petit lait, etc., devraient être stérilisés avant d'être livrés au commerce ;

5° Tout établissement de laiterie devrait être l'objet de visites sanitaires fréquentes faites dans le but d'éliminer les sajets malades (1)°.

#### DESTRUCTION DU BACILLE TUBERCULEUX PAR L'ÉBULLITION DU LAIT ET LA SURCHAUFFE

Si nous n'avons pas encore en France de réglementation efficace pour empêcher la mise en vente de laits pollués par les bacilles tuberculeux, la stérilisation par la chaleur nous offre heureusement un moyen excellent de détruire ces germes morbides.

Ce n'est pas l'un des moindres services qu'on peut attendre de la stérilisation que celui de nous mettre à l'abri de tous les germes morbides quelqu'ils soient qui peuvent être contenus dans le lait et propagés par lui.

L'ébullition du lait à 100°, dans les appareils de Soxhlet pendant vingt minutes et à *fortiori* la surechauffe à 108° détruisent entièrement la vitalité des bacilles tuberculeux.

On doit donc conseiller formellement de faire toujours bouillir le lait avant de le donner à l'enfant, à moins qu'on n'en connaisse la provenance exacte et immédiate, et à moins que la vache qui l'a fourni n'ait été tuberculine.

C'est à ce point de vue que l'on a pu dire que les Gouttes de lait, où l'on manie le lait stérilisé, étaient une bonne arme dans la lutte contre la tuberculose.

---

## INTERETS PROFESSIONNELS

---

### LE NOUVEAU BILL MEDICAL (2)

Par M. FRANÇOIS DEMARTIGNY

La profession médicale de cette province a, je crois, le droit d'être heureuse de l'adoption par notre législature et notre conseil législatif de la nouvelle loi médicale qui régit maintenant les médecins de la province de Québec.

(1) Communication au Congrès de laiterie 1905.

(2) Communication à la Société Médicale, séance du 18 mai 09.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, et sans vouloir faire de politique, qu'il me soit permis de dire, que si nous avons si complètement réussi cette fois à faire adopter notre projet de refonte générale des lois et statuts des médecins, nous le devons en grande partie à l'aide efficace, désintéressée, patriotique du premier ministre sir Lomer Gouin, dont les bons conseils, l'appui et le dévouement ne nous ont jamais fait défaut.

Aussi à nos parrains les Honorables Dr Lanetot et Girouard au conseil Législatif et à la Chambre au vaillant Dr Côté aidé de l'influence de tous nos confrères députés : le Dr Pelletier, Président de la Chambre et président du prochain congrès, le Dr Lemieux, le Dr Daigneault, le Dr Gadoury, le Dr Finnie.

Voici, brièvement résumé, en quoi consiste les changements dans la loi :

Les Membres du Bureau provincial de médecine seront élus pour *quatre ans* au lieu de trois ans.

*Toutes les lois d'exception sont abolies* et pour toujours nous l'espérons, car il doit s'écouler maintenant cinq années entre la date du brevet et la date de la licence.

La durée des études médicales sera de *cinq ans* au lieu de quatre.

Le besoin d'études plus longues se fait sentir depuis plusieurs années et grâce à nos cinq années d'études et à notre bureau médical d'examineurs nous espérons avoir avant longtemps l'échange de nos licences avec les autres provinces du Dominion, tout en conservant intacte notre autonomie provinciale.

Le Bureau médical d'examineurs *va mettre fin aux bills privés* ; car pour avoir droit d'exercer dans la province, il faudra avoir passé tous ses examens devant le bureau médical d'examineur. Pour créer ce bureau médical d'examineur il fallait, tout en donnant un large contrôle des examens à la profession respecter les chartes impériales des universités, leurs droits et leur légitime susceptibilité. Il fallait que les universités abandonnent d'elles-mêmes un privilège qu'elles tiennent du gouvernement britannique, celui de donner des diplômes *at pratiquandum*. Il fallait aussi satisfaire aux réclamations des membres de la Profession médicale, qui ont le droit de contrôler les connaissances de ceux



qui vont entrer dans leur corps. C'est en s'inspirant de ces deux intérêts que le bureau médical d'examineur a été formé.

Un point des plus délicat a été la *formation du conseil de discipline*. C'est le chapitre de la nouvelle loi qui a le plus longtemps retenu les avocats du Collège et les membres de la Commission de législation. Le conseil ne demandera pas beaucoup d'argent pour fonctionner. Il n'y a que trois membres, trois juges et le quorum n'est que de deux. De plus le *bureau des gouverneurs a le droit, dans certains cas, de se charger de tous les frais*.

La loi protégeant le public et les médecins contre les charlatans et rebouteurs a été modifiée profondément. Il ne sera plus obligatoire de prouver que le charlatan a reçu un montant d'argent pour ses services, mais simplement qu'il a exercé la médecine. La loi est formelle : quiconque exerce illégalement la médecine est passible d'une amende. Le montant de l'amende est de pas plus de \$50.00 pour une première offense et pas moins de \$50.00 et pas plus de \$200.00 pour les offenses subséquentes. La définition de l'exercice de la médecine est clairement définie dans la nouvelle loi et nous espérons atteindre tous les charlatans, rebouteurs qui infestent la province.

Nous avons maintenant l'échange de nos diplômes avec l'Angleterre et les colonies britanniques, avantage assez considérable surtout pour ceux de nos confrères qui aimeraient à entrer dans la marine Royale ou dans l'armée impériale. Nous avons le ferme espoir et la presque certitude que d'ici peu d'années une licence de la province de Québec permettra d'exercer la médecine dans toute l'étendue du Dominion.

Mais ou la loi a été le plus modifiée, c'est dans le personnel du bureau des officiers. A la place du trésorier, et des deux secrétaires et du registraire il n'y a plus maintenant qu'un officier exécutif *Le Régistraire*. Nous croyons que les affaires du Collège seront plus simplement administrées par un seul officier.

L'entente cordiale entre les universités et la profession qui est née l'automne dernier a produit ses premiers fruits, j'espère et j'ai des raisons d'espérer que la profession et les facultés de médecine des universités actuelles et futures ne pourront en retirer dans

dans l'avenir que des avantages et des bénéfiques réciproques, pourvu bien entendu, que l'entente cordiale continue.

*Note de la rédaction* : Nous nous plaignons à féliciter le Bureau des réformes opérées dans cette nouvelle refonte de nos lois. Nous avons toujours, en tout temps combattu, à l'*Union Médicale*, pour la réalisation de ce programme.

Mais nous nous faisons un devoir de rendre justice à qui de droit, par dessus tout. Nous ne devons pas oublier, en effet, que l'instigateur de toutes ces réformes est le Dr E.-P. Lachapelle, doyen actuel de la Faculté de Médecine à Montréal. Depuis dix ans, notre doyen a prôné ces réformes importantes dans ses discours comme président du Collège. Il suffit de relire son discours en réponse à une adresse de félicitations que lui présentait le président actuel en juillet 1908, pour constater que l'une des dernières réformes — la nomination d'un officier exécutif unique — y est signalée d'une façon très nette.

L'*Union Médicale* croit bon de proclamer, que si le Bureau actuel a bien exécuté, son ancien président avait bien conçu.

Le Dr Lachapelle a certainement exercé l'influence la plus salutaire durant son passage à la présidence du Collège des Médecins de la Province de Québec, et elle se continuera encore pendant longtemps, puisque la loi nouvelle est à peu près telle qu'il l'avait conçue depuis longtemps déjà.

---

#### LE NOUVEAU RÉGIME DES ÉTUDES MÉDICALES EN FRANCE

---

Le décret inaugurant le nouveau régime des études médicales vient de paraître et nous en donnons ci-contre le texte complet. Mais nous avons plaisir à signaler d'abord les différences principales qu'il présente avec ce déplorable régime de 1893 contre le-

---

N. D. L. R. — Au moment où nous venons, nous aussi, d'opérer des réformes importantes dans notre enseignement médical, il n'est pas sans intérêt de voir ce qui se passe en France. Il y a là des rapprochements intéressants à faire. Nous pourrions, à la rigueur, y puiser quelques idées à propos du fonctionnement de notre enseignement didactique.

quel de toutes parts s'élevaient des protestations, depuis qu'on avait pu le juger à ses fruits.

La durée des études sera de cinq ans. A la fin de chaque année scolaire, chaque Faculté doit établir pour l'année suivante un programme détaillé des enseignements théoriques et des travaux pratiques ; et cela est excellent si, comme il est plus que probable, les doyens y tiennent la main.

Une amélioration que nous n'avions cessé de demander est enfin obtenue : le stage hospitalier est obligatoire pendant les cinq années d'études, avec cette latitude (fort heureuse) que l'étudiant peut être autorisé par la Faculté, et sous réserve d'une justification de présence, à faire sa dernière année de stage dans des établissements par lui choisis en France ou à l'étranger. La durée du stage est de neuf mois par an. Dix mois eussent mieux valu ; car je crois mauvais d'habituer nos élèves à prendre trois mois de grandes vacances par an, sans compter les petites. Mais quand on songe à ce qu'était le stage jusqu'en 1900 : du 1er décembre au 15 juin pendant deux ans, défalcation à faire des vacances de jour de l'an et de Pâques ; quand on songe que les travaux pratiques des sciences "fondamentales" étaient organisés de façon que l'étudiant ne pût pas en première année fréquenter l'hôpital — on ne chicanera pas sur ce mois de grandes vacances et on enregistrera avec joie le grand progrès réalisé. Il avait fallu lutter énergiquement pour obtenir la liberté des matinées en première année, pour obtenir un stage de 3 ans, du 1er novembre au 1er juillet. C'en est fait aujourd'hui de cette conception fâcheuse qu'en première — certains auraient presque dit en deuxième année — l'étudiant n'avait rien de bon à apprendre à l'hôpital. Enfin, on prévoyait avec l'Assistance publique une entente telle que les stagiaires soient associés, à partir de la troisième année, au service des consultations et des gardes.

Surtout, la désorganisation des examens avait été commencée en 1878, achevée en 1893 par des bureaucrates qui paraissent avoir été en délire : suppression des examens de fin d'année et de toute révision terminale ; répartition des examens sans tenir compte des matières enseignées dans l'année ; pas de sessions régulières ; pas de limites aux échecs, aucune sanction autre qu'un ajournement de trois mois pour les examens théoriques, de six semaines pour les examens cliniques : il y avait là de quoi expliquer

le dégoût à la fois des juges et des élèves et l'insuffisance notoire des résultats obtenus.

Dans le nouveau régime, chaque année a pour couronnement un examen pratique et un examen théorique sur les matières enseignées; le candidat, à l'examen théorique, est interrogé sur trois questions prises dans le programme de l'enseignement correspondant et tirées au sort. Finie, encore les petites parlottes de chaque "spécialiste": l'examen est passé devant le jury complet.

On le voit, c'est le retour au vieux système (1846-1878) avec cinq années d'études au lieu de trois, avec quelques mesures de réglementation précise qui paraissent heureuses.

Et cette scolarité terminée, nous voyons reparaître les anciens examens de doctorat, sous le nom d'examens de clinique à propos desquels, après examen des malades dans un service que le candidat ne connaîtra à l'avance, les juges devront procéder à une révision de la pathologie correspondante.

Les ajournements sont prononcés pour les examens de clinique à trois ou six mois selon que la note obtenue est *mal* ou *nul*; à six mois encore après deux ajournements simples. Quant aux examens de travaux pratiques et de fin d'année, deux sessions: juillet; octobre pour les récalés. Et un échec en octobre implique le redoublement de l'année d'études. Si les juges ne sont pas d'une veulerie supérieure à celle de la moyenne des hommes, cette réglementation gênera les étudiants qui à chaque examen s'offraient le luxe d'une demi-douzaine d'échecs. Là encore nous trouvons quelque chose de plus précis que dans l'ancien régime de 1846-1878.

Mais, à ces détails près, à des modifications de programme en rapport avec les progrès de la science, on peut dire que le régime nouveau est le retour au principe du régime ancien. Que vaudront les programmes dans leur application? Ce que vaudront sans doute, les hommes à qui cette application sera confiée. Seulement ceux qui, comme moi, n'ont cessé de combattre par la parole et par la plume cette absurde réforme de 1878-1893 sont heureux de constater qu'ils ont fini par avoir raison.

---

"SUGGESTIONS A PROPOS DE LA REGLEMENTATION DE L'ADMISSION DES INDIGENTS DANS LES HOPITAUX."

---

Voilà une question d'une très grande importance ; une question vitale pour les hôpitaux, et d'un intérêt majeur pour tous les membres de la profession médicale, qui cependant ne s'est jamais donné le mal de chercher à résoudre le problème, tout en déplorant vivement l'état de chose actuel.

Quels sont donc les moyens de subsistance des différents hôpitaux de Montréal, et quelles sont les conditions imposées aux malades pour leur admission dans les salles publiques ?

Tous les hôpitaux de Montréal, sans exception, subsistent : soit par la générosité philanthropique de certaines corporations qui sacrifient les revenus de leurs capitaux au fonctionnement de ces institutions, soit par la charité publique, mais bénévoles, des citoyens de Montréal exclusivement.

Nos gouvernements et nos municipalités ne donnent rien, presque rien, ou si peu qu'il serait dérisoire de le mentionner, quand on songe à la participation importante que prennent les gouvernements des autres pays, et plus spécialement nos voisins, au soutien de leurs hôpitaux.

Mais tous les indigents sont admis dans nos hôpitaux, qu'ils soient de Montréal, qu'ils viennent de l'endroit le plus reculé de la province de Québec, ou des provinces étrangères. Et quel contrôle s'exerce-t-il pour leur admission ? Aucun. — N'importe quel individu aujourd'hui peut obtenir un certificat d'indigence, soit du maire, soit du curé, soit du médecin de sa localité. C'est ce qui explique la présence dans nos hôpitaux d'un nombre considérable de faux indigents qui exploitent, l'hôpital d'abord, le médecin ensuite, puis le vrai indigent, qui souvent ne peut trouver son lit, à cause de l'encombrement.

Ainsi, les hôpitaux de Montréal, à eux seuls, sans l'aide des gouvernements ou des municipalités, font la charité aux pauvres de presque tout le pays. Cela est une lacune injuste et inconcevable !

Mais peut-on remédier à cet état de choses ? Je le crois, et voici par quels moyens.

Il faudrait d'abord faire admettre par les autorités compétentes (la Législature, je suppose) le principe : *que chaque municipalité soit responsable du soutien de ses pauvres.*

Ce principe étant devenu loi, tous les hôpitaux incorporés de la province de Québec seraient autorisés à percevoir pour chaque malade indigent une somme uniforme et déterminée pour chaque jour d'hospitalisation. Cette somme serait à la charge de la municipalité d'où vient le patient hospitalisé, qui devrait préalablement obtenir son certificat d'indigence du trésorier municipal, qui est le meilleur juge de la valeur foncière de ses concitoyens.

Je suppose, comme exemple, que la municipalité de Ste-R..... adresse durant l'année, à l'Hôtel-Dieu, trois patients indigents, qui sont hospitalisés pendant 50 jours. Fixons la taxe à \$0.50 par jour. Eh bien, l'Hôtel-Dieu recevrait de Ste-R..... la somme de \$25.00. Et il en serait ainsi pour toutes les autres municipalités, qui contribueraient au soutien des hôpitaux, mais qu'en tant qu'elles y auraient des malades indigents : de même que les hôpitaux se trouveraient subventionnés proportionnellement aux services qu'ils auraient rendus.

En feuilletant la statistique d'un seul hôpital, j'ai eu la curiosité de faire un petit calcul qui m'a édifié : en mettant l'impôt des municipalités au chiffre minimum de \$0.50 par jour, cet hôpital, à lui seul, recevrait des différentes parties de la province la jolie somme de \$25,000.00. C'est déjà quelque chose dans le budget d'un hôpital !

Supposons maintenant le cas d'un faux indigent, propriétaire d'une ferme qui rapporte, qui serait venu exploiter malhonnêtement la charité des hôpitaux et des médecins. Voici ce qui arriverait fatalement : le trésorier de la municipalité, sachant que M. Un tel, ce faux indigent, a des valeurs et paie des taxes, refuserait de faire participer ses concitoyens au paiement de la pension de cet exploiteur ; l'hôpital, étant prévenu, réclamerait directement du faux indigent le plein montant de sa pension et les médecins leurs honoraires injustement floutés. L'exemple servirait aux autres, et le faux indigent, humilié, n'y reviendrait plus.

En somme, nous suggérons que chaque municipalité soit responsable du soutien de ses pauvres ; que tout hôpital puisse réclamer de la municipalité d'où vient un patient indigent une somme déterminée et uniforme pour tous les hôpitaux.

Ce système permettrait à tout le monde de contribuer au soutien des pauvres, sans s'en apercevoir ; il diminuerait en même temps

le fardeau des citoyens de Montréal, tout en augmentant le revenu des hôpitaux.

Ce moyen serait aussi le plus efficace pour contrôler les faux indigents.

Dans un prochain numéro nous nous attacherons aux détails de la question.

Z. RHÉAUME.

---

## SOCIÉTÉS

---

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

*Séance du mardi, 4 mai 1909*

Présidence de M. PARIZEAU.

La correspondance comprend une lettre du Secrétaire-général de l'Association St-Jean-Baptiste, faisant part des fêtes grandioses qui auront lieu à Montréal, le 23 juin prochain et les jours suivants, et invitant la " Société Médicale " à coopérer à l'œuvre nationale en s'y faisant représenter. L'invitation est acceptée, et M. le Président est chargé de représenter la Société.

#### PRÉSENTATIONS DE MALADES.

M. FOURNIER présente deux malades porteurs de lésions intéressantes ; ce sont deux *chancres durs* à localisation extra-génitale : le premier, à la partie centrale du cuir chevelu, chez un ouvrier, habitant une pension populaire de la rue St-Paul et faisant usage du peigne commun aux 40 pensionnaires ; l'autre, à la région commissurale droite de la lèvre inférieure, chez une femme de service.

Chez le premier individu, les manifestations secondaires ne laissent aucun doute sur la nature spécifique de l'affection, mais la jeune femme porte son ulcération depuis trois mois, et cependant, elle n'a pas encore vu apparaître autre chose qu'un ganglion satellite hypertrophié.

M. Fournier n'est pas moins sûr de son diagnostic dans ce dernier cas, et il se propose d'établir le traitement mercuriel immédiat.

M. LESAGE, malgré que les caractères cliniques de cette dernière ulcération soient bien démonstratifs, propose que l'on attende l'éclosion de la période secondaire, avant d'attacher à cette personne l'étiquette syphilitique. Il fait voir les tristes conséquences d'un diagnostic trop hâtif et erroné et l'importance de ne pas marquer pour la vie, une personne indemne de syphilis.

M. LATREILLE croit à la nature syphilitique des deux ulcérations. Il rappelle que la syphilis relève d'un traitement médical, et s'étonne que, dans un service de clinique bien organisé, l'on dirige ces cas sur les dispensaires de chirurgie.

M. VALIN est d'avis que les caractères cliniques sont assez évidents pour que M. Fournier soit justifiable d'établir le traitement immédiat, non pas avant, toutefois que les *spirochaetes de Schaudin* n'aient été recherchés dans les sécrétions.

M. le président clôt la discussion par quelques considérations cliniques sur la symptomatologie des chancres durs des lèvres.

#### MÉMOIRES.

M. RHÉAUME décrit une "forme très rare de péritonite tuberculeuse", dont il a eu la bonne fortune d'observer quatre cas depuis 1905. Cette forme, généralement localisée à une portion restreinte du péritoine viscéral, se présente sous l'aspect de tumeurs lisses, plus ou moins volumineuses. Leur fluctuation ou plutôt leur renitence fait souvent croire à de masses liquides. La ponction ne ramène rien et à la section, on constate que la tumeur est formée de l'agglutination d'anses intestinales, "grêles, resserrées et aplaties, réunies par des bandes lardacées de péritoine épaissi".

La coupe d'une de ces tumeurs, montée en couleurs sous la direction de M. le professeur Latreille, montre merveilleusement cette disposition. M. Latreille a, de plus, établi histologiquement la nature tuberculeuse de l'affection.

M. Rhéaume formule les conclusions suivantes:

1° Bien que le microscope n'ait été consulté que dans l'examen des pièces de la dernière observation, la similitude des trois autres cas ne peut laisser de doute quant à la nature tuberculeuse des lésions.

Deux de ces premiers cas ont d'ailleurs parfaitement guéri à la



suite de la laparatomie, suivant que l'a préconisée Spencer-Wells.

2° Cette péritonite localisée est une forme excessivement rare, d'un diagnostic difficile; elle peut être confondue avec les tumeurs abdominales les plus variées, et il y faut toujours penser en présence des symptômes d'occlusion intestinale.

3° Comme traitement, se rappeler que le traitement de toutes lésions tuberculeuses du péritoine, consiste dans la laparatomie et l'aération de la séreuse.

En présence de l'échec de cette première intervention, faire l'exclusion de la tumeur intestinale, soit par un anus artificiel, soit par une entéro-anastomose, si la chose est possible.

\* \* \*

II. MM. ASSELIN et LEBEL, à propos des "*actes reflexes*" font une très intéressante causerie sur les actes nerveux, indépendants de la volonté. Ils illustrent leur conférence par des expériences physiologiques sur des animaux: des grenouilles amputées de la tête et un pigeon auquel ils ont enlevé le cerveau quelques jours auparavant.

MM. O. Mazuret, J. A. Lanoie, et J. A. Nutter sont élus membres titulaires de la Société Médicale, puis la séance est levée à onze heures.

B. G. BOURGEOIS.

### Séance du mardi, 18 mai 1909

Présidence de M. LESAGE

En l'absence du président, M. le docteur LeSage est appelé à occuper le fauteuil.

Le procès-verbal est adopté après que M. Laramée, — à propos des malades présentés à la dernière séance par M. Fournier —, eut donné lecture de quelques notes historiques sur une épidémie de syphilis, à type un peu spécial, qui aurait exercé des ravages parmi la population de la Baie St-Paul, en l'année 1780.

#### MAL DE LA BAIE DE SAINT-PAUL.

A propos du procès-verbal, M. Laramée nous communique les très intéressantes notes suivantes prises dans les vieux auteurs.

"Il a paru, entre 1770 et 1780, dans le Canada, et principalement à la baie de Saint-Paul, une nouvelle maladie véné-

rienne. Les habitants appellent cette maladie le mal anglais, parce qu'ils prétendent la tenir des Anglais ; on le connaît à la baie de Saint-Paul sous le nom de maladie des éboulements ; à Boucherville, sous celui de *lustra cruo*, et à Sorel, sous celui de *mal de chicot* ; dans plusieurs districts, on l'appelle tout simplement *le mauvais mal, le vilain mal, le gros mal*.

En 1785, on trouva dans le Canada cinq mille huit cents personnes atteintes ; la maladie était alors inconnue à tous les indigènes du voisinage.

Elle s'annonce, dès son invasion, par de petites pustules aux lèvres, à la langue, dans l'intérieur de la bouche, et plus rarement aux parties de la génération.

Ces pustules ressemblent d'abord à de petites aphtes, remplies d'une humeur blanchâtre ou puriforme ; cette humeur a une telle virulence qu'elle infecte ceux qui mangent avec la cuiller des malades ou qui boivent dans leur verre, ceux qui fument avec leur pipe.

On a observé qu'elle se communique par le linge, les vêtements, etc., etc.

Les pères la transmettent à leurs enfants, et lorsqu'elle est déclarée dans une famille, il est rare qu'elle épargne quelqu'un. Mais c'est surtout par l'acte vénérien qu'elle se communique et se transmet.

Des douleurs ostéocopes nocturnes tourmentent les malades ; elles se calment ordinairement lorsqu'il survient des ulcères à la peau ou dans l'intérieur de la bouche ; il y a fréquemment engorgement des ganglions cervicaux et inguinaux ; à une époque plus avancée, le corps se couvre de dartres prurigineuses, dartres qui disparaissent quelquefois pour se montrer de nouveau.

Les os du nez, du crâne, des bras, des mains, sont attaqués de carie ; il s'y forme des tophus. On observe aussi des troubles de la vue, de l'odorat, et de l'ouïe ; la chute des cheveux est un des derniers accidents qui annoncent la fin prochaine du malade.

Un malade qui avait languï pendant douze ans, couvert d'ulcères et de tumeurs osseuses, perdit en outre un de ses mollets par ulcération.

“ Les deux sexes et tous les âges sont également exposés à la maladie ; les enfants sont infectés en grand nombre.

“ Il paraît que quelques enfants en ont été préservés par le traitement qu’avaient auparavant subi leurs mères, quoiqu’elles n’eussent point été radicalement guéries.

“ Cette maladie est surtout contagieuse dans la seconde et la troisième période ; on a vu des cas où elle est restée latente dans le corps pendant des années entières, sans se manifester par le moindre symptôme. Le préjugé dominant est qu’elle n’attaque qu’une fois dans la vie ; mais l’expérience dément cette opinion.

“ On a employé les racines de patience, de bardane, de -alse-pareille, la décoction des branches et de l’écorce de la sapinette du Canada. Mais aucun de ces remèdes ne guérit radicalement sans mercure.

“ Swedianr (Traité des maladies vénériennes, t. II, p. 310), à qui nous empruntons ces détails, et qui lui-même décrit la maladie d’après un rapport du docteur Bowman, envoyé sur les lieux par le gouverneur du Canada, Hamilton, fait remarquer que dans cette description il n’est question, ni de gonorrhée, ni d’ulcères aux parties génitales, et il compare cette épidémie syphilitique à celle du XV<sup>ème</sup> siècle.

“ Tout bien considéré dit-il, cette maladie contagieuse du Canada et le sibbens en Ecosse, me paraissent présenter l’image identique de la vérole du XV<sup>ème</sup> siècle ”.

(J. Rollet. Traité des maladies vénériennes, MDCCCLXV.

#### PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MARIEN fait revoir une malade, qu’il a déjà présentée à la Société l’an dernier, à l’occasion d’une large opération pour une tumeur récidivante du naso-pharynx, ayant envahi jusqu’aux sinus maxillaires.

Elle revient, cette fois, avec un noyau récidivant dans la joue gauche.

En raison du polymorphisme histologique, M. Marien, dans le temps, avait appelé cette pièce un “ conjonctivôme à tissus multiples ”, ses huit années d’existence plaidant aussi en faveur d’une tumeur bénigne.

M. HINGSTON, après examen des pièces, se prononce en faveur du diagnostic de sarcome globo-cellulaire à grandes cellules ; mais il rappelle qu'il existe des sarcomes à évolution tellement lente, que, à part leurs caractères histologiques, ils peuvent être considérés comme bénins.

M. LATREILLE n'a jeté qu'un coup d'œil rapide sur ces pièces. Il se rattacherait volontiers à l'idée d'un fibrome naso-pharyngien, mais présentant, à certains endroits, des flots de dégénérescence sarcomateuse.

Il existe bien des sarcomes que l'on pourrait, à la rigueur, considérer comme bénins par leur évolution, mais il faut se rappeler que le sarcome globo-cellulaire est précisément, de toutes les tumeurs de sa classe, celle qui évolue avec le plus de rapidité, et il paraîtrait plus facile d'expliquer les huit années d'âge de la tumeur, par l'existence préliminaire et prolongée d'un fibrome qui finalement aurait subi la dégénérescence maligne.

#### MÉMOIRES.

I. — M. APPLETON NUTTER lit une très intéressante étude sur les "*Progrès de la chirurgie orthopédique*". Il fait l'histoire et repasse l'évolution thérapeutique des tuberculoses osseuses et articulaires, — de la paralysie infantile, — et de la scoliose.

M. MARIEN, après quelques paroles de bienvenue et de félicitations au conférencier, exprime le regret qu'il n'ait pas le temps de toucher deux autres chapitres importants de la chirurgie orthopédique: les pieds-bots et les luxations congénitales de la hanche. Puis il donne quelques notes statistiques personnelles sur ces différentes affections et les résultats encourageants qu'il a obtenus.

\* \* \*

M. DE MARTIGNY donne un résumé de la *loi médicale*, telle qu'elle existe depuis sa modification par les pouvoirs législatifs, et explique un peu les changements opérés.

M. BOUCHER fait aussi quelques remarques sur la constitution et le fonctionnement du nouveau "Bureau de discipline" et sur les droits que peuvent avoir les médecins d'exercer l'art dentaire.

M. GUÉRIN se dit très heureux de la création de ce " Comité de discipline ". Il recommande à son zèle une entreprise commerciale qui, sous le couvert de " Musée d'Anatomie ", expose de mauvaises reproductions en cire d'accidents vénériens et tient des médecins-consultants à la disposition du public visiteur.

M. LESAGE. — Personnellement, dit-il, je suis satisfait des explications que l'on vient d'entendre. J'avais, je l'avoue, des appréhensions sérieuses sur le fonctionnement du Conseil de discipline, à cause de la question d'argent. J'y voyais un empêchement radical.

Maintenant qu'on a réduit les frais, et que le Collège a le droit d'en payer le coût s'il le juge à propos ; puisque même, une enquête préalable, à ces frais, sera faite par un des membres du Bureau avant de poursuivre les procédures, je suis satisfait que tout ira aussi bien que possible.

— La critique est toujours bonne lorsqu'elle est faite dans un but d'intérêt général.

\* \* \*

M. LESAGE, sous le titre "*Pancréatite et angiocholécystite*", étudie les maladies calculueuses des voies biliaires dans leurs rapports avec les inflammations du pancréas.

Huit observations personnelles, bien suivies et contrôlées par le microscope, ont permis à M. LeSage de traiter le sujet d'une façon brillante et complète.

La pathogénie, la symptomatologie et le diagnostic sont étudiés à fond.

La pancréatite est plus fréquente qu'on le pense, et le cancer est trop souvent la responsabilité de manifestations dont elle est seule la cause.

Le diagnostic clinique, quoique difficile, est souvent possible, à la première condition d'y penser.

Le traitement, exclusivement chirurgical, consiste dans le drainage du canal hépatique pendant quelques semaines.

La dérivation de la bile et la disparition de l'obstacle mécanique, calcul, etc., rétablissent l'équilibre dans la circulation pancréatique, et les phénomènes d'induration et d'épaississement disparaissent.

Ce travail paraîtra in extenso dans le prochain numéro de *l'Annuaire*.

— La Société ajourne ses séances à l'automne.

B. G. BOURGEOIS.

# ANALYSES

## MEDECINE

**Discussion sur le diagnostic de la tuberculose au début, dans *Progress Medical*, 1908, p. 107, par FRIEDEL.**

A propos du diagnostic précoce de la tuberculose, nous publions un résumé intéressant sur ce sujet qui eut lieu à la Société Médicale des hôpitaux à Paris, en 1908, après une communication de M. Bezançon, on lira avec intérêt les différents points de vue auxquels se sont placés nos confrères de Paris.

Dans son travail, M. Bezançon s'était appliqué à démontrer que: *la diminution du murmure vésiculaire localisée, permanente, constatée au sommet droit est un symptôme de probabilité de tuberculose latente, torpide, atténuée.*

*M. Rist.* — L'appréciation de certains signes cliniques n'a pas suivi une évolution parallèle aux conceptions sur la marche et l'étiologie de la tuberculose. Cependant Grancher avait déjà inauguré cette évolution en modifiant et en corrigeant sa pensée première sur quelques points. Ses dernières communications (1906) à l'Académie de médecine montrent qu'il considérait la tuberculose de l'adulte comme étant le plus souvent une tuberculose de l'enfance, restée latente et méconnue, c'est-à-dire que c'est chez l'enfant et l'adolescent qu'il fallait chercher les premières étapes de cette maladie chronique qui dure souvent toute une longue vie. C'est chez l'enfant, en effet, qu'on peut surprendre en flagrant délit la tuberculose à sa période de germination, tandis que chez l'adulte la diminution du murmure vésiculaire indique le plus souvent une lésion arrêtée dans son évolution, sclérosée, cicatrisée, guérie même. La lésion tuberculeuse pulmonaire s'atténue, s'efface, mais en modifiant d'une façon permanente la structure anatomique et le fonctionnement de l'organe. Cette perturbation fonctionnelle, c'est la diminution du murmure vésiculaire, la perturbation anatomique n'est révélée que par l'examen radioscopique, sous forme d'une opacité. Cet examen radioscopique devient ainsi un critérium assez sûr de l'ancienneté et du mode évolutif (fibreux) d'une lésion constatée par l'auscultation. Il ne faut pas oublier non plus que chez l'adulte, la diminution du murmure vésiculaire, par suite de l'épaississement, par l'épaisse couche musculaire, peut cacher des lésions destructives du centre du sommet, que, seuls, l'examen radioscopique et la recherche des bacilles dans les crachats peuvent déceler. En somme, la constatation d'une respiration affaiblie au sommet indique chez l'enfant dans la majorité des cas, le début évolutif, la première étape de la tubercu-

lose; chez l'adulte, il peut l'indiquer aussi, mais plus rarement, et chez celui-ci il indique une lésion cicatrisée ou sclérosée ou plus souvent une lésion profonde, active, grave, en pleine évolution. Pour interpréter alors le signe de Grancher, il faut faire une étude approfondie de l'état général et mettre en œuvre tous les procédés d'exploration, notamment l'examen radioscopique et l'examen bactériologique de l'expectoration.

*M. L. Rénon.* — La diminution du murmure vésiculaire au sommet droit du poumon n'autorise pas, en l'absence de tout stigmata concomitant de tuberculose, de considérer le malade qui en est affecté comme un tuberculeux avéré. A côté des obscurités respiratoires du sommet droit dues à une tuberculose indéniable, à une compression ganglionnaire certaine, ou à une obstruction des voies naso-pharyngiennes, il peut exister des atelectasies pulmonaires d'origine névropathique, se traduisant même par une obscurité à l'examen radioscopique. Chez certains malades, on rencontre, en effet, un syndrome névropathique, qu'on rencontre aussi dans l'entérocolite muco-membraneuse avec constipation spasmodique dans les fausses cardiopathies avec palpitations, dans certaines dyspepsies avec spasme du pylore: anesthésie de la cornée et de la conjonctive, du pharynx, exagération des réflexes rotuliens, battements de l'aorte abdominale. L'obscurité respiratoire pourrait dans ce cas trouver une explication dans un spasme bronchique prédominant sur la bronche droite. Chez ces nerveux, il faut, par conséquent, avant de porter le diagnostic de tuberculose, s'adresser aux procédés de laboratoire, faire l'épreuve de la tuberculine et l'ophtalmo-diagnostic. Ce n'est qu'en cas de résultat positif qu'on pourra considérer ces malades comme des tuberculeux.

*M. Queyrat* n'admet pas les conclusions de M. Bezançon (la diminution du murmure vésiculaire localisée, permanente, constatée au sommet droit est un symptôme de probabilité de tuberculose latente, torpide, atténuée). Pour lui, cette diminution à l'inspiration est le premier indice de l'invasion du poumon par le bacille de Koch, puis si la tuberculose évolue, apparaît l'inspiration granuleuse, râpeuse, puis vient à la troisième étape, l'inspiration rude et enfin l'inspiration ou l'expiration deviennent saccadées. Dans cette évolution peuvent survenir des arrêts, et alors la diminution du mercure vésiculaire localisée à un sommet reste comme témoignage de l'ébauche de la tuberculisation pulmonaire. Cet affaiblissement unilatéral n'est d'ailleurs pas pathognomonique de la tuberculose. On l'observe dans d'autres états, les uns pathologiques, les autres physiologiques. Parmi ces derniers, M. Queyrat signale la méiopragie héréditaire du poumon, analogue

à la méiopràgie cardiaque et rénale. En présence d'un affaiblissement unilatéral permanent du murmure vésiculaire à un sommet, le clinicien doit donc passer en revue toutes les causes pathologiques, acquises ou congénitales, qui peuvent produire cet affaiblissement et, s'il n'en trouve aucune, si cette diminution ne fait pas sa preuve, on doit la considérer comme fonction de tuberculose.

Quant à la localisation plus progressive de la tuberculose au sommet droit, M. Queyrat l'explique par la direction et la dimension de la bronche, par une activité plus grande du poumon droit, qui devient ainsi une localisation de prédilection des poussières bacillifères, la tuberculose pulmonaire étant considérée comme d'origine respiratoire. M. Queyrat n'accorde pas trop de valeur aux épreuves avec la tuberculine et exige surtout une bonne auscultation.

*M. Ed. Hirtz* rappelle que les signes de tuberculose peuvent être constatés chez des néphrétiques. L'œdème ou la congestion pulmonaire localisée aux sommets se manifestent par une rudesse respiratoire, des râles fins localisés dans les fosses sus-épineuses, et on peut croire à une lésion tuberculeuse. Cependant la tonalité à la percussion n'est pas sensiblement plus élevée que du côté normal, la voix est peu retentissante, les vibrations ne sont guère exagérées; le malade tousse peu, n'expectore que des crachats filants et visqueux et présente une dyspnée par accès, disproportionnée avec les renseignements fournis à l'auscultation. Les foyers de bronchite albuminurique sont en plus très mobiles, capricieux et l'examen des crachats et l'inoculation au cobaye restent négatifs.

*M. Pissavy.* — Au point de vue du traitement, la classification des malades qui présentent une diminution du murmure vésiculaire lui suggère une ligne de conduite suivante: a) abstention de tout traitement, lorsque la diminution du m. v. existe à l'état de symptôme rigoureusement isolé. Ces malades doivent être examinés périodiquement, mais doivent vivre de leur vie normale; b) s'il y a d'autres symptômes de tuberculisation (fièvre, amaigrissement, tachycardie, avec une hémoptysie) il faut traiter le malade rigoureusement, en tout cas le ménager. Le mariage dans ces cas est à déconseiller.

*M. Lemoine* fait une communication sur les inspirations anormales pathologiques et physiologiques. Les conclusions de M. Bezançon confirment celles auxquelles il était arrivé d'après l'examen de près de 1.000 jeunes gens de 20 ans. La diminution du m. v. au sommet droit ne doit être considéré comme le signe d'une tuberculose pulmonaire au début ou en évolution que si elle s'ac-



compagne d'autres phénomènes accusant une certaine altération de l'état général. Sur 945 jeunes soldats, 64 présentèrent cette diminution du m. v.; 57, sur ces 64, présentaient un état général excellent; 33 ne se présentèrent jamais à la visite; 7 furent ultérieurement réformés pour tuberculose pulmonaire, leur état général ayant fléchi, à la suite de grippe ou de bronchite. Ils avaient d'ailleurs des antécédents héréditaires ou personnels. L'anomalie respiratoire du sommet droit doit donc attirer l'attention du médecin militaire et, si elle est accompagnée de symptômes de dépression de l'organisme, de tachycardie au moindre effort, d'essoufflement, de troubles digestifs, d'amaigrissement, elle doit entraîner la réforme immédiate. Quant à la valeur d'une différence d'intensité du murmure vésiculaire à l'un des deux poumons, M. Lemoine n'est pas d'accord avec Grancher. Plus d'un tiers de 2,270 soldats examinés avait une inspiration plus forte à droite. Les gauchers avaient une inspiration plus forte à gauche, ce qui prouve que la profession a une grosse influence sur l'intensité du m. v. et, en d'autres termes: à côté des anomalies pathologiques, il y a des anomalies professionnelles ou d'habitude, dont il faut tenir compte dans les expertises sanitaires. Enfin la diminution du m. v. à droite entraîne une suspicion légitime relativement à l'état du poumon.

*M. Letulle* ne se fie pas à la constatation, même répétée, d'un signe unique, du signe le plus suspect comme celui de la faiblesse du m. v. au sommet, pour porter un diagnostic ferme de tuberculose. Pour lui, il faut un examen physique approfondi: inspection (claudication respiratoire d'un sommet) palpation (mollesse des muscles sus-scapulaires, exagération des vibrations vocales), percussion (transsonnance du sommet anormale), auscultation (respiration saccadée, supérieure, sonorité plus claire ou plus grave, rudesse, sécheresse du bruit respiratoire). Une seule exception dans l'appréciation de ces signes doit être mentionnée, la scoliose, qui rend difficile la détermination de l'état normal ou pathologique. Quant à dire l'âge de la lésion que l'on constate, *M. Letulle* est de l'avis qu'il est impossible de conclure à: début de tuberculose ou à: "sclérose cicatricielle."

*M. Dufour* signale une anomalie respiratoire unilatérale physiologique par suite du décubitus latéral pendant le sommeil. La compression du poumon correspondant pendant un tiers de l'existence explique la respiration imparfaite de ce côté.

*M. Barth* énumère les conditions multiples qui peuvent déterminer l'affaiblissement respiratoire à un sommet; pleurésie sèche adhésive, avec épaissement du parenchyme pulmonaire; emphy-

sème localisé; adénopathie médiastine, infiltration du sommet par la sérosité dans les néphrites chroniques ou par les granulations tuberculeuses; développement imparfait du globe supérieur du poumon, spasme fonctionnel. On ne doit donc pas sans idée préconçue attribuer à un début de tuberculose l'affaiblissement du murmure vésiculaire au sommet droit quand il n'existe pas d'autres signes de tuberculose. Les idées de Grancher ont donné à beaucoup de médecins une propension presque malade à vouloir diagnostiquer le tuberculeux avant la lettre, au risque de causer par ce verdict inconsidéré beaucoup plus de mal que leur traitement ne fera de bien. Les travaux récents (cuti et ophtalmoréaction, réaction à l'infection de la tuberculine) ont encore augmenté ce penchant. Les résultats de ces méthodes, à supposer que l'avenir en apporte la confirmation, doivent au contraire enseigner à tout le monde que la présence du bacille dans l'organisme n'implique pas forcément le développement de la tuberculose. Même en présence d'un foyer circonscrit contenant des bacilles, avec un signe d'auscultation aussi léger et d'interprétation aussi douteuse que l'affaiblissement du murmure vésiculaire au sommet droit, on a le devoir d'être très réservé avec le diagnostic, jusqu'à ce qu'il soit confirmé par d'autres indices. Tous les suspects ne deviennent pas tuberculeux et il est imprudent de déclarer tuberculeux les simples suspects et de les traiter comme tels quand ils ne présentent pas d'autres symptômes que l'affaiblissement du murmure vésiculaire au sommet droit.

*M. Claisse.* — La doctrine de Grancher n'est pas ébranlée par les faits jusqu'ici produits par les différents auteurs. Grancher paraît avoir prévu l'observation de Rénon, quand il a insisté sur la permanence de l'anomalie respiratoire, et celle de M. Dufour, quand il expose les petites altérations de la santé à la première étape. Néanmoins, l'anomalie respiratoire ne peut fournir qu'un diagnostic de grande probabilité. L'auscultation donne davantage, si on la combine à l'épreuve de la tuberculine, qui, faite d'après la bonne méthode, ne provoque pas seulement une réaction générale, fébrile, mais aussi une réaction locale au sommet pulmonaire infecté. Cette méthode précise donc le siège de la lésion. Conclusion pratique: si on emploie la seule méthode de l'auscultation, on laisse s'aggraver les lésions et on perd un temps précieux pour permettre à l'anomalie respiratoire de faire ses preuves; si l'on combine la méthode de la tuberculine, et si l'épreuve est positive, on a le droit d'inaugurer d'emblée le traitement avec les meilleures chances de succès: si la diminution du murmure vésiculaire indique la possibilité de la tuberculose, l'épreuve à la tuberculine donne une certitude.

*M. Fernet* a terminé son exposé par les conclusions suivantes : la valeur des respirations anormales pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début est grande, mais elle est loin d'être absolue, parce que de nombreuses autres conditions peuvent produire ces anomalies.

Pour contrôler ce diagnostic, il est indispensable de rechercher l'existence des symptômes généraux, des troubles fonctionnels, de tous les signes physiques, notamment de ceux de la radioscopie et de la radiographie, et aussi des autres manifestations locales qui accompagnent souvent la maladie à son début. Parmi ces dernières, il faudra surtout rechercher l'adénopathie trachéo-bronchique, l'adénopathie axillaire et l'engorgement de la base du poumon du côté correspondant à la lésion du sommet. L'existence de plusieurs de ces phénomènes, tous de haute valeur, ajoutée à celle d'une respiration anormale dûment constatée, permet le plus souvent de faire un diagnostic ferme. Peut-être dans certaines circonstances y aura-t-il lieu de chercher un nouvel élément de diagnostic dans l'épreuve de la tuberculine.

*M. Barié.* — En plus des anomalies respiratoires au sommet déjà citées, il faut retenir celle qu'on observe dans les cardiopathies chroniques (lésions aortiques, cardiopathies artérielles, myocardite chronique, artériosclérose) ; la congestion aiguë que ces lésions peuvent provoquer se localise d'une façon presque exclusive sur l'un des sommets du poumon et peut y persister plus ou moins longtemps, en provoquant une diminution notable du murmure vésiculaire dans la région sous-claviculaire et de petits râles sous-crépitants fins. La dyspnée est vive, la toux fréquente, parfois suivie de petits crachements de sang. On pourrait donc croire au début d'une tuberculose jusque-là torpide ou latente. L'existence de la cardiopathie organique ne suffit pas pour éliminer la possibilité d'une tuberculose (la coexistence des deux est parfaitement possible). Le diagnostic différentiel se base sur le caractère fugace et la rapidité de l'apparition et de la disparition de cette congestion.

En dehors de cette anomalie respiratoire d'origine circulatoire, il faut encore citer celle provoquée par les déformations thoraciques et les déviations rachidiennes. L'affaiblissement du murmure vésiculaire respiratoire sous la clavicule ne suffit donc pas à lui seul pour autoriser le diagnostic de tuberculose au début. Lorsqu'un sujet présente des signes persistants d'affaiblissement notable du murmure vésiculaire sous la clavicule droite et qu'après un minutieux examen on a éliminé toutes les causes capables d'expliquer cette faiblesse respiratoire, cet individu doit être considéré comme suspect et il faut chez lui recourir aux méthodes ac-

tuelles qui permettent de dépister la tuberculose au début. M. Barié insiste encore sur l'utilité que peut avoir la recherche de la pression artérielle, qui est abaissée dans la tuberculose non compliquée.

M. Marfan corrobore ce que M. Barié a dit de l'abaissement de la pression artérielle, signe qui est surtout important au point de vue pronostique. Cet abaissement a une signification défavorable en ce qu'il indique une forme à marche progressive. Cependant une tension artérielle faible n'exclut pas la possibilité d'une amélioration persistante et même la guérison clinique.

M. Le Gendre rappelle que Grancher considérait surtout comme importantes les modifications du timbre et les altérations de la respiration. Grancher exigeait pour poser un diagnostic ferme l'altération de la nutrition et des forces du malade.

Quant à la respiration faible, par cela même qu'elle est peut-être la plus fréquente des respirations anormales et qu'elle se rencontre dans une foule d'états pathologiques différents, elle n'a pas une grande valeur de définition, elle pose un problème, voilà tout!

M. Faisans rectifie la confusion qui s'est glissée dans les esprits sur la signification de la respiration faible. Les aphorismes de Grancher ne s'appliquent qu'aux enfants, qui sur ce point ressemblent peu à l'adulte tant au point de vue sémiologique qu'au point de vue de la marche de la tuberculose. Pour savoir ce que Grancher pensait du diagnostic de la tuberculose chez l'adulte, il faut se rapporter aux leçons publiées en 1890. Il y est dit: "La respiration faible, par cela même qu'elle est la plus fréquente des respirations anormales et qu'elle se rencontre dans une foule d'états pathologiques différents, n'a pas une grande valeur de définition; elle pose un problème, voilà tout? Sur le fond même de la question, M. Faisans considère comme imprudent d'attacher trop d'importance aux résultats de l'auscultation, surtout quand il s'agit d'un signe relatif, comme la respiration faible, dont la constatation résulte de comparaisons minutieuses et répétées.

Cette respiration faible localisée à un sommet se rencontre en effet chez les sclérotiques, les pottiques, chez les gens nerveux et impressionnables, ou celles qui immobilisent une partie du thorax, pour ne pas réveiller une douleur névralgique; d'autres personnes respirent mal à cause d'une obstruction rhino-pharyngée. C'est dans l'une ou l'autre de ces catégories que doivent être placés la plupart des jeunes soldats dont parlait M. Lemoine. M. Faisans n'attribue que peu d'importance à la différence des deux sommets, particularité qu'il suffit de connaître pour que, dans la pratique, elle ne constitue pas une difficulté.

Ces réserves étant faites, la constatation d'une respiration fai-

ble dans une région circonscrite de la poitrine implique l'existence dans cette région d'un état pathologique des bronches, du poumon ou de la plèvre. Cette respiration faible, fixe et permanente, localisée au sommet crée une forte présomption de tuberculose. Mais cela ne suffit pas encore pour autoriser l'affirmation du diagnostic: il faut l'existence de troubles fonctionnels et une dépression inexpliquée de l'état général. Et c'est bien pour ces troubles fonctionnels et généraux que les malades viennent trouver le médecin. Et alors si on a affaire à un sujet jeune, à antécédents familiaux suspects, la respiration faible autorise à affirmer le diagnostic de tuberculose et à instituer le traitement approprié.

M. Faisans est donc de l'avis de Barth, qui met les signes cliniques au-dessus des résultats que donnent les épreuves avec la tuberculine, mais se sépare de lui, s'il déclare qu'il n'est pas possible de faire le diagnostic quand il n'y a ni rudesse inspiratoire, ni expiration prolongée, ni exagération du retentissement vocal. À attendre la réunion de tous ces signes on perd un temps précieux et la curabilité de la tuberculose est bien plus en rapport avec l'âge de la maladie qu'avec l'importance des lésions.

La respiration faible n'est pas le signe le plus sûr, ni le plus commun des phases initiales de la tuberculose, la rudesse du murmure vésiculaire à l'inspiration est plus fréquente. Cependant il ne faut pas nier que la respiration faible *puisse être un signe de début*. Mais très souvent la respiration faible, due à une sclérose pleuro-pulmonaire avec symphyse, indique une forme sèche, chronique, à évolution lente. Dans ce cas la respiration faible est rarement le seul signe physique constaté et la palpation et la percussion en fournissent certainement d'autres.

En résumé, pour le diagnostic de la tuberculose commençante, autant peut-être et plus que pour les autres diagnostics, il ne faut pas négliger les signes physiques ni l'auscultation, mais s'il n'est pas utile d'avoir une bonne oreille, il faut aussi une qualité plus précieuse encore, la sûreté du jugement, le bon sens.

M. Rist insiste sur la relativité des anomalies respiratoires unilatérales et Grancher lui-même parlait souvent de *respiration dissimilable*. Le problème se pose parfois ainsi: y a-t-il inspiration rude d'un côté ou inspiration faible de l'autre? D'ailleurs, la radioscopie montre parfois, deux sommets obscurs, lorsque cliniquement il n'y avait que respiration affaiblie d'un côté comparé à l'autre côté présumé sain.

M. Guinon. — L'enfant constitue le vrai terrain pour l'étude des premiers signes de la tuberculose pulmonaire et particulièrement de R— au sommet droit, car chez lui on connaît exactement les antécédents et on peut éliminer toutes les causes d'alté-

rations du murmure vésiculaire invoquées (nervosisme, décubitus habituel, habitudes professionnelles, etc.) Dans ces conditions R — au sommet droit est extrêmement fréquent, ou du moins on a R — à droite et R× à gauche; il est au premier abord difficile de dire le côté qui donne R — normal; c'est la tonalité qui renseigne dans ces cas. Grancher mettait cette diminution sur le compte de l'adénopathie trachéo-bronchique et non sur une tuberculose du parenchyme pulmonaire. Ce qui conduit à cette opinion, c'est l'existence d'adénopathie dure du cou, l'amaigrissement de la ceinture scapulo-claviculaire. Si on suit ces sujets pendant plusieurs années, on verra les signes se préciser, l'anomalie respiratoire se compliquer d'altération de P. et de V. Viennent, une rougeole, une coqueluche, une grippe sérieuse et la maladie apparaîtra avec netteté. D'ailleurs, la radioscopie montre nettement la transparence pulmonaire, avec des obscurités latérales en taches séparées ou continues, qui représentent l'adénopathie bronchique.

A l'encontre de MM. Barth, Guinon reproché aux confrères plutôt la lenteur et le retard qu'ils apportent à reconnaître et à signaler la tuberculose au début.

*M. Barbier* met l'affaiblissement du m. v. unilatéral chez les enfants suspects d'évolution subite sur l'immobilisation en inspiration de l'hémithorax suspect, immobilisation appréciable à la vue, à la palpation et à la mensuration (2 à 3 cm. de différence avec le côté opposé soit au repos, soit pendant l'incursion thoracique, ce qui diminue la ventilation thoracique). Il est un fait constant que, chez les enfants qui s'améliorent cette ventilation devient meilleure. Quant à faire de l'affaiblissement du m. v. seul un signe de tuberculose guérie ou en bonne voie d'évolution, rien ne justifie cette conception.

*M. Vincent.* — A l'exemple de M. Faisans, il croit que chez l'adulte la constatation d'une inspiration faible comme symptôme initial de la tuberculose est beaucoup plus rare que celle d'une inspiration rude et à tonalité basse. La palpation bimanuelle décelle une expansion, minime du sommet (ventilation insuffisante) et cette obscurité disparaît lorsqu'on fait tousser le malade et puis respirer plus fort. Peut-être y a-t-il là une inertie locale ou un spasme des petites bronches qui limite l'introduction habituelle de l'air inspiré.

*M. F. Bezançon* a répondu pour clore la discussion, aux critiques formulées: de la discussion de sa première proposition (R — est fréquemment observée chez les individus sans aucun symptôme antérieur concomitant de tuberculose), il retient le fait important que c'est surtout chez les sujets porteurs de lésions du rhinopharynx, chez les adénoïdiens, qu'on rencontre R — et que

l'on peut mettre sur le compte de la tuberculose, la fièvre, de l'anorexie et de la toux qui sont dues en réalité aux poussées d'amygdalite. Le rapport de la perméabilité nasale et de l'intensité du m. v. doit être l'objet d'une étude précise, de même que les respirations anormales physiologiques.

La deuxième proposition (R — est plus souvent un signe de tuberculose latente, atténuée, arrêtée, guérie) a soulevé de vives objections. Faisans et Barth ne considèrent pas R — comme un signe de début, mais comme un signe des formes scléreuses, tandis que Rist, Queyrat et Barbier regardent R — comme un signe de début. Quant à la fréquence de R — au sommet droit, M. Bezançon ne se contente pas des raisons invoquées, mais croit plutôt à l'influence qu'exercerait sur la R. au sommet l'adénopathie trachéo-bronchique qui siège presque toujours à droite.

En résumé, comme l'a enseigné Grancher, la constatation de R — à un sommet ne doit pas entraîner *ipso facto* le diagnostic de tuberculose, qui exige la présence d'autres signes généraux et fonctionnels. Dans quelques cas même, cette coexistence de R — et des signes généraux n'est pas due à l'infection tuberculeuse, mais s'observe chez les rhinopharyngiens, les névropathes, les dyspeptiques. Le problème du diagnostic précoce de la tuberculose doit donc être repris sur des bases nouvelles.

---

### CHIRURGIE

**Appendicite à marche aiguë.** DIEULAFOY, dans *Journal Méd. et chirurgie pratique*, 10 mars 1909.

Bien que les cas d'appendicite à marche suraiguë soient bien connus maintenant, on ne saurait trop insister sur des faits observés d'une façon très précise et qui montrent bien quelle doit être la conduite du médecin dans ces circonstances. M. Dieulafoy a cité un nouveau cas de ce genre en donnant sur ce sujet des détails d'un grand intérêt pratique.

Il s'agit d'une enfant de onze ans, d'une très bonne santé habituelle et qui est prise brusquement, le soir, au moment du dîner, de vives douleurs abdominales sans localisation bien précise, mais siégeant cependant surtout dans le flanc droit. Elle se couche, vomit deux fois dans la soirée, mais passe néanmoins une assez bonne nuit. Appelée à la voir le lendemain matin, M. Dieulafoy l'examina à onze heures et la trouva sensiblement améliorée, se plaignant peu de ses douleurs, avec une assez bonne apparence; le

ventre n'était pas ballonné; mais soupçonnant déjà l'appendicite en raison des détails qui lui étaient donnés, il a procédé à l'examen minutieux de l'abdomen, examen qui doit être fait suivant les règles suivantes.

Le médecin doit se mettre à genoux sur un oreiller de manière à être au niveau du malade, tandis qu'en restant debout il risque de ne palper qu'avec l'extrémité des doigts dont la pression devient facilement douloureuse. On regarde le visage tout en palpant et son expression suffit à montrer, sans même que le malade parle, quel est le point douloureux.

On commence l'exploration avec beaucoup de douceur par le côté gauche; chez cette malade, M. Dieulafoy ne trouvant rien de ce côté, explorant ensuite la région épigastrique, trouva le côlon un peu plus sensible qu'à l'état normal, puis suivant le côlon et arrivant à la région cœco-appendiculaire, tout en prévenant la malade qu'il ne la ferait pas souffrir, trouva en ce point une douleur exquise avec une légère pression. Or, dans ces conditions, il n'y a que l'appendicite aiguë qui donne ce symptôme auquel se joignait ici la défense musculaire. Ces deux signes: douleur localisée ainsi et défense musculaire font partie de la triade, dont le troisième élément est l'hyperesthésie cutanée de la zone cœco-appendiculaire. Ce signe s'obtient de la manière suivante; si on promène l'extrémité d'un crayon sur les diverses régions de l'abdomen, on ne détermine qu'un chatouillement; mais arrivé dans la région de l'appendice, on provoque une véritable douleur.

La réunion de ces trois signes bien observés ne pouvait laisser aucun doute sur l'existence d'une appendicite aiguë, laquelle ne paraissait dater que de la veille au soir, car rien dans le passé intestinal de cette enfant ne paraissait devoir se rattacher à la maladie actuelle.

Dans ces conditions et bien que la température ne fût qu'à 38°5, et l'aspect général assez bon, M. Dieulafoy, laissé libre d'aller au mieux des intérêts de la malade, fit prier M. Routier d'opérer cette enfant le plus tôt possible, et l'opération fut faite dans l'après-midi même. Or, à ce moment, c'est-à-dire à la vingtième heure de la maladie, M. Routier trouva l'appendice gangrené et perforé, avec du pus dans le petit bassin. L'appendice fut réséqué ainsi qu'une fraction de l'épiploon, et la malade guérit, alors que si on avait attendu quelques heures de plus, elle aurait certainement succombé.

C'est en présence de cas de ce genre, qu'il a observés un grand nombre de fois, que M. Dieulafoy proteste très vivement contre la pratique de ceux des chirurgiens qui pensent qu'on ne doit opérer qu'à froid et conseillent de laisser refroidir les appendicites



aiguës. Il est incontestable que l'opération faite à froid donne beaucoup plus de succès, mais le plus grand nombre des malades du genre de celle-ci n'arrivent pas à cette période favorable, tandis qu'on peut les sauver en opérant immédiatement.

Il est indispensable d'établir un bon diagnostic et il faut se garder d'opérer des cas qui peuvent ressortir à toute autre chose que l'appendicite. Mais si la maladie est reconnue, il n'y a aucune raison pour attendre. La bénignité apparente, la température peu élevée, l'état du pouls lui-même ne sont pas des éléments suffisants pour apprécier la gravité du cas et la clinique nous apprend qu'en présence d'une appendicite aiguë, nul ne sait comment les choses se termineront. Aussi M. Dieulafoy insistait-il constamment sur l'importance de cette formule, qui ne comporte que de très rares exceptions: une appendicite aiguë reconnue doit être opérée immédiatement.

---

#### PEDIATRIE

Rétention d'urine chez l'enfant à la suite d'ingestion d'oseille. —

Carrière (de Lille), dans le *Bulletin de la Société de pédiatrie*.

Dans un cas, il s'agit d'une enfant de 6 ans qui avait été prise d'une rétention d'urine d'assez courte durée, environ 3 à 4 jours, qu'elle arrive cependant à vaincre par ses efforts qui durent vingt à vingt-cinq minutes au plus. Rien dans l'état local, dans le système nerveux, ne pouvait expliquer cette rétention; mais les urines ayant été analysées on constata d'abord qu'elles étaient quatre fois plus acides qu'à l'état normal, 4,55 au lieu de 1,10 à 1,20 qui est l'acidité normale, et pourtant ce n'étaient ni l'acide urique, ni les acides gras qui augmentaient cette acidité. Mais elle pouvait être produite par l'exagération du taux de l'acide oxalique, l'oxalurie. et de fait, le dépôt urinaire contenait quantité de cristaux d'oxalate de chaux caractéristique et le dosage donnait le chiffre de 0,10, quantité énorme puisqu'il n'est en général que de 0,02.

L'oxalurie, signe d'oxydation incomplète des aliments azotés, se rencontre parfois chez les arthritiques, les obèses, les diabétiques, dans les affections pulmonaires ou cardiaques, mais rien de ce genre ne pouvait être invoqué ici.

Donc il ne s'agissait pas d'une oxalurie symptomatique, pathologique. Mais à côté de ces oxaluries pathologiques, il y a des oxaluries médicamenteuses à la suite d'ingestion de rhubarbe, gentiane, cocaïne, bicarbonate de soude. Or, le sujet ne prenait

aucun de ces médicaments. Il y a enfin des oxaluries physiologiques qui succèdent à l'ingestion d'asperges, de haricots verts, épinards, cacao, thé, oseille. Or, ici une enquête attentive permit d'apprendre que l'enfant, qui était à ce moment chez une de ses tantes, à la campagne, vivait au jardin et mangeait toute la journée des feuilles d'oseille.

M. Carrière pu donc le diagnostic de troubles de la miction (rétention) consécutifs à l'oxalurie produite par l'ingestion de quantités exagérées d'oseille.

L'enfant, reprise par ses parents, mise au régime lacté, surveillée, guérit en 48 heures et l'analyse des urines, pratiquée quatre jours après, permettait d'observer la disparition de l'oxalurie.

M. Carrière ajoute avoir observé un autre cas du même genre chez un enfant de cinq ans atteint depuis 32 heures d'une rétention d'urine qui nécessita un cathétérisme. Or, il existait ici encore une oxalurie considérable et l'enquête permit de constater que l'enfant laissé à lui-même se bourrait d'oseille crue.

C'est là une cause de dysurie et même de rétention complète d'urine qu'il faut connaître et qui disparaît par la suppression de la cause, le régime lacté et le bicarbonate de soude à petite dose.

---

#### THERAPEUTIQUE.

**Les injections mercurielles intra-musculaires dans le traitement de la syphilis**, dans journal Méd. et Chirurg. pratiques, 25 mars 1909.

La méthode de traitement de la syphilis par les injections mercurielles, bien que très discutée encore en tant que méthode générale, se répand cependant de plus en plus, en raison des nombreux avantages qu'elle présente, à certains points de vue tout au moins ; elle n'est pas encore, croyons-nous, quoiqu'en disent ses plus chauds partisans, destinée à supplanter d'ici bien longtemps les anciennes méthodes de traitement. Néanmoins elle est d'un haut intérêt pratique et il est indispensable de bien la connaître, ce qui est difficile en raison de l'abondance même des travaux qui la concernent, de la diversité des sels employés et de l'énorme quantité de préparations nouvelles. On trouvera à ce sujet dans un remarquable travail d'ensemble que vient de faire paraître dans l'*Œuvre médico-chirurgicale* (1) M. le Dr A. Lévy-Bing, toutes les indications nécessaires pour son application. Nous

(1) Brochure in-8 de 45 pages ; chez Masson. Prix 1 fr. 25.

empruntons à cette revue essentiellement pratique quelques points particulièrement importants pour l'utilisation de la méthode.

Un premier point important est relatif à l'instrumentation : s'il est vrai qu'une seringue de Pravaz puisse suffire, comme elle est difficile à aseptiser, il vaut mieux avoir une seringue tout en verre et mieux encore la seringue dite de Barthélemy, ou toute autre analogue, car pour les injections de sels insolubles, il est indispensable de pouvoir injecter de très petites quantités de liquide et ce sont les seules dont la graduation permette de le faire avec certitude.

Le lieu d'élection est en général la fesse, mais l'important est, qu'il s'agisse de sels solubles ou de sels insolubles, de pousser l'injection en plein tissu musculaire. On évitera ainsi bien des accidents.

Il faut nettoyer soigneusement la région avec du sublimé, puis la frotter vigoureusement avec un tampon imbibé d'alcool ou d'éther, ce dernier ayant de plus l'avantage d'anesthésier le lieu de la piqûre.

Les injections se pratiquent sur le sujet couché, assis ou debout. On doit préférer de beaucoup la position couchée, car n'importe quelle injection, chez un sujet nerveux, peut déterminer une défaillance et c'est un accident à éviter, surtout les premières fois, où l'appréhension joue un si grand rôle.

La seringue bouillie est remplie du liquide à injecter ; l'aiguille flambée est ajustée sur la seringue, et d'un petit coup sec elle est enfoncée au point choisi, perpendiculairement à la peau et jusqu'à l'armature, ou bien un peu obliquement de dehors en dedans.

C'est le procédé en un temps que l'on emploie pour les sels solubles en solutions aqueuses. Pour les sels solubles en solutions huileuses et pour tous les sels insolubles, il faut employer toujours le procédé en deux temps ; on enfonce d'abord l'aiguille séparément, et l'on attend quelques instants pour voir s'il ne vient pas de sang par l'extrémité de la monture ; pour être tout à fait sûr de n'avoir pas pénétré dans un vaisseau, on ajuste sur l'armature la canule de la seringue vide et on fait l'aspiration ; s'il ne vient rien, on remplace la seringue vide par la seringue chargée, puis le liquide est poussé lentement dans les tissus. De cette façon on n'a pas à craindre d'embolie.

L'injection terminée, on retire l'aiguille d'un mouvement rapide. Pour éviter de semer de particules huileuses le long du trajet et dans le tissu cellulaire sous-cutané, on peut, avant de retirer l'aiguille, injecter un peu d'air. Pour cela on ajuste sur l'aiguille encore en place une autre seringue dont le piston, amené à moitié course, refoule l'air et vide complètement le contenu de l'aiguille.

Le malade peut marcher aussitôt après et reprendre ses occupations si cela est nécessaire.

M. Lévy-Bing entre dans le détail de toutes les préparations soit solubles, soit insolubles qui peuvent être utilisées. Mais nous n'en indiquerons ici qu'un petit nombre, car dans la pratique on peut n'adopter qu'une seule préparation.

Pour les sels solubles, la solution aqueuse biiodurée paraît être celle qui réunit tous les avantages, M. Lévy-Bing, préconise la formule suivante :

Biiodure de mercure.....	0 gramme 20 cent.
Iodure de sodium pur.....	0 — 20 —
Chlorure de sodium.....	0 — 075 mill.
Eau distillée.....	10 centimètres cubes.

On injecte deux à trois centigrammes de biiodure par jour pendant 20 à 25 jours. Cette solution, d'une préparation très simple, est parfaitement stable, limpide et peut se conserver indéfiniment sans s'altérer. D'une action thérapeutique extrêmement intense, elle donne des résultats brillants et guérit avec une rapidité surprenante les légions syphilitiques les plus graves.

Au point de vue théorique, les injections solubles constituent le traitement idéal, puisqu'on introduit dans l'organisme, jour par jour, les doses de mercure jugées nécessaires, doses qui sont aussitôt absorbées et très vite éliminées ; le médecin peut en surveiller les effets, qui sont rapides, et les suspendre à temps.

La grande et la seule objection à faire aux injections solubles est la dépense de temps et aussi, il faut bien le dire, d'argent, que nécessitent des séances aussi répétées, il est presque impossible, à moins d'indications précises et urgentes, d'imposer au malade l'obligation de subir chaque jour une injection plus ou moins douloureuse, gênante pour ses occupations, et au médecin une assiduité qui n'est pas toujours pratiquement réalisable, et cela pendant la longue durée du traitement classique.

Les injections solubles ne peuvent donc être employées pour le *traitement de fond de la syphilis*. Elles ne peuvent guère non plus être utilisées pour un traitement prolongé, lorsqu'il s'agit par exemple d'une syphilis linguale ou palmaire qui exige souvent un long traitement. D'autre part, il n'est fesses si tolérantes qui ne finissent par être inutilisables, après avoir reçu consécutivement quinze ou vingt fois la solution mercurielle.

Ainsi a-t-on recours bien souvent aux injections de sels insolubles qui introduisent d'un seul coup dans l'organisme de fortes quantités de mercure dont l'assimilation est ensuite lente, mais de tous les instants, et assurent une mercurialisation plus profonde

de l'organisme. Le traitement est beaucoup plus facile à suivre pendant un temps prolongé et paraît aussi mieux agir dans certaines syphilides très tenaces. On reproche surtout à cette méthode, au cas où l'hydrargyrisme se produit, de ne pouvoir rien contre lui, les effets du mercure ne pouvant être supprimés. Il semble cependant qu'avec les préparations dont on se sert maintenant, les accidents soient de plus en plus rares.

Ces préparations se résument dans l'emploi du calomel et de l'huile grise.

Pour le calomel, M. Lévy-Bing, avec MM. Eudlitz et Lafay, ont établi la formule suivante :

Calomel porphyrisé et lavé.....	0 gr. 40 centigrammes	
Lanoline anhydre pure, stérilisée et camphrée à 1/20.....	3 p.	} Q. S. p. 1 centim. cube.
Huile de vaséline médicinale stéri- lisée et camphrée à 1/20.....	7 p.	

Après une porphyrisation parfaite, le calomel est lavé à l'éther officinal ou à l'alcool bouillant. Lanoline et huile de vaséline sont camphrées à 5 p. 100. On opère par simple mélange suivi de stérilisation.

Un centimètre cube contient 0,40 centigrammes de calomel, représentant 0,34 centigrammes de mercure métallique.

Cette préparation offre la couleur et la consistance d'une crème épaisse, fluide à la température ordinaire, d'apparence uniformément homogène en raison du liant de la lanoline.

L'huile grise est une préparation mercurielle dans laquelle le mercure métallique est à l'état de division parfaite et tenu en suspension dans un corps gras liquide.

L'expérimentation clinique démontre qu'à puissance thérapeutique égale, c'est l'huile à 40 p. 100 qui est la mieux tolérée par les tissus, en raison du faible volume qu'il suffit d'injecter.

La préparation à laquelle on s'est arrêté définitivement présente la composition suivante :

Mercure purifié.....	40 grammes
Lanoline anhydre pure et stérilisée .....	26 —
Huile de vaséline médicinale stérilisée.....	20 centim. cubes

Cette formule, qui donne un volume de 100 centimètres cubes, fournit une huile sensiblement dosée à 0 gr. 40 de mercure par centimètre cube.

Le mercure étant purifié, on stérilise séparément l'huile de vaséline et la lanoline; après s'être assuré que ces produits sont neutres

et d'une pureté absolue. On stérilise avec soin les appareils de trituration et les flacons dans lesquels on conserve l'huile une fois terminée.

Les injections ne peuvent guère être faites qu'avec la seringue spéciale, car il faut une graduation spéciale pour injecter de très petites quantités.

La dose habituelle est, chez l'adulte, de 0,07 centigrammes de mercure par semaine ; ce chiffre n'a rien de fixe, bien entendu : il peut varier de 0,03 à 0,06 centigrammes par semaine, pour monter jusqu'à 0,15 centigrammes, dose employée chez des hommes robustes, pesant plus de 70 kilos. On fait habituellement des séries de 6 à 8 injections, séparées par un mois d'intervalle au moins.

En somme, deux préparations insolubles peuvent être utilisées pour le traitement de la syphilis : le calomel et l'huile grise.

Le calomel paraît le plus actif ; il s'emploie à des doses variant de 0,05 centigrammes à 0,10 centigrammes par injection et les injections sont hebdomadaires. Il vaut d'ailleurs mieux commencer par des doses plus faibles, trois ou quatre centigrammes, surtout si le sujet est petit et maigre. On fait les deux premières injections à huit jours d'intervalle, puis à mesure que le nombre des injections augmente, on laissera s'écouler 10, 12 ou 15 jours entre les piqûres.

Le calomel donne d'excellents résultats, qui quelquefois sont tout à fait extraordinaires. Mais il a contre lui la douleur souvent très irritante produite par l'injection, les nodosités, et parfois une tuméfaction de la fesse qui gêne la marche pendant plusieurs jours. Aussi aura-t-on surtout recours à l'huile grise, qui n'a aucun de ces inconvénients.

Elle s'attaque avec succès à toutes les manifestations de la syphilis à ses diverses périodes, et la clinique nous montre des résultats vraiment surprenants. Elle n'a pas cette rapidité propre au calomel, mais elle a une action curative aussi certaine. Elle n'évite pas à coup sûr, bien entendu, les récidives : aucun sel mercuriel ne peut avoir cette prétention. Elle protège et sature l'organisme atteint grâce à son assimilation un peu lente, mais prolongée, et elle met ainsi à l'abri des accidents graves de tertiarième, ce qui constitue sa supériorité.

Parfaitement tolérée, presque indolore, l'huile grise constitue l'injection de choix pour le traitement prolongé et rationnel de la syphilis. M. Lévy-Bing dit avoir fait plus de 6,000 de ces injections sans avoir eu le moindre accident. Voici d'ailleurs comment il indique, en terminant son mémoire, quelle doit être la direction générale du traitement de la syphilis.

Tout le monde s'accorde aujourd'hui à reconnaître que, dès

l'apparition du chancre induré, on doit instituer le traitement général mercuriel. Et ce traitement de l'infection syphilitique au début doit être énergique, car s'il n'empêche pas toujours les accidents secondaires de se produire, il est capable du moins de les atténuer au point de les rendre imperceptibles.

... Je commence toujours, dit M. Lévy-Bing, le traitement mercuriel par les injections solubles de biiodure ou de benzoate, et j'ai fait une série de 20 à 30 injections quotidiennes. Après 15 jours de repos, je refais une seconde série de 20 à 25 injections solubles, ou je commence alors les injections insolubles, d'huile grise de préférence, à raison d'une par semaine et par séries de six injections, de façon à terminer quatre séries d'huile grise la première année.

La seconde année, je fais quatre séries de six injections d'huile grise, mais les périodes de repos sont déjà plus longues.

La troisième et la quatrième années, trois séries de six injections d'huile grise.

Puis je laisse un an de repos pour reprendre de nouveau, pendant la sixième et la septième années, deux séries de six injections par an, de préférence au printemps et à l'automne.

Ces chiffres n'ont, bien entendu, rien de fixe ni d'absolu, et ce n'est là qu'un plan très schématique de traitement pouvant s'adapter à une syphilis ordinaire normale, d'autant plus que la tendance actuelle est de renforcer encore le traitement des premières années et de le prolonger dans la suite. En présence de certains accidents rebelles, de certaines syphilis tenaces ou malignes, il est nécessaire parfois d'augmenter les doses habituelles de mercure et le nombre des injections ainsi que la durée totale du traitement. De même, on peut faire alterner une série d'injections d'huile grise avec une série d'injections de biiodure par exemple, car si je prétends que toute syphilis peut et doit être traitée, durant toute son évolution, par la méthode des injections mercurielles, il est bon d'être éclectique et de disposer d'un certain nombre de préparations soit solubles, soit insolubles, qu'il faut savoir manier suivant les accidents et suivant les circonstances.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Formulaire des Spécialités pharmaceutiques pour 1909**, par le Dr V. GARDETTE. Préface par le Dr A. MANQUAT, membre correspondant de l'Académie de médecine. 3e édition. 1 vol. in-18 de 436 pages, cart. : 3 fr. (Libraire J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

La nouvelle pharmacopée française est obligatoire à partir du 15 mai. En présence des modifications considérables apportées dans la posologie de presque tous les médicaments anciens, les *spécialités pharmaceutiques* seront de plus en plus ordonnées par les praticiens que ce bouleversement de leurs connaissances pharmacologiques antérieures surprend et inquiète.

En écrivant ce formulaire, le but de M. Gardette a été d'essayer d'être utile à ses confrères en leur donnant, sur les spécialités pharmaceutiques les plus usuelles, les renseignements nécessaires pour leur permettre de les prescrire quand ils le désireront.

Ce formulaire est divisé en quatre parties :

Dans la *première partie*, les spécialités sont indiquées par ordre alphabétique. C'est dans cette première partie qu'on devra en chercher la composition et la dose.

La *seconde partie* est la nomenclature des spécialités par leurs composants ou leurs propriétés thérapeutiques. Lorsqu'une spécialité est à base d'un médicament unique, ou bien lorsqu'un médicament y entre à titre absolument prépondérant, elle est classée sous la rubrique de ce médicament. Lorsque plusieurs médicaments entrent en valeur à peu près égale dans sa composition, la spécialité se retrouve sous la rubrique de chacun de ces médicaments. Enfin, les médicaments composés ont été classés d'après leurs propriétés thérapeutiques. Eupéptiques, Laxatifs.

La *troisième partie* donne par ordre alphabétique le nom de chaque fabricant avec son adresse et l'indication de toutes les spécialités qui lui appartiennent.

La *quatrième partie* reprend les spécialités dans leur ordre alphabétique et donne l'indication de leur fabricant.

Cette façon de comprendre le plan était la plus commode et la plus complète pour les différents genres de renseignements qui sont demandés à un formulaire de cette nature.

---

**The correction of featural imperfections.** By CHARLES C. MILLER, M. D.

*Second Edition Enlarged.*

Including the description of numerous operations for improving the appearance of the face. 160 pages. 96 illustrations. Prepaid \$1.50. Published by the author, 20 State St., Chicago.



**Traitement des Maladies cutanées et vénériennes, par les Drs Chr.**

AUDRY, J. NICHOLAS et M. DURAND, professeurs de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques aux Universités de Toulouse et de Lyon. 1909, 1 vol. in-8 de 691 pages, avec 143 figures, cartonné, 12 fr. Bibliothèque de Thérapeutique GILBERT-CARNOT (J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

La thérapeutique est la syntèse et la conclusion de la médecine.

Malgré ses incertitudes et ses tâtonnements, elle demeure l'obsession du chercheur et du praticien. Aussi les savants, même les plus illustres, les cliniciens, même les plus réputés, à qui le professeur Gilbert a fait appel pour sa *Bibliothèque de Thérapeutique*, lui ont-ils chaleureusement donné leur concours. Citons seulement les noms des professeurs Bouchard (de l'Institut); Achard, Brissaud, Castaigne, Chauffard, Brindeau, Carnot, Claude, Déjerine, Huchard, Labbé, Landouzy, Lecène, Léper, P. Marie, Marion Ménétrier, Metchnikoff, Nobécourt, Pouchet, A. Robin, H. Roger, Tuffier, Vaillard, Vaquez, Widal, (de Paris); Lépine, Pic, Nicholas et Nogier (de Lyon); Calmette (de Lille); Bergonié (de Bordeaux); Audry (de Toulouse), etc.

La thérapeutique peut être envisagée différemment, suivant que l'on prend pour point de départ de son étude le médicament, le symptôme ou la maladie. La nouvelle *Bibliothèque de Thérapeutique* est donc divisée en trois séries convergentes, dans lesquelles sont étudiés les agents thérapeutiques, les médications, les traitements.

Quatre volumes ont paru en l'espace de six mois: l'un consacré à la *Mécanothérapie et Hydrothérapie*, le second au *Massage*, le troisième aux *Médicaments microbiens*.

Le nouveau volume qui vient de paraître est consacré au *Traitement des maladies cutanées et vénériennes* et est dû à MM. Audry et Nicolas, professeurs aux Facultés de médecine de Toulouse et de Lyon.

Il existe beaucoup de livres consacrés au traitement des maladies cutanées et vénériennes, mais ils s'adressent surtout aux spécialistes.

Il n'y a qu'un petit nombre de véritables maladies de la peau; trop souvent, on a à soigner des manifestations ou des localisations ectodermiques provoquées par des infections ou d'autres troubles plus ou moins généraux et entièrement dénués de spécificité. Le traitement des maladies de la peau est souvent dirigé contre des purs ensembles symptomatiques et non contre des entités mor-

bides. Les interventions et les médicaments externes l'envahissent de plus en plus, mais sans éliminer les autres.

C'est une grande erreur de croire que la thérapeutique des dermatoses est compliquée; les dermatologistes de profession simplifient sans cesse leur pratique. Tel dermatologiste du siècle passé, et des plus illustres, s'était réduit à quelques formules. Le médecin, effaré par les longues colonnes de substances variées formulées à propos de chaque lésion peut se rassurer; il n'a pas besoin d'en savoir aussi "long." Il suffit qu'il connaisse bien deux ou trois douzaines de préparations pour venir à bout de la plupart des circonstances. Et c'est à ce but que répond le présent livre, illustré de très nombreuses reproductions de photographies d'après nature.

---

**Etudes anatomo-cliniques** (cœur, vaisseaux, poumons), par le docteur RAYMOND TRIPLIER, Professeur à la Faculté de médecine de Lyon. Un vol. in-8 raisin de XVI-604 pages avec 32 figures. Prix : 10 francs. Paris, 1909, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Les *Etudes* qui font l'objet de ce livre se rapportent à un grand nombre de faits observés par le docteur Triplier au lit du malade, sur la table d'autopsie et au laboratoire d'anatomie pathologique pendant une longue période de son enseignement. Il ne s'agit pas de cas extraordinaires, qui en général n'offrent guère d'intérêt précisément par suite de leur rareté. M. Triplier étudie principalement les lésions des appareils de la circulation et de la respiration que l'on est appelé à rencontrer journellement.

Quand on envisage la fréquence de ces affections et les nombreux travaux qu'elles ont suscités, il semble qu'elles doivent être bien connues. Et cependant, dès qu'on se trouve aux prises avec les malades, on voit qu'il y a, à chaque instant, des problèmes difficiles à résoudre et que, si l'on veut se rendre un compte exact de tous les phénomènes observés, nos connaissances sont encore bien restreintes !

C'est qu'il s'agit de maladies à longue évolution, de cause connue ou inconnue, souvent très variables dans leurs manifestations, dont les lésions profondément situées atteignent des organes importants, et auxquelles correspondent des troubles fonctionnels variés, locaux ou éloignés. En outre beaucoup de ces affections s'accompagnent d'altérations et de troubles secondaires venant

parfois se confondre avec les premiers pour constituer un ensemble morbide très compliqué.

Nous ne pouvons analyser dans le détail le volume du docteur Triplier. Voici les différentes affections étudiées : de l'endocardite, aortite syphilitique, athérome de la valvule mitrale : de l'artério-sclérose ; rôle de la circulation sanguine dans la détermination des lésions ; tréphysème ou hyper trophie des poumons ; adhérences symphysaires des plèvres ; rapports réciproques entre les principales affections du cœur et du poumon. Lésions initiales de la tuberculose pulmonaire ; leur curabilité en temps opportun.

**Maladies des veines et des lymphatiques**, par MM. LAUNAY, chirurgien des hôpitaux de Paris, et BRODIER, ancien chef de clinique de la Faculté. 1 vol. gr. in-8 de 266 pages, avec 39 figures. Broché, 5 fr. Cartonné, 6 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

M. Launay étudie d'abord les lésions traumatiques des veines, *contusions* et *plaies* : les divers traitements des *hémorragies* sont soigneusement passés en revue. Les *varices* et leurs complications sont étudiées tant au point de vue de leur pathogénie que de leur traitement hygiénique et chirurgical. La *phlébite* est une maladie infectieuse présentant des origines multiples et des formes très variables : les traitements de *phlegmatia alba dolens* et des phlébites suppurées, circonscrites ou diffuses, sont soigneusement passés en revue, immobilisation et mobilisation, ainsi que le traitement préventif de l'embolie et de la pyohémie.

M. BRODIER passe successivement en revue les affections suivantes des lymphatiques :

*Infections du système lymphatique et rapports des lymphangites avec les dermites et les phlegmons.*

*Affections des vaisseaux lymphatiques* : Lésions traumatiques simples ; kystes lymphatiques ; lymphangite aiguë ; lymphangite chronique simple ; lymphangite tuberculeuse ; lymphangites vénériennes ; lymphangite sporotrichosique ; lymphangite et paludisme ; lymphangite cancéreuse.

*Affections du canal thoracique* : Plaies ; infections ; cancer.

*Affections des ganglions lymphatiques* : Lésions traumatiques simples ; kystes ganglionnaires ; adénite aiguë ; adénite chronique simple ; tuberculose ganglionnaire ; adénites vénériennes ; adénite lépreuse ; adénite charbonneuse ; adénite farcineuse ; adénite

pesteuse ; adénite climatérique, bubon climatérique ; adénite rhumatismale ; adénite ourlienne ; adénites néoplasiques.

*Lymphangiectasies* : Obstruction ; infection ; dilatation des vaisseaux lymphatiques ; lymphangiectasies congénitales.

Le *Nouveau Traité de Chirurgie* de MM. LE DENTU et DELBERT se présente sous la forme de fascicules séparés, où se groupent les affections ayant entre elles des connexions plus ou moins étroites. Ce mode de répartition des matières, qui s'écarte de la forme traditionnelle du volume, offre un double avantage : il entoure le chapitre de barrières moins fixes et laisse aux auteurs plus de latitude ; d'autre part, il assure plus de célérité dans la publication en permettant l'impression des manuscrits dès leur remise.

Autour de leur autorité scientifique incontestable, les directeurs ont su grouper un choix de collaborateurs actifs.

Treize fascicules sont déjà en vente : *Grands Processus morbides* (10 fr.) ; *Maladies de la peau* (3 fr.) ; *Maladies des muscles* (4 fr.) ; *Hernies* (8 fr.) ; *Lésions traumatiques des articulations* (6 fr.) ; *Arthrites tuberculeuses* (5 fr.) ; *Corps thyroïde et Goitres* (8 fr.) ; *Maladies des articulations* (6 fr.) ; *Maladies du crâne* (10 fr.) ; *Oto-Rhino-Laryngologie* (12 fr.) ; *Maladies des veines et des lymphatiques* (5 fr.).

---

## SUPPLEMENT

---

### L'ETE EST LA SAISON DES "ENTORSES."

Le tennis, le golf, et autres amusements de la saison sont autant d'occasions qui favorisent les accidents de ce genre dans les diverses articulations.

La lacération des ligaments, une contusion synoviale ou une injure aux vaisseaux et nerfs sont de suite soulagées par une application d'antiphlogistine sur la partie malade.

Cette préparation diminue l'inflammation, absorbe l'exsudat et en favorisant la circulation du sang, l'antiphlogistine est un adjuvant précieux de la nature.

Les cellules affectées sont stimulées par endosmose et la guérison plus rapide.

L'antiphlogistine doit être appliquée aussi chaude que possible sur la partie malade et recouverte de coton absorbant et d'un bandage.

---

### "UNE NOURRITURE TONIQUE."

---

Dans le choix d'une nourriture tonique il faut d'abord éviter ces nutritifs qui, par leur composition seraient de nature à stimuler outre mesure les centres nerveux ; et secondement ceux qui dangereusement augmentent la pression sanguine. Troisièmement, ces toniques qui n'ont pas de permanence d'action suffisante pour en désirer aucun bénéfice durable. Quatrièmement, l'abus de toniques médicinaux qu'une idiosyncrasie rend toxique.

La BOVININE est une combinaison de première qualité, qui remplit toutes les indications, et le soin apporté dans la combinaison des deux ingrédients en fait une nourriture tonique uniforme et d'un effet physiologique durable.

Une observation suivie prouve que la BOVININE favorise l'absorption et la digestion, et par son action tonique sur le système nerveux, augmente les sécrétions hépatiques et favorise ainsi une alimentation substantielle qui se continue par tonicité du système

L'action fonctionnelle est augmentée dans les cellules, et l'énergie vitale est fort apparente par le surcroît de résistance et une diminution de la susceptibilité aux maladies. Enfin, la BOVININE produit sur toute l'économie des effets durables, ne stimule pas outre mesure les cellules cérébrales, n'augmente point soudainement la pression sanguine et ne contient aucun médicament à effets toxiques.

---