

**PAGES**

**MANQUANTES**

# **Travaux Originaux**

---

## **LE SCÊMNOFORME ET SES AVANTAGES SUR LES AUTRES MODES D'ANESTHÉSIE EN CHIRURGIE-DENTAIRE.**

---

Travail lu devant la société d'Odontologie de langue française de la Province  
de Québec—Séance tenue à Québec le 7 janvier 1906.

---

Une des plus intéressantes parmi les nombreuses questions qui se rattachent à la profession de chirurgien-dentiste est incontestablement celle qui a trait à l'anesthésie.

La grande importance que l'on attribue aujourd'hui à ce sujet, les communications et les discussions qu'elles soulèvent dans presque tous les congrès et les réunions de nos associations, n'ont pas d'autre origine que cette crainte excessive de la douleur chez un public que l'on pourrait, je crois, à bon escient, qualifier de pusillanime.

Depuis la découverte du chloroforme, de l'éther et de tous les autres anesthésiques qui sont, tour à tour, apparus, y compris le protoxyde d'azote, la cocaïne et même la stovaïne, il n'est plus d'intervention, si minime et si peu douloureuse soit elle, acceptée d'emblée par le patient si l'on ne lui promet un sommeil complet ou une insensibilisation totale à la douleur.

De par ce fait et plus encore en raison de l'inocuité aujourd'hui reconnue de quelques-uns de ces anesthésiques, nous ne

pouvons plus, à l'heure actuelle, à moins de contraindication péremptoire et absolue nous refuser à cette demande.

Les discussions innombrables qui se sont faites sur ce sujet n'ont cessé que pour faire place à une autre question non moins embarrassante : le choix d'un anesthésique, et c'est ce que je viens étudier devant vous. Je viens comparer les différentes méthodes qui sont à notre disposition pour anesthésier nos patients et vous proposer un mélange anesthésique que la plupart d'entre vous connaissent déjà : le Scœmnoforme.

Au congrès d'Ajaccio, en 1901, et plus tard à Shrewsbury, dans un très remarquable rapport sur cette question, le professeur Rolland, de Bordeaux, a pris une position très nette. Tranchant dans le vif, il a conclu, sans ambages, qu'il existe actuellement pour le chirurgien dentiste, un anesthésique idéal, répondant à l'ensemble des conditions et des indications que l'on doit s'attendre de rencontrer. C'est le Scœmnoforme, dont il est l'inventeur.

Une affirmation aussi nette et catégorique pourrait peut-être nous laisser dans l'indifférence si elle venait d'un inconnu ; mais le docteur Rolland, l'habile et sympathique directeur de l'école dentaire de Bordeaux, est une personnalité éminente, fort apprécié en France et même à l'étranger. Ancien interne des hôpitaux de Paris, il a d'abord débuté dans la pratique de la médecine générale ; devenu plus tard professeur d'anesthésie dentaire, puis chirurgien dentiste, c'est sur son initiative qu'une école dentaire s'est fondée à Bordeaux et c'est pour cette école qu'il a recherché un anesthésique aussi parfait que possible, celui qu'il vient de nous donner.

Ses connaissances profondes de la médecine, de la biologie et de la physiologie, son habitude du travail de laboratoire, lui ont considérablement facilité la tâche et permis de résoudre le problème.

Pour ne pas être trop long j'éviterai de vous énumérer tous les détails de ses recherches, mais il me faut pour vous faire comprendre son mode d'action et vous convaincre de son incontestable sécurité, vous résumer les principaux modes d'expérimentation auxquels il a été soumis, et les différentes constatations cliniques et pratiques dont il a été l'objet.

Et voici tout d'abord les conditions essentielles que l'on doit exiger d'un anesthésique général dans la petite chirurgie et dans la chirurgie dentaire, savoir :

- 1° Sécurité absolue.
- 2° Anesthésie instantanée et signes bien précis dans la gradation.
- 3° Elimination rapide avec retour graduel à la connaissance, sans malaise ultérieur, et j'ajoute :
- 4° Outillage simple, non encombrant et d'application facile.

Parmi les différentes voies d'absorption qui se prêtent à l'administration des médicaments, une seule, la voie pulmonaire reste utilisable pour les anesthésiques ; toutes les autres agissent avec trop de lenteur. C'est sur cette voie que le docteur Rolland a fait ses premiers calculs et commencé ses expériences. Se basant sur une loi physiologique en vertu de laquelle se fait l'absorption de l'oxygène, à savoir : la différence de tension entre les deux milieux, air et sang, il a composé un mélange gazeux, très volatil, dont la tension est quelque peu supérieure à celle de l'oxygène, ce qui lui permet d'aller se fixer sur le globule sanguin, en prenant la place, dans une certaine mesure, de ce dernier. Le mélange représente les conditions d'entrée, de séjour et de sortie de l'oxygène vis-à-vis de l'organisme.

Voici sa composition :

Chlorure d'Ethyle	60%
Chlorure de Méthyle	35%
Bromure d'Ethyle	5%

Le globule sanguin chargé d'oxygène ou de l'anesthésique est lancé dans la grande circulation et revient au point de départ en 25 secondes. Mais très souvent l'élément anesthésique persiste longtemps après le temps normal d'une circulation ; les différentes cellules nerveuses du cerveau et du cervelet restent donc impressionnées de ce contact et le sommeil qui en est la conséquence dure parfois plusieurs minutes. L'examen microscopique des centres nerveux des lapins et des chats soumis à des doses plus ou moins grandes de Scœmnoforme a démontré d'une façon évidente des modifications dans les noyaux et les prolongements des cellules et particulièrement de celles du cervelet. Cette constatation importante concorde parfaitement avec ce que j'ai observé dans mes cliniques : l'abolition de la sensibilité à la douleur et à la température avant la perte des sens ou de l'état conscient.

Le chloroforme et l'éther au contraire agissent de préférence et en premier lieu sur l'écorce cérébrale, d'où le phénomène inverse. L'examen microscopique des humeurs de l'organisme, du sang et de l'urine, dans toutes les conditions de l'anesthésie par le Scœmnoforme et suivant toutes les règles de l'art n'a jamais permis de décèler rien d'anormal, aucun changement notable dans la composition de ces liquides dont la formule reste intacte.

D'ailleurs les organes sécréteurs, tels que le rein, le foie et le pancréas ne subissent aucune modification dans leurs éléments essentiels et leur fonctionnement soumis à toutes les épreuves

aujourd'hui connues a toujours continué de se faire dans des conditions normales.

L'étude clinique qu'en a faite le docteur Rolland nous a paru aussi parfaite, et les observations détaillées et concises qu'il nous rapporte sont une mise à point qui doit être considérée comme définitive.

Dans la période d'aller ou d'induction les patients éprouvent généralement à la première inspiration, une sensation d'angoisse d'intensité variable. Certains perdent à ce moment toute conscience tandis que les autres soumis plutôt à une sorte d'hyperactivité cérébrale, non seulement gardent conscience d'eux-mêmes mais peuvent encore causer avec l'anesthésiste, éprouvent une certaine excitation d'ivresse, de joie, de colère, peur, délire professionnel et suggestion érotique. Ils se font une idée paradoxale du temps. A ce moment toute sensibilité à la douleur et à la température est abolie et l'on peut opérer. Si l'on pousse l'anesthésie davantage, le patient s'enfonce doucement dans l'isolement, l'obscurité et le silence de l'esprit, la résolution musculaire apparaît et les différents réflexes s'abolissent comme il arrive quand on administre du chloroforme ou de l'éther.

Le retour s'annonce par un bourdonnement général, et, de tous les sens c'est l'ouïe qui revient le premier comme il est le dernier à disparaître. Les patients sont encore dans le rêve et l'aplomb intellectuel ne revient que graduellement mais rapidement, pour ne laisser quelques minutes après aucun malaise, aucune sensation désagréable, le souvenir seul d'un sommeil inaccoutumé.

Chez la plupart (90%) des patients anesthésiés au Sæmnoforme, immédiatement après l'application du masque, avec certaines irrégularités inévitables des mouvements de respiration, on remarque quelques mouvements de déglutition. Il y a hyper-

sécrétion de la salive, le globe oculaire est mobile et tourne de droite à gauche, la pupille se dilate pour se contracter bientôt, les muscles et surtout ceux des membres se raidissent en contracture. Puis la respiration se régularise, les paupières tombent et s'immobilisent, la résolution musculaire se fait plus ou moins complète et les réflexes s'abolissent, le tout dans un temps variant de 30 secondes à une minute et demie d'administration. Le sommeil-dure de une à quatre ou cinq minutes, deux minutes en moyenne.

Au retour, mouvement des paupières, quelque fois légère sudation et le plus souvent rougeur de la face.

Chez d'autres (10%), que Rolland a qualifiés de remuants, et d'agités, suivant le degré, aux premières bouffées il y a une crainte de suffocation, le patient arraché le masque et se délat, refuse de respirer, déglutit beaucoup; mais malgré tout, dès qu'une bonne inspiration est prise, l'anesthésie, quoi que un peu plus lente, arrive toujours à se produire. Le retour dans ces cas est un peu plus lent et accompagné d'agitation. On remarque assez rarement quelques nausées mais jamais de vomissements. Cette catégorie se recrute toute entière parmi les grands nerveux, les alcooliques, les tabagiques ou autres intoxiqués, patients qui, du reste, causent invariablement les mêmes ennuis avec tous les autres anesthésiques.

Chez tous le pouls devient un peu plus fort, plus tendu et quelque peu accéléré, excitation ressemblant à celle que procure l'acool, avantage immense qui prévient et empêche tout état syncopal de se manifester et qui le distingue du chloroforme.

Un des points importants dans l'administration du Scœnoforme est de le donner rapidement et à dose massive sans mélange d'air. Dans ce but l'on a construit, en France et aux Etats-Unis, des masques spéciaux, très commodes, qui ne sont peut-être pas indispensables mais sont certainement supé-

rieurs aux masques improvisés, compresses, cornets, etc. On y verse la dose, 3 à 5 centimètres cubes, et on applique hermétiquement l'appareil sur la figure en recommandant au patient de faire de grandes inspirations.

Le sommeil dans ces conditions est toujours rapide à apparaître, dix ou quinze inspirations suffisent en moyenne, et nous avons alors près de deux minutes à notre disposition pour opérer.

Les avantages nombreux et si grands de ce mode d'anesthésie et le peu de danger de la méthode sont dus à l'extrême volatilité du mélange.

Nous savons depuis longtemps que tous les anesthésiques sont des toxiques ou des poisons pour l'organisme. Mis en contact des différents éléments qui composent nos organes, si la dose est suffisante ou répétée suffisamment de fois il arrive en outre des troubles fonctionnels immédiats presque constants, des altérations plus ou moins profondes, des dégénérescences plus ou moins durables, et c'est ce que nous voyons souvent se produire avec le chloroforme, voire même l'éther et c'est là justement l'un des principaux dangers de ces modes d'anesthésie. En outre de l'action déprimante sur le cœur, les syncopes respiratoires et cardiaques qui accompagnent ou suivent l'administration du chloroforme, il n'est pas rare de voir survenir des dégénérescences graisseuses ou autres, au foie, aux reins et même au pancréas. L'apparition si fréquente de l'ictère, l'albumine, et le sucre dans les urines, quand il n'y a pas une anurie plus ou moins complète, sont des signes indiscutables de l'atteinte des éléments nobles de ces organes.

Les congestions bronchiques et même pulmonaires sont un autre danger non moins inquiétant, plus particulier à l'éther.

Il fallait donc chercher et orienter ses recherches vers les médicaments qui, tout en permettant d'obtenir un sommeil suf-

faisant, demeuraient en contact avec les cellules ou les éléments de l'organisme le moins longtemps possible. Le Scœmnoforme, grâce à sa grande volatilité, est absorbé rapidement. De ce fait il était tout naturel de supposer, au premier abord, qu'il serait moins toxique que le chloroforme et l'éther, deux corps plus lourds, d'absorption et d'élimination plus lentes et d'imprégnation plus profonde. C'est ce que la clinique et les nombreuses et minutieuses études qu'en a faites le docteur Rolland ont clairement démontré. A sa suite on n'a jamais remarqué de troubles gastriques, si ce n'est comme exception, aucun changement dans la composition du sang, jamais d'albuminurie ou de glycosurie et encore moins d'anurie.

L'action sur le cœur paraît plutôt excitante, comme celle que produit l'alcool, donnant à sa suite une légère dépression très peu marquée et éminemment passagère, jamais de syncope ou même d'état syncopal.

D'autre part, les voies pulmonaires se montrent à son égard, d'une endurance très marquée, pas de congestion, pas de bronchite, une légère sensation de suffocation aux premières bouffées seulement.

L'expérimentation physiologique a démontré que les animaux sous des doses voulues et assez grandes, mouraient avec des troubles respiratoires d'origine centrale. C'est qui nous fait voir que le danger, s'il devait y en avoir, viendrait de ce côté.

Je ne vous mentionnerai qu'en passant les principaux inconvénients et désavantages que nous avons l'habitude de rencontrer avec le Protoxyde d'Azote, qui vous sont familiers et qu'on ne rencontre jamais avec le Scœmnoforme. C'est d'abord l'état d'asphyxie qui forme comme un élément essentiel du sommeil par le gaz, et qui contraindrait nécessairement son emploi non seulement dans toutes les affections, même chroniques, des voies respiratoires, mais encore dans toutes les lésions du cœur

et des reins, compensées ou non, asphyxié qui rend ce sommeil épouvantable pour ceux qui accompagnent le patient et qui, vous l'admettez, n'est jamais belle à voir.

Cet état contraste singulièrement avec celui que nous observons avec le Scœmnoforme qui est plutôt celui du sommeil naturel.

Puis les contractions généralisées à tous les muscles, accompagnées de mouvements, souvent violents, nuisent considérablement l'opérateur et gênent les organes essentiels dans leur fonctionnement. N'y aurait-il que l'outillage si compliqué et si encombrant qu'il exige et la dépense d'argent plus considérable ce serait déjà suffisant pour nous édifier.

Depuis les fameuses communications de Rolland, le Scœmnoforme est devenu fort en usage en France, en Espagne, en Angleterre, aux Etats-Unis et tout récemment au Canada. Près d'un million de patients ont été anesthésiés avec ce corps sans qu'on ait pu enrégistrer aucune mortalité, pas même une alerte.

Les quelques ennuis qu'il nous donne avec les grands nerveux et surtout les alcooliques, se rencontrent, et même à un plus haut degré, avec les autres anesthésiques. Aussi les contrindications en sont-elles très restreintes : un état de cachexie avancée, l'asystolie d'origine cardiaque, rénale, surtout quand elles surviennent chez un alcoolique, forment à peu près les seules contrindications absolues à l'emploi du Scœmnoforme.

Dans un récent voyage en France et en Angleterre, j'ai eu l'heureuse occasion de voir employer cet anesthésique dans grand nombre de cliniques dentaires ; le Dr Dubeau, notre éminent confrère, a eu la bonne fortune d'être l'hôte du Dr Rolland à Bordeaux et d'assister à sa clinique. Quant à moi, j'ai eu l'avantage de rencontrer son ancien assistant, le docteur William H. Gilmour, de Liverpool, qui m'a entretenu longuement et à maintes reprises sur le Scœmnoforme, ayant lui-même fait des

études sérieuses et écrit plusieurs articles très bien faits, sur le sujet, dans différentes revues anglaises.

Frappé des magnifiques résultats que j'ai été à même de constater, je me suis empressé à mon retour de l'employer dans ma pratique journalière et je n'ai qu'à m'en féliciter. Plusieurs de mes confrères, à Québec, l'ont d'ailleurs adopté à l'exclusion de tout autre. Pour ne mentionner que quelques noms, je vous nommerai les docteurs Dorval, Louis Lemieux, Alexandre Lemieux, Ed. Chambers et tous ces messieurs m'ont dit être parfaitement satisfaits de ses bons effets.

En présence de ces faits, de ces témoignages et de ces opinions si tranchées qui se rapportent à une question dont aucun dentiste ne saurait se désintéresser sans préjudices pour lui-même ou pour son client, ce qui est plus grave, j'ai cru faire œuvre utile en vous mettant sous les yeux les arguments invoqués en faveur d'une nouvelle méthode, sinon parfaite du moins supérieure à toutes les autres connues.

Depuis la découverte de Rolland, en 1901, partant des mêmes principes, on a composé d'autres mélanges volatils auxquels on a donné différents noms : le Coryloforme et le Narcotile, par exemple, provenant tous deux de la série des corps chimiques renfermant le radical Ethyle, et qui jouissent sans aucun doute de la plupart des propriétés du Soemnoforme. Cependant n'ayant sur ces composés aucune documentation comparable à celle de Rolland et n'en ayant jamais fait usage, je ne saurais les recommander jusqu'à nouvel ordre.

Je continuerai à l'avenir d'être un fidèle adepte du Soemnoforme, composé bien défini, bien expérimenté et qui a fait ses preuves.

DR. A. LANTIER,

Chirurgien-Dentiste, Québec.

## ***A travers les Journaux***

---

### GLANURES

---

Starkle a essayé de déterminer expérimentalement les effets sur l'œil des diverses sources lumineuses dont nous usons habituellement. Ses conclusions sont que les effets nuisibles d'une lumière sur la rétine croissent en proportion du nombre des rayons à courtes ondulations qu'elle renferme. Ces rayons à courtes ondulations sont ceux de l'ultra-violet qui ont une action chimique. Et voici comment Starkle classe les diverses lumières, d'après leur richesse en rayons nuisibles :

Acétylène, bec Auer, lumière électrique, lumière du gaz, pétrole.

La lumière du pétrole est par suite la moins dangereuse.

On peut d'ailleurs atténuer l'action des rayons à courtes ondulations en interposant des verres épais de certaines couleurs.

\* \*

D'après Pesci, une dose journalière de 0 gr. 20 de chlorure de baryum dans 100 grammes d'eau distillée, continuée pendant huit jours, amène la résorption des grands épanchements pleurétiques.

\* \*

Francis Hare a traité neuf cas d'hémoptysie, huit d'origine

tuberculeuse, un d'origine cardio-mitrale, par le nitrite d'Amyle. Dans tous les cas l'hémorrhagie s'est arrêtée en moins de trois minutes.

\* \* \*

M. Cooter préconise l'eau de chaux dans le traitement des verrues, après avoir constaté par hasard que ce médicament agit d'une façon presque spécifique contre les verrues et les états analogues. Étant lui-même atteint d'une verrue sur le ponce qui résista à tous les traitements, il avait fini par ne plus rien faire. Puis il lui arriva de prendre un peu d'eau de chaux pendant une dizaine de jours pour une légère indisposition.

Au bout de deux semaines il remarqua que la verrue avait disparu. Pensant qu'il existait une relation entre ce traitement et l'effet constaté, il prescrivit l'eau de chaux dans des cas semblables sans aucun traitement local. Depuis il n'a pas trouvé un seul cas qui ait résisté à ce remède. Les verrues disparaissent complètement en quatre jours à six semaines. Habituellement l'auteur prescrit un verre ordinaire d'eau de chaux avec un peu de lait, à prendre après le repas du midi.

(De the Brit. med.)

\* \* \*

M. Higginson propose comme traitement de l'hémoptysie capillaire dans la phthisie la position demi-couchée. Les moyens usités habituellement contre l'hémoptysie sont impuissants contre les petits crachats sanguinolents que certains phthisiques rejettent à leur réveil. La position couchée favorise la congestion de la muqueuse bronchique et l'hémoptysie chez ces malades. Aussi conseille-t-il à ces derniers de se servir d'oreillers assez épais pour que l'axe du tronc et de la tête fasse avec le plan horizontal un angle de 30° à 45°. Le malade reste dans cette position pour la nuit et le matin il n'y a pas d'hémoptysies. Le malade peut recommencer sa vie ordinaire lorsque les crachats

sanglants ont disparu depuis deux jours. Un malade qui était sujet à cet accident le matin, depuis un certain temps, l'a vu disparaître sans aucun traitement.

\* \*

#### A PROPOS DE LA CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES

M. Delbet rappelle que, d'après les travaux de *Wiart* le canal cystique ne se jette pas directement à angle plus ou moins obtus dans le canal cholédoque, mais que, après avoir rencontré le canal hépatique, ces deux canaux cheminent sur une certaine distance accolés l'un à l'autre à la manière des canons d'un fusil de chasse. Ce canal double hépatico-cystique qui est enveloppé dans une gaine commune peut être très court. Il peut être aussi très long et se continuer derrière le duodénum ou opérer par la voie transduodénale. En réalité, les calculs du cholédoque sont très souvent des calculs du canal double hépatico-cystique ou des calculs du canal hépatique. Il est d'ailleurs facile de faire le diagnostic de ces différents calculs. On connaît le symptôme dit "signe de Courvoisier" d'après lequel la constatation d'une vésicule biliaire rétractée indiquerait une lithiase, une vésicule dilatée au contraire un cancer des voies biliaires principales. Mais ce signe est très inconstant. D'après M. Delbet, si la vésicule est rétractée c'est que l'obstacle siège sur le canal hépatico-cystique ; si au contraire la vésicule est dilatée, c'est que l'obstacle siège sur le cholédoque lui-même et que la bile, venant du foie, peut refluer du canal hépatique dans le cystique et de là dans la vésicule. Le siège de l'obstacle a donc plus d'influence que l'obstacle lui-même sur la rétraction ou non-rétraction de la vésicule.

\* \*

M. Tickell décrit un traitement de l'érysipèle par l'usage externe et interne du perchlorure de fer. L'application locale consiste à faire un simple badigeonnage une fois par jour sur toutes

les parties affectées et au de là sur les tissus sains sans employer de gaze ou de tissu imperméable. D'après les observations citées l'application locale combat l'inflammation externe par une action presque spécifique sur la destruction du streptocoque, car le perchlorure de fer a été employé à l'intérieur avec d'autres applications externes sans donner les mêmes résultats observés avec d'autres médicaments. L'auteur considère que le perchlorure de fer en badigeonnages sur les parties malades est un excellent topique qui abrège la durée de la maladie.

(De *Therapeutic Gazette.*)

\* \* \*

Collet de Lyon, a fait disparaître chez un tabétique des crises laryngées qui se reproduisaient depuis de longues années, en dépit de toute espèce de traitement, en donnant au malade, trois fois par jour, 0 gr. 15 de Santonine, pendant 3 jours.

\* \* \*

Le prof. Joffroz est d'avis que la syphilis n'intervient que comme cause adjuvante de la paralysie générale et que le syphilitique qui mène une existence régulière, qui soigne sa syphilis sans orgies de mercure et se soumet aux règles d'une hygiène raisonnable, a les plus grandes chances d'éviter la paralysie générale

\* \* \*

L'écart thermique entre la température du matin et celle du soir est d'environ 3 à 5 dixièmes de degré chez un sujet sain. Chez les sujets prédisposés ou candidats à la tuberculose, cette différence monte à 8 dixièmes et même à un degré.

\* \* \*

M. Gané retrace les *indications du traitement opératoire et conservatoire* de la tuberculose articulaire. Le traitement conservatoire a donné de bons résultats dans les affections tuberculeuses des articulations de la main, de la hanche et de l'épaule.

lorsqu'elles n'étaient pas très avancées. Gané a aussi essayé d'abord les injections iodoformées et la fixation dans l'articulation du coude, sauf les cas avec abcès et fistules. Par contre, pour le genou, il préfère, même dans les cas légers, l'opération, résection, synovectomie qui lui a donné 94% de succès, c'est-à-dire la guérison du processus tuberculeux. Sur l'articulation du pied le traitement opératoire s'est montré très supérieur, de sorte que l'auteur a limité le traitement iodoformé aux cas récents sans fistule, avec bon état général et chez les jeunes sujets, aux affections mono-articulaires sans participation des gaines tendineuses, sans foyer osseux, enfin chez les sujets âgés chez lesquels on ne pourrait que discuter l'amputation.

\* \* \*

“Recherches sur l'alimentation des phtisiques (la viande crue, les œufs, la gélatine)” Albert Robin.

1° La viande.—Une longue série de recherches nous a montré que la viande crue fait baisser les échanges respiratoires. A partir de 200 grammes, ces échanges augmentent, sauf quelques exceptions, presque parallèlement à la ration ingérée.

La conclusion pratique qui découle de ces recherches est qu'on dépasse souvent le but, en suralimentant, outre mesure, le tuberculeux avec de la viande crue, et qu'il faut se limiter à la ration optimale de 150 grammes par jour en trois doses de 50 grammes, sous peine de voir l'excès d'alimentation causée créer et entretenir dans les tissus du phtisique une stimulation des échanges qui est déjà l'un des éléments morbides essentiels de leur maladie.

Et quand l'état de l'appétit et des fonctions digestives du malade paraîtront légitimer l'emploi de rations plus fortes, il ne faudra pas les conseiller avant de s'être assuré qu'elles n'exaspèrent pas les échanges respiratoires.

Nous sommes donc autorisés à signaler au moins l'un des

dangers qu'il y a à donner de grandes rations de viande aux phtisiques, dont il faut modérer et non stimuler les échanges respiratoires, tout en parant aux besoins de l'intense activité du métabolisme qui est leur apanage,

2° Les oeufs.—On ajoute deux oeufs crus par jour à l'alimentation d'un phtisique ; les échanges respiratoires totaux augmentent de 13.75%. l'acide carbonique formé de 20.84% ; l'oxygène consommé total de 8.78%.

Si l'on restreint le nombre des oeufs à six, la totalité des échanges respiratoires s'abaisse de 20.35%, l'acide carbonique formé à 13.26%, l'oxygène total consommé de 25.34%.

Comme le malade a pris du poids, aussi bien avec six oeufs qu'avec douze et que son état général a été aussi bon dans une des périodes que dans l'autre, il paraît bien fondé de considérer le nombre de six oeufs par jour comme suffisant, puisque sans profit sensible pour le malade, un nombre d'oeufs plus élevé, accroît les échanges respiratoires.

3° La gélatine.—Chez les phtisiques, la superposition à une alimentation hospitalière réglée, de 20 gr. de gélatine par jour, diminue assez rapidement les échanges respiratoires. La diminution atteint de 10 à 18% de leur totalité.

Cette action d'épargne ne se manifeste qu'à la condition que la gélatine soit prise régulièrement et que la dose ingérée soit bien tolérée et ne provoque ni dégoût, ni troubles digestifs.

Il ne faut pas donner une trop grande ration de viande crue aux phtisiques qui prennent de la gélatine, sous peine de voir s'atténuer l'action restrictive de celle-ci sur les échanges respiratoires.

Au contraire, avec une ration quotidienne de 100 à 150 grammes de viande crue au plus, l'atténuation des échanges, et par conséquent l'action d'épargne de la gélatine continue à se manifester et s'accroît même dans une faible mesure.

Ces faits justifient l'introduction de la gélatine ou des aliments gélatineux dans l'alimentation des phthisiques.

\*  
\*

M. McIntosh discute les théories modernes de l'immunité au point de vue des avantages et des indications de l'*hypodermoclyse*. Il a constaté que les solutions salines, dans les cas où elles sont indiquées, déterminent une augmentation des érythrocytes et des leucocytes. Il est également probable que l'activité des glandes vasculaires sanguines se trouve accrue et donne à ce propos les observations des cas qu'il a traités.

L'expérience personnelle de l'auteur porte sur des cas d'hémorrhagie, de shock, d'urémie, d'éclampsie puerpérale, de fièvre typhoïde, de pneumonie, d'anémie, de rhumatisme musculaire et articulaire. Les effets cliniques de l'hypodermoclyse sont d'élever la tension sanguine, de renfoncer et de régulariser le pouls. L'augmentation du nombre des érythrocytes permet au sang de transporter plus d'oxygène, les respirations sont plus profondes et moins rapides. Le sang et les tissus sont plus complètement oxygénés. La peau devient moite, la diurèse est accrue, le sommeil et l'appétit s'améliorent et le malade en éprouve du bien-être.

(De *N.-Y. Med. Jour.*)

\*  
\*

#### APHORISMES CLINIQUES ET PROFESSIONNELS

—Est-il bien nécessaire que, dans votre cabinet, cuvettes et instruments, table d'opération, soient étalés et visibles? C'est affaire de goût, mais nous ne pensons pas qu'il faille impressionner le patient, qui sait où il vient et ne manque déjà pas d'appréhension. Léger travail après tout.

—Vous aurez tout bénéfice à être aimable pour tous. On fera des comparaisons, cela se répètera et vous vous créerez de tous côtés des avocats et des partisans délibérés.

—Ne dites jamais à un client : "Ce n'est rien." Il ne comprendra pas, puisqu'il souffre, cette façon de le rassurer. Il sera bien plus heureux si, après lui avoir annoncé qu'il est bien malade, vous le soulagez rapidement. Vous deviendrez ainsi un grand médecin, sans explications qui importent peu au patient.

—Soyez prudent dans vos paroles lorsque vous êtes appelé auprès d'un malade déjà vu par un confrère, lorsque vous lui prenez un malade, en un mot. Le fameux : "Vous m'appelez trop tard," est malhonnête. N'écoutez pas les propos malveillants tenus sur un confrère. Gardez-vous d'en tenir et surtout de faire des réflexions ironiques ou peu charitables sur ses capacités ou son honorabilité. C'est d'une élémentaire honnêteté et le premier des devoirs déontologiques.

—Ne laissez pas vos plébités puerpérales ou autres se lever trop tôt. Vous auriez sur la conscience un certain nombre de cadavres de plus. Immobilisez-les au moins six semaines.

—Ce qui entretiendra votre réputation, ce n'est pas de vieillir ou d'acquérir de l'expérience, mais de réussir à guérir une maladie grave sensationnellement, de réduire une fracture, une luxation, par-ci, par-là, un petit éclat thérapeutique qui ne vous laisse point dans l'oubli.

—Il vaut mieux ne pas réclamer d'honoraires aux mauvais clients avant un temps assez long après votre installation, car ils vous desserviraient et détourneraient les bons qui les écoutent assez souvent. Mais soyez fermes au bout de un an ou dix-huit mois.

—Ne dites pas à une mère que son bébé présente des marques de rachitisme, à une cliente qu'elle mourra de la maladie dont son père ou sa mère sont morts.

—Ne négligez pas le thermomètre et si un malade, adulte ou enfant, vous demande à se lever, à sortir, à manger ce qui lui plaît, dites-lui que le juge de paix (le thermomètre) va prononcer sentence.

A. Mathieu.

# EXAMEN METHODIQUE DU SOMMET DU POUMON

---

PAR MAURICE LETULLE  
Agrégé, Médecin de l'hôpital Boucicaut

---

## PERCUSSION DES SOMMETS

---

La percussion du sommet oblige le patient aussi bien que le médecin à des attitudes différentes suivant les régions examinées. Il est bon d'étudier tour à tour la percussion des parties antérieure, postérieure et latérale du sommet.

\* \* \*

1° *Percussion antérieure.*— Ici, encore, la manœuvre ne sera pas la même pour la percussion *sus-claviculaire* du côté droit ou gauche, et pour la percussion *sous-claviculaire*. Tous ces détails ont un réel intérêt.

*Percussion sus-claviculaire.*—Lorsqu'il s'agit de percuter la région sus-claviculaire droite ou gauche, la meilleure position à proposer au sujet serait : la tête au repos, légèrement appuyée sur un oreiller, par exemple ; on obtient de la sorte le relâchement complet des sterno-mastoïdiens et du trapèze. Sinon, le malade restant la tête droite, l'explorateur se place en arrière de lui et à droite, pour la percussion à droite, à gauche pour l'opération sur le côté correspondant ; le sujet demeure en place.

Les positions respectives de l'opérateur et du patient

doivent être ainsi réglées d'avance pour chaque région. L'opération de la percussion peut commencer.

Il est peut-être utile de signaler, au préalable, quelques conditions fondamentales, sans lesquelles ce mode d'investigation risquerait de conduire aux pires erreurs d'interprétation.

Pour bien percuter, quelle que soit la région, il est un premier tour de main dont on ne peut se passer : c'est *le jeu du poigne*. La main percutante, placée en pronation, doit se mobiliser alternativement, de bas en haut et de haut en bas, avec une grande souplesse et une réelle légèreté, pendant que l'avant bras, plus ou moins fléchi sur le bras, demeure immobile. L'acte de la "percussion médiate" peut, en vérité, être comparé à un coup de marteau appliqué normalement, au moyen d'un doigt (médius), deux doigts (médius et annulaire, ou médius et index), ou trois doigts (index, médius et annulaire), *doigts percutant la face dorsale d'un seul doigt* (le médius) de la main percutée. La pointe du marteau frappeur (figurée par l'extrémité de la phalange à demi fléchie) tombe, d'un coup net et précis, sur le dos de la phalange percutée et tenue en extension. Aussitôt le coup donné, le doigt percuteur se relève, pour se remettre en position.

Quelle que doive être l'intensité volontaire du choc produit par un doigt sur l'autre (percussion légère ou *superficielle*, percussion forte ou *profonde*), le geste de la main qui frappe ne doit jamais varier : seule, son énergie se modifie suivant la nature de l'enquête poursuivie. Pour la percussion profonde, deux ou trois doigts percuteurs sont nécessaires ; un seul doigt, de préférence le médius, sert à la percussion superficielle.

La souplesse du poignet, l'art de mettre en bonne position la main et les doigts, la mesure exacte de l'effort à faire pour bien percuter s'acquièrent en quelques séances, surtout quand

on possède déjà les premières notions de "tenue des mains" et du "doigté" indispensables aux pianistes.

De son côté, le "*jeu de la main percutée*" a une importance décisive. En effet, de sa bonne mise en position vont dépendre l'attitude de l'opérateur et la sécurité de ses gestes. Le tout est de se conformer strictement à la règle suivante, aussi simple que logique.

Le doigt percuté, autrement dit le médius (qui est, pour la plupart des mains, le mieux approprié et qu'aucun plessimètre ne saurait remplacer) doit s'appliquer d'une façon exacte à la surface des téguments. La face palmaire de la phalange et de ses articulations restera, tout le temps de l'opération, parfaitement parallèle au plan des parties molles sous-jacentes et s'adaptera à la conformation de la région. Enfin, lorsque le squelette (clavicules, côtes) comporte des saillies osseuses longitudinales alternant avec des couches musculaires, l'axe du doigt percuté ira, autant que possible, se loger dans les dépressions intercalaires aux reliefs osseux et leur demeurera parallèle.

L'attitude réciproque des deux mains n'est pas une question plus négligeable. En principe, il est désirable d'actionner la main percutante suivant un axe perpendiculaire à celui de la main percutée, les gestes du reste de chacun des membres supérieurs se réglant d'après cette position réciproque. En pratique, il est nombre de cas, surtout lorsque l'on sait bien percuter, où les deux avant-bras de l'opérateur peuvent, sans aucun inconvénient, former un angle plus ou moins aigu, à sinus toujours ouvert du côté de l'observateur.

Pendant les chocs rapprochés nécessaires à l'opérateur pour obtenir la note exacte qu'il recherche, les deux mains qui opèrent, chacune au mieux des besoins de l'enquête, restent écartées l'une de l'autre à une certaine distance (que l'expérience fait vite connaître): si trop longue, les coups de marteau ris-

queraient, en tombant à faux (ou tout au moins à côté de la crête saillante formée par le relief de la face dorsale de la phalangine et de ses deux articulations) de produire des érosions traumatiques sur la peau percutée par l'ongle du doigt et non pas par le sommet de la pulpe : ni trop courte, car alors le son obtenu serait trop sourd : la clarté du son est la preuve d'une bonne percussion. Pour prendre du champ, la main percutante n'a pas besoin de s'élever de plus de 6 à 8 centimètres au-dessus du doigt percuté.

Enfin, recommandation pratique, les déplacements nécessaires à une enquête régionale ont grand profit à être effectués d'une manière simultanée par les deux mains, la percutante accompagnant les allées et venues de la percutée, qu'elle domine.

Ces notions préliminaires acceptées, nous percutons les deux fosses sus-claviculaires. Il suffira d'indiquer la position des mains. En général, il est plus commode de commencer à droite. Le médius gauche s'applique à fond, derrière la clavicule, entre les saillies du sterno-mastoïdien et du trapèze ; tant qu'il n'a pas bien trouvé sa place, il ne faut pas percuter.

Dans ce geste, l'opérateur domine d'assez haut l'épaule du patient, ce qui assure un libre jeu à ses mains, dans toute l'étendue de la région sus-claviculaire qu'il est bon de percuter jusques et y compris la masse du sterno-mastoïdien. Ayant terminé à droite, l'observateur se porte, toujours par derrière, à gauche et applique la face palmaire de son médius gauche (en extension). De ce côté, une bonne position est plus difficile à obtenir qu'à droite. Elle est possible, néanmoins, pourvu que l'opérateur surplombe bien l'épaule du malade et s'incline assez à gauche pour être à même de lancer à coup sûr son doigt percutateur.

*Percussion sous-claviculaire.*—Pour percuter au-dessous des

deux clavicules, la position de choix pour le médecin est : face au sujet et à peu près à la même hauteur que lui. De cette façon, l'opérateur manœuvrera sans gêne, à une double condition : il rapprochera fortement son coude gauche en se penchant à gauche, quand il voudra percuter la région sous-claviculaire droite ; au contraire, il écartera en le soulevant ce même coude gauche pour percuter la région sous-claviculaire gauche. Dans l'une et l'autre position, il est de toute nécessité de maintenir le doigt percuté strictement parallèle à la clavicule correspondante tant qu'il l'avoisine, et parallèle aux côtes sitôt qu'il quitte la clavicule.

Le même geste peut, d'ailleurs, servir à percuter la région sus-claviculaire.

Il est inutile de rappeler que l'on procède ici, comme partout ailleurs, par comparaison entre deux points symétriques, et que la percussion doit toujours être *d'abord superficielle, ensuite profonde*.

*Percussion claviculaire.*—Avant de quitter les régions antérieures du sommet, il est loisible de percuter la clavicule elle-même, bien que, par sa proéminence, elle se trouve plus éloignée du poumon.

La percussion médiate de la clavicule est une opération plutôt malaisée, surtout à cause des inflexions de l'os et de la minceur relative de son bord antérieur. Le médius a de la peine à se conformer à la surface percutable, à laquelle il doit cependant demeurer parallèle malgré les chocs réitérés qu'il reçoit.

La percussion "directe", au moyen du médius droit agissant demi-fléchi sans l'intermédiaire du médius gauche, est facile et fournit d'assez bons renseignements. Elle est surtout utilisée, ainsi que nous le verrons bientôt, au cours de l'étude de

la *transsonance* du sommet du poumon. Le mode de percussion directe de la clavicule sera étudié à ce moment.

\* \* \*

2° *Percussion latérale*.—A moins de circonstances exceptionnelles, la percussion *latérale* du sommet, ou pour mieux dire de la partie inférieure du sommet est plutôt difficile. Le fond du creux de l'aisselle est peu accessible. Pour y atteindre au moyen du médius (portion phalangienne), toutes les masses musculaires protégeant le creux axillaire, en avant, comme les pectoraux, et en arrière, comme le grand dentelé, doivent être mises dans un état de relâchement parfait. Le bras en abduction passive ou soutenu par un aide, le tronc au repos (appuyé contre une surface plane, sinon convexe), ou même couché dans le décubitus dorso-latéral, telle est l'attitude indispensable.

A moins d'un état de maigreur marquée du sujet, le doigt à percuter éprouve une réelle gêne à s'appliquer au fond de l'aisselle, parallèlement à l'espace intercostal le plus élevé qu'on puisse atteindre (ce n'est guère que le deuxième), enfoncé contre la paroi interne, au haut de la fosse axillaire. Or, règle absolue, toutes les fois qu'on risque de percuter à faux un point quelconque, mieux vaut n'en pas tenter l'expérience.

C'est à propos de l'aisselle que l'emploi d'instruments—plessimètres et plessigraphes—plutôt inutile pour les régions découvertes et accessibles, est recommandé. Le seul inconvénient du plessimètre est l'apprentissage qu'il en faut faire, peu justifié par les circonstances plutôt rares où cet instrument de précision est vraiment indispensable.

\* \* \*

3° *Percussion postérieure*.—La percussion postérieure du haut de la poitrine s'adresse à deux régions : à la *fosse sus-épineuse* et à la partie de la *région inter-scapulaire* qui lui correspond.

\* \* \*

*Percussion de la fosse sus-épineuse* — Le patient étant assis (ce qui permet à l'opérateur de dominer ses épaules), fléchit légèrement le tronc et arrondit le dos; il laisse "tomber" ses épaules tout en reposant ses deux avant-bras sur les cuisses, attitude moins pénible que celle des "bras ballants".

Les muscles de la nuque (surtout le trapèze) et ceux des épaules étant en relâchement aussi marqué que possible, la tête se trouve un peu fléchie, sans gêner toutefois le sujet. La percussion en sera grandement facilitée: les muscles contractés résistent aux doigts percuteurs et obscurcissent d'autant la sonorité normale du parenchyme respiratoire.

Pour bien percuter la fosse sus-épineuse, considérons-la comme un triangle dont le sommet correspondrait à l'articulation acromio-claviculaire et la base à la région vertébrale, ou pour mieux dire, à la région inter-scapulaire adjacente. Dans ce triangle (dont l'épine de l'omoplate représente le bord inférieur) trois parties sont à considérer: la pointe, ou région acromiale, la plus éloignée de la cage thoracique; la zone intermédiaire, largement étalée de l'épine de l'omoplate au bord saillant du trapèze cervical; enfin, la base même, qui recouvre la partie la plus élevée du sommet du poumon. Dans chacune de ces trois portions, la percussion exige quelques précautions un peu particulières.

D'une façon générale, on peut dire que les successives attitudes imposées à la main percutée (médius gauche), tracent au-dessus de l'épaule, une sorte de courbe à convexité supérieure, un éventail, allant de bas en haut et de dehors en dedans. Confinant à l'épine de l'omoplate, le long de laquelle elle commence, la série des gestes en question vient se terminer verticalement, parallèle à la saillie des apophyses épineuses cervico-dorsales,

c'est-à-dire en pleine région inter-scapulaire, qui fait suite, par en dedans, à la fosse sus-épineuse et la complète.

Cette percussion de la région sus-épineuse qu'on pourrait, par image, dénommer radiée, fournit une première donnée générale. L'enquête se complète alors en étudiant les trois zones dont se compose le territoire de la région sus-épineuse.

Dans la *zone moyenne*, le doigt s'applique d'abord obliquement contre l'épine même. La percussion y est facile. Sur les personnes douées d'une musculature médiocre, le poumon y résonne bien, de cette note grave, profonde et douce, caractéristique de l'état normal.

Au *sommet* du triangle sus-épineux, vers la région acromiale, il n'en est plus de même. Ici, la main se pose loin du parenchyme respiratoire, que les ondes percutantes n'abordent que d'une façon tangentielle. Néanmoins, les renseignements qu'on obtient, malgré la demi-sonorité et malgré la lointaine élasticité de la région, sont tels qu'on ne saurait les y rechercher avec trop de soin. Le médius à percuter y trouve comme à tâtons sa position la plus favorable qui est, me semble-t-il, la main horizontale, en position antéro-postérieure, par conséquent perpendiculaire au plan transversal du corps du patient.

Pendant que le médius gauche, à mesure qu'on le frappe, se redresse vers la verticale, il arrive à se placer en travers du relief musculaire du trapèze. A ce moment, l'opérateur se trouve donc à percuter, entre l'épaule et le cou, une zone sonore correspondant à peu près au versant latéral externe du sommet du poumon. Cette bande sonore, désignée par certains auteurs sous le nom d'*Isthme du sommet*, a une réelle valeur, bien mise en lumière, chez nous, par notre collègue Küss : sa largeur et sa clarté décroissent proportionnellement aux altérations tuberculeuses du parenchyme respiratoire.

Quant à la *base* du triangle sus-épineux, elle se confond, pour sa percussion, avec la région inter-scapulaire.

*Percussion inter-scapulaire.*—Entre le bord spinal de l'omoplate et la ligne des apophyses épineuses se trouvent enclavés le bord postérieur du poumon et, à plus forte raison, le sommet de l'organe. La main percutée doit s'y poser verticale et la main percutante y porter ses coups rigoureusement perpendiculaires à l'axe du médius gauche. Légère ou profonde, la percussion y découvre des renseignements précieux, tant sur le poumon que sur l'état du médiastin postérieur et, en particulier, pour ce qui nous intéresse, sur les ganglions trachéo-bronchiques surplombant le hile pulmonaire correspondant.

\* \*

Pour terminer les manœuvres de percussion, il ne reste plus que l'enquête sur la *transsonance du sommet*, dont nous étudierons ultérieurement la technique.



PREMIERE ÉTAPE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. — DIAGNOSTIC PRÉCOCE PAR L'AUSCULTATION

---

Par M. le prof. GRANCHER

---

Depuis que Laënnec, dans son admirable *Traité de l'Auscultation*, a écrit que : "*des tubercules petits séparés les uns des autres par un tissu pulmonaire sain ne peuvent être reconnus*"; depuis que le même Laënnec a dit que le *premier degré* de la tuberculose est caractérisé par une *bronchophonie diffuse* accompagnée de *submatité*, tous les médecins ou presque tous, suivent les mêmes errements. Louis, Barth et Roger, Potain, Dieulafoy, etc., enseignent que pour reconnaître une phtisie au premier degré, il faut quatre ou même cinq signes physiques accumulés sur le même point du poumon.

Ces signes sont :

- 1° L'inspiration faible, rude ou saccadée ;
- 2° La bronchophonie ;
- 3° La submatité ;
- 4° L'expiration prolongée ;
- 5° Quelques craquements secs.

Ainsi, l'enseignement classique exige, pour diagnostiquer la tuberculose pulmonaire, une altération si profonde du poumon, qu'on peut dire, sans exagération, que les médecins recon-

naissent la présence des tubercules quand ceux-ci ont déjà détruit le tissu pulmonaire.

Et, de fait, les bacilles existent le plus souvent dans les crachats, lorsque le *premier degré* de la maladie est atteint.

Le premier degré ! Alors que les signes physiques se sont accumulés un à un, depuis des mois et des années !

Je ne connais pas d'erreur plus préjudiciable à l'intérêt d'un tuberculeux que cette méconnaissance de la succession des signes physiques qui caractérisent, chacun pour sa part, la présence des tubercules dans le poumon.

Or, tout médecin accordera que ces signes viennent *successivement* s'ajouter l'un à l'autre, et souvent à longues échéances.

Pourquoi donc attendre si longtemps ? C'est que l'idée d'incurabilité des tuberculeux (seconde erreur de Laënnec) a rendu les médecins peureux de ce diagnostic.

Laënnec enseignait, en effet, que le tubercule en évolution est *incurable*, comme le *cancer* ; ce qui ne l'empêchait pas de croire à la guérison des cavernes, parce que, à ses yeux, les tubercules étant éliminés à cette dernière période du mal, les tissus fibreux de la caverne pouvaient se cicatriser.

Or, telle a été la vigueur d'empreinte de Laënnec sur ses contemporains et sur ses successeurs, que la peur du diagnostic de tuberculose règne encore en maîtresse dans l'âme de beaucoup de médecins.

\*  
\* \*  
\*

En 1882, j'ai publié, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, un travail où je m'efforce de reporter le diagnostic de la tuberculose pulmonaire à une époque très antérieure à la première période classique. J'affirme que le diagnostic doit être fait dès qu'une inspiration anormale *permanente et localisée* s'entend à l'un des sommets du poumon. J'affirme que ce signe *suffit à lui seul* pour reconnaître la tuberculose, surtout

quand il s'accompagne, ce qui est le cas ordinaire, d'un léger fléchissement de la santé et d'un peu de fièvre vespérale. Et, depuis cette époque, je n'ai cessé, dans toutes les occasions—et elles sont nombreuses—de revenir sur ce diagnostic précoce fondé sur le signe exclusif de l'altération du murmure *inspiratoire*.

Je dois reconnaître, malheureusement, que, si j'ai conquis autour de moi mes élèves et quelques médecins, cependant le plus grand nombre, surtout les médecins de ma génération, persistent dans les anciens errements.

Cela tient à des causes multiples.

Outre que les hommes d'une génération refont difficilement leur éducation, il est arrivé qu'au moment même où j'appelais l'attention du corps médical sur une nouvelle méthode d'examen du poumon, et une meilleure auscultation, la découverte si justement retentissante du bacille de Koch en 1882 est venue jeter les esprits dans une direction tout opposée.

Enthousiasmés par la simplicité et la précision de ce nouveau diagnostic (le bacille dans les crachats), plusieurs des chefs de la médecine française, pour ne parler que de ceux-là, n'ont plus voulu entendre parler d'auscultation (Germain Sée). J'ai protesté vivement et j'ai montré que si la présence du bacille dans les crachats donne un diagnostic *certain*, ce diagnostic est toujours *tardif*, sauf dans quelques cas de pneumonie tuberculeuse ou de bronchite diffuse.

Attendre la présence du bacille tuberculeux, c'est-à-dire en somme la présence de cavernules pulmonaires, c'est faire œuvre mauvaise, c'est causer au malade un immense préjudice, car c'est rendre incurable ou très difficile à guérir une tuberculose curable, si elle eut été antérieurement reconnue.

Mais, il est si facile de s'adresser au laboratoire voisin, que la paresse naturelle aidant, beaucoup ont écarté la fatigue d'un

examen bien fait par l'auscultation, et se sont contentés de savoir si oui ou non le bacille était présent.

En même temps que le bacille prenait ainsi possession d'une part de diagnostic qui ne lui appartenait point, puisque la connaissance des premiers stades de la maladie relève de la clinique, le diagnostic par la tuberculisation avait aussi ses adeptes.

Pour ma part, je n'ai jamais osé demander à la tuberculine le diagnostic de la tuberculose, parce que je ne crois pas qu'on puisse affirmer qu'une injection de tuberculine, quelque modérée qu'elle soit, mais qui doit être suffisante pour provoquer la réaction, soit toujours innocente. La réaction même, c'est-à-dire la fièvre, n'étant que le symptôme de la congestion provoquée autour du tubercule, qui peut prévoir et affirmer que cette congestion sera toujours inoffensive ?

Pour ce motif, très probablement, la plupart des médecins qui employaient souvent la tuberculine comme moyen de diagnostic l'ont peu à peu abandonnée.

La radiographie et la radioscopie ont éveillé aussi, à l'origine, beaucoup d'espérances. Puis, on s'est aperçu bientôt que, pour les cas ordinaires, les rayons X sont très inférieurs à l'oreille humaine ; et, aujourd'hui, les partisans les plus ardents de ces moyens de diagnostic les réservent pour certains cas particuliers d'adénopathie, de tuberculose profonde ou de pleurésie inter-lobaire, bref, pour les tuberculoses insaisissables par la percussion et l'auscultation.

Que dirais-je, maintenant, du sérodiagnostic et du cyto-diagnostic, quelque bien qu'on en puisse penser, leur application à la tuberculose pulmonaire est chose limitée, ayant sa part d'incertitudes, et qu'enfin et surtout, ces procédés de laboratoire sont par eux-mêmes trop délicats pour entrer jamais dans la pratique courante de la profession médicale ?

L'étude de la température, faite selon le procédé recommandé par MM. Daremberg et Chuquet, me paraît un moyen de beaucoup préférable à ceux que je viens d'énumérer. Outre qu'il est inoffensif, il est d'application facile, puisqu'il suffit de prendre trois températures, avec une heure de marche intercalaire, et que, si la température prise après la marche est plus haute de 0.5 de degré que la température prise avant la marche et une heure après la marche, il y a tuberculose, d'après les auteurs que je viens de nommer.

Je ne nie pas le fait, mais j'avoue que je n'oserais affirmer la maladie que si, en même temps que le signe de la température, je trouvais, par l'auscultation, le ou les signes physiques d'une lésion pulmonaire commençante. Si les poumons dans toute leur étendue sont sains, j'hésiterais à porter ce diagnostic. car je crois que, dans l'immense majorité des cas, sinon toujours la fièvre est postérieure à la lésion. Ma méthode d'examen, portant sur la seule *inspiration*, révélera cette lésion à l'un ou à l'autre des deux sommets.

Alors, mais alors seulement, la certitude du diagnostic s'impose par le concours des deux affirmations, celle que donne l'examen physique et celle que donne le thermomètre.

Je n'ai pas d'expérience personnelle sur la recherche de la tuberculose par l'étude du chimisme respiratoire. Je ne puis donc en rien dire de précis pour le moment.

Enfin, suprême raison en faveur du diagnostic par l'auscultation ! Que nous enseigne le laboratoire ? que la tuberculose existe quelque part dans le poumon ou dans l'organisme, voilà tout. Mais le siège précis de la lésion, sa profondeur, son évolution surtout, qui nous l'enseignera sinon la clinique ?

\*  
\* \*

Il faut donc en revenir, après ces efforts tentés dans toutes les directions, aux procédés d'examen ordinaires, c'est-à-dire à

l'inspection, palpation, percussion et auscultation. Mais il faut appliquer ces moyens d'exploration selon la méthode que j'ai déjà fait connaître en 1882, que je n'ai cessé d'employer depuis cette époque, et qui m'a toujours utilement servi.

Je puis aujourd'hui en parler avec beaucoup plus d'assurance que je ne l'ai fait au début de mes recherches, car, dans cet espace de vingt-trois années, j'ai relevé des faits chaque jour plus nombreux qui m'ont appris encore plus exactement combien il importe de dissocier par un examen attentif chacun des états physiques, au nombre de quatre ou cinq, dont on a l'habitude d'exiger l'association, pour reconnaître le *premier degré* de la tuberculose. Dans la tuberculose pulmonaire commune, ces signes évoluent *successivement et lentement*, et c'est l'inspiration qui s'altère la première. *Il faut donc attribuer aux anomalies de l'inspiration l'importance qui leur appartient pour le diagnostic précoce de la tuberculose.*

Mais je compris bien vite qu'une notion fondamentale me manquait, je veux dire la connaissance du *murmure physiologique*. Comme tous les étudiants, en effet, j'avais été exercé à la recherche des bruits pathologiques, tels que râles, souffles, crépitations ; mais personne ne m'avait initié à l'étude du murmure normal aux divers points du thorax. Cette initiation, je la demandai aux malades de ma salle et surtout aux élèves qui suivaient mon service ; car, parmi les malades qui fréquentent nos hôpitaux, il est assez difficile d'en trouver ayant les deux poumons entièrement sains. J'auscultai donc systématiquement et les malades entrés pour tout autre chose qu'une affection pulmonaire, les chloro-anémiques par exemple, et les élèves. Ma conviction fut bientôt faite : *le murmure inspiratoire dans deux poumons sains est identique à lui-même aux régions symétriques droite et gauche.*

A cette date de l'extrême début du mal, les vibrations, le

lade. Seule l'inspiration, je le répète et le répéterai cent fois, est modifiée; elle est plus rude ou plus faible, ou en même temps faible, rude et saccadée, si on la compare à l'inspiration du poumon opposé dans le point symétrique.

Je dis que cette altération de *l'inspiration seule*, quand elle est *permanente et localisée*, suffit au diagnostic de tuberculose pulmonaire, surtout si elle s'accompagne, comme c'est la règle presque constante, d'un léger trouble de la santé: fatigue, pâleur, amaigrissement, fébricule, etc. Et j'ajoute que ce signe isolé peut persister pendant longtemps, sans addition d'aucun autre signe physique, et qu'il constitue à lui seul, pendant des mois et des années, ce que j'appelle la *première étape* de la tuberculose, pour opposer à dessein ce mot et le fait qu'il représente à ce qu'on appelle le *premier degré* classique.

Cette première étape peut durer pendant toute la période de la vie infantile, ou, chez l'adulte, pendant plusieurs années, et un médecin inattentif pourrait aisément en conclure qu'il s'agit là d'un état physiologique spécial, ou, en tout cas, d'une chose qu'on peut négliger.

Il n'en est rien; car si l'on observe soigneusement le ou la malade porteur de ce signe, on s'aperçoit aisément que l'état local du poumon suit les oscillations de la santé générale.

Voici quelques exemples:

J'observe depuis six ans Mme X. que j'ai connue robuste, forte et grasse. Elle était, à cette époque, de ces personnes dont on dit qu'on leur achèterait la santé. De souche excellente, elle n'avait jamais été malade, lorsque de gros chagrins domestiques vinrent la troubler profondément. Elle perdit l'appétit, maigrit et me demanda conseil pour une dyspepsie très pénible et très tenace. Je dus la soumettre à un régime sévère, qui, peu à peu,

rétablit son état normal d'appétence et de digestion physiologiques. A ce moment, il y a de cela quatre ans, l'auscultation la plus attentive ne me révéla aucun signe de lésion pulmonaire.

Sous l'influence des mêmes causes dépressives, et aussi par le fait de multiples imprudences, les troubles digestifs reparurent avec des alternatives de mieux et de pire. Il y a deux ans, Mme X. restait maigre et pâle, mais ne toussait pas. L'auscultation me révéla cependant, sous la clavicule droite, la présence d'une *inspiration très affaiblie* dans une assez grande étendue du poumon, en avant et en arrière. Les vibrations et la sonorité étaient normales, de même que l'expiration.

Avec ce seul signe de l'inspiration affaiblie, je fis, selon ma pratique constante, le diagnostic de tuberculose pulmonaire, et je prévins Mme X. de la gravité de son état. Docile à mes conseils, cette dame se soigna aussi bien que sa nature mobile et changeante le lui permettait, et je pus constater, au cours des deux années qui viennent de s'écouler, des aggravations et des améliorations alternatives de son état physique, aussi bien que de l'état général, selon qu'elle obéissait à mes conseils ou les méconnaissait. Par exemple, après deux mois de chaise longue, d'aération continue et de repos, l'estomac était meilleur, les forces reparaissaient et le *murmure inspiratoire* du côté malade était meilleur, plus large, plus profond, tendant à se rapprocher de la normale. Au contraire, après une période de fatigues, de visites, de diners en ville, le *murmure inspiratoire* était plus affaibli.

Peu à peu, je vis se développer la seconde étape de la maladie, c'est-à-dire avec l'inspiration pathologique, une augmentation des vibrations vocales. Une petite fièvre vespérale, qui n'atteignait jamais 38°, accompagnait cette évolution lente des symptômes physiques. Au mois de mai dernier je conseillai une cure d'altitude dans un sanatorium. Là, en juillet, quoiqu'il n'y

eut aucune aggravation apparente, Mme X. étant venue me voir à Paris avec le médecin du sanatorium, je reçus de celui-ci la confiance que les crachats de notre malade contenaient quelques bacilles de Koch.

Voici un second fait que certaines circonstances rendent particulièrement intéressant.

Il y a six ans, je fus appelé en consultation par un de nos confrères de Paris réputé pour ses connaissances en phthisiologie afin de voir avec lui un jeune homme très gravement atteint de la tuberculose pulmonaire, si gravement qu'il mourait quinze jours après ma visite. Au cours de ma conversation avec mon confrère, dans le salon, je lui exprimai mon regret de ne pouvoir rien pour son malade ; mais je lui demandai s'il n'y avait pas dans la famille quelque frère ou sœur qu'on pût soupçonner de tuberculose. Cette question s'adressait surtout à un second confrère, parent de la famille, présent à notre entretien, et qui était un de mes amis. Celui-ci répondit aussitôt qu'en effet une jeune fille, la sœur du mourant, l'inquiétait un peu.

Deux ou trois mois après cette conversation, je vis entrer dans mon cabinet Mme X. en grand deuil de son fils, sa fille et le médecin traitant. A l'examen que je fis de Mlle X., je reconnus aussitôt sous la clavicule droite que l'inspiration était affaiblie et rude à la fois. Les vibrations et la sonorité étaient normales. Je fis constater par mon confrère ce signe physique qu'il avait méconnu, et je prescrivis le traitement de la tuberculose pulmonaire, dont la présence à la *première étape* ne faisait aucun doute pour moi.

Six mois s'écoulèrent, et je n'entendis plus parler de rien, lorsque, un jour, je revis Mme X., effarée, qui me conta que son médecin lui avait dit que les signes physiques perçus par moi et par lui étaient un état normal, dont il était inutile de se préoccuper. En conséquence, me dit Mme X., ma fille n'a pas suivi votre

traitement. Cependant, ajouta-t-elle, j'ai eu la curiosité de l'ausculter depuis votre premier examen, et j'étais tranquille, lorsqu'il y a quelques jours, j'ai entendu en arrière, sur l'épaule, du même côté, des bruits qui m'ont effrayée. Je n'ai pas perdu de temps et je vous amène ma fille. Mlle X. entra dans mon cabinet, à son tour, et je constatai que la mère n'avait que trop raison. Dans les fosses sous et sus-épineuses, à droite, de nombreux craquements humides étaient perceptibles, sans compter la submatité et l'augmentation des vibrations vocales. En outre, Mlle X. avait beaucoup maigri, et la fièvre vespérale s'ajoutait à tous ces signes, que la recherche positive des bacilles venait confirmer. En six mois Mlle X. avait atteint le *premier degré* et l'avait dépassé!

Je soignai pendant quatre ou cinq ans cette jeune fille, mais je me heurtai malheureusement à un parti pris absolu de la mère de cacher à tous le nom et la nature de la maladie. En conséquence de cette mentalité spéciale, le traitement complet ne fut pas suivi, mais seulement un demi-traitement. Ce fut assez pour prolonger la vie pendant quelques années, mais ce ne fut pas assez pour la guérison et Mlle X. a succombé.

Je répète que j'ai vu par douzaines des cas de ce genre évoluer plus ou moins rapidement; mais j'ai vu aussi cette première étape guérir et se montrer très obéissante à la thérapeutique.

Je soigne actuellement une jeune fille chez laquelle le même signe physique a disparu complètement, en même temps que les forces, l'appétit, l'engraissement revenaient. C'est que Mlle B. dont je parle, a suivi pendant deux ans, avec beaucoup de fidélité, son traitement, et quand j'ai écrit que la tuberculose *est la plus curable des maladies chroniques*, c'est surtout à ces premières étapes du mal que je me référais.

Plus tard, quand tous les signes physiques de la première période classique sont réunis, la tuberculose est encore la plus

curable des maladies chroniques, mais la tâche du médecin et du malade est autrement longue et difficile. Aussi ne puis-je comprendre comment il peut se trouver encore des médecins instruits, capables d'attendre, pour reconnaître la tuberculose pulmonaire, l'accumulation des cinq signes physiques que j'ai énumérés au début de ce travail.

Pourquoi donc tant de médecins, même parmi ceux de la génération nouvelle, ne connaissent-ils pas d'autre diagnostic que celui de Laënnec? Pourquoi?

Parce que, outre les raisons que j'ai données plus haut, depuis vingt ans surtout, l'examen de la poitrine par les signes physiques a été négligé. Chacun s'est mis à la recherche d'un moyen plus commode et plus facile que l'auscultation pour faire le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. En attendant, sauf mes élèves qui enseignent encore à ausculter, nulle part ou presque nulle part, dans les hôpitaux de Paris du moins, l'auscultation n'est en honneur.

Il m'est très agréable cependant de signaler, dans l'enseignement officiel, M. le Dr. Lemoine, professeur au Val-de-Grâce qui forme ses élèves selon sa méthode.

Et cela est d'autant plus intéressant que cette méthode trouve surtout son application pour le *dépistage* de la tuberculose, soit à l'hôpital chez des malades anémiques ou convalescents, soit dans les milieux collectifs, écoles, ateliers, *casernes*, soit dans les dispensaires où l'éducation antituberculeuse l'emporte sur l'assistance.

Au contraire, pour le tuberculeux ordinaire qui vient à l'hôpital soigner sa bronchite, comme il dit, alors qu'il a déjà et depuis longtemps de grosses lésions, ma méthode est inutile, car il ne s'agit plus, hélas! ni d'un diagnostic précoce, ni de *dépistage*.

Actuellement, la tuberculose étant sortie du domaine médi-

cal pour entrer dans le domaine des questions sociales, ma méthode, qui apporte avec elle un diagnostic aussi précoce que possible et un signe physique aussi certain qu'on peut le souhaiter, doit, sans conteste, remplacer définitivement l'ancienne auscultation.

Ce qui revient à dire que la *première étape* constituée par un seul signe physique, l'*inspiration anormale*, doit être substituée au *premier degré* classique qui exige la réunion de cinq signes physiques.

---

Nous avons besoin d'un homme habile connaissant bien le commerce des Produits Pharmaceutiques et d'instruments pour nous représenter et gérer nos affaires dans la ville de Québec et dans les comtés au dessous de Québec. Il doit résider à Québec.

Adresse : THE CHANDLER & MILLS CO.

63, Beaver Hall Hill,

MONTREAL.

---

## AVIS

Le troisième Congrès international d'Electrologie et de Radiologie médicales se tiendra à Milan, du 5 au 9 septembre 1906; un avis ultérieur fera connaître les détails de l'organisation.

## LE TRAITEMENT DES DYSPNÉES.

---

Le public ne se doute pas du travail mental s'opérant dans l'esprit du praticien qui pose un diagnostic.

Le client est dans votre cabinet ; commencez par rechercher s'il a de la fièvre ; bien souvent des campagnards vont trouver le médecin, alors qu'ils sont atteints d'une maladie fébrile. A la moindre élévation thermique, cherchez avec soin du côté du poumon. Une "bronchite capillaire", une "broncho-pneumonie", une "congestion pulmonaire" restent chez elles. Mais on trouve des maladies fébriles graves qui voyagent. Souvent le confrère de campagne voit entrer chez lui une "pleurésie" méconnue jusque-là ; parfois même, et c'est surtout le cas des sujets âgés, cette pleurésie ne s'accompagne pas de fièvre. Il faut se méfier de ces épanchements ignorés ; ils atteignent parfois une abondance qui surprend. Une maladie plus rare qui permet au sujet dyspnéique de sortir est la "granulie". A trois reprises, il est arrivé à l'un de nous de recevoir dans son cabinet des sujets atteints d'une dyspnée vive. La température atteignait 40°. Tous ces malades sont morts au bout de quelques semaines, avec les signes d'une pneumonie caséuse ou des symptômes méningitiques. Il convient de se méfier des malades qui se plaignent d'une oppression tenace, alors qu'une fièvre vive fait cortège. Il peut s'agir d'une granulie. Tout en ne se prononçant pas dès

l'abord, il importe de mettre l'entourage en garde et de demander à revoir le malade chez lui.

Le traitement de toutes ces dyspnées fébriles est commandé par la maladie causale ; nous ne nous y arrêtons pas.

Quand il n'y a pas de fièvre, les maladies de la plèvre et du poumon peuvent être encore en jeu comme précédemment. Une bronchite chronique, l'emphysème pulmonaire sont souvent retrouvés avec leurs signes habituels. Toutefois, en pareil cas, il ne faut pas se presser de conclure. Méfions-nous des bronchites chroniques et de l'emphysème pulmonaire avec dyspnée vive et paroxysmes nocturnes. Méfions-nous également des crises d'asthme ; avant de conclure au diagnostic d'une de ces espèces morbides, cherchons si celles-ci ne constituent pas une sorte de paravent derrière lequel se dissimule l'affection réelle. Une bronchite chronique, une crise d'asthme dépendent souvent de tout autre chose que de l'inflammation des bronches ou d'une simple névrose bulbaire.

On se trouve en présence d'une dyspnée d'origine rénale (dyspnée toxi-alimentaire de M. Huchard). De pareilles dyspnées sont dues à la rétention dans l'organisme de substances chlorurées et toxiques, la rétention chlorurée semblant jouer un rôle essentiel (Léo Ambard, Paris, Jacques, édit., 1905). Pour les soulager, il faut soumettre ces malades au régime lacté ou lacto-végétarien. La prescription simultanée de théobromine (3 cachets de 0 gr. 50 par jour) qui est un agent déchlorurant de premier ordre, permet au médecin d'obtenir des améliorations immédiates. Quand les malades vont bien, on peut ordonner de la viande. M. Huchard l'autorise depuis longtemps au repas de midi. Il faut avoir soin de l'administrer sans sel. Quand elle est prise de la sorte, aucun danger n'est à craindre. M. Huchard ne l'a jamais vue aggraver la dyspnée des cardiaques, ou, dit-il, quand la dyspnée s'exagère, la maladie est arrivée à une

phase irréparable où tout aliment produit le même effet. Notre expérience ne confirme pas tout à fait cette assertion. Nous avons vu des cardiorénaux aggravés dans leur dyspnée par des viandes sans sel, alors que le régime lacto-végétarien les soulageait au contraire rapidement.

La nature rénale de la dyspnée ne se manifeste pas toujours par des signes d'altération urinaire évidente à une analyse rapide. L'albumine peut faire défaut. Seulement ce qu'on constate, c'est une hypertension artérielle, un pouls dur et serré, une légère accélération des battements cardiaques et à la marche un véritable bruit de galop. A côté de la dyspnée rénale, réservons une place pour l'"œdème aigu" du poumon. Une double pathogénie est à la base de cet œdème : une rétention chlorurée (J. des Prat. 1904, p. 309), et une irritation nerveuse qui amène une vaso-dilatation aiguë des capillaires du poumon. Les cardiorénaux sont surtout exposés à cette complication dramatique avec son cortège d'oppression subite, de toux quinteuse, d'expectoration spumeuse et sanguinolente. Une double médication doit être mise en œuvre ; les émissions sanguines (saignées, ventouses scarifiées), et les cardio toniques (injections sous-cutanées de caféine, d'huile camphrée) (Huchard, Consult. Méd., 4e édit.

Si vraiment le rein est hors de cause et qu'il s'agisse d'un asthme vrai, la double médication classique sera instituée : dans l'intervalle des crises, régime lacto-végétarien avec très peu de viandes, et iodure de potassium (1 gr par jour). Il est à remarquer que l'iodure de potassium ne réussit guère que dans ce cas. Dans les pseudo-asthmes d'origine rénale ou cardiaque, il agit fort mal. Il exagère en effet les sécrétions bronchiques déjà installées du fait de la maladie causale. Maintes fois nous avons insisté sur les fâcheux abus de l'iodure. L'erreur ne sera pas commise quand le diagnostic aura été porté avec justesse. Quant à l'accès d'asthme, l'absorption de fumées d'une poudre nitrée et

belladonée, les injections sous-cutanées de morphine (1 centigr.) comptent de nombreux succès à leur actif. Voici une formule d'une poudre nitrée et belladonée qui réussit assez bien :

Poudre de belladone.....	} 30 grammes
— de stramoine.....	
Nitrate de potasse.....	5 —
Opium pulvérisé.....	2 gr. 50

En brûler la valeur d'une petite cuillerée à café sur une soucoupe et aspirer les vapeurs.

Deux autres maladies du poumon donnent naissance à des dyspnées vives. Ce sont des maladies de chambre ; le sujet ne se promène pas avec elles. Citons le pneumothorax et l'embolie pulmonaire. On songera au pneumothorax dans les cas où une dyspnée vive survient au cours d'une tuberculose pulmonaire. L'embolie pulmonaire dramatique survient surtout dans les accidents phlébitiques. Aucune difficulté pour le diagnostic de ces deux affections. Le traitement est connu de tous. Une injection de 1 centig. de morphine parera au plus pressé dans les cas de pneumothorax ; si la dyspnée s'accroît, il sera toujours temps de songer à la thoracentèse. Quant à l'embolie pulmonaire, ce sont surtout les injections d'huile camphrée et de caféine qui permettront de conjurer l'état syncopal concomitant.

Après les maladies du poumon, les *affections du cœur*. Signalons la dyspnée des *asystoliques* qui ne prête pas matière à difficulté et dont nous avons donné le traitement ailleurs (*Jour. des Pratic.* 1905), et arrêtons-nous à une maladie des plus répandues et dont le diagnostic et le traitement sont bien souvent mal établis ; nous voulons dire le *rétrécissement mitral*. La dyspnée, dit un ancien interne de M. Huchard, M. le Dr Bonneau (*Th. Paris*, 1904.) est un signe tellement important dans le rétrécissement mitral, qu'on peut presque poser le diagnostic de rétrécissement mitral en dehors de tout signe physique par la dysp-

née seule, tandis que même avec des signes physiques mais sans dyspnée, il faut toujours réserver le diagnostic. On sait que les signes classiques du rétrécissement mitral sont très incertains. Le roulement diastolique, le souffle présystolique, le claquement de la mitrale, le dédoublement du second temps peuvent manquer plus ou moins. Mais si le malade est à la fois dyspnéique et ne présente comme signes objectifs du côté de son coeur qu'un claquement de la mitrale, ou seulement une ébauche de dédoublement, le diagnostic de rétrécissement est encore très vraisemblable. On connaît le traitement. Contre les auteurs modernes, M. Huchard a établi l'efficacité de la médication digitale :  $\frac{1}{4}$  de milligr. de digitaline crist. tous les 15 jours, 3 à 4 jours de suite, le médicament étant continué d'une façon systématique pendant des mois. La digitale allonge la diastole du coeur ; or que faut-il au rétrécissement mitral ? Le temps au ventricule de se remplir. En allongeant la période diastolique, la digitale permet à cette réplétion de s'opérer et combat par ce mécanisme la dyspnée qui était due à l'insuffisance de la réplétion ventriculaire.

En pratique, le rétrécissement mitral est souvent méconnu. Nous l'avons vu confondu avec la *tuberculose pulmonaire* et la *chlorose*. Certains rétrécissements mitraux s'accompagnent en effet de congestions pulmonaires qui peuvent occuper un sommet. On croit à une tuberculose pulmonaire évidente, et la chose n'est pas impossible : une tuberculose pulmonaire peut compliquer le rétrécissement mitral. Seulement un double signe permet d'attribuer la congestion pulmonaire au seul rétrécissement mitral : l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration et la guérison de tous les troubles par le traitement digitalique. Pour la chlorose, il ne faut pas se presser de conclure à un diagnostic. Bien des causes diverses provoquent les pâles couleurs, surtout et d'abord la tuberculose et ensuite l'intoxication par

coprostase intestinale. Seulement méfions-nous du rétrécissement mitral. Les chlorotiques traités sans succès par la médication ferrugineuse sont souvent atteints d'un rétrécissement mitral méconnu. Ordonnons de la digitaline, comme nous venons de le dire précédemment. La dyspnée qui ne cédait pas avec le traitement martial, va se dissiper.

Nous n'insistons pas sur les autres affections cardiaques qui se traduisent par la dyspnée : le *rétrécissement pulmonaire*, la 'maladie bleue', la 'maladie de Roger'. Les signes physiques sont évidents, la dyspnée perd de son rôle de premier ordre. Elle n'est pas l'avertisseur d'une maladie latente ; elle fait cortège à une affection de symptomatologie éclatante et qu'il faudrait être aveugle ou sourd pour ne pas reconnaître, ou au moins pour ne pas soupçonner. La médication, on le sait, est exclusivement symptomatique : diminuer en temps normal le travail du cœur par une hygiène et une alimentation appropriées et quand le cœur fléchit, avoir recours à la digitaline.

A l'occasion de l'asthme, nous avons parlé plus haut de la confusion fréquente avec les dyspnées cardio-rénales, celles-ci se compliquant à un moment donné, de troubles et d'altérations cardiaques. Les hommes, vers la cinquantaine, présentent volontiers des accidents de cet ordre. Toute dyspnée qui survient à l'âge mûr doit inspirer certaines appréhensions. Elle apparaît souvent comme le premier signal d'une lésion rénale qui évoluera ultérieurement. Le régime lacté, lacto-végétarien, la théobromine ont pouvoir de retarder pendant des années la marche des accidents. Signalons encore les dyspnées dans la néphrite aiguë : leur diagnostic, grâce à la boursofflure des traits et aux fortes quantités d'albumine, ne laisse prise à aucun doute. On connaît le traitement : émissions sanguines, drastiques, régime lacté.

(A continuer)



sont à sa disposition. Nous voulons et ce doit être le but essentiel d'une société médicale, que nos médecins de district puissent trouver dans leurs milieux une occasion facile d'acquérir et de fortifier leurs connaissances.

Parmi les sujets d'étude pratiques que renferme votre programme *l'alcoolisme* est une question d'actualité et d'importance toute particulière.

Nous engageons fortement votre société et toutes les sociétés soeurs de s'enrôler et de prendre part à la campagne entreprise depuis quelques mois par l'autorité ecclésiastique de cette province. L'occasion est excellente et le rôle que le médecin peut jouer en cette circonstance est certainement de nature à assurer le succès de l'entreprise.

L'alcoolisme est un fléau qui règne à peu près dans tous les pays et ronge à peu près tous les peuples. Mais depuis quelques années tandis que nous voyons les médecins de l'étranger lutter avec vaillance et succès il semble qu'au Canada les médecins lui donnent plutôt un encouragement sinon ouvert du moins tacite, et cet état de chose est des plus déplorables.

Il est encore temps de se réveiller et nous espérons que la société du Comté de Terrebonne va déployer à la lutte un zèle tout particulier qui servira, nous n'en doutons pas, d'exemple significatif des brillants résultats qu'on peut obtenir.

(Par rédaction.)

#### ASSOCIATION MÉDICALE DU COMTE DE WOLFE

---

Le 19 déc. 1905, 2e réunion des médecins du comté de Wolfe, à St-Camille, chez le secrétaire-trésorier de l'Association Médicale du comté.

Présents : — Drs. Thibault, Wotton ; Chicoine, Disraëli ; Lemieux, Weedon ; Delisle, Windsor ; Gravel, Wotton ; Dupont Garthby ; Belcourt, St-Adolphe ; Pelletier, St-Camille.

Il a été question du tarif local et des tarifs pour assurances et expertises médicales. Des motions seront adressées aux autres sociétés médicales à cet effet.

Pour ce qui regarde les Cies d'Assurance le secrétaire écrira pour demander \$5.00 pour examen aux Compagnies à vie et \$2.00 aux mutuelles. La Société médicale de Wolfe espère que les autres sociétés soeurs feront de même.

Au cas où cette démarche serait inutile, la Société Médicale de Wolfe s'engage à ne pas faire d'examen d'assurance pour un tarif moindre que celui indiqué plus haut et elle prie tous les membres de toutes les autres sociétés médicales de l'imiter à ce sujet.

Le Dr. Chicoine, président, a donné le résultat d'observation de 25 cas de fièvres typhoïdes. Tous les membres ont ensuite pris part à la discussion. Il a été particulièrement question de 3 cas d'avortement. Les 3 femmes enceintes qui ont eu les fièvres typhoïdes ont avorté : 2 pendant la maladie, l'autre pendant la convalescence. Le Dr Pelletier met l'hyperthermie en cause, le Dr Delisle se rappelle des cas de la même maladie dans les mêmes circonstances où il n'y a pas eu avortement.

MM. les Drs Thibault et Lemieux prépareront un travail scientifique, à leur choix, pour la prochaine séance qui aura lieu à Disraëli chez M. le Dr. Chicoine, président de l'Association.

ANTONIO PELLETIER

SEC.-TRÉS.

24, Décembre, 1905.

St-Camille, Comté de Wolfe.

## LE CAS DE M. LE DR. LAURENDEAU

---

On avait cru jusqu'à nos jours que les Universités Laval et McGill avaient pendant plusieurs décades fait honneur à la province, que leur enseignement avait toujours été digne et relevé, que leurs programmes d'études, très en avance sur ceux du collège, étaient en conformité avec les exigences du progrès scientifique. C'est une erreur.

On avait pensé jusqu'à aujourd'hui que ces professeurs d'Universités, les Howard, les Brosseau, les Campbell, les Vallée, les Simard,—pour ne parler que des disparus—avaient dirigé les réformes importantes opérées par le Collège des Médecins de cette province, s'y étaient même identifiés. C'est une illusion. Comme dans les musées d'où l'on voit de temps en temps disparaître certaines fausses attributions, il va falloir substituer d'autres noms à ces noms indûment respectés et honorés. La vérité enfin se fait jour, et il apparaît qu'ils ne pouvaient pas être autre chose que d'éhontés imposteurs. Car, appartenant à cette *aristocratie intellectuelle à base théocratique*, que sont les corps Universitaires, restés *figés dans le statu quo*, dans une *léthargie*, et une *immobilité dédaigneuse*, il est de toute évidence qu'ils étaient totalement incapables de tirer de leur cru une idée de progrès qui ne fut pas surannée.

On acceptait pour acquis dans le monde médical que la formation des élèves de cette province était de beaucoup supérieure à celle des élèves des autres provinces sans exception aucune et que de plus, les programmes professionnels pouvaient supporter avec avantage la comparaison avec ceux des autres provinces.

C'est une hérésie. Et du moment que la *démocratie* travaille à tout transformer, les Universités, cristallisées dans leurs vieilles routines, refusent d'agréer immédiatement la réforme proposée, la prétendant trop peu mûrie. C'est un scandale intolérable. Mais un homme est venu pour le dénoncer. Il s'appelle M. le Dr. Laurendeau. Il habite St Gabriel de Brandon, est membre d'une société savante et gouverneur du collège. Il collabore

aussi à plusieurs journaux médicaux. Il ne saurait être ici question de donner au public une idée des nombreuses monographies qui sont tombées de sa plume aussi robuste que sarcastique; d'autre part, il serait peu loyal d'en parler en les supposant connues.

Le lutte acharnée qu'il a entreprise contre les charlatans de son district lui a surtout acquis une célébrité malheureusement locale; le fait est que ce grand combat n'a eu jusqu'ici que peu de témoins. Toutefois cette Histoire lui fait beaucoup d'honneur. D'autant plus que les gens de son district ont la vie dure, témoin cet enfant qui après avoir subi une application de forceps, puis soulagé d'un peu plus d'une demi livre de substance cérébrale fut extrait vivant à dès une deuxième application de forceps.

C'est à nous dessiller les yeux et nous désenchanter que devait servir son dernier et magistral article paru dans le MONTREAL MEDICAL., livraison de Janvier.

Nous savons maintenant à quoi nous en tenir sur toutes les questions actuelles.

Les Universités sont des corps aristocratiques à base théocratique, leur enseignement est déplorablement incomplet, suranné, le niveau intellectuel est inférieur dans cette province, comme conséquence naturelle. Il faut se hausser au niveau d'Ontario.

Nous avons une vague idée que l'Université-Laval de Québec pourrait représenter une institution *de pur type théocratique féodal*, vu que son enseignement réclame pour le foetus le droit à la vie, tandis que M. Laurendeau enseigne—pardon, nous ne voudrions pas chatouiller sa modestie notoire—*pratique* délibérément le contraire, mais nous ne nous étions jamais doutés de toute l'étendue de son malheur.

Est-ce, l'ignorance ou les préjugés d'ordre théocratique qui ont fait écrire à ce démocrate farouche et incorruptible que les Universités, "avaient tant à faire chez elles pour se hausser au niveau de la plupart des autres institutions contemporaines analogues?"

Ce doit être assurément un aveuglement momentané, nous

ousons l'espérer, un mauvais tour que les préjugés lui ont joué, car s'il avait pris la peine de se renseigner, il se serait bien vite aperçu que la pathologie générale est enseignée pendant 80 jours, que la chimie biologique, les cliniques des maladies infectieuses, nerveuses, vénériennes, infantiles, dermatologiques, des voies urinaires ont leur place réservée dans le programme de l'enseignement. Si ce n'est pas là la faute des préjugés aurait-il omis par hasard, pour une toute petite fois, de se documenter avant de partir en guerre? Les grands saints ont eu leurs faiblesses et M. Laurendeau ne nous en voudra pas, si nous ne le classons pas d'emblée parmi les plus grands.

L'ignorance pourtant doit avoir une bonne part à réclamer, car comment expliquer cette autre affirmation, aussi fausse que catégorique, qui veut que nous soyons inférieurs aux Ontariens? En est-il réellement encore à croire à cette légende? Croit-il que la formation intellectuelle des Universitaires d'Ontario est adéquate à celle de nos élèves?

Passé encore pour des esprits superficiels, mais lui, se rend-il bien compte du degré de connaissance que l'on exige à Ontario pour le futur médecin? Ne sait-il pas que l'on sort des écoles préparatoires à l'enseignement supérieur dans la province d'Ontario à 16 et 17 ans?

Sait-il que le prof. McCallum a déclaré il y a quelques semaines au Canadian Club "que la plupart des collèges ne sont que des "High Schools": trop vantés, et que nous sommes d'ailleurs trop enclins au Canada à trouver toujours assez bons nos collègues et nos écoles même quand ils donnent un enseignement tout à fait inférieur"?

Seraient-ce cette fois encore des préjugés d'ordre théocratique qui l'auraient aveuglé au point de lui cacher l'œuvre de nos collèges classiques?

Sait-il aussi que notre programme professionnel n'a rien à envier à celui des autres provinces, Ontario compris? Sait-il que les Bacheliers seniors, c'est-à-dire ceux qui correspondent à nos bacheliers ès-arts, ès-sciences et ès-lettres ne font que quatre années de médecine et de six mois chacune? Sait-il que les juniors eux font cinq années, mais emploient toute la première

année, de six mois, à étudier la physique, la chimie, l'histoire naturelle, c'est-à-dire complètent leur cours classique ?

A-t-il pensé qu'à l'heure actuelle l'élève de cette province étudie la médecine pendant 36 mois tandis que l'Ontarien ne consacre que 24 mois pour les mêmes études ?

Comment peut-il affirmer après cela qu'il faut se hausser au niveau d'Ontario ? Est-ce préjugés ou ignorance ?

M. Laurendeau ne serait-il pas par hasard, de ces gens, qui pour forcer l'attention, ont l'habitude d'outrer l'idée jusqu'au paradoxe et le paradoxe jusqu'à la gageure ? Nous souhaiterions alors que le parti pris lui eût inspiré quelque argument encore inédit, et l'eût mis sur la piste de quelque objection qui lui fut personnelle. Car les détracteurs systématiques et les esprits faux ont leur rôle dans l'Histoire des œuvres des institutions. Leurs attaques ont leur manière d'utilité : elles provoquent la riposte.

Ne serait-il pas plutôt de ces quelques-uns — dans de rares districts et dans le monde même de l'enseignement — qui, pour donner satisfaction à leurs rancunes personnelles, ou faire leur cour aux influents du jour, sont prêts à jeter par-dessus bord la meilleure part de notre patrimoine intellectuel ?

Si cela était, nous admettrions sans difficulté que cette manoeuvre peut être d'une politique habile, tout en trouvant ces procédés détournés indignes de la critique. Quoi qu'il en soit — et en attendant que nous sachions ce qu'il en est — nous devons avoir de la reconnaissance à M. Laurendeau pour le courage de rigide démocrate qu'il a montré en exposant enfin avec autant de connaissances que d'impartialité les questions d'actualité sous leurs vrais jours.

DR. L'ENLISÉ.

