

PAGES

MANQUANTES

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'anévrisme aortique, type récurrent laryngé.

Leçon de clinique à l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Par le DR D. BROCHU

(Suite et fin)

Maintenant que nous sommes édifiés sur la pathogénie et la symptomatologie des principales variétés d'anévrismes aortiques, rappelons les signes présentés par notre sujet et voyons en quoi ils se distinguent ou se rapprochent de la pathogénie et de la symptomatologie communes aux autres types d'anévrismes de l'aorte thoracique.

Et tout d'abord, l'histoire de ce malade vous indique bien les causes pathogéniques les plus habituelles des aortites : arthritisme, alcoolisme et profession qui l'exposait aux intempéries et à l'hypertension artérielle continue. Et, de fait, l'exploration physique vous a révélé les signes les plus caractéristiques d'une affection étendue de l'aorte : matité aortique dépassant de plus de trois centimètres le bord droit du sternum, surélévation des artères sous-clavières, battements des carotides, double souffle au deuxième espace intercostal droit, douleur retro-sternale et dyspnée durant l'exercice.

Par contre, vous n'avez pu constater aucun des signes physiques ou pathognomoniques qui témoignent d'une tumeur anévrysmale : pas de

voissure ni de tumeur *pulsatile, expansive*. L'exploration physique devait donc nous arrêter, à première vue, au diagnostic d'une aortite avec dilatation et insuffisance sigmoïde concomittante, comme cela arrive assez souvent dans l'athérome généralisé (maladie de Hodgson) qui dispose aux manifestations de l'angine de poitrine.

Notre sujet cependant, ne présentait aucun autre signe de l'athérome des artères qui atteint les vieillards. Il n'a pas eu les douleurs caractéristiques de l'angine de poitrine, et l'état de son cœur est pour ainsi dire normal, contrairement à ce que l'on devrait s'attendre dans une insuffisance aortique avec athérome généralisé; il n'est âgé que de 42 ans : âge auquel apparaissent souvent les anévrysmes mais s'observent bien rarement les lésions artérielles généralisées.

Quels sont donc les signes qui, en l'absence des signes physiques pathognomoniques des anévrysmes et malgré la présence des symptômes d'une aortite étendue, compliquée d'insuffisance, nous permettent de conclure que cette dernière entité morbide ne résume pas toute la maladie dans ce cas et qu'une tumeur anévrysmale se développe sur son aorte altérée, dans un endroit peu accessible à nos moyens d'exploration physique, il est vrai, mais qui n'en menace pas moins d'une manière assez prochaine l'existence de ce malade? Ces signes sont précisément ceux, sur lesquels j'ai attiré votre attention, dès le début, et qui ressortissent aux troubles fonctionnels du larynx plus particulièrement : la voix rauque *bitonale*, la paralysie de la corde vocale gauche, le signe de la trachée décrit par MacConnel ; ajoutons les premières atteintes de la *dysphagie* et du *pharyngisme*. Voilà un ordre de symptômes qui se distinguent assez nettement; vous l'admettez, de la symptomatologie des anévrysmes aortiques en général, et qui méritent bien une étude particulière.

Mais l'interprétation de ces signes ne saurait vous être fructueuse si l'on ne vous rappelle les notions d'anatomie et de physiologie qui se rapportent à l'importante région où se développe cet anévrysmes. Cette région, comme je vous l'ai déjà indiqué, est celle qui confine à l'anse du nerf récurrent gauche au moment où celui-ci contourne l'extrémité de la portion transverse de la crosse de l'aorte.

A cet endroit, l'aorte, après avoir dépassé la bifurcation de l'artère pulmonaire, se place au devant et à gauche de la trachée, et se dirige ensuite vers la bronche gauche qu'elle contourne d'avant en arrière et de droite à gauche, pour devenir l'aorte thoracique-descendante. Elle se trouve donc

en rapport immédiat avec la partie inférieure de la trachée et de la bronche gauche. Une lésion de l'aorte qui formera tumeur à ce point, sera donc exposée, tout d'abord, à toucher le nerf récurrent laryngé gauche et à provoquer par suite, divers troubles dans les organes animés par ce nerf ; et, à un degré plus avancé, cette tumeur en arrivera à comprimer la trachée ou la bronche gauche : d'où l'apparition des phénomènes respiratoires et des complications sérieuses à redouter.

Il importe dès maintenant de rappeler à votre attention que les anévrysmes développés dans cette région si importante par ses rapports anatomiques, sont le plus souvent sacciformes, peu volumineux ; ils sont peu appréciables, par suite, mais n'en sont pas moins redoutables, au point de vue du pronostic, parce que l'expérience prouve que c'est dans cette région que se font le plus habituellement la perforation des conduits aériens et la rupture de l'anévrysme dans la trachée ou dans les bronches.

Autre fait non moins important à connaître : c'est que l'anévrysme développé dans cette région, échappe presque complètement à nos moyens d'investigation (Dieulafoy) ; il échappe à la percussion et même à l'auscultation si ses dimensions sont petites ; il ne détermine ni mouvement d'expansion ni double centre de battements, ni matité, ni souffles, il ne trahit même pas toujours sa présence par des symptômes douloureux ; dans quelques cas, on ne voit rien, on n'entend rien, on ne sent rien, et cependant il est encore possible d'arriver à formuler le diagnostic de l'anévrysme par les signes d'emprunt, surtout ceux du voisinage du nerf récurrent laryngé.

Arrêtons nous maintenant à l'interprétation des signes auxquels donnent lieu les anévrysmes de cette région et rappelons, tout d'abord, quelques détails anatomiques et physiologiques concernant le nerf récurrent. J'emprunterai ces détails à M. le professeur Dieulafoy qui les a si bien mis en lumière dans l'une de ses intéressantes leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, sur les lésions syphilitiques de l'aorte.

Les deux nerfs récurrents, nés du pneumo gastrique et de la branche interne du spinal n'offrent pas les mêmes rapports des deux côtés. Ainsi le nerf récurrent droit n'a pas de portion thoracique ; il prend naissance au niveau de l'artère sous clavière, qu'il embrasse par une courbure à concavité supérieure ; et n'ayant pas de portion thoracique il échappe par consé-

quent le plus habituellement aux tumeurs du médiastin et aux anévrysmes aortiques. Le nerf récurrent gauche, au contraire, prend sa naissance beaucoup plus bas, au niveau de la partie inférieure et postérieure de la crosse de l'aorte, qu'il embrasse en formant une courbure à concavité supérieure ; il a donc une portion thoracique, et c'est ainsi qu'il est exposé à recevoir le contre-coup des tumeurs du médiastin et en particulier des anévrysmes aortiques.

Voyons maintenant quelles sont les branches de distribution de ces nerfs et quels sont les organes qui, par les troubles apportés à leurs fonctions physiologiques, traduiront les atteintes que le nerf récurrent laryngé gauche, surtout, est exposé à subir.

Les nerfs récurrents émettent les branches suivantes (Hirschfeld) :

A.—Des branches cardiaques, qui naissent de l'anse d'origine des nerfs récurrents et qui se rendent au plexus cardiaque, soit directement, soit par leur union aux branches cardiaques du grand sympathique et du pneumogastrique ;

B.—Des branches œsophagiennes, qui sont fournies en plus grande quantité par le récurrent gauche et qui se distribuent à toutes les tuniques des parties supérieures de l'œsophage. Les parties inférieures de ce conduit reçoivent leurs nerfs directement du pneumogastrique ;

C.—Des branches pharyngiennes destinées au muscle constricteur inférieur du pharynx ;

D.—Des branches trachéennes, qui naissent en partie du récurrent droit ;

E.—Après avoir traversé le constricteur inférieur du pharynx, les récurrents, par leurs branches terminales, se rendent à tous les muscles du larynx, moins les muscles crico-thyroïdiens, qui sont animés par la branche laryngée externe du nerf laryngé inférieur.

Les nerfs récurrents n'envoient que des filets moteurs au larynx, tandis qu'ils envoient des filets nerveux mixtes à l'œsophage et à la trachée. Ces différents organes reçoivent, du reste, des nerfs spinal et pneumogastrique, une innervation directe et indirecte. L'innervation indirecte leur est transmise par l'intermédiaire des nerfs récurrents ; leur innervation directe leur est donnée par des branches immédiatement émanées du spinal et du pneumogastrique.

Quant à savoir quelle part respective revient au spinal et au pneumogastrique dans les mouvements si compliqués de ces différents organes,

les remarquables travaux des physiologistes français (Cl. Bernard, Chauveau), ont permis de formuler les conclusions suivantes :

Le pneumogastrique est le nerf moteur de l'œsophage, soit par ses branches directes, soit par l'intermédiaire du nerf récurrent. Il en est de même pour l'innervation du pharynx. Mais ici le spinal participe à cette fonction par un rameau qui se distribue à la partie supérieure du constricteur supérieur du pharynx.

Pour le larynx, le pneumogastrique et le spinal fournissent tous deux, par l'intermédiaire des nerfs récurrents, l'innervation à la plupart des muscles qui concourent aux fonctions les plus importantes de cet organe : les muscles constricteurs de la glotte et vocaux proprement dits ; les muscles dilateurs, et par conséquent respiratoires.

Ces notions anatomiques étant posées, il vous sera facile maintenant d'entrevoir les différents symptômes que l'on peut s'attendre de rencontrer dans l'évolution d'une tumeur anévrysmale développée au siège où le nerf récurrent contourne la crosse de l'aorte, et vous comprendrez nettement le mécanisme des symptômes de l'anévrysme à type récurrent. Ces symptômes seront très variables selon que le nerf récurrent est simplement irrité et excité, ou selon qu'il est paralysé : les spasmes du pharynx, de l'œsophage, du larynx traduiront l'excitation ; la paralysie de l'une des cordes vocales avec la dysphonie, ou la voix rauque *bilonale*, témoignent de l'inhibition des fonctions du nerf récurrent lésé.

1^o Les accès de dysphagie douloureuse, par spasmes de l'œsophage, (œsophagisme) et spasmes du pharynx (pharyngisme) s'expliquent facilement par l'excitation du nerf récurrent dont certaines branches se rendent à la partie supérieure de l'œsophage et au constricteur inférieur du pharynx. Ce sont bien là des symptômes d'*excitation* et non de *paralysie*, car la dysphagie due à la *paralysie* d'un nerf récurrent serait incomplète et provoquerait une gêne continue, mais ne se traduirait pas par des accès paroxystiques et douloureux, accès qui sont le propre des spasmes musculaires.

2^o Les accès de suffocation et de strangulation ainsi que certains troubles de la voix ont aussi leur explication dans l'excitation du nerf récurrent. Pendant longtemps, cependant on a donné une fausse interprétation à ces troubles respiratoires. Les auteurs qui les mettaient sous la dépendance du nerf récurrent laryngé étaient dans le vrai, mais ils étaient dans le faux en les rapportant à la paralysie du nerf et au relâchement

consécutif des cordes vocales. C'est Krishaber qui, en 1886, dans un mémoire " sur l'opportunité de la trachéotomie dans les anévrysmes de la crosse de l'aorte ", a le premier donné, avec sa merveilleuse sagacité, la véritable interprétation de ces accidents dyspnéiques.

Voici les faits tels qu'ils ont été établies par Krishaber : Les accès de suffocation qui surviennent chez les gens atteints d'anévrysme aortique ne sont pas dus à une paralysie du nerf récurrent comme on l'avait supposé; loin d'être relâchés, les muscles du larynx sont contracturés; la glotte se trouve rétrécie spasmodiquement, et la gêne de la respiration est due à ce rétrécissement. Cette assertion est confirmée par l'expérimentation et par l'examen laryngoscopique.

Si l'on sectionne l'un des nerfs récurrents chez un animal adulte, l'on voit se produire le relâchement de la corde vocale correspondante mais la respiration n'est nullement gênée. Il en est de même chez l'homme : la paralysie d'un nerf récurrent produit également le relâchement et l'immobilité de la corde vocale correspondante avec troubles vocaux, mais cette condition n'entraîne par elle-même aucune gêne de la respiration et les accès de suffocation ne se produisent que par des spasmes dans certains muscles du larynx comme le démontre l'expérimentation suivante :

Si, au contraire, on excite chez un animal les nerfs récurrents, les muscles intrinsèques du larynx entrent en action et comme les muscles constricteurs l'emportent de beaucoup sur le muscle dilatateur, qui est unique, la glotte se trouve rétrécie et l'animal suffoque. Le même phénomène se produit chez l'homme atteint d'anévrysme aortique comme cela a été vérifié par Krishaber sur un malade examiné au laryngoscope, au moment d'un accès de suffocation par un anévrysme. L'altération de la voix s'associe au spasme glottique et à la gêne de la respiration : elle résulte dans ce cas de la tétanisation d'une corde vocale et non d'une paralysie comme cela arrive quelque fois.

Mais on peut se demander comment il se fait que l'excitation d'un seul nerf récurrent, lequel dans les cas de paralysie ne porte atteinte qu'à la corde vocale correspondante, agisse sur les deux cordes vocales à la fois et soit susceptible de produire le spasme glottique; comment une excitation unilatérale peut elle avoir un effet bilatéral? Krishaber nous donne l'explication de ce fait intéressant, en étudiant le rôle du muscle aryténoïdien.

Ce muscle aryténoïdien est un muscle impair, qui s'implante sur les deux bords des cartilages thyroïdes, et il a toujours pour effet, lorsqu'il se contracte, de rapprocher ces deux insertions. C'est le seul muscle de l'économie qui étende simultanément son action aux deux côtés d'un organe symétrique. Aussi l'excitation de l'un des deux nerfs récurrents est-elle suffisante pour déterminer l'occlusion complète de la glotte respiratoire par l'action bilatérale du muscle aryténoïdien. Il en résulte des troubles respiratoires graves (accès de suffocation).

D'un autre côté, Poulalion (Bulletin de la société anatomique, 1880, N. 5) a publié l'observation d'un malade chez lequel il lui fut permis de constater les signes de spasmes des muscles intrinsèques du larynx en même temps que l'état de paralysie de la corde vocale gauche. A l'examen laryngoscopique la corde vocale gauche, était parésiée, n'obéissait pas comme celle du côté opposée, la voix était enrouée, bitonale, mais pendant les accès de suffocation on voyait que les deux cordes sous l'influence d'un état spasmodique oblitéraient presque complètement la glotte. Ce dernier signe prouvait bien que le spasme atteignait les deux cordes vocales et cependant l'autopsie vérifia le fait que le nerf récurrent gauche était le seul atteint par l'anévrysme de l'aorte.

Potain a publié, de son côté, une observation où la paralysie de la corde vocale gauche, constatée au laryngoscope permit de confirmer le diagnostic d'un anévrysme de l'aorte. De pareils cas ne sont pas rares aujourd'hui, et le malade que j'ai présenté à votre observation en est un bel exemple. J'y ajouterai deux autres observations qui démontreront le même fait.

Les rapports anatomiques et physiologiques que nous venons d'étudier permettent donc d'expliquer les accès de suffocation, de strangulation, de dysphonie, d'aphonie, de pharyngisme et d'œsophagisme qui apparaissent diversement durant l'évolution de l'anévrysme type-récurrent. Les faits cliniques démontrent que ces symptômes apparaissent isolément ou simultanément, qu'ils se succèdent ou se combinent sans ordre déterminé. " Il est difficile d'expliquer, dit le Prof. Dieulafoy, pourquoi la présence d'une tumeur au niveau du nerf récurrent produit tantôt la paralysie du nerf, tantôt les symptômes d'excitation. Il semblerait théoriquement, que le nerf doive être d'abord excité pendant une première période où ses fibres sont encore intactes, et plus tard paralysé pendant une seconde période où ses fibres sont dissociées et en partie détruites par la compression de la

tumeur. Mais il n'en n'est rien : dans certaines observations, la phase paralytique s'établit d'emblée, sans avoir été précédée par une phase d'excitation et, dans d'autres observations, on a constaté à l'autopsie une destruction presque complète du nerf récurrent, sans que pour cela le malade ait présenté des symptômes paralytiques. Il est également difficile de dire pourquoi les symptômes d'excitation, suffocation, strangulation, surviennent sous forme d'accès intermittents, alors que la cause qui les détermine agit d'une façon continue ; mais c'est là une façon de procéder qui est assez habituelle aux troubles du système nerveux qui revêtent fréquemment la forme intermittente alors que la cause qui les a provoqués est continue. "

Quoiqu'il en soit, un fait se dégage de l'ensemble de cette étude, que j'ai voulu mettre bien en lumière devant votre esprit : c'est que les troubles fonctionnels du larynx, du pharynx, de l'œsophage, dont nous venons d'étudier la cause et le mécanisme, permettent non seulement de soupçonner l'existence d'un anévrysme, en dehors, même, de tout autre signe physique propre à cette maladie, mais de le localiser dans la portion de la crosse de l'aorte au voisinage du nerf récurrent gauche, c'est-à-dire dans la région grave par excellence, comme l'exprime M. Dieulafoy, où se fait le plus habituellement l'ouverture de l'anévrysme dans la trachée et les bronches, alors même que celui-ci n'aura atteint qu'un petit volume qui souvent, ne dépasse guère celui d'une noix ou d'un œuf.

Je vous ferai connaître maintenant les trois observations auxquelles j'ai fait allusion, au début de cette étude : elles ont un point d'intérêt commun sur lequel j'ai voulu éveiller particulièrement votre attention, dans cette leçon : c'est l'importance des signes fonctionnels du larynx pour le diagnostic des anévrysmes de l'aorte. Les considérations anatomiques et physiologiques que je viens de vous exposer, en les empruntant aux sources les plus autorisées, les éclaireront d'une plus vive lumière et vous en rendront l'appréciation plus facile.

1ère Obs : L'un de mes clients, âgé de 64 ans, arthritique et rhumatisant, vint me consulter il y a un an et demi, pour un rhume qui le fatiguait depuis quelques semaines. Il ressentait des chatouillements et des resserrements dans la gorge et il était sujet à des accès de toux avec oppression surtout vers le soir. L'expectoration était presque nulle et consistait en quelques crachats blancs transparents. Sa voix était enrouée, mais c'était un peu dans son habitude. A la question, si les accès de toux avec dyspnée s'accompagnaient d'une respiration pénible avec râles sibillants, il nous

répond affirmativement et nous dit que ces attaques ne sont pas très longues mais qu'elles se répètent plutôt la nuit.

La première présomption fut que le malade était atteint d'attaques légères d'asthme ou d'une dyspnée urémique. Il n'offre pas de signes évidents de brightisme. A l'auscultation la respiration est un peu rude, prolongée comme emphysémateuse, pas de bruits anormaux au cœur.

Je prescrivis l'iodure de potassium à prendre trois fois par jour, avec le régime lacté et végétarien dans la crainte d'un état d'insuffisance rénale, à laquelle le malade arthritique rhumatisant, et plus ou moins entaché de l'alcoolisme, me paraissait particulièrement prédisposé. J'ajoute une prescription de sirop calmant et expectorant pour le soir.

Le malade revient au bout de 4 ou 5 semaines, me disant qu'il avait éprouvé un peu de mieux au début du traitement, mais que maintenant les accès de dyspnée étaient beaucoup plus pénibles; il éprouvait un resserrement à la gorge avec un malaise particulier en arrière du sternum qui s'étendait jusque dans les bras, durant les accès; l'oppression est aussi plus marquée sous l'influence des exercices. La voix rauque semblait prendre le ton bitonal. Ce signe attira mon attention plutôt du côté de l'aorte et du médiastin. La percussion révèle une matité aortique un peu plus étendue, et la pression au deuxième espace intercostal gauche, près du sternum indique une sensibilité spéciale. A l'auscultation on distingue un souffle très léger, au premier temps et au foyer aortique.

Ces signes étaient suffisants, dans leur ensemble pour faire admettre une aortite et laisser soupçonner une dilatation anévrysmale, dans la région qui confine au nerf récurrent laryngé: je conseillai à mon client de se soumettre à un examen laryngoscopique pour reconnaître, l'état de son larynx. L'examen fut fait par mon savant ami M. le Dr. L. Fiset qui constata une immobilité et paralysie de la corde vocale gauche.

Cette constatation confirmait donc le soupçon d'une tumeur anévrysmale de la crosse de l'aorte dans la région du nerf récurrent laryngé, et cela malgré l'absence des autres signes physiques qui témoignent de l'existence des anévrysmes en général. Je donne avertissement du danger au patient, et je continue l'administration de l'iodure avec régime lacté, en recommandant un repos presque absolu.

Trois semaines après les accès de dyspnée revêtent les caractères d'une véritable suffocation. Je vois le malade durant l'un de ces accès: la face est pâle, violacée, le nez pincé, les extrémités froides, la respiration labo-

rieuse avec tirage, tout indique un état spasmodique. Je donne une injection hypodermique de morphine et atropine. Le soulagement est pour ainsi dire instantané ; je laisse le même remède à la famille en ajoutant deux gouttes de nitro glycerine à la dose pour l'effet vaso-dilatateur.

Les attaques continuent à être fréquentes, et de plus en plus intenses. L'un de mes confrères, appelé en mon absence durant l'une de ces crises, trouve le malade inconscient et dans un tel état de suffocation et d'asphyxie qu'il juge inutile d'intervenir, croyant à une mort presque immédiate. Une nouvelle injection de morphine et de nitro-glycérine fait disparaître de nouveau le spasme de la glotte très rapidement, et mon confrère est témoin de la résurrection complète du malade, dans l'espace de dix minutes.

Mais les accès se rapprochent encore plus, et le malade, réduit à une impuissance respiratoire, finit par mourir, deux semaines après, de congestion pulmonaire et d'anoxémie, mais non de l'accident de la rupture de son anévrysme, comme on aurait pu le redouter.

Ce cas rappelle bien l'observation de Poulalion, qui se rapportait à un malade chez lequel les crises spasmodiques intermittentes des muscles du larynx se surajoutaient à un état de paralysie de la corde vocale gauche bien constatée au laryngoscope, dont la voix enrouée, bilonale était le signe révélateur.

2ÈME. OBSERVATION.—Un homme engagé dans les luttes de la politique active, d'une constitution robuste, mais de souche arthritique, et rhumatisant bien confirmé, vint me consulter, il y a trois ans, pour des douleurs retrosternales qui rappelaient d'assez près les crises d'*angine de poitrine*. Il m'était adressé par l'un de mes collègues dans l'enseignement, plutôt adonné à la pratique de la chirurgie, qui, soupçonnant une maladie du cœur ou de l'aorte, désirait avoir mon opinion sur le cas.

L'histoire du sujet établissait les causes prédisposantes et les principales causes excitantes des altérations artérielles. A l'examen, la percussion dénote une matité plus étendue de l'aorte ascendante avec une zone de sensibilité au deuxième espace intercostal. Les douleurs sont diffuses, souvent très intenses ; elles surviennent par accès et s'irradient jusque dans le bras et vers l'épigastre. On ne retrace aucun souffle aucun bruit anormal ni du côté du cœur ni des gros vaisseaux. Le malade a souffert depuis longtemps de pharyngite chronique et il était sujet à l'extinction de la voix, durant les fatigues de ses campagnes électorales. Je m'arrête au diagnostic d'*aortite chronique* avec atteinte du plexus cardiaque.

Je fais connaître à ce politicien trop actif les conséquences qu'une vie de surexcitation peut entraîner dans une telle maladie, et je lui recommande de sortir de cette *fournaise ardente* pour prendre une vie calme et exempte de commotions. Je ne lui cache pas, que, même dans le cours naturel de la maladie, ou à la moindre imprudence, il peut être exposé à subir des attaques d'angine encore plus sérieuses, dont la mort subite pourrait être la terminaison ; et que, s'il échappe à ce premier accident, il court le risque de voir se développer, très probablement, avec les progrès des lésions de son aorte, une tumeur anévrysmale, dont l'issue ne vaudra guère mieux.

Comme le diagnostic et les conseils que je lui avais exprimés étaient en opposition avec ses ambitions politiques, ce malade, qui n'était pas étranger aux connaissances de la médecine, trouva facilement divers prétextes pour se faire illusion et ne manqua pas de rencontrer d'autres opinions médicales pour le rassurer : car, enfin, il n'y avait aucun signe de tumeur pulsatile, aucun souffle ni au cœur ni à l'aorte, et le seul fait d'une douleur intermittente et plus ou moins persistante au thorax ne devait pas surprendre chez un rhumatisant bien confirmé qui souffrait habituellement de *névralgies* semblables du côté des membres.

Je perdis ce malade de vue, pour une période de près de deux ans, alors que je fus appelé dans la paroisse où il résidait, pour l'une de ses parentes ; j'apprends de la bouche de celle-ci que l'affection de la poitrine dont il souffrait lorsqu'il vint me consulter, s'est toujours aggravée, depuis, qu'elle a gagné la gorge et les poumons et que, de l'avis d'un spécialiste de la métropole, qui le traite maintenant, (corroboré d'ailleurs par l'opinion d'un médecin éminent de New York) il est en pleine étape de phthisie laryngée et de tuberculose pulmonaire. Et comme l'on me faisait la confiance que mon premier diagnostic n'était rappelé qu'avec une pointe d'ironie de la part de la famille intéressée, je me crus en droit de légitime défense d'exprimer nettement mon opinion et je ne me fis pas scrupule de laisser entrevoir que l'apparition de tels troubles du côté de la gorge ou du larynx ou même du côté des autres organes pulmonaires ne me surprenait nullement dans une période aussi avancée de la maladie et qu'il me serait probablement possible de justifier l'opinion à laquelle je m'étais arrêté, à la première consultation, s'il m'était donné d'examiner de nouveau ce malade. Pour moi, étant donné que ce malade avait continué d'avoir des douleurs de plus en plus intenses, à la même région du médiastin, je gardais une conviction assez ferme que ces troubles de la gorge et du poumon que l'on mettait sur le compte de la tuberculose

pourraient bien n'être que les indices du développement d'une tumeur anévrysmale sur son aorte altérée, tel que je lui en avais donné le soupçon, au premier examen.

Quatre mois après, je ne fus pas peu surpris de recevoir la demande de me rendre auprès du même patient qui était maintenant retenu forcément à domicile par l'aggravation de sa maladie

Dès ses premières paroles, je fus frappé du ton rauque et inégal de sa voix, qui avait tous les caractères de la voix bitonale ; et comme son aspect extérieur était encore loin de trahir l'état général d'un homme en proie à la phthisie laryngée et pulmonaire, il me sembla que j'aurais été presque justifiable de lui déclarer d'emblée, qu'il en était rendu à l'étape de tumeur anévrysmale que je lui avais laissé entrevoir, deux ans auparavant, comme une complication à redouter pour l'avenir de son aortite. Voici comment il me compléta son histoire, depuis le moment de ma première consultation :

Les douleurs rétro-sternales ont présenté des accalmies temporaires suivies de recrudescences ; mais, dans l'ensemble, elles se sont aggravées graduellement, et, depuis quelques mois, il ne saurait y résister sans prendre 2 ou 3 doses de morphine par jour. Depuis six mois, il a éprouvé une gêne particulière à la gorge et sa voix s'est altérée ; puis est survenue une toux spasmodique, qui se manifeste par des accès irréguliers, mais n'est pas suivie d'expectoration caractéristique. Il a consulté, à différents intervalles, deux laryngologistes qui, ayant reconnu des granulations sur les cordes vocales avec infiltration du larynx, lui ont laissé soupçonner une tuberculose probable. Il s'est alors adressé à un autre médecin spécialement adonné au traitement de la tuberculose ; celui-ci a reconnu des signes d'infiltration au sommet du poumon gauche et a confirmé les premiers soupçons d'une tuberculose du larynx, étendue au poumon. En dernier lieu, on lui a parlé de paralysie des cordes vocales que l'on attribuait aux progrès de la maladie. Il me dit, de plus, que, malgré les doutes qui l'ont empêché de s'arrêter au diagnostic que je lui avais laissé entrevoir, il n'a jamais manqué de rappeler le fait aux autres médecins qu'il a consultés et, jusqu'à un mois, encore, on lui a donné la plus grande assurance contre le danger d'un anévrysme et de la mort subite qu'il redoutait : en fait, lui disait-on, aucune tumeur n'est apparente ; on n'entend aucun bruit anormal du côté de l'aorte, pendant que des signes de tuberculose existent au larynx et au poumon. Cependant les douleurs si vives qu'il ressentait à la poitrine, lui paraissaient si étranges, pour la tuberculose, qu'il en avait éprouvé des

arrière-pensées et il désirait une nouvelle consultation pour établir ce qui en était de son cœur et de son aorte.

En découvrant la poitrine, je distingue une voussure du côté gauche du sternum, au sommet, la palpation et l'auscultation font constater un centre de battements et de claquements sans bruits de souffle ; la tumeur empiète sur le sommet du poumon gauche et le murmure respiratoire est affaibli en avant et mêlé de bruits de crépitation ou de frottement. En arrière la respiration est soufflante. Mais un autre signe se présentait à l'observation qui ne manquait pas d'une certaine importance, c'était le signe de la trachée qui témoignait de la compression de cet organe ou de la bronche gauche par une tumeur. Pour rétablir sa foi dans mon premier diagnostic, je lui fais toucher du doigt la tumeur pulsatile au sommet gauche et je l'avertis du danger prochain dans lequel il se trouve avec une telle complication. Il se rend à l'évidence, en prend courageusement son parti, et après avoir mis ordre à ses affaires, il vint se retirer sous mes soins dans l'atmosphère tranquille de l'hôpital. Deux mois après, il mourait subitement de la rupture de son anévrisme.

Ce cas ne peut manquer d'exciter votre intérêt, car il vous servira d'enseignement pour vous faire éviter plus tard les méprises dont il vous donne un exemple assez étonnant, à première vue. Mais ne croyez pas que l'erreur à laquelle il a donné lieu soit aussi grossière qu'elle peut vous apparaître au premier abord.

De toute évidence, les troubles du larynx, trouvant leur explication dans les granulations diffuses et l'infiltration du larynx et des cordes vocales, ont servi assez naturellement à faire mettre en ligne de compte la tuberculose ; ajoutez à cela la constatation de signes physiques indiquant une infiltration identique au sommet du poumon gauche ou peut-être même l'infiltration des ganglions trachéo-bronchiques, et vous vous rendrez compte combien facilement pouvait naître l'idée fixe d'une tuberculose envahissante, à laquelle on continua de rapporter tous les symptômes et même la paralysie de l'une des cordes vocales.

Mais ces différents signes objectifs, que l'on pouvait rapporter à la tuberculose n'expliquaient nullement les douleurs persistantes à la région du cœur et des gros vaisseaux : celles-ci commandaient une attention particulière. La plus grande cause d'erreur qu'il soit possible d'invoquer, c'est l'absence durant les premiers étapes de la maladie, des signes physiques pathognomoniques qu'on s'attend toujours de rencontrer dans le cas d'anévrisme :

la tumeur *pulsatile expansive*, ou tout au moins les *souffles*. Mais comme nous l'avons fait remarquer plus haut, tous ces signes physiques, quelque soit leur importance, peuvent manquer et manquent ordinairement, à la vérité, dans le type d'anévrisme que nous étudions. Pour éviter pareille erreur il suffit de se rappeler, d'abord, la valeur sémiologique des troubles du larynx, de la voix *bitonale* et de la paralysie de la corde *vocale gauche*, auxquels vient s'associer assez souvent le *signe de trachée*; en second lieu, le peu de fréquence des bruits de souffle. Les observations suivantes, que j'emprunte à deux des maîtres les plus éminents de la pathologie, fixeront votre conviction sur ces sujets.

Pour ce qui est des *souffles*, voici comment s'exprime M Jaccoud : " Ce qu'il faut bien retenir, c'est que les signes stéthoscopiques normaux de l'anévrisme aortique sont des bruits de percussion, des claquements semblables à ceux du cœur et non pas des *souffles* : ceux-ci ne se rapportent pas directement à l'anévrisme ; ils sont toujours la conséquence de quelques modifications accidentelles dans le sac anévrysmal, l'aorte ou le cœur."

M. le professeur Dieulafoy n'est pas moins explicite pour ce qui regarde les autres signes ; ce n'est pas trop de vous le rappeler de nouveau, ici, : " Développé à cette région (du nerf récurrent gauche) l'anévrisme échappe presque complètement à nos moyens d'investigation, il échappe à la percussion et à l'auscultation, surtout quand ses dimensions sont petites ; il ne détermine ni *mouvement d'expansion*, ni *double centre de battements*, ni *matité*, ni *souffles*, il ne trahit même pas toujours sa présence par des phénomènes douloureux ; dans quelques, cas, *on ne voit rien, on n'entend rien, on ne sent rien*, et cependant il est encore possible de formuler le diagnostic de l'anévrisme....."

Quant aux symptômes pulmonaires qui sont apparus chez notre sujet au déclin de la maladie, ils s'expliquent assez naturellement par l'expansion de la tumeur qui a fini par comprimer la bronche gauche, enflammer la plèvre et refouler le poumon. L'observation suivante va vous fournir une preuve de lésion analogue en même temps qu'il vous donnera un autre exemple d'erreur que l'on peut commettre lorsque l'attention n'a pas été éveillée d'avance ou lorsqu'on se laisse trop guider par la première impression ou un esprit superficiel dans l'observation de nos malades.

3e obs. C'est une fille que nous avons eue, à deux reprises, dans le service de l'hôpital. La première fois elle avait été admise pour une névralgie du trijumeau ; en dernier lieu, elle demanda son entrée pour une névralgie

cervico-brachiale du côté gauche. Voici l'histoire de ses antécédents que l'on me fit connaître lorsque je pris le service de la salle où elle avait été admise depuis un mois.

Le sujet est une fille de réputation douteuse, qui a été adonnée à l'usage des boissons alcooliques ; c'était une déséquilibrée, que ses travers rendaient peu supportable dans sa famille. Il y a un an, elle fut internée à l'asile des aliénés de Québec. Au sortir de là, après quelques semaines passées parmi les siens, elle vint demander son entrée à l'hôpital de l'Hôtel Dieu pour une névralgie très intense de la face (du trijumeau). On soupçonna une affection syphilitique. Elle fut soumise au traitement spécifique en même temps qu'on lui administrait de la morphine durant les crises trop violentes de la douleur. Elle donna bientôt des signes de morphinomanie. Elle faisait des scènes deux ou trois fois par jour pour avoir son calmant. Le médecin en charge du service essaya de la restreindre et de la soumettre à l'influence de la suggestion en cherchant à prendre autorité. Après deux mois, comme elle paraissait plus calme, elle fut déchargée et sortit de l'hôpital, en juillet 1898. Trois mois après, elle nous revenait, pour une névralgie cervico-brachiale gauche, cette fois. Sa voix était enrouée, elle toussait légèrement et ne parlait le plus souvent qu'à demi voix.

Mais comme la malade nous était présentée sous l'étiquette de *névropathe hystérique*, assez bien justifiée par les antécédents que je viens de vous rappeler, et, de plus, enclin à la morphinomanie, vous comprendrez pourquoi je ne l'acceptai qu'avec défiance. L'expérience de mes collègues qui m'avaient précédé devait me servir de guide pour la réserve dans le traitement de la médication opiacée et le contrôle par l'autorité et la suggestion. Le caractère de *névropathe hystérique et déséquilibrée*, bien établi, fut pour moi une raison suffisante pour m'engager à ne pas la soumettre à un nouvel examen. Elle avait bien cette dysphonie avec crises de toux sèche spasmodique, et contraction au pharynx qui, aujourd'hui, ne manqueraient pas d'éveiller mes soupçons sur un trouble fonctionnel du nerf récurrent laryngé ; mais quelle est l'hystérique qui, à un moment donné, ne peut reproduire tous ces symptômes ?

La malade nous faisait des instances répétées pour obtenir des calmants régulièrement mais nous croyions de notre devoir par mesure de prudence de résister à ce besoin qui nous apparaissait comme factice ; elle prétendait ressentir une douleur à l'épaule gauche qui l'empêchait de pou.

voir se coucher ; elle restait assise jour et nuit, troublant le sommeil de ses voisines de la salle par ses lamentations. Nous lui donnons quelques analgésiques, tout en réservant la plus grande part dans le traitement aux moyens extérieurs.

La maîtresse hospitalière m'avertit, un jour, que la malade crache un peu de sang noirâtre, qu'elle ne mange plus, par suite d'une difficulté d'avaler. Comme j'étais sur mon départ, je fais un examen superficiel et rapide de la poitrine. Quelle ne fut pas ma surprise de constater une matité absolue de tout le sommet du poumon gauche, avec disparition complète du murmure respiratoire et râles crépitants s'étendant jusque vers la base. On distingue une voussure assez étendue à ce sommet, mais pas de tumeur pulsatile expansive, ni de bruits de souffle ; par contre un double centre de claquements que je pris pour la transmission exagérée des bruits normaux par les mêmes conditions qui rendaient le poumon plus condensé. La malade n'avait qu'une température de 100 F. Je ne pouvais réellement m'expliquer à première vue comment des lésions aussi étendues avaient pu se développer dans le poumon sans donner plus d'éveil : je remis au lendemain de faire une étude plus approfondie du cas et de pratiquer l'examen laryngoscopique pour me rendre compte d'un autre côté, si la dysphonie ne tenait pas à une paralysie de la corde vocale gauche qui ferait soupçonner une tumeur du médiastin.

Le lendemain, je reçois l'information, dès mon entrée dans les salles, que cette patiente étrange est morte subitement, vers le matin ; elle avait craché du sang plus abondamment pendant une ou deux heures, alors qu'à un certain moment, en se relevant pour se mettre assise, elle perdit connaissance et expira quelques minutes après. Ce ne fut là, pour moi, malheureusement, que le premier signe révélateur d'un anévrysme, dont la voix rauque bitonale, les crises de toux spasmodique, le pharyngisme, les douleurs locales, eussent été bien propres à me donner le soupçon, si mon attention n'eût pas été détournée par les antécédents si particuliers que je vous ai rappelés et qui établissaient l'existence d'un état névropathique à laquelle on pouvait assez rationnellement rapporter ces troubles fonctionnels. Il nous fut donné heureusement de faire l'examen *post mortem* :

A l'ouverture de la cavité thoracique nous trouvons un épanchement de sang considérable dans la plèvre gauche, le poumon en état d'infarctus hémorragique sur une grande étendue, et une tumeur, de la grosseur d'une tête de fœtus, remplie de caillots cruoriques denses et de lames fibrineuses, qui remplaçait le poumon gauche dans son tiers supérieur et était complé-

tement adhérente à la plèvre pariétale. Cette tumeur, comme vous le devinez bien, n'était autre qu'un anévrysme sacciforme de l'aorte thoracique, qui avait fini par être obturé, en partie, par des caillots et des dépôts fibrineux ; elle avait refoulé le poumon dans son expansion et un processus d'inflammation l'avait rendue adhérente avec la plèvre pariétale et la paroi de la poitrine dans toute l'étendue du sommet de la cage thoracique.

Ces conditions nous rendaient bien compte des signes de la matité, de l'absence de tout mouvement respiratoire et des râles crépitants que nous avons constatés ; elles expliquaient également les douleurs cervicales et brachiales dont la malade avait eu tant à se plaindre et qui n'étaient que la conséquence de l'irritation des nerfs de cette région par l'expansion de la tumeur. Telle était aussi la raison des troubles fonctionnels du côté du larynx et du pharynx que l'on pouvait rapporter à l'hystérie, à première vue, mais qui souvent traduisent, comme il faut bien se le rappeler, l'existence de quelques lésions du nerf récurrent.

La rupture de l'anévrysme s'est d'abord faite dans le parenchyme du poumon avec lequel il était confondu par des adhérences ; c'est là ce qui explique l'apparition des crachats hémoptoïques, ou d'infarctus pulmonaire, ainsi que les signes de râles crépitants diffus survenus deux jours avant la mort ; puis le sang de l'aorte rompue a fini par se faire jour à travers le tissu pulmonaire lacéré et s'est échappé librement dans la cavité pleurale d'où la mort subite.

Voilà bien encore un cas d'où vous pouvez tirer les meilleurs enseignements et qui, par la méprise dont il a été le sujet, vous sera assez frappant pour ne pas échapper à votre mémoire dans la suite. Vous serez moins surpris, maintenant, si, en présence de tels faits acquis à mon expérience, j'accorde aux troubles fonctionnels du larynx, associés à quelque symptôme du médiastin, une valeur qui peut paraître exagérée au premier abord. Les observations que nous venons d'analyser auront pour vous cet avantage de bien fixer votre esprit sur la symptomatologie si spéciale de l'anévrysme, type récurrent, et de vous aider à éviter les méprises que je vous ai signalées et auxquelles vous serez tous plus ou moins exposés, dans la pratique si vous n'accordez d'importance qu'aux signes physiques pour en établir le diagnostic.

Je terminerai cette étude par les conclusions suivantes qui résument les enseignements que j'ai voulu faire ressortir du cas que je viens de vous présenter et des autres observations que je vous ai soumises :

1° La pathogénie des anévrysmes se confond avec celle des artérites : la dilatation anévrysmale ne peut se produire cependant que si la couche moyenne, élastique et contractile, de l'artère a été détruite sur un point par le processus inflammatoire.

2° Les artérites généralisées, l'athérome des vieillards, prédisposent moins au développement des anévrysmes que les artérites localisées ; dans les anévrysmes de l'aorte thoracique, l'artère est le plus souvent malade pour son propre compte, et le sujet n'est qu'à l'âge moyen.

3° Les signes physiques les plus pathognomoniques de l'existence d'un anévrysme thoracique sont la tumeur *pulsatile expansive*, les *souffles*, le double centre de *battements* ou de *claquements*. Mais ces signes peuvent faire défaut ou disparaître, si la tumeur fait saillie vers les parties profondes ou si le sac anévrysmal est obturé par des caillots cruoriques et des lames fibrineuses.

4° Les anévrysmes de la crosse de l'aorte, qui se développent en avant, ne rencontrent pas d'organes importants et peuvent acquérir un volume énorme avant de se rompre ; ceux, au contraire, qui ont leur expansion vers les parties profondes viennent en contact d'emblée avec des organes de fonctions importantes et, chose qu'il ne faut pas oublier dans le pronostic, ont tendance à se rompre souvent prématurément, alors qu'ils n'ont pas même atteint le volume d'un œuf ou d'une noix.

5° Les anévrysmes aortiques développés dans la région du nerf récurrent gauche se remarquent par l'absence fréquente des signes physiques qui caractérisent les autres variétés d'anévrysmes ; ils empruntent leurs symptômes aux organes de voisinage : aux *bronches*, à la *trachée* ou à l'*œsophage* par la compression directe de la tumeur ; au *larynx* et au *pharynx* par les troubles d'excitation ou d'inhibition du nerf récurrent laryngé, dont la *voix bitonale*, la *dysphagie* et l'*ictus laryngé*, ou crises de suffocation, sont l'expression.

6° Dans les cas où les signes physiques font défaut, éviter de confondre les troubles du larynx, des bronches ou du poumon lésé avec les manifestations de la tuberculose de ces organes, et se rappeler que, même en l'absence de ces signes, il est toujours possible d'établir le diagnostic de l'anévrysme *type-récurrent* par les troubles fonctionnels du larynx et du pharynx que nous avons mentionnés plus haut et qui se trouvent presque toujours associés à quelque élément du syndrome médiastinal ou à quelques antécédents d'aortite.

N. B.—Le malade, qui avait servi de sujet à cette leçon clinique, en janvier dernier, a quitté l'Hôpital, à la fin du même mois, pour retourner dans sa famille. Le 25 février, je reçus l'information qu'il venait de mourir après avoir été une semaine dans l'impossibilité d'avaler et en proie à une dyspnée très violente, survenant par accès. La mort n'a donc pas été le fait d'une rupture de l'anévrysme mais bien plutôt des troubles de spasmes ou de compression directe du côté du larynx, du pharynx ou de l'œsophage.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Traitement médical des végétations adénoïdes.

M. Lapeyre (de Fontainebleau), en employant la médication iodée à l'intérieur, a toujours pu faire disparaître les végétations adénoïdes même volumineuses, et éviter à ses petits malades des ablations chirurgicales qui sont loin d'être sans inconvénients.

M. Lapeyre donne la teinture d'iode à dose croissante, en commençant par six gouttes trois fois par jour pour les enfants de cinq à neuf ans et en augmentant rapidement jusqu'à 60 gouttes. Cette dose élevée est en général parfaitement supportée ; quelque fois on observe un peu d'intolérance gastrique, mais jamais d'accidents sérieux. L'iode se trouve dans l'urine par réactifs appropriés.

M. Sevestre a obtenu de bons résultats par l'usage du vin iodé et les instillations d'huile mentholée dans les fosses nasales.

M. Pariot fait remarquer que *Parrot* traitait déjà les végétations adénoïdes par la teinture d'iode incorporée au sirop de gentiane à la dose de 6 grammes de teinture d'iode et 6 grammes d'iodure de potassium par litre de vin. (*Soc. de Péd. Oct. 1901*)

Influence du processus angineux sur le cycle thermique de la scarlatine.

L. MAGE.

Cette étude de la scarlatine est basée sur 525 observations recueillies par *M. Variot* à l'hôpital Trousseau ; elle semble, au point de vue clinique, vérifier la discussion, surtout théorique, soulevée par *Berfé* en ce qui concerne la pathogénie amygdalienne, angineuse de la scarlatine.

Après avoir étudié séparément l'éruption, la fièvre et l'angine dans la scarlatine, M. Mage étudie l'influence réciproque de ces trois grands éléments cliniques de la scarlatine. Pour cela, sur les 525 cas, il élimine 122 cas ayant présenté des complications. Restent 403 scarlatines normales pouvant servir à l'étude de l'influence de l'éruption, de la fièvre et de l'angine les unes sur les autres ; 286 cas sont encore éliminés, parce que la marche des trois facteurs en question a été exactement parallèle. En fin de compte il n'y a plus que 107 observations qui puissent être utilisées pour permettre de vérifier si c'est bien le processus angineux qui exerce son influence prédominante sur le cycle thermique. Sur ces 107 cas, 95 sont favorables à cette hypothèse, 12 sont négatifs.

Cet intéressant travail nous semble avoir une tendance un peu trop grande à réduire la scarlatine à une angine de nature particulière présentant des phénomènes éruptifs et généraux spéciaux. Voici les conclusions de l'auteur :

1o. L'angine semble avoir le plus souvent l'influence prédominante sur la marche de la température de la scarlatine normale ;

2o. La courbe thermique de la scarlatine normale suit les variations de l'angine bien plus que celles de l'éruption .

3o. Dans les cas de scarlatine sans éruption, la fièvre est variable, suivant l'état de la gorge ;

4o. Dans les cas de scarlatine apyrétique, les lésions pharyngées sont minimes :

5o. Les cas de de scarlatine grave, hypertoxique, semblent échapper à la loi de l'évolution parallèle de l'angine et de la fièvre ;

6o. Si l'éruption de la scarlatine doit conserver son importance au point de vue du diagnostic, c'est l'angine qui doit occuper le premier rang au point de vue du pronostic et du traitement de cette affection.

L. TOLLEMER.

(La Presse Médicale.)

Nouveau procédé d'Analgesie des dents par l'électricité.

MM. les Drs L. R. REGNIER, chef du Laboratoire d'électrothérapie de la Charité, et Henry DIDSURY, dentiste des hôpitaux, ont communiqué à l'Académie de Médecine les résultats des recherches qu'ils ont entreprises

à la fondation Isaac-Pereire, pour rechercher s'il était possible d'anesthésier les dents, pour les enlever, à l'aide de l'électricité. Ils ont employé l'appareil à courants de haute fréquence de d'Arsonval, construit par Gaiffe. Les dents monoradiculaires non atteintes de périostite sont enlevées avec l'indolence la plus absolue. Les dents polyradicules non atteintes de périostite, sont généralement anesthésiées; s'il reste un peu de sensibilité, la douleur est toujours très atténuée.

Cette nouvelle méthode, qui dispense des agents anesthésiants toxiques ne cause au malade aucun malaise, ni pendant l'électrisation, ni après, et n'exige aucune préparation spéciale.

Les auteurs ont également obtenu l'anesthésie de la dentine, dans les cas de carie non pénétrante, douloureuse, et se proposent d'utiliser leur méthode dans toutes les opérations douloureuses de la chirurgie dentaire.

Traitement du goitre par les injections de teinture d'iode.

(DUGUET)

La seringue employée est la seringue ordinaire de Pravaz; les aiguilles sont flambées, la peau du cou soigneusement nettoyée.

L'injection ne doit se faire que sur le sujet assis, le malade se trouvant face à l'opérateur; ce dernier reconnaît d'abord la tumeur; ce détail paraît tout d'abord suranné, mais, en pratique, il faut parfois une grande habitude pour reconnaître certaines tumeurs thyroïdiennes fort légères, se confondant, surtout chez une femme ayant un certain embonpoint, avec le tissu grasseux. Pour la mettre bien en évidence, il suffit d'ordonner au sujet un mouvement de déglutition; le larynx, grâce à ce mouvement, remonte sur la base du maxillaire inférieur, entraînant avec lui la tumeur qui lui est solidement attachée. Celle-ci est alors saisie entre le pouce et l'index de la main gauche, comprimée légèrement de façon à l'énucléer un peu et à lui faire projeter une saillie. De la main droite, l'aiguille, saisie par l'embout, est franchement et perpendiculairement enfoncée. C'est là un temps qui, très facile pour les hypertrophies volumineuses, demande un certain doigté que l'habitude donne rapidement, lorsqu'il s'agit des légers goitres et peu accentués.

La grande, la seule précaution presque à prendre, consiste à ne jamais enfoncer l'aiguille surmontée de la seringue, mais toujours à n'ajuster la seringue qu'une fois l'aiguille bien en place.

De la sorte on évite l'injection dans un vaisseau ; dès que l'aiguille en effet aura perforé la paroi d'une veine thyroïdienne l'on verra perler une goutte de sang à l'orifice ; rien ne sera plus facile de retirer l'aiguille et de pratiquer l'injection en quelque autre place.

Elle devra être poussée très lentement en ne cessant de regarder le visage du sujet ; ce dernier exprime-t-il une souffrance trop vive, l'on arrêtera l'opération. La plupart du temps, les malades reçoivent sans inconvénient la seringue entière de liquide ; seules, les tumeurs légères ne reçoivent qu'une demi-injection ou qu'un quart de seringue. Le premier effet de l'injection est de provoquer une toux sèche et opiniâtre, une toux réflexe ; pour combattre ce réflexe, à la consultation de Lariboisière, le sujet reçoit à boire immédiatement après l'injection un quart de verre de vin sucré, ce qui, forçant à la déglutition, empêche, par un réflexe surajouté, le réflexe de la toux de se produire.

Assez fréquemment, le sujet ressent au moment de l'injection et subsistant quelques minutes après, une douleur assez vive avec irradiation fort nette à l'oreille du côté où l'on a pratiqué l'injection. Cette douleur aiguë cède assez rapidement ; elle n'est d'ailleurs aucunement comparable aux souffrances sourdes et diffuses ressenties parfois par le malade le lendemain de l'injection et les jours suivants, indice du processus inflammatoire que celle-ci détermine dans l'intimité du tissu.

Quant aux accidents plus graves dont on a parlé et dont on fait autant d'objections à la méthode, ils n'ont jamais été constatés par M. Duguet.

L'ADRENALINE

Les médecins américains font le plus grand éloge depuis quelque temps d'un nouveau produit, d'origine organique, auquel on a donné le nom d'adrénaline.

L'adrénaline (de "adrenals", *capsules surrenales*) est un des principes actifs de la glande surrénale isolé par Takamine (de New-York). Elle jouit des propriétés de l'extrait de capsule surrénale, mais elle a sur lui l'avantage d'être un produit défini, d'effet constant, de conservation facile ; elle serait, en outre, 625 fois plus active.

L'adrénaline se présente sous forme de petits cristaux blancs, polymorphes ; elle se combine avec l'acide chlorhydrique dilué pour former du chlorure d'adrénaline.

On se sert, en pratique, du chlorure d'adrénaline, dissous dans la solution normale de chlorure de sodium dans la proportion de 1 pour 1,000. Conservé à l'abri de la lumière, ce liquide n'a aucune tendance à se décomposer ; il est stérilisable par l'ébullition sans que ses propriétés soient altérées.

Appliqué sur les muqueuses, il détermine très rapidement une ischémie complète et un léger degré d'anesthésie : celle-ci est absolue si l'on ajoute à l'adrénaline du chloréthane dans la proportion de 0,05 pour 100, ou si l'on emploie l'adrénaline après injection ou application directe de cocaïne.

Prise à l'intérieur, l'adrénaline agit énergiquement sur le système musculaire, en particulier sur la musculature des artères et sur le cœur, d'où une élévation rapide et très marquée de la pression sanguine.

C'est sur ces deux propriétés que sont basées les nombreuses applications thérapeutiques de l'adrénaline.

* * *

L'oto-rhino-laryngologie et l'ophtalmologie ont surtout bénéficié, dans la plus large mesure, des rapides et constants effets de l'adrénaline. Et déjà nombre d'observations ont été publiées témoignant des bons résultats obtenus par son emploi dans : a) les conjonctivites simples ou purulentes ; b) le glaucome (dont l'adrénaline diminue la tension douloureuse) ; c) les coryzas intenses et la fièvre des foins ; d) les laryngites aiguës ou chroniques, l'œdème de la glotte ; e) les catarrhes de l'oreille moyenne. Dans tous ces cas, l'élément congestif est combattu avec le plus grand succès.

L'adrénaline serait encore un puissant hémostatique, d'où ses effets vraiment merveilleux dans : a) les cas d'épistaxis les plus rebelles ; b) les hémoptysies ; c) les hémorrhagies utérines, qu'il s'agisse d'une affection de l'utérus ou d'une hémorrhagie de cause obstétricale.

Par l'application directe préalable d'adrénaline sur les surfaces muqueuses, la plupart des opérations sur les fosses nasales, le larynx, l'œil deviennent non sanglantes.

C'est ainsi que Mac Farlane (de Toronto) a pratiqué l'énucléation d'un œil avec une perte totale de dix gouttes de sang, après avoir instillé dans

le cul-de-sac conjonctival, dix minutes auparavant, trois gouttes d'une solution de chlorure d'adrénaline à 1 pour 1,000. Le même opérateur, et d'autres avec lui, ont pu pratiquer l'ablation de végétations adénoïdes, sectionner les amygdales hypertrophiées, extirper des polypes du conduit auditif, avec une perte de sang absolument minime.

Ajoutons que l'art dentaire a également bénéficié des propriétés de l'adrénaline.

Les applications du nouveau médicament à la pathologie interne sont encore loin d'être précisées. Cependant il est préconisé, en particulier par Flersheim (de New-York), dans : a) certaines affections cardiaques, surtout dans la maladie mitrale et la myocardite ; b) la syncope chloroformique ; c) la maladie d'Addison, le goître exophtalmique ; d) le scorbut ; e) l'empoisonnement par les stupéfiants, la morphine notamment, il rend de précieux services dans le traitement des hématoméses, des hémoptysies, des hématuries

Enfin Shafer recommande l'adrénaline contre l'inertie utérine.

En pratique, on se sert de la solution de chlorure d'adrénaline (1 pour 1.000 à 1 pour 10.000) en pulvérisations ou en applications directes (on peut alors la diluer avec de l'eau bouillie).

A l'intérieur on la prescrit par doses de 5 à 30 gouttes.

La Presse Médicale

De la Délivrance.

par le Professeur A. PINARD.

Leçon recueillie à la clinique Baudelocque par M. le Dr. M. Jérome chef de clinique adjoint

MESSIEURS,

Pour bien pratiquer la délivrance, et être capables de faire face aux accidents et aux complications qui peuvent survenir pendant ce temps si important de l'accouchement, il est utile que vous en connaissiez tous les mécanismes.

Ce mécanisme, disons-le tout de suite, n'est bien connu que depuis un petit nombre d'années. Les coupes congelées que nous avons pratiquées avec M. Varnier et que nous avons reproduites dans notre atlas, ont fixé définitivement un certain nombre de points restés obscurs ou discutés jusqu'alors.

C'est ainsi que l'on peut se rendre compte, sur ces coupes, qu'immédiatement après la sortie de l'enfant l'utérus revenu sur lui-même s'applique exactement sur le placenta, ne laissant aucun espace libre entre sa face fœtale et la paroi utérine qui lui fait face.

On peut encore constater que la paroi utérine ne possède pas partout la même épaisseur, et qu'au niveau de l'insertion placentaire cette épaisseur est moindre. Le placenta se trouve donc pour ainsi dire invaginé, enchatonné, mais pas au sens que les anciens auteurs attribuaient à ce mot : il s'agit ici d'un enchatonnement physiologique.

L'insertion du placenta peut avoir lieu en un point quelconque de la surface interne de l'utérus. Toutefois, la figure que l'on voit dans les anciens traités classiques et qui représente le placenta inséré au fond de l'utérus est une exception.

Ces coupes nous ont encore permis de prouver que l'opinion de Baudelocque concernant le mode de décollement du placenta était fausse. D'après lui, le décollement se ferait du centre à la périphérie. Or, les coupes ont montré que c'est le contraire qui se produit, et que le décollement s'effectue de la périphérie au centre lorsque tout se passe physiologiquement, et cela, en quelque point de l'utérus que soit inséré le placenta.

Le décollement du centre à la périphérie est un mode pathologique que l'on rencontre en particulier dans l'hémorragie rétroplacentaire.

Il se produit au moment de la délivrance de véritables ondes musculaires utérines qui font décoller le placenta de proche en proche. Au fur et à mesure que le décollement s'effectue, la paroi utérine reprend son épaisseur.

Le décollement met plus ou moins longtemps à se faire, suivant que le placenta est inséré sur une des faces ou au niveau des cornes.

Le placenta peut être plus adhérent en un point : il y a alors un amincissement plus ou moins grand de la paroi utérine à ce niveau et un véritable enchatonnement du placenta. Dans ce cas, pour arriver jusqu'à lui, il est nécessaire de traverser un long canal formé par les parois internes accolées et ayant repris leur épaisseur, ce qui faisait dire aux anciens

auteurs, dans un langage familier, qu'il fallait aller chercher le placenta dans l'"arrière-boutique."

C'est le plus généralement par sa face fœtale que se présente à l'orifice utérin le placenta complètement décollé, il peut également se présenter par son bord ou par sa face utérine. Les différentes modalités dépendent de son lieu d'insertion et de l'adhérence des membranes : lorsqu'il est inséré sur le segment inférieur, le placenta a beaucoup de chances de se présenter par son bord ou par sa face utérine.

C'est encore au moyen des coupes congelées que l'on a pu voir que les membranes étaient encore adhérentes alors que le placenta était complètement décollé et tombé dans le segment inférieur. Ces membranes sont même enserrées au niveau des cornes, car les parois utérines ayant repris leur épaisseur, la paroi latérale et le fond tendent à s'appliquer l'un contre l'autre, et pincement les membranes à ce niveau.

De l'adhérence plus ou moins grande du placenta ou des membranes résulte que, chez toutes les femmes, le placenta ne met pas le même temps à descendre au niveau du segment inférieur ; ce phénomène physiologique n'est pas comparable à un mouvement d'horlogerie, et l'on n'est jamais sûr qu'au bout de 20 à 30 minutes le placenta sera complètement décollé ; ce n'est là qu'une moyenne ; aussi, ne doit-on pas se baser sur le temps qui s'est écoulé depuis la sortie du fœtus, pour pratiquer la délivrance.

D'autre part, la délivrance pouvant rester des heures et même une journée au niveau du segment inférieur ou dans le vagin, il est nécessaire d'intervenir à un moment donné

Quelle est donc l'indication de l'intervention ? Elle est toute entière dans l'indicateur.

C'est, en effet, lorsqu'en pratiquant le toucher, on aura pu sentir avec l'index l'insertion du cordon sur le placenta, que l'on devra intervenir, et cela a lieu le plus généralement au bout de 30 minutes ; il est cependant des cas où le placenta est expulsé plus tôt, spontanément, brusquement, comme un noyau de cerise ; il en résulte alors souvent une rétention des membranes, et le placenta est expulsé découronné.

Lorsqu'on intervient au bout de 25 à 30 minutes environ, que doit-on faire ?

Nous savons que les membranes sont encore adhérentes, et même pincées au niveau des cornes. Mais ce pincement n'a réellement lieu

qu'au moment des contractions. et, si l'on tirait alors sur le cordon, on risquerait de déchirer les membranes. Mais, dans l'intervalle des contractions, les parois latérales se séparent du fond ; aussi, est ce à ce moment que doivent être exercées des tractions lentes et soutenues.

Dans les cliniques allemandes, la rétention des membranes est fréquente, parce que l'on intervient au moment des contractions.

Pendant qu'une main tend le cordon, plutôt qu'elle ne tire dessus, l'autre main appliquée sur la paroi abdominale, redresse le corps de l'utérus, qui se trouve alors physiologiquement en antéversion, ainsi que l'a montré Pestalozza. Cette même main, dès qu'elle perçoit des contractions utérines, empêche l'autre de tirer.

Lorsque le placenta se présente par sa face fœtale, on comprend que la force résultant des tractions sur le cordon se répartisse également sur les membranes. Mais, lorsqu'il se présente par son bord, on ne tire plus que sur un point des membranes, qui se déchirent alors. Aussi, dans ce cas est-il préférable de faire la délivrance par expression ; mais il s'agit ici d'*expression française*, opposée à l'*expression allemande*, préconisée surtout par Crédé.

Celle ci, en effet, se fait quelques minutes après la sortie de l'enfant. Les quatre derniers doigts de la main sont glissés derrière l'utérus en refoulant la paroi abdominale. tandis que le pouce est mis dessus, et l'on exprime l'utérus au moment des contractions.

Dans l'expression française, au lieu d'intervenir immédiatement après l'accouchement, nous attendons que l'insertion du cordon sur le placenta soit accessible à l'index qui touche. et nous n'agissons sur l'utérus qu'en dehors des contractions.

Lorsqu'au bout d'une demi-heure le placenta n'est pas décollé doit on intervenir ? S'il n'y a pas d'hémorragie, on doit attendre. Cette hémorragie ne nous est pas toujours révélée par un écoulement de sang hors des organes génitaux, le sang pouvant s'accumuler dans la cavité utérine ou même dans la cavité vaginale. C'est le pouls qui doit nous guider dans ce cas. Lorsqu'il se maintient au-dessous de 100 pulsations, nous n'avons rien à redouter. Mais, lorsqu'il dépasse ce chiffre, nous devons intervenir.

S'il n'y a pas d'hémorragie, peut-on et doit-on laisser indéfiniment ce placenta en place ? Non, car si, dans l'avortement, la masse placentaire peut rester dans la cavité utérine et y vivre en parasite, il n'en est pas de même du placenta à terme : *il ne se résorbe pas, il se putréfie.*

Les accidents de rétention placentaire avec putréfaction consécutive étaient fréquents autrefois, alors que l'on faisait usage du seigle ergoté, qui produisait l'enchatonnement pathologique ; ils sont rares aujourd'hui.

Vous devez donc intervenir pour éviter ces accidents de putréfaction, et vous ferez la délivrance artificielle lorsqu'au bout d'une heure et demie à deux heures le décollement spontané n'aura pas eu lieu.

(Revue Pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie)

La suture des parois urétrales sans suture des parties molles.

Lorsqu'on pratique l'urétrotomie externe, il est classique de terminer l'opération soit en laissant le périnée ouvert, y compris l'urètre, et pansant à plat, soit en suturant le canal et toutes les parties molles par étages.

La suture totale est le procédé de choix quand les urines sont aseptiques, mais, lorsque les urines sont profondément infectées, lorsque le périnée est criblé de fistules suppurantes, il faut laisser l'urètre et le périnée largement ouverts et panser à plat ; la cicatrisation se fait par bourgeonnement. Entre ces deux séries de cas bien tranchés, il existe un grand nombre de cas intermédiaires, souvent très embarrassants, dans lesquels les urines, sans être profondément septiques, sont notablement infectées, et où le périnée, sans être réduit à l'état de clapier purulent, est évidemment peu propre à la réunion par première intention. Que faire dans ces cas ? laisser l'urètre et le périnée béants et attendre deux, trois mois et même davantage que la brèche se referme par bourgeonnement ? tenter la suture totale pour faire bénéficier le malade des chances d'une réunion primitive ? C'est pour ces cas difficiles que M. Zadok propose une technique mixte, associant la suture primitive de l'urètre à un large drainage du périnée. La suture du plan urétral seul réduit au minimum les chances de rétention septique, tout en ayant le grand avantage de reconstituer d'emblée la continuité du canal. Au lieu de reconstituer plan par plan toute la brèche périnéale, l'auteur se borne à exécuter un plan de sutures urétrales en plaçant des fils qui affrontent les lèvres de la plaie sans traverser la muqueuse : si la paroi urétrale fait défaut, il reconstitue le canal à l'aide des parties molles juxta-urétrales, suivant la pratique de M. Nognès. Rarement M. Zadok ajoute quelques points de suture des parties molles

formant second plan par-dessus le plan urétral ; le plus souvent, il place un à deux points de suture sur les parties molles et sur la peau, soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure de l'incision, se préoccupant surtout de laisser largement ouverte et drainée la plaie périnéale. En voulant fermer davantage, on s'expose à voir survenir des accidents de rétention septique et à perdre le bénéfice de la suture de l'urètre lui-même dont la réunion échoue. La suture de l'urètre seule présente les avantages suivants : non seulement une réunion assez rapide du périnée par seconde intention, mais en outre l'étanchéité constante et rapide des parois urétrales. De plus, l'urètre est reconstitué avec des tissus de choix et non pas avec du tissu de cicatrice. La sonde à demeure sera enlevée du cinquième au huitième jour ; elle ne sera laissée plus longtemps que s'il y a infection vésicale grave ; aussitôt la sonde supprimée, il est nécessaire de commencer au plus tôt la dilatation par le Bénéiqué, manœuvre qui permet de façonner la cicatrice en formation, de bien modeler l'urètre au niveau de la suture. La dilatation sera entreprise le lendemain même du jour où on aura enlevé la sonde à demeure. Répétée tous les deux jours, chaque séance sera précédée et suivie d'un grand lavage antiseptique du canal ; on devra arriver rapidement à utiliser jusqu'aux nos 59 ou 60 Bénéiqué.

Ce procédé est indiqué, d'une manière générale, dans les cas où l'urine ou les tissus sont infectés. Elle donne surtout d'excellents résultats dans les cas où la réunion totale semble impossible à tenter, parce qu'un échec paraît alors inévitable. Grâce à elle le malade ne court aucun danger de rétention septique, et une fois le canal restauré, le périnée bourgeonnera et se comblera en moins de trois semaines.

L. B.

(*Gazette des Hôpitaux*).

La chloroformisation chez les cardiaques

M. HUCHARD rappelle que les médecins sont à chaque instant consultés pour savoir si les cardiaques peuvent être chloroformisés. Suivant lui, tous les cardiaques, aortiques, mitraux, etc., peuvent être anesthésiés par le chloroforme. Il n'y a de contre-indication que chez les sujets en état d'asystolie, de dyspnée toxi-alimentaire ou en instance d'œdème pulmo-

naire aigu. On indique quelquefois la dégénérescence graisseuse du cœur comme une contre-indication, mais on confond généralement la dégénérescence graisseuse avec le cœur scléreux ; dans ces cas, la chloroformisation peut être pratiquée après une période pendant laquelle on a soumis le malade à la digitale ou à la théobromine.

La symphyse du péricarde est une contre-indication ; mais le plus souvent elle n'est pas reconnue.

On a dit que l'influence tricuspidiennne, que l'insuffisance aortique, affections syncopales, étaient des contre-indications ; mais la syncope n'est jamais un symptôme de maladie du cœur ou de l'aorte ; quand la mort survient par syncope chez un cardiaque, c'est à cause d'une complication.

C'est surtout chez les cardiaques, à qui l'on doit pratiquer des opérations considérées comme dangereuses, comme la dilatation de l'anus, que la contre-indication paraît établie ; cependant M. Huchard a vu cette chloroformisation pratiquée sans accident.

La chloroformisation doit être faite non brusquement, mais à petites doses, progressives, méthode qui permet d'éviter la syncope laryngée et la syncope toxique.

Il faut avoir près de soi du nitrite d'amyle, utile en cas de syncope. L'anesthésie doit être absolument complète avant de commencer l'opération.

Dans les cas de mort, on incrimine souvent le chloroforme ou l'état antérieur du malade, une cardiopathie latente. Mais, en réalité, le chloroforme est généralement bon, les cardiopathies latentes ne sont pas une contre-indication. C'est parfois l'état général qui est la cause de la mort. Le plus souvent pourtant, selon M. Huchard, la mort survient parce que le chloroforme est mal donné, à cause de l'inattention ou de l'inhabileté du chloroformisateur ; c'est pour cela que les morts par chloroforme sont plus fréquentes dans les hôpitaux qu'en ville.

Le chloroforme, bien donné chez les cardiaques, n'est pas dangereux ; c'est ce qui résulte des observations recueillies sur plus de 500 cardiaques chloroformisés. Ils n'ont pas présenté un seul accident.

M. BERGER confirme ce que M. Huchard vient de dire au sujet des précautions qui doivent être prises chez les cardiaques chloroformisés. C'est sans crainte qu'il donne le chloroforme chez les cardiaques, pourvu que ces malades ne soient pas en même temps des cachectiques. Seulement, il indique toujours à l'élève la nécessité de surveiller avec plus d'attention

la chloroformisation dans les limites entre lesquelles l'anesthésie doit se maintenir.

Pour éviter les accidents, il faut que, dès le début, la chloroformisation se fasse sans incident ; alors tout ira bien, à condition que l'élève qui en est chargé soit absolument attentif et suive avec exactitude son sujet.

Il importe surtout de ne pas dépasser la limite de l'anesthésie chez les cardiaques, car les moyens employés chez les sujets ordinaires comme les tractions de la langue et la respiration artificielle, n'inspirent pas à M. Berger grande confiance chez les cardiaques.

Il a chloroformisé sans accidents beaucoup de malades atteints de lésions organiques du cœur ; il craint surtout les cœurs gras, les cœurs faibles qui ont tendance à tomber à chaque instant en syncope ; mais en surveillant le début des accidents on peut y remédier à temps. Il a vu la mort survenir chez un malade atteint de symphyse péricardique, et croit, en conséquence, que dans ces conditions il vaut mieux s'abstenir si l'opération n'est pas urgente.

La communication de M. Huchard au sujet du mode de chloroformisation prête à plus de discussion. Le chloroforme n'est pas toujours parfait ; il en résulte des accidents en série ; les alertes débutent généralement par des phénomènes d'irritation ; dans ces conditions, il faut craindre les suites de l'anesthésie.

Quand on trouve un bon chloroformisateur, il faut, bien entendu, le conserver. Le chloroforme donné à Strasbourg dans le service de Sédillot par un coutelier qui n'avait aucune connaissance médicale a toujours été bien administré. Mais il n'en est pas ainsi pour tous les chloroformisateurs de profession. Ainsi, en Angleterre, où il y a des chloroformisateurs spéciaux, il se produit au moins autant d'accidents qu'en France. Enfin M. Berger pense qu'il est du devoir des chirurgiens des hôpitaux d'enseigner eux mêmes à leurs élèves les principes d'une bonne chloroformisation ; il faut que l'élève soit pénétré de l'importance et de la gravité du rôle qu'il a à jouer.

Quant au choix de l'anesthésique, il préfère le chloroforme à l'éther, mais pense qu'il est plus difficile à donner, et que, entre les mains d'un aide inhabile, l'éther est moins dangereux.

RAPPORT DE SOCIÉTÉS

L'Association des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord.

Le 6 mars dernier, avait lieu dans les salles de l'Université Laval, à Montréal, une réunion de médecins de la métropole et de Québec, sous l'invitation du Comité d'organisation de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Le but de cette réunion était de rencontrer les délégués de la vieille capitale pour donner une sanction officielle à ce grand projet, procéder à l'élection du Bureau de direction, et discuter les questions relatives au prochain congrès médical, qui doit avoir lieu à Québec le 25 juin prochain à l'occasion des fêtes du cinquantenaire de l'Université Laval, la première université française en Amérique.

M. le Dr Foucher fut prié de présider l'assemblée et le Dr Arthur Simard d'agir comme secrétaire.

Après quelques remarques de M. le Dr Brochu pour faire connaître l'œuvre du Comité, jusqu'ici, et les principaux points sur lesquels il a arrêté sa décision avant de les soumettre à l'approbation de l'assemblée, on procède à l'élection du Bureau de Direction qui donne le résultat suivant.

M. le Dr D. Brochu, Québec.....	Président.
“ “ E. P. Lachapelle, Montréal... }	Vice-Présidents
“ “ Coy. Provost, Ottawa..... }	
“ “ Archambault, Cohoes, E. U. }	
“ “ Alb. Marois, Québec	Trésorier
“ “ M. Cléroux, Montréal.....	“ adjoint
“ “ Arthur Simard, Québec	Secrétaire général
“ “ Albert Lesage, Montréal.....	“ “ adjoint

Il est proposé et résolu que la présidence d'honneur soit offerte à Mrs les Drs Rottot, de l'Université-Laval de Montréal L. J. A. Simard, de Laval de Québec, Craick, de McGill de Montréal, Campbell, de Bishop de Montréal, sur proposition de M. le Dr Dubé.

Après quelques discussions il a été résolu de diviser le congrès en quatre grandes sections, savoir :

- Chirurgie (comprenant les spécialités)-
- Médecine interne, maladies nerveuses et mentales.
- Gynécologie, obstétrique et pédiatrie.
- Hygiène et intérêts professionnels.

L'assemblée a manifesté son désir de laisser au conseil exécutif le soin de la nomination des présidents et secrétaires de chacune de ces sections, de la durée des congrès, de la rédaction des règlements et toutes questions se rapportant à la préparation du prochain congrès scientifique qui sera la première manifestation de cette Association.

Sur proposition de M. le Dr Marsolais secondé par M. le Dr F X. Dorion, l'assemblée a décidé de fixer à \$3.00 dollars la cotisation requise pour être membre de l'Association et participer à son prochain congrès.

L'assemblée a ensuite émis le vœu que les deux secrétaires généraux soient chargés de recevoir les travaux pour le prochain congrès, de les classer pour les présenter aux séances, et d'en faire connaître les titres avec un résumé de leurs conclusions, si possible, avant la date du congrès.

Au comité général a été réservé le pouvoir de décider de toutes questions d'administration générale.

Vers la fin de la séance, M. le Dr Lesage invite, au nom de l'assemblée, le président élu, à prendre la parole pour faire mieux connaître ses vues sur l'organisation des congrès de médecine et la fondation des sociétés médicales de districts, qui ressortissent au but fondamental que se propose la nouvelle association des médecins de langue française. Le discours prononcé en cette circonstance, par le nouveau titulaire, contient des développements pleins d'actualité, qu'il ne sera pas sans intérêt de lire pour tous les médecins qui ont à cœur l'avancement de notre profession.

Avant d'entamer ce sujet, le Dr D. Brochu dit qu'il doit, tout d'abord, remercier l'assemblée de l'insigne honneur qu'elle vient de lui faire en le désignant à la première présidence de cette association dont les dernières assises seront désormais établies d'une manière définitive.

Cet honneur, bien qu'étant un témoignage excessivement flatteur pour lui, ne manque pas de le jeter dans une certaine perplexité. Il ne surprendra personne en disant que c'est là, véritablement, un périlleux honneur si l'on songe aux responsabilités éternelles qui y sont attachées. Et pour l'envisager sans appréhensions il lui faudrait posséder bon nombre de qualités qui malheureusement lui font trop défaut. C'est tout de même une marque de confiance qu'il ne saurait s'empêcher d'apprécier hautement, et il peut donner un témoignage sincère qu'il s'efforcera de s'en rendre le plus digne possible.

"Cet honneur, ajoute le Dr Brochu, je le dois non pas tant à mes qualités personnelles qu'à un ensemble de circonstances auxquelles je me suis trouvé associé.

"Je le dois, avant tout, à ces liens de paternité, que l'on veut bien me reconnaître, et qui me rattachent à ce grand projet d'une association de tous les médecins de langue française de l'Amérique du Nord, auquel vous êtes appelés à donner, en cette circonstance, la dernière sanction et le dernier complément."

"Je le dois, également, pour une part, à cette initiative que j'ai prise, de concert avec plusieurs de mes collègues, qui en partagent également tout le mérite, pour promouvoir les idées d'union, de ralliement et de bonne confraternité, parmi tous les médecins canadiens-français de cette province; pour faire naître, par la fondation des sociétés médicales de districts, particulièrement, les conditions les plus propres à stimuler l'émulation générale pour les études et à donner plus de cohésion à notre profession; pour faire ressortir les talents que nous comptons parmi nous, et qui restent trop souvent à l'état latent, précisément par ce défaut des conditions propres à leur faire produire leurs fruits et à les mettre en relief."

Mais ce premier mouvement n'était qu'une étape pour arriver à une organisation encore plus vaste, destinée à grouper toutes nos énergies, à condenser nos forces vives, et à les réunir comme dans un seul centre d'action particulièrement favorable aux hautes études et à l'avancement de la science: telle fut l'idée d'origine du projet de cette association générale de tous les médecins de langue française dans l'Amérique du Nord, dont nous attendons le plus grand bien, dans l'avenir, pour notre profession.

Le Dr Brochu dit que ce sont là les seuls titres qu'il se reconnaisse pour être justifiable d'accepter l'honneur de la Présidence qu'on veut bien lui offrir. Et si cette initiative et la part plus ou moins valable qu'il a prise dans ce mouvement d'organisation et de ralliement professionnels ne sont

pas, seules, suffisantes pour lui mériter un tel honneur, elles lui serviront d'appui, du moins, pour affirmer que personne plus que lui n'aura à cœur le succès de cette association, que personne n'apportera plus de zèle et d'énergie pour assurer sa grandeur et son prestige et promouvoir son œuvre dans toute son étendue.

En dehors de ces conditions auxquelles il vient de faire allusion, il aurait bien des raisons d'hésiter à accepter cette charge délicate et pleine de responsabilités.

En effet, en rappelant à sa pensée le souvenir de ses aînés parmi ses collègues de Montréal et de Québec, il en voit un bon nombre que leur âge, leur science et leur prestige professionnel désigneraient, bien avant lui, à cet honneur qui commande une si grande part de mérites.

Pour ne faire allusion qu'à un seul nom, parmi ceux qui s'imposent à la considération de tous, il cite celui de M. le Dr E. P. Lachapelle qui vient d'être choisi comme premier vice-président actif et qui sera, il n'y a pas à en douter, son prochain successeur à cette Présidence. Il dit que pour ne pas être en peine de faire honneur à la position il ne désirerait qu'une chose : ce serait de posséder le tact, l'expérience et les qualités éminemment représentatives de son savant ami, dont le nom a, de plus, l'avantage d'avoir été associé à toutes les grandes réformes et à tous les progrès qui, depuis le dernier quart de siècle, ont marqué l'évolution de la profession médicale et de l'enseignement universitaire dans cette province.

Il entrevoit cependant une heureuse compensation dans le choix qui a été fait, comme Présidents d'honneur et Vice-présidents actifs, des hommes les plus éminents de notre profession, également distingués par leur savoir et par leur prestige professionnel. Il en conçoit un peu plus d'assurance en pensant que ces médecins, du plus haut mérite, pourront compenser dans une large mesure ce qui fera défaut de son côté.

Il rend hommage également à celui qui vient d'être élu Secrétaire général ainsi qu'à son collègue associé. Il reconnaît chez l'un et l'autre, les plus brillantes qualités d'esprit unies à une haute formation intellectuelle ; ils possèdent, de plus, l'élan et l'esprit d'initiative qui appartiennent à leur jeunesse : ce sont bien là, tous l'admettront, des qualités précieuses pour assurer le succès de toute nouvelle organisation.

Abordant la question sur laquelle on l'a invité de parler, le Dr Brochu dit que la raison d'être et le but de la nouvelle Association, à son point de vue général, ont été suffisamment exposés à la profession dans la lettre-circulaire du Comité d'organisation pour qu'il ne soit pas nécessaire

d'y revenir. Il profitera plutôt de cette occasion pour laisser entrevoir les perspectives que l'on peut attendre de cette association et démontrer, par quelques considérations opportunes, la solidarité qui doit exister entre ces congrès périodiques de médecine et les sociétés d'études ; ce sont deux éléments, en effet, qui semblent devoir se prêter un mutuel concours dans la réalisation du double but de l'avancement professionnel et du développement des sciences médicales que nous avons en vue.

“ On ne sera pas étonné, dit-il, en acceptant cette présidence, de m'entendre proclamer avec conviction que j'ai foi dans l'utilité et dans l'avenir de cette Association de tous les médecins de langue française de ce pays, dont le projet a reçu, dès le début, l'assentiment général et qui est née d'une communauté d'idées que le temps ne fera que rendre de plus en plus intimes, nous avons droit de l'espérer.

“ Pour justifier cette conviction, que vous partagerez avec moi, je n'en puis douter, je n'aurai qu'à vous donner les preuves qui témoignent de la manière dont a été accueilli ce projet soumis à la profession. De toutes parts, sont venus des retours empressés approuvant l'opportunité d'un pareil mouvement et exaltant le but de notre Association comme étant conforme aux aspirations les plus intimes de tous les médecins canadiens français et répondant à une nécessité depuis longtemps ressentie. Les lettres d'adhésion, nombreuses et ferventes, adressées à notre Secrétaire général, reflètent un même sentiment chez tous les médecins canadiens français non seulement de cette province mais même des centres les plus éloignés de la grande République voisine. Les organisateurs ne pouvaient donc espérer un meilleur augure pour l'avenir.

“ Et puisque nous sommes réunis dans cette assemblée, pour ajouter le dernier complément à cette œuvre de ralliement professionnel et de concentration nationale, je me rendrai à votre désir en vous exposant quelques idées personnelles sur la coopération que nous devons apporter au double but de cette Association : l'organisation des congrès de médecine et la fondation des sociétés médicales. J'ajouterai quelques développements sur ce qui me paraît devoir être l'orientation à suivre dans ce mouvement et sur les perspectives que l'on peut en entrevoir pour l'avenir. Mais, si je me permets ces considérations, en premier lieu, ce ne sera que pour vous inviter, à la suite, à émettre librement toutes vos suggestions dont les organisateurs du prochain congrès de Québec, particulièrement, seront très heureux de faire leur profit.

“ L'organisation des congrès périodiques de médecine, dans lesquels l'usage exclusif de la langue française sera la seule condition imposée pour les travaux et les discussions scientifiques, vous a été indiquée comme l'œuvre fondamentale de cette Association : ces congrès releveront directement de son contrôle immédiat et de son initiative.

La fondation des sociétés médicales, au contraire, n'apparaît dans son programme, que comme un but accessoire, qui ne relèvera que de son action indirecte et éloignée.

Ce sont deux éléments, cependant, qui me semblent devoir être rattachés par une étroite solidarité, au point de vue de l'avenir de cette Association ”

“ Je n'aurai pas besoin d'appuyer longuement, devant un auditoire comme celui-ci, pour faire admettre que ce sont là les deux plus puissants leviers pour relever le niveau de l'éducation professionnelle et favoriser l'avancement des sciences médicales ”

“ Si, d'un-côté, cette association générale, par le moyen de ses congrès périodiques, doit servir à stimuler le zèle et l'amour du travail chez tous les praticiens, à donner une plus vive impulsion à toutes les sociétés d'études, d'un autre côté, elle en tirera, en retour, une partie de sa force et de sa vitalité.

“ Mais, que devons-nous attendre plus particulièrement de ces congrès périodiques de médecine ? Et quelle coopération devons-nous y apporter, pour qu'ils réalisent la plus grande somme d'utilité pour la masse des membres de notre profession ?

“ Voilà bien une question qu'il n'est pas inopportun de se poser, dans une telle circonstance, et qui se présentera tout naturellement à l'esprit de chacun des travailleurs avant de se déterminer à faire le choix d'un travail pour en fournir la contribution à ces “ banquets de la science.” Il ne sera pas hors de propos d'énoncer ici, que, de l'utilité et de l'intérêt que ces congrès offriront aux praticiens, dépendra l'avenir de notre Association. Il serait plus que regrettable de laisser périr, dès son début, la seule et la première association scientifique destinée à grouper tous les éléments de notre nationalité, aujourd'hui disséminés sur la surface de ce vaste continent et qui, sans cela, seraient voués à l'absorption, ou du moins à un rôle tout à fait effacé dans le mouvement intellectuel et scientifique que poursuivent les autres races qui nous entourent.”

Personne n'émettra la prétention, je crois, que l'intérêt et l'utilité de ces congrès ne pourront être soutenus que si nous y apportons quelques

découvertes, ou communications retentissantes, d'où peut résulter un pas décisif dans les progrès de la science. Souhaitons qu'un aussi heureux hasard ne soit pas tout à fait inconnu dans les annales de notre Association. Mais on ne saurait guère y compter tant que les ressources de nos Facultés enseignantes ne leur permettront pas d'offrir une carrière à des hommes spécialement doués, qui pourraient ainsi se consacrer exclusivement à la culture des sciences expérimentales : de telles découvertes, en effet, ne s'élaborent et ne se mûrissent, le plus souvent, que dans les longues et patientes recherches des laboratoires."

"D'ici là, nous devons nous contenter, je crois, de viser au côté le plus pratique et de l'utilité la plus immédiate : c'est là un but plus accessible à la masse des travailleurs et dont la réalisation peut être atteinte par les seules recherches que permettent les faits d'observations de la clientèle journalière et de la clinique hospitalière."

"Les rapports d'utilité pratique que chacun des travailleurs pourraient se proposer en vue dans le choix d'un sujet à traiter, dans ces congrès,—qui, au début du moins et vu les conditions de notre isolement et de notre organisation encore imparfaite, feront plutôt œuvre de vulgarisation que d'avancement réel de la science médicale,—pourraient ressortir diversement : soit à la diffusion de quelques connaissances nouvelles, qui auraient encore besoin du contrôle de l'expérience pour leur application ; soit à la mise au point du jour de certaines questions d'actualité auxquelles il manque encore quelques éclaircissements ; soit à la mise en lumière, par par des faits particuliers d'observation, d'un rapport, d'un principe, qui porte à des conséquences d'un haut intérêt dans la pratique, d'une vérité acquise, dont la connaissance est encore trop peu généralisée, enfin d'un perfectionnement quelconque dans l'art ou d'une application nouvelle pouvant servir à combler une lacune dans l'éducation du praticien."

"En voilà assez, Messieurs, pour établir un cadre d'études et de travaux scientifiques, facilement accessible à la plupart des médecins, auquel l'intérêt ne manquerait pas de s'attacher, et qui, tout modeste qu'il soit, serait suffisant, je crois, pour permettre à nos congrès de gagner la faveur de notre public médical.

"Il ne serait donc pas téméraire, à ce point de vue, de compter que, dans le premier congrès de Québec, comme dans tout ceux qui suivront, les travaux fussent nombreux, et qu'ils nous vinssent non seulement des centres de l'enseignement et des organisations hospitalières, dont on doit

attendre davantage, il est vrai, mais des autres milieux déjà dotés de leurs sociétés d'études, comme de tous les médecins ayant à cœur leur avancement et le succès de notre Association."

"C'est là, messieurs, une invitation que les circonstances m'imposent de vous faire à tous, de la part, particulièrement, des organisateurs du prochain congrès, où nous aurons l'honneur et le plaisir de vous recevoir dans les murs de notre vieille Cité de Champlain.

"Si tous ceux qui, dans leurs lettres d'adhésion à notre Secrétaire général, ont donné les preuves de leur généreux vouloir ne manquent pas à leurs promesses, nous pourrions dire dès maintenant que le succès de notre premier congrès sera assuré."

"Permettez-moi, Messieurs, d'ajouter quelques considérations sur le rôle des sociétés médicales de districts vis-à-vis de la masse des praticiens comme dans leurs rapports avec l'avenir de notre Association.

"Ces sociétés d'études, bien que limitées à une sphère plus humble que les associations générales et leurs congrès, n'en sont pas moins destinées à exercer une influence considérable sur le mouvement intellectuel et scientifique parmi nous comme sur le niveau de l'éducation professionnelle en général."

"En effet, c'est à ce foyer de ralliement que le médecin des districts ruraux surtout, jusque-là relegué dans un isolement funeste, sentira renaître, au sein de la bonne confraternité, son émulation pour l'étude qui avait pu s'alanguir devant une clientèle peu rémunératrice ; c'est dans ce milieu que peuvent se discuter avec le plus de profit les questions d'intérêt local ou même général, et que prendront naissance les courants d'opinion qui servent à promouvoir ces mouvements d'ensemble sur lesquels il est quelquefois nécessaire d'appuyer la revendication de nos droits et de nos privilèges ; c'est dans ces réunions confraternelles que se développe le sentiment de la solidarité et de la dignité professionnelle et que ceux qui ont les aptitudes et l'amour du travail s'initient pour prendre un rôle plus ouvert dans les organes de la presse médicale ou dans les congrès. C'est dans ce même milieu où chacun apporte le fruit de son travail et de son expérience que se fait l'échange des idées qui mettent le praticien plus à même de résoudre les difficultés imprévues avec lesquelles il se trouve si souvent aux prises dans la clientèle, alors qu'il est laissé seul à lui-même pour y faire face. Dans les hautes sphères où s'élaborent les découvertes et s'éclaircissent les grands problèmes de la science comme dans les sphères

plus humbles où se complète l'éducation du praticien, ce sont, à la vérité, les sociétés d'études qui, par les travaux et les nombreux faits d'observation que l'on y apporte, donnent l'orientation au mouvement scientifique et assurent les progrès de l'art et la vulgarisation des progrès les plus récents de la science.

“ Ces sociétés médicales méritent donc tout notre encouragement et notre sollicitude, car elles me semblent devoir être un précieux appoint pour la réalisation du but que nous poursuivons.

“ Pour résumer les perspectives que nous laissent entrevoir ces sociétés d'études et l'association générale de tous les médecins de notre langue dont nous venons de jeter les dernières bases, je terminerai par les conclusions suivantes :

“ C'est à la faveur de ces deux compléments à notre organisation professionnelle, que le médecin canadien-français, surtout, pourra espérer atteindre le plus haut degré de perfectionnement de son éducation scientifique, qu'il fera le plus d'honneur aux hautes institutions qui lui ont distribué le pain de la science ; enfin qu'il lui sera permis d'accomplir la plus grande somme de bien que lui commande son sacerdoce humanitaire.”

“ A un point de vue plus large, c'est à la faveur également de ces deux éléments de force et de progrès que notre profession médicale canadienne-française prendra le rang qu'elle a le droit d'occuper vis-à-vis des autres groupes de nationalités avec lesquelles elle doit sans cesse rivaliser par l'émulation pour le bien ; qu'elle acquerra le prestige et l'influence sociale qui lui sont nécessaires pour défendre ses privilèges et promouvoir la haute éducation ; en définitive, qu'elle servira à consolider l'édifice de la nationalité canadienne française que nous voulons maintenir sur cette terre que nos ancêtres ont conquis à la civilisation.”

“ Telle est, Messieurs, la claire vision du rêve ambitieux que nous formons pour l'avenir de notre profession médicale française en ce pays, et dont nous ne pourrions lui assurer la réalisation, pour emprunter les termes de l'un de nos hommes d'Etat les plus amis de la haute éducation, qu'en lui mettant au front la triple couronne de la science, du patriotisme et du dévouement humanitaire.”

M. le Dr Faucher présente ensuite une motion de remerciement à M. le Dr Foucher qui a présidé avec beaucoup de tact la réunion, et, après quelques remarques judicieuses de ce médecin de haute autorité, sur le

devoir de chacun des membres de notre profession de travailler à assurer le succès du prochain congrès, la séance fut déclarée close

Les membres de la délégation de Québec furent alors invités par leurs amis de la Société Médicale de Montréal, à se rendre au nouveau club des professions libérales rue St Denis. Après un joyeux quart d'heure passé dans la plus agréable intimité, la plupart reprirent le train pour Québec, emportant le meilleur souvenir de cette courte visite à la métropole, qui leur avait donné une nouvelle occasion d'apprécier la courtoisie de leurs confrères de Montréal.

DÉONTOLOGIE MÉDICALE.

CE QUE LE MÉDECIN DOIT AUX MALADES. (1)

LA QUESTION DES HONORAIRES.

La vie du médecin est une vie d'étude et de dévouement et, s'il n'est pas de carrière plus laborieuse et plus asservissante que la sienne, il n'en est pas où un homme de cœur puisse répandre plus de bien autour de soi.

On entend parfois un médecin harrassé de fatigue maudire le métier. Ne le croyez pas sur parole : il est de mauvaise humeur parce qu'il est surchargé en ce moment ; il le serait bien plus s'il n'avait rien à faire du tout ! Dans des panégyriques sur des tombes, des orateurs traitent volontiers la médecine de *sacerdoce*. C'est une autre exagération ... permise aux épitaphes. En réalité, la médecine n'a ni la bassesse du métier, ni la sublimité de l'apostolat, c'est une *profession* présentant, comme la lune, une face lumineuse plus ou moins large et un côté sombre ou, comme toute chose en ce monde, des avantages et les inconvénients.

On ne pratique plus la médecine uniquement pour l'amour de Dieu, on ne se fait pas médecin comme on se fait Sœu. de charité, et, si *sacerdoce* il y a, le prêtre vit de l'autel. Il en vit même très bien. Je ne parle pas seulement des princes de la science qui, partis de la gêne, finissent par laisser des millions — les princes sont toujours une exception — mais

(1) Suite de la livraison de Novembre 1901.

voyez le plus humble praticien de campagne : il a abordé la carrière sans fortune ; ses études ont absorbé son petit capital et c'est parce qu'il n'a pas le temps d'attendre la clientèle tardive des grandes villes et qu'il lui faut gagner de l'argent tout de suite, qu'il s'établit au village... où il arrive riche d'espérances seulement. Son titre de Docteur et son éducation le rangent tout de suite dans l'aristocratie de l'endroit, lui permettent de faire ce que l'on appelle un beau mariage et, au bout de quelques années, pour qu'il ait de l'activité et de l'ordre, s'il y a trois belles maisons entourées de jardins dans le village, soyez bien sûr qu'il occupe l'une d'elles. On dit la carrière encombrée : connaissez-vous un médecin qui n'ait point su trouver place ? En connaissez-vous beaucoup qui se déplacent ?

Dans le commerce, les affaires, l'industrie, dans les autres professions libérales, il faut des capitaux, c'est-à-dire l'épargne faite sur la sueur des ancêtres, et il y a les risques à courir. Le médecin, lui, ne risque rien : sa seule mise de fonds est son savoir et son travail personnels, en échange desquels il a droit à des honoraires.

Les Américains et les gens pratiques, habitués à estimer toute chose en raison de sa production, disent d'un homme qui gagne 5.000 fr. l'an qu'il en vaut cent mille. Un jeune médecin de 25 ans a coûté à élever à sa famille environ 50,000 fr. : — il peut avoir coûté plus et valoir moins, et réciproquement — or, à 5%, ce qui est déjà un joli intérêt, il devrait rapporter 2,500 fr. dès sa première année d'exercice ; pas de quoi vivre décemment, sans doute, mais son gain doit augmenter tous les ans en raison des intérêts composés, c'est-à-dire de la plus value qu'apportent au praticien le temps, le travail et l'expérience. Chacun étant ainsi rétribué selon sa valeur industrielle ou commerciale, personne n'aurait à se plaindre. Malheureusement tout le monde n'est pas également heureux ou habile à faire fructifier son capital, et pour beaucoup la fortune reste toujours au-dessous du mérite.

Le client est parfois porté à déprécier les services rendus, — le médecin à les exagérer, et, comme il est universellement reconnu qu'on ne saurait être à la fois juge et partie, il conviendrait de laisser fixer le taux des honoraires par des arbitres ou des experts, habiles à se tenir en équilibre sur la ligne étroite qui sépare les réclamations trop timides des exigences draconiennes. Les dissentiments entre débiteur et créancier ne sont pas rares et toujours extrêmement désagréables : on s'attendait à des remerciements et on reçoit des récriminations ! Pour éviter au moins les réclamations fondées, quand vous aurez à rédiger une note d'honori-

res, ayez à vos côtés les vertus pondératrices qu'on appelle la modération, la droiture ou l'équité, comme les orateurs du Forum romain avaient leur joueur de flûte : c'est le moyen de rester dans la mesure et d'avoir la note juste !

Peut-on se baser, pour la fixation des prix, sur la nature du service rendu? — Pas absolument, car si le malade à qui vous avez sauvé la vie vous devant tout, les héritiers de celui que vous n'avez pu empêcher de mourir ne vous devraient rien.

Sur la nature de la maladie? — Les risques de contagion ne peuvent s'estimer, et rançonner les individus atteints d'affections honteuses sous prétexte qu'ils n'osent pas crier, serait un chantage et une exploitation indignes d'un honnête homme !

Sur la fortune du client? — Mais alors les Rothschild devraient payer 100,000 écus la visite qu'un petit rentier paie cent sous. Sans doute il faut tenir compte de la situation pécuniaire des clients et il est équitable de les ranger en quelques catégories; de faire payer en plus aux très riches ce que l'on demande en moins aux besoigneux. Rappelez-vous cependant qu'obliger les premiers à payer pour les seconds, c'est les obliger à une charité forcée..... et qu'en ayant l'air de leur demander pour les pauvres, c'est pour vous que vous demandez !

Sur la réputation du médecin? — On ne s'attend pas sans doute, en consultant certaines célébrités, à être traité dans les prix doux. Elles peuvent alléguer, comme circonstances atténuantes, qu'elles ont leur temps à défendre, qu'à se déplacer elles négligent d'autres besognes lucratives, et que les premiers ténors n'émargent pas comme choristes. Tout cela est vrai, mais cela justifie-t-il les prétentions exorbitantes ressemblant à des extorsions ?

Le prix doit être en rapport avec la marchandise.

“ Je comprends, dit M. Dechambre, le haut prix demandé pour une œuvre d'art qui sera signé d'un nom célèbre. Ce que j'achète a un corps, une valeur appréciable, et c'est à mes risques et périls que je conclus le marché. Mais si je commandais à ce grand artiste un tableau à de dures conditions et qu'il m'apportât un barbouillage, je me croirais parfaitement autorisé à ne pas lui verser la somme convenue et le tribunal éclairé par des experts me donnerait raison. ”

S'il convient de placer dans les plateaux de la balance et les célébrités, et le médecin, et la nature du mal, et l'importance du service rendu, et la

position sociale du client, tous ces éléments réunis cependant ne fournissent pas le chiffre que votre probité a à fixer..... et c'est le moment d'appeler le joueur de flûte à votre secours.

Ne vous faites jamais citer parmi les rapaces ou les exploités qui amènent la ruine après la maladie ; ne guérissez pas en ruinant et laissez la formule : " la bourse ou la vie ! " aux opérateurs de grand chemin. Qui prend trop, prend plus que le sien..., et le bien d'autrui, il est défendu de se l'approprier injustement.

Si la rapine est odieuse, l'excès de générosité est une duperie : le donquichottisme n'est plus de cette fin de siècle. *Ne quid nimis* ; ni trop ni trop peu : *In medio virtus....medium tenere....honesti !*

Ne faites pas de médecine au rabais : ce serait vous déconsidérer vous-mêmes aux yeux de vos clients et de vos confrères. Faites de *meilleure* médecine qu'eux, si vous pouvez, mais ne faites pas de la médecine à *meilleur marché !*

Quant à la médecine gratuite, oh ! celle-là, faites-en tant que vous voudrez : elle ne peut ruiner que vous et cela ne regarde personne !

Le médecin doit tâcher de vivre en bonne harmonie avec le pharmacien et n'entrer avec lui—comme dirait M. Frère-Orban—ni en *collision* ni en *collusion* : la collision des deux puissances serait fâcheuse pour leurs intérêts ; la collusion pour leur bonne renommée. Ne poussez jamais vos malades dans une officine déterminée, d'où vous reviendraient en reconnaissance les recommandations, des cadeaux ou seulement des primeurs.

Quant à toucher des tantièmes sur les fournitures prescrites, est-il besoin de faire remarquer que c'est un tripotage dont le public paie les frais et qui serait aussitôt flétri que connu ?

Le praticien peut-il vendre des médicaments ? —S'il doit laisser les panacées et les remèdes secrets aux marchands d'orviétan, je ne puis admettre que la loi lui interdise d'avoir, pour des cas urgents, des médicaments en poche et, les ayant employés, de se les faire rembourser. -

Au sortir de l'Université, j'ai remplacé quelques jours, dans un village voisin de Bruxelles, un camarade d'études malade qui tenait sa pharmacie lui-même. Avant de me lâcher sur sa clientèle, il m'avait fait deux recommandations : Pour certains cas chroniques, changer la couleur du sirop... *ut videar aliquid fecisse !*—pour tous les malades indistinctement, prescrire quelque chose, poudre, potion ou pilule. Et comme je m'étonnais, il me dit à l'oreille : " C'est bien simple : la visite se paie 50 centimes et le médi-

cament 1 fr 50 !” Il avait trouvé ces usages établis de temps immémorial, et la droguerie était pour lui le seul moyen de procurer à sa médecine une rémunération convenable.

Le médecin peut-il entreprendre une cure à forfait ? — A la rigueur oui, bien que le mot *forfait* répugne ; mais, à moins qu’il ne s’agisse d’un abonnement de bureau de bienfaisance ou d’usine, je vous conseille de ne pas trop vous laisser lier les bras par des contrats.

Il y a quelques années, un chirurgien allemand, récemment établi dans le pays, a posé un fait dont il a été beaucoup parlé. Il s’agissait d’un homme très riche, atteint d’un cancer des intestins ; il lui tint à peu près ce langage : “ Vous êtes certainement perdu à courte échéance ; il n’est pas impossible qu’une résection hardie vous guérisse, mais il se peut aussi qu’elle vous tue. Si l’essai tourne mal, il fera grand bruit et nuira beaucoup à ma réputation, de sorte que pour l’entreprendre, j’exige 35,000 fr. ” Et comme il ajoutait aussi : “ Si vous voulez entrer dans mon service d’hôpital, je vous opérerais pour rien ” je ne trouve pas trop à blâmer dans l’affaire.

Le malade resta dans l’opération... mais il avait consenti librement le contrat dont il connaissait les aléas et les clauses.

Dans la plupart des villes les médecins se sont entendus pour établir un tarif qui évite beaucoup de difficultés et auquel il convient de se tenir, parce qu’il donne, sinon une moyenne absolument juste, du moins les prix usuels et acceptés.

Ces tarifs varient selon les localités, et sont basés sur l’état de la fortune du client et la nature du service qui lui est rendu.

Dans quelques villes il existe ce qu’on appelle—par opposition sans doute aux *livres d’or*—le *livre noir*, sur lesquels sont inscrits les noms de certains clients mis à l’index pour leurs mauvais procédés. J’éprouve pour cette institution, dont la convenance ne m’est pas démontrée, plus de répugnance instinctive que d’enthousiasme.

Les Chinois, ai-je lu quelque part, paient régulièrement leur médecin aussi longtemps qu’ils restent bien portants ; aussitôt qu’ils tombent malades le paiement de la redevance convenue est suspendu.

Ce mécanisme, ingénieux comme celui des sociétés d’assurance sur la vie, n’est pas aussi *chinois* qu’il pourrait le paraître à première vue, et voyez, tout le monde y trouve son compte ! Le médecin a intérêt : 1^o à ce que ses clients ne soient jamais malades ;—ce qui l’oblige à prêcher l’hygiène et à faire de la médecine préventivec’est-à-dire la meilleure

de toutes ! 2° à ce que le malade soit promptement rétabli, afin que les appointements reprennent au plus tôt leur cours normal. Mais peut être en sera-t-il de cet usage comme de la boussole, que les Chinois ont trouvée plusieurs siècles avant nous.

A Londres, le médecin trouve sur la cheminée le prix de deux visites lors de sa première visite, et le prix d'une seule, aux visites suivantes. Le jour où il ne trouve plus rien, c'est qu'on ne s'attend plus à le recevoir.

“ De cette manière, dit Dechambre, il n'y aurait plus lieu à contestation, et le praticien pauvre, obligé quelquefois de vivre au jour le jour, pour qui un retard de paiement équivaut à une *avance de fonds*, rentrerait dans les conditions habituelles des autres professions. On doit seulement se demander si chez nous un pareil usage n'aurait pas pour résultat de diminuer sensiblement le nombre des visites. On est toujours mieux disposé à une dépense future qu'à une dépense actuelle, dont les moyens d'ailleurs peuvent faire défaut.”

Je n'aime pas beaucoup cette mode anglaise qui oblige le médecin à fureter sur les meubles et, si elle le dispense de tenir des livres et lui procure de l'argent comptant, ces avantages ne me paraissent pas suffisamment compensés par ces deux inconvénients assez graves que le malade taxe lui-même les visites et juge seul du moment où elles peuvent cesser.

Chez nous il est d'usage d'envoyer sa note d'honoraires au bout de l'an. Ne commettez jamais l'erreur de laisser passer les années : vous arriveriez à des chiffres si gros que vous n'oseriez plus les envoyer.

“ Ne souffrez pas, a dit l'auteur de la *médecine du cœur*, que la reconnaissance s'accumule en longues dettes : ainsi que la mémoire elle s'use par les années.”

Votre comptabilité doit toujours être exactement tenue, car, si vous ne devez pas envoyer de comptes détaillés, comme M Fleurant, vous devez au moins toujours être à même de les justifier vis-à-vis du client qui réclame devant les juges.

La plupart des médecins inscrivent sur un carnet les visites qu'ils ont à faire dans la journée ; il vous arrivera souvent de voir de ces listes ; les très longues, surtout, s'étaient complaisamment.

En rentrant il est bon de reporter chaque soir le *Journal* au *Grand livre*, en notant à côté, de chaque visite la particularité qui pourrait en faire varier le prix.

Vous aurez ainsi toujours vos comptes en règle et vous éviterez les erreurs en trop, qui seraient suspecter votre probité, comme les erreurs en moins contre lesquelles on protestera moins souvent. Quelques praticiens laissent volontiers l'ennui du Grand livre à leur femme. Je crois qu'ils ont tort : le nez de Madame quelque discret fût-il, est aussi déplacé dans le registre aux visites, que le nez de Monsieur dans le livre de cuisine. *Cuique suum*, à chacun ses recettes et son département.

Quand faut il envoyer vos comptes ?

A qui vous les demande tout de suite. C'est un client ou qui veut se mettre en règle vis-à-vis de vous avant de vous quitter — ou qui a ses raisons pour vouloir s'acquitter en ce moment et qu'il ne faut pas faire attendre, puisqu'il est bien disposé, et que plus tard il pourrait vous répondre " il fallait venir quand je l'ai demandé ! "

En général, c'est dans la première quinzaine de janvier que s'envoient les notes : elles n'ont à cette époque rien d'inattendu dont les susceptibilités les plus irritables puissent se froisser, et témoignent simplement que vous avez de l'ordre.

(A suivre)

BIBLIOGRAPHIE

Mémorial thérapeutique, par C. DANIEL, interne des hôpitaux de Paris. 1 vol in-18 (format portefeuille) de 240 pages, cartonné souple, 2 fr. 50. Relié maroquin souple, tranches dorées, 3 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 29, rue Hautefeuille, Paris.)

Le *mémorial thérapeutique* a pour but de rendre service aux praticiens qui ont le désir de trouver instantanément les renseignements dont ils ont besoin.

M. DANIEL a classé tous les médicaments usuels pour organe malade et par action physiologique ; l'énumération des médicaments et de leur formule est faite par ordre alphabétique.

Pour chaque médicament, il étudie les formes pharmaceutiques, le mode d'administration, les doses chez l'adulte et les enfants, la solubilité, les indications et les contre-médications. Il donne, en outre, un choix de formules magistrales. Il s'est inspiré des travaux des maîtres de la thérapeutique Landouzy, Gilbert, Manquat.

En tête se trouvent exposées des généralités sur les formes diverses des médicaments, l'art de formuler, le tableau des incompatibilités, le tableau des doses maxima en une fois et en vingt quatre heures.

M. DANIEL s'est efforcé de donner une rédaction simple, concise, précise et méthodique, qui frappe à première vue et qui fait embrasser d'un coup d'œil l'ensemble des ressources que la thérapeutique offre au praticien.

C'est ce qu'ont permis de faire une disposition typographique dont nous ne connaissons pas d'exemple dans la littérature médicale, et le choix du *Papier de riz indien d'un poids dix fois moindre que le papier ordinaire*, qui est une nouveauté en matière de livre scientifique et qui a permis de faire tenir 240 pages sous un poids de 40 grammes.

AVIS

 Nous nous permettons de rappeler aux quelques abonnés du BULLETIN qui sont en retard dans la solde de leur abonnement de vouloir bien penser à lui et de le favoriser d'un règlement aussi prompt que possible. 

NOTES D'ÉDITEUR

Sanmetto dans les maladies des voies génito-urinaires.

Le Dr B. G. Juneau de Bradford, Ohio, dit: J'ai fait usage du Sanmetto et j'ai trouvé tout ce qu'on peut désirer dans le traitement des maladies des voies génito-urinaires.

Avec mes expériences de trente-huit ans de pratique Je ne connais aucune autre préparation dont l'action soit plus directe dans les cas de prostatites séniles et d'autres maladies des voies génito urinaires. Je regarde Sanmetto comme un de nos meilleurs toniques reconstituants des organes reproducteurs, ce qui le rend très utile dans le traitement de beaucoup de troubles nerveux.

DR. ED. MORIN & CIE.

PHARMACIENS

48, RUE ST-PIERRE ET 338 RUE ST-JEAN

QUEBEC

Nous gardons toujours en magasin un assortiment complet de
Drogues, Médecines patentées, Articles de Chirurgie, Articles de Toilette
Bandes herniaires, Bandes Abdominales, etc., etc., que nous
vendons au plus bas prix du marché et la SANGLE ELAS-
TIQUE de Glenard (à \$1.60 pièce)

Les médecins qui n'ont pas encore reçu notre Catalogue de prix, qui sont certainement les plus
du marché, veuillez bien nous fournir leur adresse et nous le leur enverrons immédiatement.

DR. ED. MORIN & CIE

48, RUE ST-PIERRE et 338, RUE ST-JEAN,

Quebec