



L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord



SECRETARIAT
326 est, blvd St-Joseph
M O N T R É A L
Téléphone: LAncaster 9888

SEPTICÉMINE

CORTIAL

INDICATIONS

CURATIF. - Infections médicales et chirurgicales.

PRÉVENTIF. - **En chirurgie**, injections préventives dans les trois jours qui précèdent une intervention grave.

En obstétrique, au cours d'un accouchement long et laborieux et dans les jours qui suivent une intervention obstétricale.

En médecine, pulvérisations dans les fosses nasales et le pharynx à l'aide du Vaporino Cortial.

PRÉSENTATION ET DOSES. - Ampoules de 4 et 10 cc. Injections intraveineuses et intramusculaires de 8 à 30 cc. en une ou deux fois.

Traitement
curatif et
préventif
des grandes
infections

Agit toujours,
ne nuit jamais

Doses élevées sans
choc ni intolérance

Agents généraux pour la vente au Canada:

Millet, Roux & Cie, Limitée - 1215, rue Saint-Denis
Montréal

Produits associés

DANS LE TRAITEMENT DE l'Ulcère peptique

"NEUSORB"

"Frosst"

Une suspension **colloïdale** de trisilicate de magnésie dans le traitement de

L'ULCÈRE PEPTIQUE

L'HYPERACIDITÉ et la DYSPEPSIE
FONCTIONNELLE

Chaque once fluide contient:

Trisilicate de magnésie en suspension colloïdale gr. 60

POSOLOGIE:

Une à quatre cuillerées à thé diluées dans deux ou trois fois le volume de lait ou d'eau. Administrer 10 à 15 minutes après les repas. Le mode d'administration peut être basé sur la technique diététique employée dans le traitement de l'ulcère peptique. Préparé seulement en bouteilles originales de 16 onces.

VITAMINES HYDROSOLUBLES

(WATER SOLUBLE VITAMINS)

W. S. V.

Comprimé no 330 "Frosst"

pour la prophylaxie et le traitement de la
carence de la vitamine hydrosoluble
qui peut se rencontrer dans

L'ULCÈRE PEPTIQUE

Chaque comprimé contient:

- Vitamine B₁ (chlorure de thiamine) . 0.33 mg.
(100 unités internationales)
- Vitamine B₂ (riboflavine) 0.17 mg.
(50 unités Sherman-Bourquin)
- Vitamine C (acide céviamique) . . . 8.00 mg.
(160 unités internationales)
- Vitamine préventive de la pellagre . 5.00 mg.
(Acide nicotinique)

Posologie: 1 à 3 comprimés par jour

Les comprimés W.S.V. contiennent pour une dose moyenne quotidienne, sous une forme très concentrée, des quantités appropriées de pures vitamines hydrosolubles cristallisées. Ces comprimés sont facilement et rapidement absorbés et procurent ainsi une protection contre les malaises qui découlent de leur carence.

Charles E. Frosst & Co.

Une organisation canadienne de fabricants des meilleurs produits pharmaceutiques depuis 1899
MONTRÉAL CANADA

SOMMAIRE

BULLETIN

- Albert LeSAGE:
Le Bill des Universités 465

- A. LAPIERRE:
La lutte contre la syphilis 467

MEMOIRES

- Eugène GAULIN:
L'adéno-myo-sarcome du rein ou tumeur de Wilms 470

- François BADEAUX:
L'examen du fond de l'œil comme moyen de diagnostic et de contrôle . 478

- Albéric MARIN:
La chimio-vaccino-physico-pyrétothérapie de la syphilis nerveuse . . . 481

- Arthur MAGNAN:
Césarienne basse ou segmentaire 486

- Henri LEMIEUX:
**Contribution au perfectionnement de la méthode Matas dans l'anesthésie
tronculaire** 501

REVUE GENERALE

- Jules ARCHAMBAULT:
Le traitement de la syphilis 504

CHIRURGIE PRATIQUE

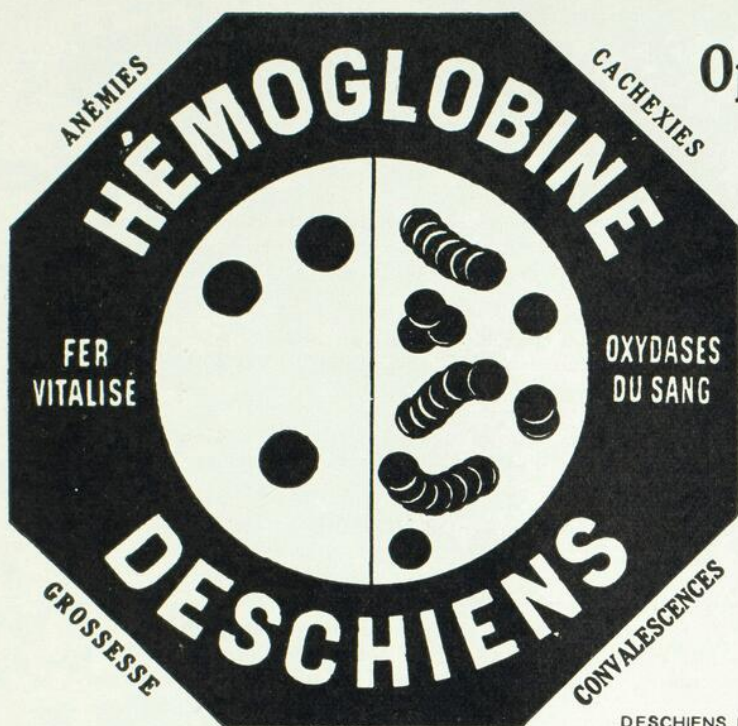
- J.-C. FAVREAU:
Synovites aiguës des gaines de la main 513

VARIETES

- Wilder PENFIELD:
La médecine et autres choses 515

ACTUALITES

- Emile BLAIN:
Une semaine d'ophtalmologie à Washington 521



Opothérapie
Hématique
Totale

SIROP de
DESCHIENS
à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances
Minimales du Sang total

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, D' en Ph^a, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8^e)

Représentant : ROUGIER, 350, Rue Lemoine - MONTRÉAL (Canada)

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA
1872



PRIX DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE
CRISTALLISÉE

**Agit plus sûrement que toutes les
autres préparations de Digitale**

Granules au 1/10^e de milligr. — Solution au 1/1000^e.
Ampoules au 1/4 de milligr. pour injections intramusculaires.

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, rue de la Procession, PARIS (XV^e)

Draeger

Concessionnaires au Canada: **ROUGIER FRÈRES**, 350, rue Le Moyne, Montréal.

SOMMAIRE

(Suite)

ANALYSES 525

MEDECINE

Le métabolisme de l'eau; œdème et déshydratation (p. 525).

PHTISIOLOGIE

Les micro-organismes des abcès du poumon (p. 527). La paralysie hémidiaphragmatique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (p. 527). Les sujets vaccinés par le B.C.G. et restés anergiques sont-ils prémunis? (p. 528).

GASTRO-ENTEROLOGIE

De l'état actuel du traitement de la gastrite chronique; observation gastroscopique (p. 528). Le cancer gastrique au début (vue générale) (p. 529).

CHIRURGIE

Traitement des brûlures par les rayons infra-rouges (p. 531). Après vingt ans de chirurgie gastrique pour l'ulcère de l'estomac (p. 531). Tuberculose et fistule anale (p. 531).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Le traitement des ulcères de jambe (p. 532).

GYNECOLOGIE

Lutéome de l'ovaire (p. 532). Stérilité féminine et pH du mucus cervical (p. 533). Métorragies mortelles par kyste folliculaire (p. 533). Une grave hémorragie intrapéritonéale du corps jaune, avec les symptômes d'une grossesse extra-utérine (p. 533).

OBSTETRIQUE

Traitement de l'avortement habituel par les extraits de corps jaune (p. 534).

NEURO-PSYCHIATRIE

La résection des apophyses épineuses employée comme traitement des syndromes douloureux rebelles du rachis (p. 534). Méningite à pneumocoques. Traitement par la para-amino-phényl-sulfamide. Guérison (p. 535).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Syphilis acquise chez les enfants. Etude clinique et épidémiologique (p. 535).

PHYSIOLOGIE

Intensité du catabolisme protidique et degré d'oxydation des déchets (p. 536). Modifications générales des os longs après fracture expérimentale d'une pièce squelettique et unité physiologique du système osseux (p. 536).

SOCIETES 537

Société Médicale de Montréal: séance du 17 janvier 1939 (p. 537); séance du 7 février 1939 (p. 538). — Société de Phtisiologie de Montréal: séance du 16 décembre 1938 (p. 541). — Société de Chirurgie de Montréal: séance du 1er février 1939 (p. 543). — Assemblée scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 19 janvier 1939 (p. 544).

NOUVELLES 558

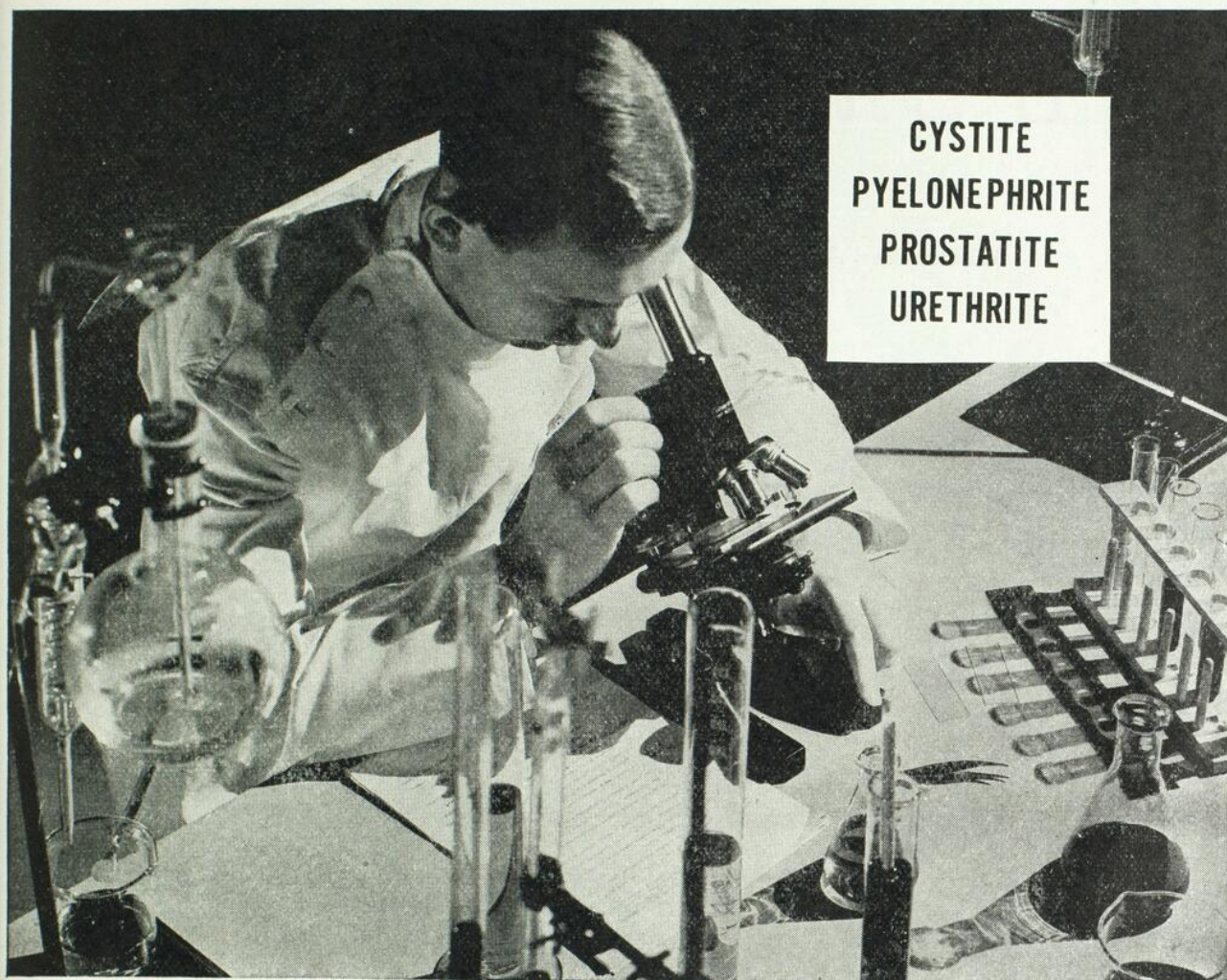
Hôpital Sainte-Justine (cours de perfectionnement). — Cours de perfectionnement en pédiatrie (hôpital de la Miséricorde), Programme des cours. — Université de Montréal (Faculté de Médecine). — Université de Montréal (Concours Casgrain-Charbonneau). — Angine de poitrine et coronarctomie. — Le Bill des Chiros. — Les élections chez les étudiants en Médecine de l'Université de Montréal. — Une fête en l'honneur du Dr Belot. — Elections au Conseil médical de l'hôpital Notre-Dame. — Exécutif du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame. — Le Dr Emile Blain. — Le troisième congrès international de Neurologie.

REVUE DES LIVRES 568

BIBLIOGRAPHIE 572

NECROLOGIE 576

Lorsque le tractus génito-urinaire est envahi par l'infection



CYSTITE
PYELONEPHRITE
PROSTATITE
URETHRITE

PYRIDIUM sera reconnu sûr, efficace. Il est bien toléré et non irritant à dose thérapeutique. Pyridium est non narcotique, donne un soulagement symptomatique prompt et évident; ses effets thérapeutiques ne nécessitent pas le contrôle du pH urinaire ni régime spécial. Il s'administre facilement sous forme de comprimés.

Littérature sur demande

PYRIDIUM

NOM DÉPOSÉ

(Phenylazo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine Mono-Hydrochloride)

Une décade de service
dans les infections
génito-urinaires

MERCK & CO. LTD. *Fabricants Chimistes* MONTREAL, P.Q.

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord.

Fondée à Québec en 1902



DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Emile Sergent, de Paris.

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson.

Professeurs E.-P. Benoît, A.-H. Desloges, J.-A. Leduc, D. Masson,
T. Parizeau (Montréal).

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Boucher, B.-G. Bourgeois, A. Comtois, J.-E. Dubé, L. Gérin-Lajoie,
A. LeSage, A. Marin, D. Marion, O. Mercier, J.-A. Mousseau, J.-N. Roy,
E. Saint-Jacques, J.-A. Vidal, R.-E. Valin, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction

Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint

Roma Amyot

BUREAU DE COLLABORATION

MM. R. Amyot, P.-R. Archambault, H. Baril, G. Barry, A. Bellerose, Albert Bertrand, P. Bourgeois, J. Brault, A. Cantero, E. Desjardins, R. Doré, E. Dubé, M. Fauteux, J.-C. Favreau, L. Fortier, L.-A. Gagnier, L.-H. Gariépy, H. Gélinas, A. Gratton, A. Jutras, G. Lafresnière, G. Lapierre, C. Lefrançois, E. Legrand, J. LeSage, P. Letondal, A. Magnan, P. Morin, J.-P. Paquette, P. Poirier, J.-L. Riopelle, J. Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith.

**DIGESTIF · APÉRITIF · ANTI-ANÉMIQUE
PAR EXCELLENCE**

**DÉFICIENCES
GASTRIQUES**



NÉO-GASTRICINE

Concessionnaires au Canada: **ROUGIER FRÈRES**, 350, rue Le Moyne, Montréal.

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord.

Fondée à Québec en 1902



ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: R.-E. Valin
Vice-président: Albéric Marin
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. R.-E. Valin, Albéric Marin, A. LeSage, J.-A. Vidal, D. Marion.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. A. LeSage, D. Marion, E. Saint-Jacques, J.-A. Vidal.
Jacques-D. Clerk, publiciste.

COMITÉ DE PROPAGANDE

MM. J.-E. Dubé, E. Saint-Jacques, J.-A. Mousseau, L. Gérin-Lajoie.

CORRESPONDANTS

MM. P. Desfosses (Paris);
A. Granger (Nouvelle-Orléans);
L.-E. Phaneuf (Boston);
P.-C. Mathé (San Francisco);
A. Fontaine (Woonsocket);
J.-H. Lapointe, J.-E. Gaulin, L. Mantha (Ottawa);
L.-F. Dubé, M.P.P. (Notre-Dame-du-Lac);
Eug. Tremblay (Chicoutimi);
P. Bertrand, R. Gaudet (Sherbrooke);
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières);
Pio-A. Laporte (Edmunston);
D. Collin (Saint-Boniface);
L.-P. Mousseau (Edmonton).

Le Président, le Rédacteur en chef et le Secrétaire-trésorier sont, "ex officio",
membres de tous les comités.

VITAMINE B₁**DECRINOL**

La Vitamine "B₁" correspond à la vitamine antinévritique, isolée du son de riz, par Funk en 1912.

Elle joue un rôle important dans le métabolisme des glucides et il existe une relation très nette entre l'utilisation par l'organisme des glucides digérés et la quantité de Vitamine "B₁", présente dans le régime. En l'absence de vitamine "B₁", l'organisme cessant d'utiliser normalement les glucides digérés, il se produirait une inanition partielle, en même temps qu'une accumulation de produits toxiques dérivés des glucides qui pourraient expliquer les crises de polyneurite ou autres troubles causés par carence de Vitamine "B₁".

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Dérangement ou perte d'appétit.
Dérangement du processus digestif.
Croissance arrêtée des jeunes pendant la période de lactation.
Stérilité due à la cessation du cycle de l'œstrus.
Anhydremie.
Perte de poids et de vigueur.
Température subnormale.
Fatigue.
Maladies nerveuses.

**FONCTIONS DE LA VITAMINE "B₁"
DANS L'ORGANISME**

Aide l'appétit et la digestion.
Aide à la croissance en stimulant les échanges métaboliques.
Protège le corps contre les maladies nerveuses.
Est nécessaire à la mère pour la reproduction et la lactation.
Active la tonicité de l'appareil digestif.

MODE D'EMPLOI**COMPRIMÉS:**

Enfants: 6 à 9 ans: Un comprimé une fois par jour.
9 à 12 ans: Un comprimé deux fois par jour.

Adultes: Un comprimé trois fois par jour.

ÉLIXIR:

Enfants: 6 à 9 ans: Une cuillerée à thé une fois par jour.
9 à 12 ans: Une cuillerée à thé deux fois par jour.

Adultes: Une cuillerée à thé trois fois par jour.

— A l'usage exclusif du médecin. —

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE

30 EST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL

• L'Union Médicale •

(du Canada)

• La plus ancienne revue française de Médecine et de Chirurgie au Canada

Fondée en 1872

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord.

Fondée à Québec en 1902

OFFICIERS

Président: R.-E. Valin

Vice-présidence: Albéric Marin

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint
Roma Amyot

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 67:

MM. Amyot (Roma), Archambault (P.-R.), Aumont (Gérard), Barbeau (Antonio), Baril (Edm.), Baril (Henri), Barry (Gaétan), Baudoïn (J.-A.), Béclère (Claude), Bélisle (S.-P.), Belle-rose (A.), Benoit (E.-P.), Bernier (Alph.), Bertrand (A.), Bolduc (A.), Bonnier (Maurice), Boucher (Roméo), Boulais F.-L., Bourgeois (Paul), Boutin (J.-R.), Brien (Jules), Cabana (Léo-Paul), Cantero (Ant.), Chaput (Yves), Charbonneau (J.-Henri), Cone (William), Côté (I.), Couillard (J.-A.), Cousineau (P.-P.), Cruchet (René), D'Argencourt (Guy), Décarie (Roland), De Martigny (François), Denoncourt (J.-A.), Desfosses (Paul), Desjardins (Ed.), Doré (Réal), Dubé (J.-E.), Dufresne (Roger-R.), Dumouchel (Antoine), Fauteux (Mercier), Favreau (J.-C.), Fernet (P.), Ferron (Maurice), Fiessinger (Noël), Forget (Ulysse), Fortier (Jacques), Fortier (Louis), Fournier (N.), Francœur (Louis), Frappier (A.), Gagnier (L.-A.), Gagnon (Eugène), Gariépy (L.-H.), Gariépy (Urgel), Gauthier (Herman), Gauthier (Joseph), Gélinas (Henri), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (Léon), Gibecault (H.), Girard (R.), Gratton (Armand), Grenier (Jean), Grignon (C.-E.), Groulx (Adélar), Guilbeault (A.), Hébert (Georges), Jarry (Gaétan), Jarry (J.-A.), Jutras (Albert), Lacasse (Gustave), Lafresnière (Gabriel), Lambert (J.-Adrien), Lamoureux (C.-E.), Lamou-

reux (L.), Lanthier (Réal), Lapointe (J.-H.), Laquerrière (A.), Larichelière (A.), Larivière (Paul), Laurin (P.-E.), Lauzer (Rosaire), Lebel (M.-H.), Leclerc (Georges), Lefrançois (Charles), Letendre (Samuel), Léger (A.), Légrand (Emile), Légrand (Hervé), Léonard (D.), LeSage (Albert), LeSage (Jean), Letondal (Paul), Léveillé (Antonio), Lian (C.), Magnan (L.-Arthur), Manseau (G.), Manseau (J.-A.), Marin (Albéric), Marion (Donatien), Martin (Paul), Masson (Pierre), Mercier (Oscar), Millet (J.-A.), Morin (Gaspard), Morin (Paul), Morissette (Léopold), Mousseau (J.-A.), Nègre (Léopold), Ostiguy (Marcel), Paret-Raymond (Jean), Paquette (Jean-Philippe), Patoine (Lionel), Pearson (Georges), Péloquin (G.-E.), Penfield (Wilder), Pettigrew (A.), Piette (Edmond), Pilon (Alcide), Pinard (Marcel), Pinsonneault (G.), Poirier (Paul), Poliquin (Paul), Power (Honorabile), Prévost (Jules), Richer (Arthur), Riopelle (J.-L.), Roch (Maurice), Roch (Sylvio), Rolland (René), Rouquier (A.), Roy (J.-N.), Samson (J.-Ed.), Saint-Jacques (Eugène), Sansregret (Edmond), Saucier (Jean), Sergent (Emile), Siquier (F.), Siguret (G.), Simard (L.-C.), Simard (Raymond), Smith (Pierre), Sylvestre (Lucien), Tremblay (Jean), Turpin (R.), Valin (R.-N.), Viau (Horace), Vidal (J.-A.).

Spartoval

Isovalérianate Neutre de Spartéine

SEDATIF CARDIO - VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE

Dragées de Spartoval (dosées à 0 gr, 05,) 2 à 6 par jour.

Sparto-Camphre

Campho-Sulfonate de Spartéine et Campho-Sulfonate de Sodium

VERITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE

Diurétique et Cardiotonique d'Entretien

Ampoules de Sparto-camphre: de 2 et 5 cc. (injections sous-cutanées ou intramusculaires).

Dragées de Sparto-camphre: 2 à 6 par jour.

Génistéнал

Ethylphénylbarbiturate Neutre de Spartéine

NEURO-SEDATIF & HYPNOGENE «EQUILIBRANT»

du Système nerveux végétatif

Dragées de Génistéнал (0.035 d'éthylphénylmalonylurée et 0.015 de spartéine).

Adultes: 1 à 6 dragées par jour.

— Enfants: ½ à 4

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

Agents, pour le Canada: VINANT, Ltée, 533, rue Bonsecours, MONTREAL

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

Fondée à Québec en 1902

PRÉSIDENT HONORAIRE

L'honorable J.-H.-A. PAQUETTE,

Ministre de la Santé dans le Cabinet provincial de Québec.

VICE-PRÉSIDENT HONORAIRE

L'honorable Pio.-H. LAPORTE,

Ministre de la Santé dans le Cabinet du Nouveau-Brunswick.

DIRECTEUR-GÉNÉRAL

R.-E. VALIN,

165 est, ave Laurier, Ottawa.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

R.-E. VALIN

D. MARION

J.-H. LAPOINTE

Chs De BLOIS

J.-A. DENONCOURT

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

Donatien MARION,

326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal.

COMITÉ DU XVI^e CONGRÈS

Chs De BLOIS, Président

E.-G. BOURGEOIS, 1er Vice-Président

F. BERTRAND, 2e Vice-Président

J.-M. TRUDEL, 3e Vice-Président

J.-B. FALCON, 4e Vice-Président

J.-A. TARDIF, 5e Vice-Président

J.-A. DENONCOURT, Secrétaire

A. TÊTREAU, Trésorier

ANCIENS PRÉSIDENTS

J.-E. DUBÉ

R.-E. VALIN

A. VALLÉE

Albert PAQUET

Albert LeSAGE

J.-A. JARRY

P.-C. DAGNEAU

J.-H. LAPOINTE

MEMBRES DU CONSEIL

BAUDOIN, J.-A., 23, Springrove, Montréal	(1940)	LeSAGE, Albert, 260, Carré Saint-Louis, Montréal	
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta	(1942)	MARION, D., 326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal	
BELISLE, J.-R., Hull	(1942)	MATHE, P.-C., 450, Sutter, San Francisco	(1940)
BERTRAND, F., Sherbrooke	(1940)	MAYNARD, Oswald, 73, West Pearl, Nashua, N.-H.	(1942)
BIBAUD, B., Valleyfield	(1940)	MELANÇON, W., Drummondville	(1942)
BOURBEAU, L.-A., Val d'Or, Abitibi	(1942)	MERCIER, O., 943, Cherrier, Montréal	(1940)
BOURGEOIS, B.-G., 418 est, Sherbrooke, Montréal		MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass.	(1940)
COLLIN, Donat, Saint-Boniface, Manitoba	(1942)	NORMAND, Hudon, Trois-Rivières	(1942)
CREPAULT, A.-Z., 403 est, Sherbrooke, Montréal	(1940)	PAQUET, Albert, 71, Sainte-Anne, Québec	
DAGNEAU, P.-C., 4, rue Collins, Québec		PERRAS, J.-E., Hull	(1940)
DE BLOIS, Chs, Trois-Rivières		PHENIX, Georges, Saint-Jean	(1940)
DENONCOURT, J.-A., Trois-Rivières		PIETTE, Ed., Joliette	(1942)
DUBE, J.-E., 454 est, Sherbrooke, Montréal		PLOUFFE, R., 772, Villeray, Montréal	(1942)
DUBE, L.-F., Notre-Dame du Lac, Témiscouata	(1942)	PROVENCHE, Gustave, Granby	(1942)
DUMONT, C.-E., Campbellton, N.-B.	(1940)	ROY, G.-E., Nicolet	(1940)
FALCON, A.-J.-R., Plymouth, R.-I.	(1940)	RICHARD, A.-L., 168 est, Laurier, Ottawa	(1942)
FONTAINE, J.-F.-A., Woonsocket, R.-I.	(1942)	SAUCIER, Jean, 300 est, Sherbrooke, Montréal	(1940)
CATIEN, J.-F.-A., 4765, Adam, Montréal	(1942)	SAVOIE, L.-P., Roberval	(1942)
CAUDET, Richard, Sherbrooke	(1940)	SMITH, Pierre, 418 est, Sherbrooke, Montréal	(1940)
CAUTHIER, P.-P., 47, Hazelwood, Montréal	(1942)	SAINT-JACQUES, E., 110 ouest, Pr.-Arthur, Mtl.	(1940)
GIROUARD, J.-A., 19, Union, Willimantic, Conn.	(1942)	TANGUAY, R., Sudbury, Ont.	(1942)
GRANGER, Amédée, Canal Bank Bldg., N.-O. La.		TARDIF, J.-A., Lévis	
JARRY, J.-A., 7718, rue Saint-Hubert, Montréal		TASSE, C.-E., Worcester, Mass.	(1940)
LACASSE, G., Sénateur, Tecumseh, Ont.	(1942)	TRUDEL, J.-J., Winnipeg, Manitoba	(1942)
LAFRAMBOISE J.-M., 692, Saint-Patrice, Ottawa	(1942)	TRUDEL, J.-M., Shawinigan Falls	
LAPOINTE, J.-H., 163, Laurier, Ottawa		VALIN, R.-E., 165 est, Laurier, Ottawa	
LAROCHELLE, J.-E., Manchester, N.-H.	(1940)	VIDAL, J.-A., 454 est, Sherbrooke, Montréal	(1940)
LAROCHELLE, R., Biddeford, Maine	(1942)	VIGER, J.-A., Saint-Hyacinthe	(1940)
LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal	(1940)	VOORHYES, R.-D., Lafayette, La	(1942)

SEULES CES SOLUTIONS SONT PROTÉGÉES PAR DES « VACOLITRES »



SOLUTIONS INTRAVEINEUSES EN « VACOLITRES »

B A X T E R

*Les produits de Baxter peuvent aider vos patients
et votre budget*

Lorsque vous avez sur vos tablettes les produits de Baxter vous êtes assuré que vous avez ce qu'il y a de mieux en fait de solutions intraveineuses. Vous savez que chaque quantité de ces produits a été éprouvée et éprouvée de nouveau par des experts afin de vous protéger, vous et vos patients. Vous savez que chaque "Vacolitre" de Baxter est protégé contre la contamination... par des doigts fureteurs... par un solide cachet en métal.

Tout ceci ne doit pas vous coûter plus cher que vous payez aujourd'hui pour des solutions intraveineuses, et vous trouverez les solutions de Baxter, en plus de tous leurs avantages sup-

plémentaires, moins dispendieuses que les solutions préparées à l'hôpital... parce que les produits de Baxter vous épargneront les frais de détérioration... de la main-d'œuvre... les remplacements à l'outillage pour injections intraveineuses et une douzaine d'autres dépenses imprévues qui minent votre budget. Avec les produits de Baxter vous n'hésitez jamais entre la sécurité d'un patient et un budget équilibré... Les produits de Baxter peuvent vous aider à obtenir les deux, parce qu'ils sont aussi sûrs et raffinés que vous pouvez le désirer... et ils sont à des prix tels que vous pouvez garder vos déboursés en accord avec vos moyens.

**BAXTER LABORATORIES OF CANADA LIMITED
TORONTO**

DÉPOSITAIRES EXCLUSIFS

INGRAM & BELL LIMITED

TORONTO

Montréal - Winnipeg - Calgary



• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

**Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord.**

Fondée à Québec en 1902



CONDITIONS DE PUBLICATIONS: « L'Union Médicale (du Canada) » paraît tous les mois. Cette Revue est l'organe officiel de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Elle publie les travaux des Congrès et tous les communiqués de l'Association.

Chaque numéro contient des mémoires originaux, des faits cliniques, un mouvement médical, une revue générale, des notes de pharmacologie et de médecine pratique, des analyses, des revues de livres et des nouvelles médicales.



ABONNEMENT: L'abonnement est de cinq dollars par année. Les membres déjà inscrits à l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord ont droit, de ce fait, à la réception du Journal ainsi que tous les médecins qui font partie des Sociétés Médicales des divers Etats et Provinces.



COLLABORATION: Seuls les travaux inédits sont acceptés.



MANUSCRITS: Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne.

LE COLLEGE ROYAL DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

EXAMENS EN OCTOBRE 1939

Les examens écrits, sur les sujets primaires et finals, auront lieu les 2, 3 et 4 octobre — à Vancouver, à Edmonton, à Saskatoon, à Winnipeg, à London, à Toronto, à Kingston, à Montréal, à Québec et à Halifax.

Les examens oraux sur les sujets primaires auront lieu le 21 octobre à Halifax et le 24 octobre à Toronto.

Les examens oraux et cliniques sur les sujets finals auront lieu le 21 octobre à Halifax et le 24 octobre à Toronto.

LES EXAMENS ORAUX ET CLINIQUES EN LANGUE FRANÇAISE

Ils auront lieu à Montréal ou à Québec. Les dates, l'endroit ou les endroits seront annoncés le 1er septembre.

Les cours de révision annoncés à date: —

Sur les sujets primaires: —

Edmonton — Université de l'Alberta, s'adresser au Dr Evan Greene, Dépt. d'Anatomie.

London — Université de Western Ontario, s'adresser au Prof. F. R. Miller, Medical School.

Kingston — Queen's University, s'adresser au Dr John Orr, Queen's University.

Montréal — Université de Montréal, s'adresser au Dr Georges Baril, Faculté de Médecine.

Sur les sujets finals: —

Division de Médecine —

Montréal — s'adresser au Dr W. de M. Scriver, 1374, Sherbrooke Ouest.

Division de Chirurgie —

Toronto — s'adresser au Dr F. G. Kergin, 235 Medical Arts Building.

Montréal — s'adresser au Dr R. R. Fitzgerald, 1414, rue Drummond.

Montréal — s'adresser au Dr H. S. Morton, 1374, Sherbrooke Ouest.

Un examen spécial sur les sujets primaires pour les candidats de langue anglaise aura lieu à Montréal en juin 1939.

Dates: — Examens écrits — 12 et 13 juin.

Examens oraux — 19 et 20 juin.

L'ASSEMBLÉE ANNUELLE — OTTAWA — SAMEDI LE 28 OCTOBRE.

Les candidats gradués de 1930, ou antérieurement, d'une Ecole de Médecine ou d'une Université approuvée par le Conseil, ne seront pas tenus de passer l'examen primaire mais devront, à l'examen final, faire preuve d'une connaissance générale et pratique de l'application clinique de l'anatomie et de la physiologie.

Cet examen spécial sera fait par des cliniciens.

Le privilège de cette subdivision aux Règlements prendra fin le 1er décembre 1940.

Toutes les communications devront être adressées à:

Warren S. LYMAN, M.D., F.R.C.P. (C) Secrétaire-honoraire,
Chambre 3018, National Research Laboratories Building,
Rue Sussex, Ottawa, Canada.

Des renseignements supplémentaires apparaîtront dans d'autres numéros de ce Journal.

ILLUSTRATIONS: L' « Union Médicale » assume les frais de cinq illustrations au maximum, pour chaque travail, pourvu que les auteurs fournissent des photographies et des dessins convenables; les illustrations supplémentaires sont payées par l'auteur.

Nous n'acceptons pas de négatifs de clichés.

Chaque illustration doit porter au verso le nom de l'auteur et les photographies devront être claires, de préférence noires et sur papier glacé.

Les dessins doivent être effectués à l'encre de Chine sur papier blanc.

•

EXTRAITS: L'auteur peut obtenir des extraits pourvu qu'il signe la formule accompagnant la galée et qu'il en assume les frais.

Tous changements du texte de la galée entraînent des frais supplémentaires pour l'auteur.

•

TARIF: Sans page de titre, tel que publié dans la revue:

	4 pages	8 pages	16 pages	32 pages
100	\$3.50	\$ 5.50	\$ 8.25	\$13.75
200	4.25	6.50	12.25	18.00
500	6.00	11.50	18.75	29.00
1000	9.50	16.50	25.50	36.50

La page de titre comprenant 4 ou 5 lignes de texte sera fournie au prix de \$1.50 pour les frais de composition, et les corrections d'auteur devront être payées au prix de l'heure.

Couverture imprimée en noir, qualité et couleur or de la revue:

100	\$ 5.00
200	6.50
500	11.00
1000	18.50

Tous ces prix sont susceptibles d'être majorés de la taxe fédérale et de la taxe municipale s'il y a lieu, et de toute autre taxe qui pourrait survenir.

Amphojel ~ Wyeth

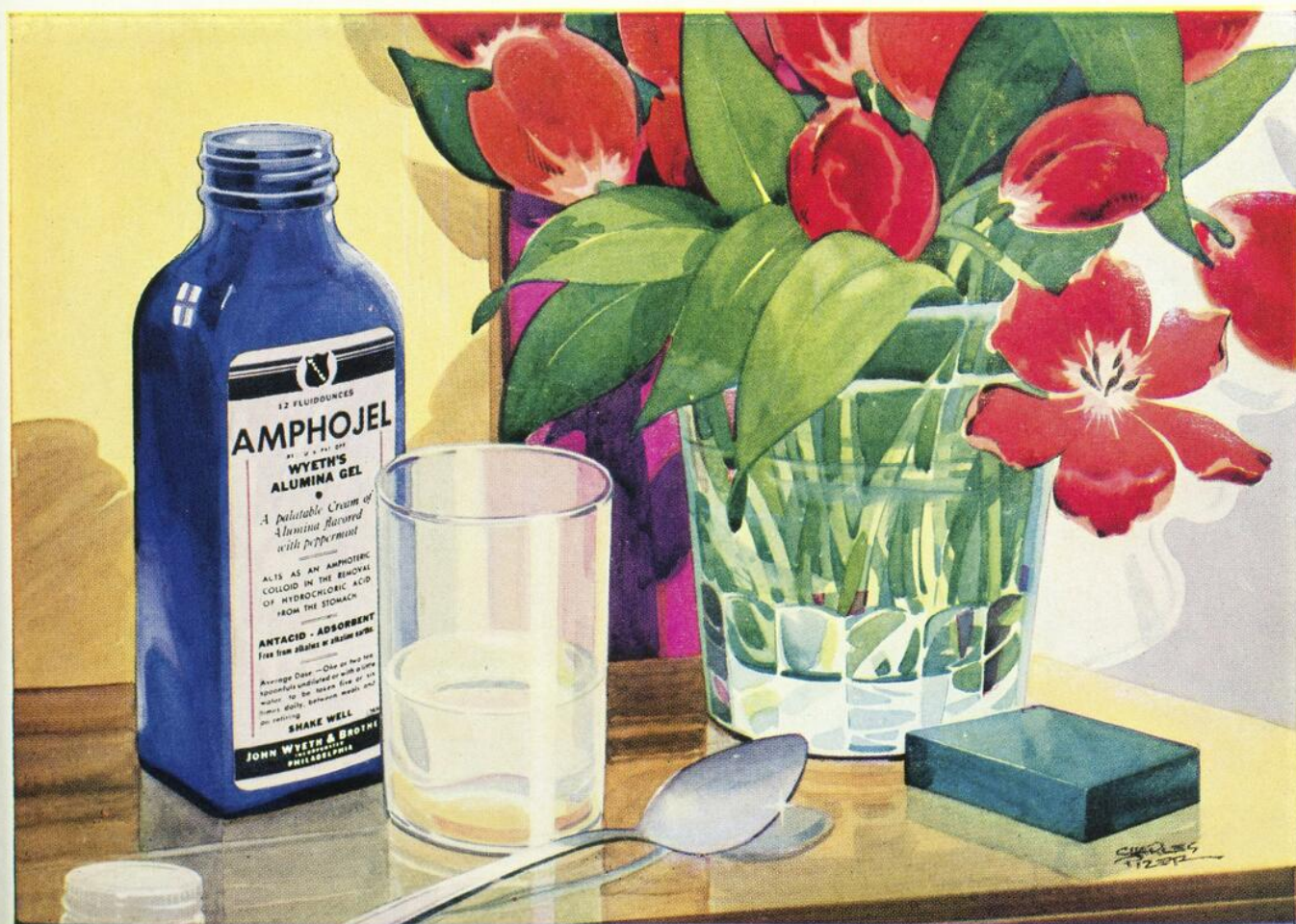
Une Crème d'Alumine Agréable au Goût . . .

Une suspension colloïdale amphotère d'hydrate d'alumine ayant pour but de réduire l'acidité gastrique sans faire usage d'alcalins.

Amphojel est supérieur aux alcalins dans le traitement de l'ulcère peptique — assure plus de soulagement au patient et peut être administré en doses suffisantes pendant de longues périodes de temps sans qu'il y ait à redouter aucun effet nuisible.

On peut soigner la plupart des ulcères gastriques et duodénaux en faisant fréquemment absorber des petites doses d'Amphojel par la bouche. Dans les cas les plus graves, on obtient des améliorations surprenantes en employant continuellement ce traitement par petites doses.

Amphojel n'a pas la moindre petite tendance à occasionner une augmentation secondaire de la sécrétion acide.



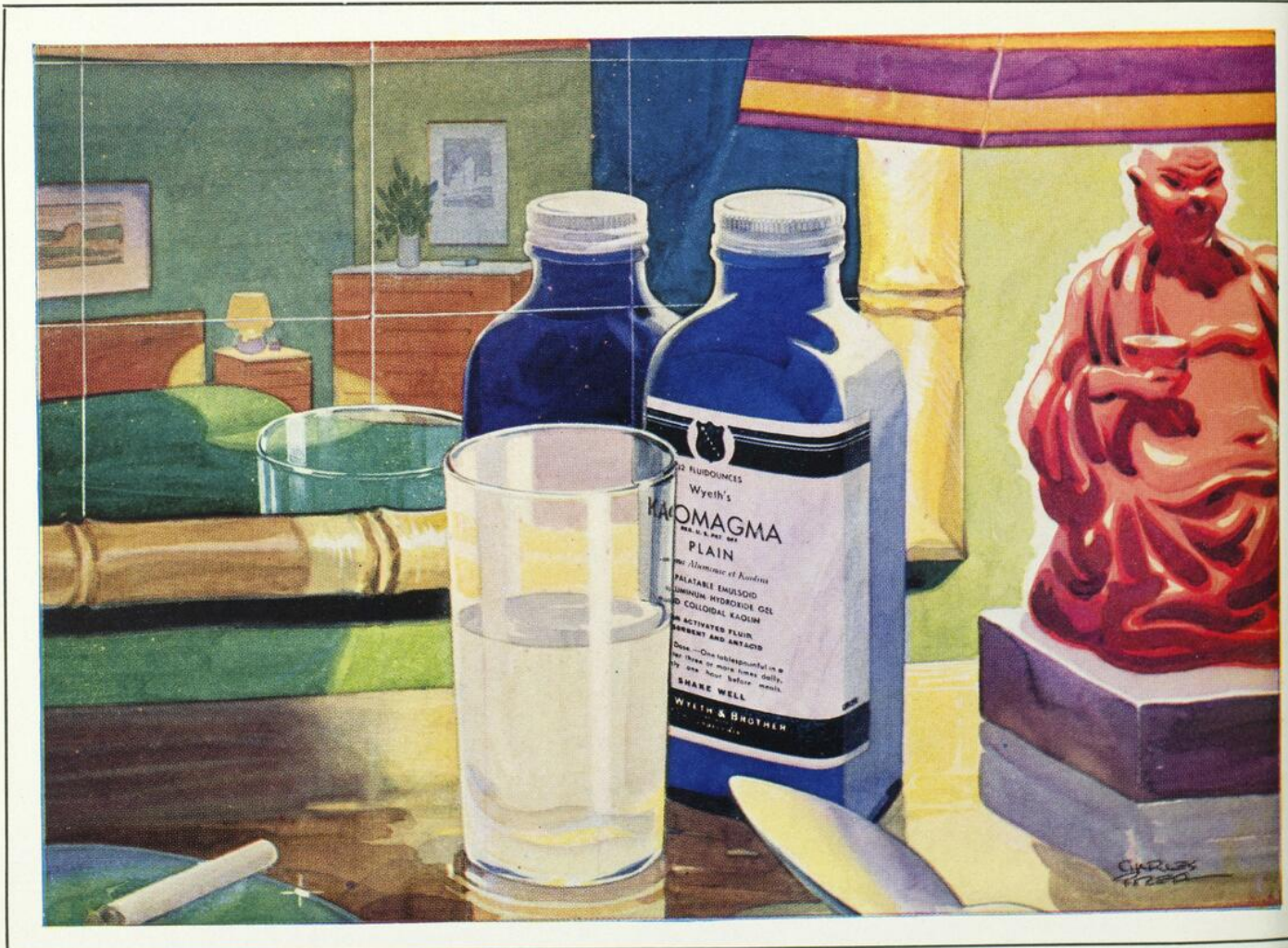
Kaomagma ~ Wyeth

Un Magma d'Alumine et de Kaolin . . .

En intensifiant l'action adsorptive avec une gelée d'alumine, on obtient plus d'effet avec le Kaomagma qu'avec le kaolin seul. Le Kaomagma, ainsi activé par une dispersion fluide, devient stable et mobile.

L'action adsorptive fluide intensifiée fait que le Kaomagma est tout particulièrement efficace dans le traitement palliatif du groupe de symptômes que l'on désigne communément sous le nom de "selles instables." Il agit comme calmant et comme revêtement, soulage l'irritation, consolide les selles fluides et diminue la diarrhée.

Dans les affections plus graves du côlon, telles qu'une cœlite muqueuse ou une cœlite ulcéreuse d'origine infectieuse, Kaomagma active la cicatrisation, diminue le saignement et améliore la tonicité de la muqueuse intestinale. De plus amples renseignements seront fournis sur demande.



JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated
Walkerville, Ontario

TRISILEX



Pour favoriser une digestion stomacale complète

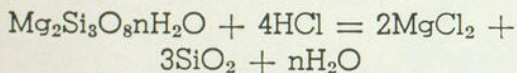
Le **Trisilex** est un Trisilicate de Magnésie C. P. préparé spécialement pour combattre l'hyperacidité de l'estomac en favorisant une digestion stomacale complète.

Maud a défini le Trisilicate de Magnésie comme étant un composé synthétique ayant pour formule $H_4 Mg_2 Si_3 O_{10}$ sous forme de cristallins de très petites dimensions colloïdales beaucoup plus petites en grosseur que celles du kaolin dans les variétés les plus raffinées que l'on puisse obtenir.

Action de Trisilex:

Le Trisilex possède de fortes propriétés antiacides et il agit de la manière suivante:

Cette poudre en présence de l'eau réagit avec le suc gastrique normal (qui correspond à l'acide hydrochlorique n/20) et une réaction complexe se produit entre deux colloïdaux hydratés et deux électrolytes; à la température du corps il faut généralement 3 heures pour que le processus soit complet. La réaction se faisant in vitro d'après l'équation suivante:



L'équilibre de l'acidité peut être calculé comme l'équivalent de la magnésie contenue dans le Trisilex, la moitié à peu près neutralisant rapidement le surplus

d'acide gastrique tandis que l'autre moitié occasionne une neutralisation secondaire et lente pendant les quelques heures qui suivent.

Au point de vue chimique, c'est la lenteur de la réaction qui est importante, la durée de l'action antiacide est approximativement égale à l'espace de temps requis pour la digestion gastrique.

Toxicité:

Le Trisilex n'est pas toxique et ne peut réduire l'acidité du suc gastrique en dessous de son point normal; si une trop grande dose est donnée il est éliminé par l'intestin.

Le Trisilex étant insoluble, il ne peut augmenter la réserve d'alcali du corps; même une forte dose, pendant un temps prolongé, ne change pas l'acidité de l'urine.

Indications Thérapeutiques:

Le Trisilex est recommandé pour le traitement des ulcères peptiques, l'hyperacidité de l'estomac, les gaz d'estomac, vomissements chez les femmes enceintes, dyspepsie, ou autres cas de mauvaises digestions stomacales.

Mode d'emploi:

Une cuillerée à thé dans un demi-verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

Préparé par

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE

30 EST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL



BIBLIOGRAPHIE: L'index bibliographique de chaque travail doit être restreint aux indications les plus importantes. Le Journal se réserve toujours le droit de le limiter. Chaque indication bibliographique doit être fournie comme suit: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, volume, page, mois (jour du mois, si le périodique est hebdomadaire), année.

•

PUBLICITÉ Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication.

Le barème des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 326 est, blvd Saint-Joseph. Téléphone: LAncaster 9888.

Tout annonceur qui n'observe pas l'éthique professionnelle est exclu de notre publicité, et nous saurons gré à nos lecteurs d'attirer notre attention sur toute dérogation à cette ligne de conduite.

Tout ce qui concerne la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de l'« Union Médicale (du Canada) », 326 est, Boulevard Saint-Joseph, Téléphone: LAncaster 9888.

♦♦♦



Vitamines pures

sous des formes et
en dosages variés

“**BETAXIN**” — Chlorhydrate de vitamine B1 cristallisée synthétique. L'anorexie, l'atonie intestinale, les déficiences de nutrition et de croissance, la polynévrite et certains autres types de névrite, et les vomissements de la grossesse sont, avec le bérubéri, quelques-unes des affections contre lesquelles cette préparation est surtout recommandée. Si ces symptômes sont causés par une carence de vitamine

B1, un mieux marqué se manifeste d'ordinaire bientôt après le commencement du traitement. Pour répondre aux exigences de chaque cas particulier, la Bétaxine est présentée sous forme de comprimés de dosages variés, ainsi qu'en ampoules et flacons (pour l'injection hypodermique).

“**CANTAXIN**” — La vitamine synthétique C est aussi reconnue comme essentielle à la diététique. Ses principales indications sont le scorbut et ces états subcliniques (moins graves, mais plus communs) de carence de vitamine C que caractérisent une nutrition insuffisante, une tendance à l'hémorragie, et l'anémie. Dans les infections fébriles, il faut au malade beaucoup plus de vitamine C, ainsi que de vitamine B1.

PRÉSENTATION: “**Betaxin**”: comprimés de 0.1 mg., 0.5 mg., et 1 mg., flacons de 50, comprimés de 5 mg., flacons de 25, 100 et 500. Tubes de 20 comprimés hypodermiques de 6 mg.

L'élixir, à base de vin, et de goût très agréable, contient 5 mg., par once (0.625 mg., par cuillerée à thé), 9 pour 100 d'alcool, et 0.1 pour 100 d'acide benzoïque. Flacons de 8 onces et bouteilles d'un gallon.

Ampoules de 1 mg. (1 cc.), boîtes de 10 et 100; ampoules de 10 mg. (1 cc.), boîtes de 5 et 25; fioles de 100 mg. (10 cc.) et 250 mg. (10 cc.).

“**Cantaxin**”: comprimés de 25 mg., flacons de 40, ampoules de 2 cc. contenant 100 mg. de Cantaxin (sous forme de sel de sodium), boîtes de 5.

BETAXIN

Marque déposée au Canada et aux E.-U. d'A.

Marque du **CHLORURE DE THIAMINE**
PREMIER CHLORHYDRURE DE VITAMINE B1 CRISTALLISÉE SYNTHÉTIQUE



CANTAXIN

Marque déposée au Canada et aux E.-U. d'A.

Marque de l'**ACIDE CÉVITAMIQUE**
Vitamine C

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté

Bureaux et laboratoires à Windsor, Ontario.

Une succursale montréalaise (immeuble “Dominion Square”) est au service de MM. les Médecins et Pharmaciens.



SOUTIEN DU CŒUR

CORAMINE

"CIBA"

**CARDIO-TONIQUE D'ACTION RAPIDE,
ÉNERGIQUE ET DURABLE**

Gouttes

Traitement prolongé —

*Tous cœurs insuffisants, lésionnels
ou séniles:*

20 à 100 gouttes
par 24 heures.

Ampoules

Indications d'urgence —

*Toute défaillance aiguë du
myocarde:*

1.5 à 12 c.c. par
voie sous-cutanée
ou intraveineuse.



CIBA

759 Victoria Sq., Montreal.



PROVEINASE

MIDY

“RÉGULATEUR DE LA
CIRCULATION VEINEUSE”

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNopause

2 à 6 comprimés par jour.



LABORATOIRES MIDY - PARIS

Agents pour le Canada: **VINANT Ltée**, 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**

TÉNÉBRYL GUERBET

Di-iodométhane sulfonate de sodium

Urographie intraveineuse

Ampoules de 20 cc. titrées à 40%

Pyélographie instrumentale
Explorations diverses

A concentration égale, le « TÉNÉBRYL » est
le plus opaque, le moins hypertonique des
moyens de contraste organiques solubles

VINANT Ltée, 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**

Agents exclusifs pour le Canada des

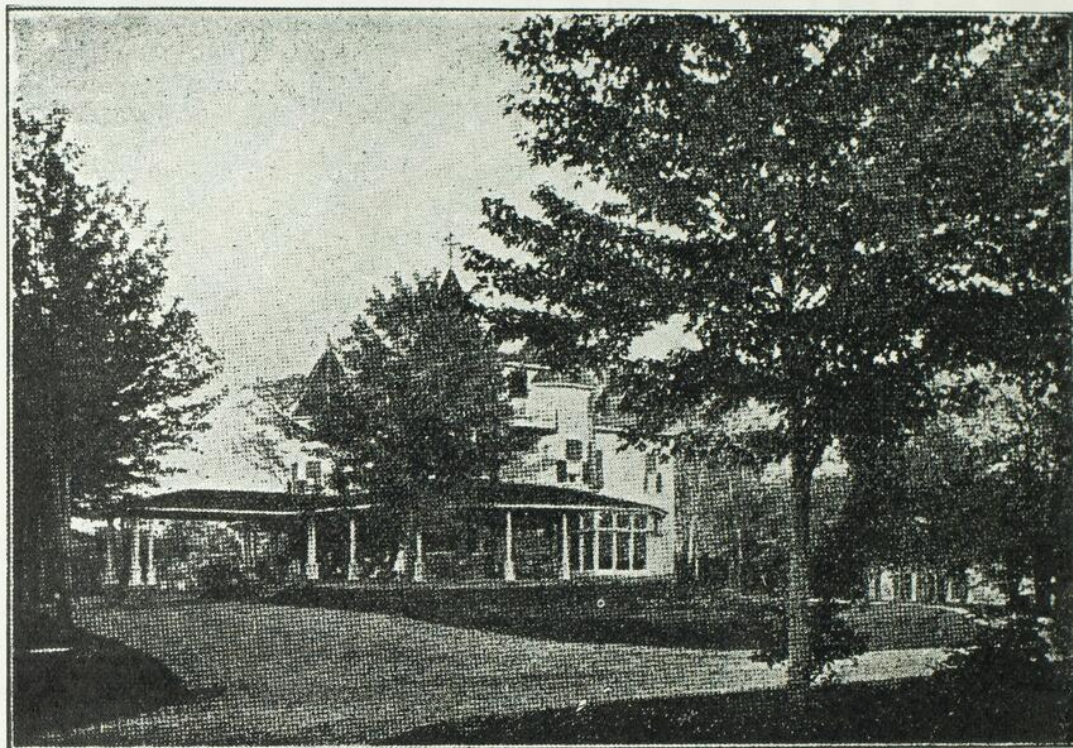


Urographie intraveineuse au « TÉNÉBRYL »
(Clinique d'Urologie de Necker)

LABORATOIRES A. GUERBET & C^{ie} 22, Rue du Landy, 22
PARIS - SAINT - OUEN

SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORA



ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Parc de 600,000 pieds carrés. Tennis, billard, etc. Chambres pourvues de tout le confort moderne.

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Electrothérapie. Rayons U. V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyréthérapies. Prospectus sur demande.

Personnel médical: Dr Edgar Langlois, médecin-directeur; Dr Jean Saucier; Dr Roma Amyot; Dr Charles-A. Langlois (électro-radiologie).

4455 ouest, Boulevard Gouin,

Téléphone: BYwater 1240

Ethers éthylique et butylique de l'acide paraaminobenzoïque — résorcine — oxyquinoléine — oxyde de zinc.

ANESTHÉSIE SUPERFICIELLE

par simple contact

POMMADE

NESTOSYL

Laboratoire P. Baude
72, rue Saint-Dominique, Paris

Agents au Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE
533, rue Bonsecours, Montréal

PRURITS, engelures, gerçures, crevasses, brûlures,
ECZÉMAS, hémorroïdes, ulcères variqueux, escarres,
crevasses du sein, dermatites infantiles

Anesthésiques insolubles et non toxiques - cessation immédiate de la douleur sur les tissus lésés et toutes muqueuses

Autres formes: SOLUTION HUILEUSE 5%—OVULES—SUPPOSITOIRES

UN COMPRIMÉ DANS UN 1/2 VERRE D'EAU

*Vos aérophages,
Vos dyspeptiques,
Les petits hépatiques
seront heureux... si vous leur prescrivez*

NORMOGASTRYL

Médication alcalino-sédative des gastro-hépatiques fonctionnels

Littérature et échantillons sur demande

Agents pour le Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE
533, rue Bonsecours :-: Montréal



NORMOGASTRYL

BEAUCHEMIN

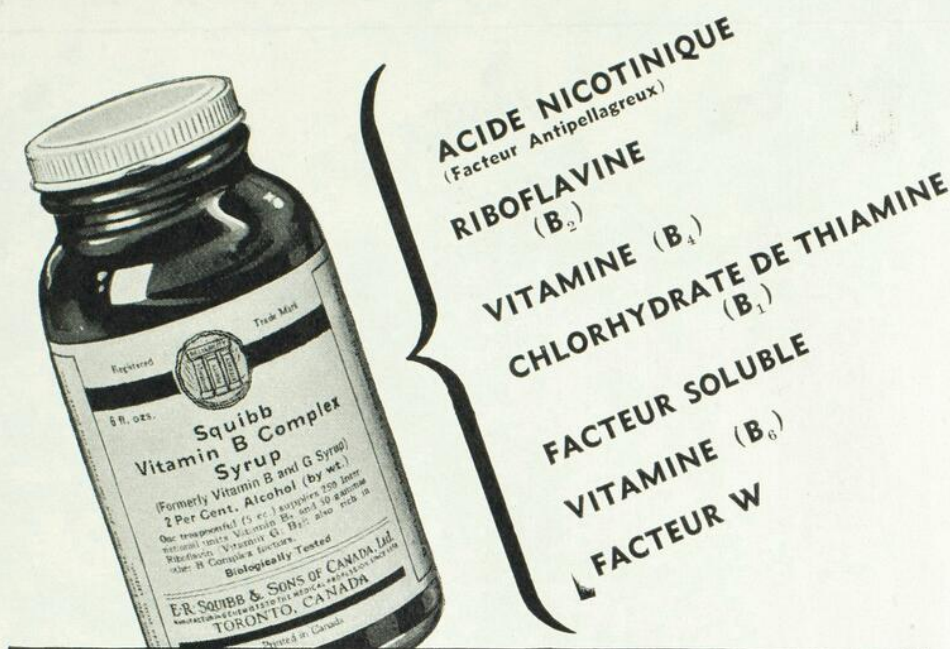
*Imprime,
Relie,
Annonce,
Catalogue,
Vend*

Les éditions qui lui sont confiées



Librairie Beauchemin Limitée

430, rue Saint-Gabriel - Montréal - Lancaster 4236



Sirop de Complexe Vitaminique B Squibb

S'il y a insuffisance de Vitamine B₁ dans l'alimentation, il est naturel de supposer qu'il y a également insuffisance des autres facteurs du Complexe Vitaminique B.

DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES SUIVANTS:
**VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE — POLYNÉVRITE
 ANOREXIE — CONSTIPATION CHRONIQUE**

l'emploi du Sirop de Complexe Vitaminique B de Squibb assurera au malade une quantité suffisante de Vitamine B₁ et de chacun des autres facteurs composant le Complexe B.

DOSE MOYENNE: Une cuillerée à thé trois fois par jour, pur ou avec du lait, du jus de tomate, ou autre véhicule du même genre.

Se vend en flacons de 3 onces, de 6 onces, de 12 onces et de 10 livres.

Pour imprimés et échantillons écrire à:

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

Professional Service Department
 36 Caledonia Road, - Toronto.

Fabricants de Produits Chimiques pour le Corps Médical depuis 1858.

FONDÉ EN 1896 PAR LE DOCTEUR DE BLOIS



SANATORIUM DE BLOIS

225, boulevard Laviolette,

TROIS-RIVIÈRES, Qué.

Maison de repos, de régimes et de convalescence
Affections nerveuses en général

Maladies de l'estomac et de l'intestin; surmenage, troubles de la nutrition.
Neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.).
Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violets, etc., etc.

PRIX MODÉRÉS

DEUX MÉDECINS RÉSIDENTS ET PLUSIEURS MÉDECINS CONSULTANTS.

Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Médecin-directeur,
Dr CHARLES DE BLOIS,

Directeur-adjoint,
Dr GEORGES DE BLOIS,

TROIS-RIVIÈRES, P. Q.
Téléphone, 3420

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

P R O S P E C T U S S U R D E M A N D E

HÉMODUCTYL



**RÉGULATEUR DE
LA CIRCULATION
DU SANG**

HAMAMELIS, CUPRESSUS
MARRON D'INDE STABILISÉ
CRATAEGUS, GUI, BOLDO & CONDURANGO

LABORATOIRES LICARDY, 38. BOUL^D BOURDON, NEUILLY (SEINE)

Agents pour le Canada : VINANT Limitée - 533, Rue Bonsecours - MONTRÉAL

GÉNÉSÉRINE

Polonovski et Nitzberg

granules — dragées — gouttes — ampoules.

SÉDATIF DES
TROUBLES SYMPATHIQUES

—♦—
HYPO-ACIDITÉ

—♦—
TACHYCARDIE

GÉNATROPINE

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

SÉDATIF DU VAGUE

—♦—
HYPERCHLORHYDRIE

—♦—
SPASMES DIGESTIFS

—♦—
VOMISSEMENTS

GÉNOSCOPOLAMINE

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

—♦—
PARKINSONISME

—♦—
SYNDROMES
POSTENCÉPHALITIQUES

Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, Pharmacien, PARIS

Agents pour le Canada: VINANT Ltée, 533, rue Bonsecours, MONTRÉAL

Clio, Muse of History—Rome, Vatican Museum



. . . PLUS DE 200 COMMUNICATIONS

Depuis sa présentation à la profession médicale, il y a déjà six ans, le Nembutal a été l'objet de 200 études et d'un nombre considérable de références dans la Presse Médicale.

Le Nembutal, sa pharmacologie, sa valeur thérapeutique et son utilité incontestée sont désormais parfaitement établies. C'est ainsi que l'on sait qu'en comparaison avec les autres barbituriques le Nembutal présente le maximum d'efficacité sous la dose minimum et la marge de sécurité pratique la plus élevée. Non seulement le chirurgien, mais le médecin doivent faire appel à ses propriétés uniques; c'est ainsi que dans tous les cas d'insomnie, d'éclampsie, d'empoisonnement à la strychnine, d'hystérie, etc. Le Nembutal est le médicament de choix.

De plus amples détails et références seront fournis sur demande.

LABORATOIRES ABBOTT, LTÉE, 388 ouest, rue St-Paul, MONTRÉAL

NEMBUTAL ABBOTT

BULLETIN

LE BILL DES UNIVERSITÉS

Nous avons appris avec la plus vive satisfaction que le Gouvernement de la Province de Québec, selon sa promesse, avait soumis aux deux Chambres un Bill accordant des octrois extraordinaires à l'Université de Montréal: \$5,000,000 pour compléter les constructions actuelles à la Montagne, et un octroi annuel de \$500,000 durant dix ans. L'Université McGill et l'Université Laval reçoivent, chacune, un octroi de \$150,000 durant dix ans; l'Université Bishop reçoit \$35,000 durant dix ans.

Nous avons donc, enfin, résolu cette épineuse question d'argent, vitale pour nous.

Le premier ministre, l'honorable Maurice Duplessis, saisi de cette question depuis son arrivée au pouvoir, en a étudié tous les aspects avec l'honorable docteur Paquette, dont le dévouement à cette cause et à son Alma Mater mérite les plus grands éloges. C'est à lui, en effet, appuyé par le premier ministre, que l'Université de Montréal est redevable des octrois spéciaux qui lui ont permis de payer ses professeurs en 1938. Nous avons reçu, ainsi, plus de \$450,000. Qu'il reçoive, ici, l'expression de notre gratitude.

Les deux Chambres se sont mises d'accord pour approuver ce projet, soumis préalablement aux autorités compétentes. Elles ont compris qu'une trêve s'imposait en face d'un aussi grave problème. Des paroles empreintes de générosité et de noblesse ont été prononcées de part et d'autre par les députés; nous leur en savons gré.

A compter de ce jour, notre avenir est assuré. Le Gouvernement de Québec a admis, à l'unanimité de ses membres, qu'il doit assumer sa part de responsabilité dans les questions du haut enseignement où se forme l'élite.

Le Gouvernement d'Ontario nous donne depuis longtemps un bel exemple en versant, chaque année, à l'Université de Toronto, une somme d'environ \$2,000,000. Ce qui lui a permis de poursuivre ses travaux avec le succès et le retentissement que l'on sait; il accorde aussi à l'Université Western, de London, un octroi très important.

Nous avons confiance dans notre personnel enseignant. Si on lui en fournit les moyens, il fera l'effort nécessaire pour jeter du lustre sur son Université, car nous avons fait quelque chose de rien.

Il est superflu d'accompagner cette simple note de commentaires sur le rôle prépondérant des Universités dans tous les temps. C'est là qu'un peuple renouvelle son outillage mental, accroît sa vie spirituelle.

L'histoire le démontre et tous l'admettent. Citons quelques faits.

Après Iéna, en 1810, l'Allemagne cherche à relever son prestige en fondant l'Université de Berlin. Plus tard, en 1870, elle tend à germaniser l'Alsace-Lorraine en reconstituant l'Université de Strasbourg avec un soin particulier en vue d'accomplir sa nouvelle et importante mission.

L'Angleterre, en 1828, fonde l'Université de Londres afin de ralentir la marche du torysisme de l'Université d'Oxford.

Après 1870, la France, dont l'Université de Paris fut le premier foyer de vie scientifique en Europe après la chute de l'Empire romain, réorganise tous ses centres de haut enseignement pour refaire l'âme de la nation. N'est-ce pas Foch qui proclamait le rôle indiscutable des Universités durant la guerre de 1914 « en donnant au monde l'une des plus belles preuves d'héroïsme et de hauteur d'âme dont se glorifie l'humanité »?

Le Canada n'est-il pas redevable à ses Universités de la place qu'il occupe dans les vastes domaines de la connaissance humaine?

Et nous, Canadiens français, que serions-nous, que deviendrions-nous sans elles?

Tels sont quelques-uns de ces faits, parmi les plus importants; il y en a d'autres. N'insistons pas, songeons plutôt au présent.

La Faculté de Médecine de Montréal a élaboré un plan de réorganisation pédagogique et financière sur lequel elle fonde beaucoup d'espoir pourvu qu'elle puisse le réaliser bientôt.

Qu'il nous suffise, aujourd'hui, d'ajouter que les parrains de ce bill, les honorables Duplessis et Paquette, ont écrit, par cette innovation, une page d'histoire impérissable et que leurs noms seront inscrits dans notre livre d'or comme deux de nos plus insignes bienfaiteurs parmi ceux dont s'honore notre race.

Nous désirons associer à cet hommage Son Excellence Mgr Gauthier, Chancelier de l'Université, dont l'inlassable et intelligente activité ne s'est pas ralentie un seul instant et à qui nous devons beaucoup.

Rappelons, enfin, que le président du Conseil législatif, l'honorable Alphonse Raymond, président de la Commission d'enquête, s'est ingénié à nouer, entre le Gouvernement et l'Université, des liens que nous ne pourrions plus délier. Nous ne l'oublierons pas.

Bref, on ne saurait dire moins lorsqu'on songe aux conséquences d'un tel acte pour l'avenir d'une race minoritaire qui compte, avant tout, sur ses élites¹.

ALBERT LESAGE,

Doyen de la Faculté de Médecine.

1. Sur ce sujet, je prie nos lecteurs de lire avec attention le remarquable article du professeur Penfield sur « La médecine et autres choses », plus loin. L.

LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS

Depuis un quart de siècle, on reconnaît que la syphilis constitue le problème le plus inquiétant dans le domaine des maladies contagieuses. Avec la tuberculose et la pneumonie, elle occupe le premier rang comme cause de décès. Encore est-elle souvent méconnue dans ses conséquences fatales, par suite des formes insidieuses qu'elle peut revêtir.

Sur l'incidence de la syphilis dans la population de notre province, nous n'avons que des approximations. Il y a cependant lieu de croire que les conditions ne sont pas beaucoup meilleures qu'aux Etats-Unis, où la maladie fait actuellement l'objet d'une campagne d'engvergure. On constate que la syphilis n'y a pas diminué.

Pourtant, le problème n'est certes pas insoluble, puisque la proportion des syphilitiques a pu être réduite à 7 pour 100,000 en Suède, à 20 pour 100,000 au Danemark, et à 47 pour 100,000 en Angleterre. Les autorités américaines font actuellement un effort considérable en vue d'abaisser les pertes en vies humaines et en argent subies par leur pays du fait de la syphilis. La province de Québec a inauguré en 1920 une lutte antivénérienne dont le programme comportait plusieurs articles: conférences éducatives, ouverture de dispensaires, films de propagande, tracts, etc. Un département de sérologie a aussi été attaché à la Division des Laboratoires. Nous constatons avec plaisir que la profession médicale, pour sa part, a pris largement bénéfique de ce dernier avantage, et que des progrès sensibles ont été réalisés grâce aux facilités offertes par ce laboratoire. Dans la seule année 1938, par exemple, 125,000 examens y ont été faits.

Même si le but visé n'a pas été atteint, il y a lieu d'espérer, si la lutte est continuée avec un renouveau d'efforts, en employant les moyens que la médecine et l'hygiène mettent à notre disposition, si la profession médicale prête son concours, et si le public coopère.

Pour que la lutte soit efficace, trois articles devraient être au programme:

- 1) Dépister les porteurs de germes: syphilis récente, syphilis chez la femme enceinte.
- 2) Procurer le traitement à tous les syphilitiques riches ou pauvres.
- 3) Unir dans un même mouvement hygiénistes et praticiens, les entraîner à la connaissance et au maniement de la thérapeutique la plus active contre la syphilis.

I

Il n'existerait pratiquement pas de syphilis ignorées si chacun se soumettait périodiquement à un examen clinique et sérologique, et consultait dès l'apparition de toute lésion génitale suspecte.

Cette formule idéale sera partiellement réalisée si l'on pratique systématiquement l'examen du sang :

- a) Chez tous les patients hospitalisés ou simplement admis aux cliniques externes, dans les hôpitaux, maternités, sanatoriums, maisons de santé. (5% de ces patients sont probablement syphilitiques.)
- b) Au bureau du praticien, pour chaque malade, comme complément régulier et nécessaire de l'examen clinique.
- c) Dans le service médical de chacune de nos grandes industries, de nos corporations, des compagnies d'utilités publiques, etc.
- d) Chez tous les détenus, et chez les individus appréhendés pour délits sexuels.

Ces examens sur le sang, sur le liquide céphalo-rachidien, et sur les sérosités du chancre sont faits gratuitement aux laboratoires du Ministère de la Santé.

II

Il faut traiter le syphilitique jusqu'à ce qu'il n'offre plus aucun danger de contagion. La communauté se doit à elle-même cette protection qui sera pleinement réalisée lorsque riches et pauvres non seulement pourront, mais seront tenus de recevoir le traitement que requiert leur condition.

Des modifications apportées à la loi d'hygiène devront permettre d'imposer aux personnes arrêtées pour délits sexuels et à tout autre syphilitique présentant un danger d'infection pour la communauté, un traitement suffisant, non seulement pour faire disparaître les lésions actuelles, mais aussi pour prévenir les récurrences infectieuses.

L'application de tels règlements ne sera possible qu'avec l'assistance d'un service social organisé en vue de dépister les sources de contamination et de rechercher les syphilitiques récemment infectés, par conséquent contagieux, qui tentent de se soustraire au traitement.

Le soin des syphilitiques indigents requiert la distribution gratuite des médicaments aux médecins des districts ruraux et même des petits centres; et le maintien, dans les villes de Montréal et de Québec, de dispensaires ou centres de traitement, ouverts le soir, qui seraient en même temps des milieux d'études pour la profession médicale.

III

Le rôle le plus important dans le traitement de la syphilis en général, revient en définitive aux praticiens. Celui qui n'a pas l'habitude de l'injection veineuse doit sans hésiter remettre son patient syphilitique à un confrère plus expérimenté. Il n'est toutefois pas nécessaire d'être spécialiste pour traiter une syphilis récente ou latente, pourvu que l'on ne s'éloigne pas des règles établies par l'expérience des syphiligraphes pour le choix, le dosage et l'administration des médicaments et pour la conduite générale du traitement.

La difficulté de choisir le médicament est, pour une large part, le fait de la propagande commerciale, généralement intéressée et souvent le fruit d'observations insuffisantes, qui envahit le domaine scientifique. Il faut mettre le médecin en garde contre le médicament « plus nouveau », « moins toxique » ou « plus maniable ». Dans quelques années ce sera l'oubli pour le médicament, et pour le malheureux qui l'aura reçu de bonne foi, une récurrence tertiaire de la syphilis. Il faut le recul de nombreuses années et l'expérience universelle pour établir la valeur réelle d'un médicament syphilitique. Les syphiligraphes sont d'accord en 1939, comme ils l'étaient il y a dix ans, pour donner aux arsénobenzènes, 606 et 914, la première place, dans le traitement d'attaque de la syphilis.

C'est au chevet des malades, dans les hôpitaux et les cliniques dirigées en vue de l'enseignement médical, que s'acquiert la technique du traitement. Il serait désirable que les médecins et hygiénistes y viennent faire des stages de perfectionnement.

Pour faciliter la tâche du médecin traitant, le Ministère de la Santé projette de distribuer des schémas de traitement se rapportant aux différentes phases de la syphilis. La première série paraît dans le présent numéro de *l'Union Médicale*, sous la signature du docteur Jules Archambault.

Dr A. LAPIERRE,

Directeur des services administratifs et techniques, Ministère de la Santé.

MÉMOIRES

L'ADÉNO-MYO-SARCOME DU REIN: TUMEUR DE WILMS¹

Par Eugène GAULIN, F.R.C.S., (C.),

Chef du Service d'Urologie à l'hôpital Général d'Ottawa,
Consultant à l'hôpital du Sacré-Cœur de Hull.

Connues universellement sous le nom de tumeurs de Wilms, les tumeurs mixtes du parenchyme rénal chez l'enfant, ont été depuis quelques années le sujet d'études nombreuses et surtout très sérieuses.

En effet, Kretschmer et Hibb, Hinman et Kutzman, Mixer, Prather et Crabtree, Dean et Pack, Randall, Priestley et Broders pour ne mentionner qu'eux, ont consacré beaucoup de leur temps aux adéno-myo-sarcomes embryonnaires des reins chez l'enfant, tant au point de vue pathologique que thérapeutique.

Ils ont constaté que le sarcome du rein, l'adéno-sarcome, le myo-sarcome, le rhabdomyo-sarcome n'étaient que des variétés histologiques de tumeurs embryonnaires du rein; que toutes ces tumeurs possédaient certains caractères histologiques communs, caractères que l'on ne retrouve pas dans l'adéno-carcinome vulgaire; qu'elles avaient toutes la même évolution rapide et silencieuse; enfin, qu'elles épargnaient à peu près totalement l'adulte.

Ces tumeurs ayant une issue ordinairement fatale pour l'enfant, chirurgiens, pathologistes, radiologistes ont essayé de trouver une formule, un traitement qui contribuerait à diminuer la mortalité excessive de cette affection.

Nous vous présentons aujourd'hui une série de quatre cas de tumeurs de Wilms. Notre seul but est de faire un inventaire de nos connaissances cliniques, pathologiques et thérapeutiques en rapport avec ces tumeurs. Voici les observations détaillées de ces quatre cas.

Observation I.

F. C.....garçon, âgé d'un an, est admis à l'hôpital Général d'Ottawa, le 18 avril 1929, pour développement anormal de l'abdomen.

Les antécédents personnels et familiaux n'offrent rien de particulier.

Examen clinique. L'enfant est pâle, maigre. La température est à 99.3. L'enfant présente une distension abdominale marquée, surtout du côté droit. Il est très facile de palper une masse dure, ferme, indolore, de la grosseur d'un pamplemousse, légèrement mobile latéralement. Cette masse repousse le foie en haut et descend presque à la région inguinale. Elle déborde la ligne médiane de deux travers de doigt. La rate n'est pas palpable; il n'existe pas de ganglions dans les aines. Le scrotum droit est plus gros que le gauche. A la palpation, il est évident que les veines du cordon sont turgescents; elles donnent la sensation classique du varicocèle.

Les urines sont acides, ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni sang, ni cylindre.

La formule sanguine est la suivante: hémoglobine 45%, globules rouges, 2,787,500, globules blancs 12,260; polynucléaires 50%, petits monos 38%, grands monos 5%, éosinophiles 1%, transitionnels 3%. Quelques normoblastes et mégalo-blastes.

La fluoroscopie des poumons est négative; la radiographie des os longs ne montre pas de métastases.

Les tests Wasserman et Hinton sont négatifs.

Diagnostic pré-opératoire. Sarcome du rein. L'opération fut pratiquée le 2 avril 1929, sous anesthésie générale au protoxyde. L'opé-

1. Travail présenté au XV^e Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, Ottawa-Hull, septembre 1938.

ration commença à 11.15 et finit à 11 h. 45. Voie d'abord lombaire. La néphrectomie fut très facile comme c'est le cas dans toutes ces tumeurs. Très peu de périnéphrite. La tumeur était encapsulée.

Les suites opératoires furent plutôt orageuses. L'enfant ne cessa de faire des poussées vespérales de température et décéda 38 jours après l'opération.

L'examen histologique de la pièce fut le suivant: la pièce est formée de deux masses jointes l'une à l'autre par du tissu fibreux. D'une part, il y a ce qui reste du rein, de l'autre, la tumeur proprement dite. Le petit morceau de rein n'offre rien au point de vue pathologique ni histologique; la tumeur est formée de tissu conjonctif dans lequel on trouve du tissu musculaire lisse, des amas de cellules rondes et polyédriques, ici et là des mitoses. On y distingue également beaucoup d'acinis et de tubes urinaires à l'état d'ébauche.

Diagnostic final. Adénomyosarcome embryonnaire du rein.

Observation II.

Jacqueline D.....âgée de trois ans, est admise à l'hôpital Général d'Ottawa, le 29 mai 1929.

Son père nous l'amène à cause d'une voussure abdominale et parce qu'il a remarqué du sang dans les urines.

L'histoire antérieure ne révèle rien d'important si ce n'est que l'enfant a toujours été très faible et petite.

Examen clinique. L'enfant est pâle, anémique, très maigre. Le côté gauche de l'abdomen est très gros. Tenant l'enfant debout, il est facile de voir la masse qui bombe en avant et latéralement en dehors. A la palpation, la masse est dure, plutôt régulière, de la grosseur d'une tête de fœtus. Ballotement rénal, mais la fosse rénale ne bombe pas. Légère mobilité.

Les urines sont alcalines, présence de pus et de cellules rouges.

Un hémogramme montra: hémoglobine 40%, globules rouges 4,137,500, globules

blancs 7,300. Les cellules rouges sont irrégulières et se colorent faiblement.

Temps de coagulation 8 minutes. Wasserman négatif. L'examen cystoscopique ne fut pas pratiqué.:

Diagnostic. Hypernéphrome gauche.

Par voie d'abord lombaire, la néphrectomie fut faite le 10 juin 1929 sous anesthésie au protoxyde. Pas de périnéphrite. Les suites opératoires furent excellentes et l'enfant marchait le 15ième jour.

L'examen histologique de la pièce nous prouva l'absence d'hypernéphrome. Les coupes étaient classiques de la tumeur de Wilms.

La patiente nous est ramenée à l'hôpital le 4 novembre 1929 — c'est-à-dire 4 mois après sa sortie — pour une nouvelle masse de la région rénale gauche. L'examen révéla la présence d'un envahissement considérable de la plaie, superficiellement et profondément. Une piopsie fut fait. Adénomyosarcome embryonnaire. L'enfant mourut le 29 décembre 1929.

Observation III.

Gisèle L.....2 ans 5 mois, est admise à l'hôpital Général d'Ottawa le 7 novembre 1935 pour enflure du côté droit de l'abdomen.

Les antécédents personnels sont bons. Née à terme, pesait 6 livres à la naissance, premières dents à 6 mois, a marché à 11 mois.

L'histoire de famille montre quatre enfants vivants. Il n'y a pas d'alcoolisme, pas de syphilis ni tuberculose.

L'examen nous montre un enfant dont l'état général est mauvais; les muqueuses sont pâles, le pouls bat à 130. Ecoulement séreux de l'oreille droite et aussi du vagin.

Une masse de la grosseur des deux poings remplit tout le côté droit de l'abdomen. Cette tumeur est dure, non douloureuse, mobile. Elle repousse le foie en haut, l'intestin vers la ligne médiane et s'arrête en bas au niveau de la crête iliaque. La région lombaire ne présente pas de voussure. Ballotement rénal franc.

Les urines sont acides, contiennent une trace d'albumine, quelques leucocytes et de très rares cylindres granuleux. Les cultures sont négatives.

L'hémogramme est le suivant:

Hemog. ...	60%	Poly	44%
G. R.	4,100,000	Lympho.	50%
G. B.	13,900	Monos	4%
		Eosin	2%

Les globules rouges présentent des formes irrégulières, la plupart se colorent très peu.

Prélèvement de la gorge: négatif.

Prélèvement vaginal: Neisser, absence.

Transfusion—250 grammes. Groupe 4.

Le diagnostic de tumeur de Wilms fut posé.

Sous anesthésie au cyclopropane, néphrectomie droite. La malade sort de l'hôpital en bon état, le 25 novembre 1935.

Examen de la pièce: tumeur de Wilms.

L'enfant meurt 6 mois après l'opération de récurrence cancéreuse au niveau de la région opératoire.

Observation IV.

Marguerite T.....âgée de 15 mois, est admise à l'hôpital Général d'Ottawa le 18 novembre 1937, à cause d'une voussure considérable de l'abdomen.

L'enfant a quatre frères vivants et en excellente santé. Il n'y a ni syphilis, ni tuberculose, ni alcoolisme dans sa famille.

Née à terme, elle pesait 8 livres et 3 onces. Premières dents à cinq mois, parlait au dixième mois. Pas d'histoires d'infection ni de maladies contagieuses.

Nourrie au sein jusqu'à l'âge de cinq mois.

Pablum, huile de foie de morue, jus d'orange.

L'examen clinique. Enfant apparemment en très bonne santé, légèrement pâle. L'abdomen surtout du côté droit est gros, distendu. On peut facilement délimiter par la palpation, une masse dure, indolore, mobile, qui remplit totalement l'hypochondre, le flanc et la région iliaque droites. Le foie est repoussé en haut, l'intestin à gauche.

Les urines sont négatives. L'urée sanguine est à 30 mill.

La formule sanguine est la suivante:

Hémoglobine	45%	Polymorphes	51%
Glob. rouges	4,000,000	Lymphocytes	44%
Glob. blancs	8,660	Monocytes	5%
Index	.5		

Une pyelographie intraveineuse au Skiodan—12 cc—révéla la présence d'un bon rein gauche fonctionnant normalement. Absence de pyélographie droite même après une heure et demie.

Les radiographies du thorax, des poumons et des os furent toutes négatives pour métastases.

Diagnostic pré-opératoire. Adénomyosarcome du rein droit, embryome de Wilms.

Il fut donc décidé de donner à l'enfant une série de traitements de thérapie profonde avant que de procéder au traitement chirurgical. La petite patiente reçut donc près de 2000r dans l'espace d'une quinzaine de jours. Elle supportait assez bien 150r par jour quand soudainement une leucopénie marquée vint troubler le traitement. L'amaigrissement, les vomissements nécessitèrent deux transfusions sanguines et le gavage. Cependant, tout rentra dans l'ordre assez rapidement. L'hémoglobine remonta à 63% et les globules rouges à 5,000,000, les blancs à 5,700.

A ce moment, la tumeur avait diminué considérablement de volume et était à peine palpable. Se basant sur la technique de Dean et plusieurs autres, nous avons attendu trois semaines après cessation de tous traitements pour opérer.

L'opération fut donc faite sous anesthésie au protoxyde le 5 janvier 1938. Par voie d'abord lombaire extrapéritonéale, la néphrectomie fut faite avec grande aisance. Comme toujours, il existait très peu de périnéphrite. Les veines rénales et la veine cave n'étaient pas thrombosées par les métastases. Le péritoine ne fut pas ouvert pour faire l'inspection du foie. Pas de ganglions autour du hile rénal. La plaie fut fermée en masse à la grosse soie.

La convalescence fut sans incidents.

L'examen histologique de la pièce confirma le diagnostic de tumeur de Wilms.

L'enfant sortit de l'hôpital le 12 février 1938. A date, il n'y a pas encore de récurrence.

Commentaire

L'histoire des adéno-myo-sarcomes remonte à Gardner qui en 1829, rapporta un cas de

tumeur du rein chez l'enfant. De 1875 à 1902, Conheim, Sturm, Weigert, Osler, Huber, Bostroom, Brosin, Albarran et Imbert, Birch-Hirschfeld en ajoutèrent quelques cas à la littérature médicale. Max Wilms, en 1899, dans une étude sur les tumeurs mixtes, en fit une description restée classique.

L'adéno-myo-sarcome est essentiellement une maladie de l'enfance. En effet, l'âge moyen est l'âge de trois ans. Quelques cas ont été rapportés chez le fœtus, l'enfant naissant. Il y a très peu de cas après l'âge de 7 ans. Cependant, Priestley et Broders ont réussi à collectionner 24 cas d'adultes. Les âges de nos cas personnels sont les suivants:

12 mois.....	un cas
15 mois.....	un cas
30 mois.....	un cas
37 mois.....	un cas

Sans crainte de se tromper, on peut dire que toutes les tumeurs des reins chez l'enfant sont des tumeurs de Wilms. Après l'âge de 7 ans, il faut plutôt penser à l'hypernéphrome ou bien aux tumeurs des surrénales.

Les cancers du rein sont trois fois plus fréquents chez l'adulte que chez l'enfant. Sur 4,528 admissions d'enfants, nous avons trouvé quatre tumeurs de Wilms. Chez l'adulte, une pour 387. Ces chiffres correspondent d'ailleurs assez bien aux statistiques des services de pédiatrie.

Le sexe n'y est pour rien; le côté n'a pas plus d'importance. C'est là l'opinion de ceux qui ont de grosses séries de cas.

Nous avons trois filles, un garçon. Trois tumeurs droites, une gauche.

Point de vue clinique.

Nous n'avons pas d'adultes dans notre série. Dans 100% des cas, ces enfants nous ont été amenés à cause de leur gros ventre. En effet, la présence d'une masse abdominale est le symptôme le plus constant. Cette masse est le plus souvent de la grosseur des deux poings, dure, ferme, non douloureuse, plus ou moins régulière, mobile au moins latéralement si la tumeur ne remplit pas l'abdomen.

Les parents de ces enfants ont tous cherché à expliquer la présence de cette voussure par une chute qu'aurait fait l'enfant, ou bien par un traumatisme quelconque.

L'état général des malades est ordinairement bon, à moins qu'on les voit à un stage très avancé de la maladie, ou que la tumeur soit tellement grosse qu'elle produise de la compression du foie, du pancréas des gros vaisseaux: aorte, veine cave, vaisseaux iliaques.

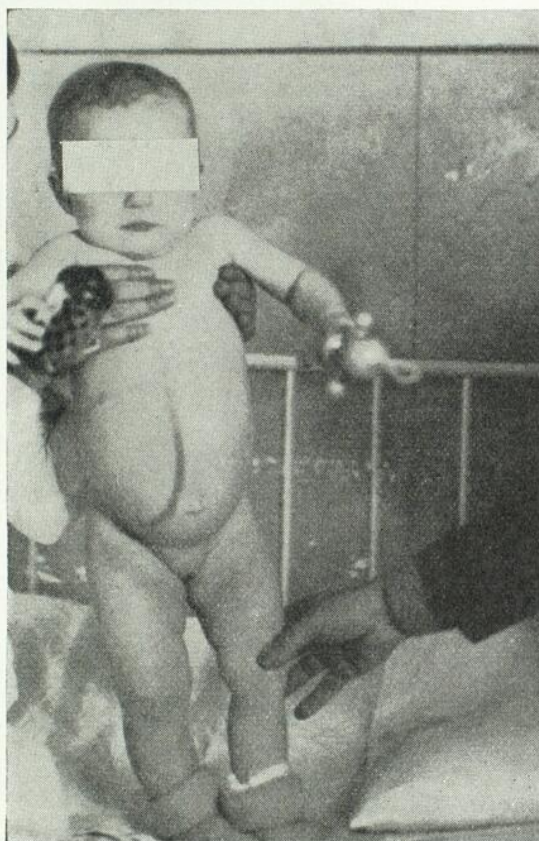


FIG. I

Bébé Francis, seul mâle de notre série était porteur d'un varicocèle droit. Le développement rapide d'un varicocèle d'un côté des bourses doit toujours faire penser à une tumeur rénale.

La douleur est présente dans le tiers des cas, surtout s'il existe des métastases. Deux de nos cas paraissaient particulièrement souffrants. Cependant à cause de leur bas âge, ce signe n'a pas pu être spécialement noté.

L'hématurie dans les tumeurs de Wilms par contraste avec les tumeurs rénales malignes

de l'adulte est tardive. En effet, ce n'est qu'au moment où la tumeur ulcère les calices ou le bassinet qu'elle se produit et cela n'arrive que tardivement. Deux de nos malades présentaient des hématuries.

La fièvre est assez constante. Trois de nos cas en présentaient. Cette élévation de température — jusqu'à 103 — est probablement causée par l'absorption de certains ilots nécrosés au sein de la tumeur.

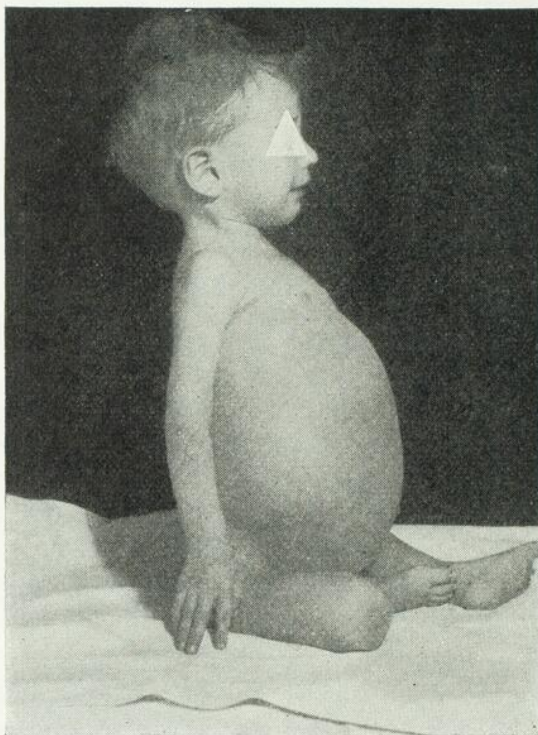


FIG. II

Les métastases comme dans les autres cancers d'ailleurs sont fréquentes et ne manquent jamais à la période terminale. Elles se font le plus souvent au niveau du foie et des poumons. Elles sont quelquefois osseuses. La fluoroscopie et la radiographie des poumons et des os de nos quatre cas furent négatives.

L'anémie, l'anorexie, la perte de poids sont des signes constants.

Anatomie pathologique.

Macroscopiquement, cette tumeur peut se développer n'importe où dans le parenchyme rénal. Le plus souvent, elle est nettement déli-

mitée par la portion saine du rein. Elle est toujours encapsulée. Ce n'est que rarement qu'elle pousse dans les calices ou le bassinet du rein — ce qui explique bien le peu d'hématuries observées, au moins pour longtemps. Les coupes de la tumeur sont luisantes, varient du blanc au brun. On y aperçoit souvent des zones kystiques, hémorragiques, nécrosées.

Microscopiquement, on distingue des acinis de tous genres, depuis les ébauches jusqu'aux acinis normaux, bien définis. On y rencontre



FIG. III

des fuseaux cellulaires ronds ou ovalaires, hyperchromatiques qui rappellent ceux du fibro-sarcome ou du myo-sarcome. Dans le rhabdo-myo-sarcome, on y trouve du muscle strié ou lisse, du cartilage, même des graisses. Il existe toujours une exubérance de cellules embryonnaires au milieu d'un tissu conjonctif pauvre. Cependant, si la tumeur a été soumise à la roentgentherapie profonde, l'aspect microscopique change totalement: peu de cellules embryonnaires et beaucoup de stroma. Dans les ilots de cellules embryonnaires détruites par l'irradiation, il reste encore des cellules vivantes, intactes, non touchées par les rayons. Comme nous le verrons par la suite, ce dernier fait influence considérablement le traitement.

Pathogénie.

Si donc l'accord aujourd'hui est fait au point de vue clinique et pathologique, il n'en est pas ainsi pour la pathogénie. Je n'entrerai pas dans de grandes et longues théories. Je ne ferai qu'émettre les opinions de Fraser et de Ewing.

Fraser y mit beaucoup d'énergie. Pour lui, quelques coupes faites ici et là, au hasard, dans une tumeur, étaient tout à fait insuffisantes pour se faire une idée exacte de ce qui se passe au sein de ces néoformations. Or pour



FIG. IV

arriver à une conception pathogénique scientifique, il étudia ces tumeurs coupées en petits cubes numérotés, à peu près tous de la même taille. Chaque bloc avait son emplacement sur une maquette de la tumeur. Les cubes furent ensuite fixés, coupés et étudiés histologiquement.

Il trouva six variétés de tissus:

a) Tissu rénal normal: toujours extratumoral, repoussé, comprimé par la tumeur.

b) Tissu adénomateux: ce serait d'après Fraser, le tissu fondamental de la tumeur. Il prendrait naissance d'un groupe de cellules néphrogénétiques, qui au lieu de former les tubes urinifères, auraient dévié de leur fonction embryologique normale pour faire du tissu acineux, adénomateux.

c) Tissu sarcomateux: il prendrait naissance du tissu adénomateux—par métaplasie.

Avec le temps, il le remplace totalement ou presque.

d) Muscle non strié: vient du bassinnet.

e) Tissu conjonctif.

f) Tissu vasculaire: les vaisseaux ont tous une structure très simple. Cependant à mesure que le tissu sarcomateux se multiplie, la tumeur devient plus vasculaire par augmentation du nombre et du calibre des vaisseaux.

Ewing et Roussy croient que toutes ces tumeurs embryonnaires du rein prennent naissance du blastème rénal.

Diagnostic

Le diagnostic est en général assez facile à faire. En principe, toutes les tumeurs rénales chez l'enfant sont des adéno-myo-sarcomes. La palpation révèle la présence d'une masse abdominale qui semble prendre naissance dans l'un des hypochondres; masse dure, ferme, non douloureuse, le plus souvent mobile, qui ne bombe pas dans les fosses lombaires, mais qui plutôt pousse en avant et latéralement.

Le ballottement rénal est un signe précieux.

Les hématuries, si elles sont présentes, orientent vers une affection de l'appareil urinaire.

Mais en définitive ce sont l'examen cystoscopique et la pyélographie qui trancheront le diagnostic. La division des urines établira à coup sûr lequel des deux reins est le bon ou le rein malade. Les épreuves de laboratoire, dosage d'urée, P. S. P. aideront au diagnostic. La pyélographie nous renseignera sur les difformités pyéliques et des calices, difformités typiques de tumeur rénale.

Si la pyélographie rétrograde n'était pas possible — manque d'instrumentation de calibre convenable, état général précaire du malade — il faudrait avoir recours à la pyélographie intraveineuse au Ténébryl. Sans être aussi explicative et probante que la pyélographie rétrograde, dans un grand nombre de cas, elle confirmera le diagnostic clinique: difformités du bassinnet, allongement des calices, déviation de l'uretère vers la ligne médiane par

la tumeur, ou simplement par absence totale de sécrétion du côté malade.

Le diagnostic différentiel sera fait avec:

Les tumeurs des surrénales: tumeurs de Grawitz. Ces tumeurs ne sont pas franchement abdominales comme les tumeurs de Wilms. Elles modifient la formule sanguine et donnent à la peau une pigmentation caractéristique.

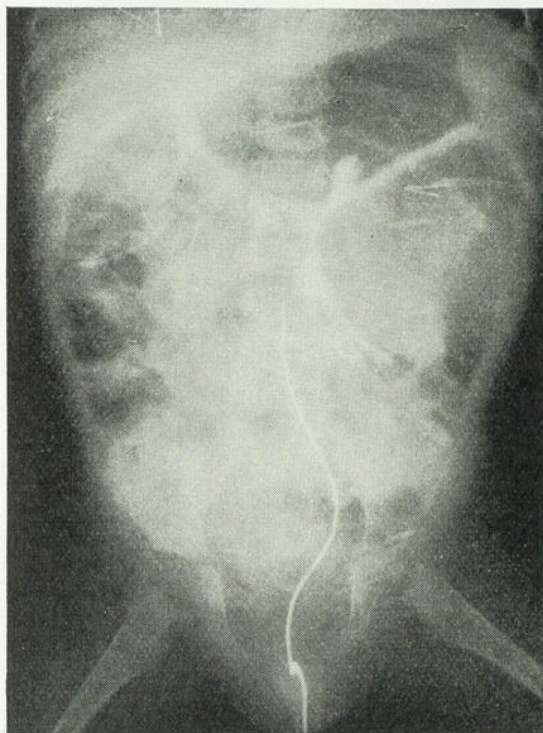


FIG. V

Les reins polykystiques: toujours bilatéraux et beaucoup plus petits que l'adéno-myosarcome.

Les grosses hydronéphroses: ces immenses hydronéphroses peuvent à première vue compliquer le diagnostic. Cependant, elles sont moins dures et beaucoup moins mobiles que la tumeur de Wilms. En plus la pyélographie sera tout à fait différente de la pyélographie classique de l'adéno-myosarcome.

Les grosses rates, les tumeurs intestinales, la tuberculose péritonéale seront facilement exclues par la formule sanguine, l'examen radiologique du tube digestif, l'envahissement tuberculeux ailleurs. Encore ici, la pyélogra-

phie révélera des reins sains, fonctionnant bien, même s'ils sont déplacés par compression d'organes voisins.

Pronostic

Le pronostic est un peu déconcertant. Cabot dans son traité d'urologie fixe la mortalité des adéno-myosarcomes à 95%.

Cependant aujourd'hui à cause

a) des meilleurs soins pré et post-opératoires;

b) d'une meilleure technique opératoire: hémostase sanguine soignée, manipulations plus délicates de la tumeur;

c) des transfusions pré et post-opératoires, la mortalité varie de 86 à 90%.

Notre mortalité personnelle est de 75%.

Traitement

Le traitement des tumeurs de Wilms, comme vous le constaterez, est encore bien incertain. Dean et Park, Barringer, qui avaient obtenu des succès dans le traitement du tératome du testicule par la radiothérapie profonde, ont cru pendant un certain temps pouvoir guérir l'adéno-myosarcome du rein par l'irradiation seule. Ce fut un rêve. Priestley et Broders avouent franchement que la radiothérapie à elle seule n'a pas encore guéri un seul malade. Malgré cela, l'opinion générale veut que ces tumeurs soient irradiées au moins pré-opératoirement selon la technique de Coutard.

Pour notre dernier cas, encore vivant et en bonne santé neuf mois après l'opération, nous avons procédé de la façon suivante: les examens d'usage étant faits — hémogramme complet, dosage d'urée sanguine, créatinine, Wasserman et Hinton tests, fluoroscopie pulmonaire et radiographie des os — les métastases contre-indiqueraient toute intervention chirurgicale — la malade a reçu tous les jours de 100 à 300r de röntgentherapie profonde, champ antérieur, latéral, postérieur. La formule leucocytaire doit être suivie de près. En effet, souvent la leucopénie devient excessive — 2000 à 2500 globules blancs.

A moins que l'état général du malade devienne décidément mauvais, ou que la leucopénie passe en bas de 2000, il faut continuer les séances de radiothérapie. Au cas de vomissements, d'anorexie grave, le gavage est indiqué. En l'espace d'une vingtaine de jours, le patient recevra donc de 3000 à 6000r.

La peau des enfants résiste aux traitements à haut voltage beaucoup mieux que celle des adultes. A ce moment, la tumeur est le plus souvent à peine palpable. Cependant, si cette régression tumorale ne se produisait pas, il ne faudrait pas à cause de ce fait modifier le diagnostic dans tous les cas. Témoin, le cas de Kretschmer. La tumeur prouvée post-opératoirement tumeur de Wilms n'avait pas été influencée par les rayons X.

Il est convenu d'attendre environ deux semaines après la cessation des traitements pour opérer. La néphrectomie sera alors très facile. Certains urologistes préfèrent la voie d'abord antérieure, trans-péritonéale. Nous avons opéré tous nos cas par la voie d'abord lombaire. A mon sens, l'opération est plus facile et expose moins aux complications.

Au cours de la néphrectomie, il ne faut pas oublier de bien examiner les veines rénales. La présence de thrombose assombrit le pronostic. Il est aussi très facile d'ouvrir le péritoine pour jeter un coup d'œil sur le foie. Il est évident que la présence de nodules métastatiques enlève tout espoir de guérison.

Plusieurs chirurgiens sont en faveur de séries post-opératoires de roentgentherapie profonde; d'autres n'y voient aucun avantage, attendu que les métastases — si métastases il y a — ne sont pas influencées par la roentgentherapie profonde.

Résumé

Nous avons présenté quatre cas de tumeurs de Wilms.

Une masse décelable cliniquement, la fièvre, l'hématurie, le varicocèle furent les symptômes les plus constants.

L'examen pyélographique est indispensable au diagnostic.

La néphrectomie est le traitement de choix. Elle fut faite dans les quatre cas.

Un cas a été irradié post-opératoirement. Mort de récurrence, 2 mois après l'opération.

Deux cas ont subi la néphrectomie seule. Morts par récurrence. Un 7 mois et l'autre 8 mois après l'opération.

Un cas irradié pré-opératoirement — méthode de Coutard — en bonne santé 10 mois après.

Les quatre pièces pathologiques ont été examinées histologiquement et trouvées caractéristiques de l'adéno-myo-sarcome, embryonnaire.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN et IMBERT: *Les tumeurs du rein*, Paris, Masson et Cie, 1903, 411-448.
- K. A. ALCORN: *Proceedings Mayo Clinic*, vol. 12, n° 44.
- B. BARRINGER: *Journal of Urology*, vol. 38, n° 1.
- BIRCH-HIRSCHFELD and DODERLEIN: *Central b. f. d. Sex-Org.*, 3: 1894.
- BOTTE: *Sur. Clin. North Amer.*, 11: 1471-1931.
- CAMPBELL, M. F.: *Journ. Med. Soc. New Jers.*, 31: 166, 1934.
- CABOT: *Modern Urology*.
- FRASER: *Edinburgh Med. Journ.*, 24: 372, 1920.
- GAUDNER: *Edinburgh Med. and Surg. Journ.*, 29: 1828.
- KRETSCHMER et HIBBS: *Sur.-Gyn.-Obst.*, 49: 710, 1929.
- MIXTER: *Am. Surg.*, 76: 52, 1922.
Am. Surg., 96: 1017, 1932.
- PRIESTLEY et BRODERS: *Journ. of Urology*, vol. 39, n° 3.
- McNEILL et A. CHILKA: *Journ. Urology*, vol. 39, n° 3.
- Max WILMS: *Die Mischgeschwülste der Niere*, Leipzig, Arthur Georgi, 1: 1-90, 1899.
- ROUSSY, OBERLING et LEROUX: *Préc. Anat. Pathol.*, 1307, vol. 2.

L'EXAMEN DU FOND DE L'ŒIL COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC ET DE CONTRÔLE¹

Par François BADEAUX,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Université de Montréal,
Membre correspondant étranger de la Société d'ophtalmologie de Paris.

Le temps laissé à ma disposition aujourd'hui ne permet pas un exposé trop élaboré du sujet qui m'a été assigné. Je ne ferai donc que passer en revue ce qui peut intéresser les médecins praticiens en ophtalmoscopie.

Le but de ma communication est d'attirer une fois de plus votre attention sur la nécessité d'une collaboration étroite entre l'ophtalmologiste et le médecin praticien, le médecin de famille si vous voulez.

L'utilité de l'examen du fond de l'œil comme moyen de diagnostic est un fait reconnu depuis longtemps, depuis la découverte de l'ophtalmoscope, mais ce qui à mon sens est aussi important sinon plus et ce qui m'a décidé à venir aujourd'hui faire cette communication, c'est l'utilité de l'examen du fond de l'œil comme moyen de contrôle dans certaines maladies organiques. Avant, je tiens à préciser que si le praticien attend de l'examen du fundus des confirmations sur un diagnostic posé, il ne doit pas trop demander à l'ophtalmologiste. Celui-ci, avant de poser un diagnostic du fond de l'œil, doit tout comme le pathologiste avoir des données complètes sur l'histoire du malade qui lui est adressé. Ce que l'ophtalmologiste trouvera à l'ophtalmoscope, ce sera si vous le voulez bien un signe de plus au tableau de la maladie. Le médecin, grâce à l'ensemble des symptômes établira le diagnostic étiologique et le traitement.

Supposons que l'ophtalmologiste trouve chez son malade une rétinite, il lui est impossible d'affirmer son origine d'une manière certaine. Son rôle s'arrête à la constatation d'une lésion rétinienne de tel ou tel genre, au praticien grâce à un examen général complet aidé des

diverses recherches de laboratoire appartient celui de déterminer l'organe atteint et de le traiter.

Cependant, l'ophtalmologiste ne doit pas disparaître de la scène. Je comprends très bien que le médecin pourra sans difficultés traiter le foie, le rein, le cœur, etc., mais combien précieuse pour lui la surveillance du fond de l'œil de son malade. *De visu*, l'ophtalmologiste suivra la marche de la maladie car, s'il y a amélioration de l'organe traité, le fond de l'œil nous le laissera voir très nettement. Ce qui se passe dans les vaisseaux de l'organisme nous l'avons directement sous les yeux.

Parmi les lésions ophtalmoscopiques susceptibles d'intéresser le médecin dans son diagnostic, il y a :

1) *Celles que l'on observe dans les diverses rétinites, dans l'artériosclérose, dans l'hypertension artérielle générale.* 2) *Celles que l'on trouve dans les maladies du cœur.* 3) *Celles que l'on observe dans la tuberculose, la syphilis ou dans toute infection généralisée.* 4) *Enfin celles qui accompagnent les lésions du système nerveux central.*

Du premier groupe, prenons d'abord l'artériosclérose, maladie caractérisée par une dégénérescence des vaisseaux sanguins, en particulier des moyennes artères. Il est évident qu'ici, les lésions rétiniennes seront tardives, puisque les artères rétiniennes sont des artérioles. La découverte de ces lésions viendra sûrement assombrir le pronostic. Ces lésions, si on les voit, consistent en un rétrécissement général de la lumière artérielle sans l'irrégularité de diamètre caractéristique de l'hypertension artérielle, et dans une diminution du reflet artériel.

Prenons maintenant l'hypertension artérielle.

1. Communication faite au XV^e Congrès de l'Association de Langue Française de l'Amérique du Nord, Ottawa-Hull, septembre 1938.

Il est reconnu aujourd'hui que, dans 95% des cas, elle est essentielle et que, dans 5% seulement, elle relève d'une néphrite ou de toute autre cause. L'hypertension artérielle, contrairement à l'artériosclérose, affecte toutes les artéioles de l'organisme. D'abord, c'est une hypertrophie de la couche musculaire suivie au stade d'état de l'hypertension, de lésions dégénératives fibreuses et hyalines de l'adventice et de la couche moyenne de l'artéiole.

Tous ces changements anatomo-pathologiques s'observent dans le fond de l'œil. Les artéioles sont plus ou moins diminuées de calibre, parfois même réduites à l'état de fil blanc s'il y a spasme ou thrombose. Le reflet artériel est très exagéré.

Plus tard au stade d'état, les artéioles deviennent tortueuses et de calibre irrégulier, les veines, au croisement des artéioles, sont engorgées. Voici pour les lésions vasculaires. La poussée brusque hypertensive amène aussi des lésions rétinienne. Ces changements rétinien dus à une vaso-constriction soudaine et excessive des artéioles, amenant une stase dans les capillaires, sont: des hémorragies très nettes si elles sont superficielles, voilées si elles occupent les couches profondes, des zones œdémateuses de dimensions variées.

Toutes ces lésions rétinienne ont une préférence pour le pôle postérieur de l'œil. L'aspect étoilé pérимаculaire serait attribué à des dépôts lipoïdiques, d'après Parker.

L'œdème envahit-il la papille, la rétinite devient une neurorétinite. C'est, vous voyez, l'ancien tableau de la rétinite albuminurique. Pourtant, dans nombre de cas, l'analyse d'urine ne révèle aucune trace d'albumine. Il y a donc autre chose qui cause la rétinite. Cette autre chose, c'est l'hypertension artérielle seule.

Si l'ophtalmologiste peut découvrir ces lésions ophtalmoscopiques, il peut encore dans des examens ultérieurs renseigner le médecin sur leur évolution durant le traitement de l'organe causal.

Dans la *néphrite*, que voyons-nous?

Outre les infections et les maladies chirurgicales du rein dont vous entretiendra notre confrère le docteur Oscar Mercier, il y a, selon Yater et Wagener, trois grands groupes de maladies du rein:

1—La néphrite glomérulaire diffuse.

2—Les néphrites dues à une dégénérescence tubulaire,

a) la néphrite lipoïdique

b) la néphrite amyloïde

c) la néphrite de la grossesse.

3—Les maladies vasculaires dégénératives du rein. Par exemple: l'artériosclérose rénale due à une hypertension artérielle de longue durée. La néphrite glomérulaire est autant une maladie des artéioles que du rein lui-même et s'accompagne fort souvent d'hypertension artérielle. Aussi verrons-nous dans bien des cas une rétinite ou une neurorétinite.

Les néphrites du deuxième groupe caractérisées par une dégénérescence tubulaire s'accompagnent très rarement d'hypertension artérielle. Pour cette raison encore, la rétinite sera une rareté.

Le dernier groupe des maladies vasculaires dégénératives du rein présente très souvent le tableau de la rétinite.

Vous comprenez d'après cet exposé que l'ophtalmologiste puisse dire qu'il y a rétinite mais que là s'arrête son rôle. Au médecin encore de préciser à quelle lésion rénale se rattache cette rétinite.

Ne parlons donc plus désormais de rétinite albuminurique quand il a été prouvé que l'albumine n'y est pour rien et que seule l'hypertension artérielle est à blâmer.

Ce que nous venons de dire du rein s'applique aussi bien au pancréas.

La rétinite rencontrée chez le *diabétique* ressemble tellement à celle du rénal que seul un examen général peut encore trancher la question étiologique.

L'ophtalmologiste pourra soupçonner le diabète, s'il y a prédominance d'hémorragies, mais c'est tout.

Abordons maintenant le deuxième grand groupe de lésions observées dans *les maladies du cœur*.

Tout récemment encore, Yater et Wagener ont prouvé l'utilité des examens du fundus dans les troubles cardiaques dus à l'hypertension artérielle, à l'artériosclérose et au rhumatisme infectieux.

« Quatre-vingt-seize pour cent (96%) des cardiaques par hypertension artérielle présentaient des lésions artérielles rétinienne même dans les cas où la tension artérielle était revenue à la normale. Dans 92% des cas de maladies du cœur dues à une artériosclérose coronarienne, il y avait lésions vasculaires rétinienne soit du type hypertensif, soit du type fibreux sénile. »

Cependant il ne faut pas oublier que 50% des cas de maladies du cœur dues à l'hypertension artérielle développent de l'artériosclérose coronarienne.

Il faut conclure d'après ces auteurs, que l'artériosclérose rétinienne chez un cardiaque signifie que la maladie du cœur est due soit à l'hypertension artérielle, soit à la coronarite ou à ces deux causes, en autant que l'on ne trouve aucune autre cause plausible; que si les changements rétinien sont du type artériosclérose dégénératif sénile et qu'aucune autre cause n'explique la lésion cardiaque, nous devons uniquement penser à la coronarite.

De plus, si nous ne trouvons dans la rétine aucune lésion vasculaire soit du type hypertensif, soit du type dégénératif sénile, nous avons tout lieu de croire que le trouble cardiaque est dû à autre chose qu'à l'hypertension artérielle ou à la coronarite.

Dans l'endocardite infectieuse nous observons sur la rétine des petites hémorragies discrètes à centre blanc.

Du troisième grand groupe comprenant *la tuberculose et la syphilis*, je ne dirai qu'un mot.

Si les lésions chorio-rétiniennes sont discrètes, surtout si elles s'accompagnent d'hyalite, je

ne crois pas sincèrement que l'ophtalmologiste puisse poser un diagnostic causal.

Ici encore l'examen général s'impose.

Tantôt ce sera une syphilis méconnue en cause, tantôt une tuberculose allergique, tantôt une infection à distance comme par exemple une sinusite, une carie dentaire ou une prostatite ancienne même traitée.

Ici encore l'ophtalmologiste *de visu* suivra la marche de la maladie au cours du traitement institué.

Nous arrivons enfin au dernier groupe, *les maladies nerveuses*, celui qui intéresse spécialement les neurologistes.

L'examen du fundus leur est si important qu'ils ont pour la plupart appris à manier l'ophtalmoscope. Je ne peux que les en féliciter.

Que recherche-t-on au fundus? Soit une névrite, soit une stase papillaire, soit une atrophie optique primitive ou secondaire.

Ici encore l'ophtalmologiste peut être utile au neurologiste.

Il est un examen de grande importance surtout en cas d'hypertension crânienne, c'est la pression artérielle rétinienne. Bailliart a clairement prouvé que l'hypertension artérielle rétinienne précède la stase papillaire.

Vous voyez l'utilité pour le malade d'un diagnostic précoce.

J'ai brièvement couvert bien du terrain et j'ai passé en revue quelques-uns des nombreux services que peut rendre l'ophtalmologiste au médecin tant dans le diagnostic des maladies organiques que dans leur contrôle par l'ophtalmoscope, mais, encore une fois, j'avoue en toute sincérité que, si l'ophtalmologiste peut opérer seul un glaucome, une cataracte, il doit, dans l'interprétation des lésions ophtalmoscopiques, recourir au médecin praticien.

Je tiens, si vous le voulez, à vous présenter quelques aquarelles de fundus que j'ai faites d'après quelques-uns de mes malades. Elles illustreront encore mieux ce que nous pouvons voir au fond de l'œil au cours de certaines maladies organiques.

LA CHIMIO-VACCINO-PHYSICOPYRÉTOThÉRAPIE DE LA SYPHILIS NERVEUSE

Par **Albéric MARIN.**

La syphilis nerveuse, il semble oiseux de le redire, ne répond pas au traitement ordinaire anti-luétique. Le novarsénobenzol, le bismuth, le mercure seuls ne peuvent que rarement enrayer la marche fatale de la tréponémie, lorsqu'elle envahit les centres nerveux. Les pentavalents dans certains cas agissent mieux mais présentent des contre-indications. Ces médicaments, même donnés à haute dose, n'empêcheront pas toujours l'évolution de la maladie.

A ceux-ci il faut adjoindre divers procédés de choc pour les rendre opérants.

A part la malariathérapie, qui jusqu'à ces derniers temps était considérée comme le moyen le plus puissant, il existe, quand elle ne peut pas être inoculée, des vaccins pyrétogènes qui tout en étant d'un rendement inférieur au paludisme sont toutefois d'un certain appoint.

Nous avons noté personnellement, après beaucoup d'autres, que l'administration simultanée de vaccins et d'arsenic améliorait certains cas de syphilis nerveuse.

Dans la paralysie générale, par exemple, l'on voyait parfois les signes démentiels s'atténuer et même disparaître si l'on soumettait le malade à une cure de 15-20 injections de Dmelcos ou de Pyrifer et autant de piqûres de Stovarsol ou de Tryparsamide.

Cette pyrétothérapie active fait appel aux défenses de l'organisme stimulées à la fois par la perturbation cellulaire et par la simple pyrexie (Richet), où agissent des phénomènes de choc et d'hyperthermie, de protéinothérapie et de chaleur.

Toutefois, l'action pyrétogène des divers produits biologiques est plutôt modérée dans son intensité et sa durée. A chaque injection se produit une courbe fébrile qui dépasse rare-

ment 40° C. (104° F.), qui plus communément atteint 39.5° C. (103° F.), s'y maintient deux heures environ pour redescendre bientôt vers la sub-normale. Ces petits chocs thermiques de la vaccinothérapie sont bien éloignés des températures hautes et durables provoquées par la physiocopyrétothérapie, comme nous le verrons plus loin.

Néanmoins les bons effets des vaccins sont indéniables. Leur mécanisme thérapeutique doit sans doute moins à la chaleur pure qu'à d'autres phénomènes intimes et complexes (choc protéinique). Les mêmes remarques s'appliquent du reste à la malariathérapie. Il nous a été donné, en effet, d'observer des malarisés ayant fait des accès peu intenses, qui furent améliorés tout aussi bien que d'autres ayant présenté des températures élevées.

D'autre part, la très grande efficacité de la chimio-physiocopyrétothérapie est désormais bien connue. L'association médicamenteuse et pyrexique présente de multiples avantages.

Pour plusieurs, ses résultats sont supérieurs à ceux de la malariathérapie. Elle donne des rémissions et améliorations plus nombreuses et plus rapides, et son taux de mortalité est pratiquement réduit à néant. De plus, cette méthode n'est pas débilitante; elle est même ambulatoire en quelque sorte, puisque nous avons eu plusieurs malades qui pouvaient continuer leur travail entre les séances hebdomadaires de traitement.

Mais son mode d'action n'est sûrement pas le même que celui des vaccins ou de l'impaludation. Ici, il s'agit d'une fièvre passive où l'organisme est échauffé par des moyens extérieurs, où apparemment le seul effort qu'il fournisse soit celui de se débarrasser de cette chaleur excessive par une transpiration surabondante et une respiration accélérée. Quel

que soit le procédé physique employé (ondes courtes, Kettering, Hypertherm, Enuciator), la température monte à 40.6° C. (105° F.), 41.1° C. (106° F.) — certains recourent à 41.6° C. (107° F.) — et y est maintenue le nombre d'heures désiré (de 5 à 7 heures) pour une séance. Et ces séances seront répétées à des intervalles déterminés (5 ou 8 jours) autant de fois qu'il sera jugé nécessaire pour obtenir une dose totale de 35 à 50 heures d'une fièvre à 40.6° C. (105° F.) ou plus.

croîtrait la susceptibilité de celui-ci à l'action des anti-syphilitiques; elle augmenterait la perméabilité méningée.

Seulement, il y manque le choc protéinique des vaccins et il est certain que celui-ci, par un mécanisme encore mystérieux, libère un principe curatif (Abrami) qui amène des modifications humorales.

Nous avons pensé qu'il y aurait avantage à unir des actions qui ne sont pas identiques, que la combinaison vaccins-médicaments-cha-

NO	DATE	WASSERMANN		PANDY	OR COLLOID.	BENJOIN	ALB.	LYMP.	GOMME Ber-trand		
		Antig. Alcool.	Antig. Choles.								
2	2-9-37(a)	++++ avec	0.4cc	++++ avec	0.2cc	++	4555444332	1220122210	1.80	137	++++
	3-12-37(b)	++++ "	0.8cc	++++ "	0.4cc	-	2223221000	-	0.40	14	++++
	14-1-39(c)	++ "	2cc	++++ "	1.5cc	-	2222221000	-	0.30	2	-
7	25-10-37(a)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	++	5555555553	2222122210	0.30	43	++++
	27-12-37(b)	++++ "	0.8cc	++++ "	0.4cc	?	4555543210	2221122100	0.40	15	++++
	14-1-39(c)	++++ "	2cc	++++ "	0.8cc	-	4433321000	1100011100	0.20	2	-
9	4-11-37(a)	++++ "	1.5cc	++++ "	0.8cc	+	3334431000	1210022000	0.50	12	++++
	15-12-37(b)	++ "	2cc	++++ "	1.5cc	-	1112221000	1100000000	0.30	7	++++
	12-10-38(c)	- "	2cc	+	1.5cc	-	1112210000	0000022100	0.15	1	-
10	3-12-37(a)	++++ "	0.8cc	++++ "	0.8cc	+	5555543210	2221022100	0.40	11	++++
	21-1-38(b)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.2cc	+	555553100	2221222100	0.10	1	-
	12-12-38(c)	++++ "	0.8cc	++++ "	0.4cc	-	2223321000	22210022100	0.15	1	-
11	23-11-37(a)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.4cc	++	555555532	222222221	0.60	25	++++
	7-2-38(b)	++++ "	0.8cc	++++ "	0.8cc	+	555554321	2222222100	0.35	8	++++
	9-1-39(c)	++++ "	1.5cc	++++ "	0.8cc	?	5555543210	1210022000	0.30	1	-
13	21-12-37(a)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	+	555553210	2221022210	0.40	6	++++
	15-2-38(b)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.2cc	?	443332100	2210021000	0.30	7	++++
	29-10-38(c)	++++ "	0.8cc	++++ "	0.4cc	-	1111220000	0000222100	0.15	1	-
19	31-12-37(a)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.2cc	+	455553210	2221022100	0.90	70	++++
	8-3-38(b)	++++ "	1.5cc	++++ "	0.8cc	+	3322332100	1110122221	0.50	15	++++
	8-12-38(c)	- "	2cc	+	1.5cc	?	1112220000	0000022100	0.15	3	-
37	16-3-38(a)	++ "	2cc	++++ "	1.5cc	+	2223321000	1110022100	0.35	9	++
	3-3-38(b)	- "	2cc	?	1.5cc	-	2222321000	-	0.15	2	-
	19-12-38(c)	- "	2cc	- "	1.5cc	-	1122100000	0000022100	0.20	3	-
44	8-3-38(a)	++++ "	1.5cc	++++ "	0.8cc	+	3334432100	1210222100	0.25	3	-
	28-6-38(b)	++++ "	0.8cc	++++ "	0.8cc	+	222332000	-	0.20	16	++
	17-12-38(c)	++++ "	1.5cc	++++ "	0.8cc	-	2223321000	-	0.20	5	-

Comme on le voit, la quantité de chaleur administrée par la physico-pyrétothérapie est beaucoup plus forte dans son intensité et sa durée que par les autres méthodes pyrétogènes.

La fièvre artificielle agirait grâce à la thermo-sensibilité relative du tréponème; elle ac-

leur, conjuguant différents efforts thérapeutiques en exalterait le rendement: le vaccin produit un choc humoral, la haute température fragilise le tréponème, rend plus perméables les méninges, sensibilise les centres nerveux, et le médicament apporte son action spéci-

Ceci nous a amené à traiter des syphilitiques nerveux par la *Chimio-vaccino-physicopyréthérapie* (C.-V.-P.).

Après divers essais, nous nous sommes arrêtés à la technique suivante: le malade subit une séance de fièvre artificielle à 40.6° C. (105° F.) — de 5 à 7 heures. Immédiatement avant celle-ci, il reçoit de l'arsenic pentavalent (s'il n'y a pas de contre-indications) ou du novarsénobenzol. Dans la huitaine, il lui est donné 2 piqûres de Dmelcos ou de Pyrifer.

arsenicale assez élevée. Nous pouvons résumer et illustrer par le schéma suivant:

Lundi: Tryparsamide: 2 grammes, ou Novarsénobenzol — Physicopyréthérapie à 40.6° C. (105° F.), 5 heures.

Mercredi: Vaccin.

Vendredi: Vaccin.

Durant 10 semaines.

Puis le malade suit un traitement ambulatoire par pentavalents ou trivalents et bis-muth, contrôlé par des ponctions lombaires.

NO	DATE	WASSERMANN		PANDY	OR COLLOID.	BENJOIN	ALB.	LYMP.	GOMME Ber-trand		
		Antig. Alcool.	Antig. Choles.								
21	23-12-37(a)	++++ avec	0.2cc	++++ avec	0.2cc	+	555555332	222222110	0.60	49	++++
	21- 4-38(b)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	+	5555432100	2210222100	0.30	1	-
26	18- 1-38(a)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	++	5555532100	222222100	0.40	14	+++
	11- 4-38(b)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	+	555553200	2220122100	0.35	2	++
27	1- 2-38(a)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	++	555554321	222222100	0.40	25	++++
	5- 4-38(b)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.2cc	+	444443210	1211012100	0.40	40	++++
30	10- 2-38(a)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	+	555555532	2222111000	0.40	25	++++
	23- 4-38(b)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	+	555555532	222222000	0.30	1	++
31	14- 2-38(a)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.4cc	+	555553100	2222021000	0.35	6	++++
	19- 5-38(b)	++++ "	0.8cc	++++ "	0.4cc	?	5544432100	2210222210	0.20	2	++
32	18- 2-38(a)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.2cc	+	5555543210	2210022100	0.30	9	++++
	23- 4-38(b)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.2cc	-	3322332100	1100121000	0.30	1	+++
33	5- 2-38(a)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	++	555555555	2222222100	0.35	50	++++
	3- 5-38(b)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	++	555555432	222222221	0.30	4	++++
35	5- 3-38(a)	++++ "	0.8cc	++++ "	0.4cc	+	3444433210	1210222210	0.20	4	+++
	29- 4-38(b)	++++ "	1.5cc	++++ "	0.8cc	-	3223331000	1100122210	0.10	1	-
36	18- 3-38(a)	++++ "	0.8cc	++++ "	0.8cc	+	4433332100	1210011100	0.60	10	++++
	17- 5-38(b)	++++ "	0.8cc	++++ "	0.8cc	?	3333321000	1110222100	0.50	1	++
40	6- 4-38(a)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	+	5555554210	2222222210	0.30	3	++
	6- 7-38(b)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	+	555555432	222112221	0.10	2	++
42	9- 3-38(a)	++++ "	1.5cc	++++ "	0.8cc	-	3334443210	1210122210	0.40	28	+++
	21- 6-38(b)	- "	2cc	- "	2cc	-	Quantité insuffisante de L.C.R.	0.15	0.15	1	-
43	28- 4-38(a)	++++ "	1.5cc	++++ "	0.8cc	+	2223321000	-	0.20	1	-
	22- 6-38(b)	++++ "	1.5cc	++++ "	0.8cc	-	2223321000	-	0.15	1	-

La première semaine de traitement a donc consisté en une séance de fièvre artificielle accompagnée d'une injection arsenicale et de deux vaccins.

Et l'on répétera autant de semaines (environ 8-10) qu'il faudra pour obtenir une dose totale de 50 heures de fièvre artificielle avec environ 16-20 piqûres de vaccin et une série

Après une expérimentation de 18 mois avec la physicopyréthérapie, une remarque générale s'impose: celle-ci ne présente que peu de danger. En effet, depuis octobre 1937, nous avons traité dans notre centre de Pyrététhérapie de l'hôpital Notre-Dame, 147 malades qui

nous furent envoyés pour des affections diverses. En 815 séances, nous avons donné 4,700 heures d'une température à 40.6° C. (105° F.). A part 25 cas de chorée dont l'âge variait de 6 à 16 ans et dont le traitement fut réduit à 3 séances de 6 heures, nos sujets étaient des adultes des deux sexes dont l'âge allait de 20 à 52 ans et dont la très grande majorité a supporté 50 heures de fièvre artificielle.

Pour ce qui concerne plus particulièrement nos syphilitiques, nous n'avons pas jusqu'ici enregistré de contre-indications à l'association simultanée des arsénobenzènes et de la fièvre passive. Nous n'avons noté ni incident, ni accident immédiat ou retardé. Nous avons même soumis à la chimio-physiopyréthérapie une femme enceinte de deux mois et demi, qui a subi 10 injections de Tryparsamide et 10 séances

NO	DATE	WASSERMANN		PANDY	OR COLLOID.	BENJOIN	ALB.	LYMP.	GOMME Bertrand		
		Antig. Alcool.	Antig Choles.								
50	10- 5-38(a)	++++ avec	0.2cc	++++ avec	0.2cc	++	555555532	222222222	0.40	2	++++
	7- 7-38(b)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.2cc	?	5555553210	222222210	0.15	1	-
51	2- 5-38(a)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	+	5555554321	2221122221	0.40	30	++++
	25- 7-38(b)	++++ "	0.8cc	++++ "	0.4cc	?	4555543210	2210222100	0.20	2	?
54	12- 5-38(a)	- "	2cc	+++ "	1.5cc	-	5554532100	1210122210	0.10	1	-
	13- 7-38(b)	- "	2cc	++ "	1.5cc	-	2333331000	1110122210	0.40	0.4	++
55	2- 5-38(a)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.2cc	?	5555553210	2222222210	0.40	61	++++
	7- 7-38(b)	++++ "	0.8cc	++++ "	0.4cc	?	5555553210	2221122210	0.40	10	++++
71	8- 6-38(a)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	++	5555555310	2222222211	0.40	12	++++
	12-10-38(b)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	+	5555555310	2221222210	0.40	1	-
72	6- 7-38(a)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	+	5555555321	2222222210	0.60	90	++++
	3-10-38(b)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.2cc	?	4554332100	1210222210	0.40	10	++++
74	15- 8-38(a)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	-	4322110000	1110222210	0.30	14	+++
	25-10-38(b)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.2cc	-	2223221000	1110221000	0.20	1	-
76	28- 8-38(a)	++++ "	2cc	++++ "	1.5cc	-	3323331000	1100122211	0.20	2	-
	25-10-38(b)	++++ "	2cc	++++ "	1.5cc	-	1112320000	0000222100	0.15	1	-
80	7- 9-38(a)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.2cc	-	5555543210	2210222210	0.30	12	++++
	21-11-38(b)	++++ "	1.5cc	++++ "	0.8cc	-	2223321000	0000022100	0.40	3	++++
86	13-11-38(a)	++ "	2cc	++++ "	1.5cc	+	2223321000	1210222100	0.20	1	-
	10- 1-39(b)	- "	2cc	+	1.5cc	-	3334442100	0000011100	0.30	3	++
88	18-10-38(a)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.2cc	+	5555554321	2222222221	0.15	14	++++
	13-12-38(b)	++++ "	0.8cc	++++ "	0.4cc	+	5555543210	1110122210	0.40	4	++++
98	2- 6-38(a)	++++ "	0.2cc	++++ "	0.2cc	+	5555553210	2220222110	0.25	2	++
	12- 1-39(b)	++++ "	0.4cc	++++ "	0.2cc	?	5555541000	1210022100	0.15	1	-

Nous avons eu une mort, soit moins de 0.7%¹. Ce qui est une faible proportion si on la compare à la mortalité due à la malaria-thérapie, où notre statistique personnelle nous donne 4% (6 morts pour 144 malarisés).

1. Mort survenue par syncope chez un Parkinsonien soumis à la physiopyréthérapie seulement, au cours de son 3e traitement. En réalité, aucun cas de syphilis nerveuse traité par la C.-V.-P. n'a succombé.

ces de 5 heures, et dont la grossesse a continué normalement.

*
* *

Comme nos syphilitiques nerveux en étaient pour un très grand nombre à la période pré-clinique², nous ne ferons état, lors de cette

2. Il s'agit de malades traités dans notre Service de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame.

première note, que des modifications liquidiennes. Cependant, plusieurs paralytiques généraux, atteints de troubles démentiels marqués, ont eu une rémission complète; les autres, moins trois, ont été améliorés. Mais ceci fera l'objet d'une communication ultérieure³. Ici, nous désirons surtout attirer l'attention sur les réactions, parfois profondes, qu'a subies le liquide céphalo-rachidien.

Des 65 syphilitiques que nous avons traités, nous en retenons 33 qui ont subi le traitement complet, qui ont eu une ponction lombaire avant et après la cure de C.-V.P. De ces 33 malades qui ont après coup poursuivi leur traitement médicamenteux ambulatoire à notre clinique, nous en avons ponctionné 9 (3e P. L.) avec un recul de 9 à 16 mois.

Le tableau ci-joint nous montre les modifications du L. C.-R.

La ponction (a) est faite avant la C.-V.-P.

La ponction (b) immédiatement après celle-ci — environ 3 mois après la (a).

La ponction (c) après un traitement ambulatoire de 9 à 16 mois.

Il ressort, à la lecture de ce tableau, que les L. C.-R. ont indiqué en (b) et en (c) des améliorations importantes, allant même jusqu'à la négativation.

3. Ajoutons toutefois que chez 40 malades qui ont subi un traitement de fièvre artificielle (les 33 malades qui font l'objet de cette étude et 7 autres qui n'ont pas eu de vaccin), 27 ne présentaient aucun signe psychique et 13 étaient déments à des degrés divers. De ces 13: 1° 6 ont eu un retour à la normale; 2° 2 ont été améliorés; 3° 5 sont restés stationnaires.

Les progrès sont incégaux, mais indiscutables, dans 28 cas.

Chez 9 individus qui ont subi une 3e P. L. (c), après une cure de C.-V.P. suivie de 9 à 16 mois de traitement ambulatoire médicamenteux, 3 (9-19-37) ont montré un retour à la normale ou presque, et 5 (2-7-10-11-13) une très forte avance.

Chez les 24 malades qui n'ont subi que les deux ponctions (a) et (b), immédiatement avant et après la C.-V.P., 19 présentent un L. C.-R. dont la formule tend vers la guérison.

De ces 19 sujets, 1° 14 ont un L. C.-R. où le Wassermann quantitatif (et qualitatif pour 42 et 86) et les autres réactions⁴ ont été heureusement influencées (27-31-35-42-50-51-54-55-72-74-80-86-88-98); 2° 5 où le Wassermann est resté le même, mais où les autres épreuves, en totalité ou moins une, remontent (21-26-32-36-71).

Il reste 5 cas dont la formule n'a que peu évolué (30-33-40-43-76).

*

* *

Avec un recul de 9 à 16 mois pour les 9 premiers cas et d'environ 3 mois seulement pour les autres, il nous semble que ces résultats soient des plus intéressants.

Ils nous incitent à continuer dans cette voie.

4. L'une de celles-ci, la Gomme Bertrand, nous fait souvent prévoir des modifications ultérieures favorables.

CÉSARIENNE BASSE OU SEGMENTAIRE ¹

Résultats généraux et observations personnelles

Par **Arthur MAGNAN**,

Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Au cours des huit années qui viennent de s'écouler, l'histoire de l'opération césarienne s'est enrichie d'une documentation imposante. Nous n'avons pu recueillir toutes les statistiques et tous les travaux publiés; cependant, nous avons procédé à un choix minutieux de ces oeuvres et en avons fait une étude générale qui nous permettra de formuler, sur la valeur de l'opération césarienne basse, une opinion personnelle d'autant plus précise et d'autant plus avertie — du moins, nous l'espérons — que c'est précisément au cours de ces huit dernières années que nous avons acquis notre propre expérience.

L'opération césarienne basse, née en Allemagne, a bientôt trouvé des adeptes dans tous les autres pays. Les Etats-Unis et la France suivirent quelques années plus tard et fournirent des travaux de plus en plus nombreux.

Louis-E. Phaneuf, de Boston, fut un des premiers à publier sur la question: sur 515 césariennes basses, rapportées en 1934, il a pratiqué 2 opérations extrapéritonéales, 61 transpéritonéales, 160 intrapéritonéales avec incision longitudinale, et 292 avec incision transversale. Il accuse 22 mortalités maternelles, soit 4.2 pour cent. Sur 523 enfants nés de ces diverses opérations, 31 n'ont pas survécu, ce qui donne une mortalité de 5.9 pour cent.

Il énumère ainsi les indications de ces opérations par ordre de fréquence:

- a) Disproportion entre la tête du fœtus et le bassin de la mère;
- b) Rétrécissements du bassin;
- c) Césarienne antérieure (une);

1. Extrait de la thèse d'agrégation du docteur Magnan, à la chaire de gynécologie de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Les chapitres précédents de la thèse du docteur Magnan ont paru dans les n^{os} de sept. 1938, janvier et mars 1939, de l'*Union Médicale*.

- d) Placenta preavia;
- e) Plastie vaginale antérieure;
- f) Troubles d'ordre général.

En 1936, le même auteur publie une seconde série de 166 cas dont les indications sont à peu près les mêmes; la mortalité maternelle est de 0.6 pour cent et la mortalité fœtale de 4.7 pour cent, y compris les morts-nés, les monstres et les fœtus macérés. L'auteur pratiqua des césariennes itératives basses dans 69 cas. Chez la même malade, il fit six césariennes basses.

En 1937, Campbell publie les résultats de 482 opérations césariennes dont 404 classiques, 73 avec hystérectomie, une basse et quatre vaginales. Il rapporte une mortalité maternelle de 0.82%. Les morts-nés, les monstres, les prématurés, etc., étant éliminés, la mortalité fœtale se chiffre à 1.25%. Les indications, dans ces 482 cas, furent les suivantes:

- a) Rétrécissements du bassin: 129;
- b) Césarienne antérieure: 110;
- c) Fins de stérilisation: 28;
- d) Indications relatives: 69;
- e) Cas spéciaux: 52;
- f) Toxémie: 34;
- g) Accouchement antérieur difficile: 23;
- h) Placenta preavia: 9;
- i) Fibromes: 10;
- j) Décollement prématuré du placenta: 9;
- k) Divers: 8.

Waters et Leavitt ont pratiqué 177 césariennes sur 8,852 naissances, soit 116 césariennes basses et 35 césariennes classiques; ils eurent une mortalité maternelle de 4.2% pour l'opération basse et de 5.7% pour l'opération classique.

En 1937, Montgomery rapporte 229 césariennes pratiquées par différents chirurgiens

d'un même hôpital, sur un total de 13,773 naissances. Il y eut sur ce nombre 180 césariennes classiques avec une mortalité de 5.5% et une morbidité de 6.5%. Sur 49 césariennes basses, il y eut une mortalité de 3% et une morbidité de 6.8%.

En 1936, à la réunion de la Société d'Obs-tétrique de New-York, un rapport fut présenté par Aldridge, portant sur 27 opérations césariennes basses extrapéritonéales. Une mortalité maternelle par thrombose corona-rienne survint dix jours après l'opération; il y eut une mortalité fœtale par broncho-pneu-monie, 31 semaines après la naissance. Cette statistique est intéressante au double point de vue du type opératoire et des indications dans chaque cas.

Feiner rapporte une série de 163 opérations classiques sans aucune mortalité fœtale et une mortalité maternelle de 4.9%; et plus tard, une seconde statistique de 179 césariennes basses avec 8 mortalités maternelles et 3 décès fœtaux.

Au mois de février de cette année, Fraser et Sparling ont rapporté 406 opérations classi-ques et 104 césariennes basses, avec une mor-talité maternelle de 2.2% pour l'opération classique et de 3.8% pour l'opération basse. La mortalité fœtale a été de 6.1% dans le procédé classique et de 2.8% dans l'opération basse.

Voilà donc les principaux résultats publiés aux Etats-Unis depuis huit ans environ. Nous pourrions en citer beaucoup d'autres, mais cette énumération abrégée est amplement suffi-sante, croyons-nous, pour nous former une idée générale des principes qui prévalent au-jourd'hui, chez nos voisins d'Amérique.

En France, les travaux n'ont cessé de se multiplier depuis vingt ans. En 1930, Gellé a réuni dans une thèse 4,931 opérations césa-riennes basses, pratiquées dans tous les pays. Il a relevé sur ce nombre 172 décès, soit un pourcentage de 3.4%. Il a fait entrer dans cette série toutes les indications *in extremis* et *post-mortem*, où l'opération était pratiquée surtout pour sauver l'enfant.

Dans une thèse récente, un élève de Brin-deau — Rubin — résume à son tour les sta-tistiques des dernières années: excluant les « séries heureuses » (comme celle de Parenta, qui publia 112 opérations sans décès, et celle de DeLee: 8 décès sur 948 cas) il conclut à une mortalité globale de 2.14%.

Marassi a une statistique de 1,166 cas avec 3% de mortalité. Le professeur Anderodias publiait, en 1930, une série de 60 cas — pres-que tous impurs — sans décès. Brouha, sur 125 opérations basses, a eu 5 morts, soit 4% de mortalité.

Enfin, sur une période de cinq années, il a été pratiqué, à la clinique de Beaudelocque, 206 césariennes basses avec un résultat global de 5% de décès.

Voici, pour conclure, une statistique alle-mande publiée par Bereni, qui a fait une étu-de spéciale de l'opération césarienne basse dans les infections amniotiques; les résultats en sont très intéressants:

<i>Cas purs</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Mortalité</i>
Césariennes basses	3,534	3.7%
“ extra-péritonéales	304	6.7%
Césariennes hautes	438	6.4%
Opérations de Porro	120	6.7%

Cas impurs ou fébriles

Césariennes basses trans-péritonéales	114	25%
Césariennes basses extra-péritonéales		30%
Opérations de Porro		44%

Nous pourrions multiplier encore ces sta-tistiques. Mais nous croyons devoir nous en tenir aux principaux travaux publiés au cours de ces dernières années: plus récentes, donc plus concluantes, leurs conclusions servent mieux, croyons-nous, les fins de notre thèse.

*

* *

Avant de formuler une opinion que nous voudrions aussi juste que possible, sur l'opé-ration césarienne basse, nous avons cru utile d'ajouter aux statistiques qui précèdent deux tableaux susceptibles de présenter quelque in-

térêt: dans le premier groupe, nous relevons toutes les opérations césariennes pratiquées à l'hôpital Notre-Dame depuis que nous y sommes entré jusqu'à ce jour; le second groupe comprendra nos observations personnelles.

Depuis l'année 1930, quatre-vingt seize opérations césariennes ont été pratiquées à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, soit: 9 en 1930; 6 en 1931; 17 en 1932; 8 en 1933; 9 en 1934; 12 en 1935; 14 en 1936; 16 en 1937; et 5 (jusqu'à date) en 1938. Ces opérations furent confiées à seize chirurgiens, dont neuf non spécialisés, c'est-à-dire s'occupant de chirurgie générale; ces chirurgiens non spécialisés ont exécuté 12 de ces 96 opérations, soit un pourcentage de 12.5%.

Au point de vue technique opératoire, cette série se divise comme suit:

Césariennes corporéales		
classiques	68 cas	70%
Césariennes basses	17 "	17.7%
Césariennes post-mortem	7 "	7.8%
Opérations de Porro	6 "	6.3%

Comme on le voit, les proportions entre les divers types opératoires sont très éloignées.

Quant aux indications, elles se divisent ainsi:

Dystocies osseuses, comprenant tous les types de rétrécissements ou de malformations du bassin — elles constituent la grande majorité des indications. Par ordre de fréquence, viennent ensuite les rigidités du col, placenta preavia, fibromes utérins, présentation de la face, accouchement antérieur difficile, extrophie vésicale, éclampsie, rupture utérine, vomissements incoercibles, hydrocéphalie.

Sans tenir compte des césariennes post-mortem ou in extremis, il y eut neuf mortalités maternelles, soit 9.36%, et treize décès fœtaux, soit 13.5%.

Si l'on compare maintenant le pourcentage de mortalité avec les divers types opératoires, on arrive aux déductions suivantes: sur 68 césariennes hautes, nous avons eu 8 décès, soit 10% de mortalité; un décès sur 17 césariennes basses, soit 5.1%. Procédant de la même manière au point de vue fœtal, nous

notons 13 décès dans la césarienne corporéale, soit 19.8%, et aucun décès dans la césarienne basse. Ce pourcentage est cependant trop élevé, car il comprend les morts-nés et les monstres.

Les décès maternels se divisent comme suit, par ordre de causes: péritonites, quatre; hémorragies du placenta preavia, trois; septicémie, une; dilatation du coeur droit, une.

Les mortalités par péritonite sont survenues dans des cas impurs, sauf une exception où l'opération a été pratiquée au début du travail et avant la rupture de la poche des eaux. Il est évident que dans ces cas de décès par péritonite, il y eut des manipulations au cours du travail, quand ce n'eût été que des examens vaginaux après rupture de la poche des eaux.

Dans les trois cas d'hémorragie du placenta preavia, il semble que l'intervention n'ait pas été pratiquée assez tôt. Comme nous le disions dans un chapitre précédent, ces malades déjà affaiblies par des hémorragies répétées sont nécessairement de pauvres risques opératoires; et si au choc opératoire vient se surajouter une hémorragie, même légère, au cours de l'hystérotomie, il est évident que la malade a peu de chances de survie.

Quant au décès par septicémie, ce fut, semble-t-il, un cas très infecté.

Il y eut aussi un cas de dilatation du coeur: c'est un accident susceptible de se produire à la suite de toute intervention chirurgicale majeure.

Une autre considération qu'il faut se rappeler c'est que douze des interventions énumérées plus haut ont été faites par des opérateurs peu expérimentés en chirurgie obstétricale; sur ces douze cas, il y eut trois décès.

Quant au pourcentage de morbidité, on est effrayé de le trouver si élevé: sauf les cas purs, toutes ces interventions eurent des suites morbides, sans distinction de technique. Et même dans les cas purs, on a constaté des infections de la paroi ou des endométrites qui ont causé de la température pendant plusieurs jours.

*
* *

Nous avons inclus, dans cette série d'opérations césariennes, pratiquées à l'hôpital Notre-Dame, depuis l'année 1930, nos observations personnelles. Nous les rapportons maintenant et les ferons suivre de quelques brefs commentaires.

Observation I.

C'est une malade de 30 ans, qui a eu un accouchement antérieur avec forceps. L'enfant est décédé quelques heures plus tard. Rien de particulier dans les antécédents.

La malade est arrivée à l'hôpital après vingt-sept heures de travail. La poche des eaux était rompue depuis la veille; il n'y avait pas eu d'hémorragie.

Vomissements fréquents au début de la grossesse. Température 99.3, pouls 120. Analyse d'urine à l'arrivée: albumine, leucocytes, bactéries.

Malade d'aspect rachitique. L'examen général ne révèle rien de particulier. Abdomen souple, sans douleur provoquée. L'examen démontre qu'il s'agit d'un bassin plat.

Opération: — Incision sous-ombilicale. Césarienne basse transpéritonéale. Suture du péritoine en redingote.

Enfant en position du sommet droit; extraction sans forceps. Enfant vivant, normal.

Suites opératoires: — Température pendant 21 jours. Complications: endométrite puerpérale et pyélonéphrite à colibacille.

Mère et enfant quittent l'hôpital, guéris, le 29ème jour après l'opération.

Observation II.

Cette malade, 25 ans, a subi des césariennes hautes antérieures pour bassin rétréci (bassin limite). Au cours de la deuxième césarienne, pratiquée après deux jours de travail, on a constaté de multiples adhérences. Infection pendant la convalescence: température à 102° et 103° pendant cinq jours.

Lorsque nous la voyons pour la première fois, elle est en travail depuis quelques heures. Température, 99.3; pouls, 80.

Opération: — Césarienne basse transpéritonéale. Nous trouvons beaucoup d'adhérences épiploïques et intestinales. Opération sans incidents; convalescence normale. Température de 99.3°, durant 7 à 8 jours, causée par un hématome de la paroi. Congé à la mère et à l'enfant le 15ème jour après l'opération.

Observation III.

Primipare, 29 ans. Lorsque nous voyons la malade, le travail est commencé depuis 5 heures et ses douleurs sont intenses. Il n'y a pas d'engagement. Examen d'urine: albumine, sucre, leucocytes, bactéries. La température est à 100° et le pouls à 72.

L'abdomen est celui d'une grossesse à terme. Au toucher, la dilatation est à peu près complète. Oedème du col. Nous croyons qu'il s'agit d'une présentation de la face. En insistant, il est facile de toucher le promontoire au toucher vaginal.

Opération: Laparotomie médiane sous-ombilicale. Césarienne basse par la méthode intrapéritonéale. L'extraction du fœtus (présentation de la face) est facile. Le placenta et les membranes sont décollés et enlevés sans effort. Peu d'hémorragie pendant l'intervention. Badigeonnage intra-utérin à la teinture de méthaphen. Fermeture classique.

Suites opératoires: — Température pendant dix jours. Endométrite. La malade et l'enfant quittent l'hôpital, guéris, le 15ème jour.

Observation IV.

Il s'agit d'une malade de 30 ans; elle a suivi le dispensaire d'obstétrique pendant les derniers mois de sa grossesse.

Début des douleurs 28 heures avant l'opération; elles sont peu accentuées. Enfants morts dans les deux accouchements précédents. Premier accouchement très pénible et enfant mort-né. Au deuxième accouchement, présentation de siège; l'enfant est mort d'hémorragie du cordon, à la suite des manipulations laborieuses de l'accouchement.

P. A. 120/55. L'opération est décidée en considération des accouchements antérieurs difficiles et pour cause de bassin limité.

Opération: — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Césarienne basse intrapéritonéale. A l'incision du segment inférieur — pratiquée un peu trop à gauche, à cause de la torsion de l'utérus dans son axe — il se produit une hémorragie assez considérable. L'extraction du fœtus est difficile.

Après la délivrance, l'inspection ne décèle aucune hémorragie et l'utérus s'est très bien rétracté. Immédiatement après la fermeture de l'abdomen, la malade cesse de respirer; elle meurt au bout de quinze minutes, en dépit de tous les efforts. L'enfant survit et quitte l'hôpital cinq jours plus tard.

Le protocole de l'autopsie se lit comme suit: « Dilatation du cœur droit; hypertrophie des muscles de l'oreillette droite. Incision utérine basse, oblique et à gauche. Lésions dégénératives du myocarde ».

Observation V.

La malade (33 ans) arrive à l'hôpital très fatiguée par 24 heures de travail.

Antécédents personnels: rougeole, scarlatine, typhoïde. Trois grossesses antérieures: la première avec forceps, après 21 jours de travail. Enfant mort. Deuxième grossesse avec présentation de siège, après trois jours de travail. L'enfant meurt à l'accouchement. A la troisième grossesse, on pratiqua une césarienne haute; l'enfant survécut.

L'examen montre un bassin limité. Il n'y a pas de température et le pouls est à 104. La poche des eaux est rompue depuis huit heures. Le cul-de-sac est dilaté à petite paume de main.

Opération: Césarienne basse intrapéritonéale. Aucun incident opératoire. Température à 99 et 100, le soir, au cours de la convalescence. Congé le 18ème jour, pour la mère et pour l'enfant.

Observation VI.

La malade (35 ans) a eu deux accouchements antérieurs avec fœtus morts. Le troisième s'est terminé par une césarienne et l'enfant a vécu.

La poche des eaux est rompue depuis deux

heures. Les contractions, très fortes, se produisent toutes les cinq minutes.

Il s'agit d'un bassin plat, rachitique, avec proéminence du sacrum. Température, 99.4; pouls, 104.

Césarienne basse intrapéritonéale. Suites opératoires normales, sans température. Congé le 14ème jour.

Observation VII.

A 21 ans, la malade en est à sa troisième grossesse. Au premier accouchement, l'enfant est mort après application de forceps. Au deuxième, il y eut version par manœuvres externes et l'enfant a été extrait laborieusement.

Le travail est commencé depuis 17 heures. L'examen démontre qu'il s'agit d'un bassin plat avec exostose du sacrum. La poche des eaux n'est pas rompue. Il n'y a pas d'engagement et la dilatation est de cinquante sous.

Césarienne corporéale. Suites opératoires orageuses: température à 105.3 le 2ème jour; elle continue à osciller entre 100 et 103 pendant 6 jours. Albumine et rétention d'urine. Suppuration de la plaie abdominale et éventration. La malade et le bébé quittent l'hôpital le 45ème jour.

Observation VIII.

Primipare, 36 ans. Plusieurs fibromes ont été constatés avant la grossesse. Les noyaux les plus volumineux sont situés à la corne droite et au niveau de l'isthme.

A la fin de la grossesse, les fibromes ont considérablement augmenté de volume.

Opération de Porro, au début du travail. Convalescence normale. Mère et enfant quittent l'hôpital le 19ème jour, en excellente santé.

Observation IX.

Malade de 32 ans, ayant eu un premier accouchement à terme très laborieux, suivi de la mort de l'enfant. Les deux accouchements suivants sont prématurés et provoqués à huit mois.

L'examen révèle un bassin limité. Il n'y a pas d'engagement. L'effacement est complet

et la dilatation à petite paume de main. La poche des eaux est rompue. Douleurs irrégulières. Le travail a débuté il y a 7 heures.

Césarienne basse intrapéritonéale, sans incidents. Convalescence normale. Congé le 17ème jour pour la mère et pour l'enfant.

Observation X.

La malade, 21 ans, a eu une grossesse antérieure très difficile, suivie de la mort de l'enfant.

Nous voyons la patiente trois jours après le début du travail. Il s'agit d'une présentation du sommet droit, dans un bassin limité.

Pour des raisons particulières, nous pratiquons une césarienne corporéale. Suites très orageuses: température variant entre 100, 101 et 102 pendant 18 jours. Signes de péritonite et de septicémie. Transfusions répétées. Abscesses de la cuisse gauche et phlegmon diffus de la cuisse droite. Volumineux abcès du Douglas.

Mère et enfant quittent l'hôpital le 48ème jour.

Observation XI.

Primipare, 32 ans. Grossesse normale jusqu'à six mois. A partir de ce moment, l'abdomen grossit plus rapidement que dans une grossesse normale. Lorsque nous voyons la malade, l'abdomen est énorme. Il renferme deux masses volumineuses bien distinctes, dont l'une plus dure et se contractant, et l'autre plus molle et contenant du liquide. On pose le diagnostic de kyste de l'ovaire et grossesse.

Difficulté à la marche; troubles de compression; respiration difficile.

Opération: Kyste de l'ovaire gauche, contenant 7,000 grammes de liquide. Salpingo-ophorectomie gauche.

A cause de l'incision haute, l'on pratique une césarienne corporéale. Convalescence normale. Mère et enfant quittent le 20ème jour.

Observation XII.

Il s'agit d'une primipare de 42 ans. Le travail est commencé depuis trois jours, mais les

contractions sont irrégulières et peu fréquentes. La poche des eaux est rompue depuis douze heures. Pas d'engagement et dilatation à 50 sous.

La température commence à s'élever (100.2); le col est rigide.

Césarienne basse intrapéritonéale. Suites opératoires avec température oscillant entre 101 et 98 pendant 7 jours. Endométrite puerpérale. Lochies purulentes. La température redevient normale au 9ème jour.

La malade part guérie, avec son enfant, le 28ème jour.

Observation XIII.

Primipare, 33 ans, rachitique, avec scoliose. La césarienne basse est pratiquée au début du travail, avant la rupture de la poche des eaux. Convalescence sans incidents ni température. Départ le 17ème jour.

Observation XIV.

Primipare, 40 ans. Il y a présentation. L'épreuve du travail est faite. Aucune descente. Petite dilatation après dix heures de travail. La poche des eaux est rompue cinq heures avant l'opération.

Césarienne basse intrapéritonéale, sans incidents opératoires. Convalescence normale; pas de température. Mère et enfant quittent le 15ème jour.

Observation XV.

Patiente de 38 ans. Elle a eu une grossesse antérieure. Accouchement avec forceps, déchirure. L'enfant est mort.

Cas de bassin limité. A l'examen, dilatation de cinquante sous. Pas d'engagement. La poche des eaux n'est pas rompue.

Le travail est commencé depuis huit heures, quand nous pratiquons la césarienne basse intrapéritonéale. Aucun incident opératoire. Température à 99 pendant deux jours. Péritonisme.

Congé le 21ème jour.

Observation XVI.

Malade de 31 ans, secondipare. Premier accouchement avec forceps; enfant mort, morcelé.

Nous voyons la malade à la fin du 8ème mois, avec une présentation transversale. Tentative infructueuse de version. Bassin généralement rétréci.

On décide de pratiquer immédiatement une césarienne basse intrapéritonéale, à cause des douleurs de la mère et des souffrances du fœtus.

L'incision du segment inférieur, qui n'est pas très dilaté, entraîne une hémorragie assez considérable mais facilement contrôlée. Extraction de l'enfant laborieuse.

Convalescence avec température à 100 et 100.4 pendant les 3 premiers jours, puis 99 jusqu'au 12ème jour. Ballonnement très marqué pendant quatre jours. Endométrite puerpérale, qui disparaît au 18ème jour. La mère quitte le 21ème jour, mais l'enfant, prématuré, est gardé à l'hôpital.

Observation XVII.

Au moment même où nous relations cette série d'observations, nous avons été appelés à pratiquer une césarienne basse transpéritonéale chez une primipare, 25 ans.

Il s'agissait d'un bassin limité, avec gros enfant en présentation de siège.

La malade était en travail depuis 18 heures lorsque nous l'avons vue. Dilatation à 50 sous; pas d'engagement.

Opération sans incidents. L'enfant est vivant et la mère en excellente voie de guérison.

*

* *

Nous avons donc pratiqué dix-sept opérations, dont treize césariennes basses, trois césariennes hautes et une opération de Parro. L'incidence des césariennes basses se chiffre donc à 76.7%.

Nous avons eu un décès et nous en tenons compte dans le pourcentage, tout en soulignant le fait que cette mortalité ne doit pas être imputée au type opératoire employé; en effet, la dilatation du cœur droit, avec hypertrophie des muscles de l'oreillette droite et lésions dégénératives du myocarde, constitue un

état cardiaque très grave au point de vue risque opératoire. La cause de ce décès n'est donc pas imputable à l'opération césarienne en elle-même, mais bien au fait que la malade a dû subir une intervention chirurgicale alors qu'elle représentait un risque dangereux à cause de ses lésions cardiaques.

Nos deux cas de césariennes corporéales exceptés, toutes les autres malades étaient des cas impurs, ayant subi une épreuve de travail plus ou moins prolongée.

Toutes nos malades, sauf une, ont fait de la température après l'opération.

Deux malades qui avaient subi l'épreuve du travail ont été opérées par la méthode corporéale; elles eurent toutes deux des convalescences très orageuses, avec complications infectieuses graves.

Toutes nos opérées de la césarienne basse après l'épreuve du travail prolongée, ont présenté de l'endométrite puerpérale.

Nous n'avons constaté aucune complication grave — péritonéale ou autre — à la suite des opérations basses.

Nos opérées par césarienne basse avaient toutes subi l'épreuve du travail.

Quant aux indications, elles furent constituées — sauf une — par des rétrécissements trop peu accentués pour représenter des indications absolues. Nos opérées de la césarienne segmentaire étaient des cas d'indications relatives.

Evidemment, nous aurions préféré présenter une statistique personnelle plus volumineuse; malheureusement, les circonstances ne nous ont pas permis de l'enrichir davantage, mais nous comptons sur l'avenir pour combler cette lacune. Toutefois, si l'on veut bien se donner la peine d'ajouter cette modeste série à celles qui ont été publiées et l'y comparer, toutes proportions gardées, elle sera utile dans une certaine mesure, croyons-nous, à développer une conception judicieuse de l'opération césarienne basse.

*

* *

Parallèle entre la césarienne basse et la césarienne corporéale classique

L'apparition de la césarienne basse a fait surgir, dans les milieux chirurgicaux, une série impressionnante de polémiques, dont la plupart portaient sur les mérites réciproques de l'opération corporéale classique et de la césarienne basse. Une telle réaction est d'ailleurs inévitable chaque fois que surgit une nouvelle technique opératoire, surtout lorsque l'ancienne technique a donné de bons résultats dans les indications absolues. Le choc des opinions semble naître du fait que certains chirurgiens, désireux de diminuer les risques et les suites opératoires de l'opération césarienne, ont adopté la nouvelle méthode d'emblée et l'emploient presque exclusivement. D'autres, plus conservateurs, refusent leur adhésion au procédé nouveau, soit parce qu'ils sont satisfaits de leurs résultats actuels, soit que, l'ayant employé, ils se sont heurtés à de trop grandes difficultés opératoires.

Il est un fait certain: c'est que la césarienne basse est née des échecs de la césarienne classique; les opinions émises aujourd'hui, dans les principales publications allemandes, françaises et américaines en font foi. En Allemagne, berceau de la technique nouvelle, la césarienne basse semble maintenant l'opération classique. En France, les écoles de Province n'emploient la césarienne classique que dans les cas purs, c'est-à-dire à la fin du travail et avant la rupture de la poche des eaux. Les chirurgiens de l'école de Brindeau ne tarissent pas d'éloges sur l'opération césarienne basse et la pratiquent, semble-t-il, presque exclusivement.

Cependant, nombre d'opérateurs conservateurs restent fidèles à la césarienne corporéale classique. Les principales publications américaines révèlent des divergences d'opinions assez accentuées. Phaneuf a, pour sa part, une volumineuse statistique personnelle et nous avons vu qu'il emploie exclusivement la nouvelle opération. Williams préconise l'opération haute pour les cas purs et l'opération basse pour les cas septiques; Baud partage cette

façon de voir. Quant à DeLee et Beck, ils sont d'ardents partisans de la césarienne basse.

Nous pouvons donc conclure que l'opération basse recueille aujourd'hui la plupart des suffrages, dans les grandes écoles.

Voyons rapidement quels sont les avantages et les inconvénients des deux techniques.

L'un des principaux motifs qui militent, selon nous, en faveur de la césarienne basse, c'est son incision sur le segment inférieur; cette incision réduit considérablement le danger de rupture de la cicatrice dans les grossesses ultérieures, car le segment inférieur ne se contracte pas après l'opération, offrant ainsi beaucoup plus de chances à la cicatrice de se suturer dans de meilleures conditions. Ainsi que nous l'avons déjà mentionné, il nous a été permis de revoir, au cours d'une césarienne corporéale itérative, l'utérus d'une de nos opérées de la césarienne basse; cette cicatrice était invisible et nous n'avons noté aucun point faible.

Nous avons relevé cinq ruptures utérines, depuis huit ans, à l'hôpital Notre-Dame; nous ne pouvons malheureusement pas en analyser les causes, faute de toute documentation précise. Il existe toutefois un fait non douteux: c'est qu'il ne s'est jamais produit de rupture utérine après une césarienne basse; ceci vient donc renforcer notre argument en faveur de la cicatrice du segment inférieur. De plus, l'incision du segment inférieur n'entraîne à peu près pas d'hémorragie; c'est qu'elle est pratiquée sur une paroi très mince, tandis que l'incision corporéale porte en plein dans l'épaisseur du muscle.

Nous estimons que l'opération césarienne corporéale ne saurait être entreprise avec sécurité dans les cas impurs. Il est vrai qu'elle permet de réaliser une certaine exclusion de l'utérus en l'extériorisant de la grande cavité péritonéale; mais il n'en reste pas moins que les contractions post-partum permettent à l'infection de traverser la cicatrice. Dans la césarienne segmentaire, au contraire, le péritoine et la vessie recouvrent la cicatrice, de sorte que si l'infection s'y infiltre, elle se

trouve localisée en dehors du péritoine et en arrière de la vessie. De là, moins de danger de péritonite. L'intestin n'étant jamais à découvert, au cours de l'opération basse, il est moins exposé à l'infection et aux traumatismes; donc, évincement presque total de l'iléus paralytique, du ballonnement intestinal et des vomissements post-opératoires. La principale conséquence de ces multiples avantages, c'est qu'ils permettent, dans les cas infectés, de pratiquer une opération conservatrice; tandis que dans ces cas, l'opération corporéale oblige souvent le chirurgien à recourir, en dernier ressort, à l'hystérectomie.

Les adhérences post-opératoires sont éliminées, dans la césarienne basse; il est facile d'en comprendre la raison: c'est que la cicatrice utérine, étant complètement péritonisée, ne vient jamais en contact avec les intestins, l'épiploon et le péritoine pariétal. Comme dernier avantage, signalons enfin que la césarienne basse permet l'épreuve du travail dans les bassins limités, dans presque toutes les indications relatives.

Il convient ici de faire une courte digression et de nous demander ce que l'on entend par épreuve du travail et quelle peut être son utilité. Voici, à ce sujet, l'opinion exprimée par Brindeau, il y a dix ans: « Longtemps, nous avons opéré, dit-il, avant l'épreuve du travail; maintenant, nous attendons presque toujours les premières contractions douloureuses ou la rupture des membranes. Quand on se trouve en présence d'un bassin limité, il est indispensable d'attendre l'épreuve du travail, car souvent telle tête qui était mobile et semblait déborder pendant la grossesse, s'oriente de telle façon, au moment de l'accouchement, que l'impression du médecin peut changer complètement. L'expectative permet alors d'éviter une opération. »

Les opinions émises, sur cette question de l'épreuve du travail, nous apparaissent d'une divergence presque déconcertante. Nous avons lu un travail récent où l'on ne soulignait pas moins de vingt-deux conceptions différentes. Nous citons celle de King, de New-Orléans,

comme étant celle qui résume le mieux notre opinion: « Quand les douleurs régulières et assez fortes sont installées et qu'elles apparaissent toutes les cinq ou dix minutes, pendant 30 à 60 secondes, on laisse le travail se continuer durant quatre à huit heures, au cours desquelles on ne cesse de surveiller le cœur fœtal. La position de la tête est vérifiée par la palpation abdominale et contrôlée par le toucher rectal ou un examen vaginal très aseptique. S'il y a engagement, l'accouchement par les voies naturelles est possible. S'il ne se produit pas d'engagement ou s'il existe des signes de souffrance fœtale, on doit pratiquer une césarienne, de préférence une césarienne basse. »

Les partisans de la césarienne corporéale trouvent de très nombreux inconvénients à l'opération césarienne basse. Ils lui reprochent d'être d'une exécution plus laborieuse et plus longue, tandis que la méthode corporéale, disent-ils, est une opération aussi facile que rapide.

Ils n'admettent pas que la cicatrice du segment inférieur soit plus sûre; ils prétendent même que la cicatrice de l'opération corporéale est plus solide, à cause de l'épaisseur de la musculature du corps utérin, et comporte, de ce fait, moins de danger de rupture dans les grossesses ultérieures.

Ils estiment les dangers d'hémorragie et d'infection plus considérables dans l'opération segmentaire, surtout dans les cas de placenta prævia. Enfin, ils craignent les blessures de la vessie et les complications urinaires.

Nous admettons qu'au cours de l'opération segmentaire, le champ opératoire est plus exposé à l'envahissement du liquide amniotique et que l'extraction de l'enfant est parfois plus difficile. Nous admettons également qu'il peut se produire des hématomes sous-péritonéaux et que l'exploration utérine et péri-utérine est un peu plus compliquée, du fait que l'utérus n'est pas extériorisé.

Mais ce sont là, à notre avis, des inconvénients négligeables, en comparaison des immenses avantages que comporte la césarienne

segmentaire; avantages que nous croyons avoir suffisamment mis en lumière au cours de notre travail.

Conclusions

Nous avons vu, au début de ce travail, que l'opération césarienne est de conception fort ancienne, puisque ses origines se perdent dans la nuit des siècles et jusque dans les légendes mythologiques.

Nous avons essayé de suivre son évolution, très lente d'abord, à cause du risque immense qu'elle comportait pour la mère. Cependant, avec l'avènement de l'asepsie et de l'antisepsie, nous avons vu disparaître dans une certaine mesure les dangers d'infection; de nouvelles sources de lumière s'ouvraient, sans doute, mais les accidents péritonéaux demeuraient redoutables, dans tous les cas d'infection génitale, même bénigne.

Cette menace constante d'infection péritonéale, ajoutée aux avantages notoires que présentait, d'autre part, l'opération césarienne, fut l'instigatrice des techniques de la césarienne basse ou segmentaire.

Ces techniques sont très nombreuses, si l'on tient compte des diverses modifications dont elles ont été l'objet. Nous adhérons, personnellement, à la division — déjà citée — du professeur Phaneuf, de Boston, fondée sur les principes anatomiques et physiologiques.

La césarienne extrapéritonéale, d'exécution très difficile, n'est indiquée que dans les grandes infections. Nombre de chirurgiens lui préfèrent l'opération de Portes ou celle de Porro.

Les méthodes transpéritonéale ou intrapéritonéale, de réalisation plus facile, comportent de plus les avantages suivants:

Elles offrent une protection plus sûre contre la péritonite septique; l'incision du segment inférieur permet une suture plus facile et plus hermétique; l'hémorragie est presque nulle et les suites opératoires se rapprochent de celles d'un accouchement normal; les opérées ne subissent qu'un choc opératoire relatif et leur aspect général demeure rassurant. Quant au danger de rupture dans les grossesses ulté-

rieures, nous croyons avoir démontré qu'il existe à peine.

L'opération césarienne basse, en permettant l'épreuve du travail, permet aussi d'intervenir dans les cas septiques. Elle ne cause à peu près pas d'adhérences post-opératoires.

Dans les cas purs, elle offre à l'opérateur le choix entre la méthode basse et la méthode corporéale, selon le cas. Toutefois, la méthode basse s'impose dans les cas septiques.

Personnellement, nous avons adopté l'opération basse, ou segmentaire, dans tous les cas où il y a indication de césarienne, sauf pour des considérations tout à fait spéciales.

C'est que nous sommes profondément convaincu de la supériorité de cette technique; nous croyons que son avènement a marqué une ère heureuse — et déjà très fructueuse — dans l'histoire de la chirurgie obstétricale, et que, pour les raisons que nous nous sommes efforcé de mettre en évidence, elle est devenue, à l'heure actuelle, l'opération classique par excellence, dans le monde entier.

BIBLIOGRAPHIE

- ALDRIDGE (A.-H.): « Extraperitoneal cesarean section. » *Am. J. of Obst. and Gynec.*, oct. 1936.
- ANDERODIAS: « L'opération césarienne basse; ses indications et ses résultats. » *Gaz. Hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, t. XLIX, no 16, 15 avr. 1928.
- « Utilité de l'aspirateur électrique au cours de la césarienne basse. » *Bull. Société d'Obst. et de Gyn.*, 17: 244, mars 1928.
- ANDERODIAS et P. BALARD: « L'avenir obstétrical des femmes opérées de césarienne basse. » *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 20-30 sept. 1931.
- ARNOLDO DE MORAES: « Cesariana intra-peritoneale baixa. » *Revista de gynecologia et d'obstetrica*, Rio de Janeiro, fév. 1927, no 2.
- AUDEBERT: « A propos de la technique de la césarienne basse. Incision verticale du péritoine utérin et césarienne segmo-corporéale. » *La Gynecologia*, juil. 1934, p. 447.
- « Modifications à la technique classique de la césarienne supra-symphysaire. » *Toulouse Médical*, 1er janv. 1930, p. 22.
- « Quelques points de technique de césarienne basse. » *VIIe Congrès de l'Ass. des Gynéc. et Obstétriciens de langue française*, 1, 2 et 3 oct. 1931.
- « Technique de la césarienne basse. » *Rev. Fr. de Gynéc. et d'Obst.*, Paris, année XXVI, no 12, déc. 1931.

- BALARD: « Notre expérience personnelle sur la césarienne basse, d'après 25 observations personnelles. » *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, avril 1928, p. 247.
- BALARD et MAHON: « La place de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale. » *Marseille Médical*, 5 août 1938.
- BECK: « Sur une césarienne basse. » *Amer. Journ. of Obs. and Gynec.*, t. I, no 6, mars 1925 — no 8, mai 1921.
- BECKERS: « Le procédé de Phaneuf dans la césarienne basse. » *Bruelles Médical*, no 4, 24 nov. 1929, p. 85.
- BRAND (L.): « Spontaneous rupture of the uterus during pregnancy following previous classical cesarean section. » *A. J. Obst. and Gynec.*, fév. 1936.
- BENSIMON TOBY: « La césarienne supra-symphysaire, d'après les documents recueillis à la Maternité de Nancy. » Thèse de Nancy, 1930-31.
- BENOIST-GIRONIERE: « Contribution à l'étude de l'opération césarienne supra-symphysaire. » Thèse de Paris, 1930.
- BERGOUIGNAN: « L'opération césarienne basse, ses principales indications; ses résultats. » *Le Phare Méd. de Paris*, no 118, oct. 1932.
- BERENI: « Contribution à l'étude de la césarienne basse dans l'infection amniotique. » Thèse de Bordeaux, 1935-36.
- BERNARD BERCOVICI: « Contribution à l'étude de la césarienne basse. » Thèse de Doctorat, Paris, 1927.
- BEUTTNER: « Opération césarienne transpéritonéale basse pour bassin plat et scoliose. » *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, t. XLII, no 3.
- BOISRAME (M.): « Contribution à l'étude de l'opération césarienne basse chez les femmes ayant déjà subi une hystérectomie. » Thèse de Paris, 1934.
- BRAULT (P.): « Les possibilités actuelles de la césarienne. » *Progrès Médical*, pp. 234-237, 7 fév. 1931.
« L'abus de la césarienne. » *Rev. bretonne d'Obst.*, juil. 1927, no 2, p. 35.
« L'avenir obstétrical des femmes césarisées. Supériorité de la césarienne basse considérable. » *Gaz. méd. de France et des Pays de L. française*, 15 mars 1936.
- BRETTE: « Note sur la césarienne basse, supra-symphysaire. » *Arch. de Méd. et de Pharm. navales*, no 1, janv.-fév.-mars 1936.
- BRINDEAU: « De la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. » *Presse Méd.*, 10 mars 1926.
La césarienne basse. Librairie Tschann., Paris, 1934.
- BRINDEAU et CANNONE: « Technique de la césarienne basse; indications; résultats. » *Journ. Méd. Fr.*, 19: 3-8 janv. 1930.
- BROUHA (Maurice): « A propos des indications de la césarienne supra-symphysaire. » *Comm. à la Soc. belge de Gynéc. et d'Obst.*, 1er mai 1926.
« Le pronostic de la césarienne basse. Suites immédiates. » *Bruelles Méd.*, no 41, 10 août 1930.
- BRINDEAU: *La pratique de l'art des accouchements*.
- BROUHA: « A propos de la technique de la césarienne basse. » *Bruelles Méd.*, 21 mai 1933, no 29.
- BUE-PALLIEZ-LOUIS GERNEZ: « La césarienne basse à la clinique obstétricale de la Charité au cours de ces cinq dernières années; considérations sur 131 interventions consécutives sans mortalité maternelle. » Réunion obstétricale de Lille, séance du 27 janv. 1937; *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, mars 1937.
- BURGER: « Indications particulières pour la section césarienne basse. » *Strasbourg Médical*, 1926, t. II, p. 335.
- BUMM: *Précis d'Obstétrique*.
- CHAPULLIOT (Edmond): « Contribution à l'étude de la césarienne supra-symphysaire transpéritonéale. Les 17 premiers cas à Alger. » Thèse de la Faculté de Méd. d'Alger, 1927, in-8°, no 14, 95 p.
- CATHALA: « De la valeur de la césarienne transpéritonéale basse. » *Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, fasc. I, p. 37, 1926.
« De la valeur de la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. » *Presse Méd.*, 10 mars 1926.
- CHATILLON (F.): « Quatre cas d'opération césarienne basse. » *Rév. Fr. de Gyn. et d'Obst.*, 25: 186-193, mars 1930.
« Accouchement normal après opération césarienne. » *Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.* 25: 194-195, mars 1930.
- CHASSOT: « De la césarienne basse. » *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 51: 212-226, 25 mars 1931.
- COEN (A.-J.): « Des facteurs de gravité de l'opération césarienne basse. Au cours du travail. » Thèse de Paris, 1936.
- COLLE et MONTAGNE: « Césariennes basses itératives pour bassin rachitique, auto-greffes ovariennes après castration; résultats. » Réunion obst. de Lille, séance du 29 janv. 1936; *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, no 4, avril 1936.
- CONSTANTINESCU: « Sur la césarienne basse. » *Rev. Fr. de Gynéc. et d'Obst.*, 1927, p. 317.
- CONSTANTINESCU (M.): « Low cesarean section. » *Rev. San. Méd.*, Bucarest, 303-306.
- CAMPBELL (J.-V.): « An analysis of 482 cesarean sections in private practice. » *A. J. Obst. and Gynec.*, mars 1937.
- CONTOU: « Les différentes techniques de la césarienne basse. » Thèse de Toulouse, 1932-33, no 9.
- COOKE (W.-R.): « Cesarean section in infected cases. » *Amer. Journ. of Obst. and Gynec.*

- COUGH (J.-H. et H.-N.): « Cesarean section. » *Can. M. A. J.*, 34: 201-202, fév. 1936.
- COUVELAIRE: *Introduction à la Chirurgie utérine obstétricale.*
- DANFORTH et GRIER: « Analysis of 124 cases of low cervical cesarean sections. » *Amer. J. of Obst. and Gynec.*, 405-410, sept. 1930.
- DAVISON (A.-E.): « Cesarean section: its history and present status. » *Irish J. M. Sc.*, pp. 624-654, déc. 1931.
- De LEE: « Technique de la césarienne basse. » *J. of the Amer. Med. Ass'n.*, 14 mars 1926.
- DELMAS (P.): « Les avantages de la césarienne basse sur la césarienne classique. » *Gazette d'accouchements de Montpellier*, 1er mars 1933, n° 3. « Les avantages de la césarienne basse sur la césarienne classique. » *Le Languedoc Méd.*, n° 8, 10 août 1932, p. 322.
- DE BUSTAMANTE: « Primor case de cesarea baja interativa practicada en Cuba. » *Rev. med. Cubana*, sept. 1931.
- DEVRAIGNE, SEGUY et LAENNEC: « Indications actuelles de la césarienne basse. » *J. de Méd. et de Chir.*, 10 juin 1929, p. 407.
- DUBOS (Pierre): « La place de la césarienne basse conservatrice dans le traitement de l'insertion basse du placenta. » Thèse de Paris, 1936.
- DUFOUR: « Opération césarienne basse par incision transversale du segment inférieur. » *Gazette d. Hôp.*, nov. 1928, p. 1662.
- DUVAL: « Césarienne basse; ses avantages sur la césarienne haute. » *Arch. médico-chir.*, n° 106, oct. 1932.
- EARLY (P.-V.): « On birth of Macduff. Cesarean Section. History. » *China M. J.*, 253-256, mars 1931.
- EBERHART (F.): « Geschichte eines unglücklichen Kaiserschnittes vom, 8 July 1912; Nach familien papieren einer arztfamilie. » *Med. Klin*, 31, 1287-88, 27 sept. 1935.
- ENEA (D.): « Taglio cesareo soprasinfisario. » *Pagine Sanitarie*, août 1929, n° 8, p. 309.
- FALLS (F.): « A critical study of the low cervical and classical cesarean section operation. » *Am. J. of Obst. and Gynec.*, déc. 1936.
- FAVREAU-KLEIN et LEDIEU: « Césarienne basse, après forceps et malgré la mort de l'enfant. » *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, janv. 1932.
- FEINER (D.): « Analytical study of 347 consecutive cesarean sections. » *A. J. Obst. and Gynec.*, déc. 1936.
- FEIS (O.): « Beritch aus dem Jahre 1411 uber eine Hebamme die angeblich 7 kaiserschnitte mit gutem Erfolg fur Mutter und Kind Susgwfuhr hat. » *Arch. f. gescjh. d. med.*, 340-343, 1933.
- FEREY: « Quatre-vingt-dix-sept césariennes basses consécutives sans une mort. » XIVe Congr. de l'Ass. Fr. de Chir., *La Presse Méd.*, 21 oct. 1936. « A propos des césariennes et en particulier des césariennes basses. » XIe Congr. Fr. de Chir., Paris, oct. 1931. « Avantages de la césarienne basse. Quelques détails de technique. » *Le Bull. Méd.*, 16 janv. 1932.
- FLEURENT: « A propos de la césarienne basse. » *Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Strasbourg*, juin 1925.
- FORGEAUD: « Indications et résultats de la césarienne basse à Bordeaux. » Thèse de Bordeaux, 1936.
- FORTUM: « Operation Cesarea. » *Cron. med. quir. de la Habana*, août 1936.
- FRASER et SPARLING: *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, fév. 1938.
- FRUCHAUD (Henri): « La césarienne basse. Sa technique, ses avantages, ses résultats. » *Arch. Méd.-chir. de Province*, mai 1934, p. 170.
- FRUHINSHOLZ-HAMANT-LEVY: « Sur un cas de césarienne basse chez une primipare âgée. » *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, juil. 1928.
- FUGHS (H.): « Longitudinal transverse and curved incision in low cesarean section. » *Zentralb. f. Gynak.*, 28 oct. 1933.
- FULCONIS (H.): « Sur un mode d'exclusion temporaire de la cavité péritonéale au cours de la césarienne basse. » *Soc. d'Obst. et de Gynéc. d'Alger*, 9 déc. 1936. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, juin 1937.
- GALL (P.): « A proposito di priorita del taglio cesareo. » *Ann. di Ostet. e ginec.*, 31 août 1936. « L'iconografia del taflio cesareo. » *Clin. Ostet.*, juillet 1935.
- GAUCHERAND et BURTHIAUDT: « Césarienne basse pratiquée d'urgence pour un cas de probitus du cordon. » *Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Lyon*, déc. 1936. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, mars 1936.
- GARCIA MARRUZ et VILALTA: « Cesarea iterada Primera intervencion cesarea baja. Segunda: cesarea corporea. Breves consideraciones. » *Rev. Med. Cubana*, fév. 1938.
- GELLE: « Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse. » Thèse de Lille, 1930.
- GENDROT (Geo.): « La césarienne basse à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Rennes. » Thèse de Paris, 1936.
- GRIGSBY (G.-P.): « So called low cesarean section (celiotrachelohysterectetotomy). » *Int. J. Med. and Surg.*, fév. 1931.
- GRIMAULT: « Césarienne basse: temps septique extrapéritonéal. » *Réunion obst. et gynéc. de Nancy*, 15 juin 1927.

- GREENHALL: « Shall the indication for the lower cervical cesarean section be extended? » *Intern. Clinics*, 1925, t. IV, série 35.
- GROSSE (A.): « L'opération césarienne transpéritonéale supra-symphysaire (opération césarienne basse). » *Gazette Méd. de Nantes*, 1er août 1927.
« L'opération césarienne supra-symphysaire. » *La Science méd. pratique*, 15 nov. 1929.
- GUZZONI degli ANGARANI: « L'evoluzione del taglio cesareo nell'ultimo cinquantennio. » *Archiv. di ostet. et gynec.*, 15 nov. 1926.
- GUENIOT: « Les hémorragies dans la césarienne basse. » *Strasbourg Médical*, 20 mars 1929.
- HABERLING (E.): « Aus der fruhgeschichte des Kaiserschnittes. » *Med. Welt.*, 19 déc. 1936.
- HAFEMANN: « Ein Kaiserschnitt in alter Zeit. » *Med. Welt.*, juil. 1934.
- HANNA (H.-G.): « Cesarean section in Dystocia. » *A. J. of Obst. and Gynec.*, sept. 1936.
- HOUEL et JANIER: « A propos d'un cas de placenta prævia et présentation de l'épaule traité par la césarienne supra-symphysaire. Indication. » *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec.*, nov. 1929.
« Césarienne basse pour présentation de l'épaule négligée. » *Algérie Médicale*, janv. 1929.
- IRVING: « Placenta prævia. » *Am. J. of Obst. and Gynec.*, juil. 1936.
- JACOBS: « The borderloin Pelvis. » *A. J. of Obst. and Gynec.*
- JAHIER et SESINI: « Césarienne supra-symphysaire pour décollement prématuré du placenta normalement inséré. » *Soc. d'Obst. et de Gynec. d'Alger*, 13 avril 1929.
- JEANNIN: « La césarienne basse supra-symphysaire. » *Rapp. Soc. d'Obst.*, 9 oct. 1909, in *Rev. Gén. d'Obst.*, 1909.
- KEHRER (F.-A.): « On hundredth anniversary of father of modern technic of cesarean section and discoverer of method of sterilizing women by ligating fallopian tubes (Zur 100 wiederkehr des Gebur stages von F. A. Kehrer). » *Deutsche med. wochens.*, 19 fév. 1937.
- KLEIN (I.): « Les césariennes supra-symphysaires. » *Rev. critique* — Thèse de Paris, 1912.
- KING (E.-L.): « What is meant by the term test of Labor. » *Am. J. of Obst. and Gynec.*
- LAIGNEL-LAVASTINE, ABBAS NAFICY: « Opération césarienne avec emploi du vin comme anesthésique, d'après le *Livre des Rois* de Firzouz. » *Bull. Soc. Fr. d'Hist. de la Médecine*, janv.-fév. 1934.
- LANTUEJOUL: « La césarienne basse. » *L'Union Méd. du Canada*, 10 juil. 1934.
- LEON (J.): « La césarienne segmentaire "extrapéritonéale par artifice" en Argentine. » *Soc. d'Obst. et de Gynec. de Lyon*, 3 mai 1937. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec. de Paris*, juin 1937.
- LEROUX: « La césarienne basse. » *La Sage-femme de l'Ouest*, mai 1932.
« La césarienne basse; sa place en obstétrique; sa technique; ses suites opératoires; ses indications; son pronostic. » *La Sage-femme de l'O.*, mars 1932.
- LEROUX et GROSSE: « Sur l'opération césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. » *Rev. Fr. de Gynec. et d'Obst.*, mars 1927.
- MARION et MAGNAN: « La césarienne basse dans un bassin plat. » *Union Méd. du Canada*, mars 1932.
- MATAS (R.): « François Marie Prévost and early history of cesarean section in Louisiana. » *New Orleans M. and S. J.*, mai 1937.
- MATHIEU (A.): « Placenta accreta found at cesarean section. » *A. J. of Obst. and Gynec.*, mars 1937.
- MAGOS: « Quelques réflexions à propos de l'opération césarienne supra-symphysaire. » *Soc. Belge de Gynec. et d'Obst.*, 9 nov. 1929.
- MARASSI: « Contribution à l'étude de la césarienne basse transpéritonéale supra-symphysaire. » Thèse de Paris, 1925.
- MILLER (H.-S.): « Low cervical cesarean section with report of 28 cases. » *New Orleans M. and S. J.*, oct. 1930.
- MILLER (J.-L.): « Dr. Jessee Bennett (1760-1842), pioneer surgeon, Dr. Aquilla Leighton Knight (1823-1897), humanist old Virginia doctors, "who saw life steadily and saw it whole". » *Virginia M. M. Monthly*, janv. 1929, *Cesarean section's History*.
« Dr. Jessee Bennett, pioneer surgeon, Dr. Aquilla Leighton Knight, humanist, old Virginia Doctors (Operator and recorder, respectively, of first successful cesarean section in America). » *West Virginia M. J.*, juil. 1929.
- METZGER (Marcel): « Valve sus-pubienne fenêtrée avec écarteur de la vessie pour césarienne basse. » *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec. de Paris*, mai 1937.
- MEYER (P.): « Quelques réflexions sur la section césarienne au XVIIIe siècle. » *Strasbourg Méd.*, 14 mai 1934.
- MONTGOMERY (T.): « The immediate and the remote effect of abdominal cesarean section. » *Am. J. of Obst. and Gynec.*, juin 1936.
- NOUVIAN: « La césarienne supra-symphysaire. » Thèse de Paris, 1921.
- NUBIOLA (P.): « Detalles de tecnica en la cesarea baja p segmentaria. » *Rev. Espan. de Obstet. y Gynec.*, juil. 1931.
- NURNBERGER (L.): « Uber den extraperitonealen Kaiserschnitt. » *Archiv. f. gynak.*, 1930.
- PASQUET: « La place de la césarienne basse dans la thérapeutique des hémorragies du placenta prævia. » Thèse de Bordeaux, 1929-1930.

- PASTIELS: « Dystocie par kyste ovarien; césarienne supra-symphysaire suivie d'ovariectomie. » *Bruelles Médical*, 11 déc. 1927.
- PAUCOT: « La césarienne basse transpéritonéale. » *L'Echo Méd. du Nord*, 31 déc. 1927.
- PAYNE (W.-R.): « Cesarean section with special reference to lower segment transverse incision case analyses. » *Virginia M. Monthly*, juil. 1931.
- PELKONEN (E.): « Early history of cesarean section. » *Duodecim.*, 301-310, 1937.
- PELLOT (Jean): « Quelques détails de technique de la césarienne basse. » *Arch. Méd.-Chir. de Province*, janv. 1937.
- PERY (J.): « La césarienne basse à la Maternité de Pellegrin à Bordeaux. » *J. de Méd. de Bordeaux*, 20-30 sept. 1931.
- PETRY (F.-M.): « Etude générale critique de la césarienne basse et en particulier de l'accouchement sus-symphysaire. » Thèse de Nancy, 1933.
- PHANEUF (L.-E.): « La césarienne supra-symphysaire. » *Soc. belge de Gynéc. et d'Obst.*, 3 juil. 1936; *Bruelles Méd.*, 26 sept. 1926.
« The cervical cesarean section. » *N. Engl. Journ. of Med.*, fév. 1934.
« Cesarean section. Indications and Technique. » *Am. J. of Surg.*, fév. 1937.
« The technique of the transverse cervical cesarean section. » *Surg., Gynec. and Obst.*, août 1931.
« The scar of flow or cervical cesarean section. » *Am. J. of Surg.*, avril 1933.
« Cesarean section followed by temporary exteriorization of the uterus. » *Surg., Gynec. and Obst.*, juin 1927.
« Parro cesarean section. » *Am. J. of Surg.*, juil. 1931.
« The low or cervical cesarean section. » *Am. J. of Obst. and Gynec.*, août 1936.
- PENDLETON: « Abnormal Band Ring. » *Am. J. of Obst. and Gynec.*
- PONOMAREV (A.): « Opérations césariennes en Russie, 1756-1924. » *Gynéc. et Obst.*, août 1928.
- PONZI (E.): « Una documentazione trasenrata nella storia del taglio cesareo. » *Riv. di Storia d. sc. med.*, mars-avril 1936.
- PUPPEL (E.): « Zur Kaiserschnittfrage. » *Arch. f. Gynak.*, 1929.
- PROCTER (I.): « Cesarean sections; safety of low cervical section as compared to classical operation. » *South. Med. and Surg.*, juil. 1931.
- RANIMI (A. Rossen-G.): « Contribution à l'étude de la rachi-anesthésie dans la césarienne basse. » Thèse de Toulouse, 1934-35. « La rachi-anesthésie dans la césarienne basse. » *Toulouse Médical*, 15 juil. 1935.
- REICH: « Résultats de la section césarienne basse faite à l'école des sages-femmes à Strasbourg. » Thèse de Strasbourg, 1929-1930.
- RICHMOND (J.-L.): « History of successful case of cesarean operation. » *Ohio State M. J.*, avril 1937.
- RIDDEL: « Césarienne basse. » *Brit. Med. J.*, avril 1936.
- ROCMANS: « La place actuelle de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale. » *Bruelles Méd.*, 19 avril 1932.
- ROLINDO: « Ligeiras consideracoes sobre a cesariana segmentar transperitoneal. » *Rio de J.*, mai 1927.
- ROUAULT, (E.-B.): « De la césarienne basse. » Thèse de Paris, 1923.
- RUBIN: « Le pronostic de la césarienne basse. » Thèse de Paris, 1930.
- SANDOVAL et QUINTERO: « La césarienne basse à la Maternité de Lausanne pendant ces 14 dernières années — 1923-1936. » Thèse de Lausanne, 1937.
- SCHICKELE: « Pelvitomie contre la césarienne basse. » *Congr. de Gynéc. et d'Obst. de Paris*, 1925.
- SENECHAL: « L'incision transversale cutanéoponévrotique sus-pubienne. » *La Presse Méd.*, sept. 1928, p. 1142.
- SEWALL (C.-W.): « Some observations on present status of low cervical cesarean section. » *New E. J. Med.*, 21 août 1930.
- SLIVINSKI: « Quelques mots sur la technique de la césarienne supra-symphysaire. » *Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.*, juin 1931.
- SNOECK (Joseph): « L'épreuve du travail et la césarienne basse. » *Comm. à la Soc. belge de Gynéc. et d'Obst.*, 2 avril 1927, et *Bruelles Méd.*, 1927, p. 799.
- SNOECK-SPIES-NODON-PASTIELS et NAGOS: « Quelques réflexions au sujet de la césarienne basse. » *Soc. belge de Gynéc. et d'Obst.*, 4 janv. 1930.
- STANDER (H.-J.): « Cesarean section and its abuses. » *Am. J. of Obst. and Gynec.*, avril 1935.
- STUR (J.): « Die erste gynakologische Laparotomie zuwien in Jahre 1549 — Die Berichte des Dr. Matthias Cornax. » *Arch. f. gynak.*, 1934.
- SZYMANOWICZ: « L'hystérotomie transversale basse dans l'opération césarienne sus-pelviennne. » *Polaka gazeta Lekarska*, 28 mai 1933.
- TISSERAND et BARDET: « Les opérations césariennes et leurs indications; importance de la césarienne basse en obstétrique. » *L'actualité médico-chirurgicale*, février 1937.
« Les opérations césariennes et leurs indications. Importance de la césarienne basse en obstétrique. » *La Clinique*, fév. 1937.

- TOURNANT (M.): « Les complications hémorragiques au cours de la césarienne basse. » *Gazette Méd. de France*, 15 oct. 1930.
- TURENNE: « Opération de Pôrtes ou césarienne basse. » *Rev. Sud-Américaine de Méd. et de Chir.*, n° 6, page 379.
- VAUDESCAL (R.): « La césarienne vaginale dans la première moitié de la grossesse. » *L'Hôpital*, avril 1934.
- VEYRAC (J.-C.-R.): « L'accouchement par les voies naturelles, après la césarienne basse. » Thèse de Paris, 1934.
- VOGT (W.-H.): « Cesarean section. » *J. Oklahoma M. A.*, janv. 1932.
- WATERS et LEAVITT: « Analytical study of cesarean sections in a Hospital service of 9,000 deliveries. » *Am. J. of Obst. and Gynec.*, avr. 1935.
- WILLIAMS (J.-W.): « Funfundzwanzig Jahre Erfahrung mit den Kaiserschnitt. » *Deutsche med. wochens.*, 1862-65, 31 oct. 1930.
- WILSON (J. St. C.): « Lower uterine segment cesarean section. » *J. Obst. and Gynec. Brit. Emp.*, 504-15, 1931. — « Lower segment cesarean section. » *Brit. Med. J.*, 9 mai 1931.
- YOUNG (J.): « Maternal morbidity and maternal mortality rates. » *Am. J. of Obst. and Gynec.*, fév. 1936.
-

CONTRIBUTION AU PERFECTIONNEMENT DE LA MÉTHODE MATAS DANS L'ANESTHÉSIE TRONCULAIRE

Par **Henri LEMIEUX,**

Clinicien à la Faculté dentaire de l'Université de Montréal.

Matas fut le premier à utiliser la voie orbitaire pour anesthésier le nerf dentaire supérieur à sa sortie du trou grand rond, quand il ne pouvait employer d'autres procédés extra-oraux dans les cas d'infection.

Durant plusieurs années, les chirurgiens eurent recours à cette méthode pour insensibiliser ce nerf et les branches de l'ophtalmique, sans songer à la possibilité d'atteindre la troisième division au trou oval dans les cas d'opérations s'étendant aux deux maxillaires d'un même côté. Il leur fallait alors retirer l'aiguille de l'orbite et faire une nouvelle ponction, quand la chose était possible, à un autre endroit de la face pour l'insensibiliser. Aujourd'hui, avec le perfectionnement de l'anesthésie régionale, il est possible de rendre insensibles les deux maxillaires d'un côté par cette route.

2 p. 100 et attendre l'anesthésie cutanée locale. Durant ce temps, rechercher l'apophyse articulaire du zygoma et y faire une petite croix au crayon.

Deuxième temps. (Méthode de Matas.) Prendre l'aiguille de 6.5 c.m., non montée, et y enfiler un petit fragment de caoutchouc ou de bouchon à 5 centimètres de la pointe et l'introduire dans le « bouton » presque verticalement en bas, en vue d'atteindre le plancher de l'orbite.

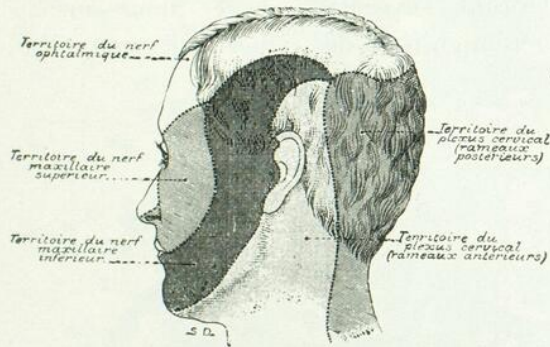


FIG. I

Les territoires sensitifs de la tête.

La technique, d'exécution facile, se fait en trois temps, sans danger pour le globe ou le nerf optique.

Premier temps. Le patient assis, face à l'opérateur, la tête dans la rectitude, palper et rechercher l'angle inféro-externe du rebord orbitaire. Au niveau de cet angle, pratiquer un « bouton » avec une aiguille très fine (calibre 27), déposer 1 c.c. de la solution à

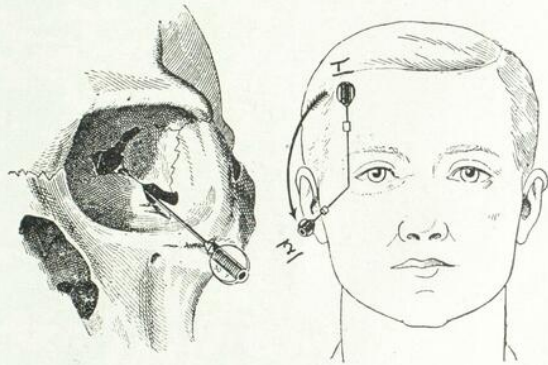


FIG. II

Anesthésie du nerf maxillaire supérieur au trou grand rond, par voie antérieure ou orbitaire.

Injection du nerf maxillaire supérieur au trou grand rond, par voie antérieure ou orbitaire.

L'aiguille, qui a d'abord été tenue verticalement (cliché de droite) prend contact avec le plancher de l'orbite, au niveau de l'angle inféro-externe de l'orbite, puis, elle s'enfonce et tombe dans le vide au niveau de la fissure orbitaire. A ce moment, elle se couche presque horizontalement et se dirige en arrière, suivant la direction de la fissure. A 5 cm. environ, elle s'arrête à la base du crâne; là, se trouve le trou grand rond. Injecter un ou deux c.c. de la solution à 2 p. 100.

Cette figure montre le « truc » à employer pour conserver le contact du plancher de l'orbite. L'opérateur enfle d'abord un petit fragment de caoutchouc sur l'aiguille; cet index servira de repère mobile; l'aiguille d'abord tenue verticalement pique la joue au contact du rebord inférieur de l'orbite, près de la paroi externe, puis se porte un peu en arrière, jusqu'à ce qu'elle rencontre la fissure; là, elle se couche comme l'indique le cliché de gauche.

Ce procédé, dit du bouchon, est très utile, car il indique en tout temps la distance à parcourir avant d'atteindre le nerf. La pousser bien lentement et la diriger un peu en arrière, en inclinant légèrement le pavillon. A un centimètre environ, plus loin, on sent un plan fibreux: c'est la fissure du plancher. Dès que l'aiguille arrive à cet endroit, abaisser le pavillon de façon à la maintenir dans un plan presque horizontal. On ne doit pas pousser l'aiguille trop haut, sinon elle filerait dans le globe. Si, à ce moment, le patient éprouve de la douleur, ajuster la seringue et injecter quelques gouttes. C'est dans le plan même de la fissure que devra marcher l'aiguille, et elle

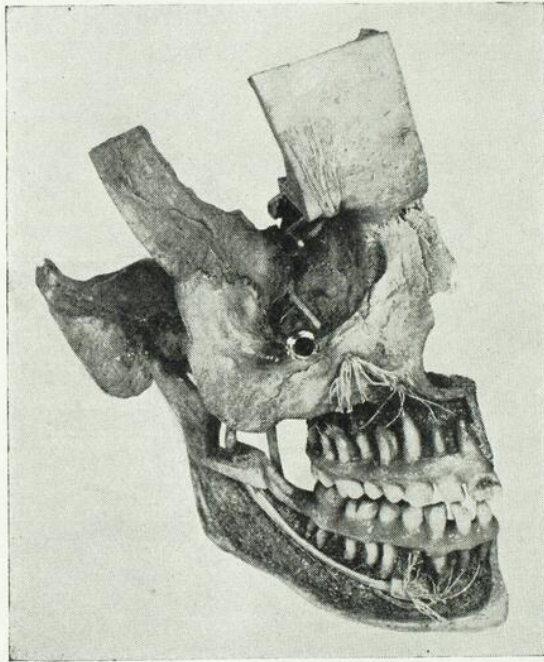


FIG. III

devra toujours rencontrer une certaine résistance. Le fragment de caoutchouc approchant de la paupière indique que la pointe, elle aussi, est près de la base du crâne et du nerf; on la pousse encore un peu et le patient perçoit un éclair douloureux dans les dents supérieures, la paupière du bas, le côté du nez et la lèvre supérieure. A ce moment, injecter de 2 à 3 c.c. de la solution à 2 p. 100, et dans quelques minutes l'anesthésie devient profonde dans les parties ci-haut mentionnées.

Troisième temps. (Méthode personnelle.) L'anesthésiste retire l'aiguille de 3 cm. environ, recherche la fissure orbitaire et l'y enfonce en la dirigeant vers le doigt reposant sur l'apophyse articulaire, c'est-à-dire en ar-

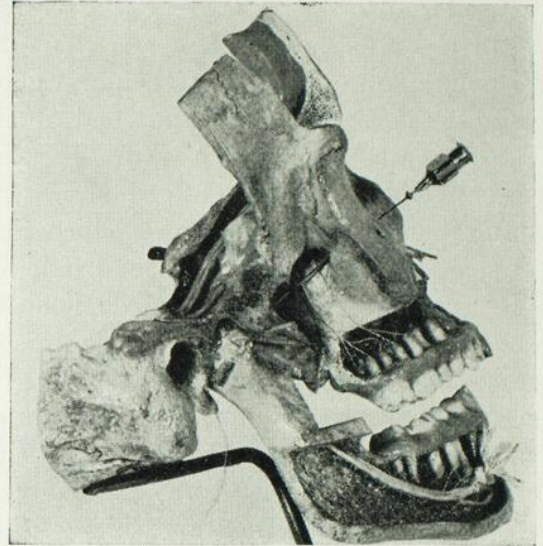


FIG. IV

rière, légèrement en bas et en dedans. Ainsi dirigée, l'aiguille glisse sur l'apophyse ptérygoïde, à une profondeur de 6 cm.

Durant l'exécution de ce mouvement, si l'opéré manifeste des signes douloureux, il faut

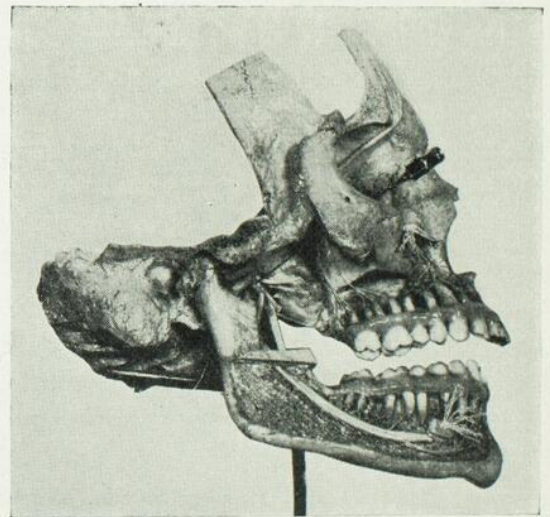


FIG. V

injecter quelques minimales. Il ne reste plus qu'à localiser par tâtonnement le tronc nerveux situé à la sortie du trou oval. Dès que



FIG. VI

Adamantome volumineux du maxillaire inférieur
(hôpital de la Pitié).

En bas de la tumeur, on voit une cicatrice en croix de Lorraine, blanche, trace d'une opération faite il y a quelques années. Ce cas fut diagnostiqué récemment: sarcome inopérable. La tumeur communiquait avec la bouche et sécrétait un pus fétide et abondant; insomnie, alimentation purement liquide... L'anesthésie fut commencée par l'injection paravertébrale du plexus cervical, l'injection du nerf maxillaire supérieur par voie orbitaire et l'infiltration simple du menton et de la lèvre inférieure sur la ligne médiane; ces trois temps d'injection anesthésiante ont permis la ligature de la carotide externe et une section allant depuis le milieu du cou, jusqu'à en dehors de la paupière, en passant par le menton et la joue.

le patient aura ressenti une douleur fulgurante dans les dents inférieures, la lèvre, la langue et la tempe, injecter 2 c.c. de la solution à 2 p. 100. Dès lors, le patient aura la moitié de la face insensibilisée, moins la zone frontale. Il va sans dire que cette injection ne permet pas à l'opérateur de poursuivre son travail jusqu'à la ligne médiane, et ceci à cause de l'anastomose. Par conséquent, si l'acte opératoire s'étend jusqu'à la symphyse, il faut faire deux autres injections supplémentaires du côté opposé, c'est-à-dire aux trous sous-orbitaire et mentonnier. Il faut tenir compte du plexus cervical s'il s'agit d'incisions externes. Comme résultat de cette méthode, nous voyons apparaître quelquefois une paralysie momentanée des muscles de l'oeil, des hématomes orbitaires ou de la fosse ptérygo-maxillaire, un trismus passager; tous incidents sans gravité.

Cette méthode est indiquée quand les deux maxillaires d'un côté nécessitent un acte opératoire important, tels que: résections typiques ou atypiques, sarcomes, lipomes, fractures doubles et adénomes. Cette technique serait fort utile pour les blessés de la face.

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Par **Jules ARCHAMBAULT,**

Chef adjoint au service de Dermato-syphiligraphie de l'Hôtel-Dieu,
Sérologiste du Ministère de la Santé.

Il ne sera possible d'enrayer la syphilis qu'en autant que chaque médecin voudra coopérer à un plan général d'attaque.

a) En dépistant la maladie parmi ses propres clients.

b) En la traitant suivant des méthodes thérapeutiques approuvées et bien comprises ou, au besoin, en dirigeant les syphilitiques à des confrères spécialisés, soit pour avis, soit pour traitement.

La syphilis est extraordinairement répandue. Elle ne respecte ni l'individu ni la classe ni le milieu social, bien qu'elle soit moins répandue dans les districts ruraux que dans les centres urbains où elle atteint, aux Etats-Unis, 6 à 7 pour cent de la population.

Tout médecin spécialiste, ou praticien, déterminé à la dépister la retrouvera chez un certain nombre de ses clients, s'il pratique chez tous l'examen du sang.

Le Wassermann devrait être le complément de tout examen clinique. Il révèle 95% des syphilis non traitées, à toutes les périodes, sauf durant les quinze premiers jours du chancre initial où la preuve de l'infection relève de l'ultra-microscope.

LA TRANSMISSION de la syphilis se fait généralement par contact direct. Avec le chancre, les foyers de dissémination par excellence de la syphilis sont les plaques muqueuses et les syphilides érosives ou végétantes des plis de la peau et autres régions humides. On les retrouve avec une extrême fréquence durant les premières années de l'infection. Elles peu-

vent récidiver durant toute la période secondaire, mais rarement au delà. Après la quatrième année, 96% à 97% des syphilis ne sont plus contagieuses.

Ainsi les dangers de transmission pour la syphilis acquise se trouvent-ils pratiquement limités aux quatre ou cinq premières années de l'infection (Moore, Stokes, Parran, etc.)

Il en est tout autrement pour la syphilis congénitale. Elle est transmissible au fœtus par la mère, quelle qu'ait été la durée de son infection.

UN PLAN D'ATTAQUE en vue d'enrayer la syphilis se résume à deux propositions principales:

1°. Dépister toutes les infections récentes et rechercher la syphilis chez toute femme en état de grossesse.

2°. Appliquer sans retard le traitement qui fera disparaître d'une manière permanente tout danger d'infection, ou préviendra la syphilis congénitale.

Cette concentration de l'effort sur les syphilis récentes et celles de la grossesse ne doit nullement détourner l'attention des syphilis tardives. Leur traitement, s'il est institué durant la période latente, préviendra l'apparition de symptômes cardiovasculaires ou nerveux, causes d'incapacité permanentes, partielles ou totales.

Evolution et Diagnostic

Syphilis primaire

La syphilis débute cliniquement avec l'apparition du chancre après une *incubation moyenne de vingt à trente jours*, rarement de soixante ou plus.

1. Ce premier article du docteur Archambault sera complété par d'autres à être publiés dans les prochains numéros de l'*Union Médicale*.

Dès les premiers jours qui suivent la contamination, le tréponème passe à la fois dans les ganglions, par la voie lymphatique, et dans le sang qui l'amène à la rate et aux autres viscères. La dissémination des germes se produit en moins de 24 à 72 heures chez le lapin ou le singe inoculé (Neisser, Engman et Ebersson, Brown et Pearce). Ces germes encore en petit nombre, ne semblent pas séjourner dans le sang et encore moins y pulluler. Il n'y aura d'infection, au sens strict, qu'après que les tréponèmes se seront fixés et multipliés dans les tissus profonds, de la lésion initiale d'abord, puis de l'organisme tout entier.

L'infection générale atteindra son point culminant avec l'écllosion secondaire, mais elle est réalisée beaucoup plus tôt, sans toutefois se manifester avant l'apparition des réactions sérologiques.

Normalement c'est du dixième au vingtième jour après l'apparition du chancre que le sang devient positif. Ce moment marque une étape importante au point de vue du pronostic de la syphilis primaire. Traitée dans sa phase préhumorale, c'est-à-dire séro-négative, la syphilis est presque toujours guérissable. Elle ne l'est plus que dans quatre-vingt-quinze pour cent des cas lorsque le traitement intervient en période humorale, après que le sang est devenu positif. D'où l'importance d'un diagnostic précoce.

L'évolution du chancre dure de trois à cinq semaines, l'induration persiste davantage.

DIAGNOSTIC DU CHANCRE. En présence de toute lésion génitale ou extra-génitale suspecte, il faut faire la preuve que la syphilis n'est pas en cause.

La durée de l'incubation (20 à 30 jours); les caractères cliniques du chancre: exulcération rouge et arrondie, lisse, à bords limités non décollés, sur base indurée; l'adénopathie indolente, orientent le diagnostic. Il faut toujours le confirmer par la recherche directe des tréponèmes dans la sérosité du chancre.

Au médecin qui ne possède pas d'ultra-microscope, on conseille soit d'adresser le malade

à un laboratoire d'hôpital, soit de prélever la sérosité du chancre dans un tube capillaire, suivant les indications fournies avec les nécessaires du Ministère de la Santé et de les expédier sans délai au laboratoire.

Il faut bien s'assurer qu'aucun antiseptique n'a été appliqué sur l'ulcération depuis 24 heures. S'il en est autrement, prescrire un pansement au sérum et retarder le prélèvement au lendemain.

On peut encore rechercher le tréponème dans le suc ganglionnaire, par ponction directe d'un ganglion satellite, à travers la peau stérilisée au préalable.

Toujours prélever le sang du malade en même temps que les sérosités. Les tests sérologiques deviennent rapidement positifs après le dixième jour, ils le sont le plus souvent déjà au moment où le patient vient consulter. Leur positivité fournit du coup la preuve de l'infection et de sa généralisation.

Pour éliminer la syphilis, il ne suffit pas d'un seul test négatif: Ultra et Wassermann doivent être répétés plusieurs fois. Pour dépister le chancre mixte, continuer les examens sérologiques à intervalles d'une ou de deux semaines pendant trois mois. Ce procédé de diagnostic s'impose chez toute femme que l'on sait avoir été exposée à la contamination.

Syphilis secondaire

C'est la période septicémique caractérisée par des manifestations éruptives généralisées, polymorphes, spontanément résolutives et récidivantes.

La roséole débute en moyenne trente à quarante-cinq jours après le chancre. On peut voir apparaître, dans la suite, des syphilides papuleuses, papulo-squameuses, ulcéreuses, l'alopecie en clairière (du troisième au sixième mois), le collier de Vénus, l'onxyxis. Les syphilides péri-pilaires et acnéiformes sont de la deuxième année. Les formes tardives se caractérisent par le petit nombre des éléments éruptifs, fréquemment groupés en cercles, fragments de cercle ou autres configurations. Sur toutes les muqueuses et dans les plis cutanés

se présentent, avec une extrême fréquence, les plaques muqueuses et les syphilides papulo-érosives. Ce sont des foyers éminemment contagieux et récidivants.

Les manifestations du type secondaire sont fréquentes durant les deux premières années de l'infection et exceptionnelles après la quatrième. Aussi place-t-on la limite de la période secondaire vers la fin de la quatrième année. Cette délimitation est par ailleurs conventionnelle. En réalité, à quelque période qu'elle se produise, *une éruption qui disparaît sans laisser de trace est de nature secondaire*, tandis qu'au contraire *toute lésion aboutissant à la cicatrice appartient au stade tertiaire*.

DIAGNOSTIC. En vertu de leur polymorphisme, les syphilides secondaires présentent des points de similitude avec la plupart des dermatoses. Aussi faut-il, devant toute affection cutanée ou muqueuse, discuter systématiquement le diagnostic de syphilis. Heureusement, ce diagnostic sera tranché dans la presque totalité des cas par les tests sérologiques, la positivité de leur résultat étant constante durant l'évolution de la syphilis secondaire floride normale.

Toute éruption généralisée suspecte, toute lésion bucco-pharyngée du type plaque muqueuse, *qui ne s'accompagne pas d'une sérologie positive*, relève presque toujours d'une étiologie autre que la syphilis. Il n'y a pratiquement d'exceptions à cette règle que dans la syphilis déjà traitée et récidivante.

En présence de manifestations suspectes, un résultat sérologique négatif doit toujours être contrôlé par plus d'un examen. Un résultat positif prouve la syphilis mais non la nature syphilitique d'une lésion. Il est évident qu'une affection cutanée autre que la syphilis (eczéma, acné, psoriasis, etc.) peut évoluer indépendamment chez un syphilitique.

Il y a lieu encore de soupçonner la syphilis secondaire et de recourir aux tests sérologiques toutes les fois que l'on constate une iritis, des douleurs ostéopériostées, une angine ou une laryngite persistant au delà de dix jours, une

céphalée vespérale intense, une micropolyadénite généralisée.

Syphilis latente

Les foyers de tréponème organisés dans les tissus et les viscères durant la généralisation septicémique continuent à évoluer après la disparition des symptômes secondaires, chez les syphilitiques laissés à eux-mêmes ou insuffisamment traités.

Cette étape cliniquement muette où l'évolution de la syphilis ne se poursuit pas moins, est souvent entrecoupée de récidives du type secondaire ou tertiaire; elle se prolonge quelquefois indéfiniment sans manifestations.

Dans l'ensemble, les périodes latentes représentent un tiers de la durée moyenne de toute syphilis. C'est-à-dire que *chez un tiers des syphilitiques l'infection existe sans symptômes cliniques* et se révèle uniquement par la positivité des tests sur le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Neuf fois sur dix une sérologie positive est le seul symptôme de syphilis chez la femme en état de gestation.

L'examen du sang permet de diagnostiquer de 80 à 90 pour cent des syphilis asymptomatiques récentes, et 70 pour cent de toutes les syphilis latentes.

Quoique leur nombre soit restreint, il reste des syphilis qui, à certains moments de leur évolution, échappent aux moyens de diagnostic de la clinique et du laboratoire. Cette latence clinique et sérique peut survenir spontanément au cours d'une syphilis ancienne; le plus souvent elle est le fait de traitements insuffisants administrés en période primo-secondaire, et la rémission sérologique n'est que temporaire, sa durée variant de quelques mois à plusieurs années. Le réveil de la positivité précède d'ordinaire les récidives cliniques. On tiendra sous observation les syphilitiques dont l'histoire révèle un traitement irrégulier ou incomplet, même si leur sang est négatif, même si leur liquide céphalo-rachidien est normal.

L'examen du sang est le complément nécessaire de tout examen médical. Il faut le pratiquer systématiquement sans attendre que les commémoratifs ne fassent soupçonner l'existence d'une syphilis latente.

Lorsqu'elle est l'unique symptôme de syphilis chez un patient, la sérologie positive doit être confirmée par le résultat d'un second examen.

La positivité des résultats obtenus sur le sang prouve la syphilis, mais avant d'en entreprendre le traitement *il est important de dépister la syphilis nerveuse par une ponction lombaire.* Dans 15 pour cent des syphilis latentes il existe des anomalies du liquide céphalo-rachidien (Moore). Les malades chez qui on les retrouve doivent être considérés comme souffrant de syphilis nerveuse, à la période pré-clinique. Leur pronostic et leur traitement diffèrent du pronostic et du traitement de la syphilis latente.

Syphilis tertiaire

La syphilis tertiaire se caractérise par des lésions destructives et profondes, d'ordinaire isolées ou groupées en une zone limitée, avec tendance au polycyclisme. A la peau prédominent les tubercules et les gommages; *toute syphilis produisant une destruction du derme ou de l'hypoderme appartient à la période tertiaire.* Aux viscères et au système nerveux l'infiltration scléreuse et scléro-gommeuse est de règle.

Dans un grand nombre de cas, les accidents tertiaires n'apparaissent jamais. Par contre ils peuvent être précoces et se manifester dès la deuxième année. Le plus souvent il existe entre les périodes secondaire et tertiaire un entr'acte (syphilis latente) qui peut durer des mois ou des années. La période tertiaire a une durée indéfinie.

Les manifestations cliniques des syphilis viscérales sont la plupart du temps tardives. 87% des paralysies générales apparaissent de la sixième à la quinzième année (Fournier). Le tabès se manifeste dans les mêmes délais. Ces formes tardives, rebelles au traitement,

sont encore appelées quaternaires. Enfin le terme parasyphilis n'est applicable qu'à des lésions où la sclérose seule existe, sans tréponème: leucoplasie linguale et buccale.

DIAGNOSTIC. Penser toujours à l'étiologie syphilitique possible de toutes les affections cutanées, osseuses, viscérales ou nerveuses, car la syphilis lèse tous les tissus et y réalise tous les syndromes connus (Gougerot). Dans tous les cas, faire la séro-réaction. Elle donne de 85% à 95% de résultats positifs dans le sang pour la syphilis viscérale, cardio-vasculaire ou cutanée tertiaire. Le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux non traités est presque toujours positif (Sezary), leur sang l'est 98 fois sur 100 (Kolmer).

Ne pas oublier qu'un résultat positif prouve seulement que le malade est syphilitique. Il reste au médecin à établir le rapport entre la maladie et la lésion qu'il observe.

L'examen clinique doit s'étendre à tous les organes, aux réflexes, aux stigmates de syphilis. Le compléter par une fluoroscopie, par une radiographie de l'aorte.

Toujours faire une ponction lombaire pour dépister la syphilis nerveuse.

Guérison de la syphilis

La réinfection accidentelle par le tréponème, observée chez un petit nombre de syphilitiques, a longtemps été admise comme une preuve absolue de leur guérison. Mais il a été démontré depuis que la superinfection est fréquente et la réinfection syphilitique rare. (Raoul Bernard, Carle et Marcel Pinard, Congrès de Bruxelles, 1926).

De l'étude de 237 cas de réinfection rapportés dans la littérature médicale, et de 40 malades observés, Stokes, Moore, O'Leary, Paron, etc., concluent qu'aucune preuve irréfutable n'existe d'une réinfection véritable par le tréponème. (Congrès de Dermatologie de Copenhague, 1930).

Même s'il n'existe pas de critérium de guérison pour le syphilitique, on doit tout de même admettre que l'absence de symptômes cliniques et sérologiques dans le sang et dans le

liquide céphalo-rachidien durant toute la vie, avec la pleine jouissance d'une santé normale, avec la possibilité de procréer des enfants sains, équivaut pratiquement à une guérison.

Que ce résultat ait été obtenu par le traitement chez de nombreux syphilitiques, ceci ne laisse aucun doute. Il est même possible d'établir, sur une longue expérience, les conditions essentielles de cette guérison symptomatique.

Elles comprennent:

1°. Un traitement énergique entièrement complété, d'une durée conforme à celle qu'exigeait l'étape de l'infection à laquelle il est intervenu. Pour être complet un traitement doit être continué douze mois ou davantage après que le sang est négativé.

2°. Un délai d'une année depuis la dernière médication sans qu'aucun symptôme clinique ne soit apparu, ni qu'aucun signe sérologique n'ait été observé dans le sang, examiné tous les deux mois, ni dans le liquide céphalo-rachidien. Une ponction lombaire est par conséquent de rigueur.

3°. A la fin de cette année d'observation, un examen clinique établissant l'absence de toute manifestation cutanée ou viscérale, et en particulier de toute lésion du système nerveux central.

Le malade qui aura heureusement franchi ces étapes successives sera considéré guéri et autorisé à se marier. On l'engagera quand même à se soumettre annuellement à un examen clinique et à un test du sang. Des examens radiologiques du cœur et de l'aorte lui seront conseillés vers la cinquième et la dixième année. S'il s'agit d'une femme, certains syphili-graphes sont d'avis qu'on ne peut la dispenser de traitements systématiques pendant ses premières grossesses.

Ponction lombaire

L'atteinte des centres nerveux par le tréponème est le plus souvent précoce. Durant la période secondaire s'organisent déjà, à la moëlle et à l'encéphale, des lésions qui évolue-

ront à longue échéance vers les syndromes cliniques du tabès, de la paralysie générale et d'autres formes de la syphilis nerveuse. La plupart de ces redoutables complications seraient évitées par un traitement intensif et précoce de la syphilis, par l'examen systématique du liquide céphalo-rachidien et, s'il y a lieu, par l'application de thérapeutiques spéciales à la syphilis nerveuse.

Il faut choisir pour faire la ponction lombaire le moment où elle donnera, en temps utile, le maximum de renseignements. Théoriquement, ce serait après la quatrième année de l'infection. Les directives du Département de la Santé de Washington comportent deux examens du liquide céphalo-rachidien, l'un au sixième mois, l'autre durant l'année qui suit le dernier traitement. La plupart des syphili-graphes, avec Jeanselme, Sezary et Gougerot, se limitent à une seule ponction à être faite sous le plus bref délai à la fin du traitement, c'est-à-dire vers la deuxième ou la troisième année, dans la syphilis récente.

Dans la syphilis tardive, on pratiquera systématiquement la ponction lombaire avant d'instituer le traitement.

Il est bien entendu qu'en aucun temps l'apparition de symptômes nerveux chez un syphilitique précise l'indication de la ponction lombaire.

Le traitement de la syphilis

Pour instituer le traitement de la syphilis, on doit se baser sur les faits suivants:

1°. Les arsenicaux trivalents, 606 ou 914, ont prouvé leur supériorité sur tous les autres médicaments antisyphilitiques.

Un autre trivalent, le sulfarsénobenzol, du fait qu'il est injectable par la voie intra-musculaire, convient particulièrement au traitement des jeunes hérédos et aux patients dont les veines sont inaccessibles.

2°. Les arsenicaux pentavalents: tryparsamide, stovarsol sodique, acétylarsan, arsaminol, doivent être exclus du traitement de l'infection syphilitique en général à cause de leur action tréponémicide faible (10 fois plus faible

que celle des trivalents, d'après Sezary) et de leur toxicité pour le nerf optique.

Par contre, l'affinité des pentavalents pour la fibre nerveuse rend la tryparsamide et le stovarsol sodique utiles dans le traitement de certaines formes de la syphilis nerveuse. Examiner le fond de l'œil avant et, à plusieurs reprises, durant la première série. Il est recommandable de répéter l'examen avant chacune des séries subséquentes. Toute modification de l'acuité ou du champ visuel oblige à interrompre le traitement.

3°. Au traitement arsenical, il faut associer un métal lourd: en règle générale, le bismuth insoluble, plus actif que le mercure.

4°. Le traitement doit être continu ou ne comprendre que de courts intervalles de repos. Il doit être poursuivi avec une régularité quasi mathématique (Sezary).

5°. Il faut prolonger le traitement de douze à dix-huit mois après la disparition des symptômes cliniques et la négativation des tests sérologiques.

L'expérience générale, en outre d'avoir établi ces points, permet encore de formuler un schéma de traitement applicable aux syphilis récentes et aux infections latentes, pourvu que le malade soit relativement jeune, normalement constitué et exempt de tares organiques.

L'œuvre du médecin sera d'adapter ce traitement à chaque cas, en surveillant les réactions individuelles et les fonctions organiques, toujours en s'efforçant d'atteindre les doses maxima calculées par rapport au poids de l'individu.

Schéma de traitement d'attaque pour la syphilis récente

Début. Examen du sang. Première série de novarsénobenzol.

Première injection de 0.15 ou 0.30; 2 à 3 jours plus tard, 0.30 ou 0.45; le 7^e ou le 8^e jour, 0.45 à 0.60; puis une injection par semaine en progressant aussi rapidement que possible pour atteindre les doses de 0.90 chez l'homme et 0.75 chez une femme de poids moyen.

N'arrêter la série qu'après avoir atteint les doses totales de 8 à 9 grammes chez l'homme d'un poids moyen de 150 livres, et de 7 à 8 grammes chez une femme pesant 120 livres ou plus. On atteindra même 9 grammes chez la femme et 10 grammes chez l'homme (Marin).

La dose maxima pour une injection est de 0.15 de novar par 22 livres de poids. S'il faut la réduire, le nombre des injections sera augmenté, de manière à ne pas varier la dose totale de la série.

Note. Lorsque le traitement est institué tardivement en période secondaire ou en période latente, il est prudent de l'amorcer par une série de 6 à 8 injections de bismuth afin d'éviter la réactivation des tréponèmes. (Voir réactions d'Herxheimer).

Le bismuth peut être associé au novar dès le début du traitement des syphilis primaires et secondaires. (Voir Traitement Conjugué).

11^e sem.: Arrêt de trois semaines pendant lequel on donnera avec avantage une injection intramusculaire de bismuth insoluble par semaine.

14^e sem.: Examen du sang. Deuxième série de novar. La commencer par 0.45, la tolérance du malade pour le médicament étant déjà connue. On peut, de 0.45, passer tout de suite à 0.75 et 0.90 (Marin). Répéter ces doses jusqu'à ce que soit atteint le total de la première série.

24^e sem.: Série de bismuth, une injection par semaine (sel insoluble). Cesser le bismuth après la 5^e semaine pour revenir au novar.

29^e sem.: Examen du sang. Troisième série de novar semblable à la deuxième.

39^e sem.: Série de bismuth durant 8 semaines. 10 à 14 injections intramusculaires d'un sel insoluble, espacées de 4 à 5 jours.

46^e sem.: Examen du sang. Quatrième série de novar.

57^e sem.: Série de bismuth durant 10 semaines. 10 à 14 injections intramusculaires d'un sel insoluble.

67^e sem.: Examen du sang. Cinquième série de novar.

78^e sem.: Série de 14 bismuth.

Dans ce plan schématique seront introduites certaines modifications dérivant soit des modalités de l'infection, soit des signes d'intolérance vis-à-vis des médicaments.

Durée du traitement d'attaque

Une seule éventualité autorise à réduire la durée du traitement tel que schématisé, c'est la *syphilis primaire préhumorale*, diagnostiquée par l'ultramicroscope dès les premiers jours du chancre. Elle peut être entièrement jugulée par un traitement abortif intensif de 14 à 16 mois comprenant 4 séries de novar et 30 bismuth. Encore faut-il s'assurer, par des examens de sang répétés à chacune des dix premières injections et au début de chaque série de novar, que la sérologie, négative au début, ne présentera en aucun temps une phase positive (crochet positif de Tzanck) indiquant la généralisation de l'infection.

Les *syphilis primaires séro-positives, secondaires et latentes* datant de moins de quatre ans, sont justiciables du même traitement d'assaut. Sa durée, nécessairement variable, ne peut se limiter à vingt mois que dans les infections toutes récentes, négativées par une seule série de novarsénobenzol.

La disparition des symptômes secondaires, même des syphilides tardives, est trop rapide pour servir de guide dans la durée du traitement. Les signes sérologiques persistent beaucoup plus longtemps. Ils traduisent les modifications apportées au plasma sanguin par l'infection syphilitique générale profonde. Lorsque l'imprégnation de l'organisme par le tréponème a duré plus d'une année, la positivité sérologique résiste parfois sans grande modification à deux ou trois séries de novar, sans qu'il y ait lieu de considérer le malade arséno-résistant. Mais dans la syphilis récente traitée dès les premiers mois, si le Wasserman n'est pas négativé après une année de traitement intensif et continu, il y a lieu de soupçonner un foyer de résistance du côté du système nerveux et de faire une ponction lombaire.

La négativation sérologique ne marque pas le terme du traitement, elle n'est que le jalon annonçant la dernière étape. Il reste à traiter le malade de 12 à 18 mois pour le mettre à l'abri de toute récurrence et le rendre définitivement non contagieux.

Après avoir été continu pendant deux années, le traitement pourra comprendre des périodes de repos de quatre semaines. Ainsi, on fera alterner:

Série de novarsénobenzol de 6 à 7 grammes;

Repos de 4 semaines;

Série de 14 bismuth insoluble, 1 ou 2 injections par semaine;

Repos de 4 semaines.

Examen du sang au début de chaque série.

Traitement des anciennes syphilis

Il arrive trop souvent que la syphilis n'a pas été diagnostiquée à son début ou qu'elle a été insuffisamment traitée. Les moyens de défense de l'organisme, aidés ou non de traitements incomplets, ont eu raison de la septicémie secondaire, mais non de tous les tréponèmes, qui ont continué leur action sur des points limités de l'organisme. Vers la quatrième année sont déjà constituées des infiltrations profondes et des seléro-gommes au niveau des différents tissus, des organes, du système nerveux, bien que la plupart de ces foyers ne se manifestent pas encore cliniquement.

Avant d'entreprendre le traitement d'une syphilis datant de 4 ans ou plus, il faut donc faire: un examen clinique, une réaction sérologique, une ponction lombaire.

Dès qu'un syphilitique présente des anomalies du liquide céphalo-rachidien, il doit être considéré comme souffrant de syphilis nerveuse. Cette forme, la plus grave de la syphilis, est justiciable de traitements spéciaux qu'il est important d'appliquer sans délai et, dans bien des cas, sous la direction d'un syphiligraphie ou d'un neurologue. (Voir le chapitre suivant sur la Syphilis Nerveuse).

Ici nous n'envisageons que le traitement des syphilis anciennes, datant de plus de quatre

ans, se présentant avec un liquide céphalo-rachidien normal.

ECUEILS À ÉVITER. Dans le traitement d'une syphilis ancienne, qu'elle soit latente ou manifestée cliniquement, plusieurs écueils sont à éviter: l'intoxication médicamenteuse, la réactivation des foyers de tréponèmes, les traitements insuffisants.

1) Les phénomènes toxiques sont généralement en rapport avec les déficiences organiques du malade. Surveiller les fonctions du foie et du rein, au besoin doser l'urée sanguine. Se rappeler que l'arsenic est plutôt toxique pour le foie, le bismuth, pour le rein.

Chez les sujets âgés de plus de 60 ans, s'abstenir d'employer le novarsénobenzol, à moins qu'il ne s'agisse de traiter une infection récente.

Dans la moyenne des cas, la posologie du novar sera réduite de 0 gm. 15 à 0 gm. 10 par 22 lbs. de poids pour la dose maxima. Le mapharsen est quelques fois mieux toléré que le novarsénobenzol.

2) La réactivation des foyers de tréponème sous l'effet des premières injections d'arsenic (phénomène d'Herxheimer) peut se manifester à toutes les périodes de la syphilis. Dans les infections récentes ce sont des recrudescences fébriles et éruptives sans gravité qu'il est bon de prévenir par quelques injections de bismuth ou de mercure. Mais chez les anciens syphilitiques, une réactivation de foyer survenant aux méninges, à la moelle ou au cœur serait très grave, voire même mortelle. Il faut l'éviter et *ne jamais commencer le traitement d'une ancienne syphilis par une cure arsenicale*, sauf le cas d'exception où une destruction irréparable serait en voie de se produire. Un traitement de deux mois par le bismuth ou le mercure atténuera suffisamment la virulence des tréponèmes pour prévenir leur réveil.

3) La réactivation des tréponèmes est encore possible après une médication trop vite interrompue. Un traitement insuffisant ne ferait que réactiver des lésions latentes, torpides, peut-être en voie d'extinction spontanée. Ainsi peuvent survenir des complications vis-

cérales qui ne se seraient jamais produites. Mieux vaut s'abstenir que de faire un traitement insuffisant. Il est important que le malade en soit averti.

S'il faut tenir compte de l'état général du malade, des réactivations possibles de son infection, il est aussi essentiel de rechercher la localisation des tréponèmes par un examen clinique détaillé de tous les organes, des réflexes, des stigmates ou cicatrices d'anciennes lésions. Compléter ces recherches par une fluoroscopie de l'aorte, un examen du fond de l'œil et il va sans dire, par une ponction lombaire.

Les syphilis caractérisées par des anomalies du liquide céphalo-rachidien font partie du groupe des syphilis nerveuses qui feront l'objet d'un autre chapitre.

A — Syphilis ancienne latente

Absence de signes cliniques, sang positif. Liquide céphalo-rachidien normal. — On doit conclure qu'il existe, en dehors des centres nerveux, une lésion syphilitique évolutive.

Traiter énergiquement si le sujet est jeune, non taré, si les fonctions de ses organes sont normales. Le traitement de la période secondaire s'appliquera ici avec quelques ménagements. L'amorcer toujours par une série de bismuth.

Première année.

Débuter par le bismuth. Soit 10 à 14 injections d'un sel insoluble, espacées de 4 à 5 jours. Soit 16 bismuth lipo-solubles, 2 par semaine.

Première série de novarsénobenzol, injections hebdomadaires, 0 gm. 30, 0.45, 0.60, 9 fois 0.75 (quelquefois 0 gm. 75 x 3, 0.90 x 5). Total de la série environ 8 grammes, ou même 9 grammes, pour un homme de 150 lbs.

0 gm. 30, 0.45, 10 fois 0.60 (quelquefois 0 gm. 60 x 3, 0.75 x 6). Total, 7 grammes, quelquefois 8 grammes, pour une femme de 125 lbs.

Calculer en moyenne: 0 gr. 10 de novar par 22 lbs de poids pour une injection et 1 gr. de novar par 20 lbs pour une série.

Repos de trois semaines. Wassermann.

Deuxième série de novarsénobenzol, semblable à la première, sauf que l'on commence cette série et les suivantes par 0 gm. 45.

Deuxième série de bismuth: 10 à 12 injections intramusculaires d'un sel insoluble, espacées de 4 à 6 jours. Wassermann.

Troisième série de novar.

Deuxième année.

Repos de trois semaines. Wassermann.

Troisième série de bismuth semblable à la deuxième.

Repos de trois semaines. Wassermann.

Quatrième série de novarsénobenzol.

Repos de trois semaines. Wassermann.

Quatrième série de bismuth.

Repos de trois semaines. Wassermann.

Cinquième série de novar.

Le traitement aura une durée minima de quatre années, même si la négativation sérologique est rapide, ce que l'on observe rarement dans les syphilis anciennes. On s'attend plutôt à des résistances sérologiques partielles ou totales, malgré un traitement intensif de plusieurs années, malgré l'absence de tout signe clinique. Dans ces cas, si le liquide céphalo-rachidien est normal, le pronostic, tout en étant réservé, n'est généralement pas grave. (Sezary, Earl Moore.) Le malade doit tout de même rester sous surveillance.

B — Syphilis ancienne manifestée cliniquement

Présence de manifestations cutanées, osseuses, viscérales. — Liquide céphalo-rachidien normal.

Le traitement doit être ici dirigé et modifié suivant la lésion évolutive et l'organe atteint.

CŒUR. — L'insuffisance cardiaque chez un syphilitique relève des toni-cardiaques et des diurétiques. Il faut attendre qu'une compensation suffisante soit établie avant d'instituer le traitement anti-syphilitique. L'hypertension artérielle ne constitue pas en elle-même une contre-indication au novar. Dans les aortites, avec ou sans ectasie, dans les artérites périphériques, le 914 seul ou associé a donné quelquefois de meilleurs résultats que le mercure

et le bismuth (Sezary et Heitz). Cependant il est prudent de toujours commencer le traitement par le bismuth ou le mercure et, si l'on veut employer l'arsenic chez les hépato-gression lente sans dépasser les doses moyennes. Procéder de même avec le mapharsen.

REIN. — Traiter d'abord l'insuffisance rénale suivant le type de la rétention, par le régime hypoazoté ou déchloruré et par les diurétiques. Le bismuth sous toutes ses formes et le mercure insoluble sont à rejeter. On aura recours au cyanure de mercure et au novar, à doses moyennes, pourvu que l'azotémie ne dépasse pas le taux de 0 gm. 60.

POUMON. — Dans la tuberculose pulmonaire évolutive, des poussées congestives avec hémoptysie sont quelquefois favorisées par le novar et les autres arsenicaux. On les emploie sans danger dans les formes torpides de la maladie.

FOIE. — Le mercure est le médicament de la syphilis hépatique. Une insuffisance moyenne ne contre-indique pas le bismuth. L'iodure est un adjuvant utile dans l'hépatite scléro-gommeuse. Il faut être d'une extrême prudence si l'on a recours au novar, de suivre une prophylaxie.

Dans tous les cas où la médication arsenicale est possible, se rappeler qu'il est préférable de ne pas l'instituer d'emblée à moins d'urgence, et qu'il faut toujours l'associer au bismuth ou au mercure.

Dans le traitement de la syphilis viscérale, on fera alterner les séries de novar ou de mapharsen, parfois mieux toléré, avec les séries de bismuth ou de mercure, sans atteindre nécessairement les doses maxima, soit pour une injection, soit pour une série.

Ici, le but qu'on se propose est plutôt l'amélioration symptomatique que la guérison définitive du malade.

L'iodure de potassium est une médication complémentaire quelquefois utile dans le traitement des scléroses et des gommés. Il n'a d'action ni sur les spirochètes ni sur la sérologie.

Il faut noter que les signes cliniques dus aux destructions et aux scléroses ne cèdent pas au traitement: signes aortiques, anévrisme, etc.

CHIRURGIE PRATIQUE

SYNOVITES AIGUËS DES GAINES DE LA MAIN

Par J.-C. FAVREAU,

Chirurgien-orthopédiste de l'hôpital Sainte-Justine.

Ces lésions sont généralement connues sous les dénominations suivantes: « fourchette » ou encore « empoisonnement de sang de la main ». Elles sont, d'une façon générale, mal comprises et mal traitées. Beaucoup de braves ouvriers sont aujourd'hui des mutilés parce qu'on n'a pas fait pour eux ce qui aurait dû être fait.

C'est pourquoi nous avons cru faire œuvre utile en inaugurant cette série de notes mensuelles sur la thérapeutique chirurgicale appliquée par cette question du traitement des synovites des gaines de la main. Le médecin praticien de la campagne en particulier voit un très grand nombre de ces infectés de la main et il doit être en mesure de leur rendre le plus grand service. Il n'est pas nécessaire d'être un chirurgien d'hôpital pour traiter et guérir sans séquelles une synovite des gaines; il suffit de savoir ce qu'il faut faire et le faire à temps.

Le traitement de cette affection, comme beaucoup d'autres, doit être médical ou chirurgical.

Les méthodes médicales consistent en vaccins (propidon ou autre), en bains chauds, en pansements humides chauds alcoolisés et en cataplasmes.

Les méthodes chirurgicales visent à ouvrir et à drainer la collection purulente, sans léser dans la mesure du possible l'appareil de glissement qui permet aux tendons de fonctionner. Cette méthode chirurgicale est très souvent combinée à un temps orthopédique consistant à immobiliser la main en position de fonction.

Choix du traitement

L'indication opératoire dépend essentiellement du moment où l'on examine la lésion.

S'agit-il d'une lésion initiale ou, au contraire, d'une lésion diffuse?

a) *Lésion initiale.* Il ne faut pas opérer avant d'avoir un diagnostic précis sur la localisation du pus; autrement, on risque d'intervenir sur une gaine saine en passant à travers une zone infectée. Pendant les quelques heures ou quelques jours où le diagnostic est encore hésitant, il faut faire du vaccin en le combinant aux bains chauds ou cataplasmes. Il peut arriver que l'infection cède à ce traitement médical; nous en avons vu des exemples.

b) *Lésion diffuse.* Par contre, dès que la suppuration est évidente, il faut intervenir immédiatement.

Une anesthésie générale est pratiquement indispensable. L'anesthésie locale ne permet pas une intervention suffisante et efficace. D'ailleurs, elle est pratiquement impossible à réaliser.

Le tracé de l'incision est un second point important à déterminer. Il dépend évidemment de la localisation anatomique. A la main, l'incision doit être faite dans l'espace intertendineux, c'est-à-dire entre les tendons fléchisseurs. Ceux-ci seront ainsi respectés et leur appareil de glissement sera conservé à la fonction. Ces incisions, longues de un pouce à un pouce et demi, seront au nombre de une, deux ou trois selon le besoin.

Aux doigts, il faut également bannir les incisions médianes. Les meilleurs résultats sont obtenus par des incisions latérales entre les articulations.

Les incisions ainsi comprises ont toutes les qualités opposées aux inconvénients des incisions pré-tendineuses: elles drainent directement là où est le pus; elles drainent au point

déclive sans léser aucun organe important, sans laisser de cicatrices rétractiles. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les résultats en soient meilleurs. La technique est simple; mais encore faut-il la connaître et l'appliquer au bon moment.

Un bon drainage complète une bonne incision. C'est la mèche de gaze iodoformée ou mieux le petit drain de caoutchouc souple. Il faut bannir les tubes durs parce qu'ils ont le grave inconvénient de traumatiser en profondeur. Mèches et drains doivent être remplacés le moins souvent possible.

Traitement post-opératoire

Dans les cas graves, s'il n'y a pas eu de vaccins avant l'opération, il est de bonne règle de les appliquer après, sans oublier le sérum antitétanique.

Par contre, on ne donnera ni bain, ni cataplasme, à cause du danger de surinfection provoqué par ces traitements. De grands pansements humides chauds aseptiques et fortement alcoolisés répétés toutes les huit heures, sont plus sûrs et tout aussi efficaces que les grands bains.

Dès que la période phlegmoneuse de suppuration est terminée, dès que la température est tombée, dès que l'œdème est en pleine régression, il faut cesser ces pansements humides et appareiller la main. L'immobilisation rigou-

reuse par une planchette, une attelle métallique ou plâtrée, favorise grandement la guérison rapide. Vers le huitième ou le dixième jour, il faut supprimer toute immobilisation et commencer la mobilisation active et passive.

Pronostic

Le bon résultat final fonctionnel et esthétique ne dépend pas seulement de l'incision, de l'agent microbien et de la longueur de l'évolution.

Il dépend encore de l'âge du sujet. Avant trente ans, le pronostic est toujours favorable; entre trente et cinquante ans, le résultat devient plus aléatoire; après cinquante ans, il est très souvent mauvais.

Il dépend enfin de la variété anatomo-pathologique de la lésion. Les suppurations intrasynoviales donnent les meilleurs résultats, les formes diffusées, les plus mauvais, surtout quand la diffusion atteint l'espace palmaire médian profond.

Il y a donc un élément de résistance personnelle du sujet à l'infection sur lequel nous ne pouvons rien. Evacuer le pus de la meilleure façon possible: voilà tout ce que nous pouvons et tout ce que nous devons faire. En mettant en pratique les conseils classiques admis par tous ceux qui s'intéressent de près à cette question des infections de la main, vous aurez fait votre devoir.

VARIÉTÉS

LA MÉDECINE ET AUTRES CHOSES

Par **Wilder PENFIELD**¹.

Si le titre de mon allocution vous eût annoncé un entretien sur *l'économie politique*, ou même sur les *universités*, vous m'eussiez sans doute jugé hors de mon élément, et, pour le moins, présomptueux. Je suis tout à fait de votre avis, mais je vous en prie, accordez-moi, après quelques remarques strictement médicales, le privilège de l'orateur des fins de dîner, à savoir: la libre digression, celle-ci dût-elle me conduire jusqu'à l'économie politique. Quelles que soient, du reste, les différences qui séparent l'économie politique et la médecine, ces deux sciences ont au moins en commun la brusque multiplication de leurs problèmes et la complexité croissante de leur solution. Chacune demande de la part des universités une attention plus étroite, et chacune se doit de mieux exprimer dans la pratique ses divers aspects théoriques.

Si je vous parlais de quelque maladie bien définie et que la presse allait s'emparer de ma leçon, je vois d'avance le monceau de lettres inutiles qui viendraient encombrer mon courrier, la semaine prochaine, — non pas de vous qui êtes bien renseignés, — mais de ceux qui ne savent pas interpréter l'information que leur servent les quotidiens. Je dis que ces lettres seraient inutiles parce que inspirées par les conceptions médicales à peu près toujours erronées de journalistes non initiés. Ce sont les malades chroniques, ces désappointés, ces incompris souvent incurables, qui s'accrochent aux planches de salut illusoire et prêtent l'oreille aux racontars les plus extravagants.

En juin dernier, je présentais à San Francisco un travail sur un sujet scientifique. Un

reporter de la Presse Associée, sans doute ahuri à la fin d'une séance singulièrement terne, réunit des bribes de tous les autres travaux et m'attribua une fantaisie assez extraordinaire sur le traitement par l'électricité de la folie et de certaines autres maladies. Résultat: haussement d'épaules dans les milieux médicaux, et une avalanche de lettres navrantes, comme par exemple celle-ci, expédiée de Rochester, N. Y.: « Cher docteur: Je viens de lire votre annonce dans le journal. Votre traitement me paraît tellement intéressant que j'ai décidé de vous écrire pour en connaître tous les détails. J'ai un petit garçon qui souffre de cette maladie... Il est actuellement sous les soins d'un médecin de Chicago. Nous avons tout tenté pour le guérir, mais rien ne semble réussir... Je désirerais que vous m'écriviez pour me dire combien il m'en coûterait et la durée du traitement qui le guérirait. Je voudrais aussi que vous m'assuriez la guérison. »

On ne doit pas s'adresser directement aux spécialistes. L'ancien médecin de famille n'a pas disparu. Il fait toujours partie de la grande communauté médicale et il doit, aujourd'hui plus que jamais, jouer un rôle important. Si, d'une part, il ne peut pas connaître toute la médecine, d'autre part, il est le seul qui puisse guider intelligemment les malades. C'est lui qui indiquera le spécialiste à consulter; c'est lui qui tantôt empêchera une consultation inutile, tantôt insistera pour l'obtenir lorsqu'il le jugera nécessaire. En vérité, le public a pris l'habitude d'ignorer trop souvent le praticien qui fait tout simplement de la médecine générale. On dirait que l'on craint de se soumettre à des modes d'examen et de traitement qui sont d'un autre âge. On préfère, semble-t-il, consulter d'emblée plusieurs

1. Traduction due à l'obligeance du Dr Jean Saucier. Discours prononcé devant le Canadian Club de Montréal en décembre 1938.

spécialistes, quand on ne se dirige pas vers quelque médocastre ou quelque pseudo-thaumaturge qui soigne d'après des procédés jusqu'ici inconnus. On espère la découverte de la onzième heure, le raccourci miraculeux.

Je suis encore d'avis qu'il faut se méfier des membres de la profession médicale qui, comme je le fais moi-même aujourd'hui, occupent trop souvent la tribune du conférencier. M. Pennyfeather a défini la tribune: « un exutoire de plus à la vanité humaine. » Je me rappelle souvent cette définition lorsque j'assiste à des conférences. Ce souvenir m'est assez pénible en ce moment.

Je me demande si vous avez déjà imaginé les difficultés que rencontre le jeune médecin au seuil de sa carrière. Depuis toujours, les malades s'attendent de trouver en lui, non pas le guérisseur hésitant, mais le maître qui sait tout, le docteur infallible, le prophète. Il arrive parfois que moins la science du médecin est étendue, plus la foi du malade est inébranlable. Plus d'un sage praticien a préféré taire son ignorance que d'avouer sa confusion, et en somme, quel que soit le mécanisme invoqué, la confiance inébranlée du malade a peut-être contribué à aider la nature à le guérir.

« Je le pensai, Dieu le guérit », disait au XVI^e siècle le grand Ambroise Paré. On s'émerveillera de l'habileté de son Assistant si l'on connaît les méthodes de panser les plaies, usitées en ces temps éloignés. Pour éviter la catastrophe, le médecin est souvent en présence du cauchemar familier d'agir sans savoir, et forcé d'expérimenter en se fiant à son sens de l'observation. Les étudiants en médecine sont entraînés à l'observation; les joueurs de poker et les politiciens apprennent à observer; seuls les poètes sont des observateurs-nés.

Je crois bien que l'expérimentation a vraiment commencé le jour où la première dose d'un médicament a été donnée au premier homme qui se traîna frissonnant du marécage où il avait contracté la fièvre jusqu'à sa hutte.

John Hunter, le plus grand chirurgien anglais du XVIII^e siècle, s'est délibérément inoculé la syphilis. L'expérience réussit, mais,

hélas! non pas la cure. Lorsque Hunter eut occupé le premier rang parmi les chirurgiens de Londres (*post hoc non propter hoc*), il trouva même le temps d'enquêter sur l'anatomie et l'économie de la baleine. S'il eût vécu de nos jours, il eût sans doute versé dans l'économie politique.

Nous sommes d'accord pour admettre qu'une foule de maladies ont été conquises par la méthode de l'observation et de l'expérimentation, mais il n'en demeure pas moins encore une multitude d'autres pour lesquelles tout reste à trouver. Plusieurs parmi vous seraient morts si nous n'avions pas su que l'« inflammation intestinale » d'hier est devenue l'appendicite d'aujourd'hui. Ceux-là ont été sauvés par une simple opération. Ils continuent de s'intéresser aux problèmes de l'otosclérose, de la paralysie agitante et même du cancer, dont ils se sentent si peu menacés.

La durée moyenne de la vie a augmenté de 50 à 59 ans dans les trente dernières années. Quant à ce que vous pouvez faire au cours de ce prolongement du bail de votre vie, c'est là votre problème et non le mien. Un chirurgien consciencieux supputant les aléas de certains résultats éloignés d'une opération, ferait peut-être bien de remettre ses honoraires. Je n'ai personnellement jamais vu cela, sans doute, parce que l'argent se dépense trop vite.

Les temps ont changé. Vous croyez que la mécanisation du transport, la diffusion mondiale des nouvelles et les armements modernes ont altéré les problèmes sociaux et politiques. Mais la même chose est survenue en médecine avec l'avènement de l'anesthésie, l'asepsie, les rayons X, les vaccins, les vitamines, l'identification des diverses classes de bactéries, — dont le nombre est comparable à celui des étoiles — les mensurations électriques de l'activité cardiaque et cérébrale, les bibliothèques gorgées de volumes hâtifs sur la neurologie, l'endocrinologie et l'allergie.

Dix ans après sa sortie du *High School*, un jeune homme quitte l'université et l'hôpital pourvu de connaissances dont Galien n'eût jamais rêvé. Toutefois, il ne peut exercer sa

profession en solitaire. Ses manuels seront bientôt désuets. Tout le long de sa carrière, il devra demeurer en contact avec des groupes universitaires, soit directement, soit par ses lectures. De la sorte, il progressera. A la vérité, nous ne pouvons faire machine arrière, pas plus que nous ne pouvons abandonner notre auto contre cheval et voiture.

Les universités doivent tenir les leviers de commande. Les choses sont devenues trop compliquées pour un groupe isolé.

Si ces remarques sont vraies pour la médecine, elles le sont également pour l'économie politique. Vous voyez ainsi que je m'écarte des sentiers médicaux presque à votre insu. Pressés comme nous le sommes aujourd'hui par tant de problèmes économiques et politiques, aussi bien au pays qu'à l'étranger, quel est celui qui peut dresser le bilan des éventualités, s'il n'est pas préparé à envisager la vérité sans préjugés?

Voir la vérité, la détailler en perspective et l'enseigner, telles sont les raisons d'être des universités; et si nous acceptons cette direction, elle doit nous être donnée par nos propres universités canadiennes. Il faut pour atteindre ces fins, que nos institutions universitaires exercent une influence toujours grandissante et que les autorités compétentes mettent à leur disposition des budgets plus généreux.

Peut-être est-il opportun de faire ici un aveu. Il y a quatre ans, au temps où je faisais respectueusement ma demande de naturalisation canadienne, je fus invité à comparaître au siège de la *Royal Canadian Mounted Police*. Je m'y rendis ponctuellement et me trouvai bientôt assis en face d'un « mounty » bien astiqué qui me demanda une seule question: « Que pensez-vous du communisme? » L'inattendu de la question me surprit un peu, et je répondis candidement, sans hésiter, que je n'y avais jamais réfléchi. Ma réponse sembla satisfaire mon interlocuteur, mais je me demande si cet incident a enlevé de la valeur à mes remarques sur la nécessité de la direction universitaire en politique, dans le commerce et dans le génie civil et minier. En

somme, si le même « Mounty » avait arrêté sur la rue quelque gouverneur d'université et lui avait demandé sans plus de préambule ce qu'il pensait du tir aux pigeons, je me demande à quelle réponse fantaisiste il se serait heurté.

Vous me demanderez peut-être pourquoi j'insiste pour que l'université soit l'autorité qui doit nous guider dans toutes les sphères.

Il y a quatre mille ans, Abraham, simple prêtre d'Ur dans le temple du dieu de la lune, n'était pas un professeur d'université lorsqu'il reconnut le vrai Dieu. Il n'y avait pas d'universités aux temps des anciens philosophes grecs et pas davantage lorsque Rome créa un système de lois et établit les rudiments des mesures sanitaires modernes.

Aujourd'hui, les universités sont devenues, par leur enseignement et par leurs bibliothèques, les dépositaires perpétuels de la connaissance et les organisateurs de la recherche. Elles sont un phénomène nouveau sur la surface de la terre, une institution plus permanente qu'un gouvernement et dont le but est moins changeant que les croyances.

Lorsque la grande marée humaine longtemps contenue en Europe septentrionale balaya les Alpes et détruisit le gouvernement de Rome, elle éteignit presque complètement le flambeau de la connaissance. Pendant les quelques siècles qui précédèrent le règne de Charlemagne, on ne rencontrait que quelques rares lettrés, dans les monastères, où les prêtres savaient encore lire et écrire le latin.

Puis vint la période des guildes, première étape dans l'organisation des professions et métiers. Ce mouvement amena les avides de connaissance à se grouper. On peut affirmer que les premières universités furent constituées par ce que l'on pourrait appeler une association de guildes et d'étudiants.

La première université vraiment organisée fut établie à Salerne, au XIe siècle. Cet établissement était consacré à l'étude de la médecine. Au XIIe siècle, l'université de Bologne enseignait la loi, et à Paris s'organisait l'enseignement de la philosophie scolastique.

Dans les universités italiennes, les étudiants avaient à un tel point la direction de l'enseignement que les professeurs étaient choisis et nommés par eux. A Paris, au contraire, les maîtres semblaient avoir conservé la direction, et bien plus, ceux-ci se faisaient largement payer leurs faveurs. Les cours de la faculté de Paris avaient fréquemment lieu dans les tavernes, et, affirme-t-on, il n'était pas rare que l'on bût l'excédent des honoraires.

Vers la fin du XII^e siècle, un guildes de maîtres prit naissance à Oxford. Ses coutumes s'inspirèrent largement de celles de Paris, et le corps étudiant, tout comme celui de Paris, se distinguait surtout par son ardeur au travail et au combat. On défendait aux étudiants de parler anglais, sauf aux jours de grandes fêtes, où il est très improbable qu'ils aient retenu quelque latin.

Ce fut le pape qui reconnut le premier l'existence officielle des groupes de Paris et d'Oxford, et ce fut l'Eglise et plus tard les princes qui dotèrent les guildes et les transformèrent en lieux de continuelle activité intellectuelle.

Les groupements d'artisans qui réunissaient les divers métiers transmirent peu à peu les traditions de leurs guildes à des syndicats, à des fédérations d'unions et à des chambres de commerce, toutes collectivités qui assuraient une bonne direction. Quant aux groupes des étudiants proprement dits, les universités embryonnaires, malgré l'imperfection de leurs débuts et la lenteur de leur évolution, ils assumèrent un rôle tout à fait différent, celui de découvrir et d'enseigner la vérité, toute la vérité.

Le sort des universités a dépendu jusqu'à un certain point de la qualité de l'enseignement que l'on y donnait, mais bien davantage, je crains de l'admettre, de l'apport financier de l'Eglise et de l'Etat. En beaucoup d'endroits, les dons de certains citoyens, d'anciens gradués et des princes de la finance ont remplacé ceux de l'Eglise.

Il y a environ cent ans, les universités allemandes, financées et contrôlées par l'Etat, en-

trèrent dans une ère de développement considérable. La nouvelle université de Berlin devint un modèle pour la réorganisation des institutions. Dans ce pays, l'on était alors d'avis que l'université était un endroit consacré d'abord à la recherche, et secondairement à la préparation des classes professionnelles et des gouvernants. Néanmoins, soixante-quinze pour cent des gradués choisissaient les carrières politiques.

Cette nouvelle Allemagne, née de l'union des Etats qu'avaient démembrés les armées de Napoléon, n'était pas toute l'Allemagne de Bismarck et de ses généraux. C'était aussi l'Allemagne de Goethe, de Schiller, de Paulsen et de Virchow, et l'extraordinaire orgueil national qui s'y développa correspond à la juste admiration des Allemands pour leur culture, elle-même conséquence d'universités et de gymnases portés au plus haut point de développement.

Depuis la guerre, les universités allemandes ont vécu de leur réputation, et à moins que l'attitude du présent gouvernement totalitaire ne change, il est probable que leur prestige s'évanouisse et qu'elles cessent d'être classées au nombre des centres de recherche.

Aucune nation ne semble pouvoir payer à la fois les frais de la guerre et ceux de l'éducation. La dépense annuelle de l'Angleterre pour l'enseignement supérieur est d'environ cinq millions de livres. Comparez ces chiffres avec ceux des autres budgets. On emprunte des millions pour la guerre, mais je ne connais pas de pays qui ait jamais emprunté pour instruire ses sujets.

L'attitude de l'Angleterre à l'égard des universités a été un peu différente de celle de l'Allemagne. Elle a toujours eu foi en la doctrine d'Arnold, maître du célèbre collège de Rugby, savoir: que le premier but de l'éducation doit être la formation du caractère. Il n'est pas nécessaire que je vous rappelle que les plus grands politiciens comme tous ceux qui sont à la tête de la société ont été formés dans les écoles publiques et les vieilles universités. L'enseignement, en tant que service

rendu à la nation, a toujours été plus poussé en Angleterre que la recherche. Durant les huit cents dernières années, Oxford et Cambridge ont continué de grandir à titre d'institutions privées, mais elles ont constamment compté sur les dons. Dans les débuts, les sources de revenus étaient presque exclusivement de provenance ecclésiastique. Les universités des grandes villes — quelques-unes, dont la nôtre, sont encore jeunes — progressent maintenant à pas de géant, grâce à la collaboration plus intime et à la générosité du public.

Lord Nuffield, fabricant des voitures Morris, et sagace observateur des relations qui existent entre la théorie et les applications pratiques, a récemment offert à Oxford un million et quart de livres pour la recherche médicale. Comme le vice-chancelier, ému, prenait officiellement possession de la somme, il prit fantaisie à Nuffield d'augmenter celle-ci à deux millions et demi de livres. En faisant cet énorme octroi, il soulignait devant l'univers l'importance de la création de fonds permanents pour l'avancement scientifique et pour les applications directes de cet avancement à la pratique médicale.

Je tiens d'un ami de Nuffield qu'une des circonstances les plus importantes qui aient déclenché sa sympathie à l'égard de la profession médicale fut peut-être la rencontre, au début de sa carrière, du grand Canadien sir William Osler, alors « Regius Professor » de médecine à Oxford. Sir William avait conduit sa voiture au garage de Morris pour une réparation urgente. Il était loin de penser que l'actif et jeune propriétaire du garage avec qui il s'entretenait, réaliserait un jour mieux que tout autre les ambitions qu'il chérissait pour la faculté de médecine d'Oxford. Morris fut sans doute gagné par la personnalité et le charme de sir William; la voiture fut réparée dès le lendemain matin, après une nuit de travail; et ainsi naquit entre les deux hommes une amitié qui ne devait plus cesser dans la suite.

Lord Nuffield ne fut pas le seul mécène qui fut influencé par Osler: on rapporte, en effet, que le regretté John D. Rockefeller conçut le projet de doter et d'organiser la recherche médicale à la lecture d'un manuel de médecine d'Osler, dans lequel celui-ci signalait, à côté des éléments connus dans le traitement des maladies, l'immensité des inconnues encore insoupçonnées.

Non épuisée par ses dons magnifiques à la médecine, la générosité de Nuffield se manifesta encore par une nouvelle fondation: un collège consacré aux sciences politiques, élevé à Oxford au coût d'un million de livres.

Je cite ces dons, non pas tant à cause de leur largesse princière que parce que Nuffield a souligné, comme je l'indiquais moi-même tout à l'heure, l'analogie qui existe entre la médecine et les sciences politiques. Il a insisté sur la nécessité de combler le vide qui existe entre la recherche médicale et la pratique de la médecine, en même temps que sur le besoin de remplir les lacunes qui désunissent les recherches économiques et la pratique de la politique. Permettez-moi de citer lord Nuffield à propos de la création du collège qui porte son nom: « Si l'on essaie d'assouvir les désirs du public pour la connaissance dans les sphères non scientifiques, on se rend vite compte qu'il existe un retard, encore plus considérable que dans le domaine scientifique, entre la recherche proprement dite et les applications pratiques. Ce retard, ce vide, cette incompréhension se retrouvent dans les relations qui existent entre l'économiste et le théoricien politique, entre celui qui cherche à améliorer les méthodes de gouverner et d'administrer d'une part, et d'autre part, l'homme d'affaires, le politicien, l'employé civil et le député du comté, pour ne pas mentionner l'homme de la rue. » Il espère que ce nouveau collège donnera à l'industrie un flot de nouvelles recrues.

Selon lui, selon moi, et sans doute aussi selon vous, la fonction de l'université est la recherche de la vérité, mais aussi l'enseignement de tout ce qui concourt à assurer la vie

de la nation. Aussi bien dans la recherche que dans l'enseignement, le programme universitaire doit embrasser l'universalité des choses.

Le Canada est un pays béni, puisqu'il a la paix. Au lieu d'engins de guerre, il possède d'immenses ressources naturelles, et sa richesse est grande. Qu'a-t-il fait depuis deux siècles? Il a peuplé la moitié d'un continent, il a construit des chemins de fer, des églises, des écoles, des universités, il a prouvé à l'univers que deux grandes races peuvent développer leurs propres institutions tout en ayant l'une pour l'autre les sentiments les plus cordiaux, il a produit des hommes comme Laurier, Leacock, Osler, Banting, McRae, Collip.

Et maintenant, que dire de nos universités? Elles sont assurément de bonnes institutions, mais il faut dire qu'elles se sont développées de façon fort inégale. Elles n'ont pas eu suffisamment l'appui des immenses ressources du Canada. Dans leur lutte pour l'existence, elles n'ont pas reçu l'aide efficace et organisée des gouvernements fédéral et provinciaux. Nous n'avons pas encore eu un seul mécène extraordinaire. L'exemple de MacDonal, lord Strathcona et Massey, pour McGill et Toronto, n'est qu'un début. L'Université de Montréal est devant une situation financière extrêmement difficile; elle possède des édifices somptueux qu'elle ne peut occuper.

La province de Québec, qui est assez sage par ailleurs, n'a pas encore d'institution pour le soin et l'étude des épileptiques, et pourtant elle a l'exemple de l'Ontario et des Etats-Unis. Grâce à l'intervention du Dr Douglas, grand-père du présent *principal* de McGill, les aliénés de cette province ont été libérés des prisons, mais ils ne sont encore placés que dans des asiles. Il n'y a pas de section universitaire, anglaise ou française, consacrée à l'étude de la psychiatrie. Je mentionne ces faits parce que, évidemment, ils me touchent de près. Je suis bien certain, cependant, que les sciences sociales et politiques sont encore plus délaissées que les sciences biologiques.

On voit trop rarement au Canada les octrois de bourses d'études supplémentaires, comme

c'est la coutume en Angleterre et aux Etats-Unis. Nous avons grand besoin de boursiers universitaires à nos propres universités.

Je serais le dernier à m'opposer aux études en Europe, mais il semble qu'un nouveau courant d'influence vers le nouveau monde est indéniable. Il est temps que nous entrions dans une ère d'avancement intellectuel et que nous songions, au moins, à partager la direction universelle.

La double fonction de l'université est la recherche et l'enseignement. Si un professeur fait également de la recherche, son influence est habituellement plus stimulante, et inversement; l'enseignement fait de lui un meilleur professeur parce que la recherche élargit ses conceptions. Si vous avez l'avantage de posséder de tels hommes, ils deviennent au cours des ans vos meilleurs guides, que ce soit en génie civil, dans le commerce, dans les mines, en médecine ou en musique, à la condition que nous pourvoyions et contrôlions nos universités de façon plus généreuse et plus sage.

Si on me demandait subitement: « Mais, comment allons-nous trouver cet argent? Du gouvernement fédéral, de l'Eglise ou des citoyens? » je pourrais encore répondre dans ma surprise: « Je ne sais pas, je n'y avais jamais pensé. » Cependant, une enquête sérieuse à travers le Canada au sujet des problèmes universitaires devrait produire les meilleurs effets et suggérer les conseils les plus efficaces.

Les universités ne peuvent pas régler tous nos ennuis. Elles ne construiront pas de routes et ne forceront pas les gouvernements à équilibrer leur budget. Elles ne changeront pas la nature humaine.

Un poème sanscrit, traduit en anglais, se termine ainsi:

*Science has cure for every ill
Except the fool; he prospers still.*

En médecine comme en politique et dans tous les autres champs de la connaissance, les imbéciles peuvent longtemps se passer de la science, tandis que les véritables sages continuent toujours de chercher la vérité.

ACTUALITÉS

UNE SEMAINE D'OPHTALMOLOGIE A WASHINGTON

L'Ecole de Médecine de l'Université George Washington tenait, du 10 au 16 avril dernier, son troisième congrès annuel d'études ophtalmologiques. Ces sessions scientifiques, organisées par une des plus anciennes Facultés américaines, ont connu cette année un succès bien mérité. Ceux qui ont eu l'avantage d'y assister en gardent un très agréable souvenir.

A Washington, avril est un des plus beaux mois de l'année. C'est le véritable printemps avec sa température déjà chaude, ses feuilles aux arbres, et ses jardins en fleurs. Cette décoration saisonnière ajoute encore au charme d'une ville déjà remarquablement élégante par elle-même. On y sent circuler un air de distinction, comme il sied à une capitale de son importance. On a un peu l'impression d'y vivre dans une atmosphère raffinée par les gens et les choses.

C'est dans cette ambiance favorable que s'est déroulée la semaine d'études, et je crois qu'une fois de plus, le décor n'a pas nui à l'action.

Les assises avaient été élaborées de longue main par le personnel ophtalmologique de l'Université, sous la direction d'un animateur enthousiaste, le docteur W. T. Davis.

On y avait invité et obtenu la collaboration active d'une vingtaine d'ophtalmologistes de renom, venus de tous les grands centres, remplir la partie didactique du programme. Pour la plupart, professeurs universitaires bien connus en même temps que chirurgiens-oculistes recherchés, ils formaient un groupe assez représentatif des sommités d'outre-quarante-cinquième.

Hommes d'une personnalité marquante, ils surent joindre à des connaissances indiscutables, une tenue réjouissante pour l'œil, et une facilité de parole reconfortante pour l'oreille.

Le plus grand nombre avaient le souci d'une diction bien articulée et le culte du terme propre, ce qui n'enlève rien à la valeur intrinsèque.

Une chose qui m'a vivement édifié, chez eux, c'est leur franchise. Ils ne cherchent pas de subterfuges pour abriter leur ignorance; et, au hasard des conversations, ils avouent tout bonnement, s'il y a lieu, qu'ils ne connaissent pas tel ou tel point. Cet aveu candide et admirable devient, dans leur bouche, un ornement plutôt qu'un signe d'infériorité. Et cette surprenante modestie donne de la force à leurs avancés, tout en servant de gage à leur probité intellectuelle.

Sans poser au sphinx, ils se mettent aisément au niveau de leurs auditeurs, coudoient de bonne grâce de plus jeunes, même s'ils sont étrangers, et répondent avec bienveillance aux questions qu'on leur pose. C'est peut-être un des résultats de leur culture démocratique intense; en tout cas, il console de bien d'autres inconvénients du régime.

Tel est le corps enseignant que j'ai vu à l'œuvre.

Ces maîtres s'adressaient à un auditoire de cent cinquante ophtalmologistes accourus des quatre coins de l'Union américaine, de Porto-Rico, et du Canada. Visiteurs disparates autant par l'âge que par la mentalité, les nouveaux étudiants avaient tous ceci de commun qu'ils semblaient avides de se renseigner, et leur sérieux donnait aux délibérations une allure digne et de bon aloi.

*

* *

L'organisation matérielle du congrès laissait peu de choses à désirer. Le génie de la race voisine était à l'aise dans l'arrangement des petits détails. Aussi, cette nouvelle manifes-

tation de son talent naturel n'a-t-il infirmé en rien sa réputation. Tout avait été prévu pour le confort des visiteurs et l'agrément des séances.

Ces dernières avaient lieu dans un amphithéâtre assez simple par lui-même, mais muni d'un bon système d'amplificateurs placés sous le contrôle vigilant d'un technicien. Tout ce qui était dit dans cette enceinte était enregistré, mot à mot, par une sténotypiste, en vue de publication ultérieure.

Un appareil de projections lumineuses et un autre de cinéma, maniés par des mains expertes, jetaient sur l'écran tous les graphiques ou films jugés démonstratifs.

Un vase de fleurs fraîches, fréquemment renouvelées, ornait la table de l'orateur, et mettait un peu de poésie dans les exposés parfois austères.

Pendant l'intermission qui suivait chaque causerie, on avait la gentillesse d'offrir aux visiteurs quelques rafraîchissements, fort appréciés par temps chaud.

Les réunions commençaient chaque matin à huit heures et trente, pour se continuer jusqu'à six heures et quinze du soir, divisées en six conférences d'une heure et quinze chacune. Le dernier quart d'heure était consacré à la discussion, et suivi de quelques minutes de temps libre.

Tous les jours, un membre du personnel local, portant le titre d'« officier du jour », assistait aux assemblées, présentait et remerciait, à l'occasion, les invités d'honneur, et se tenait à la disposition des congressistes pour toutes informations requises.

La majorité des rapporteurs avaient deux heures pour présenter leurs travaux. Ils illustraient souvent leurs démonstrations par des pellicules ou des transparents. Quelques-uns poussaient l'obligeance jusqu'à nous gratifier, au sortir de la salle, de leur texte imprimé.

Les questions, posées par écrit sur papier préalablement distribué, étaient recueillies vers la fin du cours par des préposés à cette fin, et transmises à l'orateur qui y répondait sur-le-champ.

Comme on peut en juger, les journées étaient bien occupées. Mais tout fonctionnait avec une si douce exactitude, qu'on arrivait au soir sans trop maugrérer contre la dureté des fauteuils.

*

* *

Quant au menu scientifique, il comprenait à peu près tous les sujets courants d'ophtalmologie. Forcément théorique, il était conçu et exprimé de la façon la plus pratique. Chacun s'ingéniait à l'enrichir de ses aperçus personnels sur les techniques neuves et les découvertes récentes. D'ailleurs, il n'aurait pas été de couleur locale que les précisions instrumentales et les détails frappants en fussent omis.

Dans une revue de ce genre, les sujets présentés n'ont pas tous le même intérêt, et ceci, indépendamment de l'éloquence de l'orateur et des goûts de l'auditeur. Il persiste toujours un élément d'appréciation individuelle dont il est difficile de se défaire. A mon point de vue, quelques travaux ont accusé plus de relief.

Le docteur W. L. Benedict, de la Fondation Mayo, de Rochester, a brossé un tableau remarquable sur la pathologie générale dans ses rapports avec l'ophtalmologie. Il a décrit sous cet angle les maladies du fond de l'œil, et émis l'opinion très juste que dans ces cas, l'oculiste est plutôt un collaborateur essentiel qu'un thérapeute.

Une intéressante étude des maladies externes de l'œil a été communiquée par le professeur John Green, de l'Université de Saint-Louis, Mo., qui s'est prévalu de son expérience presque illimitée, pour en venir à des conclusions surtout valables au chapitre du traitement.

Le docteur S. Judd Beach, clinicien réputé de Portland, Maine, nous parla avec autorité de la réfraction moderne. Il appuya ses considérations sur l'étude comparée de 2,500 cas personnels, et impressionna son auditoire par la solidité de son érudition.

L'éclairage industriel, dans ses relations avec l'hygiène oculaire, nous fut prêché par le docteur W. B. Lancaster, gentilhomme ophtalmologiste de Boston, et membre de

l'American Committee on Optics and Visual Physiology. Le docteur Lancaster, dont la prestance aristocratique n'a d'égale que sa bonhomie innée, reste simple dans la gloire, et son jugement, mûri par une enviable pratique professionnelle, le rend extrêmement sympathique à ceux « qui cherchent la lumière ».

L'apôtre du périmètre, le professeur L. G. Peter, de l'Université de Pensylvanie, s'était chargé de nous révéler quelques secrets sur l'interprétation des champs visuels. Auteur d'un ouvrage, fort apprécié, sur la périmétrie, il nous a convaincus qu'avec un peu de dextérité et son appareil de prédilection, le Ferree-Rand, nous pouvions être de précieux auxiliaires dans les recherches neurologiques.

Nos notions sur la physiologie de la vision manquent peut-être de profondeur. Pour combler cette lacune, le docteur F. H. Adler, de Philadelphie, nous a servi une analyse détaillée de la mécanique visuelle. De la phase initiale du stimulus physique, en passant par les réactions électro-chimiques de la rétine, et en allant jusqu'à la transformation de l'impulsion en sensation perceptive, toutes les péripéties de l'acte visuel ont été décrites avec humour, par le docte physiologiste du pays des quakers.

Le traitement optique du strabisme a fait le thème d'une causerie à bâtons rompus donnée par le docteur W. T. Davis, de Washington. Cela a valu aux intéressés l'occasion d'entendre discuter avec impartialité de la valeur des différents instruments orthoptiques, par un homme qui ne ménageait rien, sauf la vérité.

Il avait été réservé au docteur P. C. Jamieson, de Brooklyn, de parler de la chirurgie du strabisme. Doyen, par l'âge, de tous les conférenciers au programme, le vénérable médecin suppléait par sa parfaite possession du sujet, au manque d'ampleur de sa voix. C'est le promoteur de la « récession musculaire » dans le redressement des globes, et il a su défendre sa création avec toute l'assurance que confère la paternité.

Le docteur Parker Heath, de Détroit, avait comme mission de nous instruire sur le glaucome, et s'en est tiré avec brio. Sur ce sujet, si souvent mal servi, il a su mettre une note originale. Il a discoursé de façon persuasive sur la classification, le mécanisme, le diagnostic, et le traitement tant médical que chirurgical de l'hypertension intra-oculaire. Entre autres choses, sa dissertation sur certaines théories pathogéniques valait la peine d'être entendue.

Un jeune chef de clinique d'Iowa City, le docteur C. S. O'Brien, a souligné, avec beaucoup d'à propos, la technique de l'anesthésie locale en ophtalmologie. C'est une question qui gagne à être connue davantage. Le conférencier mit une si belle ardeur à l'exposer clairement, qu'il eut tôt fait de conquérir l'assistance par la forme de son style autant que par le fond.

Le docteur Allen Greenwood, de Boston, professeur émérite d'ophtalmologie et vétéran de l'opération de cataracte, clôtura la série des cours par un magistral exposé de la chirurgie du cristallin. Il semble que ce distingué maître, dans la pratique active depuis cinquante ans, fait un succès de tout ce qu'il entreprend. On s'attendait qu'il ne dérogerait pas, à cette occasion, et personne ne fut trompé.

*

* *

Voilà une faible esquisse de quelques-uns des hommes que j'ai entendus là-bas, et un pâle reflet des choses qu'ils ont dites. Je passe sous silence d'autres hommes et d'autres choses, qui méritaient mieux que d'être laissés dans l'ombre. Mais cette énumération déjà longue doit avoir une fin.

En suivant avec attention cet enseignement, et en essayant d'en digérer toute la doctrine assimilable, on a l'impression que l'ophtalmologie n'est pas en décadence aux Etats-Unis. Il s'y fait, dans cette partie de la science médicale, un immense travail dont il serait puéril de nier l'efficacité.

Sans doute, les circonstances s'y prêtent-elles favorablement. Nos confrères américains

disposent d'un vaste champ d'observation et de ressources pécuniaires bien commodes. Mais, quand même, on doit rendre hommage à leur puissante activité. Leur méthode analytique, qui diffère souvent de la nôtre, n'est pas sans avantages dans ce domaine de recherches. Leur valeur scientifique, hier méconnue, aujourd'hui ascendante, primera demain sur plusieurs points.

La convention de Washington en a été, pour moi, une nouvelle preuve.

On pourrait m'accuser de n'avoir vu que du rose dans tout cela. Certains seraient peut-être anxieux de m'entendre rapporter quelques

points faibles. A vrai dire, en cherchant à la loupe, j'aurais pu découvrir quelques mignons défauts. Mais quelle invention humaine n'en a pas? Ces petites taches noires troubleraient si peu l'ensemble qu'il est légitime de ne pas s'y arrêter. D'ailleurs, ne doit-on pas s'abstenir de médire de ses maîtres, quand faire se peut?

Bref, en quittant la belle cité américaine, j'ai eu la sensation très nette qu'on ne perd pas toujours son temps à l'ombre du Capitole.

EMILE BLAIN,

Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le «Quarterly Cumulative Index Medicus»: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois, si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple:

J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. «Ann. Med. — psychol.» 94: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

A. CANTAROW. — **Le métabolisme de l'eau: œdème et déshydratation.** "International Clinics", 1: 266 (mars) 1939.

L'auteur a résumé dans cette substantielle revue de la question, les mises au point les plus récentes sur ce problème de l'eau dont Bayliss a dit que si «elle était un liquide aussi rare que l'alcool amylique ou le toluène, par exemple, on ne cesserait de vanter ses remarquables propriétés.»

En ce qui concerne l'ingestion et l'excrétion du liquide et leur circulation quotidienne dans l'organisme, le problème est depuis longtemps résolu, avec chiffres à l'appui; ce que l'on identifiait moins clairement, c'était la part qui revenait, au cours de certains tableaux cliniques, aux anomalies de distribution de l'eau dans l'organisme. L'eau constitue normalement 70% du poids du corps humain; dont 5% dans le plasma sanguin, 15% dans les espaces interstitiels et 50% comme liquide intracellulaire. La mécanique circulatoire exigeant le maintien constant du taux du liquide plasmatique, les variations éventuelles dans le pourcentage global de l'eau extracellulaire, porteront donc surtout sur l'élément interstitiel, augmentation dans les cas d'œdème, diminution s'il y a déshydratation.

1°. *Oedème.* — L'auteur emprunte à Landis un tableau compréhensif de la pathogénie de l'œdème. Nous le reproduisons ci-dessous:

1—Par augmentation de la pression capillaire.

A—Par augmentation de la tension veineuse, dans: a) l'asystolie; b) la thrombo-phlébite; c) la compression externe des parois veineuses.

B—Par dilatation des artéioles, a) par la chaleur; b) dans les cas d'hémiplégie ou d'œdème trophiques.

2—Par diminution de la pression oncotique ou colloïdale; par:

A—élimination de l'albumine par l'urine ou dans le liquide d'ascite;

B—diminution de l'apport alimentaire en protéines par la sévérité du régime ou la non-absorption, diarrhée, vomissements etc.,

C—défaut de synthèse des protéines plasmatiques par l'infection, l'anémie, la cachexie, l'insuffisance hépatique, la néphrite, la grossesse;

D—dilution brusque du plasma, au cours de la thérapeutique de la déshydratation grave ou de l'hémorragie massive.

3—Par augmentation de la perméabilité du capillaire, par l'inflammation, la glomérulo-néphrite aiguë, l'anémie et la défaillance cardiaque (par anoxémie).

4—Par diminution du drainage lymphatique dans l'engorgement lymphatique et l'augmentation de la tension veineuse.

L'œdème des asystoliques est un fait clinique banal. Mais l'on n'admet plus que seule l'augmentation de la tension veineuse au cours des cardiopathies décompensées soit suffisante pour expliquer l'apparition de l'œdème; d'après Altschule, Blumgart et Smirk, les facteurs suivants entrent aussi en jeu: hypoprotéïnémie, secondaire aux restrictions alimentaires, mauvais drainage lymphatique, perméabilité capillaire augmentée, tension intra-tissulaire diminuée, absorption relativement élevée de chlorure de Na et de liquides. La vaso-dilatation par la chaleur, incapable de provoquer par elle-même l'apparition de l'œdème, serait suffisante pour faire pencher la balance de ce côté dans les cas d'équilibre instable. Même mécanisme de dilatation vasculaire chez les hémiplégiques dont les membres impotents seuls enfant considérablement, par trouble vasomoteur d'origine sympathique, que l'on retrouverait aussi à l'origine des œdèmes de la menstruation dont souffrent un grand nombre de femmes. Il faudrait, d'après Thom et Nelson, incriminer ici, en plus, l'augmentation périodique des sécrétions hormonales qui s'accompagnent expérimentalement de rétention de ClNa et d'eau.

La pression osmotique colloïdale qui vient faire échec à l'extrémité du capillaire à la tension mécanique plus haut étudiée est basée sur l'équilibre sérino-globuline du plasma sanguin. Elle serait normalement de 25 mm. de Hg. On a tenté d'établir par des formules diverses le rapport mathématique entre les variations du taux de sérino-globuline et les changements de la pression osmotique. Mais des difficultés d'ordre technique retardent la généralisation de ces recherches en pratique courante. Page et Slyke ont contourné l'obstacle en se contentant d'apprécier le degré d'hypoprotéïnémie globale, ce qui suffit amplement à la clinique. On peut donc comprendre toute l'importance que prennent à ce point de vue du déficit protéinique du sang, la dé-

nutrition par ingestion insuffisante ou défaut d'absorption dans les cas de vomissements, diarrhée, muco-rhée intestinale, et l'élimination excessive d'albumine dans les urines ou par ponction d'ascite. Mais il faut tenir compte ici d'un autre facteur auquel Whipple s'est fort intéressé: la facilité avec laquelle l'organisme refait ses protéines plasmatiques grâce à une alimentation adéquate ou même à partir de ses albumines tissulaires. Ceci, dans les conditions optima; l'infection, l'intoxication, la glomérulo-néphrite et la défaillance fonctionnelle du foie entraînant ce pouvoir régénérateur.

L'hypoprotéinémie au cours des néphroses était rattachée à l'élimination massive d'albumine par les urines, tandis qu'au cours des états de dénutrition, on incriminait surtout la carence protéinique de l'alimentation. On fait, désormais, entrer en ligne de compte l'inhibition par une cause quelconque du pouvoir régénérateur plus haut cité. Des observations récentes semblent démontrer l'importance du rôle de ce dernier facteur. D'après les recherches expérimentales de Melnick et Cowgill, un sujet pesant 70 kilos, et soumis à une ration quotidienne de 80 grammes de protéines, est capable d'éliminer jusqu'à 25 grammes d'albumine par jour, sans affecter son équilibre plasmatique en protéine. Un malade, atteint de glomérulo-néphrite, qui perd quotidiennement 20 grammes de protéine dans ses urines ne devrait pas, si cette seule élimination massive était en jeu, en arriver à une hypoprotéinémie, aussi marquée qu'on l'a constaté en ces cas-là. Il y a donc d'autres coupables, entre autre la défaillance hépatique. Le foie normal ferait, en outre de celle du fibrinogène, la synthèse des autres protéines plasmatiques, sérine et globuline, qu'il lancerait dans la circulation, en cas d'hypoprotéinémie. La littérature s'est enrichie récemment de nombreuses publications soulignant, au cours des affections hépatiques, cette hypoprotéinémie, portant surtout sur la sérine, ce qui inverse le quotient s./g. L'hypertension portale n'explique pas toujours, à elle seule, la présence d'ascite et ses variations au cours des cirrhoses, et l'hypoprotéinémie, secondaire à l'altération hépatique peut éclaircir la question.

Au cours de la grossesse, on a signalé un certain degré d'hydrémie qui sous-entend une diminution du taux des protéines plasmatiques. Strauss a étudié sous cet angle l'intoxication gravidique pour en venir à la conclusion «qu'en l'absence d'anémie grave, de défaillance cardiaque ou de néphrite aiguë, la rétention d'eau de la grossesse relevait directement de l'équilibre protéinique du plasma et de la quantité d'électrolytes absorbés. Un régime carencé en protéines susceptible d'absorber encore plus le taux des protéines plasmatiques et, d'autre part, l'ingestion même modérée de ClNa favorisant la rétention liquidienne, provoqueraient, d'après Strauss, en plus de l'exagération de l'œdème plus ou

moins latent pendant toute la grossesse, de l'hypertension artérielle et l'apparition de signes prémonitoires de l'éclampsie. On comprend mal que le déséquilibre protéinique du plasma puisse à lui seul provoquer chez la femme enceinte l'hypertension artérielle qu'on ne retrouve pas au cours d'autres maladies où le même tableau humoral est de règle. Quoi qu'il en soit, les constatations de Strauss sont de nature à nous faire vérifier le bien-fondé de la diététique actuelle de la femme enceinte.

L'œdème est une complication post-opératoire fréquente, surtout en chirurgie gastro-intestinale. Jones, Eaton et White ont observé, à ce propos, que les restrictions alimentaires, pré ou post-opératoires, aidées de l'administration répétée de liquides et ClNa, favorisent l'apparition et la persistance de l'œdème périphérique et viscéral. Selon Ravdin qui s'est occupé spécialement de l'œdème des nouvelles bouches de gastro-entérostomie ou de gastrectomie, il vaudrait mieux laisser le malade dans un léger état de déshydratation et d'hypochlorémie que de le bourrer d'eau et de sel pour maintenir son œdème et retarder d'autant la reprise des fonctions normales du tube digestif et des viscères.

L'auteur aborde aussi la question du traitement rationnel de l'œdème. En ce qui concerne le rétablissement de l'équilibre protéinique du plasma et, de ce fait, l'augmentation de la pression oncotique, quelle que soit la méthode préconisée, les résultats sont souvent médiocres, puisque l'on ne réussit pas toujours à supprimer la cause première de l'hypoprotéinémie. On a voulu compenser, d'abord, en soumettant le malade à une alimentation hyperprotéinée et riche en vitamines. Peine perdue, lorsque le mécanisme de synthèse des protéines plasmatiques fait défaut. Même réserve à faire sur le compte de la transfusion, de l'injection de sérum concentré de Ravdin, d'acides aminés ou même d'acacia, en plus des inconvénients propres à chacune de ces modalités thérapeutiques.

Au sujet des diurétiques, l'auteur étudie d'abord la médication mercurielle, souvent effective dans l'œdème cardiaque et dangereuse pour les néphritiques. L'addition de sels acides, à base d'ammonium ou de calcium renforcerait l'effet diurétique des mercuriels, entravée, au contraire, par les alcalins. Keisch et Hayman ont passé récemment en revue tous les autres diurétiques, sans enrichir nos connaissances à leur sujet. Page n'a plus confiance qu'en l'urée, prescrite à la dose quotidienne de 30 à 60 grammes chez les néphritiques. Osman, lui, a recours à la méthode paradoxale de faire ingérer des doses massives d'alcalins, soit 6 à 9 grammes par jour, jusqu'à ce que le Ph sanguin atteigne 7.6. La rétention du début du traitement serait souvent suivie d'une débâcle diurétique remarquable.

2° *La déshydratation.* La dernière partie de cette revue met surtout en relief l'importance capitale

de la teneur en ion Na du liquide extracellulaire dans la distribution de ce liquide dans l'organisme, et le rôle régulateur de la cortine surrénalienne en ce domaine. Vient ensuite un exposé des plus récentes constatations faites sur le compte de la déshydratation dans les différentes circonstances cliniques où on l'observe.

Au sujet du traitement, l'A., fait ressortir la différence entre l'absorption du Cl de Na, qui seule peut rétablir l'équilibre des liquides extracellulaires et corriger les viciations du métabolisme secondaire à la déshydratation, et l'injection du glucose en solution qui permet de lutter contre l'acidose et qui fournit au rein, une fois l'équilibre rétabli par le ClNa, l'eau suffisante à son fonctionnement.

Une abondante bibliographie complète cette remarquable revue d'une question riche de développements récents, et de portée pratique.

Roger DUFRESNE.

PHTISIOLOGIE

Raymond LETULLE. — **Les micro-organismes des abcès du poumon.** "Presse Médicale", 3 décembre 1938.

Dans les abcès pulmonaires primitifs ou secondaires la recherche de la flore dans le pus de la ponction, de la vomique, ou des expectorations, peut amener la découverte de deux grands groupes de micro-organismes, les pyogènes et les anaérobies.

I. Les principaux pyogènes qu'on y trouve sont: le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque doré, le pneumo-bacille de Friedlander, assez faciles à différencier les uns des autres. D'autres plus rares, le tétragène, le bacille d'Eberth et paratyphique, et enfin l'amibe dysentérique qui produit une nécrose hémorragique, dont le pus, élément de diagnostic, ne contient pas de microbes, s'il est extrait par une ponction directe de l'abcès.

II. Les anaérobies, agents des suppurations putrides; présentent une variété étonnante, dont les deux principaux groupes sont les anaérobies proprement dits et les spirochètes. L'isolement parfait de ces germes exige une technique délicate et un temps considérable; mais on parvient à les différencier convenablement.

a) Parmi les anaérobies proprement dits: les bacilles perfringens ramosus, fonduliformis, fragilis, serpens, le streptocoque putride, le bacille fusiforme (types Vincent, Plaut, Schmammine) et enfin le bacille fusiforme et spirochète associés, si l'on porte foi à la symbiose fuso-spirillaire.

b) Le deuxième groupe: les spirochètes, dont le principal est le spirocheta bronchialis de Castellani. Sergent et Bezançon considèrent ces micro-organismes comme les agents d'extension et de propagation de la nécrose, les anaérobies ne jouant qu'un rôle

d'accompagnement. Toutefois, frappés par leur polymorphisme les auteurs en sont à se demander s'il ne s'agit que d'un spirochète *unique*, mais polymorphe. L'amélioration des différents milieux de culture, résoudra peut-être ce problème encore en suspens.

Marcel VERSCHULDEN.

James H. FORSEE. — **La paralysie hémidiaphragmatique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.** "The Journal of Thoracic Surgery", 8: 292 (février) 1939.

L'auteur expose les divers modes d'action de la paralysie du phrénique, ainsi que les principales indications opératoires.

Cette intervention agit par relâchement diaphragmatique, par compression, par immobilisation, et par modifications circulatoires.

Le relâchement diaphragmatique, neutralise en quelque sorte la tension élastique sur les régions pulmonaires malades, et diminue l'effet traumatisant de la toux. Ce serait le facteur le plus important des résultats heureux obtenus par l'opération.

L'ascension du diaphragme, consécutive à la paralysie du phrénique, produit une compression pulmonaire immédiate; mais par suite du déplacement centro-latéral du cœur et du médiastin, cette compression se trouve être sensiblement diminuée. D'ailleurs l'expérience a montré que dans certains cas, le muscle du diaphragme n'est pas remonté mais tout simplement immobilisé, avec améliorations cliniques manifestes, ce qui ne pourrait s'expliquer par un mécanisme de compression.

Du point de vue circulatoire, la paralysie du phrénique augmente l'anoxémie en diminuant la perméabilité des alvéoles pulmonaires et engendre une stase lymphatique, comme Greene l'a démontré. Anoxémie et stase lymphatique favoriseraient la sclérose.

Les indications opératoires sont de trois ordres: 1. Paralysie hémidiaphragmatique autonome; 2. conjointement avec d'autres procédés collapsothérapeutiques; 3. dans le traitement des lésions bilatérales.

1. a) Procédé de choix chez les malades à lésions unilatérales récentes localisées dans la base ou dans la partie inférieure du lobe supérieur;

b) Chez certains malades où le pneumothorax est impossible à cause de symphyse pleurale.

2. a) Au cours du pneumothorax, la paralysie du phrénique devrait s'ajouter au collapsus gazeux, surtout si la lésion existe du côté droit;

b) S'il y a présence de brides adhérentielles, ces dernières sont parfois assez relâchées pour permettre un affaissement suffisant des lésions et empêcher la pneumonolyse intrapleurale;

c) Procédé adjuvant au pneumothorax dans les lésions basales, centrales ou para-hilaires;

d) Avant de permettre la réexpansion pulmonaire à la suite du pneumothorax.

3. *Bilatéralisation*: a) Paralysie du phrénique du côté le plus atteint, l'autre côté soumis au pneumothorax;

b) Dans certains cas où malgré la possibilité d'amorcer un pneumothorax bilatéral produisant un degré de collapsus trop considérable, la paralysie du phrénique d'un côté peut rendre des services.

L'A. conclut en affirmant que les indications de cette opération ne sont pas mathématiques et ne peuvent être posées que sur la nature des lésions et leur localisation.

Georges DESHAIES.

Jean TROISIÈRE, M. BARIETY, P. NICO. —

Les sujets vaccinés par le B.C.G. et restés anergiques sont ils prémunis? "Paris Médical", 7 janvier 1939.

En présence d'un vacciné, comment peut-on savoir qu'il est efficacement prémuni? Question parfois difficile à répondre même lorsqu'il s'agit du B. C. G.

Si une cuti-réaction tuberculique est positive, quelle valeur doit-on accorder à cette prémunition pour affirmer qu'elle est efficace? Que doit-on faire si, après une administration de B. C. G., on obtient une cuti-réaction négative?

Immunité et allergie ne sont pas des phénomènes connexes. Si on donne le B. C. G. à dose forte et surtout en injection, la cuti-réaction est plus souvent, plus rapidement et plus fortement positive. Les sujets qui présentent une cuti-réaction font moins d'accidents tuberculeux. Par voie buccale le virage de la cuti-réaction se fait au bout de six à huit semaines, tandis que par voie sous-cutanée le virage prend trois à quatre semaines. De trente à soixante pour cent des sujets ont une réaction négative après l'administration sous-cutanée de B. C. G. A remarquer que c'est parmi ce pourcentage que surviennent le plus souvent des accidents tuberculeux. D'après des statistiques de Scheel, les étudiants allergiques sont moins atteints par la T. B. Les sujets anergiques vaccinés présentent ultérieurement moins de cas de T. B. que les sujets anergiques non vaccinés. De différentes statistiques, il ressort que la morbidité tuberculeuse est sept à huit fois plus fréquente chez les vaccinés avec une cuti-réaction demeurée négative. Chez 416 étudiants anergiques au début de leurs études, la tuberculose s'est déclarée dans 4.5 pour 100 des cas, tandis que chez les 1161 étudiants allergiques, on n'a observé aucun cas de maladie tuberculeuse. Après virage spontané de la cuti-réaction, la tuberculose est apparue dans 23.2 pour 100; après virage secondaire à l'administration de B. C. G., aucune maladie tuberculeuse ne s'est affirmée. Chez des sujets vaccinés qui ont une réaction négative malgré la vaccination, plusieurs auteurs préconisent la répétition des injections jusqu'à ce qu'une cuti-réaction positive apparaisse. Walgren résume ainsi sa pensée: « Il ne

faut pas considérer comme vaccinés que les sujets qui après l'innoculation du B. C. G. donnent une réaction positive à la tuberculine; de plus un enfant vacciné dont la sensibilité à la tuberculine s'est épuisée doit être considéré comme non vacciné, et sera vacciné de nouveau si l'on est toujours d'avis que cette mesure est nécessaire; dans tous les cas, le seul moyen d'empêcher que les vaccinés soient exposés à une infection virulente avant que l'immunité soit manifeste, c'est de les mettre à l'abri de cette infection jusqu'à ce qu'ils soient devenus sensibles à la tuberculine. Il faut donc que tout sujet soit soumis à l'épreuve de la tuberculine ».

La durée de l'immunité par le B. C. G. est très variable suivant les individus. Généralement on peut compter six à douze mois.

Il faut donc vacciner tout sujet ayant une cuti-réaction négative après une première vaccination par le B. C. G. Bien que la voie buccale ne soit pas à rejeter, les voies intradermiques, sous-cutanées, semblent plus précises à des doses suffisantes. La dose de 0 mg 1 pour l'adulte paraît idéale, elle provoque l'allergie entre 3 à 7 semaines.

Paul-René ARCHAMBAULT.

GASTRO-ENTEROLOGIE

William A. SWALM et Lester M. MORRISON. — **De l'état actuel du traitement de la gastrite chronique: observation gastroscopique.** "Amer. Jr. of Digestive Diseases and Nutrition", 5: (octobre) 1938.

Les auteurs nord-américains en arrivent à accepter des conceptions nouvelles sur la vaste question de la gastrite chronique s'ils ne sont parfois d'accord sur le type de classification à adopter. Cette maladie aux multiples visages est à l'étude partout et doit faire l'objet de recherches de plus en plus poussées. La gastroscopie demeure la méthode de diagnostic la plus neuve et la plus sûre.

Il existe des traitements souvent très efficaces des diverses variétés de gastrite chronique.

On croit actuellement que cet état pathologique fait le lit soit à l'ulcère, soit au cancer. D'où son importance. La gastroscopie se montre nettement supérieure à l'étude radiologique des plis de la muqueuse gastrique par la méthode dite en couches minces.

Il semble logique et conforme aux faits d'observation d'adopter la classification de Schindler:

Gastrite chronique: 1) hypertrophique; 2) atrophique; 3) superficielle et post-opératoire.

A celles-ci, les A. croient bon d'ajouter le type descriptif de « gastrite atrophique érosive », de « gastrite ulcéraire avec congestion », et de « gastrite mixte » et de « gastrite hypertrophique œdémateuse ».

Leurs gastroscopies s'élèvent à 600 ou 700, celles-ci ont été maintes fois répétées sur le même malade; des observations cliniques et radiologiques complètes ont éliminé les lésions extra-gastriques. Les examens de laboratoire sont très élaborés. Ils présentent quelques cas étudiés à fond et sélectionnés plutôt qu'une longue statistique.

Voici leurs conclusions premières:

1. La gastrite chronique atrophique sans anémie ne montre pas de régénération de la muqueuse et de retour de celle-ci au type normal après traitement. Il existe nombre de gastrites de ce genre sans modification de la formule sanguine. Il est inutile de retrancher le lait dans ces cas.

Les lavages de la muqueuse gastrique à l'eau oxygénée ont une action quelquefois bienfaisante. L'hépatothérapie obtient des succès inattendus. La sécrétion chlorhydrique peut dès lors s'améliorer sans toutefois revenir à la normale.

2. Les gastrites érosive ou hémorragique ou ulcéralive répondent bien aux traitements institués. Les foyers d'infection dentaires, des voies aériennes supérieures, des sinus sont incriminés fréquemment et l'élimination des aliments irritants allergiques rend de grands services.

3. De même, dans les gastrites chroniques superficielles, catarrhales et myorrhéiques, l'asepsie des foyers sinusaux et buccaux, si fréquents sous notre climat, amène des améliorations marquées.

4. Dans les formes hypertrophiques, les succès sont plus discrets. Peut-être la radiothérapie *bien maniée* apporte-t-elle des résultats plus rapides.

5. Les formes post-opératoires demeurent rebelles aux thérapeutiques actuelles.

6. Finalement, les formes mixtes, là encore, regresseront plus rapidement, s'il s'agit d'une prédominance atrophique ou anémique et risqueront de rester stationnaires, s'il y a hypertrophie comme note dominante.

Là où les alcalins demeurent inopérants, les kaolins et plus encore les substances adsorbantes et neutres telles que les sels d'alumine (hydroxide) obtiendront des effets surprenants. Leur bienfait semble résulter de ce qu'elles adhèrent aux parois muqueuses plusieurs heures.

La gastrite pigmentaire avec pétéchies probables, stigmates d'hémorragies sous-muqueuses, se trouvent très bien, règle générale, de l'administration de Vitamine B₁ et B₂ et peut-être plus encore de la Vitamine ascorbique (C).

Il faut tenir grand compte du rôle joué par le système nerveux neuro-végétatif. Il est prouvé par nombre d'observations anatomo-pathologiques que les plexus d'Auerbach et de Meissner sont atteints et entraînent une hypersensibilité ou hypersécrétion des muqueuses sus-jacentes, donc des spasmes locaux ou pyloriques que les antispasmodiques, les sédatifs et les calciums corrigeront avec autant de

profit que dans les côlites dites spasmodiques. La psychothérapie reprend souvent ses droits.

Les sels d'hydroxide d'alumine obtiennent aussi une action hyposécrétoire marquée dans les gastrites avec mucorrhée.

De sorte que les moyens thérapeutiques à notre portée peuvent à peu près s'énumérer de la manière suivante:

1. Elimination de tous les foyers d'infection: a) dentaires, sinusaux, amygdaliens et de l'arrière-gorge; b) interdiction de tout tabac et alcool; c) correction des fautes d'hygiène ayant trait à la mastication défectueuses, aux repas irréguliers, à la tachyphagie, à l'allergie; d) traitement des lésions de voisinage, telles que l'ulcère duodénal, les maladies de l'arbre biliaire, les régurgitations duodéno-gastriques, surtout biliaires; e) rétablissement de l'équilibre neuro-végétatif.

2. Diète neutre, nutritive composée de petits repas répétés dans la journée.

Ici, et dans les formes atrophiques, exciter les sécrétions par plus d'assaisonnement. Traiter les formes hypertrophiques et érosives comme de simples ulcères, c'est-à-dire, par le repos, etc.

3. Dans le premier cas, faire prendre de l'acide chlorhydrique officinal dilué; dans le second, des sels d'alumine ou des alcalins.

Joindre la prise de vitamines B₁, B₂ et surtout C dans les formes congestives et hémorragiques, les sédatifs; les sulfates ferreux.

4. Dans les formes achlorhydriques et avec mucorrhée instituer des lavages à la sonde d'Einborn 2 ou 3 fois la semaine, lavages d'eau oxygénée au taux de 1/2 à 1 once par pinte d'eau.

Songer aux bienfaits de la chaleur, de la diathermie, des R-X.

Ne recourir à la chirurgie que dans les cas de gastrite hémorragique ou ulcéralive rebelle.

Exiger, autant que possible, des malades *des examens périodiques*. Répéter les gastroscopies.

Suivent de magnifiques observations longues de plusieurs années et une discussion serrée de la question par plusieurs spécialistes américains.

Jean LeSAGE.

René A. GUTMANN. — **Le cancer gastrique au début (vue générale)**. "Le Monde Médical", 103: 97 (15 février) 1939.

Le problème clinique du cancer au début est encore bien obscur. Ceux qui prennent position à son sujet font donc figure de pionniers. L'un de ces derniers vient de publier sur le cancer d'estomac au début, un volume de grande portée pratique qu'il a résumé dans l'article que nous analysons. C'est un schéma squelettique de la tactique préconisée par l'auteur pour dépister et traiter adéquatement le néo gastrique au début.

D'abord, chez quels malades doit-on penser à la possibilité d'une telle lésion? Notons d'abord que l'âge du sujet n'entre plus en ligne de compte, jeunes gens et vieillards payant un égal tribut. Le début classique: amaigrissement, anorexie, pâleur, etc. donne toujours l'éveil, mais souvent à un stage où les ressources de la chirurgie sont déjà dépassées. La dyspepsie banale, mais tenace et progressive doit aussi éveiller les soupçons.

Mais le danger réside surtout dans les formes simulant plus ou moins parfaitement l'ulcère. Les malades parleront de crises douloureuses à horaire tardif: douleurs quotidiennes, c'est la forme la plus fréquente et la plus facile à dépister; douleurs irrégulières avec sédation de 2 ou 3 jours ou gastralgies nettement périodiques et rythmées par les repas comme celles de l'ulcère classique.

Le cancer peut d'ailleurs débiter chez un ancien ulcéreux. Comme l'écrit G..., c'est là une éventualité absolument incontestable et d'une extrême fréquence. Cette transformation met à l'épreuve la sagacité du clinicien.

Le laboratoire n'est pas très utile dans le diagnostic du cancer gastrique au début. L'étude du chimisme gastrique n'apporte aucun renseignement; la recherche des hémorragies occultes, lorsque la réponse est longtemps positive, peut orienter vers le cancer, mais cette règle n'a rien d'absolu. La gastroscopie ne semble pas, aux dires de G..., d'un grand secours dans le dépistage du néoplasme au début et la sérologie n'est riche encore que d'espairs.

Le grand allié du clinicien devient donc le radiologiste, ou mieux, comme c'est le cas pour G..., le clinicien averti doit se doubler d'un interpréteur d'expérience des images radiologiques. Encore faut-il que la technique soit parfaite, les clichés, même les « assez bons », sans parler des mauvais qui sont encore de règle dans trop de cas, sont plus dangereux que l'absence de radiographies. Il faut donc éliminer toutes les images floues, sans contours, insuffisantes et qui constituent, d'après G..., la plaie actuelle de la gastro-entérologie. De même, faut-il se défier de certaines techniques compliquées, « compression dosée », étude de plis, que l'auteur qualifie « d'exécrales méthodes d'examen général de l'estomac » puisqu'elles risquent, en détruisant le contour naturel des parois gastriques, de laisser échapper les petites anomalies de profil qui dénoncent le cancer au début. Inutile d'insister, enfin, sur l'insuffisance de la scopie dans la recherche du néo au début.

Que doit-on voir sur un cliché de cancer au début?

1° L'auteur énumère les petites images qu'il a individualisées depuis quelques années déjà et dont la nomenclature a été, en grande partie, créée par lui; rectitudes, lacunes, aspects raides, ondulés, encastés, niche en plateau, niche en fond plat, etc. Ce dépistage est affaire d'expérience. Ces images

de néo doivent être en effet distinguées des images fortuites, dues aux plis, aux contractions passagères, aux inflammations bénignes. Aussi ne doit-on jamais, sur une seule série de clichés, encore moins sur une seule radiographie, affirmer un cancer au début. Il faudra reprendre les clichés, après avoir institué un traitement susceptible de faire disparaître les lésions bénignes, tout en n'affectant pas l'évolution cancéreuse.

2° L'auteur envisage le cas où les rayons X révèlent une niche indiscutable. L'aspect plus ou moins suspect de cette perte de substance repose sur un certain nombre de signes, dont aucun n'est pathognomonique. Il faut d'abord considérer le siège de la lésion. Une niche de la position verticale de la petite courbure est probablement bénigne; au contraire, une lésion trouvée sur le segment horizontal de cette même petite courbure est, de ce seul fait, plus suspecte. Dans les deux cas, il importe, avant de se prononcer, de tenter le traitement résolutif des lésions ulcéreuses et inflammatoires. Nous le décrivons plus loin. La niche était-elle bénigne? Elle peut disparaître complètement ou diminuer sensiblement après quelques semaines. S'agissait-il de cancer, l'évolution se sera faite sans respect pour le traitement mis en œuvre. Il faut donc insister ici sur le fait que seule la radiologie permet le contrôle de la bénignité ou de la malignité d'une lésion que la clinique peut présenter, après traitement, sous un tout autre aspect.

En pratique donc, une gastralgie suspecte doit être radiographiée immédiatement. Si la radiologie révèle une niche, il peut s'agir d'un ulcère bénin, d'un ulcère cancérisé ou d'un cancer ulcéiforme. Il faut alors traiter le malade — à part la thérapeutique classique; bismuth, belladone, collargol et diète large et non irritante. G... s'étend sur les injections intraveineuses de protéines qui modifient, d'après lui, dans le sens où nous l'avons plus haut indiqué, les images inflammatoires et ulcéreuses. Cette médication, contre-indiquée chez les tuberculeux, les cardiaques et les néphritiques, est assez effective pour servir de base aux barèmes suivants:

- a) lésion certainement bénigne: disparition thérapeutique des signes cliniques et radiologiques;
- b) lésion peut-être bénigne: disparition de signes cliniques, augmentation des signes radiologiques;
- c) lésion suspecte: disparition des signes cliniques, persistance sans changement des signes radiologiques;
- d) lésion très suspecte: persistance de signes cliniques et radiologiques;
- e) cancer presque certain: persistance des signes cliniques, augmentation des signes radiologiques;
- f) cancer certain: augmentation progressive des signes radiologiques. S'il y a malignité, le malade doit être opéré dans le plus court délai possible. Mais le chirurgien ne doit pas s'attendre, dans

un cas de cancer au début, à diagnostiquer la bénignité ou la malignité de la lésion par le palper après ouverture de l'abdomen. Même la pièce ouverte ne révèle souvent aucune anomalie nette. Le microscope seul viendra confirmer ou détruire les avancés du clinicien et du radiologiste. Il importe donc, au point de vue pratique, que la décision opératoire soit prise d'un commun accord, avant l'intervention, et que la gastrectomie soit faite dans tous les cas. Ce corollaire chirurgical justifie donc les précautions à prendre pour en arriver au diagnostic sur un cancer gastrique au début.

Cette technique de Gutmann et son école et les convictions auxquelles le gastro-entérologue français est arrivé ne sont pas complètement admises, cela va de soi, par tous les savants qui s'intéressent à cette question du cancer gastrique. Cependant, telles qu'elles sont et au moment où cet article fut écrit, elles ont déjà permis de dépister et de contrôler l'existence d'un grand nombre de petites lésions cancéreuses dont on pourra étudier, en détail, tous les aspects dans le nouveau volume de Gutmann.

Roger-R. DUFRESNE.

CHIRURGIE

Jean GAUTIER (Angers). — **Traitement des brûlures par les rayons infra-rouges.** "La Presse Médicale", 28 janvier 1939, p. 139.

Le traitement des brûlures, malgré le grand progrès réalisé par le tannage (Davidson) reste à l'ordre du jour.

Les symptômes présentés par les grands brûlés offrent une analogie frappante avec les troubles de la maladie post-opératoire. L'A. qui depuis deux ans, opère sous une irradiation continue d'I - R. combinée à une irradiation terminale d'U. V. a noté de si heureux résultats qu'il n'a pas hésité à utiliser la méthode chez les brûlés.

C'est ce nouveau mode de traitement des brûlés que l'A. nous présente et nous explique, avec observations à l'appui. Des modifications pourront être apportées et des précisions établies quant à la fréquence et à la durée des irradiations, mais les résultats obtenus par l'A. grâce à ce procédé, lui ont paru tels qu'il semble réaliser un nouveau progrès dans le traitement encore si varié des brûlures.

Pierre SMITH.

J. ABADIE (Oran). — **Après vingt ans de chirurgie gastrique pour l'ulcère de l'estomac.** "La Presse Médicale", 11 fév. 1939, p. 219.

Dans ce court article l'A., laissant de côté les chiffres, «confronte ses opinions initiales ou acquises avec celles qui sont, à l'heure actuelle, devenues du plus grand nombre».

Première idée directrice: «Dans le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac, la gastrectomie doit être la règle, les autres modes d'intervention, l'exception.»

Deuxième opinion: «Qu'il s'agisse d'apprécier l'étendue de la résection d'estomac, ou le mode de communication nouvelle avec l'intestin grêle, il ne faut pas être bolchevik! L'estomac est un laboratoire de chimie, il ne faut pas le priver de tous ses produits actifs. L'estomac est un réservoir à fonctions mécaniques; il ne faut pas le supprimer comme réservoir.»

Troisième opinion: «L'analgésie régionale ou locale doit être la règle, l'anesthésie générale l'exception.»

Quatrième opinion: «L'écrasement garde mes préférences, de même que la pince couplée pour la gastro-entérostomie, cela à cause de la commodité, de la sécurité que donnent ces procédés techniques.»

Cinquième opinion: «Le mode de suture le plus simple est le meilleur.»

Ces opinions, bien commentées par l'A., chirurgien d'expérience, qui a vécu vingt ans de chirurgie gastrique, sont d'un très grand intérêt pratique et méritent certes d'être méditées.

Pierre SMITH.

Robert KAUFMANN (Paris). — **Tuberculose et fistule anale.** "La Presse Médicale", 11 février 1939, p. 221.

Dans ce travail, l'A., à l'aide de nombreuses observations, étudie la relation des fistules anales avec la tuberculose, les indications et les résultats opératoires. On répète que la fistule anale est souvent tuberculeuse et apparaît souvent chez les tuberculeux. Ces rapports sont incertains, et la preuve qu'une fistule est tuberculeuse est très difficile à fournir. En étudiant ce problème, l'A. est conduit à résoudre certaines questions élémentaires: valeur des tests classiques qu'une fistule est tuberculeuse; que penser de l'émonctoire favorable et du danger de généralisation quand on opère; pronostic éloigné d'une opération de fistule chez un tuberculeux.

La fréquence des fistules tuberculeuses est exagérée. La présence de cellules géantes dans les tissus de la fistule n'est pas un signe péremptoire de fistule tuberculeuse (observations démonstratives de l'A.).

La coexistence de lésions pulmonaires tuberculeuses et d'une fistule anale ne signifie pas de façon certaine que la fistule est tuberculeuse (obs.).

«D'après l'A., si on opère un tuberculeux pulmonaire avéré, on a une chance sur 4 de le guérir complètement d'une fistule anale; une chance sur 4 d'améliorer son état au point que l'opération mérite le titre d'adjuvant nécessaire au traitement de la tuberculose pulmonaire; une chance sur 2 de n'agir que sur l'élément douleur, ou d'obtenir un résultat si maigre qu'on soit en droit, par la suite, de mettre en doute l'opportunité de l'opération.»

L'A. pense quand même qu'il faut opérer. Il y a cependant des fistules tuberculeuses. « Il faut l'affirmer devant la concordance des trois témoignages isolément non probants :

- a) mauvais aspect de la fistule;
- b) cellules géantes;
- c) tuberculose pulmonaire. »

La seule vraie contre-indication opératoire est, quand elle existe, la diarrhée bacillifère. L'A. se borne, dans cette éventualité, à évacuer les abcès périanéo-rectaux par une incision cutanée radiée. Les injections de formol dans la fistule peut menacer l'opéré d'une inflammation phlegmoneuse mortelle.

« L'opération des tuberculeux à l'anesthésie locale est donc une intervention justifiée par trois ordres d'espoirs :

1°.—La guérison quand la fistule du tuberculeux ne l'était elle-même pas (4 cas sur 16).

2°.—Une amélioration locale sans influence bien nette (8 cas sur 16).

3°.—Une amélioration locale et pulmonaire très nette. Cas où la modeste opération sur la fistule a été l'aide indispensable de la thérapeutique des tuberculeux (4 cas sur 16). »

Pierre SMITH.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

Beverley DOUGLAS. — **Le traitement des ulcères de jambe.** "American Journal of Surgery", février 1939, p. 429.

L'auteur énumère les diverses causes d'ulcères de jambe, parmi lesquelles les varices et la syphilis tiennent la première place.

Les lésions locales sont d'ordre vasculaire: congestion passive, œdème, endartérite capillaire, stase lymphatique; ou bien, relèvent d'une infection secondaire, d'une perte de substance étendue.

Le traitement doit viser à deux buts:

- a) Etablir les causes générales et locales, et y remédier;
- b) Substituer au tissu anémié un tissu de bonne qualité.

Le traitement général consiste à imposer au malade un régime hygiénique diététique et médicamenteux bien balancé, à supprimer les causes d'infection, à traiter une syphilis concomitante, une anémie grave, etc.

Les procédés pour guérir l'ulcère sont nombreux. La petite plaie non infectée bénéficie d'un pansement occlusif au leucoplaste, hygiénique, semi-perméable, et bactéricide. On panse l'ulcère infecté avec un antiseptique (acide borique, violet de gentiane), métaphène, ou avec un corps gras à base de vitamines (huile de foie de morue), parfois avec la simple gaze vaselinée (méthode Orr). Il faut surveiller attentivement la cicatrice, exciser les bourgeons trop exubérants. Le repos complet, voilà un grand facteur de

guérison. Bien des malades voient leur ulcère se fermer rapidement s'ils tiennent, un certain temps, leur membre en position horizontale; mais, dès qu'ils reprennent leur activité, l'ulcère se reforme. Souvent, le chirurgien est appelé à exciser ce tissu de mauvaise qualité, et à combler la plaie par une peau saine.

L'auteur mentionne les diverses méthodes de greffe: Ollier Thiersch, italienne, Krauss, à pédicule, etc., et décrit une méthode personnelle: greffe pédiculisée, trouée à divers endroits, pour faciliter le passage de tout exsudat. Ce procédé lui a donné un grand nombre de résultats encourageants.

J.-Edouard SAMSON.

GYNECOLOGIE

F. BOURG et M. ROCMANS. — **Lutéome de l'ovaire.** "Bruxelles Médical", 24 oct. 1937.

Il est rare de rencontrer un lutéome de l'ovaire. On n'en relève guère qu'une dizaine de cas certains, dans la littérature médicale (Wolf). Aussi, Bourg et Rocmans saisissent-ils l'occasion d'en présenter un cas d'observation récente dont l'étude leur permettra de toucher quelques points intéressants.

Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans chez qui on pratique une annexectomie gauche et appendicectomie. L'examen anatomo-pathologique montra qu'il s'agissait d'une « tumeur nettement intraovarienne », formée de « tissu d'aspect lutéinique » et accompagnée d'« irrégularités menstruelles » avec tendances hémorragiques.

Bourg et Rocmans étaient-ils autorisés à parler de lutéome? Oui, car la tumeur décrite en présentait les caractéristiques histologiques et cliniques. L'hésitation ne serait possible qu'entre trois catégories de tumeur:

1°—Tumeurs du type surrénalien ou tumeurs de Gravit;

2°—Tumeurs du type arrhéoblastome;

3°—Tumeur lutéinique ou lutéome.

La tumeur observée est-elle bénigne ou maligne? Malgré l'infiltration conjonctive et la bilatéralité possible, il est de toute vraisemblance qu'il s'agissait dans ce cas d'un « adénome du tissu lutéinique », au même titre que la tumeur de Brenner est considérée comme un adénome du tissu folliculaire ou de l'épithélium coelomique.

Le lutéome a-t-il pour point de départ le c.j. menstruel ou le tissu thécal des follicules atrétiques? Les éléments que Bourg et Rocmans possèdent ne permettent pas de préciser une réponse. Pourtant, la richesse en infiltrations lipoidiques des cellules caractéristiques incline à faire attribuer l'origine au corps jaune.

Cette tumeur est-elle active hormonalement? L'histoire clinique marquée par une série de saignements irréguliers, l'hyperplasie glandulaire de la mu-

queuse utérine concordent: cette tumeur «sécrète activement»; sa sécrétion semble bien être d'ordre «folliculinique.»

Samuel LETENDRE.

G.-A. SCHOCKAERT et G. DELRUE. — **Stérilité féminine et pH du mucus cervical.** "Bruxelles Médical", 13 février 1938.

L'idée que l'acidité des sécrétions génitales pouvait jouer un rôle dans la genèse de la stérilité n'est pas nouvelle. Donne, en 1837, avait établi que la réaction des sécrétions vaginales est acide et que le pH du mucus cervical est alcalin. D'après les constatations de nombreux chercheurs, constatations confirmées par S. et D., l'acidité normale du vagin est dans sa partie moyenne d'environ 4,5. De nombreuses constatations ont établi d'autre part que l'acidité optimale pour la vitalité des spermatozoïdes était de 7 à 7,6, le PH du sperme étant lui-même de 7,6 (voir Hartman).

Méthode — Les renseignements recueillis dans la littérature sont différents suivant les auteurs: Meaker et Glazer (1931), Hochloff (1932), Miller et Kurzrok (1931), Seguy et Vimeux (1933), Hunner et Miller (1934). Ces divergences d'opinion ont amené S. et D. à reprendre cette étude non au moyen de diverses méthodes colorimétriques et exécutées in vitro, mais en utilisant une méthode qui consiste essentiellement dans la mesure, au moyen d'un galvanomètre approprié, de la différence de potentiel existant entre une électrode neutre au calomel, saturée de chlorure de potassium, et une électrode active à la quinhydrone, recouverte d'une mince couche de collodion, à travers laquelle diffusent les liquides organiques dont il faut mesurer le pH, en l'occurrence, le liquide cervical.

Résultat — 1°—Quel est le pH du mucus à l'orifice cervical externe, chez la femme non stérile? L'examen a porté sur 22 femmes adultes, dont l'âge variait de 22 à 53 ans. Il n'y avait aucun rapport entre le pH cervical et l'âge de la personne. En conclusion, d'après les déterminations personnelles de S. et D., le pH normal du mucus exocervical chez la femme adulte non stérile, serait toujours supérieur à 6,0 et oscille aux environs de 6,5.

2°—Quel est le pH du mucus à l'orifice cervical externe, chez la femme adulte stérile? — L'examen a porté sur 83 femmes stériles. 37 femmes, soit 45% du total, présentaient un pH cervical supérieur à 6,0 et les 46 autres, soit plus de la moitié des femmes stériles avait un pH cervical pathologiquement bas, c'est-à-dire trop acide et les chiffres variaient entre 3,6 et 5,9.

En résumé, les constatations décrites dans cet article permettent à S. et D. de conclure que l'acidité de la partie distale du bouchon muqueux remplissant la cavité cervicale joue un rôle important dans la genèse de la stérilité féminine fonctionnelle.

Dans les cas de stérilité féminine non explicables par des troubles menstruels ou des anomalies tubaires ou utérines, il y a 9 chances sur 10 de trouver une acidité anormalement forte du col, c'est-à-dire inférieure à 6.

Samuel LETENDRE.

MM. CHARBONNEL et RINGENBACH. — **Métrorragies mortelles par kyste ovarien folliculaire.** "Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest", 115: n° 38-39, (17, 24 septembre) 1938.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui en janvier 1937 a fait des hémorragies vaginales importantes. En février, mars et avril, les règles auraient été régulières et peu abondantes. Le 1er mai, les hémorragies réapparaissent pour devenir violentes le 3. Elle n'est entrée à l'hôpital que le 10, et mourait le 16 par collapsus. La nécropsie montra une occlusion du grêle.

Quelle est la cause de ces métrorragies?

a) D'abord, l'idée d'un avortement, malgré les dénégations de la malade, a hanté l'esprit des auteurs dès le début. Les examens ultérieurs permirent d'écarter cette idée.

b) La deuxième hypothèse qui se présentait était celle de métrorragies d'origine hémorragique «spléno-génique». Tous les examens pratiqués furent normaux, sauf la numération des plaquettes qui fut omise pour des causes d'ordre matériel.

c) La folliculinémie n'a pas pu non plus être dosée pour la même cause. On sait qu'une folliculinémie exagérée entraînant une hyperplasie glandulaire kystique et une hyperhémie de la muqueuse peut provoquer des métrorragies à la puberté en particulier. Mais une hyperlutéinémie, entraînant une hyperplasie pseudo-déciduale de la muqueuse, peut aussi provoquer des hémorragies. Dans ces cas, le traitement est différent.

En conclusion, l'on peut dire que la pathogénie «folliculaire» et «hyperfolliculinémique» des «hémorragies des jeunes filles» doit être ajoutée à toutes celles que Siredey passait en revue en 1931. Le dosage de la folliculinémie joint à la biopsie de l'endomètre orienteront vers un meilleur diagnostic et un traitement plus approprié. S'il y a des récidives, il faut savoir qu'un kyste folliculaire étant en cause, son ablation guérira la malade, et dans des cas graves comme celui que citent C. et R. l'intervention chirurgicale pourra être d'extrême urgence.

Samuel LETENDRE.

D. EISENSTAEDTER. — **Une grave hémorragie intra-péritonéale du corps jaune, avec les symptômes d'une grossesse extra-utérine.** "La Gynécologie", septembre 1938.

L'auteur relate l'histoire clinique d'une jeune femme âgée de 26 ans, qui est venue consulter en

présentant tous les signes d'une grossesse tubaire droite rompue. Huit jours après les dernières règles, la malade après des rapports sexuels, avait ressenti aussitôt des douleurs intenses, spasmodiques, dans l'abdomen, surtout du côté droit. Pas d'hémorragie utéro-vaginale ni vomissement. La malade était pâle; la numération globulaire donnait: 2,900,000 G.R. et 7,400 G.B. On posa le diagnostic de grossesse tubaire droite rompue.

Aujourd'hui, il n'y a pas de doute qu'il existe de graves hémorragies intra-péritonéales du follicule de Graaff ou du corps jaune. Dans un grand nombre de cas, la possibilité d'une grossesse ovarienne n'a pas été éliminée par des examens précis. Il existe sur ce thème une littérature très étendue. En 1916, Forssner a publié tous les cas connus alors. Cet auteur va jusqu'à dire qu'on ne peut même pas exclure la possibilité d'une grossesse ovarienne quand non seulement le résultat de l'examen macroscopique est négatif, mais encore le résultat de l'examen histologique; en effet, l'ovule, éventuellement, peut s'éliminer pendant l'opération, particulièrement il peut être perdu dans la grande quantité de sang.

Jayle, d'après ses observations, affirme qu'une hémorragie folliculaire est toujours bilatérale et conseille pour cette raison de faire, pendant l'opération, l'ablation des deux ovaires. C'eût été désastreux pour la malade de cette présente publication, puisque quatorze mois après l'opération, cette femme mit au monde un bébé en bonne santé.

Il semble que les hémorragies folliculaires soient plus fréquentes que les cas de grossesse ovarienne, absolument prouvées.

Pour établir le diagnostic d'une hémorragie folliculaire, on demande:

- 1°—Les influences traumatiques,
 - 2°—Pas de signe de grossesse,
 - 3°—Les transformations anatomo-pathologiques qui ont causé l'hémorragie,
- et ce qui est le plus important:
- 4°—Les résultats négatifs de l'examen histologique dans les coupes en série.

«Il n'y a que l'examen histologique qui permette d'établir le diagnostic.»

Samuel LETENDRE.

OBSTÉTRIQUE

M. RIVIERE. — **Traitement de l'avortement habituel par les extraits de corps jaune.** "Rev. Française de Gynécologie et d'Obstétrique", janvier 1939.

Rien de surprenant que, tour à tour, toutes les glandes endocrines aient été employées dans le traitement habituel de l'avortement avec des résultats diversement appréciés. Aujourd'hui, seul, le corps jaune mérite de retenir encore notre attention. Lu-

cien Brouha a démontré que l'hormone liposoluble mérite le nom de progestine, antagonisme de la folliculine.

Indispensable à la nidation de l'œuf, le corps jaune exerce son activité sur l'endomètre durant les cinq ou six premières semaines de la grossesse. De plus, d'après Knaus, la progestine diminue le tonus du muscle utérin. Survient-il une rupture d'équilibre entre la folliculine et la progestine, l'avortement se produit.

Pour parer à ces accidents, on peut provoquer une hypersécrétion de la progestine par l'injection d'extraits liposolubles, à l'état pur, ou de prolan B. d'origine antéhypophysaire. L'administration de la vitamine C facilite l'activité du corps jaune.

Dans quelques observations publiées, l'A. ne tire pas une conclusion définitive sur la valeur du traitement, mais invite les médecins à faire connaître leurs propres expériences.

Donatien MARION.

NEURO-PSYCHIATRIE

René GOURDON. — **La résection des apophyses épineuses employée comme traitement des syndromes douloureux rebelles du rachis.** "Le Bulletin Médical", 53: 95 (11 février) 1939.

L'auteur rapporte 5 observations de malades à douleurs rachidiennes avec ou sans cyphose, chez lesquels la résection des apophyses épineuses de la région malade a amené soit la guérison, soit l'atténuation manifeste des algies.

Le premier cas avait un rhumatisme vertébral ostéophytique avec cyphose dorso-lombaire et lombalgie intolérable, en plus de manifestations rhumatismales importantes à la racine des membres. L'intervention améliora la condition de ce malade.

Le second et le troisième cas ont trait à des malades ayant cyphose et rachialgie dorsales. Les radiographies du rachis montrent des lésions d'épiphysite vertébrale. La résection des apophyses épineuses dorsales fit disparaître les douleurs.

Le quatrième concerne un syndrome douloureux sans altérations vertébrales, que l'on peut classer dans les cadres des cyphoses douloureuses par insuffisance vertébrale.

Enfin, le cinquième se rapporte au syndrome douloureux du trapèze décrit par Huc.

Ces deux derniers malades furent également guéris, selon l'auteur, par l'intervention chirurgicale.

L'auteur résectionne largement, à ciel ouvert, les apophyses épineuses et il applique sur les lames ruginées les apophyses sectionnées.

Il croit que la saignée osseuse occasionnée par l'opération est l'agent principal qui fait disparaître la douleur surtout dans le cas de rhumatisme ostéophytique et d'épiphysite vertébrale. La section

des ligaments et tendons que détermine forcément la résection apophysaire, doit agir dans certains algies sans lésions rachidiennes apparentes.

Roma AMYOT.

J. DEREUX. — **Méningite à pneumocoques. Traitement par la para-amino-phényl-sulfamide. Guérison.** "B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris", 55: (13 février) 1939.

Selon l'auteur, 3 cas de guérison d'une méningite à pneumocoques traités par le 1162 F, ont été rapportés de France jusqu'à la date de cette communication. On connaît la terrible gravité de cette méningite. En fait, elle amenait la mort à peu près systématiquement. Son traitement par le 1162 F a modifié profondément son pronostic. Espérons que l'emploi de la sulfamido-pyridine (693 M.B.) produira des effets encore plus heureux. L'observation de l'auteur concerne un enfant de 4 ans qui brusquement fut pris d'un syndrome méningé typique dont l'examen du liquide céphalo-rachidien, décelant une hypercytose considérable à polynucléaires et la présence de pneumocoques, identifia l'étiologie microbienne.

Trois jours après absorption « per os » quotidienne de 3 grammes de 1162 F, et 2 jours après l'introduction intra-rachidienne de la solution à 0.8% de la même substance, le liquide est devenu plus clair, le sucre y a fait sa réapparition, les pneumocoques ont disparu.

Neuf jours après le début de la maladie, l'état du malade n'offrait plus aucun symptôme clinique et on pouvait présumer qu'il était guéri de sa méningite.

Encore une fois, résultat merveilleux eu égard à la simplicité de la thérapeutique, de la rapidité de la guérison et surtout de la gravité de la maladie, du moins de sa gravité relativement aux moyens inefficaces dont on devait se servir dans le passé.

L'auteur insiste sur l'importance de l'introduction du produit par voie entérale et rachidienne.

Roma AMYOT.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Frank R. SMITH. — **Syphilis acquise chez les enfants. Etude clinique et épidémiologique.** "American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases", 23: 165 (mars) 1939.

La lutte intense faite depuis quelque temps à la syphilis aux Etats-Unis a amené l'attention de l'A. sur l'aspect clinique et épidémiologique de cette maladie surtout dans l'enfance.

L'A. passe en revue la bibliographie de la syphilis acquise de l'enfance et, dans une série de tableaux, il étudie 125 cas de syphilis acquise chez les enfants de quelques mois à 10 ans. 45 sont des patients du Johns Hopkins Hospital. Pour les autres les faits et

les données cliniques ont été fournis par les différentes cliniques du sud et de l'est américain.

Dans un premier tableau les enfants sont classés par provenance, dans le deuxième ils sont classés par âge, race, sexe, localisation des lésions, source de l'infection et enfin mécanisme de l'infection.

Dans un troisième tableau l'auteur résume la classification selon l'âge, le sexe et la race. Dans le quatrième tableau les enfants sont classés selon le mode d'infection en rapport avec leur âge. Le tableau cinq nous montre le mécanisme de l'infection en rapport avec le sexe. Le sixième tableau nous montre la source de l'infection en rapport avec la forme clinique et le tableau sept nous donne la localisation des lésions chez les deux sexes.

L'A. décrit ensuite le traitement employé et les résultats obtenus. L'A. donne ensuite un court historique de chacun des 9 cas de syphilis acquise par transfusion, avec un bref commentaire sur le traitement et ses résultats dans ces cas.

De brefs commentaires suivent sur certaines maladies, surtout exotiques qui peuvent ressembler même à de la syphilis.

Enfin l'A résume en dix conclusions:

1° Description des faits cliniques dans 125 cas de syphilis acquise chez les enfants de 10 ans au moins.

2° Ces 125 cas sont les seuls cas authentiques qu'il a pu recueillir dans les grandes cliniques sud et est américaines.

3° En 17 ans à l'hôpital Johns Hopkins, 45 cas ont été observés chez des enfants de 10 ans au moins, 90 cas chez des enfants de 11 à 15 ans et 4,487 cas chez des adultes.

4° Dans le groupe étudié le mécanisme de l'infection a été, a) essai de coït, 43; b) baisers, 15; c) contacts domestiques, 14; d) transfusions, 9; e) lien inconnu, 44.

5° Les filles sont plus souvent atteintes que les garçons et la proportion augmente avec l'âge.

6° Dans presque tous les cas de contact par essai de coït la fille a été infectée par un mâle adulte. De même les contacts domestiques atteignent plus souvent les filles que les garçons. Les patients venaient généralement des plus basses classes de la société.

7° Les caractéristiques de la syphilis acquise chez les enfants ne diffèrent pas de la syphilis acquise chez les adultes et elle n'est pas plus maligne.

8° Le traitement a donné des résultats cliniques et sérologiques satisfaisants.

9° Les contacts accidentels ne sont pas très infectants; il faut des contacts plus intimes pour produire l'infection.

10° Enfin les cas de syphilis acquise par transfusion sanguine montrent l'importance de l'examen préalable de tous les donneurs, même les parents et les amis.

F. L. BOULAIS.

PHYSIOLOGIE

F.-Emile TERROINE et Mlle Tamara DEVRIENT. — **Intensité du catabolisme protidique et degré d'oxydation des déchets.** "Archives internationales de physiologie", 48: 37; 1939.

Les débris des molécules protéiques ne sont jamais totalement oxydés dans l'urine. Le coefficient d'oxydation protidique, donné par le rapport N. uréique, N. ammoniacal, N. aminé rend compte du degré d'oxydation des déchets protidiques de l'urine. On l'a mesuré chez l'animal au minimum de dépense azotée endogène au cours du jeûne et au cours de l'alimentation protéique. Le coefficient d'oxydation protidique est plus élevé lors de l'utilisation des protéines alimentaires que dans celles des protéines tissulaires. On peut donc penser que la dégradation des protéines n'est pas identique dans l'intimité de l'organisme et dans l'intestin. Dans l'intestin la dislocation donnerait une proportion moindre de peptides dont l'oxydation est plus difficile que celle des acides aminés, ce qui expliquerait l'élévation du coefficient d'oxydation protidique.

Eugène ROBILLARD.

Jean ROCHE et Marcel MOURGUE. — **Modifications générales des os longs après fracture expérimentale d'une pièce squelettique et unité physiologique du système osseux.** "Bulletin de la Société de chimie biologique", janvier 1939, p. 143.

Le processus évolutif d'une fracture n'est pas limité à la pièce squelettique lésée. La lésion locale s'accompagne de modifications générales de la composition du squelette. C'est ce que montrent les dosages de phosphore et d'azote dans les os fracturés et leurs homologues intacts de même que le rapport P/N ou indice de minéralisation.

L'os fracturé à la diaphyse se déminéralise pendant vingt-cinq jours environ — il s'agit de l'humérus du pigeon et du fémur du rat — tant dans sa diaphyse que dans ses épiphyses et d'avantage au voisinage du cal. La reminéralisation apparaît alors et compense les pertes subies. Si le cal donne naissance à une pseudarthrose fibreuse, la reminéralisation survient plus tôt mais dans ce dernier cas elle est suivie d'une nouvelle déminéralisation.

Les modifications de la pièce squelettique homologue intacte varient dans le même sens mais sont moins accusées. Tout le système osseux participe à la lésion d'un des organes qui le constituent.

Eugène ROBILLARD.

LIVRES REÇUS EN AVRIL 1939

Néo-hippocratismes et homoéopathie. Par le docteur Léon VANNIER. Vol. de 90 pages, 25 frs. Librairie Gaston Doin et Cie, 8 Place de l'Odéon, Paris.

Vingt Études pratiques de Médecine infantile. Par R. LIEGE. Vol. de 210 p., avec 28 figures dans le texte. 60 francs. Gaston Doin et Cie, Paris.

Précis de Neuro-psychiatrie infantile. Docteur Gilbert Robin. Volume de 312 pages. 60 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Les Dystrophies dentaires de la Syphilis héréditaire. Par Lucien LEBOURG. Volume de 164 pages, 73 figures dans le texte. 38 frs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Le corps jaune. Par H. SIMONET et M. ROBEY. Volume de 172 pages. 50 frs. Masson et Cie, Paris.

La Dysenterie bacillaire. Par J. DUMAS. Volume de 90 pages. 28 frs. Gaston Doin et Cie, Paris.

L'Hygiène de la Race. Par G. BANU, membre de l'Académie de Médecine de Bucarest. 1 volume de 403 pages. 80 frs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

La Médecine d'urgence. Par J. ODDO. Volume de 840 pages. Gaston Doin et Cie, Paris. 120 francs.

Traitement physiothérapique moderne de la Paralysie infantile. Par Henry BORDIER. Volume de 70 pages, 11 gravures dans le texte. 26 francs. Gaston Doin et Cie, Paris.

L'Obstétrique à travers les âges. Par L. DEVRAIGNE. Un volume de 138 pages, 77 figures dans le texte. 40 frs. Gaston Doin et Cie, Paris.

Exposés annuels de Biochimie médicale. Publié sous la direction de Michel POLONOVSKI. Volume de 268 pages, 75 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Canada 1939. Manuel officiel des conditions présentes et des progrès récents. Publié par le Bureau Fédéral de la Statistique, Ministère du Commerce, Ottawa.

Le courrier graphique. Revue mensuelle des Arts Graphiques et des Industries qui s'y rattachent. Paraît 10 fois par an. Dépositaire général: Librairie Le François, 91, boul. Saint-Germain, Paris (6), France.

SOCIÉTÉS

L'« Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 17 janvier 1939

Tenue à l'Université de Montréal

Présidence de M. Geo-E. Mignault

Considérations sur l'alimentation des diabétiques¹

M. G. LAFRESNIERE

La découverte de l'insuline, si précieuse soit-elle, n'a pas enlevé au régime alimentaire la place prépondérante qui lui revient dans le traitement du diabète sucré. Le rapporteur fait un bref historique sur l'alimentation des diabétiques et montre les progrès accomplis dans ces dernières années. Le régime du diabétique tout comme celui du sujet normal doit être équilibré et doit contenir en proportions convenables: glucides, lipides, protides, eau, sels minéraux et vitamines. La composition d'un régime pour diabétiques doit reposer sur des bases scientifiques; mais ces données dans la pratique doivent être adaptées à chaque cas particulier, et les chiffres ne sauraient se substituer à l'observation, au raisonnement, à la clinique. Le rapporteur donne des précisions sur les calories et la quantité de protides, de lipides et de glucides qu'il convient de donner aux diabétiques; il montre combien ces chiffres sont variables suivant les écoles, et conclut qu'il faut avant tout faire preuve de bon sens et de mesure dans la pratique, c'est-à-dire de toujours agir en clinicien en présence d'un diabétique.

Discussion.

M. A. GRATTON estime qu'il faut lutter contre cette tendance qu'ont certains diabétiques à vouloir suppléer à leur manque au régime par de l'insuline. L'alimentation est à la base du traitement du diabète; aussi con-

vient-il de faire l'éducation des malades à ce sujet. Le médecin doit lui-même enseigner aux diabétiques, la valeur des aliments, leur utilisation, leurs dangers.

M. C.-E. GRIGNON parle des glucides et de leurs rapports avec les lipides.

Insuline et insuline-protamine-zinc¹

M. L.-H. GARIEPY

L'insuline-protamine-zinc réalise un progrès dans la thérapeutique du diabète, en permettant de donner aux malades des doses moins fréquentes. La technique de son emploi est quelque peu différente à cause de la lenteur de son action. Dans certains cas, il faut une dose supplémentaire d'insuline ordinaire. Le traitement insulinique sera d'autant plus efficace que le régime alimentaire sera mieux approprié et mieux suivi.

Discussion.

M. J.-Roméo PEPIN indique comment passer de l'insuline ordinaire à l'insuline-protamine-zinc tout en évitant l'hypoglycémie.

M. A. GRATTON pense que l'insuline-protamine-zinc n'offre pas de sérieux avantages sur l'insuline ordinaire.

M. C.-E. GRIGNON est du même avis. Dans les cas graves, il faut recourir à l'insuline ordinaire, l'insuline-protamine-zinc agissant trop lentement.

M. G. LAFRESNIERE demande à M. L.-H. Gariépy s'il a eu des ennuis avec l'insuline-protamine-zinc.

M. J.-A. LEVEILLE aimerait savoir ce qu'il faut penser de l'insuline-protamine-zinc chez les enfants.

M. L.-H. GARIEPY répond en disant que

1. Ces deux communications ont paru *in extenso* dans l'Union Médicale de mars 1939, pages 291 et 286 respectivement.

pour pouvoir apprécier la valeur de l'insuline-protamine-zinc, il faut l'avoir employé. Il avoue avoir eu des ennuis au début de ses essais. Chez les enfants comme chez les adultes, on obtient de bons résultats, à condition de savoir s'en servir. Le grand avantage de l'insuline-protamine-zinc est de simplifier le traitement en réduisant le nombre de piqûres. Il est évident que dans les formes graves il faut avoir recours en plus à l'insuline ordinaire dont l'action est plus rapide.

Les complications du diabète

M. C.-E. GRIGNON

M. Grignon limite son travail à l'étude du coma et de l'artérite diabétique. Après avoir défini le coma diabétique, en avoir décrit les signes cliniques et biologiques, après en avoir discuté le diagnostic différentiel, il précise les indications thérapeutiques; il faut lutter autant contre la déshydratation et le collapsus cardio-vasculaire que contre l'acidose. L'artérite diabétique semble beaucoup plus fréquente aujourd'hui du fait de l'évolution prolongée d'un très grand nombre de cas de diabète. Il s'agit au début d'une endartérite se traduisant par des douleurs dans les membres inférieurs, apparaissant d'abord au repos, puis à la marche. Le traitement varie suivant que l'artérite évolue sans gangrène ou avec gangrène, et dans ce dernier cas, suivant que la gangrène est sèche ou humide. M. Grignon termine en disant dans quelles conditions il convient d'avoir recours au traitement chirurgical en pareil cas.

Discussion.

M. Ch. NADEAU considère toute complication du diabète comme grave. Dans le coma diabétique, il faut proscrire l'emploi de l'ouabaïne parce qu'inopérante; mieux vaut avoir recours à la coramine et à la caféine. Avec les progrès de la science moderne, tout diabétique peut être opéré; lorsqu'il s'agit d'un cas d'urgence, point n'est nécessaire d'attendre que le diabète soit contrôlé, il faut commencer le traitement: insuline, sérum, etc., au moment

même de l'intervention, quitte à compléter le traitement plus tard. Lorsqu'il n'y a pas d'urgence, mieux vaut attendre que le malade soit complètement contrôlé avant d'être soumis à l'opération.

Le Secrétaire,

Paul LETONDAL.

Séance du 7 février 1939

Tenue à l'hôpital Notre-Dame

Présidence de M. Geo.-E. Mignault

Névrite rétro-bulbaire — Sclérose en plaques monosymptomatique¹

M. Roma AMYOT

M. Amyot présente l'observation d'un malade atteint d'une sclérose en plaques vieille de plusieurs années, à symptomatologie objective exclusivement localisée à la vision et au nerf optique. Ce malade, âgé de 29 ans, était venu consulter pour une baisse progressive de l'acuité visuelle. L'examen neurologique ne montre aucun signe, sauf une décoloration des deux papilles. L'examen ophtalmologique révèle un scotome central relatif des deux côtés. L'étude du liquide céphalo-rachidien permet de constater une légère lymphocytose, de l'albuminorachie et une réaction à la gomme Bertrand très positive.

Les observations de ce genre sont exceptionnelles et méritent d'être rapportées.

Discussion.

M. Léon GERIN-LAJOIE demande quel est le pronostic en pareil cas? Y a-t-il un traitement?

M. C.-E. GRIGNON aimerait savoir si l'intoxication par le gaz d'éclairage peut être une cause de sclérose en plaques?

M. Roma AMYOT répond à M. Gerin-Lajoie que le traitement de la sclérose en plaques n'existe pas; à M. Grignon, que l'intoxication par le gaz d'éclairage peut déterminer des lésions vasculaires des centres nerveux, mais non de la sclérose en plaques.

1. Paraîtra *in extenso* dans un prochain numéro de l'Union Médicale.

Syphilis et transfusion sanguine ²

M. Albert BERTRAND

La transmission de la syphilis par transfusion sanguine est un fait. Depuis le premier cas cité par Fordyce en 1915, la littérature médicale en a mentionné plusieurs exemples.

En 1938, on en relevait 68 cas publiés. Ce nombre restreint d'accidents ne correspond pas toutefois à la réalité des faits, mais peut s'expliquer par le contrôle insuffisant des donneurs. Aux Etats-Unis, certains donneurs professionnels ne sont examinés qu'une fois l'an, d'autres tous les 6 mois, tous les 3 mois ou tous les mois. Dans 77% des cas chez les professionnels, et dans 23% chez les volontaires, aucun examen sérologique n'est pratiqué immédiatement avant la transfusion. Comme, par ailleurs, le donneur peut contracter la syphilis entre le dernier examen sérologique et la transfusion, il en résulte un danger pour le receveur, danger d'autant plus grand que le temps qui s'écoule entre le dernier examen sérologique et la transfusion est plus long. Il faut donc de toute nécessité faire un examen sérologique du sang de tout donneur immédiatement avant la transfusion, en plus de l'examen clinique qui seul ne saurait suffire. La syphilis est très répandue dans le monde, et la statistique moyenne de syphilisation peut s'évaluer à environ 10%. D'autre part, l'expérience a démontré que le sang des syphilitiques à la période primaire est infectant pour le lapin dans une proportion de 67% et celui des syphilitiques à la période secondaire, dans une proportion de 70%. D'où la nécessité d'un examen sérologique du donneur avant toute transfusion. Pour ce faire, il existe des méthodes sérologiques qui permettent d'établir en quelques minutes l'état de santé du donneur. La réaction de floculation de Kline est de ce nombre. L'auteur a également décrit en octobre 1938 une réaction de floculation qui donne rapidement la réponse demandée. En combinant l'examen clinique et l'examen sérologique des donneurs, on peut

éliminer dans une forte proportion de cas les dangers de transmettre la syphilis par transfusion. Il se peut qu'avec l'emploi du sang "en conserve" ces risques soient réduits à 0%.

Sur les fractures du bassin

M. Jean TREMBLAY

M. Tremblay présente deux observations de fractures du bassin.

La première concerne une malade atteinte de multiples fractures du bassin à la suite d'un accident. Réduction sous anesthésie à l'aide d'appareils de tractions latérales et longitudinales. Guérison après 42 jours d'immobilisation.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un malade qui présenta de multiples fractures du bassin, également à la suite d'un accident. Réduction sous anesthésie avec appareils de tractions. Guérison après 52 jours d'immobilisation. La radiographie montre que les résultats sont excellents dans les deux cas. Le rapporteur termine sa communication à l'aide de projections illustrant le mode d'emploi des appareils de tractions dans les fractures du bassin.

A propos d'un cas d'insulino-résistance

MM. L.-H. GARIEPY et L.-C. SIMARD

Parmi les difficultés qu'on rencontre dans le traitement du diabète, la résistance à l'insuline est assez fréquente, et relève habituellement d'un état morbide associé qu'il s'agit de dépister. La plupart des auteurs mettent en doute l'existence du diabète insulino-résistant essentiel.

L'observation présentée a trait à une femme de 50 ans, diabétique, dont la maladie en 1934, était parfaitement contrôlée avec 45 unités d'insuline ordinaire chaque jour, répartie en trois piqûres. Revue en 1938, après une interruption de 4 ans dans son traitement et ses visites à la clinique, elle est hospitalisée.

Toutes choses étant égales du côté du régime, la glycémie qui était à 2.32 à son admission, n'était descendue qu'à 2.27, quatre semaines plus tard avec une dose d'insuline-

2. A paru *in extenso* dans l'*Union Médicale* d'avril 1939, p. 392.

protamine-zinc qui a été graduellement portée à 80 unités.

La cessation définitive et en une seule fois de cette dose d'insuline fut suivie d'une descente graduelle de la glycémie, qui environ trois semaines plus tard était à 1.56. Pendant toute cette période (environ deux mois), la glycosurie a toujours été présente, quelque soit le chiffre de la glycémie, et s'est maintenue dans les limites relativement étroites de 40 grammes et 13 grammes par 24 heures, en moyenne 19.9 grammes.

Dans une deuxième période, la malade dont l'état général s'était beaucoup aggravé, fut soumise à l'insuline ordinaire, dont la dose totale répartie en trois injections, atteignit 120 unités, qui n'abaissèrent la glycémie que de deux grammes à 1.66. et encore pendant la dernière semaine, la malade ne prenait pratiquement plus de nourriture. Deux jours avant la mort, la glycémie était à 1.66 et l'insuline à 120 unités. Celle-ci brusquement supprimée comme la première fois, fut suivie le lendemain par une légère diminution de la glycémie à 1.51.

M. L.-C. SIMARD, qui a pratiqué l'autopsie de cette malade, a constaté des foyers de ramollissement cérébral. Les glandes surrénales ne présentaient aucune anomalie et le pancréas à peine un peu de sclérose.

Discussion.

M. ROMA AMYOT, qui a été appelé auprès de cette malade, souligne le fait que l'insulino-résistance a précédé le syndrome neurologique. Il demande à M. Simard si les lésions de ramollissement cérébral qu'il a constatées étaient anciennes ou récentes?

M. L.-C. SIMARD répond que les foyers de ramollissement étaient de différents âges.

Un cas rare de pseudo-hermaphrodisme

M. Paul BOURGEOIS

M. Bourgeois présente ensuite à l'aide de clichés photographiques, l'observation détaillée d'un cas très curieux qu'il a eu l'occa-

sion d'observer il y a trois ans à l'hôpital Notre-Dame.

Il s'agit d'un sujet baptisé fille, qui est un homme affligé d'un hypospade périnéo-scrotal avec ectopie testiculaire abdominale double. Une laparotomie a montré la présence de testicules, d'une trompe de Fallope et d'un utérus; ces constatations ont été confirmées par des examens sur des biopsies pratiquées avec méthode.

Cette observation est intéressante parce qu'elle est assez complète et très détaillée; l'auteur se propose dans un avenir prochain de commencer les interventions nécessaires à la cure de l'hypospadias et fera une nouvelle communication à cet effet.

Discussion.

M. ROMA AMYOT demande quel était le comportement du sujet au point de vue psychologique.

M. L.-C. SIMARD estime que c'est la glande interstitielle du testicule qui donne le sexe; du point de vue biologique, le sujet est incontestablement un homme.

M. Paul BOURGEOIS répond à M. Amyot en disant que son malade avait un psychisme masculin, détestant les travaux du ménage.

Nanisme hypophysaire et mitral

MM. A. De GUISE, E. MENARD
et G. BARRY.

M. Ménard rapporte l'observation d'un sujet de 17 ans, du sexe féminin, présentant un retard considérable dans la croissance somatique et psychique et une affection cardiaque (mitro-pulmonaire); il étudie les rapports des cardiopathies et des hypotrophies de l'enfance et discute dans le cas particulier l'origine hypophysaire de ces troubles du développement.

Le Secrétaire,

Paul LETONDAL.



**SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE
MONTREAL**

Séance du 16 décembre 1938

Institut Bruchési

Présidence de M. Lamarche

Le président de la Société, le Dr Lamarche, souhaite la bienvenue aux deux conférenciers, le Dr Paul Dufault, du « Rutland State Sanitorium » et le Dr Desmeules, de l'hôpital Laval de Québec, ainsi qu'au Dr Wherrett, de la « Canadian Tuberculosis Association ».

**L'évolution et le traitement de la tuberculose
pulmonaire**

M. Paul DUFAULT

Le conférencier remercie la Société de lui avoir procuré l'occasion de revenir à Montréal, où il a de nombreux attachements.

Il donne, à l'aide de graphiques, le résultat de la lutte antituberculeuse dans le Massachusetts durant les dix dernières années, et tout particulièrement du *Rutland State Sanitorium* où il travaille en collaboration avec les docteurs Laroche et Nadeau, ses assistants.

Le premier transparent montre le nombre de malades admis chaque année depuis 1927 et donne les conclusions à tirer au point de vue des jours d'hospitalisation. Les traitements chirurgicaux augmentent le temps de séjour des malades dans les sanatoria de presque le double. Le taux de mortalité de 1926 à 1930 fut de 73.4, de 1931 à 1935, 52.2, et en 1937, de 39.4, pour les cas de thoracoplasties.

Le docteur Dufault donne ensuite l'évolution du pneumothorax à Rutland depuis sa fondation.

Il explique les échecs du pneumo au début par le fait que celui-ci était fait à l'aveuglette et n'était pas entretenu assez longtemps. Le pneumo a donc survécu à l'ignorance et aux erreurs de techniques. Il montre ensuite un transparent pour illustrer la progression du pneumothorax. En 1927, 5% des cas, en 1937, 57.57% des cas.

La phrénicectomie a été presque totalement abandonnée au cours de ces dernières années.

La pneumolyse intrapleurale est faite dans une proportion d'environ 40 à 60% des cas de pneumo.

Quant au pneumo extrapleurale, sur 11 cas, il fut obtenu 7 bons résultats, 2 nuls et 2 complications. Les résultats doivent être appréciés en regard des sujets qui sont traités. Ils complètent plus tard, par une thoracoplastie, lorsque les sujets sont mieux. Le docteur Dufault donne ensuite, au moyen de statistiques, les résultats obtenus dans leurs thoracoplasties.

Le choix du sujet est un facteur important. Les malades qui n'ont pas 90% de chance de guérison ne sont pas opérés. En terminant, il dit que la tuberculose demeure un problème essentiellement médical.

Discussion.

M. JOANNETTE rend hommage au docteur Dufault, qui a été son premier professeur à Rutland. Si le nombre des pneumo faits a progressé, c'est grâce au docteur Dufault. Des conclusions que l'on peut tirer du travail fait dans le Massachusetts, l'on constate qu'elles sont à peu près les mêmes que celles que l'on peut tirer dans tous les milieux sanatoriaux. Ce qui démontre l'intérêt qu'il y a à se rencontrer plus souvent et à échanger des idées.

M. BERTRAND félicite le docteur Dufault, qui a toujours su nous intéresser par ses leçons.

A Bruchési, le pneumothorax a été fait dès 1919. Ce n'est qu'en 1922 que le mouvement a pris de l'ampleur. Il donne ensuite l'histoire des sanatoria à Montréal. Quant à la phrénicectomie, il peut se présenter certains cas chez qui de bons résultats ont été obtenus. Il préconise que les opérations soient faites par des médecins phtisiologues. La pneumolyse cause des accidents. Il est d'avis qu'avant de la faire on doit temporiser.

M. Lasalle LABERGE dit que l'Etat du Massachusetts est riche. Il demande qui construit ces sanatoria et si l'hospitalisation des malades est gratuite.

M. GRENIER veut faire quelques réflexions, non sur la communication du docteur Dufault, mais sur les remarques du docteur

Bertrand. Il s'agit d'une mise au point. Les premiers pneumo ont été faits en 1913 à l'Institut Bruchési, par le docteur Grenier. Les malades pouvant se payer une radiographie bénéficièrent de ce traitement; seuls les malades pauvres n'en avaient pas.

M. BERTRAND dit qu'il n'a pas voulu dire que les premiers pneumo ont été faits en 1922, mais que ceux qui ont été faits dans les cliniques l'ont été à cette date.

M. DUFAULT dit que les sanatoria sont construits par l'Etat et qu'il y en a quatre dans le Massachusetts. Il y a en plus les sanatoria de comtés et ceux des municipalités.

Au point de vue hospitalisation, chez lui, sur 350 malades, 50 paient \$1.00 par jour. L'Etat donne \$5.00 par semaine pour chacun. Le comté paie la différence. L'opinion générale est que la lutte antituberculeuse devrait être contrôlée par l'Etat, qui aurait la direction unique de tous les sanatoria.

M. LAMARCHE félicite le docteur Dufault de sa communication.

Pneumothorax spontané avec symptomatologie rare

M. DESMEULES

Le conférencier remercie la Société, dont il connaît le beau travail, de l'avoir invité. Prenant celle-ci en exemple, on a créé une Société de phtisiologie à Québec.

Il est convaincu que le succès de la lutte antituberculeuse est plus fonction de la qualité que de la quantité des phtisiologues. Il espère que leur Société jouera le même rôle que la nôtre a joué ici, qu'il y aura entente entre les deux sociétés et qu'il sera possible d'avoir des réunions conjointes.

A part la symptomatologie classique du pneumothorax spontané, il peut y avoir des symptômes rares de celui-ci. Il peut simuler différentes autres affections. Le docteur Desmeules en décrit les formes syncopales, bronchialgiques, angineuses et péricardiques.

Un fait ressort: c'est la dyspnée qu'accusent les malades, et qui est constante. Il présente

ensuite l'histoire de malades accusant de ces pneumothorax avec radiographies.

Discussion.

M. BERTRAND croit que le point de côté qu'accuse le malade est dû à la pression intrapleurale où il existe une symphyse.

M. CHOLETTE demande comment agit le docteur Desmeules quant à la conduite du traitement.

M. LAURIER dit que dans bien des cas, on est surpris de constater un pneumothorax chez des sujets qui accusent des douleurs qui ne semblent pas devoir être imputables au pneumothorax.

C'est pourquoi, lorsqu'il y a point de côté, un rayons-X devrait toujours être fait.

M. JOANNETTE rapporte l'histoire de 3 cas intéressants qui lui sont personnels.

M. LABERGE demande s'il arrive souvent qu'un pneumothorax s'installe sans manifestations cliniques, et rapporte l'histoire d'un cas.

M. DESMEULES (*en réponse*) dit que lorsque le pneumothorax se fait en plèvre libre il n'y a pas de douleur. Quant au traitement du pneumothorax spontané, on vérifie la tension intrapleurale, et si elle est à zéro, on laisse l'air se résorber.

M. DUBE dit qu'au cours de sa clientèle il a rencontré plusieurs cas de pneumothorax spontané, dont deux en particulier, dont il donne l'histoire.

Il fait l'historique de la Société, l'intérêt des séances et dit sa joie de voir le travail fait par les jeunes.

M. LAMARCHE dit qu'en écoutant le docteur Desmeules, il s'est rappelé son premier cas de clientèle.

Election de l'Exécutif pour 1939

Président: Dr J.-L.-D. Mason.

Vice-président: Dr Yvon Laurier.

Secrétaire général: Dr A.-M. Cholette.

Secrétaire des séances: Dr O. Manseau.

Secrétaire adjoint: Dr F. Hébert.

Trésorier: Dr J.-A. Millet.

M. LAMARCHE remercie la Société de l'avoir élu président pour le terme qui vient de s'écouler et dit qu'il en gardera le meilleur souvenir. Il cède la place au nouveau président, le docteur Mason.

M. MASON remercie la Société de l'honneur qui lui est fait et accepte pour deux raisons: répondre à l'honneur qu'on a fait aux membres de langue anglaise de la Société en le choisissant comme président, et ensuite parce qu'il compte sur l'indulgence des membres.

M. LAURIER remercie la Société de l'honneur qu'on lui a fait en l'élisant vice-président. Il promet de seconder le président et assure la Société de son entière collaboration.

M. CHOLETTE remercie de l'accueil qui lui a été fait et espère qu'il n'aura aucune difficulté à organiser les séances.

Le Secrétaire des séances,

Omer MANSEAU.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTREAL

Séance du 1er février 1939

Présidence de M. Léon Gérin-Lajoie

Du cancer de la glande thyroïde

M. Réal DORE

Monsieur Doré présente une revue générale des 25 cas de cancer de la glande thyroïde qu'il a observés.

Pour illustrer le grand avantage qu'il y a d'intervenir précocement chez les cancérisés de la glande thyroïde, deux observations sont lues, de patientes thyroïdectomisées en temps opportun, qui sont indemnes cliniquement, actuellement, de cancer.

L'anatomie pathologique enseigne que le cancer prend toujours naissance dans un adénome thyroïdien quelle que soit la forme anatomo-pathologique de la néoformation en cause.

L'infiltration du néoplasme à travers la capsule ou sa propagation par voie sanguine ou lymphatique assombrissent considérablement le pronostic post-opératoire.

L'augmentation rapide de volume d'une glande thyroïde, qui peut atteindre le volume d'un pamplemousse en deux mois ou l'apparition de bosselures à la surface d'un goitre préexistant, indépendamment de l'âge du sujet, sont des symptômes présomptifs de la cancérisation.

Le rapporteur termine en attirant l'attention sur deux symptômes dont il a constaté la présence quelquefois chez ses goitreux cancérisés.

Un métabolisme basal n'élimine pas le cancer, et une température plus ou moins élevée n'est pas un signe pathognomonique de thyroïdite.

Discussion.

M. BOHEMIER demande au rapporteur si, au point de vue de la technique opératoire du cancer de la glande thyroïde, il emploie le bistouri électrique?

M. SAINT-JACQUES nous dit que le diagnostic histologique d'épithélioma doit être très réservé, le type foetal s'en rapprochant énormément. Pour faire le diagnostic macroscopique, il faut tenir compte de l'âge qui dépasse habituellement 60 ans, de la dureté de la tumeur, de sa fixité et des ganglions du voisinage. Les fibromes enserrant le cou peuvent donner le change pour des cancers de la glande thyroïde.

Il croit que le rapporteur a été singulièrement favorisé de rencontrer un aussi grand nombre de cancéreux. Pour sa part, il a vu beaucoup de goitres, mais peu de cancers.

Pour ce qui est du traitement, il est de l'avis du rapporteur: il faut faire des thyroïdectomies extracapsulaires.

M. GERIN-LAJOIE est frappé de la rapidité de la récurrence. Y a-t-il lieu dans ces cas de faire de l'électrothérapie ou de la radiothérapie pré ou post-opératoire et par ces deux moyens peut-on retarder l'apparition de récurrences?

M. DORE n'emploie pas le bistouri électrique, mais croit que ce serait une bonne précaution lorsqu'on redoute la cancérisation.

Tous ces examens histologiques ont été contrôlés par MM. Pierre Masson, Pearson et Farmer.

Les formes fœtales et la strumite de Riddel ont été éliminées des observations qu'il présente et des 25 cas qu'il a rencontrés de cancer thyroïdien; il n'a jamais trouvé de ganglions cancérisés, mais il a souvent constaté des métastases à distance.

La radiothérapie a donné des résultats à la *Cleveland Clinic*, Graham affirmant que certaines formes bénéficient de la radiothérapie.

M. BOHEMIER demande s'il a rencontré des métastases osseuses ou prostatiques, qui sont fréquentes dans les cancers.

M. DORE répond que non.

Anomalies génito-urinaires rares

M. Paul BOURGEOIS

Monsieur Bourgeois rapporte ensuite l'observation détaillée d'un sujet baptisé fille qui était en réalité un homme présentant un hypospadias périnéal avec cryptorchidie; une laparotomie montra la présence dans l'abdomen d'un utérus, d'une trompe de Fallope, de deux testicules ectopiques dont l'un porteur d'un séminome. Cet être extraordinaire, revu trois ans après, semble être en excellente santé. Son séminome serait-il guéri? C'est ce que l'auteur se propose d'établir au cours des interventions nécessaires à la cure de l'hypospadias.

Discussion.

M. MERCIER nous rappelle alors l'observation d'Ombredanne ayant trait à un garçon boucher qui fut reconnu au moment du service militaire. Il s'agissait d'une femme sans vagin avec deux gros kystes ovariens. Ombredanne enleva les kystes et fit une verge avec le clitoris, qui était de volume extraordinaire.

Il a eu l'occasion de voir un cas personnel, chez lequel la cure de l'hypospadias amena la possibilité de contracter une blennorragie.

Il croit le cas du rapporteur excessivement rare, mais il déplore le fait qu'il n'y ait pas eu de biopsie de l'utérus.

M. SAINT-JACQUES nous rapporte le cas d'un sujet de quinze ans où on lui avait demandé de régler le problème du sexe; malheureusement, après un premier examen, il perdit de vue le sujet.

M. GERIN-LAJOIE, bien que l'utérus n'ait pas été biopsié, croit cependant à sa nature par la présence histologiquement contrôlée d'une trompe de Fallope à gauche.

M. P. BOURGEOIS nous rappelle que l'utérus sera produit à la suite du dernier temps du procédé de Duplay pour la cure de l'hypospadias; il avait l'intention de faire une hystérectomie au moment de la laparotomie exploratrice, mais l'incertitude des lésions trouvées en a contre-indiqué l'exécution.

Le secrétaire,

Paul BOURGEOIS.

ASSEMBLEE SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Séance du 19 janvier 1939

Présidence de M. A. Bellerose

Les injections sclérosantes comme traitement de l'hypertrophie des cornets du nez

M. P. PANNETON

Le traitement des varices par les injections de différents produits à effet sclérosant — par obstruction des réseaux vasculaires — est si simple et si logique, il donne de tels résultats que l'application de ce traitement aux hypertrophies des cornets nous a paru intéressant.

Normalement assimilable ou presque à un corps caverneux, la muqueuse pituitaire comprend, sous un revêtement épithélial important, à cils vibratiles, une couche vasculaire spongieuse qui se gonfle au moment des infections aiguës et qui, dans certains cas, peut rester hypertrophiée.

Deux traitements sont couramment employés dans ces cas:

a) La cautérisation linéaire. Son premier défaut est de porter atteinte à l'intégrité de la

muqueuse. En outre, il est d'expérience fréquente de voir les malades revenir au bout de quelques années avec des cornets qui n'ont gardé de la cautérisation qu'une vague cicatrice.

b) L'ablation de la lame verticale. C'est là une intervention sanglante et destructrice. Elle reste la seule dans les cas d'hypertrophie avec dégénérescence polypoïde.

Les deux cas suivants ont été traités par injections répétées de morrhuate de soude.

1er cas. Mlle Béa..., 30 ans. Rhinite du genre spasmodique tous les ans pendant un mois vers le mois d'août. Mais le nez est constamment bouché avec un peu de rhinorrhée. Suivie pendant un an avant injections. Cornets pâles gonflés, au contact de la cloison mais cédant assez bien à l'adrénalisation.

Trois injections de morrhuate (quelques gouttes chaque fois) dans les cornets inférieurs, d'avant en arrière. Au moment de l'injection et dans les deux heures qui suivent, légère douleur dans l'hémi-face correspondante. Résultat immédiat, excellent.

Après quatre mois: cornets pâles, aplatis sur la face interne laissant un méat de calibre normal. Malade satisfaite.

2e cas. Mlle T. R..., 28 ans. Obstruction nasale à bascule, presque constante. Cornets inférieurs pâles et gonflés. Pas de sécrétion anormale.

Quatre injections de morrhuate en une semaine, de quelques gouttes chaque fois, en progressant d'avant en arrière, jusqu'à l'obtention de l'effet cherché. Douleur dans l'hémi-face, de petite durée. Bon résultat.

Après trois mois, le résultat se maintient excellent. Fosses nasales de calibre normal, peut-être un peu supérieur à la normale d'un côté. Respiration libre. Muqueuse pâle mais intacte.

Les avantages de cette méthode sont:

- a) pas d'intervention sanglante;
- b) calcul exact des résultats futurs;
- c) respect des fonctions ciliée et muco-productrice de la muqueuse;

d) traitement au bureau facilement accepté;

e) facilité des retouches; etc...

Discussion.

M. BLAIN. A propos du traitement de l'hypertrophie des cornets inférieurs, je n'ai pas d'expérience dans l'emploi du morrhuate de soude. Je sais qu'ici comme ailleurs, à date on s'est servi surtout de cautérisation ignée dans les cas d'hypertrophie congestive et de résection chirurgicale, dans les cas d'hyperplasie.

Il faut se demander si l'usage du morrhuate de soude ne donnerait pas les mêmes inconvénients que le procédé chirurgical, à savoir: diminution de la circulation capillaire avec sécheresse consécutive des fosses nasales et du pharynx et, peut-être, atrophie ultérieure.

Il conviendrait aussi de faire remarquer que le procédé chirurgical, en plus de convenir aux cas de dégénérescence polipoïde du cornet, garde en plus son indication précise dans les sténoses congénitales ou les étroitesse marquées des fosses nasales, avec insuffisance nasale.

Je demanderais au docteur Panneton, à titre de renseignement, de bien vouloir nous dire à quel endroit précis du cornet inférieur, il fait ses injections, et sous quel titrage il emploie la solution sclérosante de morrhuate de soude dans ces cas d'hypertrophie.

L. C. SIMARD. Au sujet de la circulation, je partage l'avis du Dr Blain; car il est possible que ces injections compromettent la nutrition de la muqueuse et provoquent secondairement l'atrophie de celle-ci. Je demanderais au Dr Panneton de nous représenter les observations ultérieurement, dans six mois ou un an.

M. P. PANNETON. Le docteur Simard a raison; la nutrition locale pourrait peut-être être compromise, mais au lieu de tout enlever par une intervention chirurgicale, nous gardons nécessairement certains îlots de tissu profond, sain, où la circulation complémentaire peut s'effectuer.

(*Au Dr Blain.*) Nous faisons les injections sur la face externe, vis-à-vis de la cloison, c'est l'endroit le plus facile à atteindre. Je tiens à dire ici que cette méthode des injections sclérosantes dans le traitement de l'hypertrophie des cornets n'est pas une méthode personnelle. Je l'ai lue quelque part et ne parviens pas à retrouver le nom de l'auteur.

Quant au titrage du morrhuate de soude nous employons les ampoules injectables préparées par certaines maisons de commerce. Nous ne nous rappelons pas exactement leur titrage.

Dans les cas où il existe des vices de conformation du nez, il est bien entendu que l'on doit avoir recours à l'intervention chirurgicale.

Deux cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte, l'un simulant une tumeur tracheo-bronchique, l'autre, une tuberculose hémoptoïque

M. L.-C. SIMARD

Histoire du 1er cas. (9919; entrée 13-12-37.)

Le patient âgé de 44 ans, se présente pour dyspnée intense inspiratoire et expiratoire, apparue il y a dix jours à la suite d'un « gros rhume ». La dyspnée a d'abord été peu marquée mais s'est accentuée progressivement. Sa respiration est tellement gênée actuellement que le malade ne peut plus dormir. Le patient a maigri de cinquante livres depuis 7 ou 8 mois.

L'examen clinique ne révèle qu'un tirage intense, un souffle fonctionnel mitral, des vibrations diminuées aux sommets des poumons, une matité et des sibillances des lobes inférieurs.

La P.A. est: 135/90. Le Wassermann est positif.

Un laryngologiste consulté trouve une laryngite catarrhale diffuse avec sécrétions muco-purulentes abondantes; les cordes vocales sont mobiles; il n'y a pas d'obstacle au larynx.

Après trois jours d'hospitalisation, le malade meurt après une courte agonie d'une demi-heure.

À l'autopsie, on trouve une broncho-pneumonie confluente des deux lobes inférieurs, une dilatation du cœur droit, une congestion pas-

sive du foie, de la rate et des reins, et sur la face antérieure de la trachée, deux tuméfactions de coloration brune, l'une petite, longue de 1 centimètre, large de 3 mm., située à un centimètre et demi de la bifurcation des bronches; l'autre, plus volumineuse, à contours irréguliers mais de forme généralement arrondie, de 2 cent. de diamètre, située à trois centimètres au-dessus de la précédente.

À l'ouverture de l'aorte on trouve un anévrisme postérieur sacciforme, de la crosse, exactement à l'endroit où l'aorte croise la trachée. Le sac anévrysmal est de forme arrondie; son diamètre transversal est de trois centimètres. L'anévrisme a détruit au-devant de lui la paroi de la trachée, s'est perforé à son tour et la grosse tuméfaction brune visible sur la muqueuse trachéale n'est en réalité que le thrombus anévrysmal, mis à nu, mais assez épais et résistant pour avoir empêché une hémorragie foudroyante. L'autre petite tuméfaction située près de la bifurcation des bronches est également un caillot qui a détruit par compression la muqueuse trachéale. Ce caillot provient d'une hémorragie qui, prenant naissance à la partie inférieure de l'anévrisme situé plus haut, a délaminé, disséqué la paroi trachéale, s'est insinuée dans le chonion et est venue sourdre à trois centimètres plus bas, sous la muqueuse.

Histoire du 2e cas. (8825; entrée le 3-11-38.)

Il s'agit ici d'un homme de 36 ans qui depuis trois mois présente une toux opiniâtre. Huit jours avant son hospitalisation il a craché du sang pendant toute une journée. Il a perdu 40 livres depuis quelques mois.

À l'examen on trouve des craquements au sommet du poumon droit; des vibrations vocales diminuées, des craquements et de la bronchophonie au sommet gauche. Il existe un Babinski bilatéral; le Wassermann et le Kahn sont positifs. La P.A. est: 125/80.

Un examen radiologique montre une tramite à petits éléments, des calcifications du hile droit et du sommet gauche; un léger voile du sommet gauche; en somme, séquelle de primo-infection sans aspect de poussée évolutive.

Trois examens de crachats ne révèlent pas de bacille de Koch. Le L.C. rachidien est normal.

On porte le diagnostic de tuberculose pulmonaire puis de bronchite asthmatique et de syphilis. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade souffre de laryngite striduleuse caractéristique et présente plusieurs crises de suffocation. Il fait une hémoptysie foudroyante qui l'emporte en quelques minutes.

A l'autopsie, on trouve une dilatation du cœur droit, des lésions caractéristiques de syphilis aortique, un anévrysme sacciforme, postérieur, de la crosse de l'aorte, rupturé dans la trachée et une inondation sanguine des poumons.

Commentaires.

Ces deux observations anatomo-cliniques, résumées, suscitent quelques commentaires.

La dyspnée intense et les hémoptisies chez des patients syphilitiques même relativement jeunes peuvent être des symptômes d'un anévrysme aortique qui comprime la trachée ou perfore celle-ci à bas bruit. Sur 339 cas d'anévrysme aortique Hills et Morton signalent 25 cas qui ont présenté comme symptôme principal une ou plusieurs petites hémoptisies.

La dernière observation, dans laquelle une hémoptysie a précédé la grande hémorragie mortelle, se rapproche de l'observation d'anévrysme présentée ici même par le Prof. A. Léger, dans laquelle plusieurs hémorragies sous-cutanées de la région sternale avaient révélé l'anévrysme de la crosse aortique et avaient également précédé une hémorragie mortelle.

Dans l'observation du Prof. Léger c'est la peau, qui pendant un temps a servi de paroi à l'anévrysme et a retardé l'issue fatale; dans la nôtre c'est le caillot du sac anévrysmal qui a servi en quelque sorte de tampon et prolongé la vie du patient.

Enfin nous devons ajouter que dans nos deux cas, les anévrysmes ne pourraient être décelés par la radiographie de face à cause de leur volume réduit et de leur localisation

à l'endroit exact où la crosse de l'aorte croise la trachée, par conséquent vis-à-vis la colonne vertébrale.

Discussion.

M. A. LEGER. Le deuxième cas est analogue par bien des côtés à celui d'une malade que le docteur DeGuise et moi-même avons présentée l'automne dernier à une séance de notre Société Scientifique. L'anévrysme n'a causé une hémorragie foudroyante que lorsque les téguments externes ont cédé. Tant que ceux-ci sont restés intacts, il ne s'est produit que de petites hémorragies tout comme il ne s'est produit, dans le cas du docteur Simard, que de petites hémoptisies laissant penser à une tuberculose pulmonaire jusqu'au moment où l'hémorragie est devenue foudroyante. Les lésions péri-anévrysmales ou les couches successives qui se forment à l'intérieur même de la poche anévrysmale retardent pendant un temps le cataclysme.

M. L.-C. SIMARD. J'attire l'attention sur l'aspect des deux poumons de notre deuxième observation. Ils sont inondés de sang, ce sont des poumons de noyés qui ont conservé le volume qu'ils avaient dans la cavité thoracique.

Méningite aiguë purulente traitée par le sulfanilamine. Guérison

M. Roma AMYOT

Cette communication paraîtra comme article original dans un prochain numéro de l'Union Médicale du Canada.

Discussion.

M. A. BERTRAND. Je regrette avec le Dr Amyot que le microbe n'ait pas été identifié. J'ai apporté un temps considérable à sa recherche et je ne suis pas parvenu à trouver la moindre bactérie. Il arrive ainsi qu'on ne puisse identifier un microbe même après culture.

La première hémoculture a été positive au staphylocoque. Mais on doit toujours se méfier des hémocultures positives au staphylocoque **qui sont souvent dues à un défaut d'asepsie**, soit qu'on ne prenne pas toutes les précautions nécessaires soit encore que l'on fasse une désinfection à l'éther, qui ne stérilise pas.

Cette hypothèse est d'autant plus plausible que la deuxième hémoculture a été négative. Le docteur Guilbault a eu récemment un cas de méningite à *Pfeiffer*, chose assez rare.

On a utilisé ce même traitement et dans les premiers jours le liquide C.R. s'est éclairci puis il est redevenu purulent et l'enfant est mort de sa méningite.

M. A. BERNIER. Il est malheureux que la formule sanguine n'ait pas été faite ici, l'on aurait pu prévoir si l'infection était microbienne par le taux des polynucléaires.

M. R. AMYOT. Je ne partage pas l'avis du Dr Bernier. L'aspect du liquide ainsi que l'hyperthermie indiquaient suffisamment qu'il s'agissait d'une infection et la formule sanguine n'aurait pas apporté beaucoup plus de renseignements. Le liquide C.R. montrait des signes d'irritation méningée avec polynucléaires agglomérés en groupes et modifiés dans leur vitalité.

Était-ce une infection primitivement méningée ou de voisinage? Il n'y avait pas d'otite ni mastoïdite, etc.

Quant à la guérison de ce malade, la coïncidence avec le traitement est trop étroite pour ne pas admettre l'action de ce dernier.

Un cas de cirrhose atrophique amélioré Importance du régime

M. Henri GELINAS

M. G..., ancien hôtelier (durant 1 an), âgé de 59 ans est admis à l'hôpital, dans le Service du Professeur Benoît, le 23 novembre 1938. Il est malade depuis 2½ mois. Hospitalisé dans un autre hôpital il a été ponctionné neuf fois pour ascite. Ces troubles ont débuté assez brusquement. Amaigrissement rapide. Œdème des membres inférieurs.

Antécédents personnels. Le malade prétend n'avoir usé d'alcool que de façon modérée. Syphilis il y a 15 ans traitée durant 2 mois.

Antécédents héréditaires. Mère morte à 32 ans de tuberculose pulmonaire.

Examen clinique. Etat général médiocre. Pas de signes d'alcoolisme.

Cœur et poumons: examen négatif.

Foie: paraît plutôt petit. Il n'est pas pal-

pable au-dessous des côtes même après ponction de l'ascite.

Abdomen: globuleux — énorme — circulation collatérale — thoraco-abdominale — Matité dans les flancs. Signe du flot.

Système nerveux: pupilles réagissent mais lentement. Réflexes tendineux normaux. P. artérielle 125/90.

Urines rien à noter.

Sang: B.W. négatif; urée: 0.51 au litre; glycémie 1.04 au litre.

Diagnostic: Cirrhose alcoolique.

Traitement:

I. Diète généreuse et hypograisseeuse.

II. Nitrate d'ammonium — depuis le 2 décembre.

III. Neptal — 1 amp. en liq. le 25 novembre 1938; 1 amp. en liq. ascitique le 2 décembre 1938; 1 amp. intraveineuse le 19 décembre 1938; 1 suppositoire Salyrgan le 7 janvier 1939.

IV. Ponction abdominale.

25 novembre — 4300 c.c.; 1er décembre — 5200 c.c.; 11 décembre — 8300 c.c.

Le malade a eu en tout 14 ponctions. La dernière date du 11 décembre. Depuis la diurèse est bonne et varie entre 1500 c.c. par jour et 2200 c.c.

Considérations.

Nous attribuons l'amélioration assez inattendue survenue chez notre malade au repos et au fait de lui avoir prescrit une diète généreuse assez riche en protéines.

Le malade avait été soumis à une diète sévère, auparavant.

On admet que l'ascite chez les cirrhotiques est la résultante de deux facteurs; l'hypertension du système porte et la baisse globale des protéines — (surtout de la fraction albumine) — du sérum. Il est très difficile d'agir sur l'un et l'autre de ces facteurs, mais on conçoit qu'une diète pauvre en protéines peut être nocive. Malheureusement nous n'avons pas fait faire un dosage des albumines du sang chez notre malade à son entrée.

Actuellement le malade est franchement amélioré, mais le pronostic est réservé.

EST-CE DE LA GOUTTE?

EST-CE DE L'ARTHRITISME?

Sensibilité, raideur, léger gonflement des jointures des phalanges (les autres articulations peuvent être prises), motilité affaiblie, ralentissement graduel des fonctions... se manifestant surtout vers l'âge moyen... tel est le tableau-symptômes que présentent de nombreux cas.

Il peut indiquer un cas de goutte, ou bien un cas d'arthritisme.

La

LYXANTHINE ASTIER

donnée *per os*, à dose d'une cuillerée à thé une, et même deux fois par jour, amène ordinairement une rapide amélioration de cet état, et, si on continue le traitement, la disparition complète de tous les symptômes.

La Lyxanthine Astier produit cet effet en vertu de ses éléments synergiques associés: iode, calcium, soufre, bitartrate de lysidine¹... ce dernier, puissant dissolvant et éliminateur des déchets métaboliques.

1. Méthylglyoxalidine ou éthylethylenyldiamine.



ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, Montréal

Veuillez m'envoyer de la littérature et un échantillon:
LYXANTHINE ASTIER

Dr.....

Adresse.....

Ville.....Province.....

Discussion.

M. A. LEGER. Jusqu'à quel point le régime peut-il agir, quand tant d'autres facteurs ont pu intervenir.

J'ai en ce moment à l'esprit, deux cas ponctionnés pour ascite où le diagnostic de cirrhose s'imposait et qui n'ont pas encore récidivé. L'un de ces cas date de 10 ans. En présence de ces faits, autrefois exceptionnels, devenus plus fréquents depuis quelques années, il faut bien avoir à l'esprit la classification des cirrhoses de Fiessinger, je crois, classification basée sur l'évolution: cirrhoses régressives, suspendues ou évolutives. Ces cirrhoses régressives ou suspendues semblent augmenter depuis un certain nombre d'années. Leur pronostic reste cependant réservé.

Monsieur Simard peut-il nous expliquer, par l'anatomie pathologique, le mécanisme de ces cirrhoses dites suspendues ou régressives.

M. R. DUFRESNE. Fiessinger, au cours des cirrhoses a constaté des poussées ictéro-hémorragiques; hémorragico-ascitiques et ascitiques pures qu'il attribue à des hépatites susceptibles de régresser et assez rapidement. Il aurait fallu rechercher s'il n'existait pas d'hépatite catarrhale, à symptomatologie anormale du fait qu'elle évoluait sur un foie remanié par la cirrhose.

M. A. MOUSSEAU. Monsieur Gélinas a raison d'être content. J'ai vu son malade à qui l'on avait pratiqué ailleurs 8 ou 9 ponctions, et actuellement, l'on pourrait se demander si vraiment il y a eu cirrhose hépatique. Le lobe gauche du foie est hypertrophié et le droit est atrophié. Cette hypertrophie du lobe gauche explique probablement l'amélioration.

Je n'ai pas grand foi dans le traitement de la cirrhose par les albumines, mais je crois que ce malade luétique, tavernier, a tiré profit de son neptal.

M. P. PANNETON. Au sujet du mot « diète », celle-ci étant la privation d'aliment ou tout au moins la restriction à l'extrême, elle ne peut être généreuse.

M. A. BERNIER. Ce cas est très intéressant. Il est peut-être analogue à un cas où

l'on avait diagnostiqué un cancer du foie et où, à l'autopsie, j'ai trouvé une magnifique gomme à la place d'un cancer. Peut-être le Neptal aurait-il pu faire fondre la gomme et secondairement faire disparaître l'ascite.

M. A. LAQUERRIERE. Quelqu'un aurait-il une opinion sur le mécanisme de l'efficacité de la diathermie dans l'ascite. J'ai eu des cas d'ascites où la diathermie a donné de bons résultats. Le mécanisme de son action est difficile à expliquer. Peut-être s'agit-il d'une amélioration de la diurèse. J'ai à ce propos en mémoire une observation intéressante qui avait paru dans la *Presse Médicale* de Paris, sous la signature d'un médecin de Province, il y a une vingtaine d'années. Il s'agissait d'un vigneron atteint de cirrhose avec ascite. Il avait eu plusieurs ponctions et son état était devenu très précaire. Au moment du vin nouveau, il en avait bu une quantité telle qu'il s'était rendu ivre-mort. Au lieu de voir son état s'aggraver il avait commencé d'uriner davantage et son ascite avait disparu. Il recommençait même à travailler dans les champs. Le vin avait probablement agi sur le rein comme diurétique.

M. MENARD. J'ai lu quelque part que l'ascite avait été amélioré par l'ingestion de miel, qui aurait agi comme diurétique.

M. L.-C. SIMARD. Si la cirrhose suspendue et la cirrhose régressive sont plus fréquentes qu'elles ne l'étaient autrefois c'est peut-être parce qu'inconsciemment les médecins instituent des régimes différents qui ont une part dans la suspension de ces cirrhoses.

M. Bernier a signalé un cas d'ascite secondaire à une gomme syphilitique mais il faut savoir que c'est là une grande rareté, et je ne pense pas qu'il s'agisse de syphilis dans le cas du Dr Gélinas.

Je crois que les modifications des œdèmes et des ascites sont souvent secondaires aux variations de la pression osmotique. D'autre part, la fonction rénale peut être touchée temporairement et aggraver les épanchements.

De plus il existe des phénomènes inflamma-



- **ACIDITÉ GASTRIQUE**
Effet immédiat
Effet prolongé
Effet localisé
- **ACTION ISOLANTE SUR L'ULCÈRE**
Très grande
- **SPASME GASTRO-INTESTINAL**
Soulagement
- **FONCTION GASTRO-INTESTINALE**
Aucun dérangement
- **ALCALOSE TOXIQUE**
Absence complète
- **RÉSULTATS CLINIQUES**
Excellents

...pour le traitement de troubles gastriques associés à une hyperacidité de l'estomac.....

Quant à son pouvoir adsorbant et à sa propriété neutralisante vis-à-vis de l'acide chlorhydrique, le trisilicate de magnésium (l'ingrédient actif du "Tricépiol") "est supérieur aux sels de bismuth, à la magnésie, à l'hydrate d'alumine, à la craie préparée et aux autres remèdes employés dans le traitement de ces conditions". Mutch, N., *Hydrated magnesium trisilicate in peptic ulceration*. *Brit. Med. J.*, 1:254-7 (8 fév.) 1936.

No 937 — "TRICÉPIOL" — Chaque cuillerée à thé moyenne de cette préparation agréable au goût contient 35 grains de trisilicate de magnésium hydraté associé à de la pectine et à du glucose.

No 938 — "TRICÉPIOL" COMPOSÉ — Chaque cuillerée à thé moyenne renferme, en plus des ingrédients du "Tricépiol" simple, 1/500 de grain de sulfate d'atropine et 1/8 de grain de phénobarbital.

Présentation: Bouteilles de 5½ onces.

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

toires temporaires, des hépatites qui peuvent aggraver la cirrhose et qui peuvent aussi régresser avec diminution de l'ascite.

(*Au Dr Laquerrière.*) Le vin comme thérapeutique de la cirrhose devra être retenu. Quant à la diathermie elle agit vraisemblablement par activation de la circulation hépatique, et elle peut, par conséquent, faire diminuer ou disparaître l'ascite dans certains cas.

M. R. AMYOT. Au sujet de l'anecdote du Dr Laquerrière, elle est des plus intéressantes; il s'est fait chez son malade qui s'était traité au vin, par accident, et qui avait repris son travail aux champs, non seulement un réveil rénal, mais aussi un réveil rural!

M. A. MARIN. La syphilis chez ce malade n'est qu'une présomption. Son B.W. est négatif et la ponction lombaire n'a pas été faite.

M. J. GELINAS. Je crois que même s'il y avait syphilis, le Neptal donné aurait été insuffisant pour faire disparaître l'ascite. Quant au lobe gauche du foie, je n'ai pas l'impression qu'il soit hypertrophié.

L'action du miel sur la cirrhose pourrait s'expliquer par l'effet favorable du sucre sur la cellule hépatique. Chez notre malade, je suis convaincu que le régime généreux a été efficace. Dans son séjour à un autre hôpital, le patient continuait à maigrir malgré les bons traitements et la différence dans notre thérapeutique a consisté surtout dans le régime.

Puerpérium et embolie pulmonaire mortelle

MM. Léon GERIN-LAJOIE et R. SIMARD

Cette communication paraîtra comme article original dans un prochain numéro de l'Union Médicale.

Discussion.

M. J.-U. GARIEPY. Dans ces cas d'embolie pulmonaire, les malades meurent à la suite de shock vaso-constricteur. Certains chirurgiens dans ces cas d'embolie, pratiquent une intervention sur le ganglion stellaire et je suis d'avis que l'on devrait avoir toujours prêt un nécessaire « ad hoc », afin de pouvoir faire, à quelques minutes d'avis, ces injections sur

le ganglion stellaire et n'être pas obligé d'attendre une vingtaine de minutes et davantage pour la stérilisation du matériel en question.

M. A. LEGER. Dans un des derniers numéros de la *Presse Médicale*, est paru un bon article sur le drame de l'embolie pulmonaire. A l'autopsie de ces malades on est souvent surpris de ne pas trouver de lésions anatomopathologiques. C'est qu'il s'agit avant tout d'un vaso-spasme. Dans certains cas particuliers, l'embolie est constituée avant le drame clinique et ce n'est pas toujours elle qui cause la mort. Elle peut être la cause qui agit à distance. L'embolus qui part de la veine iliaque, par exemple est souvent très petit et le drame qui survient à la suite de l'arrêt de cet embolus au niveau du poumon est déterminé par un vaso-spasme qui peut survenir au voisinage ou à distance aussi bien au niveau des coronaires que des artères cérébrales. Dans l'article dont je vous parle, la stellectomie ou le blocage doivent être faits sur place selon l'avis des auteurs.

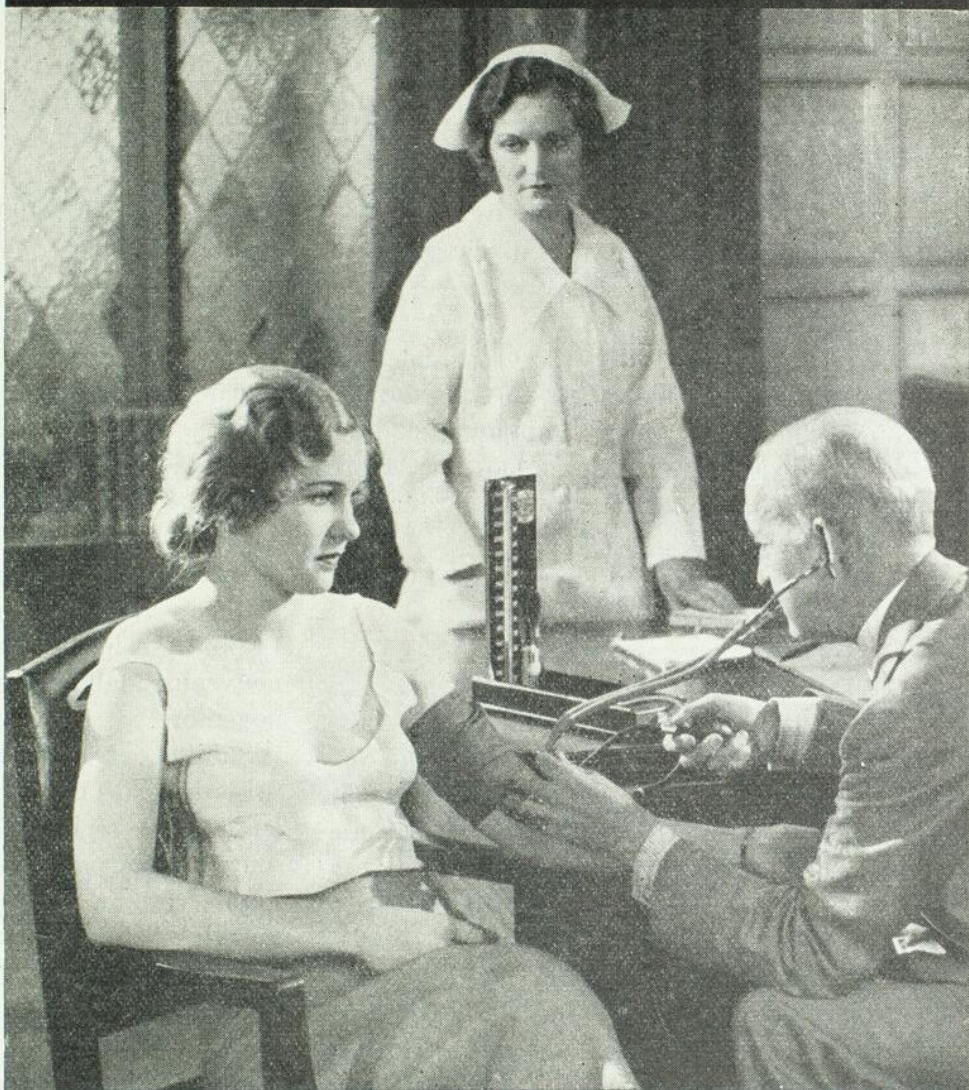
Je seconde entièrement la proposition du Dr Gariépy à l'effet d'avoir toujours prêt un nécessaire d'urgence.

M. L.-C. SIMARD. Je ne suis pas de l'avis des Drs Gérin-Lajoie et R. Simard en ce qui concerne le mécanisme de la mort dans leur cas. Il faut d'abord s'entendre sur l'expression thrombus organisé. Le caillot doit dans ce cas être envahi par du tissu conjonctif et des vaisseaux.

Or, la malade avait été couchée 15 jours avant sa mort et la douleur dans la jambe gauche est apparue 4 ou 5 jours après l'accouchement. Il s'est donc produit une thrombose de la veine iliaque 10 jours avant la mort. Je ne crois pas d'après l'aspect du caillot, qu'il était organisé, car il ne se serait pas détaché aussi facilement.

Il est entendu que le spasme existe, mais ici, la mort me paraît bien due à une embolie par un thrombus du volume du pouce, venu de l'iliaque et logé dans l'artère pulmonaire droite. Les deux artères pulmonaires n'ont pas été boquées sur le coup et c'est pourquoi la mort n'a pas été immédiate. Ce n'est que par

HYPOTENSYL HYPERTENSION



INDICATIONS:

TROUBLES DE L'HYPERTENSION

Maux de Tête

Vertiges — Céphalées

Spasmes artériels, etc.

COMPOSITION:

Chaque comprimé contient:

Extrait de Gui	0.075 Grm.
Extrait de Foie	0.10 Grm.
Extrait Pancréatique	0.05 Grm.

DOSE:

3 à 6 comprimés par jour, une demi-heure avant les repas.

Littérature et échantillon sur demande:

ANGLO-FRENCH DRUG Cie, 354 est, rue Sainte-Catherine, MONTREAL

coagulation secondaire que les deux artères ont été bloquées.

Le caillot a passé de la veine iliaque dans la veine cave inférieure puis dans le cœur droit et a été chassé dans l'artère pulmonaire.

Dans l'artère pulmonaire, à côté de l'embolus, existait une thrombose récente secondaire à l'arrêt de l'embolus, c'est-à-dire une coagulation qui avait précédé de quelques instants la mort.

Je crois que dans ce cas, l'embolie pulmonaire et la thrombose secondaire expliquent mieux la mort que tous les phénomènes de vasospasmes pulmonaires, coronariens ou cérébraux.

M. L. GERIN-LAJOIE. Ces remarques m'intéressent beaucoup. Ces cas sont toujours très pénibles. Ce qui était frappant chez notre malade, c'est l'absence de cyanose et la présence d'angoisse pendant toute la durée de l'agonie.

La suggestion des Drs Gariépy et Léger est tout à fait à propos.

Polyphlébites puerpérales

M. Jacques FORTIER

Madame..., Dossier 7655, est référée au Service d'Obstétrique de l'hôpital Notre-Dame par le docteur A. Allard pour « placenta prævia ». Admise le 22 septembre 1938, elle accouche normalement le même jour et perd très peu au moment de la délivrance. C'est un cas de « placenta prævia latéral » qui a présenté une perte sanguine durant le travail, mais qui ne présenta aucune perte sanguine anormale au moment de l'accouchement. L'enfant est en parfaite santé; c'est un garçon de 5 livres 10 $\frac{1}{4}$ onces.

La patiente se plaint d'hémorroïdes après son accouchement et de gonflement des seins. Le 3e jour, la T. monte à 100 $\frac{1}{5}$ et le pouls oscille entre 80 et 100, et dès ce moment l'infection s'installe dans les vaisseaux du bassin avec point de départ à la plaie placentaire.

Le 27 septembre 1938, la patiente accuse une douleur dans le dos, plus marquée au moment de grandes inspirations; T. 99 $\frac{1}{5}$, P. 100.

Le 29 septembre 1938, apparaît la douleur classique dans l'aine droite et dans le mollet de la jambe droite (pas d'œdème à ce moment), P. 90, T. 99.

Les jours suivants la douleur augmente et l'œdème apparaît. A la demande du docteur Marion, la patiente reçoit, le 7 octobre, une injection para-vertébrale de 15c.c. de novocaïne à 1%, ce qui a pour effet de faire cesser complètement la douleur.

L'involution utérine est très lente.

Le 19 octobre 1938: douleur à la jambe gauche — aine — mollet — talon; le 26 octobre 1938: douleur précordiale; le 28 octobre 1938: douleur au bras gauche; le 4 novembre 1938: accuse sensation de pesanteur au côté gauche, sous le sein; ressent gêne et malaise à l'inspiration profonde. Ces troubles ne durent que quelque temps: 40 minutes environ; le 8 novembre 1938, facies pâle soudainement; peau moite; pouls très rapide, 160; dyspnée; gêne respiratoire; malade agitée; douleurs vives à l'aine gauche; crise de 3 à 4 minutes; le 13 novembre 1938, accuse de nouveaux malaises ainsi que le 19, 21 et 28 novembre.

Subitement le 8 décembre, la patiente est prise de fortes douleurs en urinant et très violentes à la région lombaire droite; elle présente de la pollakiurie. Les dépôts solides (sable) furent analysés à la demande du docteur Paul Bourgeois; résultat: absence d'urates et d'oxalates. Présence de phosphates.

La température reste normale seulement à partir du 20 décembre et la patiente est congédiée le 23 décembre, 94 jours après son admission au service.

P.S. — Bébé pèse 7 livres 13 $\frac{1}{2}$ onces à son départ.

Laboratoire.

Urine: 4 analyses entre le 3 octobre et le 19 décembre. Traces d'albumine — rares leucocytes — densité 1012 phosphates.

Sang: 3 formules:

	GL. R.	GL. B.	Hém.	V G.	P.N.	G.M.	Lym.	P.E.
27 oct.	3,800,000	19,000	45%	0.6	77%	5	17	1
22 nov.	4,100,000	12,000	45%	0.6	64%	3	27	0
20 déc.	4,000,000	8,500	48%	0.6	63%	5	32	0

22 novembre: Myélocytes 3%; Méta 3%.



LE CYCLE LUNAIRE ET LA FEMME

L'époque de la pleine lune et celle de la nouvelle lune paraissent être les plus favorables à l'apparition du flux menstruel. L'observation moderne semble confirmer une croyance du passé. La propreté vaginale, chez la femme, est d'une importance toute spéciale à cette période.

Quand les menstrues sont précédées ou suivies d'un écoulement leucorrhéique désagréable, la propreté vaginale peut être obtenue à l'aide d'une injection à la **Lorate**. Cette poudre ne possède aucune odeur médicinale; elle est calmante, épurative, désodorisante.

Composée de perbricate de soude, de bicarbonate de soude et de chlorure de sodium, avec du menthol et des aromates, Lorate est tout particulièrement utile pour la propreté habituelle après les menstrues; comme détersif dans les cas de leucorrhée, d'infection parasitaire ou microbienne ou autres formes de vaginite; dans les cas de cervicite; comme injection après l'accouchement et après les opérations gynécologiques; aux femmes qui portent des pessaires; comme désodorisant dans les cas d'écoulement fétide.

Lorate se vend en boîte de 8 onces. Un échantillon d'essai vous sera volontiers envoyé si vous en faites la demande sur votre papier à en-tête.

★ LORATE ★

La Poudre Thérapeutique pour Douches Vaginales

WATERBURY CHEMICAL CO. of CANADA, LTD., 727 King St. West, Toronto, Ont.

Traitement:

22 septembre. Hémorroïdes: a) lavement; b) onguent de Galles; c) suppositoire « adrépatine »; d) pansement humide chaud.

25 septembre. Soins: tirage du lait et bandage soutenant.

3-4-5 octobre. Carbonactyl.

Phlébites

15 octobre: injection para-vertébrale; appareil Wolkman, membre inférieur droit. 26 octobre: appareil Wolkman, membre inférieur gauche. 28 octobre: immobilisation bras gauche. 4 novembre: appareils enlevés. 25 novembre: mobilisation jambe gauche. 26 novembre: mobilisation jambe droite. 28 novembre: mobilisation bras gauche. 10 décembre: lever. 23 décembre: congé.

« Prontylin » du 14 octobre au 24 octobre.

« Gaurol » du 9 octobre au 18 octobre.

Durant le traitement: glace, stimulants cardiaques, digitaline, calmants, morphine, etc...

Discussion.

Nous vous présentons ce cas pour l'intérêt qu'il présente au point de vue de:

a) point de départ de l'infection;

b) localisations multiples;

c) injection para-vertébrale comme traitement;

d) pierres phosphaturiques après longue immobilisation sur le dos;

e) embolies.

Discussion.

M. J.-U. GARIEPY. Les vaso-spasmes dominent la pathologie dans de nombreux cas. On en parle du point de vue artériel mais très peu au point de vue veineux. Or les veines sont entourées de filets sympathiques d'où douleurs, œdèmes, impotence. Aussi Leriche a-t-il fourni les preuves de ces spasmes veineux et l'injection para-vertébrale est tout à fait indiquée. On doit répéter les injections jusqu'à disparition de l'œdème.

Depuis 8 ans que je m'occupe de ces questions, et j'ai vu de nombreux résultats par ces injections. Pour le bras, l'injection doit être faite entre la première et la deuxième côte, à 4 centimètres du corps vertébral, où est situé le ganglion étoilé et le deuxième ganglion sympathique thoracique.

Le secrétaire des séances,

Georges HEBERT.



SEP

SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE INC.
917, RUE CHERRIER — MONTRÉAL

NOUVELLES

HOPITAL SAINTE-JUSTINE Cours de perfectionnement

Sous la direction du Dr Gaston LAPIERRE,
Professeur titulaire de Pédiatrie
à l'Université de Montréal.

Du 12 au 17 juin 1939, à 9.30 heures a. m.
à midi

Lundi:

9.30 a. m. Bienvenue.
L'alimentation de l'enfant. — G.
Lapierre.

10.30 a. m. *Diabète infantile.* — H. Baril.

Mardi:

9.30 a. m. *Malformations congénitales de
la tête.* — A. Ferron.

10.30 a. m. *Malformations congénitales du
tronc.* — E. Dubé.

Mercredi:

9.30 a. m. *Otites, amygdalites, adénoïdi-
tes.* — J.-E. Saint-Onge.

10.30 a. m. *Les affections des voies diges-
tives de l'enfant.* — A. Lé-
veillé.

Jeudi:

9.30 a. m. *Les affections des voies respira-
toires.* — L. Coutu.

10.30 a. m. *Le syndrome convulsif de l'en-
fance.* — J. Saucier.

Vendredi:

9.30 a. m. *Le rôle de l'électro-radiologie
en pédiatrie.* — A. Comtois.

10.30 a. m. *La tuberculose de l'enfant.* —
A.-J. Lafleur.

Samedi:

9.30 a. m. *Diagnostic bactériologique de la
tuberculose de l'enfant.* — L.
Paré.

10.30 a. m. *L'importance de l'anatomie pa-
thologique en pédiatrie.* — P.
Martin.

Avec le concours additionnel des docteurs
A.-Z. Crépault, jr, et W. Major.

N. B. Le prix de l'inscription est fixé à \$3.00
et le nombre des adhésions est limité à 10.
Cette limite est supplémentaire à 18 inscrip-
tions déjà reçues.

COURS DE PERFECTIONNEMENT EN PEDIATRIE

Hôpital de la Miséricorde

1051, rue Saint-Hubert, Montréal

Directeur: M. le Pr agrégé PAUL LETONDAL

Comme l'an dernier, un cours de perfectionnement sur la **pathologie digestive du nourrisson** aura lieu durant la première semaine de juillet à l'hôpital de la Miséricorde. Ce cours — qui comprendra douze leçons — sera donné par le docteur Paul Letondal, Professeur agrégé de Pédiatrie à la Faculté de la Médecine, avec la collaboration des docteurs Daniel Longpré, Albert Guilbeault, Henri Charbonneau, Raymond Larichellière et Albert Jutras.

Les leçons auront lieu l'après-midi de 4 à 6 heures, à la salle Saint-Joseph, et seront suivies de projections.

Pendant cette semaine, tous les matins, de dix heures à midi, à la Crèche, conférences de séméiologie et de thérapeutique digestive avec présentation de malades dans les services des docteurs Paul Letondal et A.-J. Lafleur.

Ceux qui prévoient devoir suivre ce cours de perfectionnement sont priés de s'inscrire à l'avance auprès du Secrétaire du Bureau Médical, le docteur Hector Ricard, à l'hôpital de la Miséricorde. Droit à verser: deux dollars.

Les auditeurs recevront avant chaque leçon un plan détaillé du cours.

DEUX PRODUITS

dont l'emploi rationnel permet de pratiquer le

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

dans toutes ses modalités.

EN INJECTIONS
INTRAVEINEUSES

**NOVARSENOBENZOL
BILLON**

Action puissante et régulière.

Le médicament de choix pour le traitement d'assaut.

EN INJECTIONS
SOUS-CUTANÉES

**SULFARSENOBENZOL
BILLON**

est tout indiqué lorsque l'injection intraveineuse est
impraticable et dans les centres ruraux où
une technique simplifiée s'impose.



Laboratoires **POULENC FRÈRES** du Canada, Ltée

204, Place Youville

Montréal

Un certificat sera délivré aux personnes régulièrement inscrites.

Pour renseignements complémentaires téléphoner au docteur Paul Letondal (Wilbank 8640) ou au docteur Raymond Larichellière (Marquette 7334).

PROGRAMME DES COURS

Lundi 3 juillet

4 h. — Ouverture du cours. — M. Paul Letondal.

4 h. 15 — Les accidents de la première dentition. Les stomatites. — M. Henri Charbonneau.

5 h. — L'anorexie des nourrissons et son traitement. — M. Daniel Longpré.

Mardi 4 juillet

4 h. — Les vomissements du nourrisson. La sténose congénitale du pylore. — M. Paul Letondal.

5 h. — Exploration radiologique de l'estomac et de l'intestin dans la première enfance. M. Albert Jutras.

Mercredi 5 juillet

4 h. — La constipation du nourrisson. La maladie de Hirschsprung. — M. Paul Letondal.

5 h. — L'occlusion intestinale. L'imperforation anale. Le prolapsus rectal. — M. Raymond Larichellière.

Jeudi 6 juillet

4 h. — Les diarrhées aiguës du nourrisson. La forme commune. Les syndromes dysentériques. — M. Paul Letondal.

5 h. — Les diarrhées chroniques. La maladie cœliaque. — M. Albert Guilbeault.

Vendredi 7 juillet

4 h. — Le choléra infantile et les états cholériformes dans la première enfance. — M. Paul Letondal.

5 h. — Les ictères du nouveau-né. L'ictère grave familial. — M. Albert Guilbeault.

Samedi 8 juillet

4 h. — L'otite du nourrisson. Ses rapports avec les affections gastro-intestinales. — M. Daniel Longpré.

5 h. — Les états de dénutrition du premier âge. L'hypothrepsie et l'athrepsie. — M. Paul Letondal.

UNIVERSITE DE MONTREAL FACULTE DE MEDECINE

Soutenance de thèse pour l'agrégation en Pédiatrie

Vendredi, le 21 avril 1939, à l'Université, le docteur **Henri Baril** a soutenu une thèse pour l'agrégation en Pédiatrie.

Le titre de la thèse était: *Traitement par les pommes du syndrome diarrhéique.*

UNIVERSITE DE MONTREAL

Concours Casgrain-Charbonneau

La Maison Casgrain et Charbonneau offre à l'Université de Montréal:

Premièrement, « un prix de \$500. à être attribué, chaque année, au meilleur travail — recherche ou amélioration scientifique — se rapportant à la médecine, à la pharmacie, à la dentisterie, à la chimie ou biochimie; ce qui comprend toute découverte médicale ou pharmaceutique, toute amélioration importante de traitement médical ou d'opération chirurgicale, toute découverte scientifique d'ordre médical. »

Deuxièmement, « La Maison Casgrain et Charbonneau met à la disposition des chercheurs une somme de \$1,000. Il s'agit d'encourager les travailleurs qui, dans les domaines scientifiques et médicaux ci-haut mentionnés, ont obtenu déjà des résultats probants, mais dont les ressources insuffisantes entravent les recherches. »

1° Peuvent prendre part aux deux concours: les Diplômés de l'Université de Montréal.

2° Pour le premier concours, les travaux devront être envoyés au Recteur de l'Université, d'ici le 15 mai 1939.

3° Ces travaux devront être inédits.

4° Pour le second concours, les demandes de secours, bien motivées, devront être adressées au Recteur, d'ici le 15 mai 1939.

LE RECTEUR.

LES PRODUITS SCHERING EN THÉRAPIE HORMONALE

Le prépondérance de la maison SCHERING dans le domaine des hormones sexuelles féminines a été établie lorsque la première elle introduisit la véritable hormone folliculaire (œstradiol) dans Progynon-DH et Progynon-B. Elle fut aussi la première à réaliser la synthèse de l'hormone du corps jaune (progestérone) sous le nom de Proluton. La maison Schering s'est de plus distinguée dans la thérapie hormonale par l'hormone masculine en introduisant l'Oréton.

Les comprimés de Thyroïde (P.E.U.) ont aussi été ajoutés à la liste des produits Schering.

PROGYNON-B (Benzoate d'œstradiol en solution dans l'huile de sésame)

Pour le traitement efficace de sévères déficiences d'hormone folliculaire, telles que la ménopause naturelle ou chirurgicale, l'aménorrhée fonctionnelle, l'infantilisme et la stérilité, les nausées et vomissements de la grossesse, la dysménorrhée avec retard du développement utérin.

Progynon-B est présenté en ampoules de 1 c.c. de 500, 1,000, 2,000 et 10,000 unités-rat (Allen Doisy) pour injection intramusculaire.

Nouveau! Solution de PROGYNON-DH (œstradiol)

Indiquée chaque fois qu'il y a lieu d'administrer par voie buccale un produit œstrogène de grande activité. Par exemple, lorsque l'on ne peut pas ou ne doit pas administrer l'hormone par injection intramusculaire, ou comme traitement d'entretien dans les cas plutôt légers de déficience d'hormone folliculaire.

Présentée en flacons de 10 c.c. avec compte-gouttes — 0.1 milligramme d'alpha-œstradiol cristallisé par c.c. d'alcool à 95°C.

PROGYNON-DH (œstradiol)

Les mêmes indications que pour Progynon-B: dans les cas plutôt légers et comme traitement d'entretien à la suite d'injections.

Présenté en comprimés de 50, 200 et 600 unités effectives.

PROGYNON-DH, suppositoires vaginaux (œstradiol)

Pour le traitement de la vaginite infantile gonococcique, de la vaginite sénile et du prurit vulvaire.

Présenté en suppositoires de 250 unités-rat (pour adolescentes) et de 250 et 2,500 unités-rat (pour adultes).

PROGYNON-DH — Onguent (œstradiol)

Pour application locale pour le traitement de la vaginite sénile, du prurit vulvaire, et de certaines dermatoses.

Présenté en pots de 200 et 1,000 unités-rat par gramme.

PROLUTON (progestérone, en solution dans l'huile de sésame)

Pour les cas de déficiences de l'hormone du corps jaune tels que la menace d'avortement, l'avortement récidivant, certains cas de ménorragie et de métrorragie, de dysménorrhée avec développement utérin normal, et de tension prémenstruelle. Proluton produit sur l'utérus les effets définitivement établis de l'hormone du corps jaune.

Présenté en ampoules de 1 c.c. contenant 1/2, 1, 2, 5, et 10 mg, pour injection intramusculaire.

ORÉTON (propionate de testostérone, en solution dans l'huile de sésame)

Pour le traitement des déficiences de l'hormone sexuelle masculine telles que l'hypertrophie bénigne de la prostate, la soi-disant ménopause chez le mâle, l'hypogonadisme et certains cas d'impuissance.

Présenté en ampoules de 1 c.c. contenant 5, 10 et 25 mg, pour injection intramusculaire.

Nouveau! Onguent d'ORÉTON (propionate de testostérone)

Comme complément des ampoules d'Oréton ou dans certains cas de dermatoses dues à une déficience d'hormone masculine, l'Onguent d'Oréton a souvent produit une amélioration considérable.

Présenté en tubes de 50 g. contenant 2 mg. de propionate de testostérone cristallisé par gramme.

THYROÏDE — comprimés.

Cette médication est fréquemment employée en conjonction avec l'hormone folliculaire du corps jaune et de l'hormone masculine.

En comprimés (non enrobés) de thyroïde desséchée conformément à la pharmacopée des E.-U., en concentrations de 1/2, 1 et 2 grains.



EMMAGASINEZ LA LISTE COMPLÈTE DES HORMONES "SCHERING"

SCHERING (CANADA) LIMITED

BOÎTE POSTALE 358, PLACE D'ARMES
751, Carré Victoria

—
MONTRÉAL, P. Q.
Tél. LANCASTER 9073

ANGINE DE POITRINE ET CORONARECTOMIE

Le 19 avril 1939, le docteur Mercier Fauteux, Assistant au Cours de Pathologie Chirurgicale à l'Université de Montréal et Associé dans le Département de Physiologie expérimentale à l'Université McGill, opérait au Royal Victoria Hospital un malade souffrant de thrombose coronarienne par le procédé qui lui est personnel et dont il a démontré expérimentalement la valeur.

Cette opération sur le cœur humain, consistant en la ligature de la veine coronaire gauche, est la première tentative chirurgicale chez l'homme. Nous savons que le malade a bien supporté cette intervention et qu'il est même actuellement en pleine voie de convalescence.

Des félicitations, sans doute, vont à l'innovateur; elles vont aussi au professeur Archibald, qui a collaboré par son aide au succès de l'intervention, et au professeur Meakins, qui, comme à différentes reprises, a montré l'intérêt qu'il portait aux initiatives nouvelles dans les différents domaines de la médecine.

LE BILL DES CHIROS

Le Bill des Chiros fut rejeté par le comité des Bills publics pour la troisième fois en dix ans. L'insuccès ne les rebute pas, puisque l'un d'eux disait en sortant de la salle du Comité: Nous reviendrons dans trois ans.

L'Exécutif de notre Collège a veillé au bon grain. Il a organisé une résistance efficace, et le concours de nos Universités lui fut généreusement accordé. La discussion devant le Comité fut presque entièrement conduite par les députés médecins. Le docteur Paquette, ministre de la Santé, a fait un résumé saisissant des absurdes prétentions de la Chiropratique, Puis les docteurs Trudel, Bellemarre, Pouliot, Dubé apportèrent chacun des arguments irréfutables. D'autres députés, non médecins, se signalèrent par une argumentation de gros bon sens qui fit bonne impression. Nous signalons parmi ceux-ci MM. Marier,

Barrette, député de Terrebonne, Leduc et Duguay.

(Extrait de *l'Action Médicale*.)

LES ELECTIONS CHEZ LES ETUDIANTS EN MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE MONTREAL

Les étudiants en médecine de l'Université de Montréal ont procédé à l'élection de leur comité de régie pour l'année 1939-40. Les nouveaux directeurs sont: M. Ruben Laurier, président; M. Alban Jasmin, délégué à l'A.G.E.U.M.; M. Henri-Georges Landry, vice-président; M. Victor Panaccio, trésorier; M. Robert Robitaille, secrétaire, M. R.-A. Beaudoin, conseiller sportif; M. Léon Dugal, conseiller de 5e année; M. Georges Lachaine, conseiller de 4e année; M. Bernard Gratton, conseiller de 3e année; M. Paul Bazinet, conseiller de 2e année; M. Rosaire Hubert, conseiller de 1ère année; M. Guy Cousineau, ancien président et conseiller.

UNE FETE EN L'HONNEUR DU DOCTEUR BELOT

Le Dr J. Belot vint en 1930 faire à Montréal et à Québec une série de conférences d'électro-radiologie sous le patronage de l'Institut Franco-Canadien.

Les médecins canadiens-français conservent certainement le souvenir de cet enseignement si clair, si précis, au verbe incisif et imagé, en même temps que celui du confrère parfois sarcastique sans méchanceté, mais toujours gai et aimable. Aussi apprendront-ils, nous en sommes sûrs, avec plaisir que le 13 décembre 1938, plus de cinq cents élèves, anciens élèves et admirateurs de Belot se sont réunis dans le grand amphithéâtre de centre Marcellin Berthelot, sous la présidence d'honneur du Professeur d'Arsonval et sous la présidence effective du Professeur Strolh, pour lui remettre son portrait peint par Devambe et une médaille à son effigie exécutée par Jean Vernon.

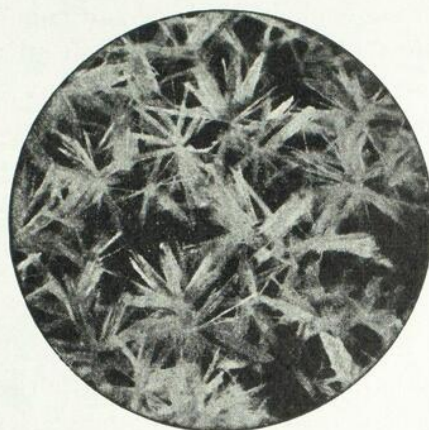
BÉNERVA 'ROCHE'

VITAMINE B₁ CRISTALLISÉE PURE

Indications: Névrites et polynévrites, spécialement dans les cas de diabète, d'alcoolisme, de nicotinisme. Sciatique, névralgies intercostales du trijumeau et autres.

Troubles des hypovitaminoses B₁: anorexie, asthénie, troubles intestinaux, douleurs musculaires.

Lors de besoins élevés de l'organisme en vitamine B₁, par exemple pendant la grossesse et la période de lactation, et par suite de maladies infectieuses.



Cristaux de Bénérova 'Roche'

= Vitamine B₁ pure
(dite aussi aneurine ou thiamine)

Posologie: 1-2 ampoules chaque deux jours en injections sous-cutanées, intramusculaires ou intraveineuses. Dans les cas graves: 2 ampoules de Bénérova forte par semaine jusqu'à 1 ampoule par jour. 2-4 comp. par jour.

Conditionnements: 6 et 50 ampoules à 2 mgm.; Bénérova forte: 3 et 25 ampoules à 10 mgm.
20 et 100 comprimés à 1 mgm.



SIROP "ROCHE"

au Thiocol

CLASSIQUE

1 à 4 cuillerées
à soupe par jour

toujours
bien toléré

TOUTES LES AFFECTIONS
DES VOIES RESPIRATOIRES

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE

286 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

Parmi les discours qui furent prononcés, nous signalerons ceux du Dr Le Penetier au nom de ses élèves, du Dr Bordet au nom de la Société de Radiologie, du Dr Civatte au nom de la Société de Dermatologie, de la Doctoresse Simonne Laborde au nom de l'Institut du Cancer, du Dr Delherm au nom des électro-radiologistes des Hôpitaux, du Dr Gendreau au nom de la Société de Radiologie canadienne-française, du Dr Gilbert (de Genève) au nom des collègues étrangers.

Ces différentes harangues retraçaient la vie et les titres scientifiques du héros de la fête.

Né le 15 avril 1876 dans une petite commune du département de l'Allier, fils d'une lignée de paysans, il commença, au sortir des études classiques, par passer deux ans à l'École d'Agriculture de Grignon. Il décida alors de faire sa médecine. Externe des hôpitaux, il passe dans le service de différents chefs, mais s'attache spécialement au grand dermatologiste Brocq, chez lequel il publie son premier ouvrage radiologique, *Traitement des épithéliomas cutanés par les rayons X* (1903).

Depuis, il fut successivement assistant de Bécclère, chef du service de radiothérapie de l'hôpital Saint-Louis, chef du service central d'électro-radiologie du même hôpital. Enfin, actuellement, il est chef de service à l'Institut du Cancer.

Il a construit, dès 1902, la première cupule protectrice entourant l'ampoule à rayons X et empêchant les effets nocifs du rayonnement en dehors de la zone visée. Depuis, il a continué sans cesse à doter d'améliorations importantes le matériel radiologique (radio-chronomètre à vision directe, soufflerie autour du tube Coolidge, pied porte-ampoule, paravents protecteurs, dispositif de protection intégrale du radiologiste, appareils de localisation des corps étrangers de l'œil, etc., etc.).

Ses publications ont été nombreuses; nous citerons seulement parmi les volumes: le *Traité de radiothérapie* (1904), les deux grands atlas universellement connus, l'un sur le système osseux normal, l'autre sur la pathologie radiologique du système osseux. Les rap-

ports et communications aux Congrès et Sociétés sont innombrables. Enfin, il est depuis la fondation, en 1914, secrétaire de la rédaction du *Journal de Radiologie et d'Electrologie*.

Belot est un des maîtres de l'électro-radiologie; *l'Union Médicale du Canada*, en relatant sommairement la fête dont il a été l'objet, joint ses félicitations sincères à celles de tous ses amis et admirateurs.

A. LAQUERRIÈRE.

ELECTIONS AU CONSEIL MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

L'élection de l'Exécutif du Conseil médical de l'hôpital Notre-Dame a eu lieu le mercredi, 12 avril dernier, avec le résultat:

Président: M. A. Marin.

Vice-président: M. A. Léger.

Secrétaire: M. L.-M. Emard, directeur médical.

MM. B.-G. Bourgeois, L. Gérin-Lajoie, H. Bertrand, J.-U. Gariépy, E. Langlois ont été élus membres de l'exécutif.

EXECUTIF DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

A sa dernière assemblée régulière, tenue en date du 31 mars dernier, le Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame a procédé à l'élection de son Exécutif pour l'exercice 1939-40, avec le résultat suivant.

Président: Dr Antonio Bellerose.

Vice-président: Dr Roma Amyot.

Secrétaire: Dr J.-C. Doucet.

Secrétaire-adjoint: Dr Georges Hébert.

Bibliothécaire: Dr E. Ménard.

LE DOCTEUR EMILE BLAIN

Le docteur Blain, de l'hôpital Notre-Dame, a assisté au Congrès d'Etudes d'Ophtalmologie qui a eu lieu du 10 au 16 avril, à l'Université George Washington, à Washington. Le docteur Blain y représentait le service d'Ophtalmologie de l'hôpital Notre-Dame.

Médication antidiarrhéique par le **GÉLOTANIN**

La médication antidiarrhéique utilise depuis longtemps le TANIN ainsi que des poudres ou extraits végétaux astringents.

E. CHOAY a pensé que la préparation de choix serait celle dans laquelle le **TANIN s'associerait**, non pas à un support indifférent, mais à un **support susceptible d'ajouter son action propre à celle du tanin**: à ce point de vue, la **gélatine** antidiarrhéique et hémostatique **convenait particulièrement**.

Le GÉLOTANIN, combinaison de tanin et de gélatine, qui réunit les avantages des deux composants sans provoquer d'intolérance, est une poudre blanchâtre, insipide, insoluble dans l'eau, même acidulée, soluble en milieu alcalin.

Indication: TOUS LES CAS DE DIARRHÉES.

Posologie: adultes: cachets dosés à 0 gr. 50; enfants et nourrissons: paquets dosés à 0 gr. 25

LABORATOIRES E. CHOAY,

48, rue Théophile-Gauthier,

PARIS, France

Représentants exclusifs:

MM. HERDT & CHARTON Inc., 2027, avenue McGill College, Montréal

UROPRAZINE GRANULÉ EFFERVESCENT

ELIMINE L'ACIDE URIQUE

Composants principaux:

PIPÉRAZINE

HEXAMÉTHYLENETÉTAMINE

SOUFRE COLLOÏDAL

FORMIATE DE LITHINE

GOUTTE ♦ RHUMATISME ♦ SCIATIQUE

LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, FRANCE

Distributeurs: M.M. HERDT & CHARTON, Inc.

2027, AVENUE MCGILL COLLEGE - MONTRÉAL



LE TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE

Le troisième congrès international de neurologie aura lieu à Copenhague, Danemark, du 21 au 25 août 1939. Selon la coutume établie, les séances scientifiques occuperont quatre journées. Trois grandes questions seront à l'étude:

1. *Le système nerveux autonome; ses rapports avec le système endocrinien.*

2. *Les maladies hérédo-familiales envisagées surtout en ce qui concerne leur genèse.*

3. *Problèmes concernant les avitaminoses, notamment par rapport au système nerveux périphérique.*

Les programmes de ces sujets spéciaux ont été organisés par des présidents que les questions intéressaient plus particulièrement, et des invitations ont été adressées à tous ceux qui ont consacré des travaux à ces questions afin qu'eux aussi puissent présenter des communications se rapportant aux sujets étudiés. Les professeurs van Bogaert et Pette dirigeront la séance consacrée au système nerveux autonome; le Pr. Guillain, celle qui étudiera les maladies hérédo-familiales; et le Pr. Monrad-Krohn présidera les discussions que soulèvera l'étude des aspects neurologiques des avitaminoses.

Cinq rapporteurs exposeront chacune des trois grandes questions. Chaque communication durera 25 minutes.

Les séances du congrès auront lieu au Parlement de Copenhague.

Une journée du congrès sera affectée à la présentation de sujets courts par les membres actifs de cette réunion. Aucun membre n'aura le droit de présenter plus qu'un travail. Les

communications de ces sujets variés seront limitées à 10 minutes.

Le Dr W. Penfield est le vice-président canadien du congrès.

Selon la coutume, le mercredi de la semaine du congrès sera consacré aux excursions aux alentours de Copenhague.

Il existe des membres actifs et des membres associés du congrès. Pour être membre actif, il faut appartenir à une société neurologique locale ou nationale, à une société psychiatrique ou neuro-psychiatrique et faire endosser sa demande par une association locale ou par un neurologue ou un psychiatre connus du comité canadien. Pour les membres actifs, le déboursé de cotisation est d'environ \$8.

Les membres d'autres associations ou d'autres spécialités, les individus qui ne sont pas médecins, mais dont les travaux sont en rapport avec la neurologie ou la psychiatrie, peuvent demander de devenir membres associés du congrès. Pour ceux-ci la cotisation est d'environ \$4.

L'*American Express Co.* sera l'agence de voyage officielle du congrès. On peut faire ses arrangements de voyage et d'hôtel par l'intermédiaire de cette compagnie. On devra songer à ces particularités au plus tôt.

Les rapports du congrès seront publiés aussi vivement que possible après le congrès.

Aucun titre ou résumé de travail ne sera accepté par le comité danois à moins que le présentateur ne soit déjà agréé membre actif du congrès.

Les Canadiens qui désirent avoir de plus amples renseignements devront s'adresser au Dr Donald McEachern, Institut neurologique de Montréal, 3801, rue Université, Montréal.

REVUE DES LIVRES

Les principales positions utilisées en radiographie (technique, indications, résultats).

Par DELHERM et MOREL-KAHN (de Paris).
Un volume de 214 pages avec 165 figures.
Paris, Librairie Maloine. 2e édition revue et complétée.

La première édition de cet excellent ouvrage que tous les radiologistes ont en main, parue en 1925, est épuisée depuis longtemps. Les auteurs n'ont pas voulu faire une réimpression; ils nous donnent aujourd'hui un nouvel ouvrage sur le modèle de l'ancien; c'est ainsi que les figures sont des figures neuves, plus claires et plus artistiques. Mais surtout, tout en continuant à ne s'occuper que des clichés pouvant être obtenus sans préparation spéciale et sans appareillage approprié; (ce qui permet à tous les radiologistes avec les moyens habituels dont ils disposent de réaliser les radiographies courantes), ils décrivent des techniques qui sont devenues classiques depuis 14 ans. Ils nous donnent entre autres les positions dans lesquelles sont obtenues les images craniennes, positions très diverses permettant de voir des régions impossibles à discerner autrefois, celles qui fournissent des projections nouvelles de l'articulation coxo-fémorales, du calcaneum, du sacrum, de l'articulation sacro-iliaque, etc. Enfin ils exposent les techniques pour l'examen des régions échappant jusqu'à ces dernières années à l'exploration radiologique, le sein, l'appareil pharyngo-laryngé, etc., et ont consacré quelques pages à la localisation des corps étrangers.

En somme, cet ouvrage de présentation agréable est un vade-mecum, indispensable pour le débutant (auquel il permettra de se garer des erreurs de technique et d'être rapidement en état d'obtenir des clichés lisibles), mais aussi très utile pour le technicien expérimenté qui peut avoir besoin de rafraîchir sa mémoire, quand il a à réaliser un examen qui

n'est pas de pratique courante et dont il peut avoir oublié la technique exacte.

Nous ne saurions donc trop recommander à nos collègues radiologistes de l'avoir continuellement sous la main.

A. LAQUERRIERE

Traité de Biocolloïdologie. Tome V. Etat colloïdal et Médecine. Par W. KOPACZEWSKI (Paris). Paris, Gauthier Villars, éditeur. Un volume (en 2 fascicules) de 299 pages avec planches en couleurs hors texte.

Comme dans les tomes précédents, l'auteur s'efforce de réunir les faits bien démontrés et de faire une discussion critique de leurs applications à la biologie. Si dans sa préface il est un peu dur au sujet de l'esprit scientifique des médecins, il faut reconnaître qu'il apporte à ceux-ci et une multitude de renseignements et la manière dont ces renseignements peuvent être interprétés.

La première partie (Caractères physiques et chimiques du sang) comprend deux chapitres: I *Composition du sang*, son volume, la dimension de ses éléments cellulaires, sa composition chimique. II *Caractères physiques du sang*. Caractères organoleptiques, densité, concentrations moléculaires, ionique, en ions H, pression micellaire, tension superficielle, équilibre électrique, etc.

La deuxième partie est consacrée aux *liquides et tissus organiques* étudiés; son chapitre I: *la lymphe* (composition chimique, caractères physiques, caractères biologiques, lympho-genèse); son chapitre II: *le liquide céphalo-rachidien* (composition chimique, caractères physiques, caractères biologiques, origine et rôle du liquide céphalo-rachidien); le troisième: *la salive* (caractères biologiques, chimiques et physiques, son rôle); enfin, chapitre quatre: *le lait*, lait de vache et lait de femme (composition chimique, caractères physiques).

ANACARDONE

Stimulant cardiovasculaire et respiratoire

Diethylnicotinamide (habituellement connu sous le nom de "Pyridine-b-carboxylic" acide diethylamide) a obtenu une réputation bien méritée dans le traitement des troubles de l'insuffisance respiratoire et de la défaillance cardiaque.

Diethylnicotinamide est actuellement mis en vente en solution de 25 pour cent sous le nom de "Anacardone".

"Anacardone" est recommandé dans les cas de shock opératoire ou obstétrical, dans les collapsus causés par les narcotiques ou les désinfectants et dans la prostration, l'hypotension et les troubles respiratoires faisant suite ou durant les infections microbiennes telles que l'influenza et la pneumonie.

"Anacardone" est préparé en ampoules de 2 c.c. et 5 c.c. pour injections sous-cutanées, intramusculaires ou intraveineuses; et en bouteilles de 15 c.c. et 100 c.c. (aromatisé) pour l'administration per os.

"Anacardone" est vendu par tous les principaux pharmaciens dans tout le Dominion et des renseignements complets seront fournis par

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD.
Terminal Warehouse Toronto 2, Ont.

Ancd/Can/395-F



SIEMENS REINIGER (CANADA) LIMITED
Chambre 18, Édifice du Square Dominion, Montréal

- Il y a plus d'Ultrathermes en usage dans le monde entier que n'importe quelle autre marque de machine à ondes courtes.
- La raison en est que l'Ultratherme a fait ses preuves et que c'est le meilleur appareil à ondes courtes sous tous les points de vue.
- Vous aussi vous pouvez vous convaincre en vous faisant faire une démonstration, sans obligation aucune de votre part.
- Outre l'Ultratherme, nous fabriquons encore plusieurs types d'appareils à ondes courtes, plus puissants ou plus petits.

Veillez téléphoner à HA. 3717

La troisième partie passe en revue deux *excrétions*: la *sueur* et l'*urine*.

La quatrième et dernière partie réservée aux *tissus organiques* expose dans un chapitre premier la *composition chimique* des tissus, et dans le chapitre second *leurs caractères physico-chimiques*. Ajoutons qu'une bibliographie détaillée et complète termine chaque chapitre.

En somme, gros travail de compilation livresque, de recherches personnelles et de mise au point pour lequel l'auteur mérite d'être félicité.

A. LAQUERRIERE.

Traité d'Hélio- et d'Actinologie — Physique, Biologie, Thérapeutique — Rayons solaires, ultra-violets, infra-rouges. Par Ch. BRADY (de Grasse). Deux volumes ayant au total 1502 pages plus 13 pages d'addendum, 618 figures et 42 tableaux. Paris, Librairie Maloine.

Ce très important ouvrage écrit par Brady avec la collaboration de 30 spécialistes tant français qu'étrangers, vient à son heure, car il présente les multiples aspects d'une question d'actualité.

Le livre I est consacré à l'histoire de l'hélio- et de l'actinothérapie. Nous y avons en particulier remarqué le chapitre de Stoïanoff sur le culte du soleil.

Le livre II. (Physique) passe en revue la nature des radiations, les sources artificielles, les radiations solaires, etc.

Le livre III. étudie les effets biologiques des diverses radiations.

Le livre IV. traite des rapports de la climatologie et de la lumière; il insiste sur la néces-

sité de créer des sanatoria climatiques spéciaux pour les tuberculoses chirurgicales.

Le livre V. montre le rôle des ultra-violets dans l'héliothérapie, et le rôle de l'héliothérapie en hygiène et en médecine préventive.

Le livre VI. s'occupe des indications et de la technique de l'hélio- et de l'actinothérapie ainsi que des accidents et incidents.

Avec le livre VII. nous abordons la thérapeutique: Indications principales — Médecine infantile — Tuberculose — Dermatologie — Affections médicales non tuberculeuses — Affections chirurgicales — Syphilis — Maladies nerveuses et mentales — Maladies endocriniennes — Rhumatisme — Otorhino-laryngologie — Gynécologie — Ophtalmologie — Stomatologie — Substances irradiées.

Cette sèche analyse montre seulement que l'ouvrage est très complet. Il traite d'une science en évolution mais qui ne cesse d'accroître son champ d'application. Cette science est une science internationale: les chercheurs de tous les pays accomplissent des expériences cliniques, physiques, chimiques, dermatologiques, thérapeutiques, inventent et perfectionnent des appareils producteurs et des appareils de mesures; ils font de multiples tentatives thérapeutiques. Il faut féliciter un français d'avoir réalisé l'inventaire des résultats acquis dans le monde entier et la mise au point d'une science qui, quoique bien vieille, est cependant dans une période de développement intensif. En s'entourant des collaborateurs les plus qualifiés, il semble qu'il a pleinement réussi.

A. LAQUERRIERE.

UN NOUVEL ...ANTIACIDE ...ANTIPEPTIQUE ...ANTITOXIQUE

TRIMAX

Tri-silicate de magnésium hydraté, Stearns.

Des expériences concluantes ont clairement démontré les caractéristiques uniques de son action thérapeutique:

1. Son action antiacide persiste pendant des heures.
2. Son pouvoir d'adsorption à la température du corps est plus que dix-sept fois celle du kaolin colloïdal.
3. L'étendue de ses affinités adsorbantes comprend des alkaloïdes, des toxines bactériennes, des amines de putréfaction et des poisons alimentaires.
4. Sa puissante action anti-peptique protège l'ulcère peptique contre le pouvoir digestif du suc gastrique.

"Trimax" est vendu en Australie et en Nouvelle-Zélande sous le nom déposé de "Trinesium".

5. Il ne cause ni constipation ni diarrhée.
6. Il ne peut produire l'empoisonnement par les alcalins (alkalose).
7. "Trimax" réunit en une seule substance trois effets thérapeutiques: antiacide, anti-peptique et antitoxique.

S'obtient sous forme de poudre et de comprimés. Dose moyenne: Une cuillerée à thé légèrement comble (21 grains) ou deux comprimés de 10 grains entre les repas.

Littérature et échantillons envoyés aux médecins, sur demande.



FREDERICK STEARNS & COMPANY OF CANADA, LTD.

WINDSOR, ONTARIO.

FABRICANTS DE "KASAGRA"

DETROIT (Mich.), NEW YORK (N. Y.), KANSAS CITY (Mo.), SAN FRANCISCO (Calif.), SYDNEY, (Australie)

PUISSANCE BACTÉRICIDE

'DETTOL' doit être employé de plus en plus au fait qu'il est non toxique, qu'il n'irrite pas les tissus humains et qu'il unit à la propreté une haute puissance bactéricide.

'DETTOL' possède une grande force de pénétration et peut être utilisé à des doses effectives sans causer le moindre ennui. C'est là un avantage marqué sur les antiseptiques phénoliques et crésyliques. 'DETTOL' conserve sa haute puissance bactéricide en présence du sang et autre matière organique. Une solution à 2% détruit rapidement les streptocoques hémolytiques et les colibacilles, même en présence du pus.

'DETTOL' est un antiseptique liquide propre, limpide, non toxique et d'une odeur très agréable.

Vous achetez 'DETTOL' chez le pharmacien ou de votre fournisseur, en bouteilles de grandeur pratique pour les ordonnances ou en récipients de plus grande contenance pour le bureau ou l'hôpital. Échantillons et tous renseignements sur simple demande.

Reckitts (Over Sea) Ltd., Service des produits pharmaceutiques, 1000, rue Amherst, Montréal, P. Q.



'DETTOL' l'antiseptique moderne, non toxique

BIBLIOGRAPHIE

La Ponction Sternale. Procédé de diagnostic cytologique. Par P. EMILE-WEIL, Médecin des hôpitaux de Paris, et Suzanne PERLES, Chef de laboratoire à l'hôpital Tenon. Un volume de 184 pages, avec 25 figures. 75 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain, Paris.

L'étude de la Ponction splénique entreprise précédemment par les auteurs de ce livre et les résultats satisfaisants qu'ils ont obtenus par cette méthode les ont incités à pratiquer simultanément l'étude parallèle de la moelle osseuse. Au cours de ce travail, ils mentionnent quels avantages apportent, dans l'étude des hémopathies, une méthode aussi simple et aussi praticable que la ponction sternale. Reprenant le plan qu'ils avaient créé pour la ponction splénique, ils retracent des types spéciaux de myélogrammes où l'abondance des éléments et la prédominance d'une cellule ou d'un groupe cellulaire sur un autre déterminent des images médullaires spécifiques.

Ils montrent quels renseignements de première valeur fournissent les myélogrammes pour le diagnostic et le pronostic des anémies de quelque nature qu'elles soient, ils insistent sur l'impossibilité de porter un diagnostic de cryptoleucémie par le seul examen sanguin ou par la clinique et ils donnent grâce à la ponction sternale d'utiles éclaircissements sur le syndrome splénopolyglobulique et sur l'érythroblastose en particulier.

Il n'en demeure pas moins que la ponction sternale employée sans le contrôle des autres ponctions des centres hématopoïétiques ne peut apporter qu'une contribution insuffisante à l'étude d'un grand nombre d'affections sanguines d'ordre hépatosplénique, l'étude comparative des ponctions couplées permet seule de donner à chacune des méthodes la place qui lui revient et la confrontation des étalements peut apporter dans des cas difficiles des éclaircissements nécessaires.

Divisions de l'ouvrage

I. Généralités. Constitution du myélogramme. Myélogramme normal.

II. Myélogramme pathologique.

Les leucémies. Réactions leucémoïdes. Tumeurs de la moelle. Tumeurs métastatiques de la moelle.

Les anémies: Anémies pernicieuses: maladie de Biermer. Anémie avec hyperplasie médullaire. Anémie avec splasie médullaire.

Les Polyglobulies. Erythroblastose chronique de l'adulte. Eosinophilie. Les maladies infectieuses. Hépatomégalies, Splénomégalies. Adénopathies. Conclusion. Bibliographie.

Clinique chirurgicale des Pays chauds. Par BOTREAU-ROUSSEL, Médecin général, Directeur de l'Ecole d'Application du Service de Santé des Troupes coloniales (Pharo). Avec la collaboration de MM. Assali, Dejou, Huard, Montagné, Palès et Riques. Chirurgiens des hôpitaux coloniaux, Professeurs agrégés du Pharo. Préface du Professeur Ch. LENORMANT. Un volume de 336 pages avec figures. 80 fr. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Ce livre s'adresse surtout aux chirurgiens, exerçant dans les colonies. Mais il ne sera pas moins utile aux médecins et aux chirurgiens de la métropole: avec le développement et la facilité des communications, la multiplicité des déplacements militaires, commerciaux et même simplement touristiques, avec aussi l'apport des troupes indigènes et de main-d'œuvre coloniale, les maladies dites tropicales — l'amibiase en particulier — ont cessé d'y être exceptionnelles et tout médecin doit être capable de les dépister chez un rapatrié ou un originaire des colonies.

Cet ouvrage ne constitue pas un traité de pathologie chirurgicale exotique, mais une série d'exposés essentiels de clinique chirurgicale des pays chauds, choisis dans l'enseignement de l'Ecole du Service de Santé des Trou-

L'ARTICHAUT EN THÉRAPEUTIQUE

ARTICHOBYL

Extrait de feuilles d'artichaut

**MÉDICATION HÉPATIQUE, CHOLAGOGUE
ET DIURÉTIQUE****Flacon de 50 granules**

dosées à 0 gr 10 d'extrait alcoolique de feuilles d'artichaut

*2 à 6 granules par jour comme cholagogue et stimulant
de la fonction hépatique.
10 à 12 par jour dans les affections aiguës (jaunisse).
(Répartir la dose sur toute la journée.)*

J. EDDÉ Limitée, Edifice New Birks, MONTRÉAL

SPÉCIALITÉ**• PHARMACEUTIQUE •****ELIXIR POLYBROMURE**
(Sans sucre)

(Une cuillerée à bouche de 20 grammes renferme 3 grammes de Bromure de Potassium, Sodium et Ammonium, associés à des Teintures amères et toniques.)

Mode d'emploi: 1 à 2 cuillerées à thé dans un peu d'eau toutes les trois heures.

Présentation: 240 c.c.

La Pharmacie d'Ordonnances

ARTHUR HIRBOUR
ci-devant Bisailon-Hirbour

35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins. — Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

Angle Saint-Denis et De Montigny
Téls: LA. 7356 - PL. 0305 - Montréal



A base: d'Acide Borique, Alun, Acide Carbonique (1-1/3%), et d'Huile de Menthe.

Jarres de
4 et 8 onces.

La poudre à douches MIRALOSE est préparée d'après la prescription d'un médecin qui l'a conseillée pendant des années et qui l'a trouvée efficace, sûre et digne de confiance. Cette formule, d'ailleurs, est déjà connue de la profession médicale, ce n'est cependant que depuis quelques mois qu'elle est fabriquée et vendue sous un nom distinctif. Réalisant qu'elles doivent se préserver contre les effets nuisibles de certains produits largement annoncés, les femmes en général comptent sur la profession médicale pour les conseiller dans le choix des produits qu'elles peuvent employer pour leur hygiène intime. En prescrivant Miralose le médecin aura la certitude de fournir à sa patiente un remède inoffensif et efficace. Miralose est vendue dans toutes les bonnes pharmacies.

MM. les médecins peuvent se procurer des échantillons de Miralose en en faisant la demande par écrit à

Miralose

427, rue Saint-François-Xavier, Montréal.

pes coloniales. Le Médecin Général Botreau-Roussel a tenu à ce que ses élèves, professeurs-agrégés de l'Ecole, qui avaient poursuivi des recherches personnelles et acquis une expérience particulière d'une question, en fissent eux-mêmes l'exposé sous leur nom.

C'est ainsi que des études sont consacrées dans ce livre aux aspects chirurgicaux de l'amibiase et aux abcès du foie, à l'éléphantiasis, aux infections staphylococciques en milieu colonial, au pian et au goundou, à l'évolution si particulière des tuberculoses ostéo-articulaires chez les noirs, études particulièrement riches en observations précises et en conceptions originales.

Chapitres de l'ouvrage

Paludisme et Chirurgie, par Botreau-Roussel.

Les aspects chirurgicaux des Dysenteries et des Colites tropicales, par P. Huard.

Les Abcès du foie, par P. Huard.

Les Filarioses, par Botreau-Roussel.

« Elephantiasis Arabum ». Lymphangite éléphantiasique à rechutes, par Botreau-Roussel.

Les Adénites suppurées chroniques de l'aine aux colonies (Diagnostic du bubon climatique), par L. Dejou.

Les Funiculites endémiques tropicales, par L. Dejou.

L'infection staphylococcique aux colonies, par P. Huard et M. Montagné.

Les Ascarioses chirurgicales, par P. Roques.

La Bilharziose urinaire, par J. Assali.

Les complications chirurgicales des Brucelloses, par J. Assali.

L'Ulcère phagédénique, par J. Assali.

Le Pian, par Botreau-Roussel.

La Tuberculose chez les noirs africains, par Botreau-Roussel, Huard et Palès.

Oto-Rhino-Laryngologie. Par L. BALDENWECK. (3^{me} édition avec 83 figures). Collection "Les Petits Précis". Maloine, éditeur. 18 fr. Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-VIe.

Cette troisième édition de « Oto-Rhino-Laryngologie » comporte, outre la mise à jour, des notions élémentaires de Trachéo-BronchoŒsophagoscopie. Elles sont aujourd'hui nécessaires à tous, maintenant que la collaboration constante du médecin et du spécialiste s'avère indispensable dans le diagnostic et le traitement des affections pulmonaires et des voies digestives supérieures.

Par ailleurs, l'esprit du « Précis » n'a pas changé qui a fait le succès des deux éditions précédentes. Il est écrit non pas pour qui se destine à la spécialité O. R. L., mais pour l'étudiant et le praticien général. Grâce à lui ils pourront, sans grande teinture spécialisée, tirer, au lit du malade, le maximum de renseignements avec le minimum d'instruments et baser les grandes lignes du diagnostic et du traitement d'affections qui, chez l'enfant et chez l'adulte, seront de celles pour lesquelles ils seront souvent appelés à prendre une décision rapide.

Les symptômes les plus saillants et les plus caractéristiques, la thérapeutique d'urgence, les traitements susceptibles d'être faits par le praticien lui-même, ont été envisagés avant tout et illustrés par des figures simples et claires.

En somme, petit livre essentiellement pratique, facile à consulter, appelé à rendre de nombreux services.

Voir à la santé de l'enfant est voir à son meilleur héritage

Vous lui donnerez cela en lui procurant du bon lait. Tout notre lait provient de vaches tuberculines, et est aussi parfaitement pasteurisé.

Appelez FRontenac 3121

J. Joubert
LIMITÉE

La boisson
connue de
tout le monde



Buvez
Coca-Cola

Délicieux et
Rafrichissant

PRÊTS PERSONNELS

Si vous avez momentanément besoin d'argent, consultez le gérant de l'un de nos 537 bureaux. Il examinera avec plaisir votre proposition et, s'il la juge acceptable, il vous soumettra, au besoin, un plan de remboursement par versements faciles.

La Banque Canadienne Nationale fait tous les jours, à des taux raisonnables, de petits prêts à des particuliers solvables, offrant des garanties suffisantes.



Banque Canadienne Nationale

Actif, plus de \$150,000,000

537 bureaux au Canada

66 succursales à Montréal.

NÉCROLOGIE

EDOUARD-ETIENNE LAURENT

Né à Louiseville le 1er décembre 1861, le docteur Laurent fit ses études classiques au séminaire des Trois-Rivières, et ses études médicales à l'École de Médecine Victoria de Montréal, où il gradua en 1888 avec le titre de docteur en médecine et de maître en chirurgie. Il fut médecin interne à l'Hôtel-Dieu en 1889 où il succéda au docteur Couture, devenu plus tard Père Jésuite.

Le docteur Laurent était alors l'assistant de sir William Hingston, le grand chirurgien de l'époque. L'Hôtel-Dieu comptait en plus le docteur Brunelle, chirurgien, L.-D. Mignault, J.-J. Guérin, H. Merrill, chirurgien et assistant de sir Wm. Hingston, le sénateur Paquet, professeur de clinique médicale, les docteurs Edouard et Henri Desjardins, spécialistes des yeux, du nez, de la gorge et des oreilles.

Le docteur Laurent eut beaucoup de difficultés à surmonter au début de ses études médicales, alors qu'il ne recevait aucune aide de sa famille. Heureusement qu'il avait étudié la télégraphie avec son professeur de physique au séminaire des Trois-Rivières, et qu'il avait pratiqué l'art dentaire pendant ses vacances avec le dentiste de Louiseville, ce qui lui permit de trouver une situation chez le dentiste Young, de la rue Notre-Dame, où il allait tous les jours pendant ses heures de loisir et les jours de congé. Il réussit également à trouver de l'emploi à la compagnie de télégraphe Great Western, où il passait une partie de ses nuits. Il put alors avoir bonne chambre et bonne pension, payer ses cours et rendre service à plus pauvres que lui.

A la fin de son internat à l'Hôtel-Dieu, le docteur Laurent fut nommé professeur de botanique et d'histologie à l'École de Médecine Victoria où il enseigna pendant quelques années, jusqu'au jour où il alla s'installer définitivement rue Centre, à la Pointe-Saint-

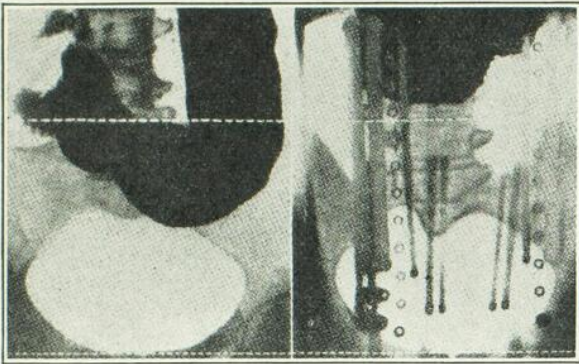
Charles, où il ne tarda pas à avoir un tel succès en clientèle qu'il ne pouvait plus trouver le temps de se rendre à l'École de Médecine pour son enseignement auquel il s'était bien préparé cependant en étudiant l'histologie avec le professeur Bruère, et la bactériologie avec le docteur Wyatt-Johnson, tous deux de McGill.

Le docteur Laurent fut certainement un des premiers médecins de Montréal à avoir chez lui son laboratoire d'analyses chimiques et bactériologiques. Il devint, quelques années après ses débuts, l'ami et l'assistant du docteur Laphorn-Smith, gynécologiste bien connu alors, qui avait un hôpital privé rue Bishop. Il fut également médecin-chirurgien des employés du chemin de fer de la compagnie Grand-Tronc, dont les grandes usines étaient situées à la Pointe-Saint-Charles.

Le docteur Laurent travailla sans relâche pendant les quinze premières années de sa vie de médecin, puis partit pour l'Europe dans le but de faire des études spéciales dans les maladies de la tête, et passa deux années à Paris chez le professeur Lermoyez. Revenu à Montréal en 1907, il s'installa provisoirement rue Saint-Denis, puis rue Sherbrooke ouest, où il passa vingt-cinq années, et enfin boulevard Saint-Joseph est, où il mourut, le dimanche 26 mars 1939.

Le docteur Laurent fut le premier spécialiste en oto-rhino-laryngo-ophtalmologie de l'hôpital Sainte-Justine, situé alors avenue Delorimier.

Le docteur Laurent était un savant modeste et un homme de science dont les connaissances s'étendaient en dehors même de la médecine; et ceux qui furent ses intimes savent combien sa conversation était intéressante, et cela dans tous les domaines de l'intellectualité. Grand admirateur des auteurs classiques, il était poète à ses heures, et il publia plusieurs pièces



Radiographie d'une ptose de l'estomac avec ou sans support "SPENCER".
La ligne pointillée indique les 2 épines pubiennes antérieures.
A droite soulèvement évident après ajustement du support.

Charlotte Noël

CORSETIÈRE PROFESSIONNELLE

3524, rue Hutchison, App. 32, Montréal — Tél.: MA. 6623

CORSETS "SPENCER"

Nous créons un dessin spécialement pour vous

Indications: Anomalies, stase gastrique, hernies, traumatisme sacro-iliaque ou lombaire, néphroptose, grossesse.

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . COQUELUCHE . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluches et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres
Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis
4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

de vers dans nos revues littéraires sous le pseudonyme de « Jean Nicot ».

J'avais une amitié profonde pour ce cher confrère, que je voyais très souvent, surtout au cours des dernières années, et j'éprouve beaucoup de chagrin quand je songe qu'il a quitté cette terre pour toujours et que je ne le verrai plus jamais.

J.-E. DUBÉ.

LA ROCHE AU BAISER ¹

C'était un soir délicieux.
Ils étaient là, silencieux,
Assis sur une roche, à la pointe de l'île.
Tout souffle avait cessé sur le lac immobile.
Le soleil en fuyant déployait dans les cieux
Ses banderoles d'or, de lilas et de roses.
Au loin, l'onde semblait un miroir grandiose.
Il passait des beaux papillons;
Dans l'herbe chantaient les grillons...

Caresse de l'air, splendeur du crépuscule,
Doux refrain qu'en mourant la vague module,
Parfum par la brise emporté,
Regrets à la fin de l'été,
Oui, tout, tout conspirait dans la nature en fête.
Un grand chapeau de paille abritait les deux têtes.
Tremblants, surpris de leur frisson,
Les cœurs battaient à l'unisson...

La roche, à cet instant, mérita son beau nom.

POUR MON JOUR DE L'AN ¹ 1922

Qu'importe un an de plus?... Je marche sans savoir
Où me mènent mes pas. Sur la route, il fait noir!
Poussé par le Destin, je suis la foule vaine
Où pleure, chante et rit la pauvre race humaine.
Chaque siècle, du fond des temps indéfinis,
Apporte son progrès et laisse son gâchis:
Crosse et mitre, voyons ces mains et cette tête
Qui vous portaient avec orgueil les jours de fête.

Couronne et sceptre d'or, dites, valez-vous mieux
Que la vieille besace et le bâton d'un gueux?
Ni malédictions, ni larmes, ni sourires
N'empêchent de crouler les Dieux et les empires.

1. Dans sa notice nécrologique, le docteur Dubé mentionne que le docteur Laurent était poète à ses heures. Ces deux pièces littéraires le prouveraient. Elles démontrent, en plus que notre regretté confrère savait cultiver les Muses avec élégance et raffinement.

Votre philosophie, Epicure, Zénon,
Deviendrait-elle un jour la suprême raison?

Splendeur de la vertu, sordidité du crime,
Tout sombre et disparaît dans l'éternel abîme.

Massacres et combats, gloire des conquérants,
N'avez-vous pas rendu les hommes plus méchants?

Même avec les bûchers, le subtil ergotage,
De siècle en siècle, a-t-il rendu quelqu'un plus sage?

Enfin, trouve ta voie, ô pauvre humanité;
Pars vers le bien, le beau, le grand, la vérité!

La Nature t'invite et soulève ses voiles
Pour te montrer du doigt la route des étoiles.

Fruits d'évolution, des sens plus affinés
Révèleront le monde aux hommes étonnés.

L'énigme d'aujourd'hui demain sera lumière.
La Science et l'Amour éclaireront la Terre.

La bonne et douce Mort, avant ces jours heureux,
De ses doigts décharnés m'aura fermé les yeux.

En attendant je rêve et je jouis d'avance
Du bonheur vers lequel l'humanité s'avance.

LE DOCTEUR A.-D. TRUDEAU

Le docteur Albéric-D. Trudeau, de Richelieu, comté de Rouville, est décédé le 17 avril dernier à l'âge de 68 ans. Le défunt pratiquait la médecine à Richelieu depuis de nombreuses années. Il était coroner du comté de Rouville et avait été maire de Richelieu pendant dix ans.

Le docteur Laurent Trudeau de Chambly-Bassin est le fils du défunt. Nous lui adressons nos sincères sympathies.

LE DOCTEUR C. LAFLEUR

Le docteur Charles Lafleur, qui fut pendant plus de vingt-cinq ans médecin de la brigade des incendies de la Cité de Montréal, est décédé le 31 mars à l'âge de soixante ans. Le défunt était estimé des pompiers de la métropole auxquels il avait prodigué, avec une vigilante fidélité, des soins médicaux durant ce quart de siècle.

LE DOCTEUR S.-J. GIRARD

Le docteur Sévérin Girard est décédé le 7 avril dernier à l'âge de soixante-dix-sept ans. Il avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal et avait été admis à la pratique de la médecine en 1887. Chef interne à l'hôpital Notre-Dame en 1887. Médecin de l'hospice Sainte-Cunégonde pendant quarante-cinq ans. Un des fondateurs de *La Prévoyance* et de *La Sauvegarde*.

LE DOCTEUR HECTOR ROY

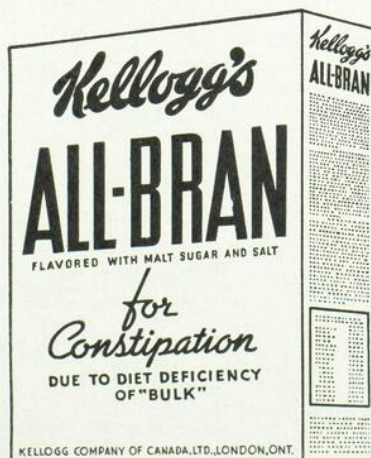
Le docteur Hector Roy, 360, avenue de l'Église, Verdun, est décédé à soixante-quinze ans, après une courte maladie. Il était né à L'Acadie en 1863. Il avait été admis à la pratique de la médecine en 1890.

LE DOCTEUR EUCLIDE ARCHAMBAULT

Nous sommes au regret d'apprendre la mort du Dr Euclide Archambault, père de Me Edouard Archambault, aviseur légal de la Commission des Liqueurs et Conseiller du Barreau de Montréal. Le docteur Archambault était âgé de soixante-huit ans. Né à Saint-Antoine-sur-Richelieu, le défunt fut reçu médecin à l'Université Laval en 1898, avait d'abord pratiqué la médecine à Grondines quelques années, puis était venu s'établir à Montréal. Il était bien connu et estimé par sa nombreuse clientèle.

ALL-BRAN
de Kellogg
active l'élimination
et améliore la
tonalité intestinale
parce qu'il
fournit le 'volume'
et la vitamine
B₁

Fabriqué par Kellogg à London, Canada.



*Fortement recommandée
par la Faculté*

contre LE RHUMATISME, L'ARTHRITISME, LA DYSPEPSIE ET LES AFFECTIONS VÉSICALES, HÉPATIQUES ET RÉNALES

**VICHY
CÉLESTINS**

*La Plus Renommée des Sources
Alcalines Naturelles*



Spécifiez
VICHY-
CÉLESTINS

L'embouteillage
sur place
est contrôlé
par l'état
français

*Alcalifiant
Naturel
Anodin*

Messieurs les Médecins

sont invités à consulter

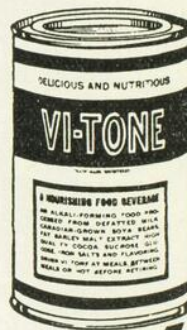
*l'Encyclopédie
Médico-Chirurgicale*

au Secrétariat

326 est. boulevard Saint-Joseph

MONTREAL

dans l'après-midi, de 2 à 5 heures



**FACILITE
L'INGESTION
DU LAIT**

Vi-Tone associé au lait de vache naturel l'empêche de former dans l'estomac de gros caillots durs et indigestes. C'est un aliment liquide agréable au goût, très nourrissant et facile à préparer.

VI-TONE

ALIMENT — TONIQUE — LIQUIDE

VITAVAL

VITAMINES

et SELS MINÉRAUX

*Le tonique idéal pour
refaire les réserves de
minéraux et de vitami-
nes épuisées par l'hiver*

VITAMINES A, B, D, G

**et sels assimilables de
Calcium, Fer, Cuivre, Phosphore, Iode.**

Les produits **VALOR** sont fabriqués par

USINES CHIMIQUES du CANADA Inc.
MONTRÉAL

AGOBYL

UN CHOLAGOGUE POUR LE TRAITEMENT DE LA

CHOLECISTITE aiguë ou chronique

Une dose quotidienne, 30 à 40 minutes avant le déjeuner. Dans certains cas rebelles, et afin d'obtenir un drainage continu des voies biliaires, cette dose peut être renouvelée durant la journée entre les repas ou le soir au coucher.



Agobyl est efficace dans les cas de troubles hépatiques, d'ictère aigu ou chronique, excepté dans ceux d'origine syphilitique ou lorsqu'une intervention chirurgicale est nécessaire.

Agobyl est offert sous forme d'un granulé soluble, conditionné en boîtes métalliques de 125 grammes.

LE LABORATOIRE DU BISMOL

99 Harbour, KINGSTON, B.W.I.

945, rue Côté
MONTRÉAL

45 Peddar, HONG-KONG

Représentants pour les États-Unis: **Geo. J. WALLAU Inc., 153 Waverly Place, N.-Y.**

DISTRIBUTEURS:

MONTRÉAL: La Cie Pharmaceutique DesBergers.
WINNIPEG et RÉGINA: National Drugs Limited.
VANCOUVER: B. C. Drugs Limited.

TORONTO: Drug Trading, National Drug & Chemical Co. Ltd.
CALGARY et EDMONTON: Alberta National Drugs Ltd.
HALIFAX et SAINT-JEAN: National-Canadian Drugs Ltd.
