IN MEMORIAM

LE DOCTEUR A.-H. DESLOGES
1874-1941

Le docteur Desloges vient de nous quitter définitivement après une longue et douloureuse maladie dont il avait pressenti le dénouement il y a déjà quelques années.

Il est allé rejoindre son excellent ami, le docteur J.-E. Dubé, qu'il fréquentait assidûment et avec qui il avait l'habitude de faire des voyages dans le district de Montréal et ailleurs.

La Faculté de médecine a perdu un excellent ami dans le docteur Desloges.

Il est né à Pembrooke le 13 juin 1874. Il est le fils du docteur J.-A. Desloges et le père du docteur Alfred Desloges, assistant dans le service d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Notre-Dame et de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

Après avoir terminé ses études classiques au collège Sainte-Marie, de Montréal, il étudie la médecine à l'Université Laval, à Montréal, où il reçoit son diplôme de Docteur en Médecine en 1897.

Il a exercé sa profession à St-Albans, dans l'Etat de Vermont, aux Etats-Unis, où il séjourne durant huit ans. Il vint alors s'établir à Montréal. L'Hôtel-Dieu le nomma « chef du service d'électrothérapie ».

En 1919, le gouvernement de la province de Québec lui confie la direction médicale générale des hôpitaux d'aliénés; il a occupé cette position jusqu'en 1935 environ.

Grand organisateur, il modifie aussitôt le système, jusque là admis et désuet, en y introduisant des réformes nombreuses qui contribuèrent à améliorer le sort des aliénés et le budget de l'assistance prévu par le gouvernement et les municipalités.

En 1920, le gouvernement de la province de Québec lui demande d'organiser la *lutte contre les maladies vénériennes*. Avant d'entreprendre cette campagne nouvelle, où il s'agissait de vaincre tous les préjugés bien connus dans les différentes classes de la société, il commence par pressentir les médecins, les sociétés médicales et les universités, afin de compter sur eux d'abord, car ce sont surtout les médecins qui devaient l'appuyer avec le plus d'autorité, de persévérance et de conviction, sans compter leur expérience et leur compétence en pareille matière.

Il se tourna ensuite vers le clergé. Il s'adressa aux évêques qui lui accordèrent leurs concours, en donnant à leurs curés les directives indispensables pour le succès de cette campagne où la morale joue un rôle de premier plan. Il obtint le plus grand succès. Le gouvernement lui en sut gré en l'autorisant à faire appel à des autorités européennes pour intensifier cette campagne en faisant venir au pays un homme jouissant d'une grande autorité: le professeur Pautrier, chargé de la clinique des maladies cutanées et vénériennes à l'Université de Strasbourg.

Le professeur Pautrier, homme aussi instruit que sympathique, institua des cours de perfectionnement dans nos hôpitaux, en coopération avec quelques-uns de nos professeurs à Montréal. Ces cours étaient illustrés par des films splendides — sa collection personnelle — démontrant, mieux que la parole, l'aspect, la nature et la gravité des lésions mentionnées dans ses cours.

Il nous faisait bénéficier, ainsi, de sa longue expérience. Il nous permit même de faire reproduire tous ses films dont la collection a été déposée à l'hôpital Notre-Dame.

BIBLIOTHEQUE
94613
SAINT-SULPICE

Plus tard, il publia tous les cours qui furent donnés durant les 15 jours consacrés à l'étude de ces maladies. Ce volume intéressant a été distribué gratuitement à tous les médecins de la province de Québec, avec le généreux concours du Gouvernement et du Ministre, l'honorable Athanase David.

Les activités du docteur Desloges ont pu s'exercer dans bien d'autres domaines. Ainsi, je rappelle à tous ceux qui l'ignorent, et ils sont nombreux parmi nous, que c'est lui, le premier, qui a établi des relations très étroites entre l'Institut Rockefeller et l'Université de Montréal.

Membre de l'*American Psychiatric Association* et de la *Canadian National Commission for Mental Hygiene*; membre du *Royal Institute of Public Health* du *Canadian Public Health Association,* de la *Canadian National Council for combatting venereal diseases,* et de l'*American Social Hygiene Association,* — il eut l'occasion, fréquemment, dans ces réunions annuelles, d'y rencontrer des personnages importants avec qui il échangea des propos con-

BIBLIOTHÈQUE
SAINT-SULPICE

cernant nos institutions canadiennes, en particulier l'Université de Montréal.

Il croyait, bien qu'il ne fût pas un de ses professeurs, que l'Université de Montréal, en particulier la Faculté de médecine, pouvait et devait bénéficier des avantages que lui procurait sa situation importante.

C'est ainsi qu'il rencontra, un jour, un des plus hauts dignitaires du Rockefeller Institute à qui il exposa la situation précaire de l'Université de Montréal et le rôle qu'elle devait jouer en Amérique à cause de ses affinités avec la France dont elle suivait les méthodes d'enseignement de la médecine.

C'est le docteur Desloges qui prépara le terrain à une entrevue entre le président de l'Institut Rockefeller, le recteur de l'Université de Montréal, lui-même et notre ancien doyen, feu le docteur L. de L. Harwood.

Cette entrevue obtint un très grand succès, si bien que l'Institut Rockefeller offrit de verser la somme de $500,000.00, peut-être de 1 million, pourvu que la Faculté de médecine revise le programme de ses études, institue le P.C.N. et réalise définitivement le projet de la construction de l'Université à la Montagne où s'élèvent les édifices actuels.

Le président de l'Institut, à cette époque, s'empressa, quelque temps après, de prouver la sincérité de sa déclaration en versant à l'Université de Montréal une somme de $25,000.00 par année, soit 5% d'un capital de $500,000.00.

L'Institut continua de verser cette somme régulièrement, durant près de dix ans. Malheureusement, l'Université de Montréal, après un premier effort, très louable, subit durement les secousses de la dépression de 1929, sans compter deux incendies, et elle s'immobilisa dans un *statu quo* regrettable mais impossible à changer. Bref, un jour, dernière et dure sommation, l'Institut supprima cette allocation annuelle, nous privant ainsi d'une somme très importante sur laquelle nous comptions. Notre situation s'aggrava et nos problèmes devinrent, bientôt, insolubles.

Mais je veux qu'on sache que c'est au docteur Desloges que nous devons cette bonne fortune. J'ai le devoir de le dire publiquement à une époque où la mémoire des hauts faits concernant notre Université semble complètement inhibée par les événements actuels.

Le docteur Desloges a été un bienfaiteur de l'Université de Montréal. Les conséquences heureuses de cette liaison ancienne entre la Faculté de médecine et l'Institut Rockefeller se font encore sentir, et de plus en plus, j'ose le dire, car, chaque année, ces Messieurs viennent nous voir pour nous encourager de leurs conseils et de leur générosité.

Ils font mieux: ils accordent des bourses à nos élèves, surtout à ceux qui se consacrent aux travaux de laboratoires. Ils les dirigent aux Etats-Unis afin de les initier à toutes les techniques nouvelles dont pourra bénéficier notre enseignement lorsqu'ils seront de retour au pays. Nous ne saurions trop les remercier de leur bienveillant accueil. Nos efforts constants, malgré les difficultés nombreuses semées sur notre route, méritent que l'on nous accorde quelques faveurs en retour de tant de persévérance, sinon d'indigence.

Nous connaissons tous la loi de l'Assistance Publique. Elle a sauvé nos hôpitaux de la mendicité et de la ruine; elle a autorisé le gouvernement à garantir des emprunts qui nous ont permis d'agrandir ceux qui existaient déjà, tandis que nous avons pu en construire de nouveaux, luxueux et modernes. Cette loi a été un bienfait public. Sait-on qui en est l'auteur: *le docteur Desloges*. Il en fut le promoteur; il en a rédigé les clauses importantes et il a puissamment contribué à la faire agréer par les communautés religieuses inquiètes de cette innovation dans nos coutumes hospitalières. Aujourd'hui, cet organisme accomplit des miracles d'assistance publique. Le docteur Desloges eut le bonheur, à cette époque, de travailler en parfaite collaboration avec un ministre intelligent qui en saisit rapidement l'opportunité, et dont il possédait la confiance.

Le docteur Desloges a aussi été membre de la Société Médicale de Montréal, de l'Associa-

BIBLIOTHÈQUE SAINT-SULPICE

tion des M.L.F.A.N., de la Société de Prophylaxie Morale et Sanitaire de Paris. Il a fait plusieurs voyages d'études en Europe où, à maintes reprises, il a représenté, trés dignement, le gouvernement de la province de Québec dans les Congrès scientifiques internationaux.

En 1900, il épousa mademoiselle Amanda Thouin. De ce mariage est né un seul fils dont nous avons parlé plus haut.

J'ajoute que le docteur Desloges a été directeur de *l'Union Médicale du Canada*, et ancien président du Bureau de direction.

*
* *

C'est avec regret que nous avons vu disparaître cette figure intéressante dans notre milieu médical. Jouissant d'une activité incessante, possédant des relations internationales très importantes dont il s'est servi pour promouvoir les intérêts de notre Université, il a accompli une mission féconde au Canada, parmi les médecins et ailleurs à l'étranger où il nous a fait connaître et apprécier.

C'est au docteur Desloges que nous devons les premières bourses accordées à nos étudiants par certaines Maisons françaises. C'est lui, aussi, qui obtint des postes d'internes bien rémunérés dans certains hôpitaux des Etats-Unis: sanatoriums et maladies nerveuses. Plusieurs, parmi nous, qui en ont bénéficié, peuvent en témoigner.

Voici donc un dossier qu'il convient de dépouiller, même sommairement, pour apprécier justement l'esprit d'un grand animateur dont la pensée, au service de nos élites et de la race, sut s'affranchir de la routine et des préjugés à la recherche du bien commun.

J'adresse à son épouse et à son fils l'hommage de ces quelques souvenirs qui devront durer plus longtemps que les fleurs déposées sur sa tombe, en les faisant revivre dans la mémoire de chacun de nous et de ceux qui l'ont moins connu. Peut-être en ajouter d'autres que j'ignore ou que j'oublie?

Nous prions madame Desloges et son fils de bien vouloir agréer l'expression de nos condoléances et de nos vifs regrets.

La disparition du chef de la famille est toujours pénible et douloureuse, mais lorsque sa vie a été utile et féconde, elle atténue et adoucit l'amertume du lendemain.

Albert LeSAGE,
Doyen.

BULLETIN

LE MÉDECIN DANS LA MARINE CANADIENNE

Lors d'une courte visite à Montréal, le docteur P. Letondal me demandait si je pourrais lui faire parvenir, à l'intention de la Société Médicale, quelques notes sur les activités du médecin dans notre Marine.

J'ai accepté en espérant que les brèves considérations qui suivront seront de nature à intéresser les confrères de la Société.

Au début des présentes hostilités, le corps médical n'existait pratiquement pas dans la Marine. Autant celle-ci s'est multipliée depuis, autant son corps médical a pris d'expansion. Quelques médecins en service dans la dernière guerre, dont le commandant chirurgien La Roche, de Saint-Luc, ont été rappelés sous les couleurs pour le réorganiser. Les volontaires n'ont pas tardé à répondre à l'appel, et encore aujourd'hui ils continuent d'affluer. Les conditions d'entrée étaient alors un peu plus difficiles parce qu'il était nécessaire d'avoir des hommes qui aient un minimum d'expérience en même temps qu'on recherchait, dans certains domaines, des spécialistes. Aujourd'hui, ces médecins peuvent entraîner des candidats acceptés plus jeunes et ayant moins d'expérience professionnelle.

Quelle que soit la spécialité des médecins, tous, excepté de rares exceptions dont Best, de Toronto, qui fait actuellement des travaux de recherches, sont assujettis à la même règle et à la même routine. Une série de cours et une période d'entraînement « militaire » servent à l'initiation au début. En plus d'apprendre à obéir aux ordres donnés, cette première étape a aussi pour but de développer, chez le médecin, le pouvoir de commander, en même temps que de le mettre au courant des traditions de la Marine et du genre de vie auquel lui-même, comme ses patients, aura plus tard à faire face.

De là, quelques-uns sont dirigés directement outre-mer, habituellement les plus jeunes, et ils serviront dans la Marine britannique sous des chefs d'expérience. D'autres sont repartis dans différentes bases navales et dans les hôpitaux. Alors que, pendant deux ans, nous devions dépendre des hôpitaux de l'armée, aujourd'hui nous avons notre corps médical propre et nos hôpitaux. Ainsi, à Halifax, deux hôpitaux de 600 à 700 lits ont été construits. Un de ces hôpitaux est actuellement en opération tandis que le second le sera sous peu.

A la tête de chaque département on y trouve des hommes compétents et expérimentés qui ont fait leur marque dans nos meilleurs hôpitaux à travers le Dominion. La plus cordiale collaboration existe entre les confrères. Trop peu de notre race y sont représentés mal-

heureusement. Pour ma part, je ne peux trop louer la chaude sympathie que m'ont témoignée tous ceux avec qui j'ai travaillé. La même cordialité dans la camaraderie règne aussi en dehors des heures de travail.

Le stage principal auquel tous sont astreints est, sans contredit, celui que je fais en ce moment, c'est-à-dire, sur mer. Tous les destroyers et quelques gros croiseurs marchands armés ont un médecin à bord. C'est ici que l'expérience acquise à terre, tant dans le service que dans la vie civile, s'avère très utile. Il nous faut revenir et explorer de nouveau bien des chapitres de nos manuels que nous avions laissés dans l'oubli.

Hygiène, vénéréologie, épidémiologie sont nos premières préoccupations. Il faut, par les méthodes connues et usuelles, prévenir les maladies vénériennes dont le pourcentage est, d'ailleurs, très bas à bord, soit 1½%. Il faut inoculer tous les membres de l'équipage contre la diphtérie, la typhoïde, le tétanos, etc., et répéter les injections périodiquement au besoin.

Les accidents au cours de la routine et des manœuvres permettent à l'officier médical d'exercer fréquemment la petite chirurgie, mais il doit aussi être équipé et prêt, en cas d'urgence, à pratiquer des opérations majeures. Je puis citer le cas d'un confrère qui a opéré et sauvé son capitaine d'une mort certaine à la suite de la perforation d'un ulcère d'estomac.

Il faut être prêt à tout. Jacques Bourgeois, le fils du professeur B.-G. Bourgeois, dans une lettre récente, ne me parle que des maladies tropicales auxquelles il a à faire face, de son teint basané, et des « shorts » qu'il porte. D'autres, durant ce temps, travaillent sur une mer glaciale, emmitoufflés dans les tricots que leur ont fait parvenir ces bonnes dames de la Croix-Rouge.

Du traitement des pneumonies et gelures à celui de la malaria et autres fièvres des mers du Sud, il n'y a que l'espace d'un signal par sans-fil.

*
* *

Un devoir du médecin qui lui fait reviser le chapitre diététique, est la composition adéquate des menus, au point de vue qualité et quantité en collaboration avec l'officier en charge de l'achat des vivres. L'attention des autorités navales a été attirée sur ce sujet par l'un des nôtres, Surgeon Lieut. Oake, qui a constaté certains effets de l'avitaminose, entre autres les cécités nocturnes, par le manque de vitamines chez les signaleurs de garde la nuit. Facteur très important puisque « qui voit le premier est vainqueur, qui voit le dernier, coule ». On remédie à cette déficience, dans les zones où nous ne

pouvons pas nous procurer des aliments frais, par l'emploi de *capsules vitaminées* en distribuant les doses suivant la fonction de chacun.

Le médecin est assisté dans ses devoirs par un infirmier diplômé et expérimenté. Il y a, à bord, une infirmerie, pas très spacieuse, qui contient tout de même deux lits ou banquettes et un assortiment assez complet de médicaments et d'instruments. Le médecin est libre de se procurer ce qu'il veut et d'organiser comme il l'entend sa routine quotidienne. En cas d'action, il a vu à disposer, à différentes stations, des équipes de brancardiers qui patrouillent le bateau et ramènent les blessés pendant que leurs camarades combattent l'ennemi.

L'infirmier se tient à l'arrière dans l'infirmerie où lui sont amenés les cas de blessures légères. Le médecin se tient à l'avant, dans le Mess des officiers. La table à dîner est recouverte de draps stérilisés et convertie en table d'opération. Une torche électrique y a été installée advenant l'explosion du système d'éclairage principal.

A la ronde d'inspection du capitaine, l'officier médical suit de près celui-ci, surveille la salubrité des quartiers de l'équipage, la propreté des cuisines, et il se doit de faire des suggestions propres à améliorer l'hygiène générale et les conditions de vie.

J'ai essayé d'exposer, en bref, ce que signifie être médecin à bord en temps de guerre. Je serais très heureux d'avoir pu vous intéresser durant quelques minutes.

Notre profession doit satisfaire à bien des exigences différentes suivant les milieux où l'on exerce. Dans la vie militaire, elles ne seront pas les mêmes, par exemple, dans l'armée et dans l'aviation que dans la marine. Ici, l'on vit en communauté physique et morale. Tous partagent les mêmes mers déchaînées, les nuits froides et les risques d'attaques sournoises dans l'obscurité. Tous ressentent les mêmes anxiétés, et ils sont heureux et stimulés dans leur tâche de savoir qu'ils en protègent d'autres.

Tous communient dans le bonheur de retrouver les êtres chers lorsque notre mission sera terminée.

Je suis convaincu, comme tous mes confrères de la Marine, que j'aurai acquis une énorme expérience, que j'aurai augmenté mes connaissances médicales, et je voudrais être fier d'avoir servi et soulagé.

Dr Gaétan JARRY [1].

1. Ecrit à bord du H.M.C.S. *Hamilton*. M. Jarry est le fils du professeur J.-A. Jarry, directeur de l'Institut Bruchési, de Montréal.

LE MÉDECIN AUX ARMÉES

« A l'heure où tout le ciel fume
de sang et d'âmes... »

D'Aubigné.

La guerre, mieux qu'autrefois, a révélé que le seul et réel conquérant, dans tous les conflits internationaux, c'est le médecin, cet inconnu. Il sauve des vies innombrables tandis que les armes les sacrifient sans relâche et sans pitié! dans un but de lucre ou d'asservissement.

La médecine, par ses vaccins, ses sérums et la chimiothérapie, fait disparaître ou prévient le choléra, la typhoïde, la diphtérie, le typhus, le scorbut, la pellagre, bientôt les maladies vénériennes.

Ces maladies, jadis, décimaient les armées, encombraient les hôpitaux, affaiblissaient des nations entières et leurs descendants.

N'est-ce pas la médecine, dont les nouvelles méthodes ont apporté tant de précision dans le diagnostic, qui a réussi à classifier l'individu selon ses aptitudes en tenant compte de son état physique et mental, afin de mieux servir les exigences des armées: sur terre, sur mer et dans les airs.

La chirurgie, grâce à l'asepsie, à la perfection de ses techniques et à la sécurité de l'anesthésie prolongée, a opéré des miracles aux armées où l'observation judicieuse a recueilli des milliers de faits nouveaux qui ont servi à innover ou à nous mieux orienter dans l'application de nos méthodes, anciennes et nouvelles.

Ainsi, la médecine et la chirurgie sont devenues une science autant qu'un art en s'appuyant sur la conception inébranlable de la biologie et de l'anatomo-physiologie.

Que de progrès accomplis depuis 1914: le traitement occlusif après nettoyage des fractures compliquées; les interventions audacieuses sur le système nerveux cérébro-spinal; la localisation précise, en profondeur, des corps étrangers; la chirurgie du cœur et des poumons; la chirurgie plastique de la face... que sais-je?

Tout est devenu possible. Les médecins ont donc tiré le bien du mal... Ils ont créé du bonheur, même dans ces hécatombes.

*
* *

Mais la guerre a fait mieux encore. Elle a placé en pleine lumière la personne morale du médecin aux armées; sa conception humaine de la vie; sa fidélité dans l'accomplissement strict de son devoir; son abnégation en quittant sa famille et ses amis; son habileté et son stoïcisme aux grandes heures où sa vie est en péril et sa liberté menacée.

Partout, dans les hôpitaux de base ou sur la ligne de feu, il demeure à son poste, soumis aux ordres et sourd à tout appel autre qu'à celui de la souffrance, n'ayant pour toute arme que son petit arsenal médico-chirurgical.

Médecin ou chirurgien, il ne sait que servir et se taire, en parodiant les deux vers de Corneille:

Quand un « médecin » [1] a le don de se taire,
Il a des qualités au-dessus du vulgaire.

Son courage, silencieux et ignoré, indéfectible, lui assigne une fonction pleine de responsabilité à laquelle il ne peut ni ne veut se soustraire, car il dirige la grande armée des vaincus: ceux qui sont tombés au service de leur patrie: *tous les blessés, qu'il s'empresse de secourir sans distinction!...*

Il ne saurait les abandonner, fût-ce dans la tranchée de l'ennemi!... Je le tiens d'un témoin digne de foi.

N'y a-t-il pas de la grandeur dans un tel acte?

On dirait que, pour tout médecin aux armées, qui se sent une mission à remplir, il y a des clartés plus vives, plus hautes même que celles du foyer. Il subit, sans mot dire, les deux lois contraires qui dirigent le monde:

« *Une loi de sang et de mort qui imagine, chaque jour, de nouveaux moyens de combat pour les conquêtes violentes; et une loi de paix et de travail qui ne songe qu'à soulager l'humanité et à délivrer l'homme des fléaux qui l'assiègent.* »

Cette pensée est de Pasteur.

Ce parallèle est d'une douloureuse actualité.

Aussi, Monsieur le Contre-amiral, ai-je saisi comme un honneur l'occasion très opportune de votre passage parmi nous, si hautement apprécié, pour faire l'*apologie* du médecin aux armées dont vous êtes un des membres les plus autorisés et les plus dignes.

Votre belle leçon démontre, évidemment, que vous appartenez à cette élite dont je viens de proclamer le « haut savoir » et « la superbe » !

Je vous en exprime notre reconnaissance et nos remerciements au nom de la Société Médicale et de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Nous osons croire que vous rapporterez de votre trop court séjour au Canada l'impression d'un jeune et grand pays appelé à un bel avenir pourvu qu'il conserve, intacts, son territoire et son autonomie; et celui d'une province de Québec, d'origine française mais d'allégeance britannique, dont les fils combattent, partout, en Europe, à vos côtés, tandis qu'ici nous les soutenons de notre confiance et de nos deniers dans la croisade entreprise contre l'hydre de la domination universelle et de l'asservissement des peuples [2].

ALBERT LESAGE.

---

1. Corneille a dit: une « femme », dans sa comédie *Le Menteur*.
2. Pour remercier le Contre-amiral Gordon Taylor, chirurgien de la marine anglaise. Séance spéciale de la *Société Médicale de Montréal*, le jeudi 5 décembre 1941, à l'hôpital Notre-Dame. J'ai voulu citer le médecin dont on ignore ou tait constamment les hauts faits.
L.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL[1]

CONFÉRENCE DU CONTRE-AMIRAL G. GORDON-TAYLOR

Allocution du Professeur B.-G. Bourgeois

Le président de la *Société Médicale de Montréal* et celui de la *Société de Chirurgie* m'ont délégué le très agréable privilège de vous présenter à l'auditoire de ce soir.

C'est une fonction que j'apprécie hautement et qui me paraît facile dans les circonstances. Point n'est besoin d'insister longuement pour que l'Assemblée comprenne l'avantage très appréciable qu'elle aura de vous entendre.

En effet, depuis que vous êtes arrivé en Amérique, vous avez fait en plusieurs endroits des conférences ou des causeries dont le succès et la portée ont soulevé des témoignages de la plus haute appréciation dans les journaux et dans les comptes rendus des sociétés scientifiques.

Notamment à Boston, au Congrès de *l'American College of Surgeons* dont vous étiez l'invité, où quelques-uns d'entre nous, qui ont eu alors l'occasion de vous entendre, nous ont marqué tout l'intérêt qu'ils y avaient pris et nous ont souligné, comme une éventualité très désirable, la possibilité que vous puissiez faire part un plus grand nombre de vos confrères, de l'expérience incomparable que vous avez acquise au contact immédiat des misères et des horreurs de la présente guerre.

De plus, l'uniforme que vous portez vous identifie aux traditions d'honneur, de valeur morale et de haute efficacité qui se sont attachées, depuis des siècles, au nom de la Marine Royale.

Grâce à ces traditions, le prestige de l'Institution elle-même se confond avec celui des personnes et des individus qui la composent et qui, à tous les échelons de la hiérarchie, font son unité, sa force et son indéfectibilité.

Finalement, vous êtes médecin. Et, à nos yeux, vous êtes le collègue distingué dont la valeur de ses œuvres, tant dans la pratique civile que dans la vie militaire, se reflète dans les responsabilités, lourdes et nombreuses, qu'on lui a confiées et dans les honneurs et les distinctions dont on l'a gratifié.

Voyons donc:

James Gordon Gordon-Taylor,

O.B.E., M.S., B.Ss., M.B., F.R.C.S., Frac.S., F.A.C.S.,

Late Consulting Surgeon 4th Army, British Expeditionary Force.

Senior Surgeon, Lecturer in Anatomy and Lecturer in Surgery at Middlesex Hospital.

Surgeon at St. Saviour's Hospital.

Consulting Surgeon to the following Hospitals:

W. Herts,
Keltering,
St. Columban,
Potter's Bar,
Victoria Memorial.

Examiner in Anatomy.

Hunterian professor and Vice-president of the Royal College of Surgeons (England).

Fellow of the Royal Society of Medicine and Association of Surgeons.

Rear-Admiral to the Royal Navy.

Recently made an Honorary Fellow of the Royal College of Surgeons (Canada) and received last week an honorary degree from the University of Toronto.

*
* *

Therefore we have good reasons to feel greatly honoured by the visit you pay us to-night and we want to express to you, Sir, a high esteem and to offer you a most sincere welcome.

1. Séance spéciale tenue à l'hôpital Notre-Dame, le 5 décembre 1941.

LE TRAITEMENT ACTUEL DES PLAIES DE GUERRE

Par le **Contre-amiral G. GORDON-TAYLOR, O.B.E.M.S., B.Sc., M.B., F.R.C.S.,**
Médecin en chef de la marine royale,
Chirurgien de l'hôpital Middlesex, à Londres.

Le 5 décembre 1941, *à l'hôpital Notre-Dame, le contre-amiral G. Gordon-Taylor était l'hôte d'honneur de la Société Médicale de Montréal. A cette occasion, l'éminent chirurgien anglais prononça,* en français, *une conférence avec projections sur « Le traitement actuel des plaies de guerre ».*

On nous saura gré de publier ce travail, basé sur une large documentation personnelle.

Le conférencier fut présenté par le Dr B.-G. Bourgeois, chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame et remercié par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, le Dr Albert LeSage.

Nous profitons de la circonstance pour remercier l'Exécutif de la Société Médicale, et en particulier son dévoué secrétaire, le Dr Paul Letondal, de nous avoir procuré le plaisir de rencontrer M. Gordon-Taylor et fait parvenir le texte même de cette conférence que nous sommes heureux de publier intégralement.

N. D. L. R.

*
* *

Je viens parmi vous d'outre-mer et j'aborde sur ce côté de l'Atlantique, en un temps rempli d'événements extraordinaires sur lesquels dépend le sort futur des peuples, des nations et de toute la civilisation elle-même.

A deux reprises déjà depuis son aurore, la civilisation a été menacée d'extinction complète; tout d'abord au temps de l'invasion Dorienne de la Grèce et des îles de la Méditerranée, au début de l'âge de fer, environ mille ans avant Jésus-Christ; ensuite lors de la chute de l'empire romain, environ en l'an cinq cent de « l'Anno Dei ».

De nos jours encore, et cela après au delà de mille ans, nous voyons les phares de la civilisation s'éteindre partout chez les pays d'Europe. Une fois de plus, la civilisation tremble au seuil de l'abîme.

C'est un état lamentable pour ceux de ma génération: deux fois, nous avons connu la guerre et ses effets dévasteurs. Il faut admettre que plusieurs, poussés par un goût d'aventure, ou un altruisme élevé, ou encore par le destin, ont connu le service militaire plus de deux fois.

Il est aussi désolant de constater de nos jours que les ressources de la science sont employées non pas pour l'avancement industriel, la solution des problèmes sociaux, et le secours des affligés, mais plutôt pour la mutilation et la destruction totale de l'humanité.

A travers les siècles, la cause la plus fréquente des blessures a été l'instinct belliqueux de l'homme. Jadis, c'était le mâle qui était désigné mais avec « la guerre totale » de nos jours, il n'existe plus de distinction d'âge ou de sexe chez les victimes.

Les tactiques de la guerre d'Espagne n'étaient qu'un essai des méthodes que les Nazistes et les Facistes nous réservaient pour l'automne de dix neuf cent trente neuf. En face de telles tactiques, l'humanité a constaté les principes de ces bourreaux qui préconisent un « Nouvel Ordre », mais qui en vérité ne sont que des assassins.

Chez les tribus primitives comme chez les animaux, le mâle n'attaque que très rarement ou jamais la femelle. Par ailleurs, le bombardement sans distinction des nourrissons, des enfants, femmes et vieillards, démontre que les instigateurs de cette guerre sont d'une nature satanique et plus vile encore que celle du moindre des animaux.

Outre ses brutalités, la guerre apporte une désorganisation complète du courant normal des choses. Ceux de vous qui auront lu *l'Auguste* du défunt Lord Tweedsmuir, se souviendront combien l'empereur romain détestait le « désordre de la guerre ».

Ce désordre s'est fait également sentir dans la Médecine. Dans les pays en guerre, les cours d'études et les internats ont dû nécessairement subir de grands changements.

Les facilités sont amoindries, le personnel, clairsemé et la situation est sérieuse, comme elle l'est d'ailleurs au fait, en Angleterre dans ce moment.

Chez nous, les cours d'études n'ont pas été tranchés, et les qualifications requises des divers candidats aux examens exigent toujours un haut mérite. Cependant, les études souffrent de la nervosité des temps, et il y a une tendance à la dispersion.

L'évacuation rapide des patients dans les grands hôpitaux a privé, médecins, chirurgiens et étudiants des facilités d'observation prolongée et de thérapeutique clinique.

Le manque de pétrole, les difficultés de transport et une multitude d'autres facteurs, ont dérangé les relations normales du médecin et son patient.

Les internats ont été raccourcis à six mois, et les nouveaux médecins sont assignés aux divers services de guerre. La vie du médecin a été bouleversée et sa pratique privée est presque nulle.

Le bouleversement subi par la médecine a été aussi subi par l'homme et la femme ordinaires. L'homme de nos jours est un « troglodyte » moderne dont parle Lord Horder. Mais malgré les difficultés qu'il rencontre durant les « obscurcissements », son entrain ne l'abandonne pas. On peut le blesser, le brûler, ou bombarder sa maison à plusieurs reprises, mais toujours sa force morale est inébranlable.

Je traversai l'Atlantique à titre de représentant du Collège Royal des Chirurgiens de l'Angleterre. Cette institution située à « Lincoln Inn's Field », à Londres, renferme en ses murs la célèbre collection de Hunter, qui fut achetée par le gouvernement pour la nation et ensuite placée sous la protection vigilante du Collège Royal.

Ce trésor jusqu'alors précieusement conservé a été presque totalement détruit par le bombardement de mai le dix, mille neuf cent quarante et un.

Ce musée, jadis La Mecque de tous les chirurgiens par travers le monde entier, et le rendez-vous de l'anatomiste, de l'anthropologiste et de l'anatomiste comparé n'est plus maintenant qu'une ruine totale. Au fait, de 14,000 spécimens de la collection Hunter, 4,000 seulement ont été sauvés.

On ignore au juste le nombre total des spécimens au Musée, mais le chiffre en a été diversement placé entre cent et deux cent cinquante milles, dont malheureusement vingt quatre milles seulement ont pu être réchappés.

Je vais maintenant vous montrer quelques projections lumineuses qui vous décriront le Collège Royal avant et après le dix de mai.

*
* *

Les blessures provenant des fragments de bombe se caractérisent par leur multiplicité; elles ne sont pas nécessairement produites par le métal, mais les projectiles peuvent être des éclats de vitre, fragments de bois, morceaux de pierre, débris de saleté, etc., etc. La destruction graduelle et la disparition de la vitre, diminuent, il est vrai, la fréquence des lésions qui sont causées par elle ainsi qu'aux éclats.

La rareté avec laquelle la gangrène gazeuse se rencontre dans ce conflit est en contraste frappant avec l'expérience d'il y a un quart de siècle. L'explication de ce phénomène n'est pas tout à fait claire. Le débridement n'est pas mieux fait aujourd'hui qu'il y a vingt-cinq ans. Peut être l'usage des sulfamidés et du plâtre de Paris avec repos complet de la blessure sont-ils des facteurs importants.

Nous n'employons pas le sérum antigangréneux de routine dans tous les cas, mais seulement dans les blessures sévères et celles où l'expérience a démontré une susceptibilité à l'infection gazeuse, notamment, la fesse, le périnée, les muscles du mollet.

Les hémorragies secondaires ont constitué un problème sérieux au cours de cette guerre.

Dans les guerres antérieures, cette complication alarmante a été aussi un fléau.

Mon expérience personnelle (et celle de mes collègues) m'a convaincu que l'hémorragie secondaire bien qu'un fait, était cependant rare.

Le tétanos est aussi extrêmement rare, grâce à l'immunité provoquée. J'en connais un cas chez un soldat norvégien et c'est le seul que je connaisse.

Les brûlures sont une lésion fréquente de cette guerre. Il y a les grandes brûlures du corps qui menacent la vie, et il y a aussi les brûlures des mains et de la face qui menacent soit la fonction ou l'apparence de l'individu. Dans le premier groupe, afin de sauver le patient, il est nécessaire de recourir à la thérapie par coagulation. Ceci est strictement défendu pour les mains et la face. Dans ce dernier groupe, l'usage des pansements salins, des sulfamidés, du « tulle gras » semble être la mesure la plus populaire.

Dans la marine une lésion fréquente est celle produite par l'effet explosif des mines, particulièrement à l'extrémité inférieure du corps.

Le calcaneum est spécialement vulnérable et en certains cas, aux deux pieds. Tout os de la jambe inférieure peut être fracturé: tarse, métatarse, tibia ou fémur. En plus, une dislocation du genou n'est pas rare.

Une fracture refoulée de la première vertèbre lombaire se rencontre aussi à la suite d'explosions de mines, et tout patient se plaignant d'une douleur au dos, mérite un examen radiologique pour exclure une fracture à cet endroit.

Dans le cas des bombes aériennes lancées sur les villes, les fragments sont pour la plupart petits; à peu près soixante quinze pour cent des fragments sont moins d'un demi ou trois quarts de pouce de diamètre.

Des fragments plus gros, tels que ceux réclamés autour de l'hôpital Middlesex, mesuraient douze pouces carrés, et ceux-ci peuvent décapiter, démembrer ou détruire complètement tout être humain qui en serait atteint.

A l'abdomen, la chirurgie est surtout possible pour les lésions produites par les petits fragments.

Le besoin d'abondantes transfusions ou l'usage des produits dérivés du sang, a été bien démontré dans les cas de choc grave. Voici un cas qui a requis l'administration de onze pintes de sang et de plasma, avant que l'intervention chirurgicale fut possible.

Une fillette de quinze ans était dans un char-à-bancs lorsque celui-ci fut anéanti par une bombe. Elle était la seule survivante, et elle fut ramassée à demi-morte sur le bord de la route et transportée à un hôpital voisin. Après les infusions sanguines, sa condition s'améliora suffisamment pour permettre un examen complet. Elle avait une grosse plaie au niveau de l'hypochondre gauche, et de cette plaie, sortait l'estomac très dilaté, une partie du côlon et la rate qui était fragmentée. L'estomac et le gros intestin furent nettoyés avec précaution et la rate enlevée. Des hémorragies répétées au fond de la plaie démontrèrent une rupture du rein gauche qui fut aussi enlevé.

La fermeture de la paroi abdominale présenta un gros problème technique, mais avec l'aide d'autres transfusions, etc., elle eut une convalescence très satisfaisante. Ce cas est l'un des cas les plus dramatiques de cette guerre.

*
* *

La fréquence avec laquelle les blessures de la fesse sont une porte d'entrée aux blessures de l'abdomen est un fait qui était déjà reconnu dans l'autre guerre. Cette complication est même plus fréquente dans la guerre actuelle. Souvent la petitesse du point d'entrée du projectile est si évidente, qu'on oublie de songer à une lésion plus grave de l'abdomen.

Le cas suivant est au point et, incidemment, démontre bien la haute morale de notre nation dans le moment.

Une jeune fille appartenant à la plus vieille des professions, fut atteinte à la fesse par un morceau de bombe. A l'examen, elle avait deux ruptures de la vessie et des ruptures nombreuses de l'intestin. Deux de ces dernières furent traitées par suture intestinale mais une résection fut aussi nécessaire. La vessie fut également réparée et le vingt-huitième jour, c'est-à-dire, quatre samedis plus tard, elle était de retour à son poste à Piccadilly.

Voilà un exemple du courage de nos gens et avec de tel courage, la Grande-Bretagne ne sera jamais défaite.

*
* *

Les blessures abdominales dans les cas de grossesse surtout dans les derniers mois de gestation, constituent un problème très grave. Une femme enceinte de neuf mois fut atteinte d'une bombe au périnée: le projectile attaqua le pubis, l'utérus, le fœtus, la vessie et l'intestin grêle. L'intestin et la vessie furent suturés. Le lendemain l'utérus se vida d'un enfant mort. Après une convalescence inquiétante, la patiente fit un retour complet à la santé.

Un autre cas assez semblable chez une jeune fille non-mariée présenta un éclat de vitre enfoui dans la paroi utérine. Cet éclat fut enlevé, et la patiente alla très bien. Elle n'eut pas, cependant, comme l'autre, l'avantage de se débarrasser du fœtus.

*
* *

Les caractères anatomo-pathologiques des lésions de l'intestin, qu'on rencontre au cours de ce conflit, sont semblables à ceux de la dernière guerre.

La plupart des cas réussis, tolèrent bien la suture intestinale, et dans ceux où la résection a été nécessaire, une courte ablation a généralement suffi. Je connais cependant des cas, tel que celui du Commandant d'Arcy, où il lui a fallu resséquer plus de six pieds d'intestin; il y a aussi un cas du docteur Bently, de Manchester, qui a enlevé avec succès, quatre pieds.

Dans la dernière guerre les résections multiples comportaient une grosse mortalité, bien que cela ne fût pas mon expérience personnelle.

Le seul cas de ce genre que je connaisse dans le moment est celui du docteur McArick Thomas qui en plus d'une résection simultanée de plusieurs segments intestinaux, a pu faire avec succès, la réparation d'une blessure à la vessie.

A peu près cinquante pour cent des cas soumis à l'opération pour une blessure intestinale survivent très bien.

C'est là bien un chiffre remarquable si l'on se souvient qu'à la dernière guerre, la plupart de ces cas mourraient « sur le champ » avant que tout traitement fût possible.

La dilatation aiguë de l'estomac est fréquemment constatée, soit comme phénomène primaire, ou à la suite d'interventions chirurgicales dans l'abdomen.

L'iléus post-opératoire est beaucoup plus fréquent maintenant qu'autrefois. Les sérums intraveineux et la décompression intestinale par les tubes à succion ont réchappé bien des cas.

Je pourrais vous citer de nombreux cas d'héroïsme, où, par exemple, le commandant d'un navire fut atteint d'une blessure grave de l'abdomen, et en dépit de cela, il est demeuré à son poste et conduisit son vaisseau jusqu'au port de débarquement. Le commandant Joly, D.S.O., maintenant défunt, fut un tel héros; atteint d'une rupture complète du foie, d'une déchirure de l'angle splénique du côlon, et d'un hémo-péritoine, il dirigea lui-même son torpilleur en escale.

Le capitaine d'un vaisseau enleveur de mines, demeura à son poste en dépit de déchirures multiples du grêle et du côlon descendant. Heureusement, il a pu survivre.

Cette guerre nous permet aussi de voir de temps à autre, les blessures par « éclatement » de la région de l'anus.

*
* *

« *Blast.* » On parle souvent de nos jours, de la lésion dite de « blast ». Le thorax lui est beaucoup plus susceptible que l'abdomen. Le poumon dans les cas de « blast », se caractérise par une expectoration et un ballonnement de la partie inférieure du thorax.

L'aspect radiologique en est si typique au bout de quelques heures, qu'un radiologiste compétent peut en faire le diagnostic sans difficulté. Une laparotomie sous anesthésie générale en tel cas, est naturellement désastreuse.

L'abdomen présente aussi des lésions typiques au « blast ». Tels sont: les hématomes du rétro-péritoine, les extra-vasations péri-rénales, inter-mésentériques encerclant la paroi de l'intestin.

Zuckermann à la suite de ses recherches chez l'animal expérimental, a observé que les lésions pétéchiques consécutives au « blast » étaient plus fréquentes dans le côlon que dans l'intestin grêle. Chez l'homme, par ailleurs, c'est justement l'opposé.

Une autre condition importante, c'est celle à laquelle, le docteur MacWilliams a donné le nom de « blast par immersion ». Elle se rencontre chez les naufragés exposés aux détonations qui se font autour d'eux dans l'eau. Ces cas présentent souvent une rupture du grêle ou du cæcum ou du côlon ascendant. Certains de ces cas ont survécu à l'opération.

*
* *

Comme l'était le cas dans la dernière guerre, les lésions du côlon sont plus fatales que celles de l'intestin grêle.

Le prolapsus du grêle a lui seul, n'est pas bien fatal, mais s'il y a en plus du prolapsus, une lésion de l'intestin, la mortalité monte à environ quatre-vingt pour cent des cas.

Lésions thoraco-abdominales.

La proportion des cas où l'abdomen et le thorax sont lésés tous les deux à la fois, demeure à peu près la même que durant la dernière guerre. A peu près soixante pour cent de ces cas survivent. Tel qu'on s'y attendrait, les lésions thoraco-abdominales du côté droit sont moins sévères que celles du côté gauche où le pourcentage des survies est de cinquante pour cent environ.

Sur le côté gauche, l'estomac, la rate et l'angle splénique du côlon sont particulièrement vulnérables.

La morbidité consécutive à ces lésions n'est pas nécessairement considérable. Dans la vie civile, plusieurs de ces cas ont pu vivre une vie assez normale, et, en certains cas, très utile. Certaines de ces victimes ont même pu participer à une seconde guerre.

A ce sujet, permettez-moi de vous signaler le cas d'un colonel canadien qui avait été décoré de la « Croix Victoria » pendant la dernière guerre. Celui-ci avait été victime d'une lésion thoraco-abdominale dans laquelle deux perforations de l'estomac avaient été suturées par la voie thoracique. En plus, on lui avait fait une splénectomie, et un fragment d'explosif avait été enlevé.

Ce brave soldat passa au travers de tout cela, et il put diriger son régiment vers Cologne au temps de l'armistice. A l'heure actuelle, ce même soldat, ce héros et véritable Agamemnon est maintenant commandant en chef de la première division militaire canadienne outremer. Je vous ai parlé de nul autre que du major général Pearkes, V.C.

*
* *

La statue de St-Georges, le saint patron anglais, que vous voyez sur l'écran, a pour nous une double signification: elle représente tout d'abord la maîtrise graduelle et sûre par la Chirurgie des problèmes de médecine militaire, et elle laisse entrevoir des triomphes futurs encore plus grands.

Cette même statue personnifie encore le triomphe final de nos armées victorieuses sur le Boche et ses hordes de bourreaux et d'assassins qui ont répandu de par toute l'Europe, le sang, le carnage et la dévastation.

ACHALASIE DUODÉNALE
CONSIDÉRATIONS CLINIQUES, RADIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Par
Antonio CANTERO et **Albert JUTRAS** (Montréal).

Les dyskinésies duodénales par leur fréquence et par les symptômes qu'elles déterminent devraient prendre dans l'esprit du médecin une place égale en importance à l'ulcère, au cancer, aux gastrites chroniques, à la lithiase biliaire, bref à toutes les affections courantes du tube digestif et de ses annexes. Mais il arrive que le transit duodénal reste entre physiologistes, cliniciens et radiologistes un sujet de controverses animées. A l'heure actuelle, on ne s'entend pas sur les frontières du normal et du pathologique dans les particularités motrices du duodénum.

Pour nous, les troubles de la motilité duodénale grandissent en valeur clinique à mesure que nous apprenons à les observer, à les évaluer et à les corriger.

Les altérations du transit duodénal peuvent s'énumérer comme suit: fermeture complète ou partielle de la lumière du conduit, stagnation, dilatation et troubles péristaltiques en amont.

Classification d'après la cause

La fermeture partielle ou complète de la lumière duodénale tient à deux grandes classes de causes: A, les causes mécaniques ou organiques; B, les causes fonctionnelles.

A. — Les stases mécaniques sont connues depuis deux siècles et davantage. En 1733, Calder (7) décrit l'atrésie congénitale du duodénum; en 1752, Boernerus (5) observe l'iléus de ce segment digestif; en 1762, De Haen (10) rapporte un cas de compression par le pancréas. Par la suite, la liste des stases organiques du duodénum s'allonge vite, surtout au début du présent siècle, grâce aux constatations chirurgicales, radiologiques et nécropsiques.

Les agents de stase organique du duodénum se résument par le tableau ci-dessous.

De toutes ces causes, la compression par l'artère mésentérique supérieure et le pédicule du mésentère est la plus communément invoquée. Rokitansky (24) exposa cette possibilité dès 1863 et la décrivit comme entité morbide. Plus tard, Glénard (16) (1889) et Kundrat (19) (1891) en rapportèrent des cas. A l'avènement de la radiologie le syndrome raviva l'intérêt, Albrecht (2) (1899); le passage retardé du liquide opaque pouvait se constater à l'écran.

Bien qu'on trouve des contributions à cette étude dans toutes les langues, c'est assurément en France qu'on a donné le plus de foi à la *pince* ou *compas mésentérique* comme agent strangulateur du duodénum. Outre la thèse de L.-A. Petit (22) en 1900, mentionnons, d'une façon toute spéciale, les travaux de Pierre Duval, J.-Chs, Roux et H. Béclère (11). Au Canada français, les études de cette question se limitent aux publications de Achpise et Comtois (1) et de Pierre Smith (26), sans compter un travail en collaboration avec M. Fauteux [1].

Chez tous les auteurs de tous les pays on retrouve les mêmes descriptions du mécanisme de cette compression. La troisième portion du duodénum d'une part s'appuie en arrière sur l'aorte abdominale et sur la convexité du rachis lombaire; d'autre part, elle est croisée en avant, sur la ligne médiane, par le pédicule du mésentère et le tronc de l'artère mésentérique supérieure.

Une autre artère croise en avant le duodénum: la *colica media*, première branche de la mésentérique supérieure. Elle se dirige en bas et à droite pour s'épanouir sur le côlon ascendant. On suppose que si l'angle hépatique du gros intestin tombe dans le bas-fond abdominal,

1. Jutras, A. Cantero, A., et Fauteux, M.: « Statique duodénale et gastroptose », *Union Méd. Can.*, **64**: 1045, 1935.

STASES MÉCANIQUES DU DUODÉNUM

- *Malformations*
  - atrésie
    - complète,
    - partielle.
  - coudures.
  - brides ou adhérences congénitales.
  - ectopies, malpositions.
  - mobilité anormale, laxité péritonéale.
- *Lésions*
  - intrinsèques
    - tumeurs bénignes ou malignes.
    - inflammation
      - duodénite,
      - ulcération,
      - réactions fibro-plastiques.
    - diverticule.
    - corps étrangers
      - déglutis,
      - calculs biliaires.
  - extrinsèques (compression)
    - tumeur
      - estomac,
      - foie,
      - voies biliaires,
      - pancréas,
      - reins,
      - péritoine, etc...
    - adénopathies
      - néoplasiques,
      - inflammatoires.
    - brides péritonéales inflammatoires.
    - hydro-cholécyste.
    - rein ptosé.
    - anévrysme de l'aorte.
    - compression par l'artère mésentérique supérieure, la colica media et le pédicule du mésentère.

observation très courante chez les longilignes asthéniques, la traction sur ce vaisseau détermine une compression assez forte pour oblitérer la lumière du duodénum qui passe derrière. Ainsi la branche mobile et antérieure de ce que l'on nomme la pince ou le compas mésentérique se forme de deux artères: le tronc de la mésentérique supérieure et sa collatérale, la *colica media*.

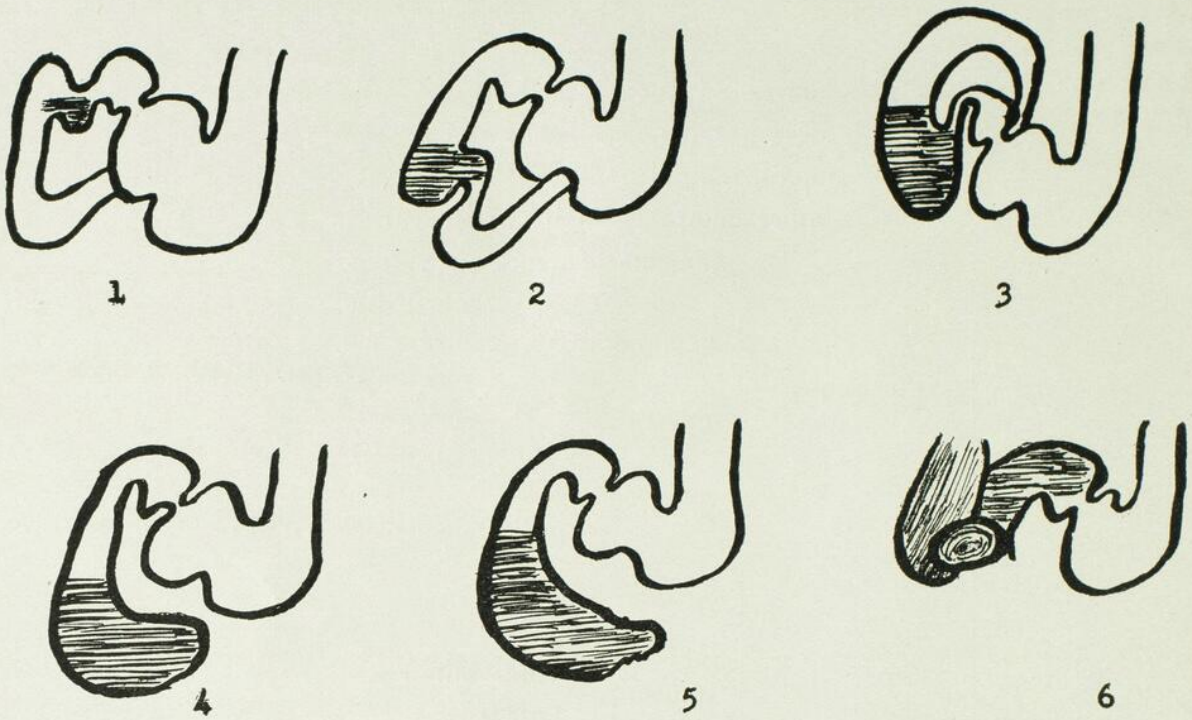
D'après un mécanisme très simple, on a été conduit à penser que tous les facteurs de tension sur l'une ou l'autre de ces artères ou sur le pédicule du mésentère a pour effet de coincer le duodénum: ptose colique, ptose rénale, insuffisance de la sangle abdominale, mésentère court, malpositions coliques droites, etc.

Sans nier la pince mésentérique, nous croyons son action beaucoup moins fréquente qu'on ne l'a dit; cela pour plusieurs raisons.

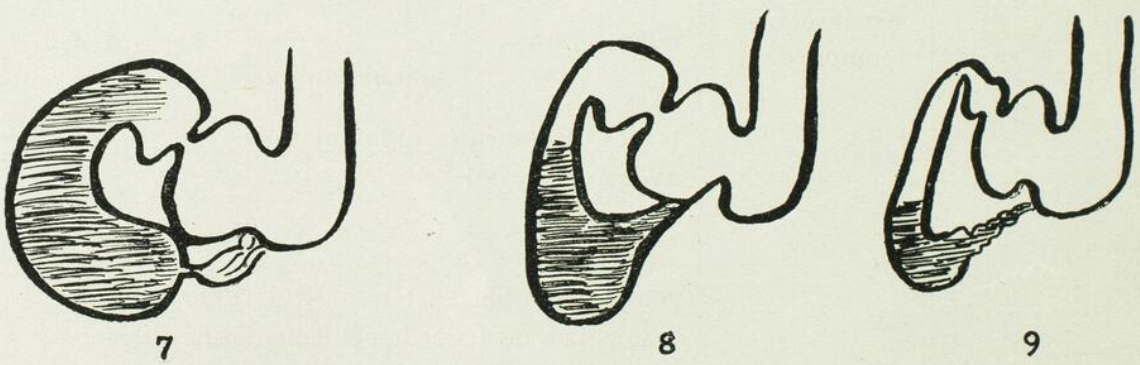
1. Dans la plupart des cas, la stase procède par intermittences [obstruction chronique intermittente des Américains Case (8), Frie-

FIG. 1

STASES DUODENALES MECANIQUES



STASES DUODENALES FONCTIONNELLES



1. *Genu superius* inversé par mobilité anormale. — 2. Dilatation sus-vatérienne par appui excessif sur le mésocôlon transverse. — 3. Duodénum mobile et inversé avec stase au point déclive. — 4. Atrésie complète en D^3; se rencontre chez le nouveau-né et entraîne la mort en quelques jours. — 5. Rétrécissement irrégulier par cancer primitif; extrêmement rare. — 6. Occlusion duodénale par calcul biliaire passant par fistule vésiculo-duodénale. — 7. Spasme très marqué en D^3; avec stase et dilatation en amont. — 8. Même phénomène à un degré moindre. — 9. Premier degré de l'achalasie duodénale.

denwald et Feldman (14)]; autrement dit, le sujet n'ayant aucunement changé de position, on voit tout-à-coup la stase s'interrompre pour reprendre après un intervalle indéterminé. S'il s'agissait vraiment et seulement d'une action mécanique, le trouble ne devrait pas cesser sans raison au cours d'un même examen, disparaître le lendemain pour revenir le surlendemain.

2. La position *genu pectorale* ou à quatre

pattes qui théoriquement ouvre le *compas mésentérique* ne met fin au phénomène ni avec la fréquence ni avec la netteté qu'on a prétendu.

.3. Les suspensions chirurgicales du côlon et du rein droit pour lever la compression et rétablir le flux duodénal aboutissent, à ce dernier point de vue, plus souvent à l'insuccès qu'à la

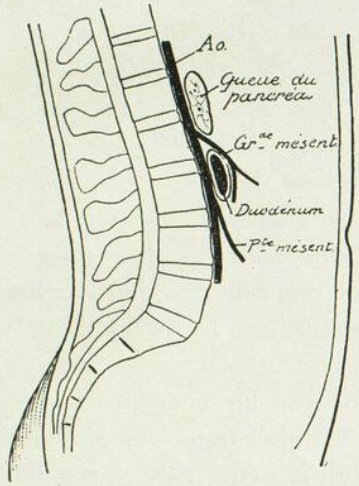


Fig. 2. — Le compas artériel périduodénal (3e portion); en arrière, l'aorte; en avant, la mésentérique supérieure. (Pierre Duval, J.-C. Roux et H. Béclère: *Etudes médico-radio-chirurgicales sur le duodénum.* Masson et Cie, édit., Paris, 1924.)

réussite d'après nos propres observations comme d'après beaucoup d'auteurs. C'est notamment l'opinion de Robertson (23), de Balfour et Gray (3), qui soutiennent que, dans l'obstruction duodénale chronique, il faut chercher ailleurs qu'à l'artère mésentérique la cause de la stase puisque la duodéno-jéjunostomie leur a fourni peu de résultats satisfaisants. On a démontré, soit par moulages (Connor) (9), soit par des recherches mécaniques sur le cadavre (Halpert) (17), qu'il est impossible d'oblitérer les segments D^3 et D^4 en essayant de les comprimer contre le rachis par traction sur le mésentère et l'artère mésentérique supérieure. Pour y parvenir il faudrait une lordose lombaire excessivement accentuée.

L'inutilité des ceintures orthopédiques constitue un autre argument contre la corde mésentérique cause commune de stase duodénale.

Enfin, s'il s'agissait d'une simple action physique, il faudrait expliquer pourquoi on obtient plus de guérisons par le traitement médical que par la chirurgie.

Quand l'écrasement mécanique du duodénum est mis hors de cause, il ne reste guère d'autre alternative que de s'en prendre à une perturbation du système nerveux autonome.

B. — LES STASES FONCTIONNELLES. — Nous avons donc été amenés, dans la plupart de nos malades, à considérer la stase duodénale comme un trouble neuro-musculaire tantôt rattachable à une lésion coïncidente (ulcus, lithiase, cancer gastrique, appendicite, côlite, annexité, périviscérite, etc.), tantôt comme entité pure, essentielle, idiopathique.

Physiopathologie des stases fonctionnelles

Nous savons déjà que les dilatations duodénales secondaires à des lésions à distance comme le cancer de la petite courbure gastrique, l'ulcus du bulbe, le cholécystite, etc. agissent par l'inhibition du pneumogastrique (Fraser) (13). Il est une notion élémentaire en physiologie digestive: quand un sphincter se spasme, il se produit une dilatation dans le segment immédiatement situé au-dessus; c'est ainsi qu'on observe la distension de l'œsophage dans le cardiospasme, la dilatation de l'estomac dans le spasme du pylore, etc.

Hurst (18) a donné le nom d'*achalasie* à ce défaut de relâchement des sphincters. Nous avons pensé qu'il pouvait s'agir de ce phénomène dans les stases idiopathiques du duodénum et c'est ce qui nous a déterminé à utiliser le mot comme titre du présent travail.

Mais existe-t-il un sphrincter anatomique sur les segments distaux du duodénum?

Oschner (21) a écrit des épaississements en anneaux de la musculeuse entre les 3 et 10 centimètres qui suivent l'ampoule de Vater. Cette découverte simplifierait les explications; Boothby (6) l'a niée en se basant sur des études histologiques. N'empêche que l'on tend de plus à reconnaître l'existence de sphincters purement physiologiques; en d'autres termes, on pourrait avoir des groupes de fibres musculaires que les dissections les plus fines et les examens microscopiques les plus poussés n'auraient identifier mais qui se contractent en toute indépendance quand les parois des sec-

teurs voisins se distendent [(Wheelon et Thomas (27), Salmond (25)]. Personnellement, nous avons maintes fois constaté, en injectant du baryum sous forte pression à l'aide d'un tube introduit dans le grèle, qu'une brusque dilatation segmentaire entraînait une contraction vive et durable au-dessous. Chose curieuse, cette expérience engendre aussitôt un état nauséeux qui rappelle un des symptômes les plus communs de l'achalasie duodénale.

Fait plus important à notre avis, le spasme ne se produit pas toujours à la même distance de l'extrémité libre du tube; tout se passe comme si l'on se trouvait tantôt trop avancé, tantôt pas assez, dans un certain segment aux extrémités duquel existerait un équivalent sphinctérien. Le tractus digestif serait donc divisé en secteurs anatomiques par des sphincters macroscopiques bien connus tels que ostium œsophagien, cardia, pylore, valvule iléo-cæcale, anus, ainsi qu'en secteurs physiologiques par des shincters strictement fonctionnels.

Ces sphincters latents apparaissent dans des zones où ni le vague, ni le sympathique, ne prédomine d'ordinaire; mais, qu'il se produise une excitation anormale sur l'un ou l'autre de ces systèmes le comportement musculaire s'en trouvera déréglé. Le désaccord s'exprimera d'une part, par la fermeture prolongée de courts secteurs (achalasie), d'autre part par la dilatation des segments intercalaires.

L'explication paraît vraisemblable pour l'achalasie duodénale.

L'anatomie nous apprend que le muscle de Treitz se divise en trois parties: 1, une portion supérieure constituée de fibres striées qui se fondent dans le pilier gauche du diaphragm (Heifmuskel); 2, une courte portion moyenne qui est formée de tissu fibro-élastique et donne attache en haut aux fibres striées de la portion supérieure, en bas à la troisième portion; 3, cette troisième portion se compose de fibres musculaires lisses qui continuent les fibres longitudinales de la musculeuse duodénale.

Les fibres de la troisième portion s'atrophient plus ou moins chez l'adulte mais elle conservent leur innervation sympathique qui peut s'étendre jusqu'au voisinage de D3. Ainsi se conçoit un mécanisme de dérèglement analogue à ce qu'on peut produire sur le grêle par distension brusque ou autre excitation.

Si l'on veut aller plus loin dans l'analyse du phénomène il faut considérer quelques notions pharmacodynamiques.

On sait que l'excitation du vague ne peut se transmettre sans la présence d'acétylcholine de même que le sympathique ne peut agir en l'absence de sympathine. On sait aussi qu'il existe normalement dans les tissus une enzyme qui détruit par hydrolyse l'acétylcholine; c'est la choline estérase. L'excès de cet estérase en un point donné empêche l'action cholinergique du vague et détermine la prédominance sympathergique.

Nous basant sur les concepts ici résumés, nous avons cherché dans l'acétylcholine le moyen de rétablir l'équilibre vago-sympathique; les résultats paraissent confirmer nos vues.

Symptomatologie

Rien n'est moins sûr que le diagnostic clinique de l'achalasie primitive du duodénum; c'est en définitive la radiologie qui l'établit. Il est très rare, en effet, que les requêtes d'examen radiologique mentionnent la stase duodénale comme hypothèse. On pense plutôt à l'ulcus gastro-duodénal, à la sténose pylorique, à la lithiase biliaire, etc.

Il n'existe de l'affection aucun signe physique qui ait un caractère distinctif. Tout au plus peut-on noter de la sensibilité à la pression sur l'épigastre et une certaine contraction locale de défense de la paroi abdominale.

Deux grands groupes de symptômes permettent d'orienter le diagnostic: 1° ceux qui tiennent de la stase elle-même; 2° ceux qui résultent de l'auto-intoxication.

1° La stase et la dilatation se manifestent par une sensation de plénitude, de tension épigastrique. Cette gêne apparaît d'ordinaire au cours du repas ou peu après, souvent même dès les premières bouchées. Ces malades, qui se mettent à table avec appétit, se trouvent pré-

maturément satisfaits; ils éprouvent même des nausées qui peuvent conduire au vomissement. Les sujets contractent l'habitude de petits repas fréquents ou d'ingestions extrêmement espacées.

Bien qu'une aérophagie réflexe se produise dans certains cas, le plus communément les patients se croient à tort en aérogastrie et cherchent à éructer des gaz qu'ils n'ont pas. Si par hasard ils parviennent à expulser un peu d'air, le soulagement n'a rien de comparable en intensité et en longueur au bien-être que les vrais aérophages accusent après s'être dégonflés. Ce sont là des constatations très faciles à la fluoroscopie.

La sensation de tension devient parfois une forte douleur allant jusqu'à simuler la colique.

Naturellement quand la crise aboutit au vomissement, il s'en suit une grande prostration avec céphalée.

2° Parmi les conséquences de l'auto-intoxication duodénale, signalons en premier lieu les migraines.

Duval, Roux et Béclère (11) reconnaissent trois variétés de migraines duodénales: *a*, l'une très violente, coïncidant en général avec des douleurs abdominales et se terminant par des vomissements et de la diarrhée; *b*, des migraines très fortes qui durent de 12 à 24 heures et s'accompagnent de vomissements mais non de douleur; *c*, des céphalées prolongées pendant plusieurs semaines, avec nausées mais sans vomissement important.

On comprend en outre que des individus, s'abstenant de manger ou ne pouvant le faire en raison de leurs malaises, maigrissent et se débilitent. Chez les longilignes, les plus souvent frappés, la ptose et l'atonie viscérales plus ou moins latentes ou amorcées, s'accusent progressivement. Ainsi se trouve réalisé un cercle vicieux: la stase agrave la ptose et la ptose augmente la stase.

Cette déchéance graduelle de l'organisme, cette dénutrition très affaiblissante finit par retentir sur le psychisme du malade. Alors que c'est souvent un trouble moral, une émotion forte, un chagrin prolongé, le surménage intellectuel qui ont déclenché le syndrome, ce dernier perturbe à son tour les facultés et le caractère; l'entourage finit par croire à une psychopathie.

D'autres symptômes, tenant d'une mauvaise excrétion hépato-biliaire et pancréatique, s'ajoutent au tableau précédent. Il faut en effet considérer que les canaux du foie et du pancréas aboutissent à l'ampoule de Vater. Sous l'influence de la pression augmentée dans le duodénum, l'extrémité commune de ces conduits se trouve comprimée, ce qui gêne le drainage en amont. Un jour, on démontrera peut-être que la stase duodénale est à l'origine de certaines maladies du foie et du pancréas. Nous en avons la prescience dans la belle observation de Louis-H. Gariépy (15) qui a vu un diabète ancien et sérieux disparaître chez une de ses patientes opérée avec le diagnostic d'ulcus duodénal alors qu'elle n'avait qu'une dilatation idiopathique du duodénum.

Si l'intoxication duodénale dépend surtout d'une absorption prématurée de polypeptides ainsi que des sécrétions pancréatiques et biliaires, elle s'explique encore par la flore microbienne dont la virulence s'exagère à la faveur de la stagnation; on est en droit de supposer que des produits septiques sont absorbés en quantité plus ou moins marquée. Voilà pourquoi la symptomatologie s'enrichit des malaises propres à la duodénite chronique qui peut dériver de la stase duodénale comme les gastrites chroniques de la sténose du pylore.

Examen radiologique

La complexité des facteurs qui favorisent l'achalasie duodénale et des conséquences locales ou à distance de cette pertubation, font que le clinicien ne peut se passer des renseignements de la radiologie; en d'autres mots, si la clinique fait présumer la stase duodénale c'est l'examen aux rayons X qui en donne la certitude et en établit la modalité.

La fluoroscopie fournit dans cette recherche les signes les plus nombreux et les plus précis. Les radiographies en séries avec et sans compression, serviront toutefois à enregistrer des images caractéristiques lesquelles permettront

de scruter à fond le relief muqueux et y découvrir les fines altérations suggestives de duodénite.

Radiologiquement, la stase duodénale se manifeste à des degrés variables sans qu'il y ait parellélisme entre l'importance des signes radiologiques et des signes cliniques.

Ceci dit, voyons donc ce qui se passe. Une première bouchée de bouillie opaque a franchi le pylore; le bulbe se dessine, se dilate un moment, se contracte et se vide; le baryum descend dans la deuxième portion du duodénum et vient choir au point déclive du *genu inferius*; au lieu de progresser il reste là et

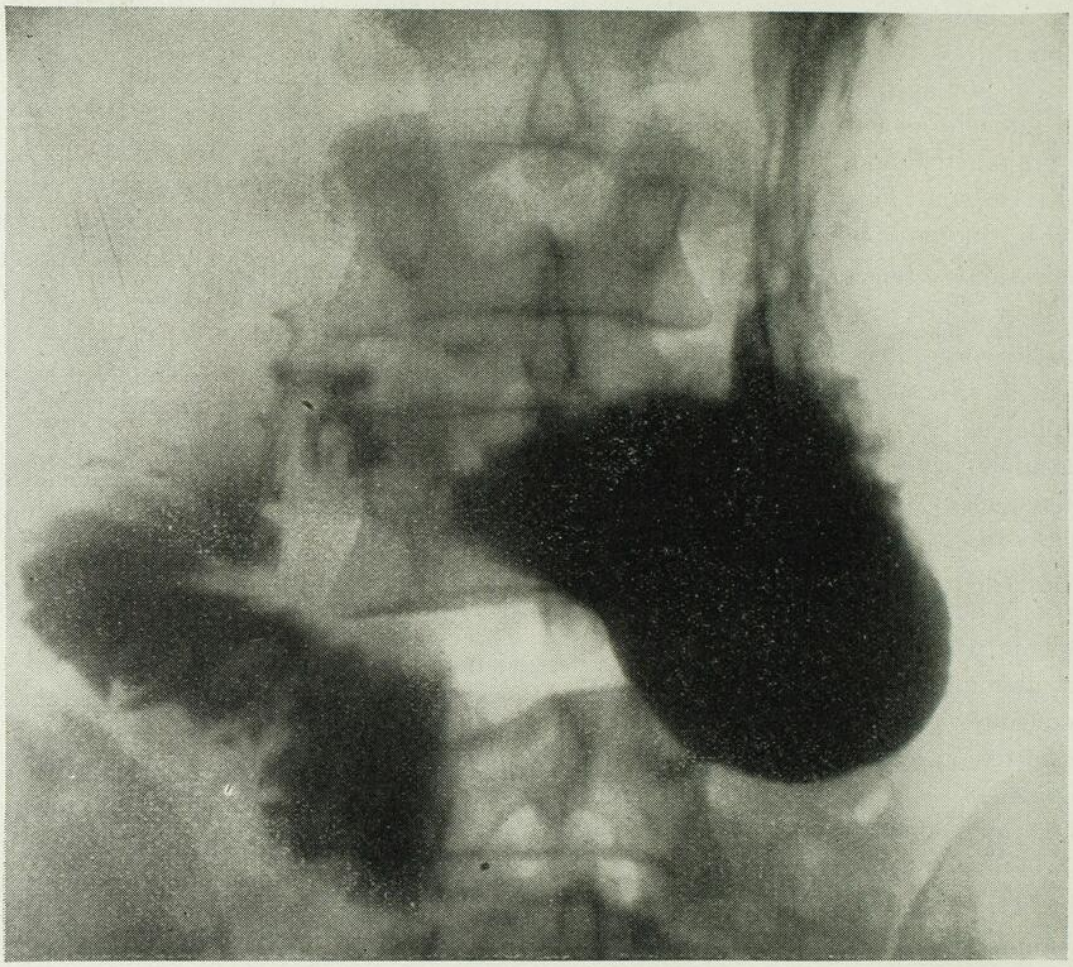


Fig. 3. — Stase duodénale vraiment causée par la pince mésentérique. Il faut noter les caractères du rétrécissement.

Rappelons, au préalable, que le passage du bol alimentaire dans un duodénum qui fonctionne normalement est très rapide. Sans vouloir poser une limite rigoureuse, disons qu'un transit duodénal qui dure plus de trente secondes doit être estimé comme retardé. Feldman (12) soutient qu'on peut parler de rétention quand le baryum séjourne dans le duodénum pendant plus de deux cycles complets de péristaltisme stomacal.

prend la forme d'une cuvette. Après une attente plus ou moins longue selon l'activité de l'estomac et les manipulations de l'examinateur, de nouvelles quantités de liquide viennent s'ajouter. A mesure que la baryte augmente, les dimensions de la lumière duodénale deviennent excessives. On se trouve déjà en possession de deux renseignements: arrêt dans la progression du bol alimentaire et dilatation dans les segments où la stase a lieu.

En recherchant ce qui s'oppose à la marche en avant, on voit d'ordinaire dans le secteur de transition entre la troisième et la quatrième portion, un changement plus ou moins brusque dans la morphologie de la colonne opaque. Quand l'obstruction est complète, ce qui est exceptionnel, la masse barytée dessine une extrémité boudinée dont la tangente est habituellement verticale en face du rachis. En présence d'un tel aspect, il semble bien difficile, en première analyse, de rejeter l'action de la pince mésentérique.

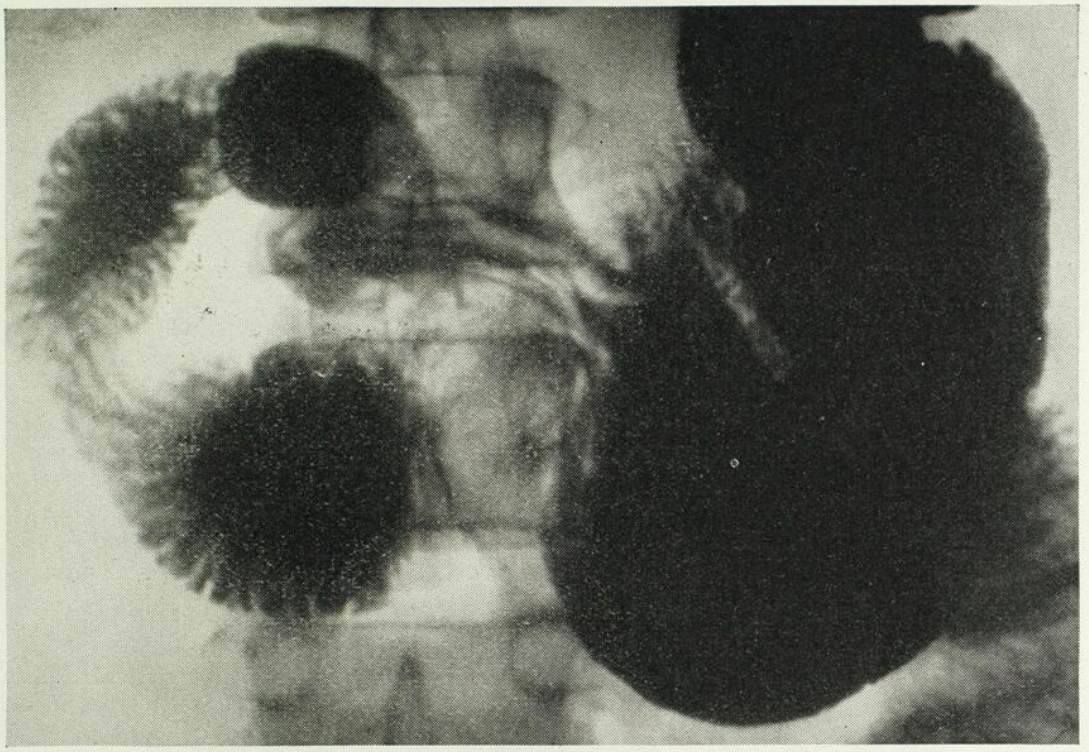


Fig. 4. — Achalasie duodénale du premier degré: spasme en D^3-D^4; légère distension en amont; péristaltisme violent — de lutte.

Mais voilà! Sous l'influence d'une tension trop forte et avec un peu de temps, l'obstruction cesse d'être absolue; on voit alors un mince filet de 2 à 3 cm. de longueur continuer l'axe du cylindre opaque et joindre une quatrième portion tout à fait normale par son calibre, sa situation et le relief de sa muqueuse. On conçoit alors avec peine qu'une pince à branches inégales de grosseur produise premièrement un rétrécissement circulaire plutôt qu'angulaire; secondement, que cet anneau de compression soit strictement régulier. En outre, comment expliquer que subitement, sans motif décelable, la constriction disparaisse, laisse libre passage et se reconstitue après quelques secondes? Un écrasement sur deux faces n'aurait pas cette régularité concentrique et devrait persister aussi longtemps que s'exerce la pression. La sténose est loin de toujours posséder les caractères qui viennent d'être mentionnés.

Le plus souvent la troisième partie du duodénum se présente comme un cône irrégulier qui se dirige obliquement de bas en haut vers l'hypocondre gauche; la pointe du cône empiète rarement sur la quatrième portion; cette dernière dans l'intervalle des relâchements spasmodiques offre l'image en feuille de fougère caractéristique de la muqueuse duodénale retenant un peu de baryum dans ses replis.

Dans les stases légères c'est simplement une nuance dans le degré d'opacification entre la troisième et la quatrième portion.

Si la sténose siège le plus souvent au point théorique d'entrecroisement de l'artère mésentérique supérieure il se trouve aussi plus loin; on rencontre même l'obstacle de temps à autre au voisinage immédiat de l'angle duodéno-jéjunal.

Les troubles de la motricité sont toujours semblables dans le syndrome radiologique de la stase duodénale. Dans les formes les plus atténuées, on constate une série de contractions inefficaces dans l'intervalle desquelles la baryte revient vers le *genu inferius* selon les seules lois de la pesanteur, semble-t-il. A un stade plus avancé, il existe de véritables contractions à rebours; cet antipéristaltisme, alternant avec le péristaltisme normal en un jeu de va-et-vient rapide, produit un brassage qui donne au *genu inferius* un balancement pendulaire ou des contorsions. Si l'obstacle résiste à ces heurts précipités, les contractions renversées font revenir le baryum vers le bulbe qui peut se décharger à son tour dans l'estomac. Un antipéristaltisme net avec reflux du contenu duodénal dans l'estomac est pour certains auteurs la manifestation indiscutable d'un état pathologique; pour Barclay (4) le phénomène resterait sans signification chez ceux qui n'accusent aucun symptôme digestif.

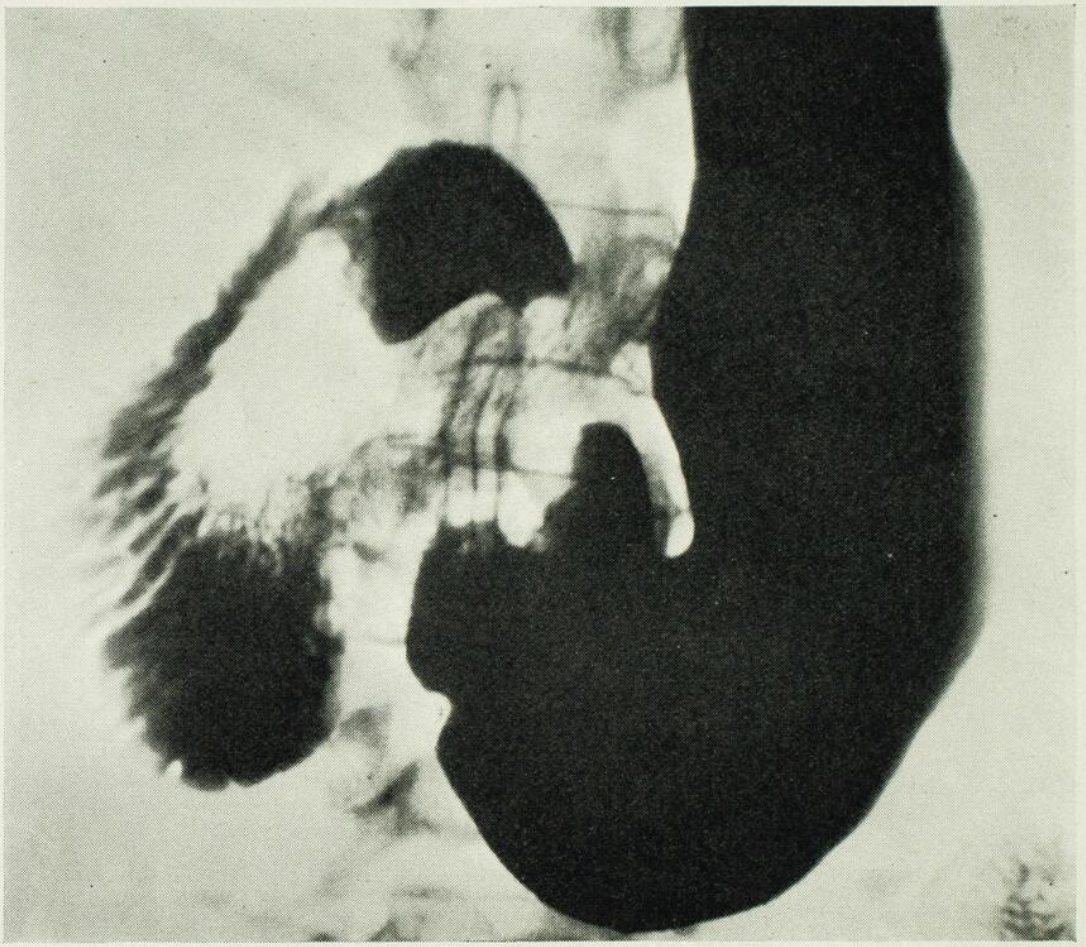


Fig. 5. — Image courante de stase duodénale par achalasie au troisième stade. Le *genu inferius* est dilaté, atone avec muqueuse affaissée.

Comme la stase duodénale apparaît le plus couramment chez les sujets à biotype longiligne le pôle inférieur de l'estomac opacifié, en descendant bas, vient se superposer et masquer les troisième et quatrième portions. On dégage celles-ci soit en pivotant l'examiné en position oblique antérieure droite, soit en pressant l'estomac vers le haut. Au cours de cette

dernière manœuvre, on aura soin de ne pas exagérer la compression du duodénum sur la colonne vertébrale. Si on procède avec douceur, c'est-à-dire en évitant de créer une vraie stase par action mécanique, on voit le spasme se relâcher par moments ce qui prouve, une fois de plus, que le phénomène n'est pas extrinsèque mais intrinsèque.

En outre, les positions à quatre pattes et *genu pectorale*, qu'on a préconisées pour ouvrir le compas mésentérique, ne paraissent que rarement ouvrir la barrière. Il en est de même de la technique de Hayes qui consiste à presser l'abdomen de bas en haut et de droite à gauche en vue de soulever le cæcum pour diminuer la traction sur le pédicule mésentérique et ses vaisseaux.

Le décubitus dorsal ne favorise pas davantage le transit duodénal puisqu'il met la deuxième portion et le *genu inferius* sur un plan inférieur à la troisième portion qui s'appuie alors fortement sur le rachis qu'elle croise.

Dans les cas les plus légers, on ne constate que l'hésitation du baryum à franchir la jonction D^3 — D^4, quelques mouvements de brassage et d'antipéristaltisme.

A un degré plus marqué la dilatation est plus forte, les troubles moteurs mieux caractérisés et le *genu inferius* forme une petite cuvette d'atonie tout à fait identique à ce qui se présente dans l'ectasie de l'estomac.

Dans ces deux premiers stades, on n'observe que par exception de la rétention gastrique et duodénale à la sixième heure après le repas opaque; le plus souvent l'évacuation est complète dès la troisième ou la quatrième heure. Mais, retenons-le bien, pendant toute la durée de la vidange stomacale on trouve du baryum stagnant dans le duodénum.

Au troisième degré, que nous appellerons la forme extrême, l'excessive dilatation s'accompagne d'une grande paresse de la musculeuse; les mouvements antipéristaltiques eux-mêmes sont sans force et peu fréquents. L'augmentation de calibre se fait non seulement sur le diamètre transversal mais dans le sens longitudinal ce qui augmente la distance du *genu superius* au *genu inferius*; le bulbe lui-même peut participer à la dilatation et on le trouve souvent doublé ou triplé de volume.

Dans les formes frustes, le relief de la muqueuse n'est guère changé. Quand il commence à se modifier c'est dans le sens de l'hypertrophie; les plis paraissent plus nombreux, plus épais et portent une multitude de petites aréoles claires qui traduisent le gonflement des follicules lymphatiques. C'est le stade de l'hypertonie de la musculeuse qui augmente sa vigueur pour lutter contre un obstacle; c'est aussi la période où la muqueuse met en jeu ses moyens de défense antimicrobienne. Lorsque l'épuisement se manifeste, la muqueuse perd son relief. Les plis deviennent rares, étroits et bas; par des traits clairs, ils dessinent un lacis à larges mailles, une mosaïque que l'on a comparée au dos de la tortue; dans certains cas, ils s'effacent complètement. Dans cette atonie extrême du duodénum le péristaltisme et l'antipéristaltisme sont très faibles sinon absents; c'est alors qu'on trouve de la rétention gastro-duodénale après la sixième heure.

Si les plis de Kerkring sont irréguliers dans leurs contours, interceptés dans leur trajet, mal définis, grossiers ou complètement effacés, il y a tout lieu de croire à une duodénite associée. Dans ces conditions, il devient difficile de préciser si l'achalasie est cause ou conséquence de l'inflammation muqueuse.

Sur le duodénum dilaté par spasme à l'union de D^3 et D^4, on découvre souvent des diverticules de toutes dimensions. L'observation est conforme à la théorie de Linsmayer (20) qui, à l'aide d'un très gros matériel d'autopsie, prétend que les sacculations du duodénum résultent d'une pression augmentée sur des parois affaiblies en certains points par des îlots aberrants de pancréas congénitalement inclus.

Quelle que soit l'intensité de la stase, le palper manuel ou instrumental du duodénum sous contrôle fluoroscopique provoque assez généralement de la douleur; tout au moins, il exagère les malaises, en particulier les nausées; parfois, il déclenche le vomissement.

Tous ces symptômes radiologiques sont enregistrés avec une grande fréquence par les radiologistes qui se donnent la peine de les rechercher. Reste à discuter dans quelle mesure on doit leur attribuer une importance pathologique. Avec une expérience de plusieurs centaines de cas de toutes variétés, nous croyons devoir dire ceci: quand la stase duodénale coexiste avec d'autres lésions évidentes comme l'ulcus du bulbe, la cholécystite calculeuse, l'appendicite chronique, etc., elle passe au second plan et il est légitime d'espérer sa disparition par la guérison de la lésion organique. Nous en possédons de nombreux exemples. Si l'on ne peut établir la preuve de maladies organiques dans les viscères abdominaux, la stase duodénale prendra la préséance dans les préoccupations du thérapeute.

La coïncidence de la gastro-coloptose se constate à un taux élevé. Ce n'est pas contre cet état qu'il faut lutter en premier lieu; c'est contre la stase duodénale. Par le traitement indiqué plus loin, nous avons assisté à des transformations tellement éclatantes que nous avons fini par croire que dans la ptose gastro-intestinale le foyer des troubles siège au duodénum.

Etiologie

La fréquence de la stase duodénale varie avec les auteurs et avec le sens qu'on donne à ce vocable. Avec notre manière d'évaluer ce trouble moteur, nous le rencontrons à l'état pur ou associé à d'autres affections abdominales, dans 20% environ des malades soumis à notre examen radiologique.

L'âge exerce une influence incontestable. Plus les sujets vieillissent, plus ils sont exposés, à cause de la déchéance des tissus en général, de la musculature en particulier. Nous avons observé des formes graves d'achalasie duodénale chez des enfants de neuf et de douze ans; mais ces cas sont rares. Chez les vieillards le trouble est commun. Comme la plupart de nos malades se recrutent dans l'âge moyen, c'est-à-dire de vingt à cinquante ans, c'est naturellement dans ce groupe que se constitue le gros du contingent.

Le sexe féminin prédomine dans notre statistique. Sur un total de 323 cas, Feldman (12) compte 178 femmes et 145 hommes. Faisons cependant remarquer que plus de femmes que d'hommes subissent l'exploration radiologique. Ajoutons enfin que le beau sexe possède un système neuro-musculaire plus fragile.

Evolution et pronostic

La duodéno-achalasie procède par poussées de plusieurs semaines à plusieurs mois au cours desquels le sujet maigrit, pâlit, jaunit, perd des forces et le contrôle de ses nerfs. Durant cette période, la menace d'infections intercurrentes se fait grave en raison de l'affaiblissement des résistances. Nous avons vu des formes torpides de tuberculose pulmonaire prendre alors une allure accélérée et conduire à la mort en quelques semaines.

Dans l'ensemble, le pronostic est bon. Tout à coup, le plus souvent pendant les vacances ou après la disparition des soucis ou du surmenage, la face des choses change: le malade se met à manger, engraisser et dormir; les migraines s'atténuent progressivement; le tonus moral et physique revient. Les gains en poids se chiffrent d'habitude de quinze à vingt livres, ce qui représente les pertes subies au cours de la phase troublée. Tout ira bien jusqu'au jour où reviendront les inquiétudes, les chagrins, les excès de travail; dès lors, le cycle recommencera.

Si la dyspepsie nerveuse existe, l'achalasie duodénale en est l'expression la plus authentique.

Traitement

Il va sans dire que les stases duodénales par obstruction mécanique ne guérissent que par la chirurgie. Dans les compressions par brides, adénopathies, tumeurs bénignes, etc., il suffit de lever l'obstacle extrinsèque; quand la pince mésentérique peut vraiment être la cause de la gêne, la duodéno-jéjunostomie apparaît comme l'opération logique bien que ses résultats à date soient médiocres. S'il y a lésion intrinsèque, une résection segmentaire s'impose

avec des abouchements qui varient selon la localisation.

La stase duodénale fonctionnelle, l'achalasie dont nous avons parlé, relève d'un traitement purement médical.

Le principal élément de guérison est le tubage suivi de la douche transduodénale.

Pour le tubage duodénal, nous employons exclusivement la sonde de Levine par voie transnasale. Cette sonde franchit le pylore avec beaucoup plus de facilité que le tube d'Einhorn et nécessite moins souvent la vérification fluoroscopique de la mise en place. Elle suit sans difficulté la voie gastrique et si, par hasard, elle bute sur un pylore contracté, il suffit d'injecter un peu d'huile d'olive chaude pour obtenir passage.

Le drainage du duodénum doit se faire uniquement par gravité. Lorsque le tube atteint la deuxième portion, on amorce l'écoulement soit par quelques aspirations à la seringue, soit par l'injection d'une petite quantité d'eau ou mieux d'huile d'olive chaude pour provoquer l'excrétion biliaire et pancréatique. Une fois le siphonage en marche, le malade se couche sur le côté droit et l'extrémité libre du tube pend au-dessus du réceptacle qui doit recevoir le liquide. On laisse couler jusqu'à l'évacuation complète de la bile B, ce qui prend rarement plus d'une heure.

C'est alors qu'on procède à la douche ou lavage transduodénal. Un bock avec système goutte-à-goutte est adapté au tube. En deux heures (temps nécessaire pour éviter les nausées de distension par accumulation), on laisse passer de deux à trois cents centimètres cubes d'une solution très diluée de permanganate de potasse (1/100,000), d'argyrol (1/5,000) d'eau oxygénée (1/1,000) ou de toute autre substance antiseptique. L'action de la douche est double: 1° balayage mécanique; 2° effet légèrement antiseptique et cicatrisant sur les microlésions secondaires.

Cette combinaison de drainage et de douche doit être répétée deux ou trois fois par semaine pendant quelques mois, en moyenne deux ou trois.

Il est habituel d'entendre les malades avouer un bien-être extraordinaire durant les deux ou trois jours qui suivent chaque opération. De plus, on constate que la constipation rebelle de certains sujets s'amende d'étonnante façon.

Médication. — Après avoir expérimenté la multitude des substances réputées pour leurs propriétés régulatrices du système nerveux autonome, notre choix s'est fixé sur l'acétylcholine. Les bons résultats de cette substance ont grandement contribué à nous confirmer dans l'idée que la stase chronique intermittente du duodénum est plutôt fonctionnelle qu'organique et que le dérangement est d'ordre vago-sympathique.

Nous employons l'acétylcholine de deux manières. Quand cela convient, nous administrons la solution aqueuse en injections intramusculaires à la dose d'un centigramme tous les jours jusqu'à la subsaturation, c'est-à-dire jusqu'à l'apparition de vaso-dilatation périphérique et ralentissement du pouls. Quand les injections intramusculaires sont impraticables pour raisons sociales ou autres, nous donnons l'acétylcholine par voie buccale sous une forme bromurée (Mecholyl) à la dose de deux cents milligrammes trois fois par jour, après les repas. Pour atténuer les réactions de l'acétylcholine, nous lui associons la Prostigmine à la dose de quinze milligrammes trois fois par jour entre les repas [1].

Comme on a toujours affaire à des malades débilités et amaigris, il faut recommander un régime généreux et reconstituant: viandes, hydrates de carbone, vitamines, sels minéraux. Les graisses seront supprimées à cause de leur action ralentissante sur le transit.

La sieste post-prandiale est préconisée. On défendra le surmenage sous toutes ses formes.

Conclusions

La stase duodénale s'accompagnant de dilatation et de mouvements antipéristaltiques constitue une entité morbide qu'il faut connaître, admettre et traiter.

---

1. Pour nos expériences, le Mecholyl nous a été gracieusement fourni par Merck & Co.; l'acétylcholine injectable et la Prostigmine par Hoffmann-La Roche.

Elle se trouve souvent à l'état isolé, c'est-à-dire sans association d'ulcus, de lithiase, de cancer, d'appendicite ou d'autre lésion abdominale. Le pincement mésentérique n'explique qu'un nombre restreint de stase duodénale. La stase duodénale est alors essentielle. La clinique fait soupçonner l'affection par le syndrome de l'intoxication duodénale et par une sensation de plénitude gastrique dès le début du repas; c'est la radiologie qui en fait la preuve.

Le pronostic est rarement grave quant à la vie; mais, la stase duodénale entretient un état de dénutrition et de débilité qui amoindrit la résistance aux infections éventuelles. Les traitements chirurgicaux (gastro-entérostomie, duodéno-jéjunostomie, néphro ou colopexie) donnent rarement satisfaction. Le traitement médical, pourvu qu'il soit poursuivi avec fidélité et précision, finit ordinairement par réussir.

Ce traitement médical comporte: 1° un régime reconstituant (protéines, glucides, sels minéraux, vitamines); 2° le repos moral, mental et physique, ainsi que la vie au grand air; 3° le drainage et la désinfection du duodénum par la sonde de Levine (dégorgement du foie et du pancréas; topiques sur la muqueuse secondairement enflammée); 4° une médication d'équilibre vago-sympathique, notamment l'acétylcholine et la Prostigmine.

BIBLIOGRAPHIE

1. ACHPISE, COMTOIS: *Union Méd. Can.*, **56**: 76 (février) 1927.
2. ALBRECHT, P. A.: *Virch. Arch. pathol. Anat.*, **156**: 285, 1899.
3. BALFOUR, D. C. et GRAY, H. K.: *Surg. Clin. N. A.*, **12**: 862, 1932.
4. BARCLAY, A. E.: *The Digestive Tract*, Cambridge University Press, 1936.
5. BŒRNERUS, F.: *Acta Nat. curios. Norimb.*, **10**: 225, 1752.
6. BOOTHBY, W. M.: *Boston M. et S. J.*, **117**: 80, 1907.
7. CALDER, J.: *Med. Essays and Obst. Soc. Edinburgh*, **1**: 203, 1733.
8. CASE, J. T.: *Radiology*, **9**: 1, 1927.
9. CONNOR, L. A.: *Am. J. Med. Sc.* **33**: 345, 1907.
10. De HAEN, A.: *Fatio Med.*, **3**: 15, 1762.
11. DUVAL, P., ROUX, J. C. et BECLERE, H.: *Etudes Médico-Chirurgicales sur le Duodénum*, Masson et Cie, Paris, 1924.
12. FELDMAN, M.: *Clin. Rœntg. Dig. Tract*, W. Wood and Co., Baltimore, 1938.
13. FRASER, J.: *Brit. M. J.*, **1**: 359, 1926.
14. FRIEDENWALD, J. et FELDMAN, M.: *Arch. and Verdauungskr.*, **53**: 20, 1933.
15. GARIEPY, L. H.: Soc. Méd. Montréal. *Union Méd. Can.*, **67**: 75 (janvier) 1938.
16. GLENARD: *Presse Méd. Belge.*, **41**: 57, 1889.
17. HALPERT, B.: *Bull. John Hopk. Hosp.*, **38**: 409, 1926.
18. HURST, A. F.: *Guy's Hosp. Rep.*, **72**: 436, 1921-1922.
19. KUNDRAT: *Wien. Med. Wchnschr.*, **41**: 351, 1891.
20. LINSMAYER, H.: *Verch. deutsch. path. Gesellsch.*, **17**: 445, 1914.
21. OCHSNER, A. J.: *Tr. Am. Surg. Ass.*, **23**: 314, 1905.
22. PETIT, L. A.: *Thèse de Paris*, no. 67, 1900.
23. ROBERTSON, G.: *Surg., Gyn. and Obst.*, **40**: 206, 1925.
24. ROKITANSKY, K.: *Lehrbuch f. path. Anat. Vienne*, 1863.
25. SALMOND, R. W. A.: *Proc. Roy. S. Med.*, **21**: 31: 1928.
26. SMITH, P.: *Union Méd. Can.*, **61**: 1141-1234-1300 (oct. nov. déc.) 1932.
27. WHEELON, H. et THOMAS, J. E.: *Am. J. Physiol.*, **59**: 72, 1922.

LA NÉPHRITE. QUELQUES-UNS DE SES ASPECTS[1]

Par **René DANDURAND**,
Médecin à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Il est presque impossible de résumer le chapitre des néphrites dans un espace de temps aussi court que celui qui nous est accordé aujourd'hui. Nous essaierons de considérer en peu de mots quelques aspects généraux des troubles fonctionnels rénaux. Nous parlerons de quelques types de néphropathies ou d'affections rénales particuliers à un certain âge de la vie, voire de 10 à 30 ans.

Ces types de néphropathies sont les plus intéressants à éudier, les plus importants à connaître, dont l'utilité pratique est, à mon sens, considérable.

La néphrite est un terme qui désigne une lésion rénale dont les troubles sont fonctionnels. La néphrite est une néphropathie compliquée d'insuffisance fonctionnelle quant à l'azote uréique ou au chlorure de sodium, ou à l'acide-base du sang, ou à l'eau, etc. A côté de cette néphropathie compliquée, ou de la néphrite, il existe des néphropathies simples chez lesquelles les lésions rénales ne s'accompagnent pas de troubles des fonctions de l'organe. Ainsi la néphropathie simple albumineuse, ou hématurique ou hypertensive. Que cette néphropathie vienne à se compliquer, comme c'est la règle, d'insuffisance rénale, elle deviendra néphrite. Dans le groupe de néphropathie simple, nous y faisons entrer l'albuminurie orthostatique, l'albuminurie bénigne constatée au cours de la scarlatine et même, à la rigueur, la néphrose lipoïdique, etc. Dans ce groupe, les tests de l'insuffisance rénale sont négatifs. Vous les connaissez tous ces tests. Ce sont: la constante d'Ambard, le test de Van Slyke, le P.S.P., la recherche de l'azote uréique dans le sang, du chlorure de sodium dans le sang.

L'analyse des urines révélera l'existence d'une néphrite aiguë albuminurique ou d'une néphrose. La présence de globules rouges démontrera un phénomène congestif intense au niveau des glomérules. L'albuminurie sera le signe d'une lésion rénale soit au niveau des glomérules (néphrite) soit au niveau des tubes contournés (néphrose). La présence de cylindres hyalins n'a pas plus de valeur que la présence d'albumine. Les cylindres granuleux sont d'un pronostic plus grave. Ils sont formés d'albumine et de cellules épithéliales. Les cylindres graisseux se rencontrent au cours de la néphrose dans les corps biréfringents. Il est inutile de prolonger la liste. Il sera donc facile de déterminer l'existence de telle ou telle néphrite ou de telle ou telle néphropathie simple. Ce type de néphropathie simple doit être connu, car la néphrite chronique typique, survenant sans cause vers quarante ou cinquante ans, n'est souvent que le résultat d'atteintes légères du rein qui ne laissent à leur suite aucun trouble fonctionnel, tant que le nombre des îlots atteints n'est pas assez élevé pour mettre le rein en état d'insuffisance. Mais lorsque ces atteintes se répètent assez souvent, lorsque les plages tubulaires lésées ne sont pas trop nombreuses, brusquement, sans une cause en apparence futile, l'insuffisance fonctionnelle peut apparaître. La plupart des néphrites chroniques de causes inconnues qui sont si fréquentes, relèvent de ce mécanisme.

Au début, nous avons laissé entendre que nous parlerions de quelques types de néphropathies particuliers à un certain âge de la vie. Nous avons choisi les néphropathies arrivant entre 10 et 30 ans, de l'adolescence et des premières années de la vie adulte. Les plus graves sont les néphrites hypertensives consécutives à la scarlatine ou à une grippe, les néphroses lipoïdiques, le nanisme rénal; les plus bénignes, l'albuminurie osthostatique, l'hémoglobinurie paroxystique essentielle. Certes, ces maladies se rencontrent

1. Travail présenté au VIe Congrès de l'Association Médicale Franco-Américaine, Boston, 1er octobre 1941.

à tout âge de la vie. Au début de leur évolution elles se rencontrent surtout à l'adolescence ou aux premières années de la période adulte. Voilà pourquoi nous aurions voulu mettre comme titre: « *Les néphropathies de l'adolescence* » pour bien étudier un néphritique dans son milieu ambiant, avec ses réactions extérieures, etc.

Avoir à traiter un jeune homme atteint de néphrite hypertensive grave, ayant à ses yeux toute une vie à vivre avec toutes ses promesses, est une toute autre chose que de soigner un brightique de 60 ans dont tous les systèmes organiques ont eu le temps de s'adapter peu à peu à sa maladie, tant le système cardio-vasculaire que le système nerveux périphérique ou central. Cet homme d'âge mûr peut souvent prolonger sa vie de 10 ou de 20 ans, si on a soin de ménager toutes ses fonctions, soit à la faveur d'une hygiène alimentaire appropriée, soit à la faveur d'un régime de vie idéal. Les néphrites les plus courantes à cet âge sont les néphrites azotémiques hypertensives, c'est-à-dire les néphro-scléroses de Van Slyke.

Au contraire, chez le jeune homme, le problème est différent. Les syndromes rénaux revêtent souvent la forme grave, qui peut parfois entraîner la mort; c'est pourquoi il est important de faire un diagnostic juste.

Nous nous permettrons de signaler tout d'abord l'affection rénale offrant le tableau le plus dramatique: *le nanisme rénal.* (Cf. fig. 1.) Il nous a été permis d'en observer sept à huit cas, dont deux récemment.

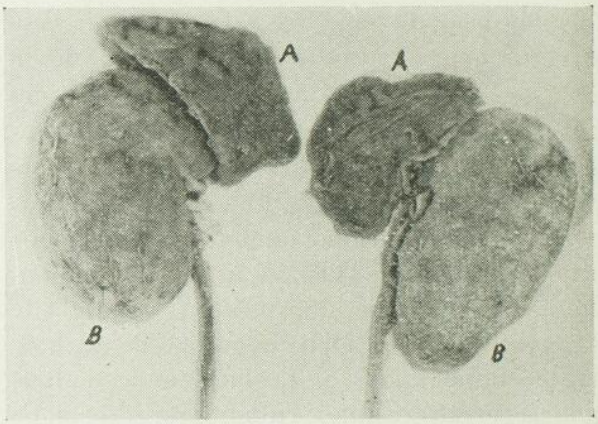
*
* *

Observation 1.

Dans le premier, il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans qui, au moment de son arrivée à l'hôpital, présentait tout le syndrome du coma et de l'insuffisance cardiaque aiguë. Inconsciente, elle respirait bruyamment et sa pression artérielle était de 180/120. Il existait un bruit de galop au cœur. Les poumons étaient en œdème aigu. Il y avait absence d'œdème aux membres ou à toute autre partie du corps. A l'examen, il ne semblait pas y avoir de tares osseuses; les urines étaient rares, l'azotémie à 6 grammes, la réserve alcaline à 25 volumes.

L'examen microscopique des globules nous donne le chiffre de 1,025,000 globules rouges, de 7,000 globules blancs, de 91% de polynucléaires; le Bordet-Wassermann est négatif. Aucune maladie infectieuse antérieure n'est signalée. Pas de scarlatine, ni de typhoïde, ni de diphtérie, ni de grippes sévères.

Les antécédents antérieurs de la malade sont donc négatifs. Au dire des parents, la jeune fille paraissait en bonne santé jusqu'à un mois précédant son entrée à l'hôpital. La céphalée a été le premier symptôme, puis ensuite la dyspnée, enfin l'inconscience. La mort survint sept semaines après le début des premiers symptômes cliniques. Le diagnostic posé fut de nanisme rénal pur. L'autopsie a confirmé, comme vous le verrez par le cliché.



A: Surrénales. B: Reins.

Fig. 1

Le protocole de l'autopsie se lit comme suit:

« Hypertrophie légère du cœur qui est atteint de dégénérescence graisseuse.

Atélectasie pulmonaire.

Atrophie du foie avec dégénérescence graisseuse au début.

Reins anormalement petits, pesant chacun 30 grammes.

Sclérose splénique.

Examen histologique

Reins extrêmement petits, montrant des lésions complexes.

1) Néphrite chronique interstitielle en foyers, avec sclérose.
2) Lésions parcellaires de glomérulo-néphrite.
3) Néphro-angiosclérose marquée avec hyalisation de quelques artères glomérulaires et des anses capillaires correspondantes.
4) Aspect infantile ou plutôt fœtal de quelques glomérules.

L'extrême petitesse des reins et l'état fœtal de quelques glomérules démontrent qu'il devait exister un état primitif d'hypoplasie rénale (Nanisme rénal). »

(Signé) Dr J.-L. Riopelle.

Observation 2.

L'autre observation concerne une jeune fille de 14 ans qui entre dans le service de chirurgie en vue d'une opération. Elle se plaint d'un goitre kystique bénin. L'interne rapporte l'existence d'une hypertension légère: 135/80 et en avertit le chirurgien qui demande le dosage de l'azote dans le sang, qui revient à 0.85. Les urines sont indemnes de tout élément pathologique. La diurèse est de 1200 c.c. par jour. Le métabolisme est à 0. L'azote résiduel est diminué. Le « maximum clearance » du Van Slyke est à 13. La phosphatémie est à 3 mg. La calcémie à 13 mg. La calciurie de 150 mgm. en 24 heures. La réserve alcaline à 28 vol. Nous vous faisons grâce des autres analyses. Un mois plus tard, toutes les analyses ont été reprises. Toutes étaient sensiblement les mêmes, sauf que l'azotémie était 1.60. Depuis ce temps, cet élément a constamment augmenté. La malade meurt deux ans après sa première admission.

Au cours de l'évolution, la malade n'a jamais présenté de symptômes subjectifs, sauf quelques vomissements et nausées au dernier mois de sa maladie. La fin a été sensiblement la même que pour la malade précédente: œdème aigu pulmonaire, insuffisance cardiaque.

Ce qui nous a frappé chez cette malade, ce fut, d'une part l'augmentation constante de l'azotémie jusqu'à 4 grammes sans signes subjectifs appréciables, et d'autre part la coexistence d'une série de troubles humoraux montrant une anémie et une hyperparathyroïdie. Comme nous vous le faisions remarquer il y a un instant, la phosphatémie était 3 mgm. et la calcémie à 13 mgm. Cette hypercalcémie et cette hypophosphatémie pouvaient nous faire pressentir l'existence d'une hyperparathyroïdie. Ces analyses ont été répétées plusieurs fois et toujours avec le même résultat. A ce moment là, la phosphatase se maintint à 6.6 unités. La cytologie est normale. Il n'existe alors aucune lésion du fond de l'œil: pas d'exsudat, pas de lésion hémorragique. Six mois plus tard la malade revient dans le même état physique apparent. L'azotémie est alors à 1.25 grammes, la phosphatémie à 14 mgm., la calcémie à 13 mgm., la phosphatase à 6 unités, la réserve alcaline à 25 volumes. Il y a déjà changement dans les résultats venant du laboratoire. Avec évidence, les reins sont moins perméables et retiennent dans le sang les phosphates que la malade urinait auparavant.

Six mois plus tard, syndrome clinique encore négatif. La pression artérielle est à 190/130. L'azotémie est maintenant à 3.90. La réserve alcaline à 25 volumes. La phosphatémie à 16 mgm., la calcémie à 12 mgm. Mais la phosphatase s'est élevée à 10 unités. Y aurait-il déjà atteinte du parenchyme hépatique? Les radiographies osseuses ne révèlent rien d'anormal. Les globules rouges sont à 2,760.000, l'hémoglobine à 55%.

A ce moment nous prescrivons de l'extrait total de l'hypophyse antérieure (Polyansen d'Ayerst). Après 10 injections de 1 c.c. la malade revient avec une azotémie de 1.60.

Ce n'est que temporaire. Le 11 mai 1940, soit 3 mois après, l'azotémie est à 2.35. Nous apprenons sa mort survenue dans sa famille.

*
* *

Nous vous montrons là deux observations de nanisme rénal qui n'est pas aussi rare qu'on le pense. Le pronostic de cette maladie est toujours grave. Les malades ne dépassent jamais

21 ans. Le début est insidieux, sournois; il date des premières années de la vie. Ordinairement, il existe en même temps un hypo-développement osseux et génital. Dans nos deux observations cet hypo-développement fait défaut.

L'étiologie est incertaine. Une infection, c'est possible. Une insuffisance glandulaire, c'est probable. On discute actuellement sur le rôle des parathyroïdes dans l'infantilisme rénal. On constate une hypophosphatémie et une hypercalcémie dans notre deuxième observation; c'est l'indice d'un hyper-fonctionnement parathyroïdien. Carnot a déjà trouvé un adénome parathyroïdien au cours d'un cas de nanisme rénal. Certains auteurs attribuent plutôt l'hypertrophie parathyroïdienne aux lésions rénales. Dans notre deuxième cas, l'absence de signes osseux nous a empêché d'explorer les parathyroïdes. Le temps ne nous permet pas de développer cette question. Quoi qu'il en soit, le nanisme rénal existe; il faut le retenir, retenir ses symptômes, la gravité de son évolution.

*
* *

La seconde affection rénale que l'adolescent présente est *la néphrite chronique azotémique sèche,* consécutive à une néphrite aiguë due à une infection grippale ou à une autre infection, telle la scarlatine, telle la toxi-infection intestinale, telle la diphtérie, telle l'amygdalite hypertrophique, streptococcique. Son évolution est très variable, lente ou rapide suivant l'origine de l'infection. Elle s'achemine presque toujours vers l'hypertension maligne. Suivant la précocité de l'apparition et la malignité de l'hypertension, l'échéance fatale arrive entre 25 et 40 ans. A la période de terminaison elle prend la forme digestive (vomissements ou diarrhée) ou la forme hémorragique (hématémèse, pancréatite hémorragique, apoplexie) ou la forme cardiaque (bruit de galop, insuffisance cardiaque), la forme nerveuse (contracture, délire). L'azotémie est toujours élevée. L'albuminurie est abondante ou non. Les urines sont pâles, la R. A. est basse. Le Van Slyke est bas. Toutefois, il y a un fait particulier sur lequel nous voudrions appuyer, c'est la ressemblance marquée qui existe souvent entre cette maladie et la néphrose lipoïdique. En effet, à certaines périodes de son évolution, la néphrite s'accompagne d'œdème à la figure, aux membres, à l'abdomen, œdème blanc avec godet; sans beaucoup d'ascite. Il s'établit alors un syndrome lipido-protéidique tout comme au cours de la néphrose lipoïdique. Les urines contiennent des corps biréfringents; la sérine est diminuée dans le sang, la globuline est augmentée; le cholestérol est augmenté; l'albuminurie obtient un chiffre parfois de 15 grammes. Bref, c'est le vrai syndrome de la néphrose lipoïdique avec, en plus, les signes humoraux de la néphrite: hypertension, hyperazotémie, cylindrurie. Ce qui est plus frappant, c'est que ces symptômes humoraux et cliniques sont influencés par le traitement thyroïdien et par la diète carnée. Cependant, la pression artérielle est élevée, l'azotémie également, ce qui démontre l'existence d'une influence rénale. Le syndrome lipido-protéidique est dû à la lésion rénale. Ce n'est pas un trouble du métabolisme. Retenons que la possibilité de l'existence d'un syndrome lipido-protéidique peut survenir au cours d'une néphrite chronique. Le médecin doit être averti et doit suivre attentivement ce malade, lui faisant constamment des examens de laboratoire. Le traitement change à chacune des phases de la maladie.

*
* *

Il faut donc faire le diagnostic différentiel avec cette troisième maladie particulière à l'adolescence, *la néphrose lipoïdique.* Cette maladie, moins grave que les autres, vient d'un trouble du métabolisme d'abord et non de la lésion rénale. Il existe une dégénérescence aux tubes contournés, c'est vrai, mais ce n'en est pas la cause.

Les deux symptômes prédominants sont l'œdème et l'albuminurie. L'œdème est blanc, non douloureux. Il est ordinairement géant, envahissant toutes les parties du corps avec une intensité échappant à toute loi; les séreuses

sont également envahies: hydrothorax, ascite, etc. Il peut infiltrer les viscères, le cerveau, le poumon, l'œil, ce qui explique les nombreux troubles que l'on peut observer avec une richesse symptomatique inouïe: troubles nerveux, pulmonaires, gastro-intestinaux.

L'examen du sang ne décèle pas d'hyperazotémie. Les lipides sont augmentées: le cholestérol atteint un chiffre élevé (6 grammes). L'albumine sanguine diminue d'une manière sensible. L'inversion du rapport de la sérine et globuline est caractéristique.

L'évolution est favorable. Cette néphropathie peut guérir, ou bien elle s'achemine vers la néphrite azotémique hypertensive, dont le tableau clinique ressemble au tableau que nous avons décrit il y a un instant.

L'anatomie pathologique de cette maladie soulève encore quelques points de discussion. Plusieurs auteurs prétendent qu'il existe des lésions glomérulaires et tubulaires, tandis que d'autres ne trouvent que des lésions tubulaires. Ce qui est certain, c'est que les tubes contournés sont toujours affectés et surtout dans la partie terminale; la branche large de Henle et le segment intermédiaire sont peu touchés, la branche grêle ne l'est pas, les tubes droits non plus. L'altération caractéristique consisterait en une infiltration de graisses neutres et de lipoïdes biréfringents avec des cellules desquamées.

Le traitement doit être institué précocément si le médecin veut obtenir un résultat. L'extrait thyroïdien agit favorablement. Pour cela il faut prescrire des doses allant jusqu'à 0.25 et même 0.85 par jour. Le régime *hypograisseux* et *hypercarné* est essentiel à la guérison. Il faut donc de la viande.

*
* *

Cette néphrose lipoïdique est facile à diagnostiquer. Cependant il ne faut pas la confondre avec *l'albuminurie orthostatique,* quatrième maladie particulière à l'adolescence. Elle s'observe chez le jeune en période de croissance. Le malade est ordinairement un longiligne. Il se présente au bureau du médecin, se plaignant de courbature, de fatigue généralisée. Il a peine à suivre ses compagnons de classe; le professeur lui reproche sa paresse, l'empresse de jouer, ce qui épuise davantage le jeune homme qui sent plutôt le besoin de se coucher. Son entourage le prend pour un névropathe, si ce n'est pas le médecin lui-même qui l'étiquette de cette façon. Son apparence est celle d'un tuberculeux et pourtant tous les examens reviennent négatifs. Si vous avez l'idée d'analyser ses urines du matin et du soir, vous trouverez dans l'échantillon du soir une quantité considérable d'albumine. L'échantillon du matin est indemne. Il y a là une anomalie pouvant expliquer les troubles de votre malade. C'est le seul symptôme pathognomonique de cette maladie.

Heureusement, cette maladie est bénigne. Elle disparaît avec l'âge. Cependant, il faut demander le repos à votre malade. La bonne alimentation et le port d'une ceinture sont les autres conseils que le médecin peut adresser.

*
* *

J'ai essayé de vous exposer quelques aspects de la néphrite ou des néphropathies. J'ai essayé de donner quelques exemples des néphropathies. Comme je vous l'ai dit, j'ai choisi celles de l'adolescence à cause de leur importance du point de vue pronostic. J'ai appuyé sur le nanisme rénal; je m'en excuse; le travail semble être ainsi imparfaitement ordonné, mais comme son existence semble être moins connue, j'ai pensé qu'il était peut-être préférable de saisir l'occasion pour le développer davantage. C'est à ce seul point de vue que je me suis placé en agissant ainsi. Bien diriger un malade est quelquefois le seul geste que le médecin peut faire. Ne pas nuire c'est déjà beaucoup.

RECUEIL DE FAITS

SYNDROME DE GRADENIGO OU DE LA POINTE DU ROCHER AU COURS DE L'OTITE SUPPURÉE[1]

Par
Roma AMYOT et **Jules BRAHY,**
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Le syndrome de Gradenigo est caractérisé par une triade de symptômes qui sont les suivants:

1) Otite moyenne aiguë ou chronique;
2) Algies dans le domaine du trijumeau, du même côté que l'otite;
3) Paralysie du moteur oculaire externe, également homolatérale.

Il fut individualisé par Gradenigo en 1904 dans une communication à l'Académie de Médecine de Turin. Il se rencontre au cours des infections du rocher ou « pétrosites ». Si on se rappelle l'anatomie de la région de la pointe du rocher où l'on trouve le ganglion de Gasser dans le cavum de Maeckel, à la face antéro-supérieure, et le nerf moteur oculaire externe (VIe) qui, le long de son parcours, vient en contact intime avec cette partie du rocher, on comprend parfaitement qu'une lésion de l'apex de la pyramide pétreuse peut faire naître une paralysie du moteur oculaire externe et des phénomènes algiques du trijumeau par irritation du glanglion de Gasser. C'est bien ce qui crée le syndrome de Gradenigo. Très souvent, la localisation infectieuse s'étendant jusqu'à l'apex, on dit qu'il s'agit d'apexite qui lèse le ganglion de Gasser et la VIe paire. Dans d'autres cas, une pachy-méningite ou un abcès extra-dural de l'apex détermine les phénomènes pathologiques. Enfin, le syndrome certainement plus bénin pourra être relié à une simple fluxion, à une congestion réactionnelle des méninges à la région de la pointe.

Les symptômes se manifestent par la présence d'une otite, par des algies qui se détachent complètement dans le temps et surtout l'espace de la douleur oto-mastoïdienne. Ces douleurs sont localisées, soit à tout le territoire innervé par le trijumeau, soit, le plus souvent, à une zone relevant d'une de ses branches. Les douleurs orbito-oculaires sont fréquentes et les douleurs dentaires se rencontrent aussi. Elles précèdent habituellement la paralysie de l'oculo-moteur externe. Dans les otites aiguës, la douleur oto-mastoïdienne se manifeste d'abord, puis apparaissent les algies trigéminales à l'hémiface homolatérale et, enfin, la paralysie du moteur oculaire externe se constitue.

Le syndrome apparaît rarement avant la fin du premier mois de l'évolution de l'otite aiguë.

L'on recourt à une radiographie du crâne selon certaines incidences permettant de bien visualiser la pointe du rocher. Il arrive qu'on puisse constater, dans le seul cas d'apexite cependant, un aspect tout à fait anormal, lacunaire, de la région.

Il va sans dire que le pronostic varie selon les cas, mais, en général, un syndrome de Gradenigo éveille toujours l'idée d'un réel danger; il peut très souvent précéder l'avènement d'une méningite. Dans tous les cas, la récupération fonctionnelle du moteur oculaire externe est longue à se faire. Les phénomènes douloureux peuvent disparaître beaucoup plus rapidement quand, bien entendu, on applique un traitement approprié.

Quelle que soit la nature exacte de la lésion apexienne qui cause directement les troubles ou les lésions des nerfs crâniens intéressés, le

1. Communication aux Journées Médicales de la « Société Médicale de Montréal », hôpital Notre-Dame, 2 octobre 1941.

syndrome dont il s'agit indique incontestablement une infection grave de l'oreille qui s'étend au tissu osseux du rocher avec tendance, si elle ne s'y trouve pas déjà, à se propager vers la profondeur, vers l'apex et (ce qui est infiniment plus sérieux) vers les méninges.

Le traitement chirurgical doit donc s'adapter à la situation; paracentèse large, si le tympan n'est pas ouvert, puis mastoïdectomie. Le plus souvent, l'évidement pétro-mastoïdien devient nécessaire; même parfois, on se verra dans l'obligation d'effectuer le drainage du foyer apexien en atteignant la pointe.

*
* *

L'observation que nous rapportons, illustre bien ces brèves remarques préliminaires.

Observation.

J. T..., 43 ans, venant d'une petite ville de la province, arrive à l'hôpital Notre-Dame vers la mi-février. Le patient est malade depuis Noël, alors qu'il fit une grippe compliquée d'un violent mal d'oreille droite. Deux ou trois médecins lui prescrivent, tour à tour, des gouttes chaudes dans l'oreille, mais les choses vont de mal en pis au cours des semaines, jusqu'à ce que, s'éveillant un matin, il s'aperçoit qu'il « voit double ». Il consulte alors un quatrième médecin qui nous le réfère immédiatement.

A l'examen, nous constatons une paralysie du droit externe de l'œil droit avec diplopie. L'examen de l'oreille est plus intéressant (si on se rappelle ce qui vient d'être dit), car le conduit auditif externe est complètement obstrué par un gros bouchon de cérumen que nous enlevons par irrigation ou lavage de l'oreille, ce qui nous permet alors d'apercevoir un tympan bombé et très rouge. Une paracentèse donne issue à un pus jaunâtre bien constitué qui coule abondamment. Le patient se plaint, en plus, de douleurs dans tout le côté droit de la face.

Une requête en neurologie amène le docteur Roma Amyot qui porte alors le diagnostic de syndrome de Gradenigo, en suggérant pour le moins une intervention chirurgicale mastoïdienne d'urgence, sinon un évidement pétro-mastoïdien complet.

Nous avons d'abord pratiqué une large mastoïdectomie dans un tissu osseux spongieux rempli de pus (véritable ostéite), établissant une large communication avec la caisse. Le patient fut alors soumis à un traitement sulfamidé mais, un peu plus tard, il a fallu intervenir plus largement en pratiquant un véritable évidement pétro-mastoïdien, remontant très haut. Le malade reçut encore des sulfamidés et la plaie opératoire guérit en temps normal, c'est-à-dire environ deux mois et demi. Revu en mai et juin, le patient accuse de moins en moins de diplopie; les mouvements du globe oculaire droit, vers la droite, sont de plus en plus normaux, mais les douleurs hemi-crâniennes persistent jusqu'en juillet, alors que nous recevons le témoignage écrit du patient qu'il « n'a plus mal à la tête ». Maintenant en octobre et sans autres nouvelles, nous considérons notre patient comme guéri.

*
* *

Ce malade a présenté une lésion de la pointe du rocher altérant le ganglion de Gasser et le moteur oculaire externe qui sont en contact intime avec cette partie de la pyramide pétreuse.

On ne peut avancer d'emblée que le processus d'ostéite du rocher s'étendait jusqu'à la pointe et causait, par lui-même, les lésions des nerfs. L'évolution favorable de l'affection et la récupération fonctionnelle du trijumeau et du moteur oculaire externe ne favorise vraiment pas cette conception. Les cas d'ostéite de la pointe sont généralement plus rebelles et les auteurs sont d'avis qu'elle nécessite une intervention particulière permettant au chirurgien

de se rendre jusqu'à l'apex afin d'y nettoyer la région et expulser le tissu purulent et nécrosé.

Il est plus vraisemblable d'admettre que dans notre cas le processus de mastoïdite déclencha soit la formation d'une réaction méningée inflammatoire de voisinage ou même une méningite circonscrite, ou encore un abcès extra-dural de la pointe. Le drainage de la mastoïde permit la résolution de l'inflammation et, s'il s'agisait d'un abcès, sa résorption.

La régénération fonctionnelle assez rapide du trijumeau, beaucoup plus longue du moteur oculaire externe, n'a rien qui puisse étonner, même dans le cas de disparition assez rapide de la cause qui modifia ou inhiba leur activité. En effet, en ce qui concerne notamment le moteur oculaire externe dans le cas présent, la lésion du nerf parut profonde, du moins suffisamment pour produire une dégénérescence de son segment distal; ce qui nécessita une régénération des fibres et un laps de temps d'une durée permettant la repousse de ces dernières.

Ce syndrome n'a rien de bien complexe; il est de compréhension facile, il ne pose aucun problème pathogénique sérieux. Il comporte, d'autre part, une topographie lésionnelle bien précise; mais, par-dessus tout, il assombrit le pronostic de la mastoïdite concomitante et indique à l'otologiste une ligne de conduite assez définie. La méningite aiguë généralisée est imminente. Le foyer d'ostéite est profond ou tend à envahir tout le rocher; il sera ardu de la contrôler; on doit l'évider largement et même ne pas hésiter, parfois par une technique des plus délicates et laborieuses, à se rendre jusqu'à la pointe.

LE CHIEN, BIENFAITEUR DE L'HOMME SOUFFRANT [1]

Par
Walter B. CANNON et **Cecil DRINKER**

Chaque année, des projets de loi sont présentés devant les législatures dans le but d'interdire l'usage des animaux pour fins d'expérimentation scientifique. En chacune de ces occasions, des médecins, membres du corps professoral des universités, et des profanes avertis doivent s'exténuer pour justifier l'emploi de ces bêtes dans la recherche médicale, réalisant à quel péril le bien-être public serait exposé si de pareilles lois étaient jamais adoptées.

Depuis quelque temps, les adversaires de la vivisection ont restreint leurs demandes à un seul animal, *le chien*. Leur propagande peut s'appuyer ainsi sur l'attachement séculaire qui unit cet animal à l'espèce humaine et faire appel à la sentimentalité qui trouverait, certes, moins de place s'il s'agissait de toute autre bête.

La plupart d'entre eux ont cependant la franchise d'admettre qu'ils espèrent que l'abolition de l'expérimentation sur le chien sera le prélude d'une offensive subséquente dans le but d'obtenir la proscription par l'état, de toute expérimentation animale.

Les instigateurs de pareils mouvements se gardent bien cependant de mentionner les avantages que peuvent procurer à l'homme et aux chiens eux-mêmes les observations qui résultent de l'expérimentation sur un nombre restreint de ces animaux. Hélas! trop de maux affligent encore l'homme et les bêtes parce que nos connaissances sur la nature et le traitement de ces maladies sont encore trop incomplètes.

Les législateurs devront décider si une méthode de travail destinée à améliorer nos connaissances sur les causes et le traitement des maladies, méthode appuyée sur le sens commun et forte des résultats obtenus par le passé, doit être entravée par des protestations sentimentales.

Dans nos laboratoires scientifiques modernes, les chiens et autres animaux en expérience sont traités avec beaucoup plus d'égards et de soins que n'en reçoivent les animaux de la rue et des champs. Les expériences elles-mêmes sont exécutées dans un esprit de prudence et d'humanité!

Le public gagnerait à se renseigner sur l'importance des méthodes et des résultats actuels de la recherche médicale. En effet, grâce à une amélioration continue, notre manière de vivre a été profondément modifiée, notre vie a été prolongée et rendue plus agréable.

Contribution du chien au soulagement de la souffrance

Si notre automobile s'arrête, fonctionne irrégulièrement ou fait entendre des bruits étranges, on la fait voir par un expert. Celui-ci connaît la fonction de chaque partie de la machine; il suit les signes qui marquent un dérèglement; il a appris également à y remédier. Toutes ces choses lui sont devenues familières parce qu'il a regardé la machine en mouvement et a pu établir quels sont les facteurs qui président à son bon ou mauvais fonctionnement.

Les conditions sont les mêmes pour la machine humaine. Les experts dans la connaissance du corps humain ont cependant peu d'occasions d'observer son fonctionnement propre. Ils doivent par conséquent étudier les corps des animaux inférieurs. Dans le but de connaître le fonctionnement normal et les dérangements de l'organisme animal, les chercheurs se sont adressés à une grande variété d'animaux: rats, souris, cobayes, lapins, chats, chiens, singes.

Certains adversaires de la vivisection affirment que même lorsqu'un animal est sous anesthésie, l'homme n'a pas le droit d'ouvrir son corps pour en apprendre le fonctionnement. D'autres, au contraire, trouvent que cette façon de procéder est admissible... mais avec tout autre animal que le chien.

1. Traduction de Léonard-F. Bélanger, à l'invitation du Doyen Albert LeSage, et avec l'autorisation des auteurs.

Ces animaux, d'autre part, sont assez volumineux pour qu'il soit possible de les opérer dans des conditions semblables aux nôtres. Enfin, ils vivent confortablement dans des milieux propres à la plupart des recherches scientifiques.

Le chien et nos connaissances sur la circulation, la respiration et la digestion

Le merveilleux essor de la science médicale moderne a débuté il a 300 ans dans le laboratoire de Harvey, par la découverte de la circulation sanguine. Parmi les animaux sur lesquels celui-ci put observer les mouvements visibles du cœur, on trouve le chien. Depuis cette époque, cet animal a été l'instrument de plusieurs découvertes sur la physiologie et la pathologie du cœur. Les résultats obtenus sont appliqués tous les jours par les cardiologues modernes.

Sir Thomas Lewis, qui est probablement le plus éminent spécialiste actuel sur la question, affirme que le sacrifice sans souffrance d'une faible quantité de bêtes, nous a fourni une grande richesse de connaissances à l'aide desquelles la science médicale pourra, jusqu'à la fin des temps, continuer à produire pour l'humanité, des bienfaits immenses et durables.

Au moment où l'homme arrive au seuil de l'âge mûr, il est guetté par un fléau qui s'appelle l'hypertension artérielle. Heureusement, lorsque le médecin découvre cette condition à temps, il peut prescrire une hygiène salutaire qui saura éviter un dénouement catastrophique.

La méthode la plus couramment employée aujourd'hui pour déterminer l'état de la tension artérielle chez l'homme, a été mise au point chez le chien. Chaque fois que le médecin applique le brassard au bras de son patient, tous deux devraient se souvenir de leur dette envers le chien.

Tout le monde connaît aujourd'hui la technique de la respiration artificielle utilisée pour ranimer les victimes de l'onde, de l'électricité ou des gas nocifs, méthode que nous devons à Schafer, professeur de physiologie à l'Université d'Edimbourgh.

L'efficacité de cette technique a été éprouvée pour la première fois chez le chien, sujet de choix à cause de la grande élasticité de sa paroi thoracique. Une fois démontrée, cette méthode a permis de sauver d'innombrables vies humaines; l'avenir lui réserve encore de multiples succès.

Nous devons également au chien, des notions fondamentales sur la physiologie digestive. Le grands physiologiste russe Pavlov, qui fut le père des principaux travaux en ce domaine, reçut en récompense le prix Nobel, section Médecine, pour l'année 1904. La connaissance du fonctionnement normal de l'appareil digestif a conduit la médecine à des améliorations considérables dans le traitement des maladies de cet appareil.

Le rachitisme a été longtemps une maladie mystérieuse et son traitement rationnel devait attendre la découverte de la déficience, dans l'alimentation, d'une certaine graisse phosphorée d'origine animale.

Cette découverte fut le résultat de variations multiples de la diète de jeunes chiens.

L'application du principe déficient à la diète des enfants a permis de sauver d'innombrables vies. Comme, d'autre part, le rachitisme est une maladie commune à toutes les espèces animales, le vétérinaire peut appliquer à sa clientèle, des traitements employés dans les hôpitaux d'enfants.

Le chien et les progrès de la chirurgie

Aucun domaine des sciences médicales n'a montré des progrès plus rapides et plus utiles pour l'humanité, en ces dernières années, que la technique chirurgicale.

Chaque fois qu'une nouvelle opération doit être entreprise, elle est accompagnée, va sans dire, de risques considérables. Dans un cas semblable, qui donc, de l'homme souffrant ou d'un animal inférieur, doit en porter le fardeau?

Les petits animaux étant inadéquats pour la technique chirurgicale, encore ici le chien fut le mieux approprié à l'expérimentation opératoire.

Harvey Cushing, chirurgien du système nerveux de renommée universelle et auteur de la technique pour opérer sur l'hypophyse, nous avoue que sans les quelques chiens sacrifiés à la mise au point de cette technique, les victimes des désordres de cette glande seraient condamnées à la cécité qui en est un aboutissant fatal.

On a pu déterminer, d'autre part, par des expériences sur le chien, quelle était la proportion du rein ou du tractus digestif qu'il était possible d'extirper d'un individu sans nuire au fonctionnement des organes. Dans le même ordre d'idée, le chien nous a fourni des méthodes pratiques pour réunir des sections d'intestin ou encore pour aboucher l'intestin à l'estomac.

A la suite d'essais sur les chiens, les chirurgiens ont appris à opérer sur les organes thoraciques. La chirurgie cardiaque, née à l'aide du chien, est passée en pratique humaine.

Une contribution récente à cette science a pour but de soulager le douleur effroyable qui marque la crise d'angine de poitrine. En opérant sur le chien, on a localisé les nerfs qui sont responsables de la douleur et on a pu les sectionner sans nuire aux mouvements de l'organe. Les angineux peuvent donc, à la suite d'une pareille intervention, obtenir un soulagement qui n'était possible antérieurement qu'à l'aide de doses considérables de drogues.

Le chien et le traitement du diabète

Un autre état très grave pour l'humanité est cette maladie caractérisée par une utilisation fautive des hydrates de carbone. On savait dès 1889 que les chiens acquéraient ce désordre si leur pancréas était extirpé. On essaya de traiter la maladie en ajoutant à la diète la substance pancréatique. Cependant aucune amélioration sensible ne put être obtenue avant la découverte de Banting et Best, au Canada, en 1922. Ceux-ci réussirent à fabriquer, au moyen de pancréas de chiens, un extrait qui, administré au malade, avait la propriété d'abaisser le taux du sucre dans son sang: c'est l'*insuline* maintenant universellement connue et employée.

Le docteur Elliot P. Joslin, auteur américain remarquable, a écrit des pages splendides sur la découverte de Banting et Best: « L'insuline a révolutionné le traitement du diabète. Avant la découverte de ce médicament, les diabétiques mouraient véritablement de faim et de soif... Un enfant diabétique était pour ses parents et son médecin un sujet de désespoir. Un pédiatre américain célèbre avouait dans le temps qu'il souhaitait ne jamais avoir tel patient, tant était angoissant le spectacle de ce pauvre petit être mourant de faim. L'enfant diabétique pouvait alors vivre un an, deux ans tout au plus. Maintenant la scène est passablement modifiée... C'est peut-être difficile à croire, mais c'est tout de même une consolante vérité: ce n'est plus en jours que je calcule maintenant les chances de vie de mes jeunes diabétiques, c'est en dizaines d'années. »

Il est intéressant de remarquer qu'environ un an avant la découverte de l'insuline, le docteur Minot, principal artisan dans le traitement nouveau de l'anémie pernicieuse par le foie, constata qu'il souffrait de diabète. Lorsque l'insuline prit place dans l'arsenal thérapeutique, il se fit traiter avec ce produit.

Ainsi donc des expériences faites chez le chien et conduisant à la découverte de l'insuline, devaient sauver l'homme qui à la suite suite d'autres expériences sur le chien, mit en pratique une méthode de contrôle pour une autre maladie primitivement fatale, l'anémie pernicieuse.

Aux Etats-Unis, environ un million d'individus souffrent actuellement de diabète ou en seront atteints un jour. A cette imposante multitude, nos connaissances acquises par l'expérimentation sur les chiens, ont rendu le confort, l'espoir et une vie utile. Ne lui eût-il rendu que cet insigne service, le chien mériterait déjà la reconnaissance éternelle de l'homme qu'il aura sauvé de ce mal effroyable.

Le chien et le traitement de l'anémie pernicieuse

Il y a quelques années, un autre fléau épouvantable guettait les pauvres humains: c'est l'*anémie pernicieuse.* Habituellement cette maladie attaquait des adultes en bonne santé apparente. Tout en prenant un temps considérable pour les achever, elle ne manquait jamais ses victimes. De nos jours, le malade atteint d'anémie pernicieuse peut mener une vie heureuse et utile.

Des expériences faites, à l'aide de rats et autres animaux, ont permis de démontrer qu'une diète riche en foie, favorise la croissance de façon anormale. Par ailleurs, les médecins qui s'occupaient d'anémie pernicieuse savaient que leurs patients manquaient d'une certaine substance nécessaire à la fabrication du sang; cependant, on n'avait aucune idée de la nature de cet agent.

Le docteur Whipple et ses assistants à l'Université de Californie entreprirent, pour leur part, l'étude du sang dans des conditions diverses, à l'aide de chiens rendus anémiques par des saignées. En 1922, ces études les amenèrent à constater que les chiens, nourris avec du foie, avaient le pouvoir de récupérer le sang perdu, plus rapidement qu'avec tout autre aliment.

A la suite de cette découverte, réalisée par l'expérimentation chez les chiens, deux médecins de Boston, les docteurs Minot et Murphy, découragés par leurs insuccès répétés dans le traitement de cette maladie, instituèrent chez leurs malades, un régime riche en foie.

L'effet fut presque miraculeux. L'anémie pernicieuse combattue par l'ingestion de foie avait cessé d'être une maladie fatale.

Au début, les patients ont dû ingurgiter du foie frais; par la suite, les méthodes de concentration du principe anti-anémique, s'améliorèrent graduellement et, de nos jours, de petites capsules contenant des extraits hépatiques peuvent être fournies aux malades. Ces extraits absorbés quotidiennement permettent une vie absolument normale.

Le chien et l'essayage des médicaments et des appareils protecteurs

Une utilisation importante du chien consiste dans l'*essayage des médicaments.* Le degré d'activité de quelques-uns des plus importants agents pharmaceutiques peut être connu seulement à la suite d'épreuves sur les animaux. Par exemple, le gouvernement américain exige que l'*épinéphrine,* dite encore *adrénaline,* soit standardisée par des injections au chien. Cette substance, comme l'on sait, est utilisée universellement pour arrêter les hémorragies et abolir la détresse de l'accès d'asthme. Le cannabis indica, sédatif très employé, doit subir de semblables épreuves.

Les dangers qui résultent de l'usage de plusieurs agents chimiques d'usage courant ont été découverts par des expériences sur les chiens. Ainsi il fut possible de constater que l'alcool méthylique est une substance toxique, capable d'amener la cécité et la mort.

Les chiens ont été d'une valeur indispensable pour connaître la dose de gaz toxiques, tel le monoxide de carbone, qui peuvent être tolérés dans l'atmosphère des tunnels, des mines ou dans certains établissements industriels.

Les chiens ont joué un rôle également important dans la mise au point des appareils protecteurs portés dans des atmosphères contenant des gaz empoisonnés, dans le travail en plongée ou dans l'air comprimé.

Le chien et le traitement de ses propres maladies

Non seulement s'est-on servi du chien pour atténuer la souffrance humaine, mais on a pu obtenir également des résultats importants pour les chiens eux-mêmes. Nous pouvons illustrer cette affirmation par les deux faits suivants.

Oxyures des chiens. Jusqu'en 1915, il n'y avait aucun traitement satisfaisant permettant de débarrasser les chiens de leurs oxyures, l'atteinte par ces parasites était chose commune dans tous les Etats-Unis.

Cette condition était si sérieuse dans certaines régions du Sud, qu'il était impossible d'y élever des chiens avec succès.

A la suite d'expériences sur les chiens, le docteur Hall, du bureau de l'industrie animale à Washington, découvrit que le *tétrachlorure de carbone* était un agent efficace pour débarrasser les chiens de leurs vers. Pour se rendre compte de l'effet de ce produit, il fallut sacrifier 30 chiens. Après avoir reçu des doses variables du médicament, ces animaux furent tués sans souffrance au bout de quatre jours. On put déterminer l'efficacité du traitement en examinant les vers passés à la suite de l'administration du médicament et en recherchant dans l'intestin du chien, la présence ou l'absence du parasite.

Depuis 1921, un autre corps, le *tétrachloréthylène,* a été découvert à la suite d'essais sur le chien. Ce produit a été, depuis, largement utilisé par le corps vétérinaire, non seulement pour d'innombrables chiens mais également pour les chats, les renards et les moutons.

Souvent les adversaires de la vivisection essaient de faire croire que le chien est si différent de l'homme qu'il ne peut fournir aucune notion nouvelle importante. Les résultats du traitement des oxyures est un des nombreux arguments contre cette doctrine.

Le tétrachlorure de carbone et le tétrachloréthylène, découverts par des expériences sur le chien, expériences faites dans le but de traiter la maladie du chien lui-même, sont aujourd'hui les médicaments employés chez l'homme. Le bien accompli par ces médicaments est mis en évidence par l'amélioration de la santé de millions d'individus qui seraient sans ce traitement souffrants ou handicappés.

Catarrhe des jeunes chiens (*distemper*). Le catarrhe est une maladie éminemment contagieuse chez les chiens, atteignant de préférence les individus de quatre semaines à une année d'âge. La mortalité est toujours très élevée; la plupart des auteurs mentionnent le taux de 50% comme étant conservateur.

Il est maintenant inutile de faire la description d'un pauvre animal atteint de catarrhe; qui donc, en effet, n'a pas constaté «de visu» les souffrances variées qui sont le partage de ses victimes?

Si le jeune chien ne meurt pas, il sera irrémédiablement marqué par quelque désordre nerveux comme la chorée ou une forme quelconque de paralysie. Heureusement pour nous, cette maladie n'atteint jamais l'homme.

Pour quelle raison, croyez-vous, tant de personne ont-elles contribué au « Field Distemper Council », organisation britannique, qui, de 1923 à 1928, avait organisé des travaux dans dans le but de découvrir la cause et le traitement de cette maladie? C'était sûrement parce que ces personnes considéraient les chiens comme leurs amis et désiraient les sauver des souffrances dont la prévention s'avérait possible.

Ces souscripteurs étaient des hommes, des femmes, des enfants de toutes les classes de la société. Ils donnèrent généreusement, sachant que leur offrande serait employée à faire de l'expérimentation animale, de la vivisection pour employer la terminologie des adversaires, dans le but d'essayer de protéger les chiens contre le fléau. Ils étaient prêts au sacrifice de quelques individus pour le bien général. Cette conception intelligente fut récompensée.

Les savants britanniques découvrirent un *vaccin préventif et un sérum curatif pour le catarrhe.* Le vaccin, abondamment utilisé chez nous, est efficace dans 99% des cas. On estime de cette manière, que plusieurs dizaines de milliers de chiens aux Etats-Unis ont eu la vie sauve.

La grande guerre contre la souffrance

La profession médicale est constamment engagée dans un combat gigantesque contre la douleur, l'infirmité et la mort précoce de l'homme et des animaux. Les grandes victoires récemment remportées contre la maladie sont les résultats des connaissances acquises grâce à l'expérimentation animale.

Aux Etats-Unis, toutes les institutions qui emploient les animaux pour fins de recherches ont adopté des règlements dans le but de pourvoir au confort des animaux et au maintien sanitaire de leur habitat. Toutes les opérations doivent être sanctionnées par les directeurs du laboratoire qui se rend compte de l'importance des problèmes étudiés et de l'opportunité des méthodes utilisées.

Au surplus, les règlements demandent que toute opération douloureuse soit faite sous anesthésie et dans les cas où l'animal doit être sacrifié, que la mort soit sans douleur. Seul le directeur du laboratoire peut décider des exceptions à ces ordonnances, dans les cas où l'anesthésie et la mort seraient indésirables dans l'expérience.

* * *

Tous les faits que nous venons de décrire prouvent que le chien a joué un rôle considérable dans la lutte contre la mort et la maladie. Que de maux cependant affligent encore l'homme et les animaux à cause de notre ignorance à leur sujet! La mortalité par le cancer est très élevée chez l'homme; elle l'est encore plus chez le chien. Des travaux récents ont démontré en Angleterre que les mêmes traitements peuvent agir dans les deux cas. Les cancers de la peau chez le chien comme chez l'homme répondent aux traitements par les rayons X et le radium. Dans ces cas, ce fut chez l'homme que le remède fut d'abord essayé pour être ensuite appliqué au chien.

La loyauté, l'affection et l'esprit de sacrifice du chien ont été l'objet de maints discours. Ce que nous venons de raconter prouve d'autre part que les sacrifices faits par les chiens ont apporté une riche contribution au bien-être de l'homme et des animaux.

Il est évident que nous avons encore beaucoup à faire cependant avant que nous soyons délivrés des plaies qui menacent notre santé et notre existence. Parce que le chien nous a rendu des services aussi signalés par le passé, nous nous adressons à lui en espérant d'autres bienfaits.

William James a écrit, au sujet du chien de laboratoire, ces lignes qui témoignent d'un sentiment élevé: « Si son pauvre cerveau pouvait seulement saisir pour un instant l'intention de son maître, tout ce qu'il a en lui d'héroïsme se soumettrait généreusement! » C'est à nous qui pouvons comprendre les immenses bienfaits qui peuvent résulter de ces intentions, de rendre hommage au chien grâce à qui nous pouvons les mettre en pratique.

UN CAS DE MYOPIE RÉGRESSIVE [1]

Par **Emile BLAIN,**
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Les auteurs récents prétendent que la myopie doit être considérée comme un phénomène biologique, en même temps que pathologique; que c'est un syndrome à étiologie complexe; et qu'en somme, c'est la résultante d'une maladie des membranes profondes de l'œil, surtout du segment postérieur.

Ils disent encore que dans cette affection, c'est le fond de l'œil beaucoup plus que la réfraction, qui entre en ligne de compte dans la classification et le diagnostic. Ils semblent d'opinion unanime, que la myopie dite progressive en est une qui est produite par l'allongement ou la distension de la sclérotique postérieure; et que la myopie appelée stationnaire en est une qui affecte plutôt les courbures transparentes de l'œil.

Les traités contemporains s'accordent à dire qu'à la naissance, l'hypermétropie domine; qu'avec le temps, l'organe en se développant, élimine son défaut primitif pour devenir emmétrope; et que la myopie n'est finalement que le résultat d'un processus de croissance, qui ne s'arrête pas à temps.

Je veux vous présenter un cas de myopie, que j'ai intitulée régressive, faute de meilleure appellation. Il n'a qu'un intérêt académique, en ce sens qu'il vient en contradiction avec à peu près toutes les données scientifiques courantes. C'est un divertissement qu'on peut se permettre, en petit comité, quitte à prétexter l'avancement de l'ophtalmologie, pour se disculper de mettre en si mauvaise posture les auteurs sérieux.

Observation.

Une demoiselle de 14 ans consulte un oculiste en 1936. Elle se plaint alors, de céphalée, de mauvaise vision à distance, et de fatigue oculaire qui rend bien difficile, son application en classe. Elle fait aussi mention d'autres symptômes généraux, apparemment d'origine glandulaire.

Une réfraction, faite sous atropine, révèle alors une myopie bilatérale de — 2.00; et l'examen du fond d'œil n'accuse rien autre, qu'un petit croissant myopique temporal. Une correction de — 2.00, pour chaque œil, lui donne une acuité de 20/20, et elle est dirigée chez un médecin, pour plus ample examen.

En juin 1938, la jeune fille demande une autre vérification de sa vue. Ses verres ne lui permettent plus que 20/40 d'acuité, et pour remonter sa vision à 20/20, il faut lui prescrire pour chaque œil, un minimum de — 3.50. Son fond d'œil ne laisse voir rien de spécial, sauf les constatations faites au premier examen. L'état général de la patiente est meilleur qu'il y a deux ans.

En décembre 1940, la jeune cliente accuse des troubles visuels marqués, qui la conduisent chez un optométriste, et celui-ci nous la réfère. Elle vient à la consultation en janvier 1941, et un examen aussi attentif que possible, nous met en face du tableau suivant:

Œil droit: 2/3 d'acuité, avec — 3.50, non améliorable.

Œil gauche: la skiascopie nous montre une hypermétropie franche de + 2.50, sous homatropine; une sphère de + 1.50 porte l'acuité à 1/10. Sans correction, la vision est égale à 0, et un verre de — 3.50 donne une acuité nulle.

1. Travail présenté à la réunion de l'« Association des Ophtalmologistes canadiens-français », tenue à Québec, le 11 octobre 1941.

La santé de la patiente est très satisfaisante. Un questionnaire assez serré n'aboutit à rien, pas même à faire découvrir le plus petit traumatisme; les milieux transparents semblent normaux, à l'œil et à la lampe-à-fente; la tension est bonne et les recherches de laboratoire sont négatives.

Après bien des hésitations, nous prescrivons à l'œil incriminé, une shpère de + 1.50, nous attendant à n'importe quoi, par la suite...

Mais à notre grande surprise, la patiente, revue 60 jours plus tard, affiche dans cet œil, une acuité de 20/100; ne se plaint pas de diplopie; et semble avoir, malgré tout, un certain degré de vision binoculaire.

En juin dernier, la vision de l'œil gauche était montée à 20/50, sans qu'il ne se soit produit aucune modification dans l'œil droit. Mais, la patiente accusait de l'alternance de la vision, et la binocularité était disparue.

Je n'ai pas revu la jeune dame depuis. On me dit qu'elle habite maintenant Québec; et il est fort probable qu'un de nos amis de la capitale, la retrouve à son bureau, un de ces jours.

*
* *

N'est-ce pas que cette myopie, un moment progressive, et se transformant d'un côté, en une hypermétropie subséquente, améliorable, vient un peu à l'encontre de nos théories? Il ne s'agit ici, ni de spasme de l'accomodation, ni d'intoxication diabétique ou médicamenteuse, ni de troubles endocriniens importants. Vraiment, je ne cherche pas à vous en donner la moindre explication. Je soumets simplement le problème à votre curiosité. C'est une perle pathologique qui ferait bien dans un musée, ou mieux encore, dans un récit à sensations, genre Arsène Lupin, qu'on pourrait appeler: « L'œil qui se métamorphose... »

LA CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE CHEZ L'ENFANT [1]

Par **Christophe BISSON,**
Chirurgien de l'hôpital Sainte-Justine (Montréal).

Observation.

Le 26 août 1941, était admise à Sainte-Justine, une fillette de 9 ans, (dossier n° 77-805), avec l'histoire suivante.

Une semaine avant son admission, l'enfant a présenté une crise abdominale avec vomissements. Ces symptômes durèrent trois à quatre jours et s'atténuèrent graduellement à tel point que l'avant-veille de l'admission, la journée fut des plus normales au dire des parents.

La veille de son entrée à l'hôpital, la patiente commence à vomir, (sept vomissements de nature imprécise), se plaint de douleurs abdominales non localisées, douleurs qui l'empêchent de dormir. De plus, elle souffre de constipation modérée et elle n'a jamais présenté aucune modification des selles. Dans son passé, cette fillette n'a été atteinte par aucune maladie grave, elle n'est pas encore menstruée et n'a pas uriné de sang depuis le début de la maladie actuelle.

A son arrivée, la température est de 99.1 et le pouls de 76. Nous la voyons trois heures plus tard; à ce moment, la température est de 101.3 et le pouls de 112. Les urines contiennent des traces de glucose et de leucocytes. La formule sanguine est la suivante:

gl. rouges:	5,000,000
gl. blancs:	24,400
hém.:	90%
va. gl.:	0.9%
poly.:	90%
lym.:	8%

L'inspection nous met en présence d'un enfant couchée, les genoux fléchis et ayant de fréquentes nausées. La coloration des téguments et des conjonctives semble normale. L'examen ne révèle rien de particulier au niveau de la gorge et des poumons. La palpation de l'abdomen réveille une douleur vive au niveau de tout l'hémi-abdomen droit avec maximum à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs. Il y a contracture des muscles de cette région. Le toucher rectal est négatif.

Devant cet ensemble de symptômes, nous posons le diagnostic d'abcès sous-hépatique d'origine probablement appendiculaire et nous décidons d'intervenir à l'instant. Laparatomie para-médiane droite haute.

A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons un appendice entouré d'un tissu d'organisation comme l'on en rencontre dans les lésions anciennes de cet organe: appendicectomie.

A l'exploration, nous trouvons une vésicule biliaire surdistendue, rénitente qui ne se vide pas à la pression. Nous ponctionnons cette vésicule et nous retirons environ 25 c.c. d'une bile plutôt fluide. La palpation à travers les parois affaissées de la vésicule nous permet de constater qu'il y a des petits calculs. Nous en retirons quatre dont la grosseur varie entre un grain de café à celui d'un pois. Nous abouchons la vésicule à la paroi: fermeture et drainage.

L'évolution post-opératoire est des plus normales. Dès le deuxième jour après l'opération, la température est tombée à 99° et depuis lors n'a jamais dépassé 99.4. Le troisième jour après l'opération, la glycémie donne 1 gramme 90 et le 3 novembre les urines ne contenaient aucune trace de sucre.

L'examen histologique de l'appendice donne le rapport suivant: « appendicite ayant suppuré avec petit abcès folliculaire en organisation et de date relativement ancienne. »

Aujourd'hui la fistule est presque fermée.

En vous présentant cette histoire incomplète, je me propose les trois buts suivants:

1. *attirer votre attention sur une maladie ignorée pendant fort longtemps et qui, à mon sens, serait plus fréquente si on la recherchait plus souvent;*

1. Travail présenté à la Société de Chirurgie, le 12 novembre 1941.

2. *montrer la difficulté de diagnostic pré-opératoire;*

3. *enfin, le diagnostic au cours de l'acte opératoire n'est pas chose facile.*

I. Je viens de dire « maladie ignorée pendant fort longtemps », en effet, les anciens manuels considéraient cette affection plutôt comme une curiosité et n'y attachaient que peu d'importance. Ainsi, Pfaundler et Schlossman, dans leur traité de « *Diseases of Children* » qui comprend 5 volumes de 575 pages, consacrent une demi page sur les maladies du système biliaire.

Babonneix et Nobécourt, dans un traité similaire, ne rapportent que des cas de lithiase congénitale découverte fortuitement à l'autopsie et dont la formation intra-utérine serait due à une strésie des voies biliaires, laquelle aurait entraîné une stase biliaire et la formation de calculs à base de mucine et de biliverdine.

Evidemment il ne faut pas exagérer et il est fort certain que la lithiase biliaire n'est pas aussi commune chez l'enfant que chez l'adulte, mais les communications étant de plus en plus nombreuses sur le sujet, (à date, 456 cas de maladies de la vésicule sont rapportés) je me demande si la chirurgie biliaire infantile n'est pas de plusieurs années en arrière sur les symptômes. Ainsi, si l'on faisait des histoires fouillées chez les jeunes adultes atteints de cette affection, je ne serais pas surpris de constater que leurs premiers symptômes remontent à l'enfance.

II. Maintenant aurions-nous pu faire le diagnostic pré-opératoire dans le cas présent? Tout d'abord, il faut se rappeler le grand principe de chirurgie infantile: lorsque l'on se trouve en présence des symptômes suivants: douleurs abdominales, nausées, vomissements, température, hyperleucocytose, etc., il s'agit toujours *d'appendicite* jusqu'à preuve du contraire.

L'examen clinique minutieux avait éliminé la *pneumonie* et la réaction lymphoïde à distance due à une *amygdalite*. Les *orifices herniaires* étaient normaux et l'on pouvait éliminer les différentes variétés de péritonite: *péritonite à gonocoques* (il n'y avait pas de vulvite), *péritonite à streptocoques* (il n'y avait pas d'histoire de scarlatine), *péritonite à pneumocoques* (aucune infection rhino-pharyngée ni abcès bleuté de la région ombilicale). Il en était de même pour ce qui regarde le *volvulus* et *l'invagination* (pas de signes d'occlusion, pas de douleurs intermittentes, pas d'aspect spécial de l'abdomen, pas d'émissions sanglantes par l'anus).

Le système urinaire pouvait-il être mis en cause? A vrai dire, la *pyélonéphrite* aiguë pouvait être éliminée facilement à cause de la température peu élevée que présentait la patiente et l'absence de douleurs aux fosses rénales. Toute *anomalie de l'uretère droit* par vaisseau aberrant ainsi que la *lithiase rénale* n'auraient pu être incriminées en raison de la localisation de la douleur, de la leucocytose élevée et de l'absence de sang dans les urines.

Enfin, il fallait éliminer le système biliaire. Du fait que notre patiente ne présentait pas d'ictère nous pouvions retrancher toutes les causes d'obstruction telles que:

a) *L'atrésie congénitale des canaux biliaires* qui se rencontre dans les trois premiers mois de la vie et qui se manifeste par un ictère et une décoloration des selles depuis la naissance.

b) L'obstruction des canaux biliaires par bouchons muqueux, affection plutôt rare qui se différencie de la précédente par l'intermittence des signes d'obstruction.

c) La compression par ganglions qui amène une dilatation des voies biliaires.

d) Le calcul du cholédoque.

Mais il restait à songer aux calculs de la vésicule. Pour nous y aider, résumons les notions qui sont connues à date:

1. Chez l'enfant, la douleur ne s'irradie pas à la région scapulaire comme chez l'adulte.

2. Les calculs ne produisent jamais d'obstruction complète, c'est pourquoi il n'y a pas de selles blanches.

3. Brennemann prétend que 50% des enfants porteurs de calculs biliaires font de la jaunisse, jaunisse qui n'est pas due à l'obstruction mais à l'inflammation ou au spasme des conduits

biliaires. Toujours selon le même auteur, le diagnostic serait impossible si le malade n'affiche pas d'ictère.

4. Selon Ladd. de Boston, la cause de la lithiase chez l'enfant serait la production excessive de pigments au cours d'une anémie hémolytique; c'est pourquoi il faudrait traiter non seulement la lithiase mais aussi la cause qui résulte en un désordre sanguin. Ainsi donc, il faudrait d'abord pratiquer une splénectomie pour empêcher la formation de nouveaux calculs et dans un second temps pratiquer une cholécystostomie ou une cholécystectomie.

Si l'on se rapporte à la formule sanguine de notre malade, on n'y trouve aucune modification pouvant faire croire à une anémie hémolytique.

Nous croyons donc qu'il était fort difficile de poser un diagnostic avant l'opération.

III. En terminant, j'aimerais à souligner que la conduite à tenir au cours de l'acte opératoire n'est guère plus facile.

Tout d'abord, l'exploration doit être minutieuse afin de déceler toute anomalie congénitale. L'erreur la plus facile à commettre serait de confondre une dilatation idiopathique du cholédoque avec une distension vésiculaire, alors que la vésicule elle-même est toute petite et enlisée dans le tissu hépatique. Ces dilatations du cholédoque peuvent être de toutes dimensions jusqu'au point d'atteindre le volume d'une tête d'enfant avec contenu d'un à deux litres.

Par ailleurs, il faudrait savoir quand l'on doit considérer une vésicule d'enfant comme normale, et quand on doit dire qu'elle est légèrement dilatée.

Enfin, lorsque l'on se trouve en présence d'une vésicule franchement dilatée, doit-on impunément ponctionner celle-ci pour s'assurer s'il n'y a pas un ou des calculs indécelables à la palpation? Si la vésicule n'en contient pas, doit-on simplement enfouir la zone ponctionnée ou faire une cholécystostomie en posant un diagnostic peu satisfaisant de distension vésiculaire aiguë d'origine X?

Voilà autant de questions que le chirurgien doit solutionner au cours de l'acte opératoire.

A mon sens, aucune ligne de conduite adéquate ne pourra être formulée tant que nous n'aurons pas à notre portée l'expérience et les connaissances nouvelles pour nous conduire, d'abord à un diagnostic pré-opératoire et ensuite à une thérapeutique sûre.

BIBLIOGRAPHIE

1. BRENNEMANN: *Practice of Pediatrics.* Vol. III, chap. II.
2. FEVRE: *Chirurgie infantile d'urgence.* 1933.
3. LADD et GROSS: *Abdominal surgery of infancy and childhood.* 1941.
4. NOBECOURT et BABONNEIX: *Traité de médecine des enfants.* 1934.
5. OMBREDANNE: *Précis de chirurgie infantile,* 1923.
6. PFAUNDLER et SCHLOSSMANN: *The diseases of children.* 1937.
7. POTTER: « Gall bladder disease in young subjects. » *Surg. Gyn. and Obst.,* **47**: 795, 1928.
8. POTTER: « Biliary disease in young subjects. » *Surg., Gyn. and Obst.,* **66**: 604, 1938.

REVUE GÉNÉRALE

ANESTHÉSIE RACHIDIENNE [1]

Par **Raymond-E. SENECAL,**
New Bedford (Massachusetts).

Dans le court temps qui nous est assigné pour discuter un sujet aussi étendu, il nous faut nécessairement limiter nos faits. Nous nous en tiendrons donc aux points les plus saillants et pratiques.

L'anesthésie spinale ou l'anesthésie sous-arachnoïdienne est l'insensibilité d'une région du corps produite par l'injection de substances anesthésiques locales dans l'espace sous-arachnoïdien spinal. Les racines sensorielles sont anesthésiées là où elles se rencontrent dans le canal rachidien.

L'historique et la physiologie de ce sujet pratique sont intentionnellement omis de notre discussion qui s'en tiendra à l'aspect clinique que nous baserons sur nos quatorze années d'expérience.

Les produits dont on fait usage le plus communément sont la néocaïne, la novocaïne, la pontocaïne, la nupercaïne et la scurocaïne. Celui que nous avons adopté est la scurocaïne. Ainsi que ceux mentionnés précédemment, c'est un des dérivés de la pontocaïne, et il fait de cette dernière son principal constituant. Nous avons restreint son usage à des cas inférieurs au diaphragme et ses effets ont toujours été uniformes et satisfaisants, de sorte que nous n'avons jamais eu de motif ou de tentation de changer de produit. Si l'on s'en tient aux lois de l'anesthésie spinale, sa technique devient très précise. Avant de se servir de cette forme d'anesthésie, dont le Dr Frank Lahey a dit: « C'est le plus grand pas en avant de la chirurgie moderne dans les cas aigus de l'abdomen », on doit respecter les règles cardinales suivantes: d'abord, l'observation personnelle; puis une préparation sérieuse; une connaissance des dangers à courir; l'adaptation de routines pour anticiper ou surmonter ces écueils, et, à toute heure, des assistants compétents qui sont au courant des moyens de sûreté à prendre. Dans des cas d'urgence où il n'a pas été possible de préparer de longue main nos patients, la tâche devient plus exigeante; mais dans les cas de patients admis le jour précédent et bien préparés, il arrive très souvent qu'ils ne se rendent pas compte de la fin de l'opération avant le moment de réintégrer le lit.

En administrant l'anesthésie spinale, nous ne nous en tenons à aucune posture déterminée. Il s'agit plutôt de permettre aux circonstances de dicter si elle doit être verticale ou l'une ou l'autre des latérales. Dans la plupart de nos cas, cependant, nous faisons l'injection dans la position verticale. Le dos du patient est courbé par l'assistant qui place son bras autour de la tête du malade et qui, en pressant les bras croisés du patient contre son abdomen, agrandit les espaces entre les vertèbres (1). Le site de l'injection est marqué avec l'ongle du pouce gauche et l'aiguille est introduite sans anesthésie préalable. Convaincus que nous sommes, qu'il vaut mieux prévenir les complications que de les traiter, nous appliquons, à partir de ce point jusqu'à six heures après opération, une série de moyens prophylactiques, afin d'empêcher les complications (2). L'aiguille dont on se sert pour l'injection spinale est du plus fin calibre qui puisse s'obtenir. Cela empêche le suintement du liquide céphalo-rachidien et prévient le mal de tête subséquent. On ne retire aucun liquide au moment de l'injection. Si l'on désire un effet plus fort et plus durable, on recourt au barbotage. Dans l'anesthésie spinale, le principe physiologique fondamental repose sur des dérangements cir-

1. Conférence donnée au sixième Congrès annuel de l'Association Médicale Franco-Américaine, à Boston (Massachusetts), le 1er octobre 1941.

culatoires et des tentatives d'amoindrir par la posture la précipitation de tels dérangements; il est donc impérieux de placer le patient dans la position Trendelenburg immédiatement après l'injection (3). Ce point de technique qui peut prévenir l'anémie du cerveau est, de tous les aides, le facteur par excellence pour empêcher la dépression circulatoire et l'on devrait s'en servir pendant au moins trois heures. Nous gardons toujours le pied du lit élevé durant 6 heures après l'opération. Dans chaque cas, le patient reçoit dans les cuisses 1,000 c.c. de solution saline par voie sous-cutanée et, dans la majeure partie des cas, nous donnons en plus du glycose intraveineux (1,000 c.c. ou plus). Nous injectons toujours immédiatement une ampoule de Coramine. L'oxygène est à la main pour prévenir les nausées. La tâche est alors remise entre les mains d'un assistant compétent qui distrait et surveille le patient. Nous sommes d'avis que ce n'est qu'à ce moment qu'il est sage de commencer l'opération.

Nous avons préféré cette forme d'anesthésie chez tous les types de patients pour les opérations en bas du diaphragme. Elle est indiquée spécifiquement là où d'autres formes d'anesthésie seraient contre-indiquées, comme dans les cas de maladies pulmonaires: bronchites, bronchectasies, emphysème, tuberculose, asthme, diabète; d'affections rénales; de chirurgie trans-urétrale; de hernie étranglée et de chirurgie pour syndrome abdominal aigu; en obstétrique, particulièrement dans l'opération césarienne, excepté dans le cas peu commun de tension artérielle diminuée qui s'accompagne de résistance généralement réduite (4).

Cette anesthésie est contre-indiquée chez les patients dont la tension artérielle est de l'un ou de l'autre extrême; et dans les cas de syphilis cérébro-spinale; chez les patients rendus débiles par l'hémorragie ou par un choc traumatique; chez les patients affectés de cachexie cancéreuse; chez ceux où il y a tendance à la méningite, ou chez ceux où cette dernière est développée; en présence d'infection au site de l'injection (5). Il y a aussi contre-indication dans les cas de difformité de la colonne vertébrale, d'anémie sévère, de néoplasme du cerveau ou de la moelle. Si jamais l'on s'en sert chez de tels patients, la dose doit être bien moindre que celle donnée aux personnes jeunes et robustes.

Les avantages pour le patient et le chirurgien sont innombrables. La technique est plus facile, le risque est moindre, le repos de l'abdomen est absolu (silence abdominal). La détente musculaire est complète, il y a aussi une stimulation péristaltique désirable (6). Les lésions ou complications anesthésiques sont simples. Cette forme d'anesthésie réduit le temps de l'opération de 30% ou plus. Elle diminue les complications pulmonaires et rénales, elle rend moins grave le choc chirurgical.

Cette anesthésie décroît la mortalité et la morbidité. Elle empêche l'éruption des anses intestinales par la plaie opératoire, on se sert de moins d'éponges, il y a moins de tractions sur les viscères et moins d'adhérences subséquentes (7). Elle raccourcit la convalescence et le séjour à l'hôpital.

Il y a peu de désavantages. La durée de l'effet est incertaine; il peut cesser avant que l'opération ne soit complétée. Il y a également incertitude quant à la dose exacte nécessaire pour produire l'effet voulu dans un cas donné (8). Le chirurgien ne peut se prononcer absolument sur les conséquences de l'injection. Si l'effet de cette dernière est malencontreux chez des individus nerveux, il ne peut être maîtrisé dans les cas de douleur psychique, de nausées et d'autres dérangements.

Il faut aussi songer à la blessure possible et à l'irritation de la moelle et de la racine des nerfs (9). Ces inconvénients sont toutefois rares et l'expérience nous apprend à les surmonter presque complètement. Dans notre série d'environ 3,000 cas, dont plus de 100 chez des enfants, nous sommes sûrs que bien des opérations n'auraient pas réussi avec d'autres méthodes d'anesthésie. Nous en avons fait usage avec de bons résultats chez un enfant de trois mois pour une hernie étranglée; ainsi que chez une femme de 77 ans souffrant du même mal. L'anesthésie spinale a sauvé un garçon de

trois ans qui était moribond et souffrait d'une pneumonie lobaire compliquée de péritonite causée par un appendice perforé. Une primipare, âgée de 32 ans, rendue à terme et souffrant d'une thrombose cérébrale, d'un œdème pulmonaire et d'hypertension artérielle subit avec succès une opération césarienne au moyen de cette forme d'anesthésie. W. E. Studdiford (10) mentionne quatre cas d'iléus paralytique qui furent traités avec succès par cette anesthésie. Dans « l'abdomen aigu », surtout s'il y a un état toxique prononcé, elle est incomparable.

Dans les cas d'iléite terminale, d'obstruction causée par le néoplasme, dans les cas de grossesse extra-utérine non avancée, de cholécystite suppurée, ce type d'anesthésie rend grand service. Les abcès péri-néphrétiques, les amputations, les calculs rénaux, la prostatite, toutes ces affections s'opèrent plus facilement par l'anesthésie spinale qui offre un grand champ d'actions. Si un chirurgien doit ajouter ce mode d'anesthésie à son arsenal et s'en servir avec sûreté, il lui faut se familiariser avec la drogue qu'il choisit, prendre la responsabilité de la technique, posséder des connaissances complètes pouvant faire face à toute situation d'urgence et comprendre toutes les contre-indications (11). Si l'on en fait usage rationnellement, nous croyons que c'est l'anesthésie la plus sûre.

Conclusions

(a) Le chirurgien doit prendre la responsabilité de l'anesthésie.

(b) Le patient doit être bien calme (la drogue choisie doit être sûre et toutes ses propriétés physiologiques scrupuleusement étudiées).

(c) Il faut se servir d'une technique définie, connaître la dose exacte en rapport avec l'âge, le poids et le liquide céphalo-rachidien.

(d) Prévenir les complications en prenant, comme routine, des mesures prophylactiques et en utilisant tous les moyens de sûreté.

(e) Avoir une expérience illimitée, acquise par une connaissance complète de toutes les indications et les contre-indications.

(f) 12 « In choosing an anesthetic the dominant consideration must be the safety of the patient, not for the anesthesia alone but for the complete cycle of anesthesia, operation and convalescence. »

BIBLIOGRAPHIE

1. MANDEL et WEINSTEIN: « One thousand cases of spinal anesthesia. » *Medical Journal and Record,* **1**: 7 (1 juin) 1932.
2. Gerald H. PRATT: « The safety factor in spinal anesthesia. » *Surgery, Gynecology and Obstetrics,* **64**: 695 (mars) 1937.
3. Gaston LABAT: « Elimination of dangers of spinal anesthesia. » Published by *Anglo-French Drug Co. (USD) Inc.,* 1270 Broadway, N. Y.
4. George H. VEHRS: *Spinal anesthesia. Technique and clinical application.* Text Book Published by the C. V. Mosby Co. St. Louis, Mo. **1**: 110; 1934.
5. Earl GARSIDE: « Some observations on spinal anesthesia. » *Medical Journal and Record,* 1930. **1**: 563 (4 juin) 1939.
6. Richard B. STOUT: « Spinal anesthesia, volume control and blood pressure control. » Abstract of original article published in *Wisconsin Medical Journal and American Journal of Surgery.*
7. Daniel A. ORTH: « Spinal anesthesia. » *American Journal of Surgery,* Jan. 1925, p. 39.
8. Arnold S. JACKSON: « Spinal anesthesia in major surgery. » *Medical Journal and Record,* **1**: 573 (1 juin) 1939.
9. Harry KOSTER et MORRIS: « Complications of spinal anesthesia. » *The American Journal of Surgery,* **8**: 1176 (juin) 1930.
10. W. E. STUDDIFORD, cité par George T. Spencer: « Spinal anesthesia in paralytic ileus. » *Medical Journal and Record,* **1**: 572 (4 juin) 1930.
11. Daniel H. BESSESEN: « Safety of spinal anesthesia. » *Medical Journal and Record,* **1**: 567 (4 juin) 1930.
12. L. F. SISE et P. O. WOODBRIDGE (Lahey Clinic, Boston, Mass.): « Choice of anesthesia. » *New England Journal of Medicine,* **201**: 506 (12 septembre) 1929.

ARTHRITES SUPPURÉES NON TRAUMATIQUES [1]

Par **Jean TREMBLAY,**
Chirurgien de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Dans un sujet aussi vaste que celui des arthrites infectieuses, il faut nécessairement poser des jalons et fixer des bornes.

Ce sujet où une classification n'est pas encore établie, où les dénominations ne sont pas exactes, ce que les Français appellent arthroses, les Américains l'appellent « arthritis of low grade infections », d'autres les appellent arthrites déformantes.

Un point aussi très important, c'est celui du traitement des arthrites dans ce vaste champ qu'est cette question controversée.

Il y a à peine cinq ans, cette question était rangée parmi les sujets cliniques dont le traitement était depuis assez longtemps défini: immobilisation, plâtre, vaccins, interventions chirurgicales — l'arthrite était du ressort chirurgical, c'est-à-dire, manipulations et interventions. Mais depuis l'apparition des sulfamidés, la question s'est transformée en une question médico-chirurgicale, où de plus en plus le médicament obtient des guérisons qui sont rapportées dans tous les coins du globe et où, de plus en plus, le bistouri reste en suspens et fait place à l'expectative armée. C'est donc aujourd'hui et à bien des points de vue une question difficile à traiter que celle des arthrites infectieuses.

Voyons la classification pour éliminer certaines formes:

Voici la dernière classification de certains auteurs américains:

1. Arthrites aiguës;
2. Arthrites déformantes (*Low grade infections.*);
3. Arthrites par dyscrasie sanguine;
4. Arthrites néoplasiques;
5. Anomalies congénitales.

Voici une autre classification plus simple de Pemberton:

Les arthrites vraies, celles où il se produit un changement pathologique dans les articulations sont de deux sortes:

1. Arthrites atrophiques: proliférations articulaires.
2. Arthrites hypertrophiques: ostéo-arthrites dégénératives.
3. Mixtes: une combinaison des deux.
4. Autres classes: gonocoque, pneumocoque, staphylocoque, streptocoque, T. B., traumatique, goutte chimique, scorbutique, hémophilique, neurogène, fièvre rhumatismale, arthralgie de la ménopause.

Ces classifications montrent l'étendue et la complexité du sujet.

Notre intention n'est pas de vous amener dans les dédales de toute cette pathologie, aussi bornerons-nous notre sujet à la question des *arthrites infectieuses* appelées par Huet, *arthrites suppurées non traumatiques.* Ainsi nous éliminerons toutes les arthrites à « low grade infections », arthrites déformantes, tuberculeuses ou syphilitiques.

Il faut définir notre point de vue. L'arthrite aiguë suppurée non traumatique est caractérisée par la présence de pus vrai dans l'articulation. Nous éliminons les arthrites à épanchement puriforme aseptique.

Le pus est constitué par un liquide. Le sérum du pus contient en suspension et laisse déposer par décantation des leucocytes, particulièrement des polynucléaires, plus ou moins gravement altérés et des microbes de quantité et de race variable suivant l'infection considérée et plus ou moins facile à mettre en évidence. (Huet.) Nous devons donc comprendre dans ce cadre ainsi défini, les arthrites à épan-

---

1. Communication au 6e Congrès annuel de l'*Association médicale franco-américaine,* Boston, 1er octobre 1941.

chement louche, où des germes existent à l'état vivant (arthrite streptococcique), certaines arthrites à anaérobis, les arthrites gonococciques, tandis qu'inversement certaines arthrites à épanchement purulent aseptique telles les arthrites de certaines maladies infectieuses, les arthropathies tabétiques, doivent en être distraites.

Il faut comprendre que toutes ces arthrites n'auront pas la même allure clinique ni la même évolution: c'est affaire de microbes, de virulence du germe, du caractère massif de l'inoculation et de résistance de l'organisme.

Etiologie générale

En dehors des infections articulaires par traumatisme et plaie « in situ », les causes des arthrites suppurées sont de deux ordres: les causes chirurgicales et les causes médicales.

I. *Les causes chirurgicales*: infetions du voisinage.

A) La synoviale articulaire et ses relations avec:

1. Les bourses séreuses qui communiquent plus ou moins avec l'articulation.
2. Le réseau lymphatique profond du membre.
3. Les gaines synoviales des tendons péri-articulaires.

Il s'ensuit qu'une infection du voisinage (bursite, téno-synovite, lymphangite, phlegmon) constitue une cause importante de l'infection articulaire.

B) *L'ostéomyélite* chez l'enfant et l'adolescent constitue la cause la plus fréquente de l'infection articulaire.

L'ostéomyélite est épiphysaire chez le nourrisson, de sorte que l'articulation est envahie d'emblée. Chez l'adolescent, elle atteint le bulbe de l'os, perfore le cartilage ou monte par les lymphatiques pour inoculer l'articulation.

II. *Causes médicales.*

Toutes les infections graves, toutes les septicémies, toutes les maladies infectieuses peuvent avoir des répercussions articulaires. Les déterminations articulaires sont diverses: rhumatisme infectieux, arthrites puriformes septiques ou aseptiques.

Streptococies d'origine chirurgicale, médicale, obstétricale: angine, endocardite, maladie éruptive.

Staphylococies: furonculose, panaris, ostéomyélite.

Pneumococies; colibacilloses: pyélonéphrite, typhoïde, scarlatine, variole.

Enfin la blennorragie que nous traiterons plus tard.

*
* *

Les arthrites aiguës suppurées se présentent, selon Payer sous les formes suivantes:

1. L'empyème articulaire.
2. Le phlegmon capsulaire.
3. L'ostéo-arthrite et les formes compliquées de fusées purulentes péri-articulaires.

L'empyème répond aux formes purement synoviales: épanchement abondant, lésions discrètes et superficielles de la synovicale. Il n'intéresse ni la couche celluleuse, ni les muscles, ni les ligaments. Cette forme est susceptible d'une excellente récupération.

Le phlegmon capsulaire est une forme grave de l'infection, l'infection n'est plus limitée à la cavité articulaire; dans la couche celluleuse et dans la capsule se sont constituées des œdèmes, des thromboses vasculaires, voire des abcès véritables. Cette forme est susceptible de guérir par sclérose massive.

Les ostéo-arthrites, primitives ou secondaires, présentent des ulcérations de cartilages avec souvent atteinte des os.

Quant aux fusées purulentes, c'est l'effondrement de la capsule par le pus qui suit les projections tendineuses et s'infiltre dans les gaines.

*
* *

Quant aux symptômes, ils sont variables suivant l'intensité de l'affection et la résistance du sujet. Le malade attire l'attention sur l'articulation douloureuse; la douleur existe toujours, la température et l'état général se modifient selon les formes.

Dans l'empyème articulaire, il n'y a pas d'infiltration péri-articulaire; l'épanchement distend plus ou moins la capsule. Le membre se place dans la position la plus confortable donnant à la synoviale sa capacité maxima (position de Bonnet). La mobilisation du membre, active et passive, est possible, la douleur est tolérable, la température modérée et l'état général satisfaisant.

Dans le phlegmon capsulaire, forme plus grave, le malade a l'aspect d'un grand infecté: la température est élevée, le pouls est rapide, frissons et sueurs. Les urines sont rares et contiennent de l'albumine. L'infiltration s'étend aux tissus périarticulaires. La mobilisation est impossible, elle arrache des cris au malade; douleur à la pression; les os eux-mêmes sont douloureux.

Dans l'ostéo-arthrite, en général, ce sont des formes qui évoluent depuis longtemps, où l'on note des ulcérations de cartilages, des pincements articulaires avec des frottements et des craquements articulaires. Dans les cas avec fusées purulentes, il ne faut pas attendre les grands décollements ou les fistules à la peau.

L'évolution de ces diverses formes d'arthrites aiguës nous conduira vers la guérison avec en général un bon résultat fonctionnel dans l'empyème.

Le phlegmon capsulaire guérit en laissant derrière lui une raideur et souvent une ankylose. Les formes avec ostéo-arthrite ankylosent fatalement. Les formes avec fusées purulentes et les formes septicémiques se terminent très souvent par la mort. Au cours de route, notons les complications qui sont: les fusées purulentes, les lymphangites profondes, les adénopathies suppurées et dans les cas où les ligaments sont disparus, les luxations pathologiques.

*
* *

Le diagnostic n'est pas toujours facile à faire, car il faut éliminer le rhumatisme articulaire aigu, les tuberculoses aiguës, l'arthopathie tabétique.

La ponction exploratrice et la recherche microbienne est d'un grand secours.

La ponction de l'articulation est d'un grand secours et l'on ne doit jamais sous prétexte de danger s'en passer, avec une stricte asepsie. Elle évitera souvent des interventions excessives.

La radiographie doit toujours être faite pour aider le diagnostic et se rendre compte des lésions d'ostéo-arthrite.

*
* *

Dans l'arthrite aiguë suppurée les traitements sont multiples et variés, il ont aussi donné, les uns comme les autres, de bons et mauvais résultats.

Il est certain que l'immobilisation, à condition d'être rigoureuse, agit sur les manifestations inflammatoires des arthrites aiguës.

Le plâtre amène une sédation de la douleur, la fièvre tombe rapidement, l'état général s'améliore, l'appétit et le sommeil reviennent.

L'appareil plâtré, en plus de ces mérites, prévient les attitudes vicieuses et les luxations pathologiques, si l'on a mis le membre en position dite fonctionnelle; aussi si l'ankylose survient elle sera du moins en bonne position.

On a accusé le plâtre de favoriser l'ankylose. Lecène et de nombreux auteurs protestent contre cette affirmation et on peut citer plusieurs cas où l'immobilisation a amené de bons résultats.

Cependant, avec la guerre, en 1916, apparaît une méthode préconisée par Willems, chirurgien aux armées américaines, qui est une technique de mobilisation précoce.

Cette méthode semble abondonnée à l'heure actuelle, car on ne peut obtenir d'aussi bons résultats dans la pratique civile que dans la chirurgie de guerre.

Cette méthode est loin d'être toujours applicable; inutile dans les cas bénins, elle est insuffisante dans les cas graves.

Aujourd'hui, la majorité des auteurs semblent se rallier à la méthode suivante:

A) *Immobilisation* d'abord jusqu'à cessation des phénomènes inflammatoires, puis mobilisation douce, méthodique, surveillée.

B) *Les interventions.*

1. La ponction peut être suffisante dans les cas où le pus est fluide, où il n'y a pas de fausses membranes dans l'articulation, qui rendent l'évacuation impossible.

2. L'arthrotomie-ponction avec le bistouri; c'est l'arthrotomie économique qui assure déjà un meilleur drainage.

3. L'arthrotomie vraie: dans les cas graves, où le pus est épais, où il faut évacuer les fausses membranes.

Il y a des procédés particuliers pour évacuer chaque articulation. L'arthrotomie doit être large et suivie de lavage, souvent de suture immédiate. Il faut éviter les gros drains intra-articulaires qui provoquent des ulcérations cartilagineuses.

4. Résection de drainage. Dans les articulations serrées, si le drainage se fait mal, si l'état général périclite, il faut recourir aux résections ou aux hémi-sections. C'est une arme d'une remarquable efficacité dans les arthrites suppurées graves.

5. Amputations. Il ne faut pas pratiquer les amputations trop tardivement; l'amputation sauve bien des cas, mais dans les septicémies elle est souvent pratiquée trop tard.

C) *Méthodes biologiques.*

La valeur de la vaccinothérapie est problématique. La bactériothérapie est énigmatique; la sérothérapie inactive et abandonnée. Voilà l'opinion résumée de l'école française. Les transfusions, surtout avec du sérum de patients immunisés ont donné de bons résultats, la vitamine C (Preston Robert) a été conseillée.

D) *Chimiothérapie.*

Il sera question de la chimiothérapie dans les arthrites aiguës lorsque nous aborderons la question très importante du traitement de l'arthrite blennorragique.

*
* *

Arthrites gonococciques

Nous nous inspirerons de Mondor « Les arthrites gonococciques » qui dit que les arthrites gonococciques sont souvent méconnues. Leurs porteurs ont reçu sans succès durant des semaines, des doses élevées de salycylate de soude et, faute de traitements utiles, ils nous arrivent partiellement ankylosés, en attitude vicieuse, parfois avec des luxations pathologiques et des déformations squelettiques graves. Et il ajoute: « Le gonocoque fait en quelques semaines ce que le bacille de Koch met quelquefois des années à faire. » L'arthrite gonocoque est grave et nécessite une étude particulière.

Le gonocoque ordinairement est en cause. Cependant, comme nous le verrons, il faut rechercher le gonocoque souvent très loin dans les antécédents des patients qui ont oublié leur uréthrite ou leurs lésions génitales apparemment guéries.

Les organes génitaux constituent la porte d'entrée, mais on peut noter les conjonctives et les rectites. Notons qu'il n'y aura pas de relations entre la gravité de l'arthrite blennorragique et l'écoulement.

Ceux qui coulent abondamment, dont les pertes vaginales sont abondantes, ne présentent pas d'arthrite. D'autres, au contraire, à manifestations urinaires fugaces, au point d'être parfois méconnues sont atteints d'arthrite à forme grave et sévère. C'est que les vésicules séminales chez l'homme, le corps, le col utérin, les trompes chez la femme, constituent des repères presque inexpugnables où le gonocoque persiste longtemps sans manifester sa présence, tout en restant capable, sous des influences peu connues, d'aissaimer vers les articulations.

Le traumatisme est incriminé. Quand ne l'est-il pas? Certains traitements de la blennorragie le sont aussi.

Toutes les articulations, petites ou grandes, peuvent être touchées; genou, hanche, épaule, cou-de-pied.

L'anatomie pathologique nous prête à considérer *la synoviale.* Elle devient hyperhémiée, saignante, charnue; une coque fibreuse remplit les culs-de-sac; les franges baignent dans le pus; puis des logettes se creusent, s'unissant par du tissu fibreux: fibrose qui ankylosera.

Le liquide. En abondance plus ou moins grande, soit filant jaune clair ou louche, séropurulent ou pus franc.

Les cartilages. D'abord ternes, puis ulcération en coups d'ongle. Plus tard, ils se perforent. Le décollement dans les cas graves dénude l'os sur une grande surface, amorçant ainsi l'ankylose osseuse.

Les tissus péri-synoviaux sont aussi atteints dans les formes graves: la capsule est infiltrée avec perte de sa souplesse, les ligaments peuvent s'ossifier. Les altérations ligamenteuses sont la source des luxations pathologiques; l'œdème inflammatoire peut s'étendre aux tendons, aux muscles, aux bourses séreuses.

Les lésions peuvent s'étendre au périoste: périostéose, périostite hypertrophiante, ostéopériostite diaphysaire suppurée.

Etude clinique

L'arthrite gonococcique présente un polymorphisme extraordinaire, mais toutes ses formes présentent les mêmes caractères: ténacité, tendance à la chronicité, à l'ankylose, aux rétractions fibreuses.

Avec Mondor, considérons:

L'arthralgie.

L'hydarthrose.

Les formes aiguës: polyarticulaire rhumatismale;
mono-articulaire;
arthrite suppurée;
formes septicémiques.

Les manifestations péri-articulaires.

Les formes chroniques: plastique ankylosante;
noueuse déformante;
spondylose rhyzomélique;
ostéopériostique diaphyso-épiphysaire.

L'arthralgie caractérisée par les douleurs tolérables, c'est au début la forme pseudo-rhumatismale. L'arthrite avec épanchement est d'une chronicité désespérante.

L'hydarthrose récidive après résorption, elle laisse comme désordre grave, soit la raideur ou la laxité articulaire. La forme polyarthrite rhumatismale se rencontre dans 82% des cas; elle peut évoluer et regresser sans séquelles, mais parfois elle est le prélude de la diffusion gonococcique; mais souvent, c'est une articulation qui subit une atteinte sévère.

Nous arrivons à la véritable arthrite gonococcique qui est *la mono-arthrite phlegmoneuse*: forme essentielle de l'arthrite blennorragique.

Elle débute par la forme pseudo-rhumatismale ou par l'arthralgie simple.

La douleur est d'une violence extrême; il y a gonflement; l'impotence est absolue, la mobilisation est impossible, le moindre mouvement du lit arrache des cris.

La tenacité et la persistance des symptômes sont un caractère essentiel; la tuméfaction s'étend au delà des limites de l'articulation; infiltration œdémateuse de toutes les parties molles.

L'évolution se fera vers:

1) Formes prolongées:
   a) forme rebelle aux médicaments;
   b) forme rebelle aux vaccins, à la sérothérapie;
   c) évolution vers l'ankylose.
2) Formes à rechute: nouvelle blennorragie; récidive;
3) Formes tardives: réveil de l'infection guérie il y a 10 ans; l'arthrite blennorragique.

Les formes septicémiques sont très graves, elles évoluent par accès intermittents. Le gonocoque est décelé dans l'hémoculture. Le plus souvent, le patient présente des métastases cardiaques, des lésions articulaires, formes qui conduisent souvent à la mort.

L'arthrite chronique gonococcique; forme chronique d'emblée.

1. Plastique ankylosante.

2. Noueuse déformante décrite par Fournier, frappant les articulations des doigts, de la main et du pied, le gros orteil. Elle se présente comme une tuméfaction lisse, arrondie, dure sans irrégularité comme les tophi.

3. Arthrite vertébrale. Elle évolue par poussées et étapes successives, ankylosant le rachis, les hanches, les épaules, les articulations temporo-maxillaires, les articulations sternales. Elle se caractérise par la raréfaction osseuse d'une part et la calcification ligamenteuse d'autre part.

4. Formes généralisées, ankylosant successivement toutes les articulations, amenant lentement la mort par carbexie.

L'arthrite blennorragique évolue, soit vers la guérison sans séquelles, ou le plus souvent vers l'ankylose amenant l'atrophie musculaire qui sera un obstacle à la récupération fonctionnelle.

Dans ces conditions, il faut entendre que le pronostic fonctionnel est toujours réservé en raison de la tendance à l'atrophie musculaire, de la tendance à l'ankylose, aux luxations pathologiques, aux attitudes vicieuses.

Le point le plus important est celui du diagnostic, car de ce fait déroule le traitement.

Le diagnostic de l'arthrite blennorragique est très souvent difficile, il se base sur la clinique, le laboratoire et la radiologie.

Par la clinique, il faut s'empêcher de croire au rhumatisme articulaire aigu: question difficile qu'il ne faut pas résoudre à doses répétées de salycylate de soude, car le gonocoque ne présente pas d'arthrite particulière; il peut donner le change et ses formes sont des plus variées. Il faut s'aider du laboratoire et ne pas attendre l'apparition d'une endocardite mortelle.

Le laboratoire par la bactériologie mettra le gonocoque en évidence.

On le recherchera:

1. au niveau des surfaces articulaires, dans le liquide d'épanchement synovial. On a soutenu que le microbe ne vit pas longtemps dans l'épanchement. On le trouve en prenant certaines précautions indispensables, soit par examen direct, soit par culture, soit sur des coupes en se souvenant que le gonocoque meurt rapidement par refroidissement dès sa sortie de l'organisme;

2. au niveau de la porte d'entrée: examiner l'urètre, la vulve, le vagin, les vésicules séminales après massages, la spermoculture; recourir à l'épreuve de la bière. Souvent l'expérience est décevante et ce n'est qu'après des « tests » répétés que l'on trouve le gonocoque rebelle;

3. dans le sang, au cours des septicémies. Epreuves par le vaccin (qui n'est pas encore au point): cette réaction est sans valeur.

4. par la réaction de fixation: la gono-réaction qui est positive dans 82% des cas d'arthrite gonococcique.

Etude radiographique. Elle a une valeur réelle pour délimiter le bilan anatomique des surfaces articulaires. L'appréciation de l'écart des surfaces articulaires par comparaison avec le côté sain renseignera sur l'état des cartilages. Le pincement indique une ulcération, l'élargissement s'observe dans les épanchements.

Les os peuvent présenter de l'ostéoporose: décalcification marginale et diffuse; aspects flous et nuageux.

On pourra voir des exostoses, des hyperostoses, des périostoses. L'interprétation des images radiologiques associée à l'examen clinique et au laboratoire confirmera le diagnostic d'une façon positive.

Traitement

Le traitement de l'arthrite est souvent decevant. Ce traitement varie à l'infini. On peut dire qu'il y a des formes relativement bénignes qui guérissent à peu près seules, ce qui explique le succès de toutes les méthodes. Il y a aussi des formes graves, pseudo-phlegmoneuses, plastiques ankylosantes, destructives, subluxantes dans lesquelles la plupart des traitements ont donné des résultats médiocres.

1) *Traiter d'abord l'urétrite.*
   a) Le traitement de la lésion génitale est la meilleur prophylaxie des lésions articulaires.
   b) Le traitement de la lésion génitale améliore les lésions articulaires.

2) *Traitement local.*
   a) Immobilisation rigoureuse par appareil plâtré appliqué dans les formes mono-articulaires, pseudo-phlegmoneuses, plastiques ankylosantes: formes atrocement douloureuses.

   Si l'on reprend la mobilisation trop tôt, on voit réapparaître les phénomènes septiques ce qui prouve l'efficacité du plâtre; une fois le plâtre réappliqué, l'inflammation et son cortège disparaissent.

   Le plâtre empêche les attitudes vicieuses. Souvent, à la hanche, on doit employer l'extension continue.
   b) Mobilisation. Quelques auteurs la conseillent, mais elle est difficilement réalisable dans les formes douloureuses.
   c) Massage. Il n'est pas à conseiller dans les formes aiguës, mais après refroidissement des lésions, son effet est indiscutable.
   d) Ponction. Elle sert à évacuer l'épanchement hydarthrosique ou purulent, il est évident qu'elle rend de grands services, associée ou non aux lavages articulaires.
   e) La radiothérapie a une action calmante, analgésiante dans l'arthralgie, elle diminue les phénomènes inflammatoires.

3) *Traitement général.*
   a) Auto-bémothérapie et l'auto-sérothérapie semblent avoir fourni de bons résultats.
   b) Protéinothérapie, sous forme de peptone, de lait est une méthode efficace qui sert surtout à renforcer l'effet des vaccins.
   c) Sérothérapie. Le sérum antiméningococcique possède à son crédit de nombreux succès, de multiples échecs aussi.
   d) Sérum anti-gonococcique. Par les injections sous-cutanées et intramusculaires, il donne des résultats inconstants. Par les injections intraveineuses, les résultats sont plus probants, mais le choc est violent; c'est une méthode dangereuse.
   e) Vaccinothérapie. Par voie buccale, elle est sans effet. Par voie sous-cutanée, les résultats sont inconstants.

   Par voie intra-articulaire, elle donne une réaction violente; elle ajoute une sur-infection. Elle constitue une médication à ne multiplier qu'avec prudence.

4) *Traitement chirurgical.*
   Consistant en:
   arthrotomie avec ou sans fermeture immédiate;
   synovectomie;
   résections précoces ou retardées;
   amputations.

L'arthrotomie permet d'évacuer les moules fibrineux. Après le lavage articulaire doit-on suturer immédiatement. Il faut condamner le drainage par tube qui ulcère les cartilages et expose à une infection secondaire. Dans les cas où le pus n'est pas trop épais, on peut suturer immédiatement, quitte à ponctionner les jours suivants. Quand le pus est épais, on laisse tout ouvert et on pratique la méthode de Willems (mobilisation précoce). Les auteurs ne s'entendent pas sur la question de mobilisation précoce post-opératoire. Mondor, Lucien, Huet appliquent des plâtres dans les jours qui suivent l'opération, prétendant que la méthode de Willems ne doit pas être appliquée dans son intégrité.

La synovectomie ne semble plus être pratiquée.

Les résections précoces, dans les articulations serrées; retardées dans les formes avec tendance à l'ankylose en mauvaise position, dans les formes à poussées inflammatoires récidivantes; elles donnent de bons résultats et surtout l'ankylose se fait en bonne position et est solide (ankylose osseuse).

Les amputations sont exceptionnelles, heureusement.

*
* *

CHIMIOTHÉRAPIE DES ARTHRITES AIGUËS

Il nous reste pour terminer à traiter de la question toute récente de la chimiothérapie des arthrites aiguës.

Dans l'arthrite aiguë, il n'y avait que les médicaments de chocs, et dans la blennorragie on y adjoignait avec succès d'ailleurs la gonacrine.

Mais la question est bien remaniée depuis la venue, il y a quelques années à peine, des sulfamidés: protonsyl, sulfanilamide, sulfapyridine, sulfathiazol.

L'action de ces médicaments semble diminuer la douleur, aide à la récupération fonctionnelle, diminue la fièvre; mais retenez le bien: une fois les lésions de périostite constituées, elles ne peuvent plus être supprimées par les médicaments.

Les principes qui guident cette chimiothérapie parfois dangereuse sont définis par Brown (« Canadian Medical Journal », mai 1941):

1) « *Hit quickly* », parce que les microbes se développent vite;
2) « *Hit hard* », pour assurer le maximum de bénéfice;
3) « *Keep on hitting* », parce qu'un arrêt subit prendra l'organisme en défaut. Ceci dans la phase d'incubation.

Dans la phase chronique, si l'on n'obtient pas de résultats avant 72 heures, la chimiothérapie est ineffective soit dans sa qualité, soit dans sa quantité. Il faut alors lui adjoindre autre chose.

Dans les dernières publications de 1939, Robert Preston « *American Journal of Surgery* » discutant le traitement de l'arthrite à staphylocoque ne parle pas de chimiothérapie. Il est en faveur de petites transfusions répétées avec adjonction de vitamines de façon à remonter la résistance du sujet, ainsi que du traitement usuel: ponction et immobilisation.

Cependant depuis l'apparition du sulfathiazol, ce médicament a été employé avec succès dans les arthrites à staphylocoques.

Les arthrites à streptocoques répondent très bien aux sulfamidés. Spink, « *Journal of Medical Science* » écrit: « Les arthrites infectieuses sont souvent causées par des microbes sensibles aux sulfamidés, de sorte que ces médicaments y trouvent leurs indications. »

Souvent on doit combiner le traitement avec la vaccinothérapie et plus avantageusement avec l'auto-vaccin.

Les arthrites gonococciques ont très bien répondues aux sulfamidés, cependant nous croyons que nous devons leur adjoindre l'apport des agents physiques: diathermie, pyréthothérapie.

Le médicament qui en ce moment a le plus de vogue est sans contredit le sulfathiazol; il est très maniable et est peu toxique.

Voici la technique employée par le Dr Lucien Sylvestre de l'hôpital Notre-Dame: sulfathiazol en injections intraveineuse, 6 gms dans 1,500 c.c. de sérum physiologique, 12 hrs avant la séance de pyrétothérapie.

Une autre injection est donnée immédiatement avant l'entrée du sujet dans l'appareil. La température est portée à 106° Far. durant 6 à 7 heures. La concentration sanguine en sulfathiazol est portée à 8 ou 9 milligrammes par 100 c.c. de sang. Ce traitement est d'une durée d'un mois et répété une fois par semaine; il est donc de quatre séances. Il a donné de très bons résultats dans 50 cas: pas d'ankylose, pas de récidive. Le gonocoque semble détruit par la chaleur après avoir subi l'effet bactériostatique du médicament. Gulp « *Journal of Urology, 1940* » publie de semblables résultats; il adjoint au sulfamilamide, le mercurochrome intraveineux et la pyrétothérapie. Terminons cependant en disant que les sulfamidés ne sont pas une panacée; souvent, ils donnent, indiscutablement des résultats extraordinaires. Parfois, ils n'en donnent pas à cause d'une certaine idiosyncrasie; ils ne peuvent pas guérir les lésions ostéo-arthritiques constituées.

Terminons par cette pensée toute chirurgicale comme conclusion pratique: « quoique la chirurgie soit supplantée par la chimiothérapie, rappelons nous toujours que là où il y a du pus, il faut l'évacuer. »

Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord
(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 71 — N° 1 Montréal, janvier 1942

LA NAISSANCE D'UNE REVUE

En cette époque troublée où les hommes s'ingénient à forger des engins destructeurs de vies humaines, il est réconfortant de voir surgir des œuvres constructives. Les savants travaillent évidemment chacun dans leur sphère respective et les découvertes sont appliquées aux besoins du moment. Elles sont fonction des exigences de l'heure, et doivent malheureusement viser aujourd'hui à anéantir davantage, à brûler plus vivement, à pénétrer plus profondément.

De tout temps cependant, au milieu de cette orgie cruelle et barbare qu'est la guerre, la Médecine et toutes ses branches cherchent elles aussi, mais ce sera le baume qui réconfortera davantage, l'amélioration à la technique opératoire qui réhabilitera le plus parfaitement, le médicament qui sauvera sûrement.

Aussi était-ce avec un réel plaisir que nous avons lu les articles du premier numéro de la « Revue Canadienne de Biologie ». Ils nous ont fait oublier un moment les bouleversements qui déchirent le monde et nous ont permis de revivre des heures calmes et sereines.

Dans son avant-propos, le Comité Exécutif attire l'attention du lecteur sur le rêve des biologistes de l'Université de Montréal, qui « depuis plusieurs années souhaitaient la création d'une revue de Biologie ». L'Université venant à la rescousse, le rêve devint une réalité.

Les initiateurs du mouvement se sont entourés d'une collaboration scientifique unique. Plus de cinquante noms de savants recueillis de Halifax à Winnipeg, de New-York, Boston, New-Haven, Rio-de-Janeiro, Cambridge ou Paris (ces derniers actuellement aux Etats-Unis), forment le Comité des collaborateurs. Aussi pour que cette phalange internationale d'intellectuels et de chercheurs, dont je me garderai bien d'extraire des personnalités, puissent effectivement produire et se produire, « la nouvelle revue paraîtra dans ces deux langues, française et anglaise, qui au cours des derniers siècles ont apporté la contribution la plus étendue et la plus profonde à la Science et à la Culture. Elle sera publiée dans un pays, dans une ville, où la pensée française et la pensée anglaise en contact permanent, apportent dans un effort quotidien de collaboration, la preuve d'un dévouement égal au progrès de la Connaissance ».

La Revue Canadienne de Biologie s'adresse à un public relativement spécialisé, il est vrai, mais elle éveillera, j'en suis sûr, au sein des chercheurs une émulation légitime et leur fournira l'occasion de s'extérioriser avec plus de profit. Jusqu'ici quelques-uns des articles que nous avons lus ou que nous lirons dans les numéros qui se suivront environ tous les deux mois, auraient trouvé place dans nos revues médicales générales; mais ici le biologiste spécialisé n'aurait pas atteint le lecteur qu'il recherchait. Aujourd'hui grâce aux relations extérieures que se créera la Revue par ses collaborateurs attitrés, le but de l'auteur sera atteint.

De plus, l'initiative de l'Université de Montréal, qui s'entoure ainsi d'une auréole d'hommes de science d'universités-sœurs: Laval, McGill, Toronto, Queen's Western, Dalhousie, Manitoba, Cambridge (E.-U.), Harvard, Cambridge (Angl.), Paris, Rio-de-Janeiro, mérite d'être soulignée de façon louable, car elle apportera à notre Alma Mater, un rayonnement qu'elle n'avait pas eu jusqu'alors de façon aussi tangible.

L'Union Médicale du Canada, jeune de 70 ans, salue cette nouvelle venue, confiante que ses lecteurs intéressés lui apporteront tout l'encouragement qu'elle mérite, et formule ses meilleurs vœux de succès et de progrès continus.

GERIN-LAJOIE.

TRANSMISSION HÉRÉDITAIRE DE L'ÉPILEPSIE

Une personne sur 200 environ est, aux Etats-Unis, épileptique. Pour un sujet franchement comitial, il y en aurait 20 qui n'ont pas, il est vrai, de crises, mais qui auraient une propension à manifester des phénomènes paroxystiques. En plus, ces sujets seraient susceptibles de transmettre cette prédisposition et donner ainsi éventuellement naissance à des épileptiques. Ce qui fait que la moitié environ des membres de la famille d'un épileptique franc possède cette prédisposition et que 10% de la population en est affecté. C'est ce qui ressort des recherches électro-encéphalographiques effectuées sur une haute échelle dans certains centres américains et plus particulièrement approfondies par William G. Lennox [1] qui s'intéresse à l'épilepsie exclusivement depuis de nombreuses années.

Il va sans dire que ces constatations n'ont pas encore pris une valeur absolue. En effet elles reposent sur une méthode d'exploration, l'électro-encéphalographie, qui est précieuse, mais n'a pas encore franchi l'étape expérimentale, sinon pour ce qui a trait au champ total de ses explorations, du moins pour certaines de ses investigations plus délicates et d'une portée plus étendue. Ces investigations montrent bien, chez les épileptiques, des modifications assez typiques, des tracés relatifs aux potentiels électriques dégagés par le cerveau. Des modifications similaires s'observent aussi chez d'assez nombreux sujets non comitiaux, plus nombreux chez les parents d'épileptiques. De là, certains auteurs américains, en particulier W. G. Lennox et ses collaborateurs, ont conclu que ces sujets non activement comitiaux l'étaient « in potentia » et pouvaient transmettre le mal comitial. C'est ici que se trouve le point de doctrine d'une importance capitale. Il était entendu et assez généralement admis que l'épilepsie n'était pas une manifestation héréditaire. L'Ecole française nous enseignait avec beaucoup de bon sens et grande vraisemblance que l'épilepsie était plutôt un syndrome qu'une maladie et pouvait être déclenché par de multiples causes acquises plus ou moins précocément durant la vie de l'individu. Conséquemment, selon cette notion classique, cette affection-syndrome ne se transmettait pas aux enfants.

Cette conception est fortement ébranlée, en fait contredite, par les affirmations des auteurs américains qui basent leur opinion sur les recherches électro-encéphalographiques. D'après eux, l'épilepsie dite essentielle ou idiopathique, celle qui débute habituellement vers la puberté, n'est accompagnée d'aucun signe neurologique objectif, se manifeste par des crises convulsives généralisées ou encore par les accidents de petit mal ou des phénomènes psycho-moteurs, serait une maladie héréditaire. Et ce qui est encore plus troublant et surtout décevant, elle pourrait être transmise de parents qui n'ont eux-mêmes jamais présenté aucune manifestation paroxystique.

Cette conception de la transmission héréditaire d'un mal si tenace et si terrible, même par des individus qui n'en ont jamais montré le moindre signe, est d'une portée éminemment sérieuse. En plus de constituer le plus important facteur étiologique, elle est de nature à troubler profondément l'esprit du public et nuire considérablement à la sérénité des aspirants au mariage, sinon au mariage lui-même et à la procréation. Aussi ne doit-on pas dès maintenant modifier aussi radicalement ses modes de penser quant à l'épilepsie, quoiqu'il faille connaître et apprécier le travail des auteurs américains.

L'électro-encéphalographie est un merveilleux instrument de recherches et d'investigations cliniques qui rend des services précieux aux neuro-chirurgiens. Elle leur

1. Lennox, W. G.: *New Light on epilepsy and migraine*. New York, Harper Brothers, 1941.

permet surtout de localiser les lésions encéphaliques.

Mais de là et dès lors, peut-on sur ces seules données admettre irrévocablement et sans contrôle d'autre origine, une conception aux applications génétiques, sociales et médicales aussi vastes? Nous ne le croyons pas. Nous ne nions pas le sens possible des dictées électro-encéphalographiques. Nous suggérons seulement qu'avant leur acceptation absolue et leur application pratique, elles soient confirmées par la clinique. La pathologie humaine intéresse l'homme avant tout et c'est l'homme qui, par ses propres moyens, spontanément, doit fournir au médecin les matériaux d'observation utiles à l'identification et au traitement de ses troubles de santé.

Examinons donc les épileptiques, interrogeons-les, faisons pour chaque cas une enquête sérieuse concernant l'origine de son affection et surtout l'existence passée et présente d'épilepsie dans la famille du malade: grands-parents des deux procréateurs, père et mère, frères et sœurs, oncles et tantes, cousins ou cousines, neveux ou nièces, enfants. Ces tableaux généalogiques pourront seuls nous fournir les renseignements franchement utilisables et corollaires des brillantes découvertes de l'électro-encéphalographie. Ces dernières ont une valeur scientifique indéniable; mais que vaudraient-elles dans la pratique si l'indice électro-encéphalographique vraiment anormal des parents des épileptiques ne signifie qu'une prédisposition au mal comitial et ne se produit pas par un fait concret: une crise véritable? Les parents, les enfants de ces parents et même ceux d'épileptiques seront quittes pour avoir une électro-encéphalographie anormale et rien de plus. Avant donc d'expliquer au public les graves données encéphalographiques, enquêtons et attendons. La sagesse enseigne la prudence et avant d'effrayer et d'inquiéter tout un monde qui nous consulte, attendons d'avoir la certitude absolue de nos avancées. [1].

Roma AMYOT.

---

1. A consulter sur l'épilepsie: Theodore Erickson et Wilder Penfield: *Epilepsy and cerebral localization*. Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1941.

MÉDECINE SOCIALE

L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA FIÈVRE THYPHOÏDE [1]

Par **A. R. FOLEY, M.D., M.P.H., Dr P.H.,**
Epidémiologiste du Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social,
Québec.

La fièvre typhoïde est une maladie infectieuse caractérisée par une évolution cyclique toute spéciale: véritable septicémie à son début, elle se localise, dans la suite, surtout sur le système lymphatique de la partie terminale de l'iléon.

La typhoïde est connue dans toutes les parties du monde: il n'y a pas un pays qui ait échappé à ses ravages. Dans certaines régions elle est à l'état endémique, avec des recrudescences qui sont de véritables éclosions; ailleurs, où on observe seulement des cas sporadiques, on assiste occasionnellement à de véritables épidémies.

La typhoïde est une maladie en voie de disparition. Elle est apparue comme entité épidémique au dix-neuvième siècle pour disparaître au vingtième, si nous maintenons la régression actuelle par nos mesures de prévention. Comme Sedgwick le fait remarquer, « la typhoïde est une découverte de la civilisation moderne. Elle était inconnue à la naissance de la reine Victoria en 1819. Lorsque la princesse eut dix ans, quelques pionniers réussirent à différencier la typhoïde du typhus avec lequel on l'avait toujours confondue. Lors de l'ascension au trône en 1837, même les médecins avertis ne réussissaient pas souvent à poser un diagnostic ». Et ceci en dépit du fait que Louis, dans sa célèbre monographie, avait en 1829 cliniquement différencié les deux maladies.

C'est en 1873 que William Budd, un médecin anglais, a établi le fait que la typhoïde est, comme il le disait, contagieuse. Son étude sur l'épidémiologie de la fièvre typhoïde est un monument à l'observation scientifique et à la déduction logique d'un brillant esprit. L'hygiéniste de nos jours, qui, à l'encontre de Budd, connaît l'existence du bacille typhique, le traitement des eaux usées, la purification des eaux destinées à l'alimentation, la vaccination éberthienne, ne peut s'empêcher d'être émerveillé de la lucidité de ce modeste savant et de trouver un plaisir très vif à la lecture de son exposé. C'est bien le cas de dire ici que les découvertes postérieures de la science expérimentale sont venues confirmer entièrement les découvertes du raisonnement pur et simple.

Peu de maladies ont été aussi bien étudiées que la fièvre typhoïde; malgré le perfectionnement de nos méthodes d'investigation, il reste cependant encore plusieurs inconnues au problème. L'exemple de Budd doit être comme le phare qui guidera nos travaux. Ainsi, il nous est parfois impossible de déterminer la cause de l'éclosion d'une épidémie, quand, dans certains cas, on peut au contraire remonter à la source, avec une extrême précision.

Ouvrons ici une parenthèse au sujet des infections typhoïdiques: il faut comprendre sous ce nom les infections causées par le bacille typhique et les bacilles paratyphiques. Elles présentent toutes le grand syndrome anatomo-clinique: « tuphos », l'état typhoïde, causé par une infection profonde de l'économie et toujours accompagné du grand trépied typhique: lésion du sang, lésion nerveuse et lésion intestinale.

Le clinicien, même le plus averti, ne peut pas toujours déceler ce grand syndrome, car il y a

1. Communication à la *Société Médicale de Montréal*, le 2 décembre 1941.

des formes très bénignes et extrêmement frustes. Mais qui dit typhoïde, dit — au même degré que l'infection imprègne l'économie — modification de la formule sanguine avec répercussion sur la rate et le cœur; dit encore la douce stupeur, la tranquille hébétude du typhique dont le système nerveux est comme chloroformé et qui se traduit par la céphalalgie, la prostration, la carphologie et le délire doux et tranquille, car le typhique est un tranquille même lorsqu'il a du délire; dit enfin altération du système lymphatique de l'intestin: je n'ai pas besoin de rappeler l'ulcération des plaques de Peyer, la diarrhée, la douleur de la fosse iliaque droite et le météorisme abdominal.

Ce type clinique typhoïdique peut être dû aussi bien aux bacilles paratyphiques qu'au bacille d'Eberth, et il est le plus souvent impossible de distinguer par la clinique seule la nature du germe; il faut avoir recours au laboratoire: hémoculture, séro-diagnostic et recherche du bacille dans les matières fécales et les urines.

Revenons maintenant à la source du contage. L'homme, l'homme seul, est le réservoir de l'infection. Les bacilles ne vivent pas longtemps en dehors du corps humain. On dit qu'ils meurent rapidement dans le sol, qu'ils ne vivent que quelques heures dans l'eau, bien que personnellement je serais tenté de leur accorder une survie plus longue, je parlerais en termes de jours plutôt que d'heures; le bacille survit dans le lait, dans le beurre et dans le fromage: notre expérience est qu'il est présent dans un lait qui a été contaminé aussi longtemps que celui-ci a les caractères physiques propres à la consommation, huit jours dans le beurre salé, une quinzaine dans le beurre non salé et au moins trois mois dans le fromage. On peut également le rencontrer dans d'autres produits laitiers. Ces produits, ainsi que les aliments, lui servent comme milieu de culture. Cependant, ni l'eau, ni le lait, ni les aliments ne seraient contaminés si ce n'était de l'homme.

Le mode de transmission est par les excrétions humaines: les matières fécales surtout, ensuite les urines; et on a aussi accusé les crachats, mais je n'ai jamais pu confirmer cette dernière assertion. Ces excrétions contaminantes proviennent d'un malade, d'un convalescent ou d'un porteur de germes de typhoïde. L'homme se contamine en ingérant le bacille typhique. En d'autres mots, si l'approvisionnement de Cambronne avait été fourni par des porteurs de germes, il aurait déclenché une terrible épidémie chez les Anglais.

Vous aimerez sans doute que nous suivions maintenant ensemble le passage du bacille typhique dans l'économie. Prenons donc une culture de bacilles typhiques au laboratoire, nous allons assaisonner un canapé de caviar: quant à nous infecter, faisons-le aussi proprement et agréablement que possible. Mangeons maintenant le hors-d'œuvre meurtrier. De l'intestin, où le bacille trouve une température optimum, il passe dans les tissus lymphoïdes de l'économie, où il se développe et se multiplie. C'est ici la période d'incubation, période qui peut aller de sept jours dans les infections d'origine alimentaire, qui sont toujours plus massives, jusqu'à une moyenne de quatorze jours dans les infections hydriques. Cette période d'incubation dure en moyenne dix jours, mais peut se prolonger jusqu'à vingt jours (on dit même trente jours: je ne dirai pas que c'est impossible, mais ce doit être très rare). On dit également qu'à cette période, des examens répétés peuvent permettre d'isoler le bacille des fèces: j'avoue que nous n'y avons jamais réussi.

A ce moment commence la période d'invasion, le début clinique de la maladie: le bacille passe dans le sang, où on le retrouve par l'hémoculture. Hémoculture positive égale fièvre typhoïde établie, sans possibilité de doute. On remarque alors que la température s'élève par une ascension progressive d'environ un degré par jour, en escalier, avec une légère rémission le matin. Cette poussée thermique est très importante: c'est la réaction de défense

de l'économie qui mobilise ses ressources de lutte contre l'agent envahisseur, en produisant un anticorps, une agglutinine dont nous verrons le rôle à la période d'état. Cette période d'invasion dure environ dix jours.

Etendons maintenant une goutte d'une culture d'Eberth sur une lamelle microscopique. Ajoutons-y une goutte du sérum de notre sang infecté: les bacilles, extrêmement mobiles au début, voient leurs mouvements se ralentir, diminuer et enfin s'arrêter; ils forment sous le champ microscopique de petites agglomérations; ils se sont serrés les uns contre les autres comme des moutons dans une prairie sous la pluie; pour employer le terme technique, ils sont agglutinés. Le même processus se répète dans l'organisme humain au cours de la période d'état. Les agglutinines ont été produites toujours plus nombreuses à la fin de la période d'invasion: les bacilles mis en présence de ce barrage ralentissent leur avance, arrêtent, rompent les rangs et s'agglutinent les uns aux autres. Ils ont été cernés par une force supérieure: les morts sont immédiatement enterrés par les phagocytes, les prisonniers sont envoyés au camp de concentration, le foie. Il est alors inutile de tenter une hémoculture, elle sera négative; mais la science a une autre arme à notre disposition, la séro-agglutination, que je viens de vous décrire. Quelle est la signification de cette épreuve? Une séro-agglutination positive veut dire que la personne dont on examine la sang, 1° a fait à un moment donné de sa vie une infection typhique; 2° a été vaccinée préventivement contre la typhoïde et 3° s'est immunisée naturellement contre la typhoïde par des doses minimes et répétées de bacilles. Au cours de la période d'état et de la période d'effervescence, on isolera le bacille typhique des selles dans une proportion constante de soixante-quinze pour cent. On admet aujourd'hui avec les meilleurs auteurs que les bacilles s'éliminent par les voies biliaires et sont déversés de façon irrégulière avec la bile dans l'intestin grêle.

Nous avons gagné notre guerre contre le bacille au caviar: c'est la période de défervescence. Il nous reste à nettoyer le terrain: c'est la guerre de guérillas. Vingt pour cent des convalescents excrètent le bacille typhique dans leurs selles et leurs urines, pendant des semaines et même des mois: ce sont les porteurs de germes convalescents. Il reste une proportion de deux à cinq pour cent des malades qui resteront pour des années, sinon toute leur vie, des porteurs de germes chroniques. Ces irréductibles sont les bandits du maquis de Corse.

Il est impossible de condenser en quelques pages les données épidémiologiques, bactériologiques, statistiques et médicales nécessaires à l'hygiéniste chargé d'enquêter sur la typhoïde. Permettez-moi plutôt de vous fournir quelques histoires de cas qui illustreront la technique que nous suivons.

Epidémie de 6 cas. Porteur et eau.

Epidémie de 32 cas. Porteur ? et crème glacée.

Epidémie de 40 cas. Cas et fromage.

Epidémie de 8 cas. Porteur et lait.

Cependant, pour une meilleure compréhension de ces exposés, permettez-moi de rappeler les grandes lignes qui, d'une manière générale, guident notre travail de recherche. Elles peuvent toutes souffrir des exceptions, mais nous ne nous attacherons ce soir qu'aux principes généraux.

Dans toute recherche épidémiologique, comme la typhoïde se prend en mangeant le bacille, il faut, lorsque nous sommes en présence d'une éclosion, trouver un aliment commun à tous les malades. Il faut cependant tenir compte pour certains cas de la contagion indirecte: la personne qui donne des soins au malade se souille les mains et se contagionne elle-même ou contamine son entourage; la typhoïde de contact est la maladie des mains sales.

La typhoïde est rare chez les nourrissons et la symptomatologie, profondément modifiée, lui donne l'allure d'une dysenterie bacillaire, avec phénomènes nerveux. En l'absence de contagion connue, le diagnostic se pose par le laboratoire.

Chez les vieillards, la typhoïde est rare également, mais elle n'est pas exceptionnelle, surtout à l'occasion d'une épidémie.

La typhoïde se rencontre surtout chez les adolescents et les adultes d'âge mûr. Lorsqu'on a une éclosion chez les enfants, il faut penser surtout au lait. L'eau est le premier grand facteur auquel il faut penser, mais c'est le dernier qu'il faut incriminer. Il ne faut pas dire c'est l'eau, et négliger d'éliminer tous les aliments, un par un, comme facteur commun.

Dans une agglomération, les cas sont ordinairement plus nombreux à la fin de l'été et à l'automne, assez également divisés par sexe; la période d'incubation est plus courte dans les infections d'origine alimentaire, et la courbe déterminée par la date de début des cas présente une image plus explosive que dans les infections hydriques.

Ces premières constatations faites, il faut ensuite dresser un tableau général de tous les cas, donnant pour chacun la consommation des différents produits, ainsi que le fournisseur ou le producteur suivant le cas. L'étude statistique de ce tableau nous amène alors au véhicule ou à l'agent qui doit être incriminé.

Vous parlerai-je maintenant des mesures préventives? C'est mon devoir de le faire. En face d'un cas ou d'une éclosion, il faut trouver l'origine, si l'on veut faire disparaître la cause contaminante et prévenir d'autres cas. Il faut enseigner à la population les grandes règles de salubrité publique: filtration des eaux d'alimentation, traitement des eaux usées, pasteurisation du lait, inspection des aliments et examen des manutenteurs de victuailles, propreté publique et lutte contre les mouches. Il faut enseigner à la famille comment se protéger contre son malade et vacciner les contacts. Le rôle du médecin de famille est ici d'une importance primordiale: nous avons une éducation difficile à faire, car il faut faire contracter de nouvelles habitudes à toute une famille.

"L'Union Médicale du Canada" en 1873

Un cas d'éclampsie

Janvier 1873.

Le 20 novembre dernier, on vint me chercher pour une femme Lefebvre qui vomissait sans cesse et dont le mal de tête était effrayant, suivant l'expression du mari. Je me rendis immédiatement auprès de cette femme, mais quelle ne fut pas ma surprise, en entrant, de la voir en proie à un accès d'éclampsie qui tirait à sa fin. Sans plus tarder, je dis à mon homme de retourner immédiatement au village et de ramener mon ami et confrère, Dr Hudon.

En attendant, je fis des questions aux parents et aux amis qui entouraient le lit de ma patiente: ils me dirent qu'elle était enceinte depuis huit mois, qu'elle n'avait pas mangé depuis deux jours, vu que son estomac rejetait immédiatement les aliments aussitôt ingérés. Je leur demandai si elle avait l'habitude d'être constipée et depuis quand elle était allée à la selle, pour la dernière fois. On me répondit qu'elle avait été constipée de temps en temps, mais que ça n'avait pas duré et qu'elle ne s'en plaignait pas; d'ailleurs, pas une heure avant l'accès, elle était allée à la selle et avait aussi rendu une assez grande quantité d'urine.

Je procédai ensuite à la visite « per vaginam » et je constatai que le col de la matrice était loin d'être prêt pour le travail de l'accouchement. Survint aussitôt le Dr Hudon et je le priai de bien vouloir faire une visite; puis, se rendant à mon désir, il constata ce que j'avais constaté moi-même. La femme tomba aussitôt dans un nouvel accès et nous pûmes juger par nous-mêmes du caractère des convulsions: l'éclampsie était à forme épileptique.

Après avoir conféré avec mon confrère et lui avoir dit que l'estomac de cette femme était vide, que les intestins étaient assez réguliers et que la vessie avait toujours assez bien fonctionné et que, ne pouvant voir aucune cause à cette attaque d'éclampsie, hormis celle de la présence de l'urée ou d'un excès d'albumine dans le sang, j'en étais venu à la conclusion qu'il serait bon de tenter une bonne saignée et que nous verrions ensuite.

Il partagea complètement mon avis, et nous lui tirâmes douze onces de sang d'abord; dix minutes après, notre patiente tomba de nouveau, et l'accès, quoique plus fort, dura beaucoup moins longtemps. Le Dr Hudon manifesta le désir de lui tirer six onces de sang, ce que nous fîmes immédiatement.

Ensuite nous procédâmes, chacun à notre tour, à une visite, et nous ne vîmes aucun indice de dilatation du col. La femme avait eu cinq accès qui s'étaient répétés à toutes les heures, et dans les intervalles, le coma était si profond, que je crus devoir me dispenser de lui administrer l'opium, après les saignées que nous venions de pratiquer. Jusqu'ici, la saignée n'avait eu aucun effet apparent, et je croyais que ma patiente allait bientôt mourir, tant les accès étaient longs et violents.

Nous laissâmes bientôt notre patiente, mais avant de partir, j'ordonnai à la prétendue sage-femme qui était là présente, de veiller attentivement à la dilatation du col, et qu'aussitôt qu'elle entreverrait une dilatation grande comme un trente sous, de m'envoyer quérir immédiatement, et elle tint parole. Mais en attendant, voici ce qui arriva: il était 8 heures et quelques minutes quand nous laissâmes notre patiente, et, dix minutes avant notre départ, elle avait eu un accès qui nous avait fait présager, malgré les saignées pratiquées, qu'elle devait tomber encore et mourir bientôt, soit par épuisement nerveux ou par congestion cérébrale. Cependant, il en fut tout autrement: elle passa cinq heures de suite sans avoir d'accès; à une heure après minuit, elle eut trois accès presque successifs qui durèrent peu, mais furent plus violents que tous ceux qu'elle avait eus jusqu'alors. Elle passa ensuite toute la journée de mardi sans tomber, mais il était impossible de la réveiller, tant le coma qui l'accablait était profond; j'avais ordonné de faire des applications d'eau froide à la tête et d'appliquer des mouches à la nuque et au creux épigastrique; tout cela fut ponctuellement exécuté sans pouvoir dire cependant si ces applications d'eau froide et de mouches servaient à quelque chose.

Mercredi matin, on vint me chercher pour aller la voir; elle était un peu revenue de son coma; elle pouvait parler, mais pas longtemps, car elle s'assoupissait immédiatement. Tout de même, je pouvais constater un grand mieux puisqu'elle n'avait pas eu d'accès depuis une journée et une nuit. Je voulus m'assurer s'il n'y avait pas quelque commencement de travail, mais ce fut en vain: il n'y avait rien de fait et rien ne présageait qu'il dût se faire quelque chose ce jour-là. Néanmoins, dans la nuit du même jour, vers onze heures, on vint me chercher en toute hâte, pour faire l'accouchement; à peine étais-je arrivé que la sage-femme venait d'extraire le placenta et tout s'était terminé heureusement pour la femme. L'enfant était mort.

Ma patiente, à l'heure qu'il est, est parfaitement bien, sa mémoire seule étant considérablement affaiblie; ce qui lui faisait dire dernièrement « qu'elle avait trois jours dans sa vie dont elle n'aurait aucun compte à rendre à Dieu ». En effet, elle fut bien étonnée, deux jours plus tard, quand on lui apprit qu'on l'avait saignée deux fois et qu'elle était accouchée. Revenue à elle-même, elle put s'en convaincre facilement.

C'est pour la deuxième fois, depuis six mois, qu'il m'arrive d'avoir de semblables cas: le premier était une femme de la rue du Grand-Tronc, arrivée à son septième mois. J'avais appelé en consultation un vieux confrère et l'on avait décidé de ne pas saigner, vu l'état maigre et chétif du sujet; j'employai tous les remèdes imaginables, sauf la saignée, mais ma patiente mourut, après une journée et une nuit, pendant lequel temps, elle avait eu des accès épileptiformes à toutes les heures, durant de une à deux minutes. L'enfant était aussi venu mort.

J'ai remarqué que ces deux femmes étaient d'un tempérament lymphatique, qu'elles accouchèrent toutes deux d'enfants morts, avec beaucoup de facilité, et que l'accouchement se fit à sec, sans même la présence d'une seule goutte de liquide amniotique, quoique les poches fussent d'une intégrité parfaite et d'un volume assez considérable.

Je suis à me demander maintenant où était la cause de ces accès d'éclampsie. On ne peut certainement pas l'attribuer à la constipation, ou aux mauvaises digestions, ou encore au mauvais fonctionnement des reins et de la vessie, puisque, de l'aveu même de mes deux patientes, non seulement elles n'avaient senti ralentir leurs fonctions, mais que même elles n'avaient éprouvé aucun malaise dans ces mêmes organes. Le manque de liquide amniotique ne serait-il pas la cause médiate en rendant la contractilité et la dilatabilité organiques de l'utérus plus difficiles et plus pénibles? Cela pourrait être vrai. Ou encore la cause ne serait-elle pas dans l'empoisonnement produit par la présence de l'urée dans le sang? La chose serait possible, quoique ces deux femmes ne se soient jamais plaintes d'aucune maladie des reins. Quelle que soit la cause ou les causes à ces cas d'éclampsie, il n'en est pas moins vrai que la saignée abondante pratiquée sur ma dernière patiente eut le meilleur effet possible et que je l'ai trouvée bien supérieure à tout ce que j'avais employé dans mon premier cas à Montréal, où je perdis tout, femme et enfant.

J.-O. MOUSSEAU, M.D.

Saint-Polycarpe, 28 novembre 1872.

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. « Année Méd. — psychol. », **94**: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

F. A. WILLIUS et T. E. KEYS. — **L'influence de l'école irlandaise en médecine.** "Proc. Staff Meet. Mayo Clin.", **16**: 637 (1 oct.) 1941.

L'Ecole des cliniciens irlandais prit de l'importance dans les premières années du 19e siècle, peu après que Laënnec, en 1816, eut découvert et utilisé une nouvelle méthode d'examen, l'auscultation. Pendant qu'ailleurs on restait sceptique sur l'usage de cette nouvelle découverte, les médecins irlandais en vantaient les mérites, l'utilisaient largement, la maniaient avec expertise, en étendaient les usages, jusqu'à l'examen du cœur et de l'appareil circulatoire et firent faire un pas considérable à la pathologie de cet appareil. William Stokes, en 1854, publiait le premier ouvrage important de langue anglaise sur l'usage du stéthoscope.

Les maîtres de l'Ecole irlandaise furent Robert James Graves (1796-1853) et William Stokes (1804-1878). D'autres cependant ont ajouté leur nom à ces deux noms célèbres. John Cheyne, (1777-1836) né à Leith, en Ecosse, a quitté son pays en 1809 et a fait toute sa carrière médicale à Dublin. En 1811, il était nommé médecin de l'hôpital Meath. Plus tard il a enseigné la médecine militaire devant le Collège des chirurgiens irlandais. En 1818, il décrivait un type spécial et périodique de respiration chez un malade souffrant de « cœur gras ». En 1854, Stokes reprend cette description et ce type respiratoire a porté depuis le nom de « respiration de Cheyne-Stokes ».

Robert Adams, le dernier des chirurgiens illustres du XIXe siècle, décrit le blocage du cœur (heart block) en 1827. Stokes en donne une description classique en 1846. Sir Dominic John Corrigan (1802-1880), un confrère de Stokes, est fait baron à cause des services rendus à la couronne et à la science médicale. En 1832, il décrit le pouls spécial de l'insuffisance aortique. Ce pouls porte encore le nom de pouls de Corrigan.

Graves était médecin chef de l'hôpital Meath et un des fondateurs de l'Ecole de médecine de Park Street. Il décrit la pupille en trou d'épingle « pinhole pupil ». En 1848, il compte le pouls à la montre. De 1843 à 1848, il décrit l'œdème angioneurotique, la sclérodermie et l'érythromélalgie. Il a fait une description tellement précise du goitre exophtalmique que dans certains pays on appelle encore cette maladie « maladie de Graves ».

Dominic John Corrigan publie, en 1832, sa belle description du pouls aortique:

« Les signes physiques et stéthacoustiques suppléent amplement à la déficience en symptômes généraux. Ces signes peuvent se grouper sous trois chefs: 1o pulsations amplifiées et visibles à la tête et aux extrémités supérieures; 2o un bruit de soufflet à l'aorte ascendante, aux carotides et aux sous-clavières; 3o un bruit de soufflet et un frémissement, ou plutôt une espèce de *thrill* rude, que le doigt peut sentir aux carotides et aux sous-clavières.

« Le pouls est toujours plein et ample. Chez un patient complètement déshabillé on peut voir les grosses artères de la tête, du cou et des extrémités supérieures animées de battements marqués. A chaque diastole la sous-clavière, la carotide, la temporale, la brachiale et parfois les artères palmaires sont soulevées de leur lit et bondissent sous la peau. Chez les individus normaux on peut voir les battements de ces artères: ils s'exagèrent même à l'exercice, mais au cours de cette maladie ils atteignent des proportions excessives. On a donné le nom de « pulsation visible » à ce battement désordonné des artères.

« Cette pulsation est accompagnée d'un bruit de soufflet qu'on peut entendre à l'aorte ascendante, aux carotides et aux sous-clavières; le doigt qui palpe ces deux dernières artères peut percevoir un frémissement correspondant au bruit de soufflet entendu à chaque diastole.

« Ces trois signes sont en rapport si intimes avec les causes pathologiques de la maladie, et découlent si directement des troubles mécaniques des valvules qu'ils ne laissent plus de doute sur la nature même de la maladie. »

En 1854, William Stokes reprend le type de respiration décrit par Cheyne en 1819. Son livre « Les maladies du cœur et de l'aorte » en contient une belle description dans l'article de « la dégénérescence graisseuse du cœur ».

« Il existe un symptôme que l'on rencontre au cours de la dégénérescence graisseuse du cœur et qui semble en rapport avec un état de faiblesse du cœur. Je ne l'ai vu que dans cette maladie. Il a été

observé par le docteur Cheyne, qui, cependant ne l'a pas rattaché d'une façon particulière à cette maladie. Il consiste dans une série d'inspirations successives augmentant d'amplitude jusqu'à un certain degré suivi d'une autre série de plus en plus faible et courte pour arriver à une période d'apnée assez longue pour faire croire à l'entourage que le malade est mort. Puis survient une autre série d'inspirations ascendantes et descendantes. Ce symptôme dans toute son ampleur n'apparaît que dans les quelques semaines qui précèdent la mort. Je ne connais pas de phénomène plus remarquable que celui-là. Pendant la période d'apnée le patient ne souffre pas. A l'acmé de ses inspirations profondes, le malade a la tête rejetée en arrière, les épaules soulevées et chaque muscle respiratoire est tendu. Il n'y a pourtant aucun râle, aucun signe d'obstruction mécanique. Le murmure vésiculaire devient de plus en plus fort et à l'acmé du paroxysme il prend la forme puérile. »

Ces quelques citations extraites des œuvres des cliniciens irlandais éminents prouvent que leurs contributions à l'avancement de la science médicale ont été considérables, leurs observations, originales et leurs descriptions, très à point.

Sylvio LEBLOND.

Emerson SMITH, Kennett A. EVELYN et John F. NOLEN. — **Anurie par le sulfapyridine. Un cas favorablement traité par l'opération.** "Can. Med. Ass. Journ.", **42**: 27 (janvier) 1940.

Lors de l'absorption du sulfapyridine une proportion variable, le plus souvent 50%, est éliminée telle quelle et le reste apparaît sous forme d'un dérivé monoacétyl relativement insoluble. Les hématuries microscopiques et macroscopiques accompagnées de la présence de cristaux d'acétyl-sulfapyridine dans les urines sont des complications assez fréquentes de la thérapie par le sulfapyridine. Ces hématuries peuvent se compliquer d'anurie, d'urémie et même de mort.

Southwort et Cook rapportent 3 cas d'hématurie dont 1 qui a présenté de l'anurie durant 14 heures après l'absorption de 25.5 grammes de sulfapyridine. Long et Wood en rapportent 6 cas avec 1 cas de mort où l'on a trouvé à l'autopsie des cristaux et des calculs d'acétyl-sulfapyridine dans les deux bassinets et les deux uretères. Tsao et ses collaborateurs rapportent de Shanghai 5 cas d'hématurie chez des enfants avec 1 mort. Brown et ses collaborateurs rapportent 6 cas d'oligurie et 3 d'anurie. Kilgour en rapporte 3 cas; un de ces cas est mort d'abcès du poumon et à l'autopsie on a trouvé des signes de néphrite sans calculs ou cristaux et les auteurs se demandent si la thérapie par le 693 ne causerait pas des lésions sérieuses aux reins.

Ils rapportent un cas très intéressant guéri par l'opération. C'est probablement le seul cas du genre rapporté dans la littérature actuellement.

Il s'agit d'un jeune militaire de 19 ans qui, en décembre 1937, a fait une hématurie qui a duré 2 semaines à la suite d'un accident. Le 4 octobre 1939, il contracte une urétrite blennorragique aiguë pour laquelle il reçoit 39 grammes de sulfapyridine durant 23 jours. Le 24 octobre, il reçoit une première dose d'anatoxine diphtérique; le 27, il reçoit une deuxième dose qui provoque une réaction nécessitant son admission au « Royal Victoria Hospital » où il reçoit 9.0 grammes de néo-sulfanilamide pour son urétrite persistante. A 4 heures, le 2 novembre, il présente des douleurs épigastriques qui le font admettre de nouveau au « Royal Victoria ». 4 heures après son admission, le malade passe 10 c.c. d'urine sanglante contenant des globules rouges et des cristaux d'acétyl-sulfapyridine. Dans le sang, il y avait 4 mg. 5% et dans l'urine 35 mg. On lui donne 2,000 c.c. de sérum salé et glucosé à 10% avec chaleur sous toutes ces formes et morphine. La nuit suivante il passe 30 c.c. d'urine. Les vomissements continuent. Le lendemain matin on constate une contracture des deux fosses lombaires. A 2 heures, cathétérisme négatif; à 6 heures, soit 26 heures après son admission à l'hôpital, le malade n'avait passé que 4 c.c. d'urine sanglante. Le cathétérisme des uretères est impossible à cause de la présence de calculs visibles au niveau des orifices urétéraux. On décide d'intervenir. A gauche, on trouve un rein augmenté de volume, tendu et congestionné. Le bassinet est distendu de 4 fois son volume et à l'ouverture on trouve de l'urine jaunâtre sous tension. L'exploration du bassinet ne montre pas de calculs; on descend une bougie jusqu'à la vessie et on ferme après avoir décapsulé le rein. A droite mêmes constatations, le bassinet et l'uretère sont plus distendus et contiennent de l'urine sanglante. 4 heures après l'intervention, le patient passe 180 c.c. d'urine sanglante. Pendant 2 jours il s'écoule de l'urine par la plaie opératoire. 3 jours après, le chimisme du sang est normal et le patient quitte l'hôpital le 25 novembre.

Long et Wood prétendent que l'on voit des cristaux dans les urines de tout patient soumis à la thérapie par le sulfapyridine, et qu'il n'y a pas de relation entre le nombre de cristaux et les hématuries. Suivant les auteurs la formation de ces calculs serait due à une idiosyncrasie individuelle puisque plusieurs cas graves n'ont reçu que des doses faibles de ce médicament, par exemple le cas de Tsao: 7.25 en 20 heures.

La réduction volontaire des liquides ou involontaire due aux vomissements peuvent aider à la formation des calculs. Théoriquement ces calculs ne devraient pas se former en un milieu alcalin; mais en pratique, l'administration de bicarbonate de soude ne semble pas être un moyen prophylactique suffisant. 3 cas de

Tsao ont reçu du bicarbonate et dans le cas rapporté les urines étaient alcalines.

Les auteurs disent enfin les précautions que l'on doit prendre pour maintenir l'absorption normale de liquide durant la période de traitement. Si des symptômes urinaires apparaissent, la médication doit être cessée immédiatement et les liquides donnés par voie intraveineuse. On doit enregistrer l'absorption et l'élimination des liquides et surveiller l'azotémie. Si l'anurie apparaît on doit faire un cathétérisme urétéral et s'il y a impossibilité, pyélotomie avec dilatation urétérale rétrograde et décapsulation si nécessaire. Un cathétérisme précoce pourra peut-être empêcher une intervention chirurgicale.

A. BEDARD.

PHTISIOLOGIE

Douglas ACKMAN. — **Le résultat de la thoracoplastie chez des cas de tuberculose pulmonaire avancée.** "Can. Med. Ass. Jr.", **45**: 422 (novembre) 1941.

L'auteur nous fait part d'un rapport préliminaire de ses cas de thoracoplastie chez des tuberculeux pulmonaires arrivés à un stade avancé. Ses statistiques remontent à 1933 et reposent sur cent malades ainsi traités. Va sans dire que les risques opératoires ont été conséquemment plus graves. Il opte pour la rachianesthésie à condition qu'un médecin très compétent sache l'employer. La rachi présente un minimum d'inconvénient. Le malade ne dort pas, les bronches ne sont pas irritées, les sécrétions bronchiques ne s'accumulent pas, les troubles respiratoires, les complications pulmonaires sont rares. C'est une rachi très haute, qui est nécessitée au cours de cette intervention. L'auteur fait ses thoracoplasties en plusieurs temps et enlève une grande portion de plusieurs côtes tant antérieures que postérieures. Au cours des dernières années, l'auteur a modifié quelque peu l'opération de Semb (apicolyse) en faisant sauter l'angle inférieur de l'omoplate, ce qui permet d'enlever quelques côtes de plus.

Au début de la thoracoplastie, les malades acceptaient difficilement cette intervention. Maintenant les malades ont confiance et parfois sont peinés de se voir refusés ou retardés. Ce changement dans l'opinion des malades est dû aux nombreux succès obtenus grâce à des méthodes de plus en plus perfectionnées.

Paul-René ARCHAMBAULT.

GASTRO-ENTEROLOGIE

Emmanuel LIPSCHUTZ et Isidore A. FEDER. — **Etude comparative de la cholérèse obtenue par les acides biliaires et l'acide oléique.** "Am. J. Dig. Dis.", **8:** 173 (mai) 1941.

Ces auteurs ont étudié 10 personnes normales et observé l'effet cholagogue sur la vésicule biliaire de 0.5 gramme d'acide biliaire et de 5 c.c. d'acide oléique respectivement pendant deux périodes différentes. Ils se sont servis du tubage duodénal et de la cholécystographie: 0.5 gramme d'acide biliaire pris par la bouche n'amenait au bout de 2 heures qu'une petite fraction de bile « B ». Quand, au contraire, ils faisaient prendre 5 c.c. d'acide oléique, ils obtenaient promptement une bile « B » abondante, indiquant dans ce deuxième cas, que la vésicule biliaire se vidait au complet: « effet cholagogue ».

Les études par cholécystographie viennent corroborer ces premières données; après acide biliaire, deux cas sur dix, seuls, montrent un vidage de la vésicule; après acide oléique, neuf sur dix malades montrent une évacuation complète de la vésicule, prouvée par la disparition de l'ombre du cholécyste.

D'autres constatations découlant de quelques observations de vésicules qui restent imprégnées après prise d'acide biliaire et qui se montrent élargies, doivent faire penser au moins à une distension ou à une atonie de l'organe.

Il est évident que le processus est plus prononcé quand ce même phénomène se produit après la prise d'acide oléique. Enfin la quantité totale des biles « A » et « C » éliminées est de 4% plus élevée après acide oléique qu'après acide biliaire.

Ceci peut être dû en partie au fait que ces biles renferment une certaine quantité de suc entérique et pancréatique sécrété par l'acide oléique.

Jean Le SAGE.

J. B. KERSNER. — **Les effets de l'hydroxyde d'alumine sur l'équilibre acide-base et sur la fonction rénale.** "Am. Jr. Dig. Dis.", **8**: 160 (mai) 1941.

Ce produit introduit comme traitement de l'ulcère et de l'hyperchlorhydrie pour la première fois par M. Roch (Paris 1922) et R. Guillermin (1924) a soulevé des inquiétudes. Longtemps administré à un malade, pouvait-il provoquer l'alcalose ou léser le rein? De nouvelles expériences prouvent une fois de plus qu'il n'en est rien. L'hydroxyde d'alumine à doses massives, ne dérange pas la réserve alcaline et même après 8 mois, ne semble pas léser le rein. Il pourra même être administré sans danger à des malades souffrant de lésions rénales.

Jean Le SAGE.

Edward WOLDMAN. — **Traitement des hémorragies gastro-duodénales massives par administration de goutte à goutte d'hydroxyde d'alumine colloïde. (Rapport sur 144 cas.)** "Am. Jr. Digest. Dis.", **8**: 39 (février) 1941.

Les A ont traité 144 malades souffrant d'hémorragies massives dues à un ulcère gastrique ou duodénal par l'hydroxyde d'alumine colloïdal. Sur ce nombre

on observe 3 morts, soit une mortalité de 2% par contraste avec une mortalité ordinaire de 28% dans des cas semblables observés au même hôpital avant l'inauguration de ce nouveau traitement médical.

Cette nouvelle méthode présente les avantages suivants:

1° Elle est inoffensive et grâce à cet astringent qui ne s'absorbe pas, elle hâte la formation du caillot.

2° Elle empêche, à cause de ses propriétés antiacides, la digestion du caillot et neutralise l'excès d'acidité de l'estomac en prévenant toute alcalose.

3° Cette substance gélatineuse possède la propriété de protéger mécaniquement la lésion.

4° L'administration continue, jour et nuit, d'hydroxyde d'alumine colloïdal permet la formation du délicat tissu de granulation, et empêche sa destruction par l'accumulation d'acide durant la nuit. La cicatrisation est aussi assurée.

Jean Le SAGE.

GYNECOLOGIE

Charles A. GORDON et Alexander H. ROSENTHAL. — **Le traitement de l'infection puerpérale sévère par le sulfamilamide.** "Surgery, Gynecology and Obstetrics", **69**: 631 (novembre) 1939.

Les auteurs signalent d'abord que le streptocoque occasionnant la fièvre puerpérale n'est pas toujours du même groupe (A, B, anaérobie), qu'il ne s'agit pas toujours de streptocoques et que les streptocoques virulents n'existent pas dans le vagin avant la délivrance, mais sont apportés de l'extérieur; ordinairement ils proviennent du naso-pharynx. Le 1162 serait surtout utile contre le streptocoque hémolytique « A ».

Au « Queen's Charlotte », 40% des septicémies ont été strepto « A » et ont causé 75% des morts.

Au « King's County Hospital », on donne du 1162 à tous les cas d'infection puerpérale sévère. Un frottis, une culture ou une hémoculture sont faits dans la plupart des cas. Les auteurs appellent infection grave, lorsqu'il y a température élevée, frissons, utérus douloureux à la pression et à la mobilisation, masses pelviennes ou « rebound peritoneal pain ». Les auteurs ont traité 118 malades. 83 d'infection « post-partum » et 35 d'infection « post-abortum », depuis mars 1937, et selon la posologie suivante:

A) 80 grains par jour pour 2 jours.
60 " " " " 3 "
40 " " " " 3 "

B) 120 grains par jour pour 2 jours
80 " " " " 3 "
60 " " " " 3 "

C) Schéma « A » répété (2) fois.

Le taux de concentration a été très variable de 3.2 à 18.7, mais pour 46 malades on ne tint pas compte du rythme de 4 heures, ni d'une réduction modérée des liquides.

Dans les 118 cas, résultats bons: 45 ou 38%; résultats douteux: 45 ou 38%; sans effet: 23 ou 20% 5 morts ou 4%. D'après les auteurs sur les 5 morts une seule aurait reçu une dose adéquate. Les produits sulfamidés, d'après eux, devraient être employés dans toutes les infections puerpérales.

E. GAUMOND.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

G. E. HAGGART. — **Le traitement chirurgical de l'arthrite dégénérative de l'articulation du genou.** "Journal of Bone and Joint Surgery", **22**: 717 (juillet) 1940.

L'auteur avec la plupart des médecins, considère que le traitement de l'arthrite hypertrophique du genou n'est pas satisfaisant.

On s'est servi du repos, de la physiothérapie, il y a eu des améliorations; mais dès que le patient voulait reprendre son travail, souvent les mêmes troubles réapparaissaient.

Devant cet échec thérapeutique, en présence des constatations d'autopsies, l'auteur a tenté la chirurgie.

Keeper Parker et Irvin ont eu l'occasion d'examiner 100 guérisons sur 77 sujets décédés. Après 30 ans, il y a des altérations anatomiques dans 66% des cas; elles intéressent les endroits où le mouvement, la pression, le poids agissent le plus et c'est la rotule et la région sous-jacente du fémur. Le cartilage disparaît d'abord, puis les exostoses se forment.

Selon l'auteur, l'arthrite chronique débute après 30 ans mais elle peut se rencontrer chez des jeunes dont le genou subit un effort violent et prolongé. Le patient est souvent un obèse; le genou gonfle, la cause en est l'hyperplasie de la synoviale et l'augmentation de la synovie. L'on perçoit à la palpation des craquements parfois douloureux. C'est sous la rotule, autour d'elle et en avant, que le patient accuse une douleur. La flexion et les mouvements limités sont dus au gonflement des parties molles.

Les rayons X rencontrent une dégénérescence, autour de la rotule, avec exostoses parfois, à ses extrémités. Ce qui est remarquable c'est que la radiographie donne souvent une idée très inexacte de l'étendue des lésions des cartilages et du fémur que l'on rencontre à l'opération.

Tous les patients opérés ont d'abord été traités médicalement pendant 3 à 10 ans. D'après les résultats opératoires, l'auteur croit qu'il vaut mieux intervenir plus vite. Il se contente maintenant de faire faire un examen médical très attentif, de faire maigrir le patient, de développer son tonus musculaire, mais surtout d'obtenir des patients qu'ils coopéreront avec lui dans le traitement post-opératoire, ce qui est excessivement important.

L'arthrite chronique du genre étant la résultante du traumatisme répété de l'âge, non pas d'un processus inflammatoire, d'un trouble du métabolisme, le cartilage éiodé ne pouvant se réparer et les constatations pathologiques et radiographiques montrant que la région la plus souvent affectée était la rotule, l'auteur a voulu soit la réduire de volume soit l'enlever. Jusqu'en 1935, il a fait une « patelloplastie » mais depuis cette époque il l'enlève.

Blodgett et Fairchild, en 1936, rapportaient 20 cas de patellectomie pour diverses causes avec d'excellents résultats fonctionnels. Car l'on sait maintenant que la rotule n'est pas située ni développée dans le tendon du quadricefs. Haggart enlève aussi avec la rotule, la synoviale et les exostoses et tout ce qui semble anormal.

Il fait une incision paramédiane verticale, centrée sur le milieu de la rotule. La rotule est disséquée et enlevée ainsi que tout ce qui semble pathologique. La capsule est fermée avec des points séparés à la soie; les autres tissus avec du catgut, la peau avec de la soie. Un plâtre est fait pour une semaine. Quand il est enlevé, le patient commence des exercices musculaires. De la diathermie sous forme d'infrarouges et du massage de la cuisse et de la jambe y sont ajoutés. Ce qui agit le mieux, c'est de suspendre le cou-de-pied dans un support élastique que le patient peut mobiliser au moyen d'un système de poulies. Jamais l'auteur n'a eu d'infection, ni d'épanchement intra-articulaire. Parfois sous anesthésie au Pentotal, 3 semaines après l'intervention, avant de décharger le patient, Haggart a défait des adhérences; il y a eu légère réaction, mais amélioration notable des mouvements.

Vingt patients ont été traités ainsi. L'âge moyen était de 56 ans, il y a eu un seul échec. Ces malades ont été suivis depuis 2 ans en moyenne après l'opération. Tous ont eu une amélioration marquée des mouvements, 15 ont les mouvements normaux, 4 ont une flexion de 75%.

Tous les patients ont un genou stable sans gonflement, et ont repris leur travail habituel. Huit se plaignent d'une certaine fatigue, mais bien tolérable.

Le seul cas qui soit un échec vient d'une mauvaise sélection et du refus du malade de coopérer avec son chirurgien.

Ls-Ph. ROY.

PEDIATRIE

CASTILLANOS et G. COUESA. — **Chloro-leucémie myéloïde.** "Boletin de la Sociedad of Pedriatria", **13**: 309 (juillet) 1941.

L'auteur présente un cas de chloro-leucémie myéloïde chez un enfant qui a évolué en deux étapes séparées par une période de rémission. A la première étape la maladie s'est présentée sous le masque d'un rhumatisme articulaire aigu vrai; à la 2e, elle affectait un cadre d'une gravité extrême déterminant en peu de jours une anémie intense et rapide, des phénomènes de dyscrasie sanguine, une fièvre élevée, de la prostration et une grosse hépato-spléno-mégalie. Au cours de la deuxième période, le fait le plus frappant fut l'apparition d'une série de tumeurs cutanées et sous-cutanées; les plus grosses étaient situées sur la tête, dures, fixes, douloureuses et en certains points présentaient une teinte ecchymotique. En général tout le corps était parsemé de ces lésions. Il existait dans le sang périphérique un hémogramme caractéristique de la leucémie myéloïde. Ce qui permit à l'auteur de faire toute une série de considérations sur l'étio-pathogénie, la symptomatologie, l'évolution des caractéristiques pathologiques et les diagnostics différentiels les plus importants.

Pierre CLERMONT.

NEURO-PSYCHIATRIE

V. B. KENYON, M. LOZOFF et D. RAPAPORT. — **Convulsions par le Métrazol dans le traitement des psychoses de la démence paralytique.** "Arch. Neur. Psy.", **46**: 884 (novembre) 1941.

Les auteurs rapportent que 16 patients, atteints de démence paralytique, ont été traités par le Métrazol. Douze patients avaient eu de l'hyperpyrexie antérieurement et quatre ne l'avaient pas eu. De ces 4 derniers, 2 ont montré une amélioration notable à la suite d'une série du shock métrazolique qui fut suivie d'hyperpyrexie. Des 12 premiers cas traités sans résultat par hyperpyrexie, le traitement par le Métrazol en a amélioré 10.

On déduit alors que le Métrazol est une thérapeutique adjuvante donnant de bons résultats dans certains cas de démence paralytique qui n'ont pas répondu au traitement syphilitique. Le Métrazol prépare ainsi la voie à la pyrétothérapie en supprimant rapidement l'agitation et les délires rencontrés chez certains patients au début de la neuro-syphilis.

Il n'y aurait aucun danger de donner le Métrazol dans la démence paralytique. La réaction au Métrazol serait semblable à celle rencontrée dans les psychoses fonctionnelles. On se propose de continuer les études de cette nouvelle thérapeutique.

Alcide PILON.

Cobb PILCHER. — **Hématome sous cortical. Traitement chirurgical, 8 cas rapportés.** "Arch. Neur. Psy.", **46**: 416 (sept.) 1941.

Il est assez surprenant de constater dans la littérature que les hématomes solitaires, traumatiques ou spontanés, siégeant sous le cortex ont reçu peu d'attention. Un diagnostic clinique peut être assez fréquemment porté, le traitement qui est toujours chirurgical a donné des résultats très satisfaisants.

Il existe peu de différence essentielle entre les hématomes sous-corticaux traumatiques ou spontanés.

Dans les 8 cas rapportés par cet auteur, deux sont franchements d'origine traumatique; chez l'un, la cause traumatique est douteuse et les autres sont d'origine spontanée. Aucun cas de mortalité opératoire n'a été rapporté, mais deux des malades sont morts 6 et 9 mois plus tard, le premier de pneumonie, le deuxième de cause inconnue.

Facteurs étiologiques

L'auteur ne prétend pas fournir une nouvelle explication des hématomes spontanés. Il se contente de relater les trois causes les plus plausibles qui ont déjà été rapportées:

1° anévrisme miliaire;
2° dégénérescence graisseuse des parois vasculaires;
3° les deux facteurs toxiques et infectieux.

L'âge

Six des 8 cas rapportés étaient des malades en dessous de l'âge moyen, et trois des malades étaient en dessous de 20 ans.

Localisation

L'hématome sous-cortical apparemment se localise généralement à la région fronto-pariétale, rarement au cervelet, et quelques fois à la région occipitale.

Symptômes

La caractéristique la plus intéressante de l'image clinique est le début brusque, que l'hématome soit traumatique ou spontané. Dans un seul cas la perte immédiate de connaissance fut constatée et ce fut lors d'une hémorragie spontanée. Dans la majorité de ces maladies, l'auteur raconte que l'état d'inconscience a suivi un développement rapide d'hémiplégie.

Les signes d'augmentation de tension intra-crânienne sont rencontrés seulement dans le stage de début. Le liquide céphalo-rachidien n'a contenu du sang que dans deux cas. Les convulsions semblent assez fréquentes. S'il y a calcification de la capsule, la radiographie peut la montrer, de même que le déplacement de la glande pinéale. Enfin les signes neurologiques localisateurs dépendent de la partie cérébrale intéressée.

Diagnostic

Le diagnostic est beaucoup plus difficile au stage de début qu'il l'est dans une période plus avancée. Si nous avons affaire à un traumatisme, fréquemment une hémorragie extra ou sous-durale est souvent suspectée, heureusement que dans ces cas l'intervention opératoire est toujours posée. Si dans l'observation il n'est pas question de traumatisme, le diagnostic d'un hématome sous-cortical sera posé lorsqu'il existe un délai ou une absence de perte de connaissance, que les symptômes de début sont brusques et présentent une localisation parfaitement définie à une région bien délimitée. Ces symptômes suggèrent plutôt une lésion sous-corticale que profonde.

A un stage beaucoup plus avancé, une confirmation additionnelle sera fournie par des manifestations telles que des attaques intermittentes avec récupération graduelle entre les attaques: crises convulsives généralement jacksonniennes; absence de progression de la tension intracrânienne, calcification dans la capsule de l'hématome, déplacement de la glande pinéale ou enfin dans certains cas bien sélectifs des images encéphalographiques ou ventriculographiques concluantes.

Pathologie

Au stage du début, dans les premiers jours, l'hématome présente une consistance semi-solide et est entouré par du tissus cérébral simplement comprimé. La substance cérébrale est tendue et il existe une distention nerveuse très marquée. A un stage plus avancé, de deux semaines à un an, il existe une vascularisation augmentée et nous avons parfois une encapsulation de l'hématome. Dans les années qui suivent, les capsules deviennent beaucoup plus espacées et la cavité plus petite. Il se fait un dépot de calcium à la paroi de la capsule. Le tissu cérébral réagit par hyperplasie neuroglique et retraction.

Procédures opératoires

Le choix de l'opération dépend des exigences de chaque cas individuel. Dans un stage du début, l'aspiration peut être assez fréquemment suffisante, parfois une décompression devra être pratiquée à cause de l'engorgement vasculaire et de l'augmentation considérable volume du cerveau. Une lésion bien encapsulée devra être extirpée verticalement. Les résultats opératoires ont été des plus satisfaisants chez l'auteur tel que rapportés plus haut. Des 8 cas, aucun n'est décédé de l'intervention.

En conclusion, on doit donc dire qu'assez fréquemment on ne suspecte pas l'existence d'un hématome sous-cortical surtout s'il est spontané et qu'il se présente chez un sujet jeune. Les symptômes doivent être recherchés et le diagnostic posé à temps, car une intervention chirurgicale est à conseiller et présente presque toujours des résultats très satisfaisants.

Jean SIROIS.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Hayes E. MARTIN et Everett L. SUGARBAKER. — **Cancer du plancher de la bouche.** "Surg. Gyn. and Obst.", **71**: 347 (septembre) 1940.

Le cancer du plancher de la bouche constitue parmi les tumeurs malignes, l'une des plus graves. Ce cancer très redouté du temps où seule la chirurgie était employée est aujourd'hui, grâce aux agents physiques, d'un pronostic un peu moins sévère. Ce

rapport comprend l'étude de 103 cas de cancer du plancher de la bouche vus au « Memorial Hospital » pendant 5 ans; de 1930 à 1935.

Les Auteurs comprennent par cancer du plancher de la bouche tout cancer qui se développe dans l'espace en forme de croissant allant de la partie supérieure de la gencive jusqu'à la face inférieure de la langue. Au « Memorial Hospital », ces tumeurs constituent 17% des tumeurs de la bouche, 7% des cancers des voies respiratoires et digestives supérieures et 1.43% de tous les cas de cancers admis à l'Hôpital.

Pour les 103 malades, l'âge moyen fut de 61 ans et 98% étaient des hommes. Dans la plupart des cas, le cancer siégeait à la partie antérieure, sur le côté de la ligne médiane, près de l'orifice des canaux excréteurs des glandes sous-maxillaires.

Les facteurs d'irritation répétée seraient, d'après les auteurs, moins responsables de l'apparition de ce cancer que pour les autres tumeurs malignes de la bouche, la langue en particulier. Le tabac, la carie dentaire, les pièces dentaires artificielles mal ajustées seraient des facteurs négligeables La syphilis démontrée dans 10% des cas de cette série n'entrerait pas beaucoup en ligne de compte. La leucoplasie étendue est plus fréquente, 25%, mais beaucoup moins que dans le cancer de la langue.

La variété histo-pathologique de cancer le plus souvent rencontré est le spino-cellulaire, soit 75%. Comme les auteurs l'ont montré dans un rapport précédent, le cancer du plancher de la bouche est plus radio-sensible que celui de la partie antérieure de la langue ou de la muqueuse des joues, mais on ne peut donner d'explication au point de vue histo-pathologique de cette particularité. Sa radio-sensibilité se rapproche de celle des cancers à la base de la langue et au pharynx.

Le premier symptôme qui amène le malade à consulter c'est la découverte qu'il a faite d'une petite tumeur sous-linguale. La douleur n'existe pas toujours au début et elle apparaît quelquefois tardivement. Il est arrivé parfois que de légères hémorragies ou une sensation de gêne à la langue ont amené le patient à consulter.

L'adénopathie régionale n'est pas aussi fréquente que pourrait le laisser croire la malignité de cette forme de cancer. A l'admission, 34% des malades seulement présentaient des ganglions et après l'admission un autre 24% en développaient soit 58% de la totalité des patients.

Sur 12 autopsies pratiquées pour ces malades on n'a trouvé qu'une fois des métastases viscérales au poumon et au foie.

Martin et Sugarbaker admettent que le diagnostic de cancer du plancher de la bouche se fait facilement, mais ils n'en préconisent pas moins la biopsie dans tous les cas, afin que le thérapeute soit renseigné sur la forme histologique du cancer.

Dans l'opinion des auteurs, seuls les cancers, dont le diamètre ne dépasse pas 1 centimètre peuvent être soumis à la chirurgie, mais même dans ce cas et pour tous les autres cas, qui sont les plus nombreux, la thérapeutique à conseiller est celle des radiations.

Avant de commencer le traitement les auteurs conseillent, lorsque les dents sont saines, de les faire couper au ras de la gencive plutôt que de les faire enlever, de détruire les nerfs dentaires et de faire l'obstruction des canaux des racines dentaires. Ce procédé aurait pour but d'éviter l'ostéomyélite du maxillaire qui survient fréquemment à la suite du traitement par les radiations. En plus le malade est prié de se servir de la brosse à dents, s'il n'en a pas l'habitude, à se rincer fréquemment la bouche avec une solution alcaline et tous les jours pendant le traitement, la bouche du malade est vaporisée avec une solution de Dakin et son régime alimentaire est corrigé s'il en est besoin.

La technique d'irradiation par les rayons X utilisée par les auteurs est un peu particulière. Elle se résume à ceci: donner 5,000 à 7,000 r en 3 semaines par une porte d'entrée formée d'un cylindre de calibre restreint afin que l'irradiation ne dépasse pas trop le champ à irradier et dans le but d'éviter la radio-nécrose du maxillaire. A ce traitement par les rayons X peuvent, selon les cas, s'ajouter, en même temps ou après, des applications de radon.

Quant aux adénopathies, Martin et Sugarbaker préfèrent les radiations à la chirurgie tout en admettant que dans certaines conditions qui tiennent du cancer lui-même, à l'étendue des adénopathies, à l'habilité et à l'expérience du chirurgien, l'ablation chirurgicale complète puisse être faite avec avantage.

Les complications à craindre sont la douleur, la radio-nécrose, l'infection, l'hémorragie, l'ostéomyélite et certains accidents dentaires.

Sur ces 103 malades traités, 20 eurent une récidive locale de leur cancer, soit 19%.

Le pronostic du cancer du plancher de la bouche est sérieux mais moins grave semble-t-il qu'il y a quelques années. Des 103 malades qui ont fait l'objet de cette statistique, 22 sont encore vivants, et bien portants, 5 ans et plus après le début de leur affection, 13 sont morts d'une autre maladie, 8 n'ont pas été revus.

Sur les 87 malades suivis pendant au moins 5 ans, 60 sont morts de leur cancer, donnant après ces 5 années un chiffre total de 25% de guérisons.

E. GAUMOND.

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Robert TIFFENEAU. — **L'administration des médicaments par la voie pulmonaire.** "Paris Médical", **31**: 367 (20 juin) 1941.

L'A. débute ainsi dans ses préliminaires: « Bien

que l'administration des agents médicamenteux par la voie pulmonaire ait été envisagée depuis fort longtemps, cette méthode est demeurée jusqu'à nos jours trop strictement empirique et même trop imprécise au point de vue technique et scientifique pour qu'elle ait pu conquérir en thérapeutique la place qu'elle semble mériter. »

Les méthodes longtemps préconisées, l'inhalation et la pulvérisation présenteraient deux inconvénients majeurs: d'une part, les gouttelettes sont trop grosses pour permettre une migration profonde dans les voies respiratoires; d'autre part, il n'est pas possible d'apprécier la quantité de substance médicamenteuse résorbée.

Dans le présent mémoire, l'A. expose comment on peut réaliser une pulvérisation d'une grande ténuité permettant aux fines particules en suspension c.-à-d. aux microbrouillards, de pénétrer jusqu'à l'alvéole.

I. — *Microbrouillards.* L'utilisation en thérapeutique de microbrouillards médicamenteux a également été envisagée soit comme désinfectants de l'atmosphère, soit pour réaliser l'administration transpulmonaire des agents médicamenteux.

Pour produire ces microbrouillards, à côté des différents appareillages utilisés par Heubner, Gänsslen, Dautrebande et Biancani, l'A. présente la description de son propre appareil constitué de deux cuves étanches: l'une dite de pulvérisation, en cuivre étamé, composée de deux parties; l'autre, dite d'utilisation, construite en rhodoïd.

Avec cet appareil, on obtient un brouillard très fin ou aérosol ayant les caractéristiques suivantes: à peine visible à l'œil nu, non mouillant, relativement stable, très peu influencé par la pesanteur; la teneur en substance pulvérisée étant toujours identique pour un même débit d'air comprimé et une même solution.

II. — *Dosage de la quantité de substance médicamenteuse administrée.*

Le dosage s'obtient en faisant inhaler au patient un brouillard dont la teneur en principe médicamenteux est toujours identique. Avec le dispositif technique de l'A., l'inhalation du microbrouillard s'effectue sans qu'aucun apport d'air extérieur ne vienne le diluer. La quantité de substance médicamenteuse inhalée dans l'unité de temps correspond au quotient du débit respiratoire en litre de gaz par la quantité de solution médicamenteuse contenue dans un litre d'aérosol dont le dosage sera effectué une fois pour toutes.

Pénétration pulmonaire et sanguine du médicament.

Grâce au microbrouillard, la pénétration s'effectue bien jusqu'aux alvéoles pulmonaires de telle sorte que les solutions médicamenteuses peuvent traverser la membrane alvéolaire; fait acquis pour de nombreuses substances: éphédrine, adrénaline, benzédrine, iodure de potassium, caféine, etc. Il y a environ 1/20 de la quantité d'adrénaline inhalée qui traverse la membrane alvéolaire et pénètre dans le sang. Il est probable que la taille des particules en suspension c.-à-d. le degré de dispersion de l'aérosol peut influencer la fixation des molécules liquidiennes sur la paroi de l'alvéole, condition indispensable de la traversée. D'autre part, l'état pathologique de la membrane alvéolaire et les caractères physiques de la substance médicamenteuse diminuent le degré d'absorption.

Les réactions broncho-pulmonaires secondaires.

Ces réactions sont fonction des propriétés pharmaco-dynamiques des substances chimiques en solution. Ainsi l'eau et le sérum physiologique ne déterminent aucune manifestation broncho-pulmonaire importante. Par contre, les substances chimiques exercent une action incontestable sur l'épithélium ou la musculature broncho-pulmonaire. Deux facteurs accroissent l'activité sur l'arbre broncho-pulmonaire des substances médicamenteuses inhalées: l'hyperactivation des substances médicamenteuses, consécutive à leur fine dispersion, et la forte concentration des solutions médicamenteuses utilisées dans la pulvérisation aérienne.

1) *Les réactions bronchiques.*

Par action soit directe sur l'épithélium bronchique, soit indirecte par voie réflexe, en irritant les premières voies respiratoires, certaines substances sont susceptibles d'exercer un spasme bronchique. Ainsi, des vapeurs d'ammoniaque provoquent la constriction bronchique lorsqu'elles agissent directement sur la muqueuse trachéo-bronchique; l'excitation nasale par ces mêmes vapeurs peut aussi déterminer une broncho-constriction due à une action réflexe agissant par l'intermédiaire des pneumogastriques dont la section supprime aussitôt l'effet broncho-constricteur.

Une des conditions de l'utilisation de la voie transpulmonaire en thérapeutique sera donc de s'assurer que la solution médicamenteuse utilisée ne détermine pas d'effet broncho-constricteur important.

D'autre part, certaines substances exercent sur la musculature bronchique un effet spasmodique. L. Binet a démontré que l'atropine, l'adrénaline, l'éphédrine, la caféine, la vitamine C sont susceptibles de faire régresser une brocho-constriction.

2) *Les réactions alvéolaires.*

Biancani et Delaville ont constaté en faisant inhaler des dispersats de fer colloïdal et d'émulsion huileuse, un état œdémateux avec gonflement et tuméfaction des cellules alvéolaires; avec le sérum hyper et isotonique, ils constatent une congestion des vaisseaux capillaires. Il convient donc de s'assurer que la substance inhalée ne détermine pas de réactions de l'épithélium pulmonaire, et de veiller à ce que la solution utilisée soit isotonique et qu'elle soit ramenée à un pH convenable.

3) *Les réactions inflammatoires et tensionnelles réflexes.*

L'inhalation de solution d'un pH trop abaissé détermine de l'inhibition respiratoire avec diminution de la fréquence et de l'amplitude de la respiration.

A ces réactions pulmonaires s'associent souvent des modifications cardiovasculaires et en particulier une baisse peu durable de la pression artérielle. Ces perturbations sont d'ordre réflexe.

Concluons en disant que ces progrès nous permettent d'aborder avec fruit l'étude de la voie pulmonaire d'administration médicamenteuse.

V. LATRAVERSE.

Derrick VAIL. — **Sur le mécanisme et les causes d'hyphéma après l'extraction de cataracte.** "Amer. Jour. Ophth.", **24**: 920 (août) 1941.

Dans cet article, l'auteur compare deux grandes séries de patients privés, opérés au même hôpital et ayant reçu les mêmes soins d'hospitalisation, sous la conduite des mêmes gardes-malades.

Le travail fut fait par le père de l'auteur et par l'auteur lui-même, chacun employant une technique différente. 890 cas de cataracte opérés par Vail Sr. entre 1916 et 1927 furent comparés avec 510 cas opérés par l'autre, entre 1925 et 1933.

Vail Sr. n'a pas employé l'akinésie de paupière, pas de lambeau conjonctival, pas de suture.

Vail Jr. se servit de la méthode de Van Lint pour akinésie, la suture d'Angelucci à travers le muscle droit supérieur et enfin le petit lambeau conjonctival de Verhoeff.

Vail Sr. fit usage d'une solution d'atropine à 1% en instillation, dans tous les cas.

Vail Jr. installa une goutte de la solution de salicylate d'ésérine à 0.25% dans des cas cataracte intracapsulaire, et une goutte de sulfate d'atropine dans les cas d'extracapsulaire.

Les deux opérateurs employèrent les mêmes soins opératoires.

Fréquence d'hyphéma post-opératoire:

Vail Sr. 11 des 890 cas ou 1.23%
Vail Jr. 27 des 510 cas ou 5.29%
Vail Sr. 2 cas intracapsulaires ou 0.4%
9 cas extracapsulaires ou 2.1%
Vail Jr. 21 cas intracapsulaires ou 6.9%
6 cas extracapsulaires ou 2.8%

Fréquence de prolapsus irien:

Vail Sr. **62 des 890 cas ou 6.9%**
Vail Jr. 15 des 510 cas ou 2.9%.

D'après le docteur Vail, il se rencontre moins d'hyphéma dans les prolapsus iriens.

Logiquement, **on peut donc conclure que le** prolapsus irien agit comme un tampon produisant une hémostase sur les capillaires nouvellement formés rupturés.

Philps a récemment noté que les hyphémas pourraient être divisés en trois groupes:

1° Ceux survenant au moment de l'opération du lambeau conjonctival. Ceux-ci s'absorbent très rapidement et au premier pansement, 24 heures après, sont disparus.

2° Ceux survenant pour la première fois plusieurs semaines après l'opération, concurremment avec une attaque d'iritis. Ils sont sujets à des rechutes à différents intervalles. Ceux-ci peuvent être considérés comme d'origine inflammatoire.

3° Ceux survenant entre la seconde et la 10e journée post-opératoire presque invariablement entre la 2e et la 6e journée. L'œil est usuellement libre de sang en 2 ou 3 semaines.

Conclusion

L'hyphéma est le résultat de la réouverture de la plaie et la rupture de la section de vaisseaux cornéens épiscléraux nouvellement formés. Dans très peu de cas, il résulte de la rupture ou diapédèse des vaisseaux de l'iris malade résultat d'inflammation. Dans ce cas, il est sujet aux récidives.

En plusieurs cas, un traumatisme direct est la cause principale de la rupture. D'autre part, il y a beaucoup de cas rapportés dans lesquels un traumatisme direct et souvent très sévère n'a pas occasionné d'hyphéma.

L'hyphéma survient très fréquemment entre la 3e et la 6e journée après l'extraction de la cataracte.

Approximativement, dans 8% des cas d'extraction de cataracte, l'hyphéma se développe. La cause est entièrement locale. Les facteurs constitutionnels comprenant le diabète ne jouent aucun rôle. Le type d'opération (intracapsulaire ou extracapsulaire) n'a aucune influence sur l'apparition de l'hyphéma.

Enfin, le traitement préventif est important. L'usage de plusieurs sutures cornéosclérales est très à conseiller. Le patient doit être soigneusement surveillé au moins pendant les 7 jours qui suivent l'opération. Le premier pansement est très important.

Une étude d'une seconde série de 675 cas d'extraction de cataracte confirme l'auteur dans les résultats qu'il a obtenus en 1933.

E. MARANDA.

Horacio FERRER. — **Dialyse conjonctivale dans le traitement du glaucome récidivant post-sclérectomie.** "Revista de Medicina y Cirugia de la Habana", **46**: 299 (31 juillet) 1941.

Que ce soit par procédé d'Elliot ou par celui de Lagrange, la sclérectomie constitue une excellente méthode de traitement du glaucome chronique, mais, fréquemment, on observe, peu de jours ou de mois après, des signes d'hypertension oculaire, révélés presque toujours par la douleur ou la tonométrie. Dans ces cas, il est presque sûr que la brèche sclérale

s'est obstruée, ce qui nécessite une autre intervention qui conduit au même résultat. Ainsi, en étudiant les cas de glaucome récidivant où l'on avait commis l'erreur d'opérer une hypertension secondaire, l'auteur est arrivé à la conclusion que, dans l'étiologie de la nouvelle attaque, il faut admettre deux causes distinctes, faciles à différencier cliniquement et demandant un traitement différent.

1) Les cas où la conjonctive ne présente pas d'élévation témoignant d'une obstruction de l'orifice de trépanation par les bords du colobome iridien ou par des exsudats. Ces patients sont justiciables d'une nouvelle opération.

2) Chez d'autres, on remarque la formation d'une petite bourse de 3 à 8 mm. de diamètre, parfaitement circonscrite, tendue, complètement isolée des espaces sous-conjonctivaux immédiats par une soudure cicatricielle. Ces cas sont très efficacement traités par une opération appelée dialuse conjonctivale. Les résultats obtenus sont excellents, l'hypertension cède immédiatement et avec elle, la douleur; il se forme une bourse plane et étendue qui garantit la fistulisation de l'œil.

Ce procédé très simple et très ingénieux, que l'on présentera la semaine prochaine, tend à corriger cette adhérence scléro-conjonctivale et constitue une acquisition de valeur pour le traitement chirurgical du glaucome chronique.

Pierre CLERMONT.

T. Carrol DAVIS et John C. ROMMEL. — **Traitement par la prostigmine de la surdité et des phénomènes nerveux.** "Archives of Otolaryngology", **29**: 751 (mai) 1939.

Les auteurs sont surpris de voir que les effets merveilleux de ce médicament sur l'oreille n'aient pas été publiés avant aujourd'hui bien que cette médication soit connue depuis longtemps dans le diagnostic et le traitement de la myasthénie grave. *Rommel* a personnellement fait l'expérience sur lui-même. Après s'être injecté 1 c.c. de Prostigmine à 1 pour 4,000, il s'est aperçu que son audition était meilleure. Il prévoit entendre à une distance de 8 pieds un réveille-matin qui jusqu'alors lui paraissait aussi silencieux qu'une montre. Dans la suite, il essaya la Prostigmine chez les sourds. Dès les premières injections, le patient remarque une amélioration sensible. Davis et Rommel constatent qu'après une ou deux injecteons et un repos de 10 jours, l'amélioration notée au début ne s'est pas maintenue. Il donne alors une injection à tous les 5 jours et se sert d'une solution plus forte, soit à 1 pour 2,000. En avril 1937, le traitement est amélioré en faisant prendre au patient un comprimé par la bouche de Prostigmine à 15 milligrammes. L'usage des comprimés seuls n'a pas donné des résultats. Il faut y adjoindre deux injections par semaine.

De la Prostigmine on sait que c'est un composé synthétique se rapprochant de la physostigmine mais qui en diffère par sa plus grande stabilité. Incidemment, ajoutons qu'on peut se servir de la Prostigmine dans le traitement du glaucome (hypertension oculaire) comme on se sert depuis longtemps de la physostigmine ou ésérine.

L'action de la Prostigmine sur l'oreille serait la même que l'action de la Prostigmine dans la myasthénie grave. L'innervation des muscles de la face et des muscles de l'oreille est identique (facial, corde du tympan, partie motrice du trijumeau). La prostigmine stimulerait les muscles de la face et les muscles de l'oreille. Les auteurs parlent du danger d'employer des doses trop fortes. Il y a eu des cas de prostration mais ils sont survenus chez des personnes souffrant de goitre. On n'a pas noté grand inconvénient à donner des doses prolongées. Davis a donné un traitement de 5 ou 6 mois consécutifs. Chose intéressante, un des auteurs a eu du succès avec la Prostigmine dans le traitement de la névralgie faciale. Il rapporte deux cas de guérisons après 5 mois. Davis et Rommel présentent un tableau de 29 cas où ils ont eu du succès dans vingt cas. Les auteurs concluent: 1) dans les cas aigus de surdité (grippe, catarrhe, tubaire, etc.), un traitement de 5 injections suffit.

2) Dans les cas chroniques, c'est ici, je suppose où on doit employer la Prostigmine, il faut continuer le traitement pendant longtemps (5 ou 6 mois) à raison de 2 injections par semaine avec, en plus, les comprimés.

3) La Prostigmine a une réelle valeur dans le traitement de la surdité, dans le traitement des bourdonnements d'oreilles et dans la névralgie faciale.

4) Il faut tout de même être prudent. La toxicité de ce produit n'est pas tout à fait bien déterminée.

5) Dans tous les cas où l'on serait tenté d'employer la Prostigmine, il faut agir avec discernement et faire un bon diagnostic, une sinusite, un bouchon de cérumen, une obstruction nasale doivent d'abord être traités.

Jean LACERTE.

VENEREOLOGIE

Jacques LEROY. — **Contribution à l'étude du 146 R. P. dans la blennorragie masculine et féminine.** "Bull. Soc. F. de Derm. et Syph.", **46**: 1379 (septembre-octobre) 1939.

Le 146 R. P. est le para-amino-benzène-sulfamido-méthyl-thiazol. 17 malades ont été traités: 15 hommes et 2 femmes, selon la posologie 2 de P. Durel pour le 693.

Malades neufs (7): 5 malades guéris en 3 à 4 jours.
1 malade guéri après 8 jours.
1 malade non guéri.

Malades récidivistes (2) : ces deux malades guéris une première fois par le 693 l'ont été dans le même temps par le 146 R. P.

Urétrites compliquées (2) : un de spermatocystite, l'autre de prostatite chronique. Le premier a guéri en 4 jours et l'autre en 6 jours.

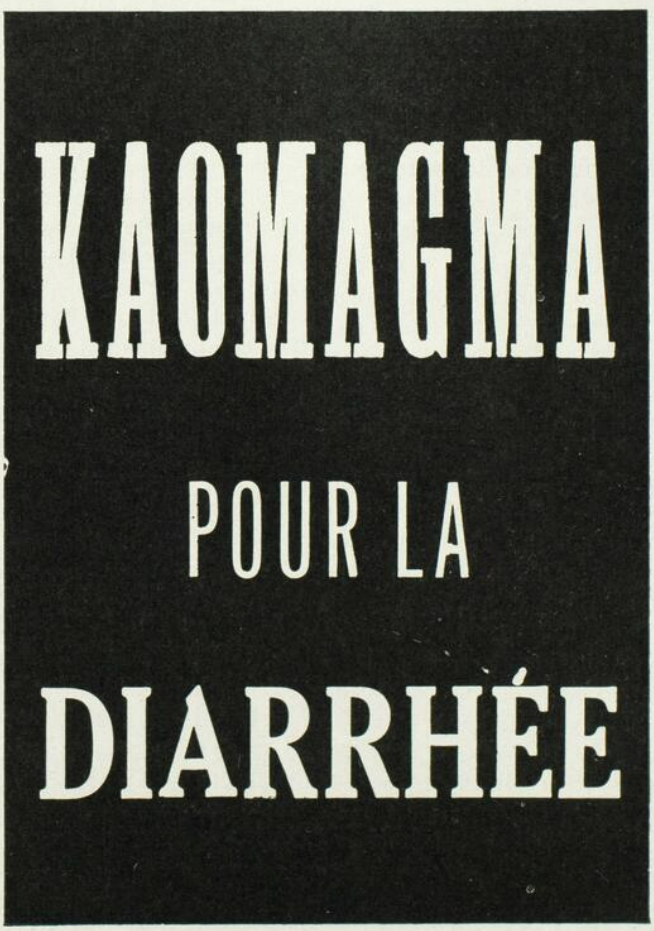
Malades ayant résisté aux autres sulfamidés (1162 ou 693-3 malades). Ces trois malades ont guéri entre 8 et 12 jours avec le 146 R. P.

Blennorragie féminime (2). Pour la première, il s'agissait d'une urétrite aiguë et d'un réveil d'une salpingite ancienne. Guérison urétrale obtenue en 10 jours, mais la salpingite n'a pas paru bénéficier, de la même manière, du traitement. Pour la deuxième malade, il s'est agi d'une primo-infection qui a guéri en 12 jours.

Rhumatisme blennorragique polyarticulaire à forme arthralgique (1). Arthralgies multiples atteignant presque toutes les articulations avec prédominence aux vertèbres cervicales, temporo-maxillaires, poignets, doigts, genoux et talalgie. 2 cures de 9 jours de 146 R. P. séparées par un intervalle de 7 jours ont produit une action bienfaisante particulièrement nette.

Le médicament semble avoir une action antigonoccique à peu près équivalente à celle du 693 et il est toujours très bien toléré. C'est peut-être là sa grande supériorité sur les autres sulfamidés.

E. GAUMOND.



CONGRÈS ET 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.

RAPPORT DE LA DEUXIEME REUNION ANNUELLE DES OPHTALMOLOGISTES ET OTO-LARYNGOLOGISTES CANADIENS-FRANCAIS

tenue à l'Hôtel-Dieu de Québec, le 11 octobre 1941

La deuxième réunion de l'Association des Ophtalmologistes et des O.R. Laryngologistes de langue française eut lieu à l'Hôtel-Dieu de Québec, le 11 octobre dernier, sous la distinguée présidence du docteur Jos. Vaillancourt.

Quarante médecins venus des quatre coins de la province y assistèrent. Cette nombreuse assistance fut un magnifique témoignage de l'intérêt porté à notre association naissante.

Le caractère scientifique et clinique que lui avaient donné les membres fondateurs a assuré le succès de cette réunion.

De fait, la plupart des travaux présentés, le furent sous la forme d'observations cliniques avec présentation de malades.

L'assistance put, à loisir, examiner une dizaine de malades ayant été les sujets des communications. En voici le programme:

Dr P. Panneton (Montréal). Images radioscopiques dans la commotion des sinus de la face.

Dr Ls. de G. Joubert (Montréal). Deux cas de mastoïdite de *Mouret*.

Dr Jos. Vaillancourt (Québec). Un cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage par ingestion de « lessive ». Un cas d'ostéome de la face.

Dr Jean Lacerte (Québec). Un cas d'arachnodactylie ou syndrome de Marfan. Un cas de dégénérescence maculaire ou maladie de Stargardt.

Dr E. Blain (Montréal). Un cas de myopie régressive.

Dr V. Latraverse (Montréal). Nouveau traitement de l'otite catarrhale aiguë à la portée du praticien.

Dr E. Pelletier (Québec). Extraction d'un corps étranger du larynx par laryngofissure.

Dr Paul Painchaud (Québec). Un cas d'ulcère de Mooren et un cas d'ulcère cornéen grave à staphylocoque guéris par recouvrement conjonctival total après cautérisation ignée.

N. B. Ces travaux seront, pour la plupart, publiés « in extenso » dans *l'Union Médicale*.

Après la séance, les médecins furent conviés à un déjeuner chez Kerhulu où trente confrères se rendirent. Les membres choisirent alors la ville des Trois-Rivières pour leurs assises du printemps et élurent unanimement à la présidence le docteur Auguste Panneton, l'un de ceux qui, en septembre 1940, fit le plus pour la fondation de notre association. Il fut, en plus, décidé de créer un secrétariat permanent dont on a confié l'administration à votre humble serviteur.

Paul PAINCHAUD,
secrétaire

———o———

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Rapport annuel du Secrétaire Général pour l'année 1941 [1]

Il est d'usage que le secrétaire de la Société Médicale, lors de la dernière séance de décembre, résume les activités de l'année, dans un rapport, qu'il présente au nom de l'Exécutif.

C'est avec plaisir que je me conforme à une aussi louable tradition.

1. Rapport présenté, lors de la dernière séance de l'année 1941, le 16 décembre, à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence de M. Hector Sanche. Ce rapport, qui fut adopté à l'unanimité, ne comprend pas la programme des « Journées Médicales », qu'on trouvera dans *l'Union Médicale du Canada* (N[os] de novembre et décembre 1941).

On a souvent dit et répété que les années se suivent et ne se ressemblent pas. En 1941, *la Société Médicale a continué sa marche ascendante dans la voie du progrès. Elle a continué à tenir, comme par le passé, des réunions le* 1er *et le* 3e *mardi de chaque mois et à mettre à l'ordre du jour les grandes questions de l'actualité scientifique. Mais elle a fait la part des événements; elle s'est préoccupée des besoins de l'heure, qui sont urgents et impérieux; elle a réalisé pleinement que nous sommes en guerre contre de redoutables puissances et que la profession médicale aura bientôt la responsabilité de soigner les blessés et de protéger la population civile.*

C'est ainsi que les grands syndromes hémorragiques et les hémorragies méningées d'une part, la grippe et la fièvre typhoïde d'autre part, firent l'objet d'études spéciales; c'est ainsi que tout récemment la Société recevait le contre-amiral Gordon-Taylor, chirurgien-en-chef de la marine royale, qui nous parla en français *du traitement des plaies de guerre.*

Les autres séances académiques portèrent sur des sujets d'ordre pratique ou social, comme le problème amygdalien, l'opothérapie en gynécologie, la diphtérie, le cancer.

Tout en accordant à ces symposiums l'importance qu'il convient, nous n'avons pas négligé les séances cliniques dans les hôpitaux, où le praticien peut se rendre compte par lui-même de l'application des nouveaux procédés de diagnostic et de traitement. Toutefois, nous aimerions qu'il y ait davantage un contraste entre les séances académiques et les réunions hospitalières. Nous voudrions que les séances cliniques soient uniquement constituées par des présentations de malades ou des démonstrations pratiques, de manière à ce que le médecin ne perde pas l'habitude de l'observation du malade, art dans lequel ont toujours excellé les maîtres de l'Ecole française, dont nous sommes ici les représentants sur cette terre d'Amérique.

L'an dernier, la Société Médicale de Montréal, à l'occasion de son quarantième anniversaire, inaugurait des « Journées Médicales », qui connurent un éclatant succès.

De semblables assises furent répétées cette année les 1er, 2, 3 *et* 4 *octobre et coïncidèrent avec le banquet annuel de la Société, lequel eut lieu le* 3 *octobre, au Cercle Universitaire, sous la présidence d'honneur de l'honorable Henri Groulx, ministre de la Santé et du Bien-Etre Social.*

Au cours de la présente année, il y eut 14 *séances et* 61 *communications.* 1,165 *membres assistèrent à nos réunions, en sorte que la moyenne des présences a été de* 83. *Si l'on tient compte des « Journées Médicales » et de la conférence de M. Gordon-Taylor, le nombre des présences s'élève à* 1,820 *et la moyenne à* 95.

Le nombre de nos membres en 1941 *a sensiblement augmenté, puisqu'il dépasse maintenant* 500.

Nous avons eu à déplorer, au cours de l'année, la perte des Drs Edgar Langlois, Médéric Le Moyne, J.-M.-A. Valois et A.-H. Desloges, depuis longtemps membres de notre Société.

Je ne saurais terminer ce rapport de nos activités sans remercier ceux qui ont si généreusement contribué au succès de la présente année; tout d'abord mon président et mon vice-président, les Drs Hector Sanche et G.-L. Prud'homme, dont les conseils et l'appui m'ont été si précieux; les rapporteurs et ceux qui ont pris part à la discussion; les représentants des hôpitaux, qui m'ont si souvent facilité la tâche dans l'organisation des séances cliniques; enfin, ceux qui assistèrent régulièrement à nos assemblées — et ils sont maintenant nombreux — et dont la présence est un témoignage non équivoque de l'intérêt de nos programmes et de l'utilité de nos réunions.

Comme l'an dernier, et pour me conformer à une coutume établie par mes prédécesseurs, je termine mon rapport par la liste des travaux présentés à la Société Médicale en 1941.

1ère SEANCE
le mardi 21 janvier 1941
tenue à l'Hôtel-Dieu
consacrée à la "GRIPPE"

1. Diagnostic et traitement de la grippe chez l'adulte. MM. *A. Léger* et *J. Prévost.*

2. Diagnostic et traitement de la grippe chez l'enfant. MM. *H. Baril* et *A. Martel.*

3. Epidémiologie et prophylaxie de la grippe. MM. *A. Groulx* et *J.-H. Gervais.*

2ème SEANCE
le mardi 4 février 1941
tenue à l'hôpital Notre-Dame

1. Diabète et pancréatite externe. — Nouvelle méthode d'exploration fonctionnelle du pancréas. MM. *C.-E. Grignon, Y. Chaput* et *P. Riopel.*

2. Syndrome neurologique post-puerpéral. Discussion du diagnostic. M. *Jean Saucier.*

3. Reprise des menstruations après quatre ans de ménopause. Contrôle histologique et hormonal. MM. *L.-C. Simard* et *R. Simard.*

4. Nouvelles observations gastroscopiques. MM. *René Rolland* et *Roger Dufresne.*

5. Un corps étranger intra-oculaire insoupçonné. Extraction par le segment postérieur. MM. *J. Brault* et *L. Gélinas.*

6. Un cas d'érythrémie (maladie de Vaquez). Rœntgenthérapie sur glandes antro-pyloriques. Résultats favorables. M. *Anselme Léger.*

3ème SEANCE
le mardi 18 février 1941
tenue à l'hôpital Notre-Dame
consacrée au "PROBLEME AMYGDALIEN"

1. Hypertrophie et infection chronique du tissu lymphoïde du pharynx. — Les végétations adénoïdes du nourrisson. MM. *J.-A. Léveillé* et *Jean Lapointe.*

2. Infection chronique des amygdales et rhumatisme articulaire aigu. MM. *J.-Roméo Pepin, René Dandurand* et *Roland Dussault.*

3. Tonsillectomie chez les enfants de moins de cinq ans. Son utilité. M. *Philippe Panneton.*

4ème SEANCE
le mardi 4 mars 1941
tenue à l'Institut du Radium

1. Où en sommes-nous en 1941 dans la lutte anticancéreuse au Canada? M. *J.-E. Gendreau.*

2. Cancer de la peau (avec présentation de malades). MM. *O. Dufresne* et *L. Jutras.*

3. Cancer de la bouche. Formes anatomo-cliniques. Traitement. MM. *G. Pinsonneault* et *J.-N. Roy.*

4. Cancer du poumon (avec présentation de malade). MM. *Nérée Allaire* et *V. Latraverse.*

5. Essai de prophylaxie du cancer du col utérin. MM. *L.-P. Laporte* et *P. Caumartin.*

6. Cancer du rectum. Observations personnelles. MM. *E.-P. Grenier* et *R. Roux.*

5ème SEANCE
le mardi 18 mars 1941
tenue à l'Hôtel-Dieu
consacrée aux "HEMORRAGIES MENINGEES"

1. Les hémorragies méningées médicales. M. *Antonio Barbeau.*

2. Les hémorragies méningées obstétricales. MM. *Donatien Marion* et *Albert Guilbeault.*

3. Les hémorragies méningées chirurgicales. M. *Jean Panet-Raymond.*

6ème SEANCE
le mardi 1er avril 1941
tenue à l'hôpital Général de Verdun

1. Sur un cas d'empyème post-pneumonique. M. *Robert Lachance.*

2. Données biologiques sur la transfusion avec le sang placentaire. M. *Georges Pearson.*

3. Utilité d'un diagnostic précoce dans la lithiase biliaire. M. *Paul Caumartin.*

4. A propos d'un cas de dilatation duodénale. M. *Donat Voghel.*

5. Les médicaments cardiaques. M. *L.-P. Pelletier.*

7ème SEANCE
le mardi 15 avril 1941
tenue à l'hôpital Notre-Dame
consacrée à la "DIPHTERIE"

1. Biologie de la diphtérie. — Le bacille diphtérique: toxine, antitoxine et anatoxine diphtérique. L'immunité dans la diphtérie. M. *Armand Frappier.*

2. Clinique de la diphtérie. — Sur quelques erreurs à éviter dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de la diphtérie. M. *J.-H. Charbonneau.*

3. Prophylaxie de la diphtérie. — Etat actuel de la lutte contre la diphtérie à Montréal. Résultats obtenus par la vaccination. M. *Adrien Plouffe.*

8ème SEANCE
le mardi 6 mai 1941
tenue à l'hôpital St-Jean-de-Dieu

1. La psychiatrie et le praticien. M. *Emile Legrand.*

2. Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales. M. *Jean Panet-Raymond.*

3. A propos du traitement convulsivant dans certaines affections mentales. M. *Alcide Pilon.*

4. La chirurgie chez les aliénés: fracture du calcanéum; cas de scalp. M. *Eugène Dufresne.*

5. Le métrazol en psychiatrie. Mode d'emploi et résultats. M. *Hermas Tellier.*

6. Essai de mise au point du diagnostic de la démence précoce. Ses rapports avec l'interprétation des résultats thérapeutiques. M. *Paul Larivière.*

9ème SEANCE
le mardi 20 mai 1941
tenue à l'Hôtel-Dieu
consacrée à la "GYNECOLOGIE"

1. Acquisitions récentes sur la fonction ovarienne et le cycle menstruel. MM. *Eugène Robillard* et *Samuel Letendre.*

2. Nouveaux procédés d'exploration en gynécologie. MM. *Raymond Simard* et *Pierre Meunier.*

3. Traitement de quelques troubles fonctionnels en gynécologie. — Mode d'emploi de l'opothérapie. MM. *C.-E. Grignon* et *Jacques Gauthier.*

10ème SEANCE
le mardi 21 octobre 1941
tenue à l'hôpital de la Miséricorde

1. Considérations pratiques sur la fièvre puerpérale M. *Alcidas Ricard.*

2. A propos d'un cas de fièvre puerpérale. M. *Azarie Cousineau.*

3. Fibrome et grossesse. Observation clinique. MM. *A.-H. Robert* et *A.-Z. Crépault.*

4. Influence du fibrome sur la marche du travail et les suites de couches. M. *Léon Journet* .

5. Fibrome et grossesse. Pronostic. Traitement (avec projection de film). M. *Jean Champeau.*

11ème SEANCE
le mardi 4 novembre 1941
tenue à l'hôpital Notre-Dame
consacrée aux "GRANDS SYNDROMES HEMORRAGIQUES"

1. Le laboratoire dans les grands syndromes hémorragiques. MM. *J.-Roméo Pepin, René Dandurand,*

2. Aspects médicaux des grands syndromes hémorragiques. *MM. J.-Roméo Pepin, René Dandurand, Rodrigue Lefebvre* et *Roland Dussault.*

3. Aspects chirurgicaux des grands syndromes hémorragiques. M. *Pierre Smith.*

12ème SEANCE
le mardi 18 novembre 1941
tenue à l'hôpital St-Luc

1. Deux cas de lupus érythémateux. M. *Eugène Garceau.*
2. Les gastrectomisés et leur avenir (avec présentation de malades). M. *Louis Bernard.*
3. Le pédiatre dans la cité future. M. *Daniel Longpré.*
4. Ostéo-pétrose et cancer de la prostate. MM. *Roméo Grondin* et *P.-René Archambault.*
5. Prophylaxie de l'avortement. M. *Alfred Le Roy.*

13ème SEANCE
le mardi 2 décembre 1941
tenue à l'Hôtel-Dieu
consacrée à la "FIEVRE TYPHOIDE"

1. Etiologie de la fièvre typhoïde. M. *Armand Frappier.*
2. Epidémiologie de la fièvre typhoïde. M. *A.-R. Foley* (de Québec).
3. Prophylaxie de la fièvre typhoïde. Importance de la vaccination. M. *Willie Major.*

14ème SEANCE
le mardi 16 décembre 1941
tenue à l'Hôtel-Dieu

1. Cutiréaction à la tuberculine. M. *Gérard Poupart.*
2. Accidents de la dent de sagesse. — M. *Georges-Etienne Cartier.*
3. Le shock et son traitement. M. *Gérard St-Onge.*
4. Quelques causes extra-cardiaques de fausse angine de poitrine. M. *Rodrigue Lefebvre.*
5. Le traitement des cervicites chroniques. M. *Pierre Meunier.*
6. Importance de l'examen radiologique dans le diagnostic de la tuberculose rénale. MM. *Oscar Mercier, Jean-Paul Bourque* et *Jean-Paul Legault.*

*
* *

Ce rapport, qui vous est humblement soumis, vous convaincra, je l'espère, que nous avons continué de progresser en 1941 *et que notre Société est appelée à jouer un rôle de plus en plus important dans l'avenir, tant pour la défense du pays, que pour le maintien des traditions françaises chez nous.*

Le Secrétaire Général,
Paul LETONDAL.

*
* *

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 6 mai 1941
tenue à l'hôpital St-Jean-de-Dieu

Présidence de MM. Hector Sanche et Omer Noël

La psychiatrie et le praticien
M. Emile LEGRAND

M. Legrand avance que la pratique de la psychiatrie ne doit plus être réservée aux seuls aliénistes. Cette spécialité a maintenant des liens très étroits avec la médecine générale. Du reste, pour faire œuvre utile, il faut s'efforcer dans chaque cas de remonter aux causes infectieuses ou toxiques et instituer, si possible, une thérapeutique étiologique. Dans ces conditions, il est indispensable de procéder à un examen méthodique et complet tant au point de vue physique que psychique.

D'autre part, point n'est besoin d'être un aliéniste pour décider d'un internement, mais encore est-il nécessaire d'être au courant de la loi et de savoir rédiger convenablement un certificat. Le rapporteur montre, à l'aide d'exemples, les erreurs à éviter en pareil cas.

Là où le praticien peut rendre les plus signalés services, c'est incontestablement dans la prophylaxie des troubles mentaux chez les prédisposés, en s'intéressant davantage à cette catégorie de malades qu'il est possible d'améliorer dans de nombreux cas par un traitement causal et des conseils appropriés.

Discussion

M. A. LEGER parle de l'embarras du médecin appelé, dans certaines circonstances, à décider si le malade est en état de tester.

Du point de vue pratique, de l'avis de légistes éminents, il y a à considérer dans un cas douteux:

1° La capacité de tester intégralement où seule la valeur légale du testament est contestable;

2° La capacité *graduée* qui permet dans bien des cas de tester, du moment que le testateur le fait justement, comme par exemple s'il y a partage égal des biens. Cette notion permettra au médecin de conseiller de procéder aux dernières volontés, alors que, du point de vue scientifique, pareille décision paraît à peu près impossible.

M. F.-L. BOULAIS fait allusion au cas d'une jeune fille hospitalisée à deux reprises dans un asile pour troubles mentaux et qu'on aurait mariée sans en avertir la famille du conjoint.

M. O'Leary NOISEUX demande au rapporteur s'il est permis au médecin de cacher son identité pour questionner un malade susceptible d'être interné.

M. Roma AMYOT aimerait connaître l'opinion de M. Legrand sur le problème de l'internement des paranoïaques. Le médecin doit-il dans tous les cas prendre la responsabilité de l'internement?

M. Fernand CHAREST s'informe si l'épilepsie de l'un des conjoints peut avoir des conséquences pour les descendants.

M. LEGRAND répond:

à M. Léger que le médecin, après examen, doit donner une opinion, en se basant essentiellement sur le jugement du patient au moment de tester;

à M. Boulais que c'est aux parents d'avertir le futur conjoint en pareil cas;

à M. Noiseux que mieux vaut pour l'interrogatoire se présenter comme médecin;

à M. Amyot que la société a tout intérêt à se débarrasser des paranoïaques. Lorsqu'ils sont nettement délirants, le praticien ne doit pas craindre de prendre la responsabilité de l'internement;

à M. Charest qu'il ne croit pas à l'hérédité dans l'épilepsie.

La chirurgie chez les aliénés: fracture du calcanéum; cas de scalp

M. Eugène DUFRESNE

M. Dufresne présente deux observations personnelles. La première est assez banale. La deuxième est excessivement rare. Il s'agit d'un cas de scalp complet d'origine traumatique, chez lequel une greffe dermo-épidermique a été pratiquée. Le résultat est satisfaisant.

A propos du traitement convulsivant dans certaines affections mentales

M. Alcide PILON

M. Pilon parle du traitement de certains troubles mentaux par la chimiothérapie. Il rappelle que, d'après Von Méduna, il existerait un antagonisme entre la schizophrénie et les convulsions. Depuis 1935, cet auteur a proposé de combattre les formes graves de la démence précoce par les injections intraveineuses de métrazol à 10%. C'est une médication de choc, qui donne lieu, au bout de quelques secondes, à une crise convulsive de courte durée. Le malade doit être à jeun. On fait en général une série de quinze piqûres, à raison d'une injection de 4 à 5 cc., deux fois par semaine.

Discussion

M. Roma AMYOT est loin d'aimer cette thérapeutique violente, qui lui paraît devoir être réservée aux seuls hôpitaux d'aliénés et aux seules formes graves de la démence précoce. Il demande au rapporteur quel est l'âge limite pour l'emploi de ce médicament.

M. Fernand CHAREST estime qu'il s'agit d'une méthode condamnable qui occasionne de l'albuminorachie, avec modification du rapport albumino-globuline. Que pense M. Pilon des autres médications de choc, en particulier de la dernière en date, de la benzédrine? Elle n'est pas convulsivante et donnerait de meilleurs résultats.

M. PILON répond:

à M. Amyot que l'âge limite est de 55 ans;

à M. Charest qu'il n'a aucune expérience avec la benzédrine.

Le métrazol en psychiatrie. Mode d'emploi et résultats

M. Hermas TELLIER

M. Tellier, se basant sur de nombreuses observations colligées à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, conclut à l'efficacité du traitement par le métrazol en psychiatrie. Sur 257 cas, 185 — soit 65% — ont été guéris ou améliorés.

Le rapporteur termine sa communication en faisant devant nous une injection intraveineuse de métrazol à une grande mélançolique. La démonstration est parfaitement réussie. La crise est typique, mais la malade paraît souffrir beaucoup et sa réaction est dramatique.

Discussion

M. Albert GEOFFROY (de Joliette) s'est bien trouvé de l'usage de la benzédrine dans quelques cas récents de mélancolie légère.

M. TELLIER lui répond que cette nouvelle médication n'a pas encore fait ses preuves en psychiatrie.

Essai de mise au point du diagnostic de la démence précoce. Ses rapports avec l'interprétation des résultats thérapeutiques

M. Paul LARIVIERE

M. Larivière dit combien il faut être réservé sur l'interprétation des statistiques sur le métrazol. Il insiste sur les difficultés du diagnostic de la démence précoce au début.

Discussion

M. Antonio BARBEAU a constaté à l'hôpital de Bordeaux que la proportion d'erreurs de diagnostic n'oscille qu'entre 10 et 12%.

M. Paul DUMAS croit qu'il y aurait lieu d'étudier de tels malades sous leurs aspects endocriniens. A-t-on essayé l'extrait antéhypophysaire dans ces cas?

M. Alcide PILON soutient que le métrazol a considérablement amélioré le pronostic de la démence précoce et qu'il y a intérêt pratiquement à l'employer au début.

M. Emile LEGRAND fait observer qu'il y a des rémissions spontanées dans la démence précoce. Peut-on parler de guérison sans métrazol?

M. Fernand CHAREST aimerait connaître l'opinion du rapporteur sur la valeur de l'encéphalographie pour le diagnostic au début de cette grave psychose.

M. F.-G. LAHAISE a obtenu un résultat favorable dans deux cas récents avec l'abcès de fixation.

M. LARIVIERE répond:

à M. Barbeau que la proportion d'erreurs de diagnostic lui paraît plus élevée que 12% dans la plupart des asiles;

à M. Dumas que sa suggestion serait surtout intéressante pour l'étude de psychoses à l'époque de la puberté;

à M. Pilon qu'il ne demande qu'à être convaincu;

à M. Legrand qu'il n'est pas toujours facile de différencier rémission et guérison dans la démence précoce;

à M. Charest que l'encéphalographie mériterait d'être plus largement employée;

à M. Lahaise que, malgré l'intérêt de deux observations rapportées, l'abcès de fixation ne peut être considérée comme le traitement de la démence précoce.

ELECTION DE MEMBRES

Sont élus: *membres titulaires*: MM. Joseph Benoît, Jules-T. Massé, Albert Remy, Julien Tétreault, Emile Thomas et Adrien Tremblay; *membre correspondant*: M. Armand Lamothe (Longueuil).

Le Secrétaire-Trésorier-Général,
Paul LETONDAL.

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 20 mai 1941
tenue à l'Hôtel-Dieu

Présidence de M. Hector Sanche

SYMPOSIUM SUR LA GYNECOLOGIE

Acquisitions récentes sur la fonction ovarienne et le cycle menstruel

MM. Eugène ROBILLARD et Samuel LETENDRE

M. Robillard souligne les progrès accomplis dans ces dernières années sur la physiologie normale de l'ovaire. Il fait la part de travail des bio-chimistes et des cliniciens. Il étudie la fonction ovarienne aux différentes périodes de la vie féminine et montre ses rapports avec l'anté-hypophyse.

M. Letendre limite son travail à la physiologie pathologique de l'ovaire. Il dit ce qu'est le cycle menstruel et ses variations. Il passe en revue, successivement, les troubles de la période de puberté, d'activité génitale et de ménopause.

MM. Donat VOGHEL et C.-E. GRIGNON prennent part à la **discussion.**

Nouveaux procédés d'exploration en gynécologie

MM. Raymond SIMARD et Pierre MEUNIER

M. Simard décrit comme premier et principal procédé, l'hystéro-salpingographie. Il parle ensuite de la biopsie de l'endomètre et du frottis de l'épithélium vaginal. Il dit, enfin, quelques mots sur deux procédés plus spéciaux et réservés aux cas de stérilité: l'insufflation tubaire et le pH vaginal.

Le rapporteur termine son travail par quelques projections, mettant en relief les différentes images que donne l'injection de lipiodol dans l'utérus et les trompes, tant à l'état normal que pathologique.

Traitement de quelques troubles fonctionnels en gynécologie. Mode d'emploi de l'opothérapie

MM. C.-E. GRIGNON et Jacques GAUTHIER

M. Gauthier traite des hémorragies utérines fonctionnelles, qu'il divise en hémorragies cycliques, en métropathies hémorragiques et en hémorragies acycliques.

Il présente une bonne étude d'ensemble du sujet.

M. Grignon choisit, parmi les troubles fonctionnels, l'aménorrhée et les dysménorrhées. Il en précise les causes et le traitement opothérapique.

Prennent part à la **discussion**: MM. Paul DUMAS, Pierre MEUNIER, M.-H. LEBEL, Eugène ROBILLARD et Antonio PAGE (de Saint-Hermas).

*
* *

Avant de clore la séance, le Président invite les membres présents aux «Journées Médicales», qui auront lieu les 1er, 2, 3 et 4 octobre prochain. A cette occasion, la Société aura son banquet annuel et publiera un programme-souvenir.

*
* *

ELECTION DE MEMBRES

MM. Roland Guy et Edouard Tétrault sont élus *membres titulaires* de la Société Médicalel de Montréal.

Le Secrétaire-Trésorier-Général,
Paul LETONDAL.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUEBEC

Séance spéciale tenue le 3 octobre 1941
à la faculté de médecine

Séance consacrée entièrement à l'étude de la Syphilis

La syphilis au Canada français: hier et aujourd'hui

M. E. GAUMOND

La syphilis constitue avec la tuberculose et le cancer une des trois entités morbides qui affligent l'humanité depuis de très nombreuses années, des siècles même.

Malgré que l'on connaisse bien l'agent de la syphilis et que l'on possède un traitement dit spécifique, la maladie est loin d'être disparue, elle est bien vivante et ne disparaîtra sans doute qu'après une lutte qui sera rude et devra être sans répit.

Dans ce travail, la syphilis au Canada français est étudiée à un triple point de vue: historique, thérapeutique et prophylactique.

La première mention de la syphilis au Canada fut faite par Cartier lors de son second voyage; d'après le découvreur du Canada, au moins un membre de son équipage souffrait de cette maladie. Seul Pierre Kalm, en 1748, note que la maladie existait chez les Indiens et même chez les Français, mais son affirmation reste isolée, car les Relations des Jésuites, les Annales de l'Hôtel-Dieu n'en font pas mention, et nulle part on ne trouve de documents laissant croire que la syphilis était fréquente au Canada avant la conquête.

La maladie de la Baie Saint-Paul est ensuite étudiée en détail, ce qui termine à peu près le côté historique de la question.

Le point de vue thérapeutique est ensuite considéré et certaines directives générales de traitement sont incluses dans la communication.

Pour terminer ce travail très élaboré, les diverses mesures de prophylaxie antisyphilitique sont étudiées, et le tout se termine par certains commentaires de la nouvelle loi dite de prévention des maladies vénériennes, votée par l'Assemblée législative de Québec, le 6 mars 1941, et par des considérations sur les mesures actuelles pour enrayer le fléau de la syphilis; loi et mesures de prévention qui feront, espère-t-on, que d'ici quelques années, la situation, au point de vue syphilitique, fera partie intégrante d'un ordre nouveau qui transformera beaucoup de choses.

La syphilis chez les aliénés

MM. S. CARON et C.-A. MARTIN

Statistique des syphilitiques admis à la Clinique Roy-Rousseau, hôpital neuro-psychiatrique de l'Université Laval, pour une période de onze ans, allant du 1er janvier 1930 au 1er janvier 1941.

1° *Circonstances étiologiques.*

a) Fréquence: sur 7,678 entrées, nous avons eu 517 entrées de syphilitiques; moins les réadmissions, il s'agit de 365 individus vérolés;

b) Sexe: 261 hommes contre 104 femmes;

c) Répartition démographique: la syphilis est une maladie de citadins; elle est rare dans les régions rurales;

d) Profession: la syphilis est une maladie de la classe moyenne, des gens qui changent souvent de domicile;

e) La contamination conjugale est relativement rare chez nos malades;

f) Antécédents: antécédents psychopathiques familiaux reconnus chez une cinquantaine de ces 365 avariés;

58 sont des alcooliques notoires;

Les traumatismes crâniens ne semblent pas intervenir.

2° *Nosographie.*

Paralysie générale (associée ou non)	240
Tabes	24
Myélite transverse	4
Artérite syphilitique	9
Hérédo (avec B. W. positif)	21
Syphilis secondaire	66
Syphilis primaire	1

Nous rencontrons fréquemment d'autres syndromes neurologiques chez nos P. G.:

Tabes associé	18
Epilepsie	21
Accidents hémiplégiques	18
Vertige	1
Névrite optique	6

De même chez les hérédos:

P. G. juvénile	4
Epilepsie	5
Hémiplégie	2
Arriérés mentaux	7

3° *Evolution et traitement.*

Evolution des malades	*Formes de syphilis* P.G.	Tabes	Myélite	Artérite	Hérédo	S. second.	S. prim.	Total
Décédés	31	1	1	3	—	5	—	41
Internés	121	1	—	1	7	11	—	141
Libérés	86	21	3	5	14	50	1	180
Sous traitement	2	1	—	—	—	—	—	3
Total	240	24	4	9	21	66	1	365

Des 86 paralytiques généraux libérés, une quarantaine restent diminués mentalement.

Du nombre total la moitié ont été libérés.

Quelques aspects de la syphilis infantile

M. Marcel LANGLOIS

La syphilis infantile présente trop d'aspects de par la multiplicité de ses contacts avec l'armature de la société contemporaine pour pouvoir tous les envisager. Les trois principaux aspects qui intéressent le médecin sont l'aspect diagnostique, thérapeutique et social.

L'aspect diagnostique pose des ambiguïtés surtout en matière de syphilis héréditaire, tant est grand son polymorphisme et l'inconstance des réactions sérologiques. Cependant, son retentissement sur la descendance force le médecin à y penser très souvent.

La thérapeutique demande à être confiée à des mains habituées, car, dans ce domaine, il n'y a pas de place pour l'à peu près.

L'aspect social, né des deux précédents et de l'expansion même de la maladie, devient prédominant. Il est à souhaiter que tout l'effort actuel, si diffus et disséminé, soit centralisé en vue d'une unification plus pratique et plus efficace.

Séance tenue à l'Hôtel-Dieu de Québec
Vendredi, le 17 octobre 1941

Pentothal intraveineux dans la chirurgie du goitre

M. HUDON

A l'Hôtel-Dieu de Québec, on utilisa le Pentothal

comme anesthésique intraveineux dans 80 cas de thyroïdectomie.

Comme médication préliminaire, les malades reçoivent 1½ grain de Nembutal par la bouche, la veille au soir, 3 grains de Nembutal et une piqûre de 1/6 de morphine avec 1/150 d'atropine en injection sous-cutanée, une heure avant l'intervention chirurgicale.

On se sert d'une solution de Pentothal à 2½% et l'injection se fait de préférence dans une veine du pied. On maintient l'anesthésie à un niveau très superficiel en gardant le réflexe conjonctival.

Nous avons comparé les résultats avec une série analogue de cas opérés sous anesthésie locale et sous anesthésie par inhalation.

La toux et les vomissements sont plus rares avec le Pentothal.

On signale un cas de décès. Ce malade âgé de 68 ans, très maigre, très intoxiqué, considéré comme un risque excessivement grave, mourut d'une défaillance cardiaque vingt heures après l'intervention.

Comme conclusion, le Pentothal dans la chirurgie du goitre offre les avantages suivants:

1° Il est ininflammable et non explosif;
2° Il baisse le métabolisme;
3° Il rend l'induction agréable;
4° Les vomissements sont rares;
5° L'état anxieux disparaît;
6° Le chirurgien opère plus à l'aise.

Tous les procédés sont bons, et le Pentothal semble devoir nous apporter une aide précieuse.

Résections trans-urétrales. Quelques complications

M. André SIMARD

Au cours d'un certain nombre de résections trans-urétrales que nous avons fait à l'Hôtel-Dieu de Québec durant l'année, nous avons rencontré quelques complications auxquelles nous avons dû faire face.

La première, par ordre d'importance, a été l'hémorragie post-opératoire qui, dans quelques cas, a été assez considérable pour nous inquiéter. La sélection du patient au point de vue de la congestion prostatique a dû être faite, et nous avons diminué considérablement les hémorragies en n'opérant pas tout de suite des malades qui présentaient un certain degré d'œdème au niveau de leur tumeur.

Le deuxième accident a été l'incontinence successive à la mise en place de la sonde Foley qui distend la région et fait persister, dans les jours qui suivent l'enlèvement de la sonde, une incontinence qui est très ennuyeuse pour le client, mais qui n'est pas permanente. Nous avons obvié dans un certain degré à cet ennui en raccourcissant et en multipliant les séances de compression par cette sonde.

Le troisième ennui est l'infection subséquente par décollement de la muqueuse vésicale, et l'infection sous-jacente due à une résection trop poussée, et surtout au fait d'une infection préexistante qui aurait dû être jugulée par le sulphonamide avant l'intervention.

Côlite ulcéreuse grave

M. Jean-Paul DUGAL

Un cas de côlite ulcéreuse grave est rapporté.

L'évolution de la maladie fut de cinq semaines, et la mort survint à la suite d'une péritonite par perforations multiples du sigmoïde. Aucun agent thérapeutique n'a paru modifier le cours de l'affection. La sulfaguanidine fut inefficace.

Traitement du pied bot congénital de la naissance jusqu'à 4 ans

M. Ls-Philippe ROY

Le pied bot congénital est une lésion que l'on rencontre plus souvent chez les garçons. Les formes pures sont rares; c'est le varus équin que l'on rencontre le plus souvent: 80% des cas environ.

L'étiologie, la pathogénie sont passées sous silence. L'anatomie pathologique montre une déformation qui présente trois éléments:

a) l'équinisme,
b) la supination,
c) l'adduction.

Les parties molles: ligaments, muscles, tendons, participent à la déformation. L'enfant peut être vu

1° à la période de *réductibilité complète*, qui peut durer des mois;

2° à la période d'*irréductibilité relative*, qui va jusqu'à 2 ou 3 ans en moyenne;

3° à la période d'*irréductibilité absolue*, à partir de 4 ans environ.

Il y a intérêt à voir le bébé le plus tôt possible après la naissance. Durant les premiers mois, des manœuvres manuelles de redressement suffisent. Il faut maintenir constamment en bonne position, soit par élastoplaste ou par plâtre, le pied corrigé; la chaussure appropriée le jour, et l'attelle la nuit, maintiennent le pied.

A la seconde période, il faudra souvent agir sous anesthésie et par étapes pour corriger la déformation. Souvent la ténotomie du tendon d'Achille sera nécessaire, parfois le Phelfs-Kirmission. A la dernière période, qui se voit rarement avant 4 ans, ce qui semble excellent est l'arthrodèse sous-astragalienne avec évidement paramédio-tarsien. Cette intervention est suivie d'un plâtre pour 2 mois environ.

Médication ayant une action sur le péristaltisme intestinal dans les péritonites

M. François ROY

Au cours des péritonites, l'occlusion intestinale est une complication fréquente et toujours grave.

Depuis quelques années, dans les deux services de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, nous avons vu diminuer dans une grande proportion l'iléus paralytique au cours des péritonites appendiculaires grâce à l'emploi systématique, après l'intervention, de pituitrine, de pitressin ou de prostigmine dont l'action sur le tonus et le péristaltisme de l'intestin est bien connue.

Dans 311 cas de péritonites appendiculaires, 143 ont reçu de la pituitrine ou du pitressin, 105 de la prostigmine et 63 de la pituitrine ou du pitressin en alternant avec de la prostigmine. Les résultats obtenus ont été tout à fait satisfaisants.

La prostigmine Roche semblerait agir davantage sur le petit intestin, tandis que la pituitrine ou le pitressin sur le gros. Ces produits ont aussi une action marquée sur la vessie. Il est exceptionnel de cathétériser un malade qui reçoit des injections d'un de ces médicaments.

D'après bien des auteurs, la prostigmine pourrait être injectée à des femmes enceintes sans danger d'avortement.

Nous donnons habituellement une ampoule de 10 unités de pitressin, de pituitrine ou une ampoule de prostigmine à 1 pour 2,000, toutes les quatre heures, jusqu'à ce que l'intestin ait fonctionné et que le ventre soit complètement déballonné.

Depuis quelque temps, nous associons le pitressin ou la pituitrine à la prostigmine surtout chez les grands malades. Le pitressin et la pituitrine, en plus de leur action sur l'intestin, agissent favorablement sur la pression artérielle, le rein et la transpiration.

Comme beaucoup de chirurgiens américains, nous faisons un usage fréquent de la prostigmine pour prévenir et traiter la distension intestinale à la suite des opérations les plus diverses dans l'abdomen.

Dans aucun cas les malades n'ont présenté de réactions toxiques ou même désagréables.

REUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Jeudi, le 13 novembre 1941

Présidence de M. Alphonse Bernier

Un cas de polyadénite infectieuse

MM. Roland DECARIE et Armand GRATTON

Monsieur Alfred L..., âgé de 60 ans, est hospitalisé le 14 septembre 1941, pour tumeurs multiples au cou, aux aisselles et aux aines.

La maladie remonte à quatre mois alors qu'il remarqua de petites tuméfactions non douloureuses au cou. Il consulta son médecin et malgré le traitement la maladie évolua. Le malade perdit graduellement ses forces, d'autres tumeurs apparurent aux aisselles et aux aines et il est alors dirigé à l'hôpital.

A son entrée, le malade est en état d'asthénie marquée, il marche avec peine, la température oscille entre 98° à 100-101°. Le pouls est à 70-80, T.A. 125/60. Amaigrissement marqué. A l'examen, on constate de multiples masses ganglionnaires non douloureuses, mobiles, de volume variable, allant jusqu'à la grosseur d'un jaune d'œuf, à la région cervicale, aux aisselles et aux aines. On constate également une denture en très mauvais état: les bruits du cœur sont légèrement assourdis, congestion et râles aux bases pulmonaires, œdème des jambes.

Azotémie: 0 gm. 57; glycémie: 1 gm. 18;

Urines: nil. Bordet-Wassermann: négatif.

Le diagnostic de lymphogranulomatose maligne est posé.

Biopsie — le 24/9/41 — ganglion infectieux ??
— le 3/10/41 — " " ??

Hémoculture (le 10/10/41): négative.

Consultation: docteur A. Gratton, qui conseille extraction dentaire et traitement anti-infectieux: Septicémine I. V.

Le traitement par la Septicémine amena une chute graduelle de la température et l'extraction dentaire fut possible, le 20/10/41. Le 23 novembre, la température tomba à la normale et se maintient depuis. Les ganglions ont considérablement diminué de volume, l'état général s'améliore grandement; il se lève et se sent revivre.

Nous avons cru intéressant de présenter ce cas pour les raisons suivantes:

1° Il est rare de voir une adénite infectieuse généralisée;

2° Une infection dentaire évolue habituellement vers le phlegmon du cou;

3° Atteinte grave de l'état général faisant penser à une maladie de Hodgkin; alors qu'il s'agit d'une infection en somme bénigne;

4° Importance de la biopsie pour confirmer ou infirmer un diagnostic, même dans les cas qui cliniquement semblent bien clairs.

Formules sanguines.

	G. R.	G. B.	P.	M.	L.	E.
29/ 9/41 . . .	4,300,000	17,500	71	4	23	2
29/ 9/41 . . .	4,075,000	19,000	76	5	18	1
24/10/41 . . .	4,200,000	23,000	69	6	28	1
3/11/41 . . .	3,625,000	17,500	73	3	23	1

Cette adénopathie est-elle la résultante de l'infection dentaire seule?

Discussion

M. A. GRATTON dit qu'il a été frappé par la lenteur d'évolution de cette adénite par la multitude de ses éléments. Le diagnostic différentiel a consisté à éliminer successivement la maladie de Hodgkin, l'adénite bacillaire, la spécificité; le cancer et les leucémies. L'extraction dentaire et la Septicémine ont suffi à provoquer la régression de cette adénite d'allure purement infectieuse.

M. L.-C. SIMARD demande pourquoi l'on n'a pas publié au long les rapports anatomo-pathologiques.

M. P. MASSON trouve cette omission d'autant plus

regrettable que le diagnostic a été fait dans ce cas-ci par le pathologiste, dont on ne mentionne d'ailleurs pas le nom.

M. J. PREVOST croit qu'il s'agissait bien dans ce cas d'une infection à point de départ dentaire; il demande quel a été le résultat de l'identification des microbes de la cavité buccale et pourquoi l'on n'a pas eu recours aux sulfamidés puisque l'on avait affaire vraisemblablement à une infection streptococcique?

M. A. GRATTON répond au *docteur Prévost* qu'il a employé de préférence la Septicémine, qui lui a toujours donné de bons résultats dans ces cas d'infections généralisées. L'identification microbienne a été négligée au début parce que le cas ne semblait pas présenter un intérêt scientifique particulier.

M. R. DECARIE ajoute que l'examen des biopsies ganglionnaires a été fait par le docteur L.-C. Simard.

Tumeur de la thèque

MM. Arthur MAGNAN et Jacques GAUTHIER

Les tumeurs de la thèque sont relativement rares. Elles se développent aux dépens du mésenchyme ovarien. Ce sont des tumeurs conjonctives .

Dans le cas présenté aujourd'hui, il s'agit d'une femme de 68 ans qui consulte pour troubles digestifs et douleurs abdominales, nausées, ballonnement abdominal.

A l'examen, on trouve une masse dans la partie inférieure de l'abdomen, du volume d'un pamplemousse, douloureuse et remplissant le flanc et la fosse iliaque droite. Après l'examen clinique général et les examens de laboratoire, on porte le diagnostic de kyste de l'ovaire et d'épithélioma du corps utérin.

A l'opération, on trouve une tumeur de la grosseur d'un pamplemousse d'où se détachent trois autres tumeurs plus petites. Ces tuméfactions sont développées aux dépens de l'ovaire droit. L'annexe gauche est normale. L'utérus est de la grosseur d'un utérus ordinaire d'une femme en période sexuelle active.

On procède à une hystérectomie totale et annexectomie bi-latérale. Le rapport détaillé du laboratoire anatomo-pathologique révèle qu'il s'agit d'une tumeur thécale de l'ovaire de nature sarcomateuse. La muqueuse utérine est hyperplasiée, glandulo-kystique.

Une étude détaillée de ce cas intéressant sera bientôt publiée dans *l'Union Médicale*.

Discussion

M. L.-C. SIMARD. Les tumeurs de la thèque ont habituellement l'apparence des fibromes ovariens. Celle que rapportent les docteurs Magnan et Gauthier en diffère passablement: elle est moins riche en tissu fibreux et montre de très nombreuses cellules en mitose; la tumeur semble envahir le tissu ovarien normal à la façon d'un sarcome. C'est ce qui fait le grand intérêt histologique de ce cas.

M. J. GAUTHIER dit qu'il a revu la malade il y a 8 jours et qu'elle présente actuellement tous les signes subjectifs d'une seconde ménopause.

M. A. BERNIER demande si l'on a cherché à neutraliser la sécrétion de ces tumeurs, avant de les enlever chirurgicalement?

M. A. MAGNAN répond au *docteur Bernier* que cette thérapeutique médicale n'a pas encore été tentée.

Goitre ovarien

M. Arthur MAGNAN

Les tumeurs de l'ovaire, à cause de leur origine et de leur nature incertaine, présentent souvent un problème complexe et intéressant.

Les tumeurs thyroïdiennes de l'ovaire sont rares. Evidemment, dans les tératomes, on peut rencontrer des éléments thyroïdiens.

Dans le cas présent, il s'agit d'une femme de 34 ans, célibataire, qui a des douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, surtout dans les deux fosses iliaques, depuis 10 ans. Ces douleurs sont plus marquées au moment des menstruations.

Il y a un antécédent familial et personnel tuberculeux.

Douleurs plus marquées depuis quelques mois qui coïncident avec des périodes de métrorragie et de ménorragie. Asthénie plus prononcée, crise de palpitations et hyperexcitabilité, troubles de caractères.

L'examen, difficile, montre un utérus de grosseur normale, mobile. Les annexes, augmentés de volume, sont douloureuses.

Après laparotomie, on trouve un kyste de l'ovaire gauche de la grosseur d'une mandarine; il y a plusieurs petits kystes de la trompe droite et un ovaire scléro-kystique.

On procède à une hystérectomie sub-totale et appendicectomie. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un goitre ovarien typique, inclus dans le parenchyme ovarien.

Ce cas intéressant et rare sera publié en détail dans un prochain numéro de *l'Union Médicale*.

Discussion

M. L.-C. SIMARD fait remarquer que le tissu thyroïdien enlevé ne présentait aucun signe de toxicité et se demande si l'amélioration de la malade ne dépend pas d'autres facteurs que de l'ablation de cette tumeur.

M. J. PREVOST demande au rapporteur sur quels signes cliniques et biologiques il avait basé son diagnostic de goitre toxique.

M. A. LABERGE demande s'il existe des kystes dermoïdes à caractère thyroïdien.

M. V. LATRAVERSE demande quelle a été la réaction de la thyroïde après l'opération.

M. Y. CHAPUT trouve que l'état actuel de la malade et les chiffres fournis par le métabolisme basal font penser à l'hypothyroïdie et suggère qu'on ajoute

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 lysidine [1]... ce dernier, puissant dissolvant et éliminateur des déchets métaboliques.

1. Méthylglyoxalidine ou éthylethenyldiamine.

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, **Montréal**

Veuillez m'envoyer de la littérature et un échantillon:
LYXANTHINE ASTIER

Dr.....

Adresse.....

Ville.....Province.....

l'extrait thyroïdien à petite dose dans le traitement post-opératoire de cette patiente.

M. A. BERNIER demande si l'on avait fait un métabolisme avant l'intervention.

M. A. MAGNAN répond qu'il n'y a pas eu de métabolisme basal avant l'intervention parce qu'il ne semblait s'agir à ce moment que d'un syndrome abdominal douloureux. On n'a pas à douter de la stérilité chez ces patientes, tant que l'ovaire et la trompe de l'autre côté seront normaux. Qu'il se soit agi de goitre toxique ou non, la malade a grandement bénéficié de l'intervention.

Un cas de cancer du larynx

Hémi-laryngectomie

MM. P. PANNETON et V. LATRAVERSE

Présentation du malade guéri.

H. L..., 63 ans, se plaint depuis 5 ans d'enrouement progressif, de perte de poids et d'appétit. Absence de dysphagie.

Le 25 février 1941, laryngoscopie directe et biopsie.

Examen externe.

Tissus souples, absence d'adénite. Lésion bourgeonnante des 2/3 antérieurs de la corde vocale droite, n'envahissant ni la commissure antérieure, ni l'aryténoïde qui est mobile.

Biopsie fort suspecte de néoplasie. (Dr L.-C. Simard.)

Refus de la laryngofissure alors conseillée.

En mai, le patient fait une complication au novarsénobenzol administré dans une autre clinique: éruption cutanée lichenifiante et néphrite sub-aiguë (azotémie .77).

Hospitalisé dans notre service, le 11 juillet, le malade accepte l'intervention chirurgicale après les constatations suivantes:

Laryngoscopie directe.

La lésion de la corde vocale droite atteint la commissure antérieure et envahit le 1/3 postérieur. L'aryténoïde droit est congestionné et un peu gêné dans ses mouvements.

Résultat de la biopsie: épithélioma pavimenteux stratifié atypique. (Dr A. Bernier.)

Requête en médecine: le docteur J. Prévost constate de la néphrite chronique hypertensive et de la cardiopathie compensée. Il considère l'opération indiquée pour éliminer la cause d'intoxication qu'est la tumeur épithéliomateuse.

Le 1er août, laryngofissure selon la technique Chev. L. Jackson, à l'aide de la scie électrique. Nous constatons que la lésion envahit la commissure antérieure et le ventricule de Morgagni sans atteindre la bande ventriculaire; mais, elle s'étend à la région sous-glottique droite, si bien que nous refermons la peau par un point à la soie, en vue de l'hémilaryngectomie.

Hémilaryngectomie, le 5 août 1941.

a) Trachéotomie;

b) Cricoïdotomie médiane à la scie électrique — section des 2/3 antérieurs droits de l'arc cricoïdien;

c) Section des 3/4 antérieurs de l'aile droite du cartilage thyroïde;

d) Section de la tumeur comprenant la 1/2 de l'aryténoïde droit et la zone sous-glottique jusqu'à la ligne médiane.

Hémorragie massive au cours de ce temps opératoire; hémostase obtenue par un tamponnement endolaryngé; ligature de l'artère laryngée supérieure.

e) Fermeture du plan musculo-aponévrotique au catgut No 1 et de celui de la peau à la soie; pansement compressif semblable à celui d'une laryngofissure.

Suites post-opératoires.

1. Sérums I. V. en abondance — position demi-assise.
2. Coramine — Coagulen — aération sans humidificateur.
3. Soludagenan I. V. — Sulfathiazole *per os* — Huile gomenolée I. M.
4. Aspiration des sécrétions trachéo-bronchiques.
5. Hyperthermies: le jour de l'opération — 103°;
   les 8 et 9 août — 103° et 102°;
   du 10 au 12 août — 99° et 100°;
   le 12 août, etc. — 97.4° et 98°.
6. Mèches endolaryngées enlevées le 9 août 1941.
7. Canule trachéale enlevée, le 26 août 1941.
8. Laryngoscopie de contrôle, le 9 septembre:

Rapport de la laryngoscopie:

La muqueuse laryngée est lisse, légèrement congestionnée. La paroi laryngée est hémorragipare au toucher laryngoscopique; c'est dû à la présence de tissu cicatriciel en évolution.

Il ne semble pas exister de bourgeon néoplasique récidivant, du moins à l'examen direct.

La fistule trachéotomique est complètement fermée.

L'état général du malade est sensiblement amélioré.

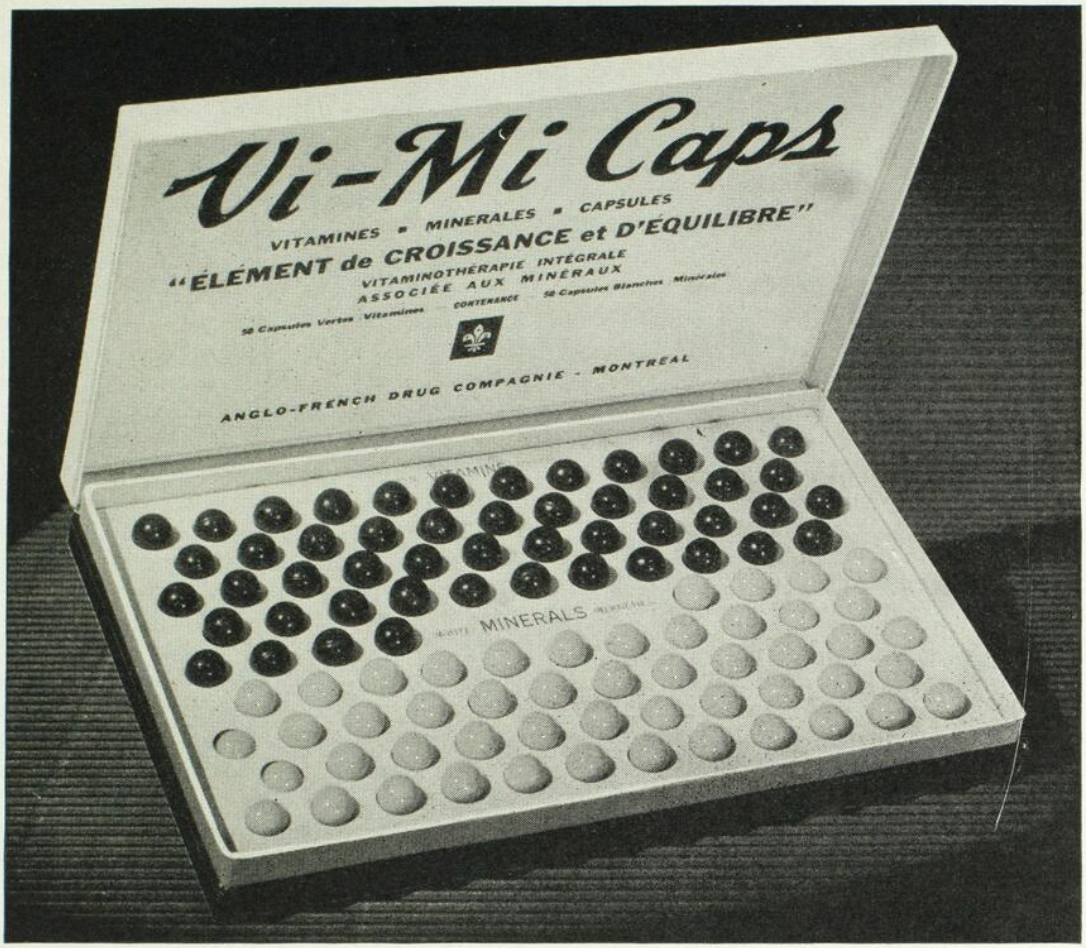
Conclusion.

Nous vous présentons là un cas de cancer du larynx traité chirurgicalement avec succès. Le malade gagne du poids et son état général s'améliore de jour en jour sans qu'il apparaisse d'adénite ni de récidive; il conserve une voix très convenable.

Il va sans dire qu'actuellement, le traitement chirurgical (laryngofissure, hémilaryngectomie et laryngectomie totale) est la thérapeutique idéale du cancer du larynx. Ce qui importe, c'est le diagnostic précoce. Chaque semaine, le praticien reçoit un malade qui se plaint d'enrouement. Trop souvent, le malade retourne avec l'étiquette « grippe » sans plus d'attention. Tout cas d'enrouement doit être examiné au miroir laryngé quelque soit l'âge du malade au delà de la période d'adolescence.

Discussion

M. L.-C. SIMARD souligne qu'une première biopsie pratiquée chez ces malades ne permit que de



Présentation: En boîtes de 100 capsules.
50 Vitamines (vertes).
50 Minérales (blanches).

DOSE: Deux capsules par jour — une verte et une blanche — est la dose moyenne pour adultes ou pour enfants. Pour effet plus rapide deux capsules de chaque peuvent être données aux adultes.

VI-MI CAPS

Vitamines Minérales Capsules

LITTÉRATURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

ANGLO-FRENCH DRUG CIE, - MONTREAL

soupçonner le néoplasme et que ce n'est qu'au cours d'une laryngoscopie directe que le prélèvement révélateur a pu être fait. Il faut donc s'assurer que la biopsie est faite au bon endroit et la répéter au besoin.

M. P. PANNETON appuie entièrement les remarques du docteur Simard et souligne de plus, que l'on a affaire, dans ces cancers du larynx au début, à des lésions minimes qu'il faut rejoindre au bout d'un tube assez long. Ce qui compte dans cette observation, c'est le résultat de l'intervention, intéressant pour le malade et ses médecins.

M. V. LATRAVERSE tient à ajouter que ces résultats sont dus à l'amélioration de la technique opératoire et surtout à la collaboration encourageante à l'honneur dans le service de laryngologie.

Pyo-pneumothorax avec bi-loculation gastrique éventration ou hernie diaphragmatique

MM. J. PREVOST, Y. CHAPUT, L.-P. BELISLE et G. LACHAINE

M. G. V., âgé de 25 ans; occupation, presseur.

Histoire de la maladie.

1° Examen subjectif.

Admis à l'hôpital, le 29/10/40, pour troubles pulmonaires; il dit cracher et tousser depuis toujours, à n'importe quel moment du jour. Depuis 5 semaines seulement, il accuse une douleur au côté gauche, s'irradiant à toute l'épaule du même côté! Il consulta son médecin, qui le ponctionna et retira du liquide de la plèvre gauche. Il avait été traité antérieurement pour bronchectasie.

2° Examen objectif.

Tous les signes ou symptômes d'un hydro-pneumothorax confirmé par examens radiologiques. Opéré, le 30/10/40, pour pleurésie — costo-pleurotomie — drainage avec tube de Delbet.

Rapports radiologiques.

26/11/40. — Aspect de grosse poche d'air dans la région axillaire du poumon gauche avec décollement assez important et constitution de brides à la partie supérieure et inférieure de cette poche. La base gauche cependant demeure voilée. Le cœur est encore refoulé à droite de façon importante. Il paraît subsister encore une certaine quantité de liquide dans la cavité pleurale gauche.

8/2/41. — Il n'existe pas actuellement de signe radiologique de présence de liquide dans la cavité gauche. Le voile de la base paraît dû à la pachypleurite. Le dôme diaphragmatique gauche est très élevé.

20/10/40. — Temps de sédimentation: 73 mi. 1 heure.

30/10/40. — Examen pus: pneumo — staphylo — catarrhalis — B. fusiformes — spirilles, strepto.

29/10/40. — Formule sanguine: G. R.: 3,850,000; G. B.: 46,000; Hg.: 58%; V. G.: 0.7.

10/2/41. — Malade quitte l'hôpital en voie de guérison, n'expectore plus.

Malade revient 1 mois plus tard avec une fistule à l'endroit de sa costo-pleurotomie, de laquelle s'écoule un pus très abondant.

21/3/41. — Débridement plaie et drainage.

23/4/41. — Patient nous quitte, en voie de guérison, avec recommandation de revenir aux dispensaires de chirurgie et médecine.

Diagnostic. Fistule de la plèvre.

Rapports radiologiques.

Le 17/3/41. — La poche ancienne qu'on avait notée dans la ligne axillaire gauche lors des examens précédents est aux 3/4 remplie de liquide; il existe de ce fait un léger refoulement du cœur à droite.

Le 24/3/41. — La quantité de liquide déjà signalée est beaucoup moins importante, mais il y a encore refoulement assez notable du cœur pour ce qui en reste.

Le 18/3/41. — Il n'existe plus de signes radiologiques de persistance de liquide, il semble que le voile dense de la base et celui de la ligne axillaire remontant encore jusque dans le voisinage du sommet, soient plutôt dus à la présence de nombreuses et fortes adhérences et de pachypleurite séquelle. Le cœur n'est plus refoulé à droite et commence même à être attiré à gauche.

* * *

M. G. V. nous revient le 13 octobre, pour troubles digestifs cette fois.

Depuis le 1er septembre 1941, il accuse des troubles digestifs avec beaucoup de douleurs et de vomissements.

Etat général. Assez bon, amaigrissement de 5 livres, appétit diminué, faim douloureuse, alimentation restreinte volontairement pour éviter les douleurs. Pas de régurgitation acide.

Fonction gastrique.

1° Douleurs: comparables à des pesanteurs, tiraillements, déchirures, torsions.

2° Siège: en crise aiguë, dans la région épigastrique. Quand le patient n'est pas en crise, sa douleur est nettement dans la région gastrique avec irradiations thoraciques et intercostales gauches.

3° Début des crises: elles arrivent toujours au milieu du repas.

4° Durée: environ 1 heure — préfère position demi-assise. Il sent un ballottement intrastomacal qui se termine avec la crise. Périodicité: tous les 3 jours.

5° Provoquée: par tout et par rien.

6° Calmée par: bicarbonate de soude qui lui donne des régurgitations acides et des vomissements.

7° Nausées: jamais.

8° Vomissements: pendant 8 jours après son entrée, il vomit après chaque repas.

9° Régime observé chez lui: diète généreuse sèche.

Fonctions intestinales. Une selle par jour, jamais de diarrhée, gaz intestinaux abondants.

LA MÉDECINE
aussi a eu ses jours héroïques

LA magnifique maison qui contenait de dix à vingt chambres à coucher et un seul petit « water closet » mal aéré abritait beaucoup de martyrs de la constipation ou de ses alternatives du milieu de l'époque victorienne: les décoctions écœurantes préparées par la grand'maman, l'huile de ricin ou le calomel non raffinés ordonnés par le médecin. A l'époque où les grosses flanelles rouges furent abandonnées, le traitement de la constipation sortit aussi de sa crudité. Du tumulte de l'opinion professionnelle quant au meilleur traitement moderne de cet état toujours répandu, s'est cristallisée l'idée de l'Agarol — une émulsion d'huile minérale et d'agar-agar convenant à tous les âges et dans tous les cas pathologiques où un évacuant intestinal est indiqué.

Les médecins emploient beaucoup l'Agarol pour le soulagement de la constipation aiguë et dans le traitement de la constipation habituelle. Ils savent que son huile minérale visqueuse et entièrement émulsifiée accomplit exactement ce qu'on en attend — elle ramollit le bol alimentaire tandis que la dose de phénolphtaléine expérimentalement déterminée assure une stimulation adéquate du mouvement péristaltique et une évacuation complète.

Un échantillon sera envoyé à titre gracieux sur demande.

AGAROL

WILLIAM R. WARNER & CO., LTD.
727 KING STREET, WEST - TORONTO, ONT.

Examens complémentaires.

20/10/41. — Radio-poumons et estomac.

Poumons: on note encore d'importants tractus fibreux originant du hile et tendus vers l'aisselle. Ces tractus fibreux ont contribué à remonter notablement la coupole diaphragmatique gauche.

On note en scopie: la coupole diaphragmatique est pratiquement immobile.

Estomac: la grosse tubérosité donne à priori l'impression d'être intrathoracique. Il persiste toujours une vague image de sténose médio-gastrique.

Il nous semble, par ailleurs, que les contours du diaphragme gauche se sont relativement bien conservés au-dessus et qu'on en distingue les contours malgré la présence d'un bloc de sclérose pulmonaire encore important.

Le 29/10/41. — Lavement baryté.

L'angle splénique paraît bien habiter la cavité abdominale. Aucun signe radiologique de hernie diaphragmatique.

Le 3/11/41. — Poumons — Estomac.

Poumons: la ligne courbe surmonte la grosse tubérosité et constitue un arc brisé avec le reste du contour diaphragmatique dans la région du cul-de-sac, ce qui serait en faveur d'une éventration diaphragmatique à ce niveau.

Estomac: le remplissage gastrique permet de réaliser l'existence d'une grosse tubérosité très haut située, séparée du reste de l'estomac par une sorte de biloculation. Cette grosse tubérosité qui ne se remplit qu'en position couchée suit les mouvements d'ascension et de descente du diaphragme, dont il est impossible de préciser les contours exactement.

Le 24/10/41. — Liquide gastrique — Epreuve à l'histamine — Acide chlorhydrique libre: 0.00.

Le 4/11/41. — Lipiodol — Poumon gauche.

Le lipiodol a bien opacifié toutes les bronches de la base gauche; celles-ci sont pour la plupart dilatées et de très gros calibres. Elles circonscrivent de façon assez nette la surélévation de la coupole au-dessus de la grosse tubérosité.

Le 28/10/41. — Gastroscopie impossible.

Diagnostic. — Eventration ou hernie diaphragmatique.

Commentaires.

Nous croyons être en présence d'une éventration diaphragmatique vraie, telle que l'a décrite Cruveilhier ou Gutman. Il s'agirait d'une modification acquise du diaphragme, secondaire à une sclérose pleuro-pulmonaire rétractile, suite d'un empyème. Nous pensons qu'à la suite de cette suppuration, les fibres musculaires du diaphragme ont été lésées et que d'autre part, il se soit produit une inhibition phrénique.

Pour expliquer la biloculation gastrique, deux possibilités sont à considérer:

a) Biloculation par traction de l'estomac, refoulement colique, adhérences;

b) Biloculation par processus malin, étant donné l'image radiologique et l'achlorhydrie après épreuve à l'histamine.

La gastroscopie aurait probablement tranché la question, malheureusement elle ne fut pas réalisée, quoique pratiquée, à cause de l'hyperémotivité bien compréhensible de ce malade.

Conclusions pratiques.

A surveiller au point de vue pulmonaire (tuberculose et suppuration bronchique) — par antiseptiques asséchants et drainage bronchoscopique.

Contre les phénomènes gastriques: diète sèche — repas fractionnés, pauvres en résidus, antispasmodiques, sédatifs et acide chlorhydrique par intervalles.

Contrôle gastroscopique et radiologique.

Discussion

M. J. PREVOST ajoute qu'il a tenté, ces jours-ci, pour éclairer le diagnostic, un pneumothorax qui a échoué à cause de l'importance de la pachypleurite. Les troubles digestifs sont rares au cours des paralysies diaphragmatiques; Alexander en a rapporté 4 cas sur 2,000 phrénicectomisés. Les malades furent soulagés de leurs malaises digestifs par le pneumopéritoine qui décolla la grosse tubérosité de la coupole diaphragmatique surélevée.

M. R. ROLLAND déplore le fait que le malade ait refusé l'examen gastroscopique qui aurait pu résoudre le problème étiologique de la biloculation gastrique.

M. V. LATRAVERSE trouve que les troubles digestifs de ce malade peuvent faire penser au mégaœsophage. Quelles étaient les constatations radiologiques sur ce point? Quelle technique a-t-on employée pour le lipiodol intrabronchique?

M. J.-U. GARIEPY demande au docteur Prévost si l'on envisage une thoracoplastie dans le cas de fistule broncho-pleurale.

M. J. PREVOST répond qu'il n'y a pas actuellement de fistule broncho-pleurale. La thoracoplastie serait-elle indiquée au point de vue pulmonaire, qu'il vaudrait mieux s'en abstenir ici à cause de la présence d'organes abdominaux dans le thorax. On a employé pour le lipiodolage une sonde de Nélaton de 8 pouces de longueur qui permet de diriger à volonté le jet du liquide opaque.

M. Y. CHAPUT souligne qu'il est impossible de différencier cliniquement l'éventration de la hernie diaphragmatique. Grâce aux rayons X, on a pu diviser le chapitre des anomalies des diaphragmes en:

a) agénésie du diaphragme;

b) éventration par atonie et parésie;

c) hernie vraie ou fausse.

Il est clair dans le cas rapporté ici que l'histoire digestive relève de l'atteinte pleuro-pulmonaire. Quant à la biloculation, elle pourrait être due à des brides scléreuses ou au néoplasme. Les résultats de l'épreuve à l'histamine peuvent orienter vers cette dernière

★ Le Dr Noah D. Fabricant *dit :*

« Je constate très souvent que durant une crise aiguë de rhinite ou de rhino-sinusite, le pH des sécrétions nasales est alcalin — les sécrétions sont plus alcalines que normales. Cette constatation a une signification clinique, en ce sens qu'un vaso-constricteur susceptible d'abaisser l'alcalinité du pH à un degré d'acidité normale peut accomplir une fonction importante. »

« Par conséquent, lorsque survient une crise aiguë de rhinite ou de rhino-sinusite, on suggère l'emploi d'un vaso-constricteur nasal abaissant l'alcalinité du pH à un niveau qui varie entre 5.5 *et* 6.5 *— état à peu près normal du pH des sécrétions nasales in situ. »*

* Le Dr NOAH D. FABRICANT, de Chicago, a obtenu, en 1941, le Prix Casselberry de l'American Laryngological Association, pour le travail le plus important de l'année concernant le nez et la gorge.

L'Aquaphedrin E.B.S.

est plus efficace . . . parce que c'est une solution isotonique aqueuse d'éphédrine.

L'Aquaphedrin est une solution stable et aqueuse d'éphédrine. Etant de nature aqueuse, elle se diffuse rapidement dans les sécrétions de la muqueuse nasale sans nuire à l'action ciliaire. Etant isotonique, sa diffusion est prompte et sans osmose, produisant ainsi une absorption plus efficace de l'Ephédrine et permettant à celle-ci d'exercer son action décongestive unique.

Contrairement à la plupart des solutions d'éphédrine, l'Aquaphedrin E.B.S. est efficace sans provoquer de picotement, et son application est suivie d'un soulagement appréciable. L'absence d'irritation est due à l'isotonie de la solution et au pH ramené à un état similaire à celui de la muqueuse nasale. La solution n'est pas irritante et le pH est tel qu'il se conforme à une récente découverte voulant qu'une réaction légèrement acide soit beaucoup plus efficace dans le traitement des rhumes et des affections des sinus.

L'Aquaphedrin est efficace dans le soulagement des sinus et des muqueuses congestionnés, dans les rhumes de cerveau, l'inflammation naso-pharyngienne, l'obstruction des sinus, la fièvre des foins, l'asthme et autres troubles similaires.

●

L'AQUAPHEDRIN E.B.S. est présenté en flacons de ½ et de 1 once avec compte-gouttes et étiquettes détachables commodes pour les ordonnances. Se vend également en vrac pour utiliser avec un pulvérisateur.

Spécifiez l'Aquaphedrin E.B.S. dans vos ordonnances.

EQUIVALENT TO A ONE PER CENT SOLUTION OF EPHEDRINE ALKALOID

ÉQUIVAUT À UNE SOLUTION CONTENANT UN POUR CENT D'ALCALOÏDE D'ÉPHÉDRINE

E.B.S.

E.B.S. offre également à ceux qui les préfèrent:

"Phedronol inhalant"

Une solution contenant 1% d'alcaloïde d'éphédrine dans une huile neutre naturelle. Présenté en flacons compte-gouttes de ½ et de 1 once.

ET . . .

"Phedronol Jelly" E.B.S.

Ephédrine 37%
Chlorbutanol 82%

Combinés avec du menthol et du chlorure de sodium en proportions exactes pour diminuer la congestion de la muqueuse des voies nasales.

Présenté en tubes de 1 once.

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED
TORONTO *MANUFACTURING CHEMISTS* CANADA

hypothèse, de même que les dernières images radiologiques. C'est un malade à suivre de près et qui bénéficierait actuellement de petits repas répétés et d'une médication de substitution contre son achlorhydrie.

Chancre (syphilis primaire) chez un vieillard de 84 ans

M. A. MARIN

Monsieur X..., 84 ans.

Se présente à la consultation de Dermato-Syphiligraphie, le 10 octobre 1941, porteur d'une lésion génitale dont le début remonte à quelques semaines.

L'examen objectif révèle sur le prépuce la présence d'une exulcération arrondie, du diamètre de 1½ centimètre. La surface est recouverte d'une croûtelle. Celle-ci étant enlevée, il est constaté que le fond de la lésion est lisse, uni, couleur chair musculaire. Les bords n'en sont pas décollés, mais bien délimités. Une adénopathie inguinale est palpable: petits ganglions durs, qui roulent sous le doigt. L'examen à l'ultra-microscope décèle de nombreux tréponèmes.

Le Wassermann est positif total.

Il s'agit d'une syphilis primaire sérologique. Ce vieillard de 84 ans vient d'acquérir (tout récemment) une syphilis non accidentelle mais d'origine vénérienne. C'est un exemple ajouté à tant d'autres que l'âge n'a rien à faire avec l'injection tréponémique.

Cet individu est le plus âgé de notre collection. Le plus jeune est un bébé de 11 mois qui a été infecté à la vulve (deux chancres en vis-à-vis vers l'âge de 10 mois).

Ici le problème thérapeutique présente certaines difficultés.

Discussion

M. A. LAMBERT. Il importe d'abord de rendre ce malade non contagieux. Ici, il ne peut pas s'agir, en effet, d'un traitement massif, mais curateur. Le médicament employé ici fut le bismuth soluble, bien préférable, dans un tel cas, à l'arsenic, qui taxerait trop les émonctoires; au mercure, inopérant; et au bismuth insoluble, lent d'action et difficile à manier.

Le secrétaire adjoint,
Roger DUFRESNE.

ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE
DIVISION DE QUEBEC

Compte-rendu de la quatrième Assemblée Annuelle de l'Association Médicale Canadienne, division de Québec, tenue à l'Institut Neurologique de Montréal, le jeudi 9 octobre 1941, à 4.30 p. m.

DISCOURS DU PRESIDENT SORTANT DE CHARGE

Le Dr Léon Gérin-Lajoie s'adressa à l'Assemblée comme suit:

« Il est d'usage pour le Président de l'Association Médicale Canadienne, en souhaitant la bienvenue à tous, en cette assemblée annuelle, de rappeler dans ses grandes lignes les faits saillants de l'année écoulée et de jeter les jalons pour l'accomplissement d'œuvres fécondes par l'Exécutif que vous élirez dans quelques instants. Afin de n'avoir pas à me répéter, vous me permettrez d'élaborer mes remarques en langue anglaise, convaincu que vous reconnaîtrez dans ce geste l'estime et la reconnaissance que nous portons pour nos confrères qui nous ont honorés et ont mis en nous leur confiance, en nous élisant à la plus haute charge de l'Association.

Il appartient au secrétaire honoraire, au trésorier honoraire et aux présidents de comités de traiter devant vous en détail de nos activités. Mais en parcourant les minutes des six assemblées régulières de votre Comité Exécutif, il surgit à notre esprit des pensées de progrès en considérant le travail accompli et l'intérêt soutenu dans les affaires de l'Association.

Un nombre considérable de nouveaux membres est venu grossir les cadres de l'Association, principalement au début de notre année fiscale, et l'intérêt déployé par un groupe imposant, désireux de se joindre à nous en bloc, la Fédération des Sociétés Médicales, doit être étudié attentivement et recevoir notre considération sympathique.

Notre Association sera véritablement représentative de la profession de la Province si la majorité de nos confrères se joignent à nous. Sûrement est-il possible de se rencontrer sur un terrain commun. Plus que jamais il est nécessaire pour chacun de sentir les coudes de son voisin. Dans une telle unité accomplirons-nous de grandes choses et maintiendrons-nous le standard élevé et l'efficacité qu'il est de notre devoir de maintenir.

Sir Willmott K. Lewis, s'adressant ces jours derniers aux membres du Canadian Club, appuya sur la nécessité de projeter des plans pour l'ordre nouveau dans la démocratie d'après-guerre. La médecine jouera un rôle de premier plan, dans ce nouvel ordre, et les médecins seront appelés à pratiquer leur art dans une conception nouvelle, à adopter un système d'enseignement qui satisfera les exigences de l'heure, et de plus lourds fardeaux pèseront sur nos épaules.

L'Assurance-Maladie sera proposée comme solution possible de quelques-uns des problèmes que notre profession sera appelée à envisager dans un avenir prochain. J'ai lieu de croire qu'un petit nombre seulement de praticiens ont étudié cette question, et ont lu les très intéressants articles publiés sur cette question par M. Hugh Wolfenden dans le *Canadian Medical Association Journal*. Afin de pou-

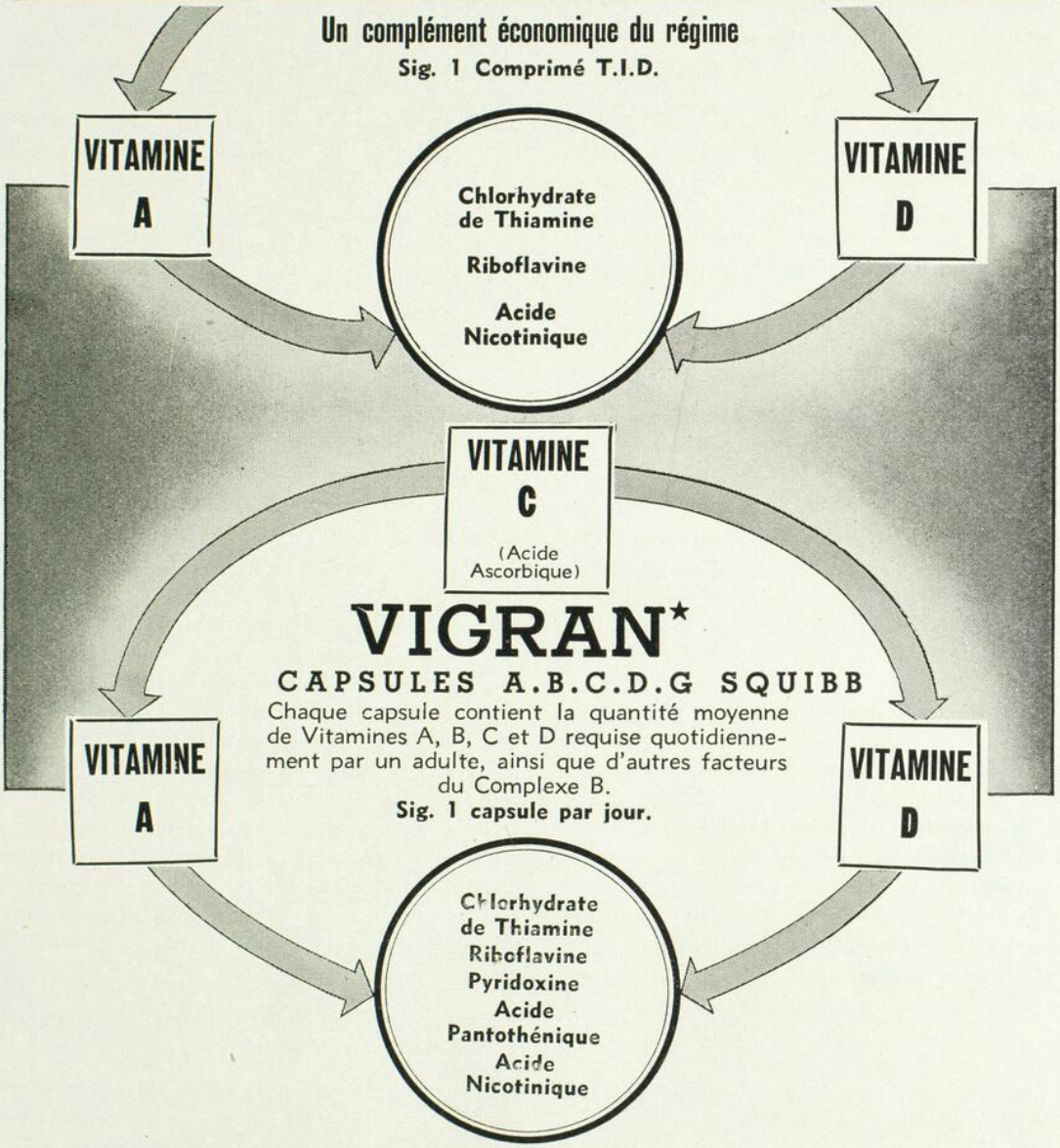
Vitamines Associées pour Votre Commodité

LEVURE-ADEX*

COMPRIMÉS A.B.D.G SQUIBB

Un complément économique du régime

Sig. 1 Comprimé T.I.D.



VIGRAN*

CAPSULES A.B.C.D.G SQUIBB

Chaque capsule contient la quantité moyenne de Vitamines A, B, C et D requise quotidiennement par un adulte, ainsi que d'autres facteurs du Complexe B.

Sig. 1 capsule par jour.

Pour échantillons médicaux, s'adresser à 36 Caledonia Road, Toronto, Ont.

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

Fabricants de Produits Chimiques pour le Corps Médical depuis 1858.

* Marque déposée.

voir parler avec autorité à nos représentants législatifs, il faut que nous soyons familiers avec les détails les plus subtils du fonctionnement d'un tel plan, davantage peut-être doit-on être au courant des besoins de la population et de la profession. Il est vrai qu'un certain nombre de Canadiens ne peuvent pas défrayer le coût de la maladie, et encore moins d'une hospitalisation. Il n'est pas du ressort de la profession médicale de supporter le choc de cette situation. La charité médicale est noble et doit être louangée et admirée, mais elle ne doit jamais être imposée. Les jours n'existent plus où la population était moindre et l'indigence exceptionnelle. La maladie est devenue coûteuse, et pourtant l'on ne devrait pas songer à la médecine comme un luxe. Lorsqu'elle frappe à la porte elle doit être envisagée avec fermeté et supportée avec courage. Il est devenu une nécessité de se faire traiter, mais la charité médicale n'est pas le remède à une situation qui devient de plus en plus aiguë avec les progrès incessants de la science.

L'Association a joué et jouera encore une part importante dans l'aide qu'elle fournit au Gouvernement dans son effort de guerre. Elle a donné son entière coopération aux différents Ministères de la Défense, de la Marine, de l'Armée et des Forces de l'Air. Il est de notre devoir de continuer ce travail et d'aider la cause pour laquelle notre mère patrie, notre pays et toutes les démocraties luttent côte à côte pour détruire et annihiler le nazisme, du monde.

Je suis convaincu que vous écouterez avec intérêt les différents rapports qui vous seront soumis pour approbation. Ils vous fourniront une vue d'ensemble de nos activités.

Celles-ci ont été rendues possibles par chacun d'entre vous qui avez fait confiance à votre Association. Davantage peut-être aux efforts incessants et à la bonne volonté de vos officiers: le Dr H. R. Clouston, le président élu, les Drs A. W. Young et E. S. Mills, respectivement secrétaire honoraire et trésorier honoraire, le Dr Georges Hébert, le secrétaire adjoint, et les membres de l'Exécutif. J'ajouterai le nom de Madame Drummond, en charge de notre secrétariat. Rien n'aurait pu être accompli s'ils n'avaient volontairement donné de leur temps, de leur expérience et de leur énergie: je tiens ici à leur en exprimer mes très sincères remerciements.

J'ai volontairement omis le nom du président de notre Exécutif, le Dr F. S. Patch, dont le travail soutenu et la pensée constante à la cause de l'Association Médicale Canadienne méritent plus qu'une simple mention. Il se retire de la présidence de notre Exécutif, mais son exemple servira longtemps à ceux qui seront à la gouverne de nos destinées; son habileté à résumer une discussion, son jugement sûr dans les situations difficiles, son dévouement sincère à l'intérêt de tous et chacun resteront longtemps dans la mémoire de ceux qui auront été assez fortunés pour travailler avec lui. C'est avec regret, et j'ai l'impression d'exprimer ici les vues non seulement des membres de l'Exécutif, mais aussi celles de tous les membres de l'Association, que nous avons été dans l'obligation d'accepter sa démission et que nous n'avons pas pu le garder plus longtemps avec nous à la tête de notre Exécutif.

Le Rapport du Secrétaire Honoraire a été adopté avec les amendements suivants:

Que les noms des membres qui ont été lus par la Division de Québec pour agir par procuration sur le Conseil Général de l'Association Médicale Canadienne, soient ajoutés à la liste des représentants contenus dans ce rapport.

A son assemblée du 11 février 1941, le Dr Georges Hébert a été élu secrétaire adjoint pour la balance de l'année; il fut un assistant régulier aux assemblées de l'Exécutif depuis cette date.

Les devoirs d'ordre militaire ont amené la démission du Dr W. S. Rodger, de Cowansville, comme membre du Comité Exécutif, en juin 1941. Cette démission a été acceptée avec regret. Il a été décidé de maintenir cette vacance jusqu'à l'élection de notre Exécutif à son assemblée annuelle.

D'autres démissions furent aussi reçues, au cours de l'année, de Présidents de Comités: le Dr A. T. Bazin, président du comité du cancer, et le Dr I. M. Rabinowitch, président du comité de nutrition. La division de Québec a été heureuse d'obtenir l'aide des Drs C. B. Pierce et L. H. Gariépy pour cette charge sur ces deux comités.

Une autre nomination a été faite par votre Exécutif, celle du Dr Jean Saucier, comme représentant de la Division de Québec sur le Bureau de rédaction du *Canadian Medical Association Journal* pour l'année 1941. Cette nomination a été acceptée unanimement par le Bureau de rédaction. Depuis la nomination du Dr Saucier, le Journal a publié certains articles en français, de même qu'un certain nombre de nouvelles concernant la profession médicale de la province de Québec. La division de Québec espère que le nombre de membres canadiens-français augmentera dans l'Association et qu'il sera possible d'étendre cette initiative du Journal.»

ASSEMBLEE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE

Les membres suivants ont été élus pour représenter la Division de Québec sur le Conseil Général de l'Association Médicale Canadienne à sa 72e assemblée annuelle tenue à Winnipeg en juin 1941:

Drs H. B. Church — Aylmer;
H. R. Clouston — Huntingdon;
J. R. Fraser — Montréal;
J. U. Gariépy — Montréal;
M. R. Stalker — Ormstown;
W. W. Stevenson — Québec;
Charles Vézina — Québec.

Un sédatif efficace

BROVALONE

HARTZ

Un mélange savoureux

DE BROMURE ET DE VALÉRIANE

Chaque once fluide représente: quatre-vingt grains de bromure de sodium, un grain d'extrait d'hyoscyamus, vingt gouttes de laxagrada et quatre-vingt gouttes de teinture de valériane ammoniacée, associés dans un véhicule agréablement aromatisé dissimulant l'odeur désagréable et le mauvais goût de la valériane.
Une ordonnance très utile dans le traitement de l'insomnie, surtout lorsqu'elle est causée par les tracas et le surmenage, l'hystérie et les troubles associés. C'est un sédatif nerveux efficace et antispasmodique.

POSOLOGIE: Une à quatre cuillerées à thé bien mélangées dans de l'eau.

THE J. F. HARTZ CO. LIMITED

TORONTO Fabricants de produits pharmaceutiques MONTREAL

Spécifiez les produits pharmaceutiques Hartz de fabrication canadienne.

Une thérapeutique efficace pour... *l'Otite Moyenne*

DOIT ÊTRE ANALGÉSIQUE - BACTÉRICIDE et PRODUIRE la DÉSHYDRATATION des TISSUS

Auralgan

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD. **Montréal — New-York — London**

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 coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

•

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

Remplaçants

Drs O. E. Caza — Valleyfield;
C. A. Gauthier — Québec.

Ex-officio

Drs L. Gérin-Lajoie, Président de la Division de Québec;
Georges Hébert, Secrétaire adjoint;
A. W. Young, Secrétaire honoraire.

Le Dr W. W. Lynch a été élu pour représenter la Division sur le Comité des Nominations de l'Association Médicale Canadienne à cette même réunion.

L'Association Médicale Canadienne a élu les membres suivants de la Division de Québec sur le Comité Exécutif de l'Association pour l'année 1941-42: Drs F. S. Patch, Léon Gérin-Lajoie et W. H. Delaney. Membres « ex-officio » sur le Comité Exécutif et venant de la province de Québec: les Drs A. G. Nicholls, rédacteur en chef du *C. M. A. Journal,* et D. S. Lewis, trésorier honoraire de l'Association.

Membres

Du 15 septembre 1940 au 15 septembre 1941, 99 nouveaux membres sont venus s'ajouter à notre liste, le chiffre total indiquant une augmentation nette de 69 sur l'an dernier. Au 15 septembre 1941, la Division de Québec comptait 701 membres actifs et huit membres senior, soit un total de 709.

Actuellement, 72 membres de la Division de Québec sont en service actif avec la Marine, l'Armée, ou les Forces de l'Air. Il a été décidé par l'Association Médicale Canadienne, en octobre 1940, que les membres enrôlés dans les services militaires, servant plein temps et ne faisant aucune clientèle privée, seront exempts des paiements de la cotisation annuelle pour l'année 1941, mais que le Journal ne sera pas adressé à ces membres. Cette réglementation a été dans la suite modifiée en mars 1941; quand il a été décidé d'accorder le Journal à ces membres qui en feront la demande, au coût de $4.00 par année.

La question de l'augmentation des membres a reçu une attention particulière au cours de l'année. En coopération avec les autres Divisions de l'Association Médicale Canadienne, la Division de Québec a organisé une campagne de recrutement à la fin de 1940. Une lettre circulaire a été adressée à environ 400 médecins de langue anglaise et 2,100 médecins de langue française de la province de Québec. A titre gracieux et pour rendre service à la profession médicale, un mémoire contenant les renseignements sur l'exemption de l'impôt sur le revenu pour la profession médicale, a été inclus dans chaque lettre. En raison de cet effort, 79 nouveaux membres se sont joints à l'Association Médicale Canadienne. Bien que cette réponse ne puisse pas être considérée comme excellente, il faut se souvenir que la Division a pratiquement doublé le nombre de ses membres depuis son organisation en 1937. Il reste beaucoup à faire encore, cependant, et la Division de Québec continuera à profiter de l'occasion pour apporter à ceux qui ne sont pas membres les avantages qu'ils peuvent retirer de l'Association Médicale Nationale.

COMITES PERMANENTS ET COMITES SPECIAUX

Archives: Dr W. W. Francis, Président;
Constitutions et règlements: Dr F. S. Patch, Président;
Economie Médicale: Dr R. Vance Ward, Président;
Ethique professionnelle: Dr C. F. Wylde, Président;
Législation: Dr W. H. Delaney, Président;
Bien-être maternel: Dr J. R. Fraser, Président;
Education Médicale: Dr Albert LeSage, Président;
Nutrition: Dr L. H. Gariépy, Président;
Pharmacie: Dr D. S. Lewis, Président;
Cours de Perfectionnement: Dr W. J. McNally, Président;
Santé Publique: Dr F. G. Pedley, Président;
Cancer: Dr C. B. Pierce, Président.

COMITE DES COURS DE PERFECTIONNEMENT

Les cours de perfectionnement organisés par la Division de Québec ont été poussés à la limite des moyens financiers à la disposition de la Division, et votre Exécutif profite de la circonstance pour rendre hommage à l'excellent travail de ce Comité.

SOCIETE CANADIENNE DE LA CROIX-ROUGE

Depuis quelque temps, notre Président, le Dr Léon Gérin-Lajoie, est Président du Comité spécial organisé dans le but de coopérer avec la Société Canadienne de la Croix-Rouge. Les Drs A. T. Bazin, Edmond Dubé et F. G. Pedley font partie de ce Comité. Sur la recommandation du Col. W. Leggatt, Président de la Division Provinciale de Québec de la Société Canadienne de la Croix-Rouge, le Dr Léon Gérin-Lajoie, et les membres de son Comité ont été réélus par la Division de Québec de l'Association Médicale Canadienne pour servir à titre d'aviseurs sur un nouveau Comité, connu sous le nom de Comité des Services de Santé Publique de la Croix-Rouge.

La Division de Québec est également représentée sur le Comité Aviseur des Désastres de la Croix-Rouge, par les Drs A. T. Bazin et Léon Gérin-Lajoie.

LA GUERRE

Votre Exécutif a porté un intérêt particulier sur les soins médicaux accordés aux réfugiés de guerre, et le Dr E. S. Mills a représenté la Division de Québec sur le Conseil Canadien des Enfants venus d'outre-mer.

A la demande de l'Association Médicale Canadienne, un effort a été tenté dans les premiers mois de l'année 1941 pour obtenir des médecins pour le « Royal Army Medical Corps » d'Angleterre. A cause des difficultés dans les questions d'échange monétaire,

UROPRAZINE

GRANULÉ EFFERVESCENT

ELIMINE L'ACIDE URIQUE

Composants principaux:

PIPÉRAZINE
HEXAMÉTHYLENETÉTRAMINE
SOUFRE COLLOÏDAL
FORMIATE DE LITHINE

GOUTTE • RHUMATISME • SCIATIQUE

LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, FRANCE

Distributeurs: **M.M. HERDT & CHARTON, Inc.**

2027, AVENUE McGILL COLLEGE - MONTRÉAL

A Messieurs les Médecins

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES

37 ANNEES D'EXPERIENCE COMME PHARMACIE PROFESSIONNELLE.

NOUS N'EMPLOYONS QUE LES PRODUITS CHIMIQUES SUPERIEURS.

ARTHUR HIRBOUR

. . est tout indiquée . . pour la préparation de vos ordonnances

ANGLE SAINT-DENIS ET DE MONTIGNY

Téléphone: LAncaster 7356 — MONTREAL

aucun succès pratique ne fut obtenu. Les plus récentes données fournies par l'Association montrent que des 397 enrôlements de médecins canadiens du 1er mai 1941 au 31 août 1941, 46 de ce nombre ont été transférés au R.A.M.C.

Il a été demandé à la Division de Québec de constituer deux bureaux médicaux de révision pour les recrues d'âge militaire, un pour le district de Montréal, un pour le district de Québec. Le choix du personnel a été le suivant:

Montréal: Les Drs C. R. Bourne, L. H. Gariépy, L. de G. Joubert, J. G. Lefebvre, Jean Mignault, E. J. Mullally.

Québec: Les Drs W. H. Delaney, J. B. Jobin, Achille Paquet, René Turcot, Joseph Vaillancourt, C. Vézina.

Les autorités militaires de la Province ont consulté le Comité aviseur de la Division de Québec, en quête de renseignements sur la disponibilité et la compétence de médecins qui offraient leurs services, dans l'Armée, dans la Marine et dans la Force Aérienne. Il est évident qu'une continuelle coopération avec l'Association Médicale Canadienne se poursuivra en vue du besoin urgent de personnel médical dans les différents services militaires.

La « British Medical Association » a récemment établi un fonds de secours de guerre (War Benevolent Fund) pour venir en aide aux membres de la profession médicale anglaise, qui ont souffert de la perte de leurs maisons et de leurs propriétés par des raids aériens. Un objectif de $250,000 a été projeté et déjà $150,000 ont été collectés en Angleterre. Convaincue qu'un grand nombre de médecins canadiens seront heureux de souscrire à ce Fonds, l'Association Médicale Canadienne accepte la contribution individuelle des membres de la profession, pour être distribuée à la discrétion de la « British Medical Association ». L'Association Médicale Canadienne a reçu l'autorisation nécessaire pour procéder à la perception des fonds pour cette œuvre qui a été enregistrée au Ministère des Services Nationaux de Guerre sous l'Acte des Charités de guerre.

Le Comité Exécutif désire à nouveau attirer l'attention des membres sur ce Fonds de Secours. Il n'y a aucun doute qu'une assistance financière quelle qu'elle soit sera reçue avec reconnaissance.

*
* *

COMITE D'ECONOMIE MEDICALE

Le Président du Comité d'Economie Médicale, le docteur Vance Ward, présente le rapport suivant: « La principale activité de votre comité pendant la dernière année fut de compiler les données sur les organisations qui accordent des services médicaux à leurs membres dans la province de Québec. Cette étude comprend aussi les sociétés dites de bienfaisance et les services médicaux industriels dans la province. Les copies des rapports faits sur ces questions ont été envoyées au secrétaire général de l'Association Médicale Canadienne et sont dans les filières de la Division de Québec. Votre président a aussi agi comme membre du Comité d'hygiène industrielle de l'Association Médicale Canadienne sous la présidence du docteur J. S. Cunningham. Les efforts de ce comité se sont dirigés vers l'établissement de services médicaux parfaits en rapport avec l'industrie de guerre. »

COMITE DE LEGISLATION

Le Président du Comité de Législation, le docteur W. H. Delaney, lit le rapport suivant: « Au cours de la dernière session, votre comité a été passablement affairé. Ce tenace et perpétuel bill des chiropraticiens cherchant un status légal pour ses praticiens irréguliers, fut apporté devant le comité des bills privés. Il fut rejeté. Il est temps de faire remarquer que les membres de la profession médicale, dont le nombre dans notre province est d'environ 3,000, se sont, en général, montrés indifférents à l'égard de leurs droits légaux. Il semble qu'il soit opportun que la profession médicale dans cette province réunisse ses forces afin d'exercer sur les membres de la Législature de Québec une influence suffisante pour éliminer dans les prochaines années le danger de la chiropratique. Il est aussi recommandé aux organisations médicales de cette province de voir à préparer une telle défense.

On a aussi demandé à votre président d'aider le Collège des Médecins et Chirurgiens pour obtenir des amendements à leur charte, lesquels amendements étaient contenus dans un bill présenté à la chambre pour adoption. Il y avait dans ce bill un amendement qui, s'il était adopté, aurait annulé le principe même de l'Acte Médical.

On a demandé la permission de retirer ce bill et ceci a été accordé par le gouvernement.

A ce propos, permettez-moi d'attirer l'attention de cette Division sur le fait que le Collège des Médecins et Chirurgiens n'a jamais soumis ni à la Division ni à moi-même les amendements proposés, et donc, cette division ignorait le contenu de ce bill qu'on lui demandait de supporter.

Il semble donc dans l'ordre de suggérer, advenant le cas où le Collège des Médecins et Chirurgiens désirerait la coopération de cette Division, qu'on lui demande de nous soumettre le Bill d'amendements qu'il a l'intention de proposer, avant que nous engagions cette Division à l'aider dans ses demandes. J'ai l'impression qu'il y avait, dans les amendements proposés, quelques clauses que cette Division aurait dû étudier sérieusement. »

COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE

Le docteur F. G. Pedley présente le rapport du Comité de la Santé publique. Il fait quelques remarques d'ordre général et continue comme suit: « Il est agréable de constater que la législation sur

LE BRANDY SUD-AFRICAIN

est reconnu pour sa haute teneur en esters

L'efficacité des esters du brandy sud-africain est reconnue par la profession médicale britannique qui utilise grandement ce brandy dans les hôpitaux. Le soleil et le sol sud-africain et les soins apportés à sa production, assurent l'invariable qualité de cet excellent brandy. Il est garanti par le gouvernement sud-africain quant à son âge et à sa pureté.

Gagnant de la médaille d'or dans le concours de tous les produits similaires de l'Empire au "Royal Agricultural Hall", Londres, Angleterre, en 1937.

D'autres excellents vins de l'Afrique du Sud se vendant au Canada:

PAARL SEC BLANC;
PAARL WITZENBERG;
PAARL SEC ROUGE (Type Bourgogne);
PAARL BOURGOGNE MOUSSEUX;
PAARL WINTERHOEK MOUSSEUX; (Type Champagne);
PAARL SAUTERNES;
PAARL VERMOUTHS (sec ou doux);
PAARL MUSCATEL;
OLD LIQUEUR BRANDY.

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

les maladies vénériennes, attendue depuis si longtemps, a finalement été passée en mars 1941. Le bill oblige tous les médecins à rapporter les cas de maladies vénériennes au Directeur du département des Maladies Vénériennes, lequel est une branche du département provincial de la Santé et d'Hygiène. Le médecin fera la déclaration des cas par numéro et par nom seulement si le patient refuse de se faire traiter ou néglige de le faire convenablement. Le Bill autorise aussi le Directeur à examiner les personnes suspectes et à exiger leur traitement si trouvées infectées.

Votre président, à titre de membre du Comité de Santé Publique de l'Association Médicale Canadienne, a recommandé les suggestions suivantes à la considération de l'Association comme corps:

1° L'élaboration d'un programme national pour le contrôle des maladies vénériennes;

2° Une étude des différents aspects de l'hygiène publique au point de vue logement, avec mention particulière des activités d'après-guerre;

3° Le Wassermann de routine pour les recrues de l'armée canadienne;

4° Une étude de la politique de la commission de radiodiffusion canadienne en rapport avec l'annonce des médicaments brevetés.»

COMITE DU CANCER

Le Président du Comité du Cancer, le docteur Carleton B. Pierce, fait la lecture du rapport suivant:

« Votre Président du Comité du Cancer, durant la dernière année surtout, a consacré ses activités à des entrevues et à des enquêtes auprès des membres des différents personnels de quelques hôpitaux de première importance de la Province au sujet des méthodes et des moyens utilisés dans ces institutions pour l'étude et les statistiques se rapportant aux cancéreux. Une visite a été faite aux quartiers-généraux de l'Association à Toronto dans le but de discuter la préparation des formules standard françaises de l'Association Médicale Canadienne pour rapport sur le cancer.

Je suis assuré que si les institutions de langue française le désirent, les administrateurs autoriseront immédiatement l'impression de ces formules sur réception de la traduction du texte.

Les dossiers en usage dans les différents hôpitaux de premier ordre sont assez divers. Qu'il soit mieux de les ramener tous à un même type est une question à discuter. L'opinion individuelle jusqu'ici ne semble pas favorable à ce qu'on rapporte tous ces cas au bureau central de Toronto.

Un hôpital de première importance a fait du cancer une maladie à déclarer, dans la mesure du possible. Il semble que ce soit là un progrès.

Les conférences et cliniques dans les hôpitaux sur les tumeurs, néoplasmes ou cancers, seront peut-être de pratique difficile, le personnel civil étant limité dans le moment, mais on devrait les encourager.

Il est recommandé que plus d'attention soit donnée à l'éducation de la profession médicale qu'à celle des profanes. La conduite et le soin d'un patient cancéreux devraient être un effort de groupe où chaque membre de la profession médicale peut jouer un rôle important. Mais ceci peut réussir seulement si tous collaborent individuellement et collectivement afin d'apprécier à leur juste valeur ce que les différents moyens à leur disposition peuvent poser pour le patient, ou pour le contrôle du néoplasme, ou comme palliatif des symptômes, et ensuite agir au meilleur de leur connaissance pour décider ce qui donne au patient une santé relative pour le temps le plus long.»

Sur une motion du docteur Pierce, secondée par le docteur H. B. Church, le rapport du Comité sur le Cancer fut adopté.

Il fut proposé, secondé et accepté par le Comité Central de l'Association Médicale Canadienne sur le cancer devrait s'occuper de la recommandation du docteur Pierce à propos de l'éducation de la profession médicale dans la conduite et le soin du patient cancéreux.

COMITE DES COURS DE PERFECTIONNEMENT

Le docteur W. J. McNally, président du Comité des cours de perfectionnement, lut le rapport suivant:

« Plusieurs réunions du comité ont eu lieu pendant la dernière année. Le Comité compte les membres suivants:

J. S. L. Browne, Secrétaire (anglais);
Albert De Guise;
R. R. Fitzgerald;
L. H. Gariépy, Secrétaire (français);
W. E. Hume, Sherbrooke (en service actif);
W. J. McNally, Président;
N. W. Philpott;
J. B. Ross;
L. Rousseau, Québec;
L. C. Simard.

Il y eut huit réunions durant la dernière année. Votre comité a organisé son travail avec l'aide des représentants des districts du Conseil. Nous remercions ces messieurs pour leur coopération à organiser des réunions dans leurs districts. Un effort spécial a été fait cette année afin d'organiser des assemblées dans les districts avoisinant Québec, mais jusqu'ici les docteurs Rousseau, Delaney et Gariépy n'ont pas eu de succès. Comme résultat de notre expérience acquise au cours de l'année, il a été décidé de limiter le nombre des conférenciers pour une réunion. Ceci a un double avantage: plus de temps pour la discussion et un coût moindre pour le déplacement des conférenciers.

Les frais de voyage pour ces réunions se chiffrent à $128.42 et ont été payés par la Division de Québec.

Les réunions ont été appréciées et bien encouragées. Dans chaque cas le groupe local a accordé aux conférenciers toute la courtoisie voulue.

Notre comité remercie sincèrement les nombreux conférenciers qui ont si généreusement donné de leur temps et de leur science pour faire un succès de ces réunions.

Je profite de l'occasion pour remercier les membres du Comité de leur splendide coopération, en particulier les docteurs Gariépy et Brown, secrétaires français et anglais respectivement. »

*

* *

Le Président informe ensuite l'Assemblée de l'élection du docteur H. R. Clouston comme Président-élu à l'Assemblée annuelle, tenue le 10 octobre.

Les officiers suivants ont été élus:

Président-élu: Dr C. Vézina, Québec;

Président du Comité Exécutif: Dr D. S. Lewis, Montréal;

Président sortant de charge: Dr L. Gérin-Lajoie, Montréal;

Secrétaire honoraire: Dr A. W. Young, Montréal;

Secrétaire adjoint: Dr Georges Hébert, Montréal;

Trésorier honoraire: Dr E. S. Mills, Montréal;

District de Montréal: Dr L. H. Gariépy, Montréal; Dr C. K. P. Henry, Montréal; Dr W. de M. Scriver, Montréal;

District de Bedford: Dr G. F. L. Fuller, Cowansville;

District de Huntingdon: Dr M. R. Stalker, Ormstown;

District de Hull: Dr H. B. Church, Aylmer;

District de Québec: Dr W. H. Delaney, Québec;

District de St-Maurice: Dr J. M. F. Malone, Trois-Rivières;

District de Sherbrooke: Dr J. B. Winder, Lennoxville.

Pharmacie avec propriété établie depuis 40 ans. Bon site — bureau de poste. A vendre pour cause de maladie. S'adresser au Dr A.-A. Gauthier, 4751, rue Saint-Denis. Tél. BElair 3029.

NOUVELLES

CLINIQUES DE DERMATO-SYPHILIGRAPHIE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL [1]
1941 — 1942

PROFESSEUR: *Albéric Marin,* Notre-Dame.
ASSISTANTS: *Paul Poirier,* Hôtel-Dieu.
F.-L. Boulais, Notre-Dame.
A. Lambert, Notre-Dame.

Mois	*Date*	*Jour*	*Lieu*	*Groupe*	*Leçons, présentation de malades. Moulages, Photos, etc.*	*Heures*
						N.-Dame 9 à 11 hrs. H.-Dieu 9 à 10½ hrs.
Déc.	12	Vend.	H.-Dieu	I	Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques.	
Jan.	8	Jeudi	N.-Dame	II	Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques.	
"	9	Vend.	H.-Dieu	I	Psoriasis. Pityriasis rosé de Gibert. Eczématides.	
"	12	Lundi	N.-Dame	II	Psoriasis. Pityriasis rosé de Gibert. Eczématides.	
"	15	Jeudi	N.-Dame	II	Eczéma. Urticaire. Purpura. Dermites artificielles.	
"	19	Lundi	N.-Dame	II	Cancers. Précancers. Leucoplasie. Tumeurs bénignes, etc. R. X et Radium, etc.	
"	22	Jeudi	N.-Dame	II	Impétigo. Ulcère variqueux. Furoncles. Gale. Teignes. Pelade. Phtiriase.	
"	23	Vend.	H.-Dieu	I	Eczéma. Urticaire. Purpura. Dermites artificielles.	
"	26	Lundi	N.-Dame	II	Tuberculose. Tuberculides.	
"	29	Jeudi	N.-Dame	II	Acné. Lichen. Herpès et Zona.	
"	30	Vend.	H.-Dieu	I	Cancers. Précancers. Leucoplasie. Tumeurs bénignes, etc. R. X et Radium, etc.	
Fév.	2	Lundi	N.-Dame	II	Diagnostic de S I, S II, S III et S latente.	
"	5	Jeudi	N.-Dame	II	Arsenicaux: Variété, posologie, incidents, etc. Etude des dossiers. Récapitulation. Questionnaire.	
"	6	Vend.	H.-Dieu	I	Impétigo. Ulcère variqueux. Furoncles. Gale. Teignes. Pelade et Phtiriase. Récapitulation. Dossiers. Questionnaire.	
Fév.	9	Lundi	N.-Dame	III	Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques.	
"	12	Jeudi	N.-Dame	III	Psoriasis. Pityriasis rosé de Gibert. Eczématides.	
"	13	Vend.	H.-Dieu	II	Bismuth et HG: Variété, posologie, incidents, etc.	
"	16	Lundi	N.-Dame	III	Eczéma. Urticaire. Purpura. Dermites artificielles.	
"	19	Jeudi	N.-Dame	III	Cancers. Précancers. Leucoplasie. Tumeurs bénignes, etc. R. X. et Radium, etc.	
"	20	Vend.	H.-Dieu	II	Traitements de la S I, S II, S III et S latente.	
"	23	Lundi	N.-Dame	III	Impétigo. Ulcère variqueur. Furoncles. Gale. Teignes. Pelade et Phtiriase.	
"	26	Jeudi	N.-Dame	III	Tuberculose. Tuberculides.	
"	27	Vend.	H.-Dieu	II	Syphilis nerveuse: classification, traitements.	
Mars	2	Lundi	N.-Dame	III	Acné. Lichen. Herpès et Zona.	
"	5	Jeudi	N.-Dame	III	Diagnostic de S I, S II, S III et S latente.	
"	6	Vend.	H.-Dieu	II	Tumeurs. Verrues. Biopsies, etc.	
"	9	Lundi	N.-Dame	III	Arsenicaux: variété, posologie, incidents.	
"	12	Jeudi	N.-Dame	III	Bismuth et HG: variété, posologie, incidents. Récapitulation. Dossiers. Questionnaire.	
"	13	Vend.	H.-Dieu	II	Syphilis. Traitements. Récapitulation. Etude des dossiers. Questionnaire.	
Mars	16	Lundi	N.-Dame	I	Tuberculose. Tuberculides.	N.-Dame 9 à 12 hrs. H.-Dieu 9 à 10½ hrs.
"	17	Mardi	N.-Dame	I	Acné. Lichen. Herpès et Zona.	
"	19	Jeudi	N.-Dame	I	Diagnostic de S I, S II, S III et S latente.	
"	20	Vend.	H.-Dieu	III	Traitements de S I, S II, S III et S latente.	
"	23	Lundi	N.-Dame	I	Arsenicaux. Bismuth et HG: variété, posologie, incidents, etc.	
"	24	Mardi	N.-Dame	I	Traitements de S I, S II, S III et S latente.	
"	26	Jeudi	N.-Dame	I	Syphilis nerveuse: classification, traitements. Récapitulation. Questionnaire.	
"	27	Vend.	H.-Dieu	III	Syphilis nerveuse: classification, traitements.	
Avril	10	Vend.	H.-Dieu	III	Tumeurs. Verrues, etc. Biopsies, etc. Traitements.	
"	17	Vend.	H.-Dieu	III	Syphilis. Traitements.	
"	24	Vend.	H.-Dieu	III	Leçons pratiques. Etude des dossiers. Récapitulation. Questionnaire.	

1. Les praticiens sont cordialement invités à assister à ces leçons cliniques faites à l'hôpital Notre-Dame et à l'Hôtel-Dieu, sans aucune formalité à remplir.

AGENT THÉRAPEUTIQUE D'UNE PUISSANCE INCONTESTÉE

DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE PNEUMOCOCCIQUE

Les résultats favorables qui ont été obtenus par l'emploi du Dagenan dans le traitement de la pneumonie d'origine pneumococcique durant les trois derniers hivers démontrent clairement son efficacité dans cette affection.

La multitude des cas qui ont été publiés à date permet de conclure que le Dagenan est le plus puissant agent thérapeutique dans le traitement de la pneumonie d'origine pneumococcique et que c'est le médicament auquel on doit avoir recours au début du traitement.

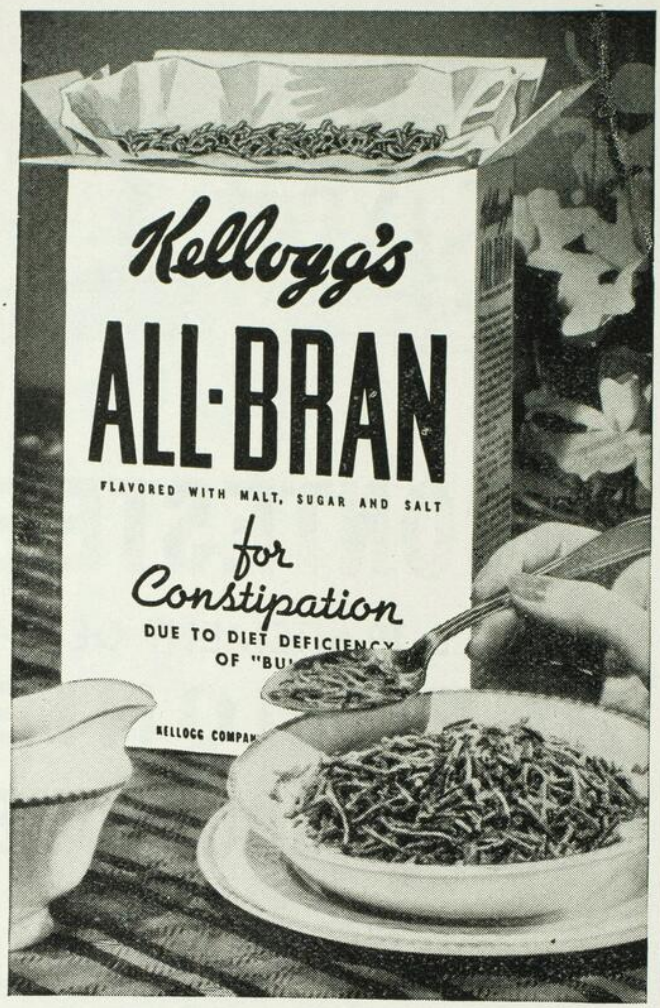
Dans les cas où la voie orale ne permet pas l'absorption complète du médicament ou dans les cas « in extremis » (méningites, septicémies, etc.), le oludagenan, qui est une solution stable de Dagenan, prête pour l'injection, fournit le moyen d'une thérapeutique intense.

Le Dagenan est offert en comprimés dosés à 0 gr. 50 (7½ grains) en tubes de 20, flacons de 100, boîtes de 500 et 1000 comprimés.

Le Soludagenan est présenté en ampoules de 3 c.c., chacune contenant 1 gramme de Dagenan. Boîtes de 10 et de 50 ampoules.

Laboratoires Poulenc Frères

DU CANADA LIMITÉE — MONTRÉAL



LE SON... exerce ses effets sur le contenu du côlon

L'action de KELLOGG'S ALL-BRAN s'exerce non pas sur le côlon même, mais bien sur le *contenu* du côlon. Non pas comme volume, mais pour la formation des déchets. C'est ainsi qu'agit ALL-BRAN dans le traitement de la constipation. Ces conclusions ont été démontrées par des recherches de laboratoire. Les médecins *recommandent* souvent l'usage de cette céréale croustillante, prête à manger ou en muffins.

GRATIS — Des extraits de deux articles, sur le son et la constipation, parus dans l'« American Journal of Digestive Diseases » et du « Journal of the American Medical Association ». Écrivez à Case A, Kellogg Company of Canada, Ltd., London, Ontario.

NOUVEL EXECUTIF DE LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

La Société Médicale de Montréal tenait le 16 décembre à l'Hôtel-Dieu sa dernière séance de l'année, au cours de laquelle on procéda à l'élection du bureau pour 1942.

Le nouvel exécutif se compose comme suit: président, le docteur G.-L. Prud'homme; vice-président, le docteur Ad. Groulx; secrétaire-trésorier général, le docteur Paul Letondal, réélu pour un quatrième terme.

Après quoi, des travaux scientifiques furent présentés par les Drs Gérard Poupart, Georges E. Cartier, Gérard St-Onge, Rodrigue Lefebvre, Pierre Meunier, Oscar Mercier, Jean-Paul Bourque et Jean-Paul Legault.

Le secrétaire général, le Dr Paul Letondal, donna ensuite lecture du rapport annuel des activités de la Société, montrant qu'elle n'a cessé de progresser depuis sa fondation et qu'elle a toujours su faire la part des événements. C'est ainsi qu'elle a mis à l'ordre du jour l'étude des grands syndromes hémorragiques et qu'elle organisa récemment une conférence spéciale sur le traitement actuel des plaies de guerre [1].

Elle continuera cette année à orienter ses activités dans cette voie en rapport avec les besoins de l'heure.

LAVONS LES FRUITS ET LEGUMES AVANT DE LES MANGER

« Avant de mordre dans cette pomme appétissante ou dans cette poire juteuse, avant de manger ces raisins bleus ou ces prunes rouges que vous achetez dans les épiceries ou au marché, ne manquez donc jamais de les laver. Pourquoi prendre des risques et vous exposer à contracter une typhoïde quand il est si facile de faire disparaître tous les microbes que la poussière peut apporter dans les magasins

1. Voir dans le même numéro, p. xxx le texte de cette conférence donnée le 5 décembre dernier par le contre-amiral G. Gordon-Taylor.

de victuailles. » Voilà des conseils donnés chaque saison par les hygiénistes du département de la santé et du bien-être social. Ces recommandations s'appliquent également aux fruits que l'on sert sur la table comme à ceux que l'on met dans les sacs des enfants qui se rendent à l'école. On oublie un peu trop, semble-t-il, que les insecticides que les planteurs répandent sur les fruits dans l'arbre y restent souvent. On protège de la même façon les légumes de sorte qu'il est aussi important de les laver avec soin avant de les faire cuire. La laitue et les autres légumes servis crus doivent être lavés avec autant de précautions. Fruits et légumes passent par un grand nombre de mains avant d'arriver aux consommateurs. Grâce aux services d'inspection du ministère provincial de la santé, une surveillance très étroite s'exerce sur la manutention jusqu'à l'ultime vente. Producteurs et marchands intermédiaires collaborent étroitement avec les hygiénistes pour assurer à la population, des fruits et des légumes d'une qualité nutritive impeccable, mais il n'en est pas moins prudent de faire un lavage complet à tous les fruits et à tous les légumes destinés à la consommation. Ces précautions sont prises dans toutes les provinces du Canada et dans les différents états de la république voisine. Néanmoins, chaque année, on rapporte des cas d'empoisonnement par poudre insecticide, ce qui indique le bien fondé des conseils donnés ci-dessus par les hygiénistes de la province. Il arrive souvent que les fruits et les légumes les plus attrayants, les plus beaux, soient précisément ceux qui ont reçu le plus de toxiques. Vous ne pouvez vous fier aux apparences. Soyez prudents, c'est votre santé qui l'exige.

NOMINATIONS

Le docteur L.-A. Magnan vient d'être nommé chef-adjoint du service de gynécologie de l'hôpital Notre-Dame.

Le docteur L.-C. Simard a été récemment promu chef-adjoint du laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital Notre-Dame.

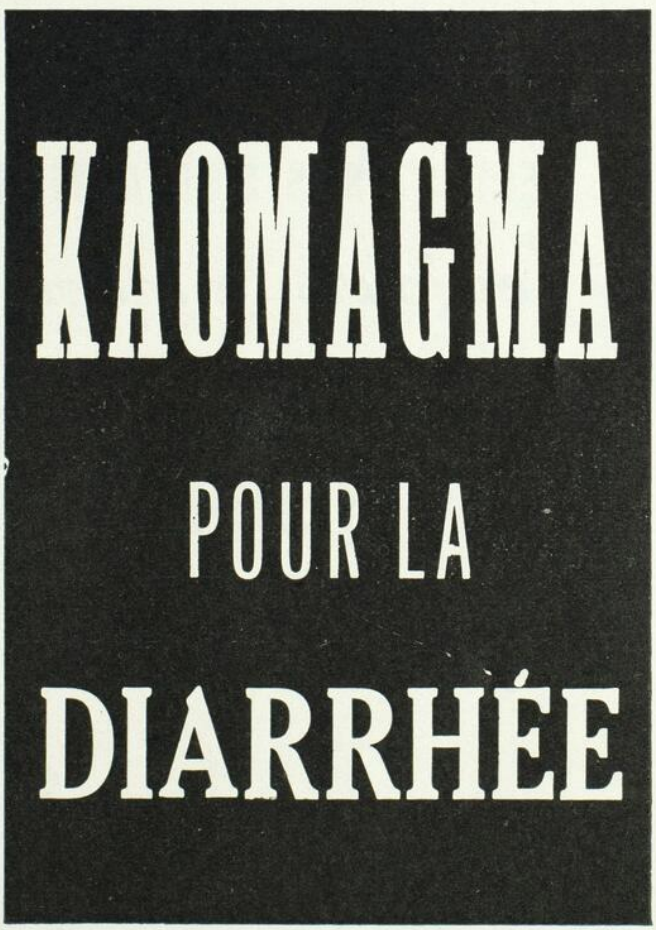
ELECTIONS CHEZ LES MEDECINS DE L'HOPITAL SAINTE-JUSTINE

Le 19 décembre dernier, il y eut à l'hôpital Sainte-Justine les élections du Conseil Médical et du Bureau Médical.

Ont été élus au *Conseil Médical*: MM. les docteurs J.-E. St-Onge, Gaston Lapierre, Henri Baril, Locien Coutu et Willie Major, ce dernier agissant comme secrétaire. Le docteur Edmond Dubé, Direrteur Médical de l'hôpital, fait partie *ex officio* du Conseil Médical.

Au *Bureau Médical*, les médecins se sont nommé comme président le docteur A.-Z. Crépeault et comme secrétaire, le docteur Hermile Trudel.

Le terme d'office est d'un an tant au Conseil Médical qu'au Bureau Médical.



REVUE DES LIVRES

John B. YOUMANS. — **Nutritional Deficiencies.** "J. B. Lippincott Company", 368 pages. Edition 1941.

Présenter toutes les vitamines actuellement utilisées en médecine, indiquer pour chacune ses propriétés physico-chimiques, son rôle physiologique, son origine alimentaire, décrire les expressions cliniques dues aux carences de ces vitamines dans l'organisme, ainsi que les lésions anatomo-pathologiques secondaires à ces carences, rappeler les doses quotidiennes rationnelles chez l'individu normal qui désire se maintenir en bonne santé ainsi que celles que doit ingérer le patient à la suite d'une carence vitaminique, tel est le rôle admirable qu'a joué le docteur John B. Youmans en écrivant *Nutritional Deficiencies*. Il a aussi mis en évidence les rapports existant entre les différentes unités utilisées dans le domaine biologique des vitamines. Ces notions seront particulièrement appréciées du médecin qui reçoit la littérature commerciale à ce sujet.

Pour compléter l'étude des différentes carences nutritives, l'auteur a étudié celles qui se rapportent au calcium, au fer, à l'iode et aux protéines. Pour mettre encore plus de précision dans les esprits, il a résumé dans des tableaux d'une feuille chacun, les principales données sur chaque vitamine. Il a terminé son volume par un chapitre consacré aux examens de laboratoire susceptibles d'aider au diagnostic des carences de l'organisme en vitamines. Cette œuvre est d'une clarté étonnante et mérite de la profession médicale une attention toute particulière.

Georges HEBERT.

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

J. J. Joubert LIMITÉE

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR MICHEL LEFEBVRE

Le docteur M. Lefebvre est récemment décédé à l'âge de 81 ans. Le défunt avait obtenu son diplôme de médecin, en 1888, du Collège médical de Victoria. Il avait pratiqué à Valleyfield pendant 17 ans, où il fut coroner du comté, puis dans le quartier de Maisonneuve, à Montréal.

LE DOCTEUR LEO BLAGDON

Au moment où nous préparons la livraison de ce numéro, nous apprenons la mort du docteur Léo Blagdon, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame. Nous prions les membres de sa famille d'agréer l'expression de nos plus sincères condoléances. Nous publierons une notice nécrologique sur le regretté docteur Blagdon dans *l'Union Médicale* de février.

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratoires Ltée (Pentothal Sodique) 36

American Can Co. (Conserves alimentaires et santé publique) 2e p. de couverture

Anglo-French Drug Cie (Vi-Mi-Caps) . . 91

Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (En avant!) 1

Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Vaccin anti-coquelucheux, polyvalent) . . 2

Brandy Sud-Africain 103

British Drug Houses (Canada) Ltd. (Vaccin en Comprimés B.D.H.) 4

Canada Drug Co. Ltd. (Paveral) . . . 99

Casgrain & Charbonneau, Ltée (Levure Fer & Vitamine) — (Micrigène) — (Cécrinyl "adultes") — (Cécrinyl "enfants") — (Décrigène) — (Germinol) . 25

Casgrain & Charbonneau, Ltée (Ferro-Crine No 34) — (Elixir Bécrinol) — (Comprimés Bécrinol) — (Quinitone et Vitamine B) 32

Compagnie Ciba Ltée (Entéro-Vioforme) . 24

Dohow Chemical Company, Ltd. The (Auralgan) 99

Eddé, J., Ltée (Bis Kam Oil) — (Hémostyl du Dr Roussel) — (Taxol) — (Neurinase) — (Alepsal) — (Inotyol) — (Pluriglandine) — (Veinatone) — (Artichobyl) 30

Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. 1ère page de la couverture

Frosst, Charles E., & Co. 17

Frosst, Charles E., & Co. 18

Frosst, Charles E., & Co. 19

Frosst, Charles E., & Co. 20

Hartz J. F. Co. Ltd. The (Brovalone) . . . 99

Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) . . . 101

Hoffmann-La Roche Ltée (Les Perles Vi-Penta) 9

Joubert, J.-J., Limitée 110

Kellogg's All Bran (Céréale) 108

Pages

Laboratoires DesBergers-BisMol (B-Totum) 4e page de la couverture

Laboratoires Jean Olive (Argédrine) - (Panglandine) 28

Libby, McNeill & Libby of Canada Limited (Aliments pour bébé) 31

Librairie Beauchemin Ltée 33

Mead Johnson & Co. Ltd. ("Oleum Percomorphum") 23

Merck & Co., Ltd. (Chloride Thiamin) . . 5

Merck & Co., Ltd. (Pyridium) 27

Millet, Roux & Cie, Ltée (Cortiode) . . . 21

Monty, Gagnon & Monty 103

Pharmacie d'ordonnances, Arthur Hirbour 101

Poulenc Frères (Dagenan) — (Soludagenan) — (Thiazamide) — (Soluthiazamide) — (Septazine) — (Soluseptazine) . 107

Rougier Frères (Hémoglobine Deschiens) 3

Rougier Frères (Digitaline Nativelle) . . 3

Rougier Frères (Lyxanthine Astier) . . 89

Sanatorium Prévost Inc. 26

Schering Corporation Ltd. (Oreton-M) . . 7

Shuttleworth, E. B. Chemical Co. Ltd. (L'Aquaphedrin E. B. S.) 95

Squibb & Sons of Canada, Ltd., E. R. (Levure Adex) (Vigran) 97

Usines Chimiques du Canada Inc. (Sirop B complexe) . . 3e page de la couverture

Vinant Limitée (Avis important pour 1942) 11

Vinant Limitée (Pulmo-Bailly) 13

Vinant Limitée (Pipérazine effervescente Midy) — Thiodérazine Midy, ampoules 5 cc.) — Thiodérazine Midy, gouttes) — (Thiodacaïne Midy, ampoules 20 cc.) — (Génésérine) — (Génatropine) — (Génoscopolamine) . 15

W. Lloyd Wood. Ltd. (Dillard's Aspergum) 29

William R. Warner & Co., Ltd. (Agarol) . 93

Wyeth & Bro., Canada Ltd., John (Kaomagna pour la diarrhée) . . . 78-109

Wyeth & Bro., Canada, Ltd., John (Amphojel) 34-35