

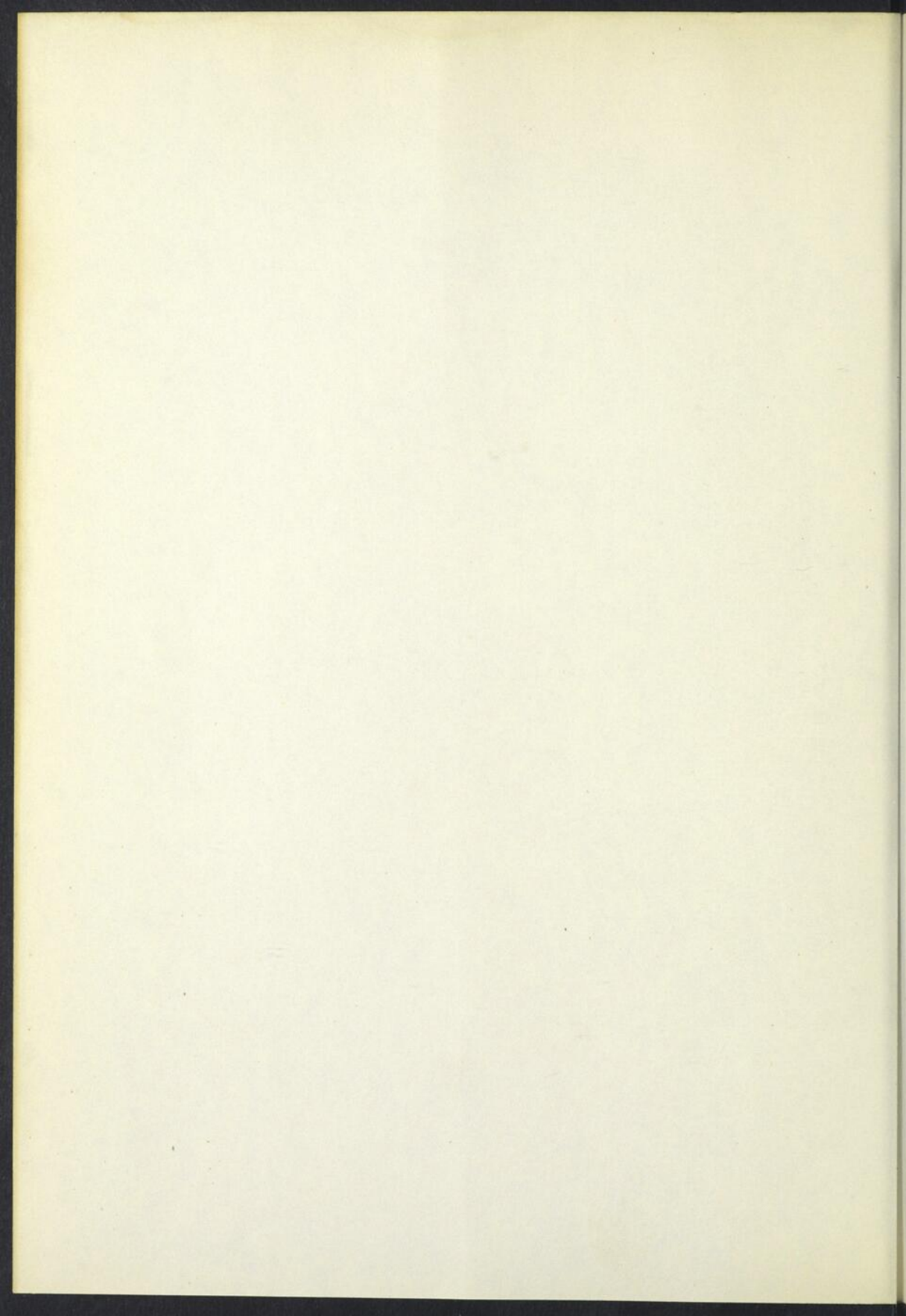
Bibliothèque Nationale du Québec

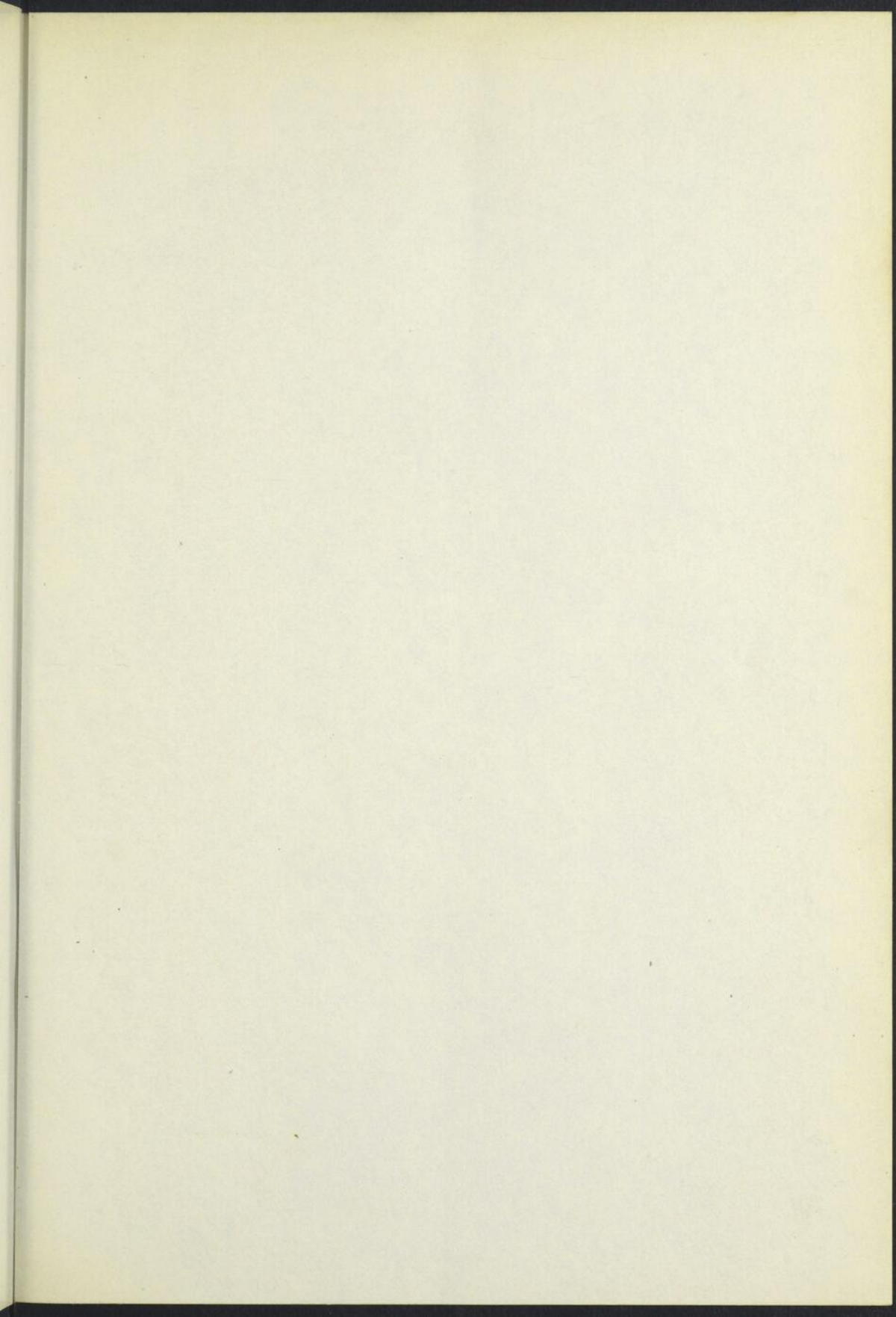
PER

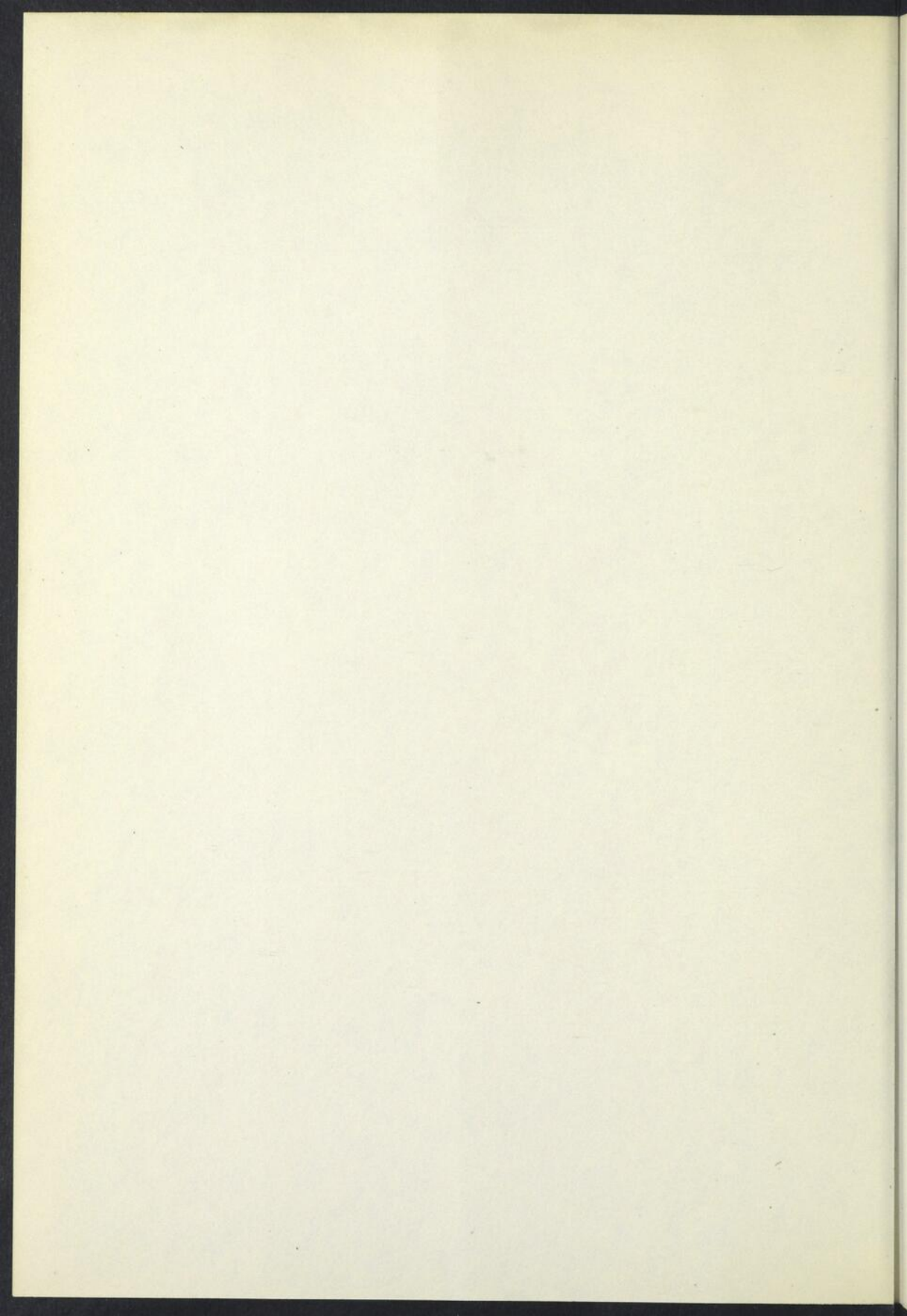
J. 88

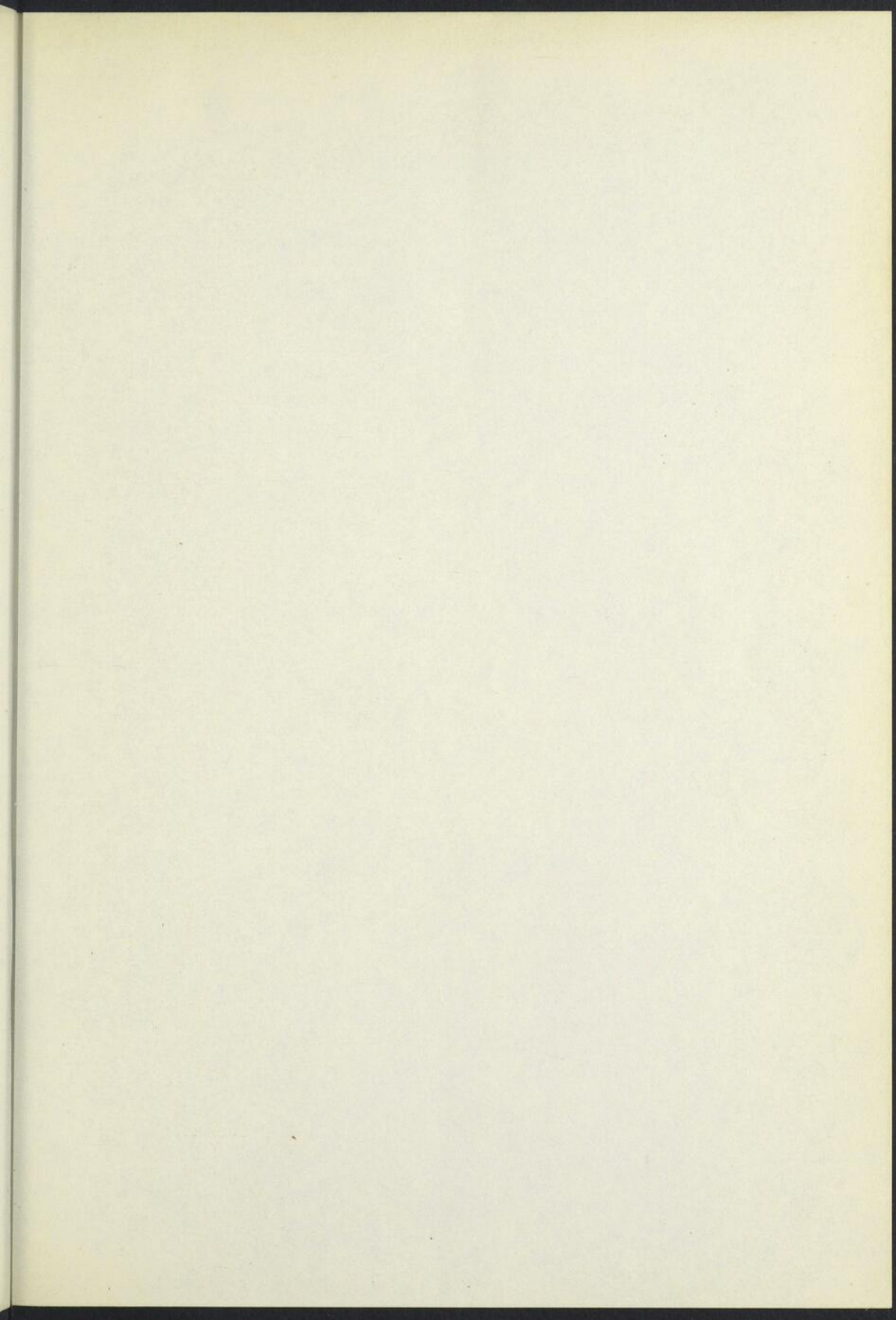
9

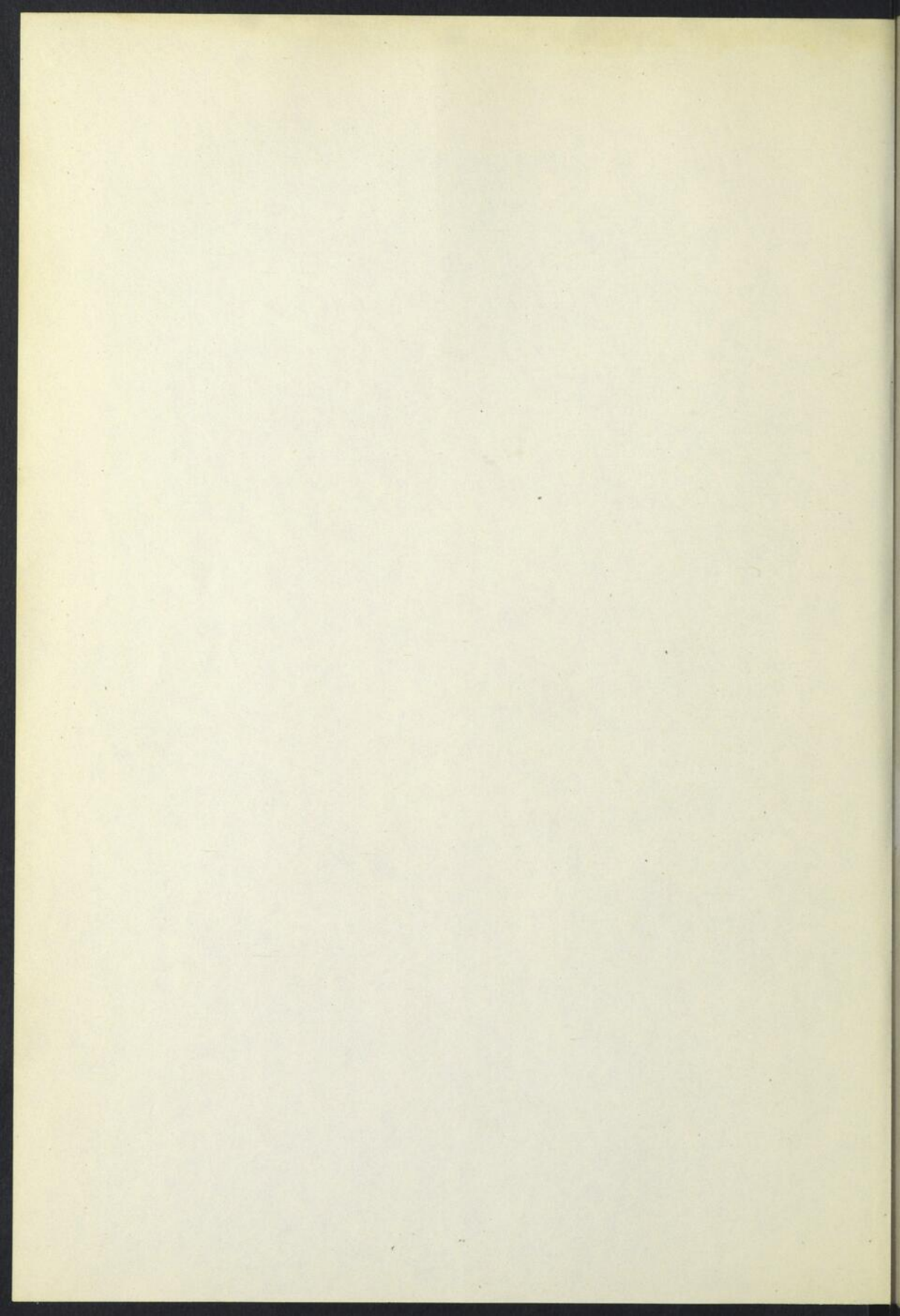
4/2











Numéro 1

38
Deuxième année

LE JOURNAL

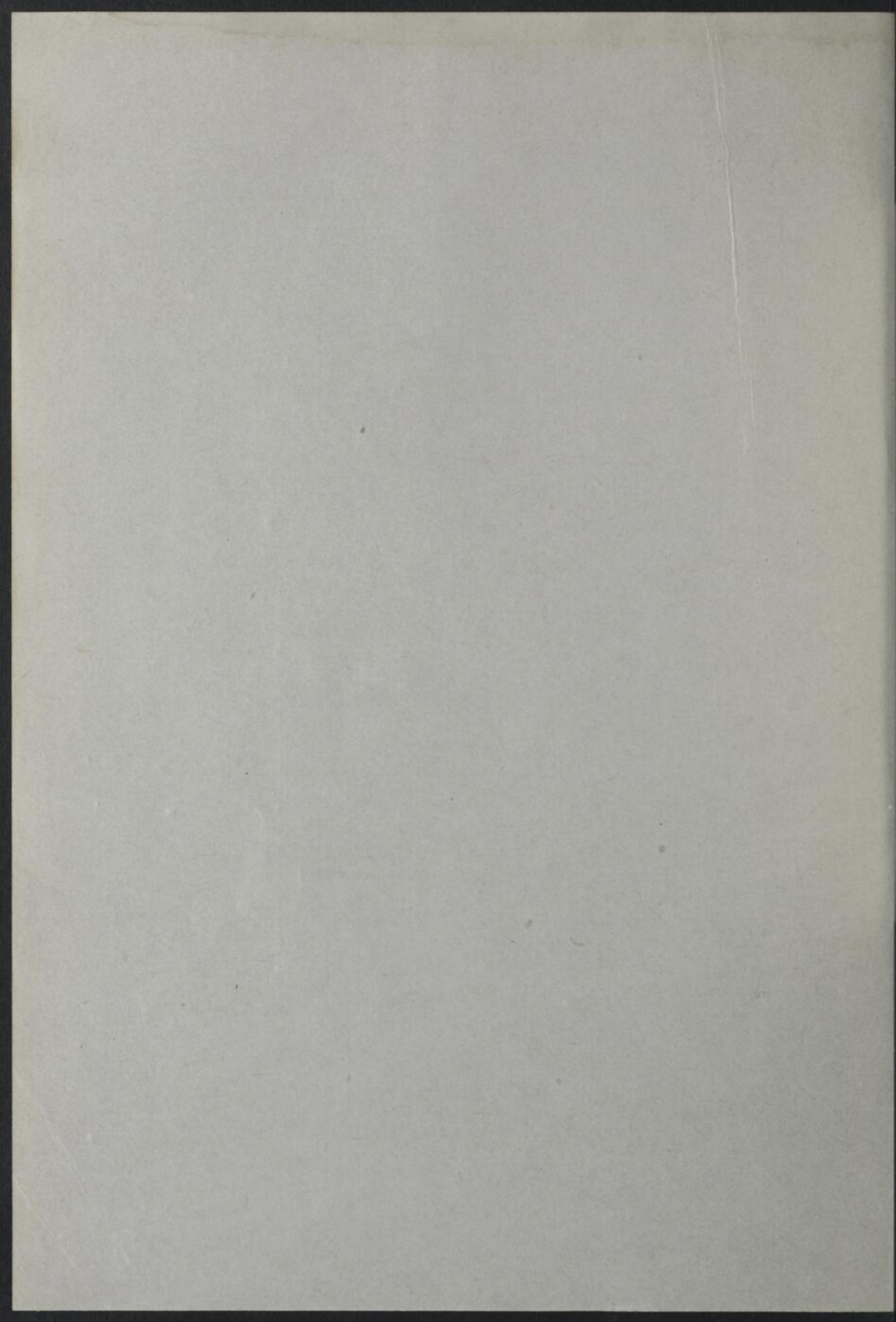
... de ...

L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



JANVIER-FÉVRIER

1933



JOURNAL DE L'HOTEL-DIEU DE MONTREAL

1933

Lot
38

6 sols

Gardez couverture.

Tel que modèle.

1893

1893

1893

1893

SOMMAIRE du No 1

JANVIER-FÉVRIER 1933



ARMAND PARÉ: Les traîtrises de l'appendicite aiguë	1
PIERRE-PAUL GAUTHIER: Du danger des azotémies normales avec symptômes de néphrites	13
J.-EDMOND DUBÉ et ROMUALD GATIEN: La néphrite chronique	18
CHARLES MATHIEU: La bronchoscopie	34
OSCAR MERCIER et A. STILLMAN: A propos de deux cas d'hémangiome de la vessie	41
BERDINO DUMAS: Un chancre mou traité par la teinture de Métaphen	48
LÉO-E. PARISEAU: Miettes gastronomiques de l'histoire du Canada	51

Si vous voulez combattre

Dyspepsie hyposthénique ou hypopeptique — fermentations anormales — hypochlorhydrie — indigestions.

recommandez

des ferments digestifs purs et non altérés dans une eau citro-carbonique et carminative.

Nous vous offrons alors le

DIGESTAN L.N.L.

Pepsine, force protéolytique 3000.

Papaine C.P. force protéolytique 2000

aa 12 grains ou 0.78 cg.

Base effervescente et carminative q.s. 1 oz.

ou 28.3 grammes.

Posologie: Une cuillerée à thé dans un verre d'eau dégloutie, pris immédiatement après effervescence, aux repas.

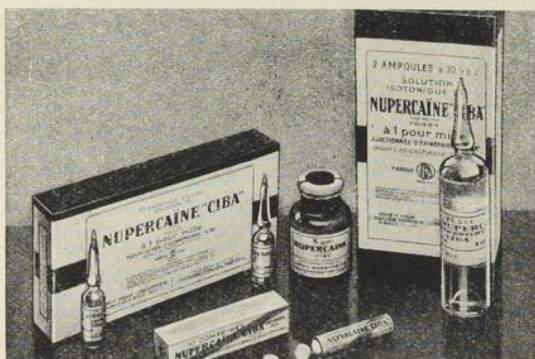
Sur demande, nous enverrons avec plaisir un échantillon.

LABORATOIRE NADEAU Limitée
LANcaster 2185 - 100 ST-PAUL OUEST, MONTRÉAL

LE NOUVEL ANESTHÉSIQUE LOCAL

LA NUPERCAÏNE « CIBA »

(En Europe, la Nupercaïne est en vente sous le nom de Percaine, « CIBA »)



durée et intensité d'action remarquables — inaltérable et stable à la chaleur — d'emploi économique.

La Nupercaïne produit, à doses minimales, d'excellentes anesthésies tant régionales que par infiltrations. Elle exerce, en outre, une action analgésique remarquable dans le traitement des douleurs superficielles, résultant d'eczéma, prurit, brûlures, etc.

POUDRE - COMPRIMÉS - AMPOULES

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE, MONTRÉAL



Le Yogourt condensé, préparé avec du lait entier, est supérieur au Yogourt liquide, parce qu'il est plus riche en ferments et en vitamines. C'est l'aliment des convalescents, des épuisés, des intoxiqués et des malades du tube digestif.

A messieurs les médecins qui pratiquent en province, nous fournissons les ferments bulgares avec les instructions qui permettront à leurs patients de préparer, eux-mêmes, leur Yogourt.

J. DELISLE

916, RUE DULUTH EST.

Tél.: AMherst 0434

Dans la Myocardite - - Prescrivez :

THEOCALCIN

(théobromine-salicylate de calcium)

(Accepté par le Conseil de l'American Medical Association)

Donnez Theocalcin pour augmenter l'efficacité de l'activité cardiaque, diminuer la dyspnée et réduire l'oedème. Theocalcin est un diurétique puissant et un stimulant cardiaque à la dose de un à trois comprimés, trois fois par jour, pendant ou après les repas.

Littérature et échantillon envoyés sur demande.

MERCK & CO. Limited

412, RUE ST-SULPICE, - MONTRÉAL

Vendeurs autorisés

Manufacturiers: BILHUBER-KNOLL CORP., Jersey City, N. J.

Le Dr. RICHARD WEISS, G.M.B.H., BERLIN NW 6, ALLEMAGNE,

présente

PANCRESALETS

FORMULE: Extrait de Pancréas frais spécialement préparé;
Carbonate de Décaméthylène-diguanidine;
Asparagine cristallisée;
Vitamines à activité électrolytique;
Bicarbonate de soude.

Chaque comprimé correspond à peu près à 15-20 unités d'Insuline.

MODE D'EMPLOI: Un comprimé trois fois par jour pris avec un peu d'eau dix minutes après les repas; après dix jours, interrompre un jour; un ou deux jours par semaine s'abstenir d'aliments hydrocarbonés.

Littérature et échantillons:

MARCEL PRÉVOST

376 ouest, rue ST-VIAEUR, MONTRÉAL,

Tél. CRescent 2413

UNE VUE PARFAITE EST UN FACTEUR
DE BONNE SANTÉ



CARRIÈRE & SÉNÉCAL LIMITÉE
Optométristes-Opticiens à l'Hôtel-Dieu

271 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTRÉAL

Tél. LAncaster 7070



"Alcaline et agréable au goût"

L'EAU RICHELIEU

(Bassin de Chambly)

DIGESTIVE

DIURÉTIQUE

RAFRAÎCHISSANTE

Modicité de prix
incomparable

Valeur thérapeutique
supérieure

*Analyse, circulaire, échantillon, prix, etc.,
sur demande du médecin.*

La Cie des Eaux Gazeuses Canadiennes
Limitée

Tél. Wilbank 6866

3181, ST-JACQUES, MONTRÉAL

PROPHYLAXIE DE LA PNEUMONIE

On peut le plus souvent se prémunir contre la pneumonie par un traitement prompt et énergique de la bronchite et de la grippe.

L'ANTIPHLOGISTINE, appliquée dès les premiers symptômes, atténuera l'état congestif, stimulera la circulation superficielle, favorisera la phagocytose; en rétablissant une circulation normale dans les bronches et les alvéoles pulmonaires, aidera l'organisme à prévenir la pneumonie résultant d'une attaque de bronchite ou de grippe.

Echantillon et littérature:

THE DENVER MFG. CO.

153, LAGAUCHETIÈRE OUEST, - - - MONTRÉAL

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

ANTIPHLOGISTINE

COMPAGNIE D'OXYGÈNE du CANADA

(Oxygen Co. of Canada)

Etablie en 1895.

Pionniers et spécialistes dans la fabrication des gaz utilisés pour l'Anesthésie.

OXYGÈNE MÉDICAL. PROTOXYDE D'AZOTE.
MIXTURE D'OXYGÈNE ET DE GAZ CARBONIQUE.
ANHYDRIDE CARBONIQUE. ÉTHYLÈNE.

LOUAGE DE TENTE À OXYGÈNE.

Nous tenons à la disposition des praticiens des appareils à oxygène pour les cas de pneumonie, maladie du coeur et dyspnée, ainsi que pour la respiration artificielle.

Plus de 90% des hôpitaux de la province comptent déjà parmi nos clients.

Nos produits sont *chimiquement purs* et *traités* en vue d'un emploi *médical ou dentaire*.

Nous sommes les seuls à tenir à Montréal, un service de louage de tentes à oxygène, utilisées dans le traitement de la pneumonie.

Bureaux et Laboratoires :

1458, rue Mansfield,
MONTRÉAL



Le jour :

Téléphone: HARbour 7370

Le soir :

Téléphone: WALnut 0415M

MEANS



QUALITY

Membres Artificiels, Appareils Orthopédiques
Bandes Herniaires, Ceintures Abdominales, Bas Elastiques
et Corsets "Caniff"
Faits sur commande

MÉCANICIEN ORTHOPÉDIQUE

Attitré auprès des Hôpitaux suivants:

Children's Memorial Hospital
Montreal General Hospital
Montreal Children's Hospital

Royal Victoria Hospital
Shriner's Hospital
Western Hospital

HEURES DU BUREAU

Monsieur DUCKETT (sur rendez-vous seulement)

Le lundi est réservé aux patients des cliniques d'hôpitaux de 2.30 à 6.

Nos experts reçoivent les patients tous les après-midis, (excepté le samedi), de 2.30 à 6
et aussi sur rendez-vous.

Vous êtes cordialement invités à nous consulter au sujet de tous appareils
dont vos patients pourraient avoir besoin.

J. A. DUCKETT

2008-2014-2020, RUE BLEURY, angle Ontario,

MONTRÉAL

Téléphone: HARbour 0630

PAVERAL

*reste toujours le médicament de choix pour le traitement scientifique
de la*

COQUELUCHE

Le PAVERAL 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 COMPANY

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice,

Montréal

2 à 6
cuillerées
à café
par jour

DIATHÈSE URIQUE

BIEN SPÉCIFIER LE NOM



PIPÉRAZINE MIDY

souvent
imitée
jamais
égalée

J. EDDÉ, Limitée, Edifice New Birks, Montréal, agent général pour le Canada.

Un traitement spécifique de l'Anémie

HEMOSTYL

L'HÉMOSTYL DU Dr ROUSSEL

possède en permanence 1,400 chevaux donneurs de Sérum.

L'INSTITUT DE SÉROTHERAPIE HEMOPOIETIQUE
qui prépare

L'HÉMOSTYL DU Dr ROUSSEL

est le centre de Sérothérapie le plus important du monde.

Hémostyl fiolampoules - Hémostyl sirop

Dépôt général pour le Canada: J. EDDÉ, Limitée, New Birks Bldg, Montréal.

**iodaseptine
cortial**

TUBERCULOSE
PULMONAIRE CHRONIQUE

ADENOPATHIES
DE L'ENFANCE

RHUMATISMES
CHRONIQUES

SUPPRESSION DE LA DOULEUR
EN IODISME NI INTOLERANCE

LABORATOIRES
CORTIAL
15 B^{is} PASTEUR
PARIS (XV^e)

RHUMATISMES
AIGUS

**iodaseptine
salicylée** UNIT

L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET-SALICYLE

DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...

SEPTICEMINE

ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPERATURE SANS CHOC

40

39

38

NI RÉACTION

LABORATOIRES CORTIAL, 15 BOUL^e PASTEUR, PARIS

Uniques distributeurs pour le Canada : MILLET ROUX & LAFON Ltée

Le Laboratoire du Bactériophage

sous le contrôle scientifique du Prof. D'HERELLE.

- BACTÉ-INTESTI-PHAGE.** Bactériophages adaptés aux microbes des infections intestinales: Coli, Paracoli, Entérocoques, Staphylocoques, etc.
- BACTÉ-COLI-PHAGE.** Bactériophages adaptés à de très nombreuses races de Bacilles Coli et Paracoli.
- BACTÉ-PYO-PHAGE.** Bactériophages adaptés aux microbes des infections pyogènes: Staphylocoques, Streptocoques, Coli, Pyocyaniques, Proteus, etc.
- BACTÉ-STAPHY-PHAGE.** Bactériophages adaptés à de très nombreuses races de Staphylocoques: Auréus, Citrus, Albus.
- BACTÉ-RHINO-PHAGE.** Bactériophages adaptés aux microbes des infections du Rhino-Pharynx: Pneumobacilles, Entérocoques.

Littérature et échantillons de

L'Anglo-French Drug Cie

354, RUE SAINTE-CATHERINE EST,

MONTREAL

**APPLICATIONS de l'INSULINE
par voie digestive**

PANSULINE FORNET

**le Diabète
et
ses accidents**

**artérite oblitérante
cure d'engraissement
psoriasis**

**ulcères variqueux
plaies atones, brûlures
rhumatismes diabétiques**

Agent dépositaire pour le Canada

JOUOT, 460, AVE. MONT-ROYAL EST, MONTREAL.

DRÉVIL

MOWATT & MOORE LIMITÉE

CHIMISTES

Fabricants de produits pharmaceutiques

Série complète des médicaments à l'usage de MM. les médecins et des hôpitaux
à des prix modérés.

Tablettes de toute nature (T.T.,
T.C., T.C.C., T.C.S.)

Tablettes Hypodermiques

Tablettes spéciales pour enfants
(Sac-A-Rets)

Sirops

Sels effervescents granulés

Onguents

Onguents ophtalmiques

Suppositoires rectaux

Spécialités de la maison Mowatt
& Moore

Elixirs

Cônes vaginaux

Ampoules de toutes sortes

▲
CES
PRODUITS
TOUS
GARANTIS
DE BONNE
QUALITÉ



Capsules molles élastiques

Capsules remplies dures

Extraits fluides

Extraits en poudre

Mixtures

Teintures

Eaux

Esprits

Liniments

Solutions

Drogues, Produits Chimiques et
Pharmaceutiques

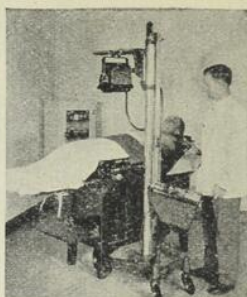
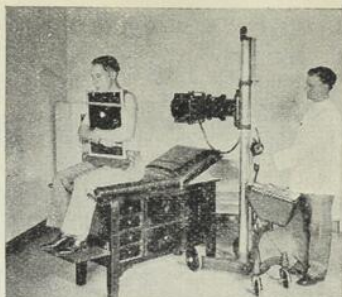
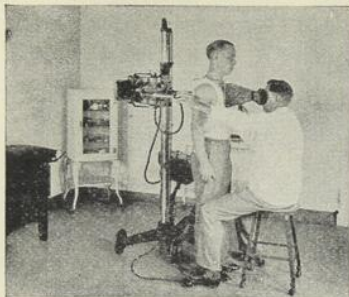
Embouteillages et emballages

(au choix).

LABORATOIRES : 64, RUE PRINCE, MONTRÉAL

Tél.: MARquette 8166

Une visite est sollicitée de la part de MM. les médecins.



“ Le meilleur des postes radiogènes pour le cabinet du médecin. ”

Voilà ce que disent tous ceux qui ont pu examiner le Victor “Oil-Immersed” et “Shock-Proof”

DEVANT le Modèle D le public médical a manifesté le même enthousiasme que nous, les fabricants, le jour où nous découvrions que l’immersion dans l’huile

du transformateur de haute tension et de l’ampoule radiogène assurait la protection intégrale contre tout choc électrique.

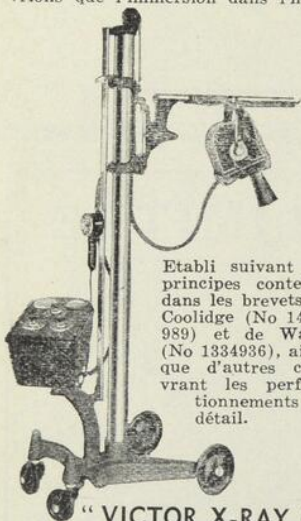
Cependant la profession médicale ne nous a pas permis de dormir sur nos lauriers, et nous avons dû travailler sans relâche pour donner forme pratique aux nombreuses suggestions qui nous parvenaient de tous côtés.

A part les rayons X, rien ne peut sortir de la cuve hermétiquement scellée du “Modèle D”. Pas de décharges électriques et, bien entendu, pas de fuites d’huile.

Soyez tranquilles. Même dans la nuit que réclame la technique fluoroscopique votre facteur de sécurité est de 100%.

Le foyer très fin de l’ampoule Coolidge spéciale vous assure des images d’une incomparable netteté. Et le tableau de contrôle, quoique d’un maniement très simple, permet d’obtenir des radiographies d’une grande valeur diagnostique.

Le Prospectus du Modèle D est envoyé sur demande.




Etabli suivant les principes contenus dans les brevets de Coolidge (No 1408-989) et de Waite (No 1334936), ainsi que d’autres couvrant les perfectionnements de détail.

“ VICTOR X-RAY CORP. OF CANADA LTD. ”

GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION

2012 Jackson Boulevard

Chicago, Ill., U. S. A.

FORMERLY VICTOR  X-RAY CORPORATION

EDMONTON
Tegler Building

TORONTO
1221 Bay St., Toronto 5, Ont.

VANCOUVER
Motor Transportation Bldg., 570 Dunmuir St.

MONTREAL
524 Medical Arts Bldg.
WINNIPEG
Medical Arts Building.

Soyez aux écoutes tous les dimanches après-midi quand la “General Electric” irradie son programme aux quatre coins du continent.

Le Journal de l'Hotel-Dieu de Montréal

No 1

Janvier-février 1933

LES TRAÎTRISES DE L'APPENDICITE AIGÜE (*Facteurs anatomo-cliniques*)

Par ARMAND PARÉ,

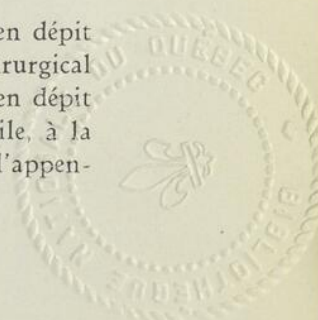
En l'année 1933, il est d'observation courante de voir un médecin poser un diagnostic ferme d'appendicite aiguë. En effet, l'inflammation de l'appendice déclenche un ensemble de manifestations cliniques: élévation du pouls et de la température, vomissements, douleur vive à droite, défense de la paroi abdominale, correspondant à un syndrome péritonéal, si net, si évident qu'exception faite de circonstances bien particulières, il doit être reconnu sans hésitation.

Sa constatation suscite chez le médecin, un réflexe subit: l'envoi du malade au chirurgien.

En l'année 1933, en général, la chirurgie abdominale, qui a fait de si merveilleux progrès durant ces trente dernières années, est exécutée par des chirurgiens de carrière, possédant une technique précise, rapide, impeccable de l'appendicectomie.

Le diagnostic et l'ablation d'un appendice sous tension, prêt à éclater, non encore rompu, pour les chirurgiens, constituent un triomphe de la médecine et comportent fort peu de risque opératoire.

Et, cependant, en dépit de la sûreté d'un diagnostic; en dépit de la conviction des médecins que, seul, le traitement chirurgical peut mettre la vie de leurs clients à l'abri de tout danger; en dépit d'un acte opératoire rapide, exécuté par un chirurgien habile, à la main heureuse; que de morts à reprocher, chaque année, à l'appendicite aiguë.



J'en appelle aux souvenirs attristés, désenchantés, de mes collègues, chirurgiens des hôpitaux. La merveilleuse puissance de leurs mains habiles, à chaque instant, arrache à une mort certaine des malheureux, porteurs d'une perforation du tube digestif, d'une invagination aiguë, d'une grossesse ectopique. Et cependant, année par année, s'échelonnent les trop nombreuses mortalités, dues aux complications de l'appendicite. Comment expliquer ce contraste pénible ?

Au moment où nous possédons des moyens de transport rapide, des hôpitaux nombreux, bien outillés, des chirurgiens entraînés, tous convaincus de cette pensée: qu'une appendicectomie faite à temps ne comporte pas de gravité opératoire, pourquoi, alors, cette persistance d'une mortalité élevée dans l'appendicite aiguë ?

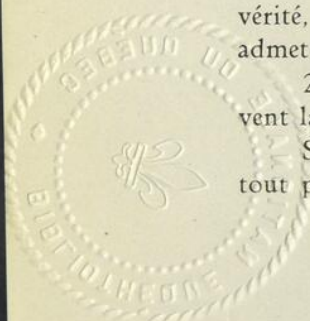
Deux raisons, nous semble-t-il, peuvent nous aider à comprendre ce problème.

1° Le médecin, qui vient de reconnaître, sans hésitation, ce syndrome du début de la crise appendiculaire, en reconnaît-il toujours la vraie signification ? Son haut potentiel de gravité est-il toujours présent à son esprit ? Nous ne le croyons pas. Car, et c'est une vérité pénible pour notre orgueil de cliniciens avertis, sournoisement, insidieusement, les lésions anatomiques parfois dépassent de bien loin les manifestations cliniques d'une crise appendiculaire qui s'annonce bien. C'est dire que, dans « *cette légère attaque d'appendicite* » comme l'appellent encore des gens ignares, l'appendice « porte en ses flancs des germes de mort », qui vont transformer, en quelques heures, *cette légère attaque* en une appendicite toxémique, à marche foudroyante, qui va emporter le malade en deux ou trois jours, malgré l'acte opératoire.

Il n'y a donc pas toujours un parallélisme rigoureux des lésions anatomiques et des formes cliniques. Nous devons, en vérité, apprendre à reconnaître des types cliniques d'appendicite, admettre qu'il y a des *appendicites*.

2° Les manifestations cliniques des premières heures ne peuvent laisser rien prévoir de l'avenir de cette crise.

S'agit-il de débuts à grand fracas ? Ce ne sera souvent qu'un tout petit feu d'artifice.



S'agit-il d'une « de ces légères attaques d'appendicite » (comme l'écrivent, parfois, des journalistes fantaisistes), forme d'apparence bénigne, que l'on a bien en main ? Au bout de 2 à 5 jours, le malade, brusquement, est pris de phénomènes graves et meurt en pleine péritonite, d'intoxication de tout l'organisme.

Ainsi donc, retenons ces deux notions capitales: 1° il y a des « appendicites »; 2° personne ne peut prévoir l'évolution ultérieure d'une crise appendiculaire.

Aussi, convient-il, avant d'aborder l'étude de quelques types cliniques de l'appendicite, de rappeler quelques faits anatomophysiologiques des appendicites.

FACTEURS ANATOMIQUES

1° Cette attaque d'appendicite aiguë qui surprend le malade dans un état de santé parfaite, éclate-t-elle, vraiment, dans un ciel serein ?

Ne constitue-t-elle pas, au contraire, un épisode aigu, une complication soudaine, au cours d'un état pathologique chronique connu ou latent, de cet appendice ?

Nous trouvons, très souvent, à l'interrogatoire méticuleux, méthodique, l'histoire, dans le passé du malade, de crises abdominales larvées, de coliques appendiculaires, à l'époque de l'adolescence. Ces appendicites, aujourd'hui tapageuses, avaient donc un passé anatomique. D'autres fois, aucune manifestation clinique apparente, dans le passé; et cependant, pouvons-nous nier qu'il n'y ait eu des lésions, si discrètes cependant que la clinique seule n'y trouve rien.

Or, aujourd'hui, grâce aux travaux de Pierre Masson, nous pouvons lire les traces de ces lésions antérieures dans la plupart des appendices enlevés. Elles échappent à nos moyens d'investigation clinique; devons-nous les nier ? Autant vouloir nier la marche du progrès !

Nous devons apprendre l'importance de cette notion: l'appendice, le plus souvent, a déjà été effleuré par l'inflammation, ces remaniements des éléments cellulaires constitutifs de la paroi appen-

diculaire, surtout les thromboses artérielles si discrètes fussent-elles, interrompant l'apport sanguin, favorisent l'action des agents agresseurs et vont préparer la genèse des accidents péritonéaux, si redoutables, de la péritonite diffuse.

2° La présence habituelle, dans l'appendice normal comme dans l'appendice malade, des microbes aérobies, le terrible streptocoque, par exemple, et d'anaérobies, c'est-à-dire de microbes déjà virulents et exaltant leur virulence par leur voisinage, et capables de déclencher des processus gangréneux, est démontrée scientifiquement.

Or, dans ces tissus de la paroi appendiculaire, surtout lorsqu'il y a eu déjà une atteinte antérieure de l'appendice; gênés dans leur nutrition par les coudures, les torsions de l'organe, surtout par les infiltrations hémorragiques avec thromboses artérielles étendues, où l'élément cellulaire est contus, disloqué, privé d'oxygène, dévitalisé, les anaérobies y trouvent un excellent milieu de culture pour se multiplier, dès les premières heures. Leur association avec un streptocoque suffira à exalter leur terrible virulence et à produire rapidement des lésions nécrotiques locales de la paroi de l'appendice, dès les premières heures de la lésion viscérale.

3° Ces tissus, dévitalisés, en nécrobiose, non seulement servent de bouillon de culture pour le développement des microbes, mais, chose plus grave, contiennent des produits hautement toxiques pour l'organisme.

En effet, l'étude biologique de la plaie de guerre, qui résume l'oeuvre scientifique de la *chirurgie française* durant la dernière grande guerre, a mis en relief cette notion capitale: la *dévitalisation des tissus* et ses conséquences. « La cellule organique, la cellule musculaire en particulier, contient des produits normaux, qui sont hautement toxiques pour l'organisme; vivante, elle les retient et ne les répand dans l'organisme qu'après les avoir modifiés; morte, elle perd ce pouvoir de retenue et, brusquement, toute cette masse de produits toxiques se répand dans l'organisme. Mais, sous l'influence de ferments apportés par les leucocytes qui envahissent ces tissus mortifiés, la molécule albuminoïde est dissociée, il se forme

alors des produits nouveaux, dus à l'autolyse des éléments cellulaires et leur toxicité est plus grande encore que celle des poisons normaux. » Le suprême degré de cette intoxication par résorption de substances toxiques, libérées par la mortification des tissus, est le choc traumatique, ainsi que l'ont démontré les professeurs E. Quénu et Delbet, en France.

Or, l'on peut dire, sans exagération, que tout malade de l'appendicite aiguë grave est un *intoxiqué*, mais à un degré variable, suivant l'importance de la désintégration des tissus, de l'espace de temps écoulé depuis le début de la crise, suivant l'équilibre fonctionnel de son foie et de ses reins.

Car, il n'y a pas trois ordres de faits pathologiques: une pathologie obstétricale, une pathologie médicale et une pathologie chirurgicale, mais une seule et indivisible. De plus, qui ne serait profondément frappé de l'étonnante transposition du tableau clinique que présentent certains cas d'appendicites graves, toxiques, avec le tableau clinique de grands *shockés*, en chirurgie de guerre, ou de grands broiements de membres, en chirurgie d'accidents: le même faciès plombé, parfois marbré de plaques violacées; le nez est pincé; les yeux sont creusés, excavés, un regard terne; les mains sont bleutées; le pouls est rapide, misérable à 150, pas de température. La peau est froide partout.

4° Et maintenant, si nous nous demandons à quoi tient le succès constant des opérations très précoces et l'inefficacité des interventions tardives, dans des cas d'appendicite aiguë, avec perforation d'un appendice gangréneux, par exemple, il nous faut bien reconnaître que la haute gravité du pronostic dépend *précisément* du degré de l'imprégnation toxique de l'organisme.

Si, d'une part, l'action antimicrobienne et antitoxique du péritoine est aujourd'hui bien admise; si le pouvoir phagocytaire des cellules de la séreuse péritonéale, les phénomènes d'hyperleucocytose intensive et de réaction cellulaire, opposant une barrière efficace, normale à l'envahissement des microbes et de leurs toxines, dès les premières minutes de la lésion abdominale, sont des notions classiques.

D'autre part, la perforation appendiculaire, précoce, qu'elle siège au niveau de l'insertion cœcale de l'appendice, ou bien qu'elle siège à la pointe de l'organe, permet l'issue du contenu, éminemment septique, de l'appendice dans le péritoine. L'on comprend facilement les conséquences de cette inoculation continue, surtout massive de la cavité péritonéale par les toxines microbiennes, les exsudats, les débris cellulaires en autolyse, insuffisamment neutralisés, produits, nous venons de le voir, très toxiques pour l'organisme.

Le pouvoir de digestion et de résorption du péritoine, efficace dans les premières heures, ne suffit plus et, hélas! devient un danger.

De fait, il est facile de concevoir qu'il arrive un moment, après les toutes premières heures du début de la crise où l'infection massive, virulente, dépasse le pouvoir de défense locale: la barrière péritonéale est traversée. Les produits toxiques imprègnent les tissus sous-péritonéaux et se répandent par voie circulatoire (veines et le canal thoracique) dans l'organisme tout entier. A ce moment, aux signes de réaction locale: contraction de la paroi abdominale, de la douleur provoquée, de paralysie intestinale, s'ajoutent les signes de réaction générale, de toxémie profonde, du shock toxique.

Le syndrome humoral, dont font partie la déshydratation profonde et la déchloruration, achève, à cette période de la maladie, de convaincre l'esprit le moins averti de l'intoxication mortelle de l'organisme et de la futilité des efforts thérapeutiques.

En vérité, chez ce malade, intoxiqué par l'inoculation du péritoine, par l'intoxication d'un foie insuffisant et par l'occlusion paralytique de l'intestin, conséquence de la péritonite en voie de généralisation, l'intervention chirurgicale, la plus rapide, la plus complète, sous l'anesthésie la plus superficielle, si elle n'est pas réalisée *précocement*: c'est-à-dire, dans les six à huit heures qui suivent le début du syndrome péritonéal, *ne donne que des échecs*. Voilà la dure vérité à retenir.

Les chirurgiens, encore trop souvent témoins attristés de l'inutilité de leurs efforts, avec l'éminent chirurgien français P. Lecène,

affirment tous: « qu'il ne faut pas compter sur les progrès de la technique chirurgicale pour améliorer le pronostic des appendicites, mais bien par *un diagnostic et une opération plus précoces.* »

FACTEURS CLINIQUES

Ayant étudié quelques facteurs anatomo-physiologiques dont la signification ne devrait être oubliée en présence des manifestations soudaines d'une crise appendiculaire au début, nous ferons maintenant la revue de quelques formes cliniques de l'appendicite aiguë: types cliniques qui, parfois, déroutent le médecin, et d'autres fois, de par leur évolution insidieuse, en apparence bénigne, par suite de tergiversations fâcheuses, conduisent à des désastres.

Formes de début de la crise.

Le début de la crise d'appendicite aiguë, en général, se manifeste par deux syndrômes bien nets et bien différents cependant.

Dans le premier cas, les symptômes de la *réaction inflammatoire* d'un viscère abdominal sont nets: douleur vive à droite, ou péri-ombilicale; vomissements, élévation de la température, pouls accéléré, avec une défense nette de la paroi abdominale, à l'examen.

C'est le type de crise appendiculaire banale que nous connaissons tous, qui peut évoluer vers l'atténuation et la disparition complète des manifestations cliniques; mais, hélas! aussi, trop souvent, insidieusement, en dépit du traitement médical, donnera naissance aux terribles accidents péritonéaux.

Cependant, il faut bien savoir que, si nous venons d'assister au début d'une crise où les signes de réaction péritonéale sont bien marqués, il est des cas, et assez fréquents, où les signes sont assez trompeurs; on pose même le diagnostic néfaste: indigestion, embarras gastrique fébrile.

Quelle pénible déconvenue, le lendemain matin, de se trouver en présence du tableau suivant: faciès grippé, du froid partout, vomissements incessants, pouls à 140, filant: *c'est déjà un moribond.*

Le deuxième mode de début de la crise appendiculaire, lui, n'est pas insidieux: il éclate en grande fanfare! Début brusque,

parfois au milieu du sommeil, par une douleur abdominale atroce, qui persiste, un ou deux vomissements, mais *aucune élévation initiale du pouls et de la température.*

Ce n'est pas de l'appendicite: pas d'élévation de température, pouls normal, peu de vomissements ! C'est une crise de colique lithiasique, une perforation d'ulcère, une pancréatite aiguë ou une occlusion aiguë. Mais oui; c'est bien une occlusion aiguë, mais de l'appendice ! Et c'est là le mode de début le plus grave de la crise appendiculaire.

Cet appendice, sous tension, en obstruction, dont les parois moulées sur un gros calcul stercoral, sont en voie de nécrobiose, va, dans les quelques heures (nous disons: les quelques heures, six à huit au maximum) *se rompre* et inoculer de son contenu virulent la cavité péritonéale.

Au contraire, et c'est si agréable de pouvoir l'affirmer, l'ablation dans les premières heures de cet appendice, en occlusion aiguë, même en voie de gangrène, *s'il n'est pas encore rompu*, ne comporte pas de risque opératoire: c'est un des triomphes de la chirurgie abdominale.

Tout dernièrement, en l'espace de moins d'un mois, mon ami Roland Roux et moi-même, nous avons eu la bonne fortune de voir quatre cas, présentant cette forme d'occlusion initiale de l'appendice. Dans les quatre cas, opérés dans les six premières heures après le début de la crise, nous avons trouvé des appendices prêts à se rompre, avec des lésions nécrotiques étendues; mais nous avons eu la joie de voir nos efforts couronnés de succès. Ce n'est pas la précision de notre technique qui a sauvé ces malades d'une mort certaine. La décision judicieuse, mais ferme (car il faut, parfois, un certain courage pour faire accepter une intervention chirurgicale) de praticiens modestes, mais remarquablement avertis, nous a permis d'opérer ces quatre malades, dès les premières heures de la crise, dans des conditions idéales.

Formes d'évolution de la crise appendiculaire.

L'appendicite aiguë peut évoluer *avec une très grande rapidité* vers la péritonite, se diffusant à toute la cavité abdominale. Evi-

demment, un certain nombre de malades, traités médicalement, dès le début de la crise, par de la glace sur la région, la morphine et la diète absolue, guériront; nul ne le conteste, et nos « aînés dans la carrière » pourraient nous apporter des statistiques impressionnantes.

Mais malheureusement, aussi, les statistiques démontrent que 90 pour cent des cas de mort dans l'appendicite aiguë surviennent justement chez des malades qui auraient pu être sauvés par une intervention précoce, mais sont dirigés trop tardivement vers le chirurgien.

1° *La péritonite aiguë, sans perforation de l'appendice.*

Le début de la crise a pu être assez insidieux: on a pensé à un embarras gastrique; on n'appelle pas le médecin, mais on purge généreusement.

Le plus souvent, dès le début ordinaire de la crise dans les six ou huit premières heures, les signes nets d'inflammation aiguë du péritoine apparaissent de gravité évidente.

La douleur, *au début*, a été très vive.

Cette douleur, née dans la fosse iliaque droite, souvent péri-ombilicale, diffuse rapidement à tout l'abdomen. Elle persiste depuis le début, arrachant des plaintes au malade.

Les vomissements sont fréquents, abondants.

Arrêt net des matières et des gaz.

La température est à 101°, 102°; le pouls s'élève à 110.

Déjà, un faciès fatigué, grippé, un nez pincé se dessinent.

Dès le premier examen, des signes s'imposent à l'attention; à l'inspection, le ventre ne bouge pas, ne participe à aucun mouvement respiratoire.

Déjà, sous la main qui explore, la douleur vive se révèle à gauche; mais, surtout, signe qui a une valeur capitale: *la contracture pariétale de défense* la plus ferme, la plus rigide, est déjà étendue: elle va marquer, d'heure en heure, la progression de l'infection à toute la cavité.

Ce n'est déjà plus une crise d'appendicite; mais, une péritonite aiguë, en voie de diffusion, dont personne ne peut prévoir l'évolution.

Si, malheureusement, confiant dans le traitement médical pour juguler cette crise, nous attendons encore deux, trois jours, alors nous trouvons ces symptômes que l'on vous a bien appris à reconnaître comme étant ceux de la péritonite aiguë généralisée: faciès grippé, le fameux faciès péritonéal; la langue sèche; la respiration courte, superficielle; un pouls à 150, petit, fuyant; la cyanose des extrémités; le hoquet continu; des vomissements fécaloïdes; arrêt net des matières et des gaz; une température basse; du sub-ictère; une indifférence béate. En vérité, c'est bien plutôt le syndrome de l'intoxication profonde de l'organisme que celui de la péritonite en voie de diffusion: l'étape est déjà « brûlée ». Ce n'est plus un malade, mais un moribond.

Les merveilleuses possibilités de la chirurgie ne peuvent plus rien faire pour ce malade: la partie est perdue. L'intervention chirurgicale est vouée à un échec.

2° *La péritonite diffuse par perforation de l'appendice.*

Dans la forme précédente, nous avons des signes nets et faciles à reconnaître de l'inflammation progressive du péritoine. Nous pouvions même, grâce à ce merveilleux signe: *la contracture pariétale*, suivre la marche envahissante de l'infection.

Dans la péritonite par perforation, de beaucoup la plus grave, peu de symptômes inflammatoires: l'absence de température ou une température basse; la brusque atténuation des douleurs du début; la défense musculaire, bien localisée, même dépressible, déroutent le médecin.

Mais, ce malade, qui n'a pas de température ou à peine 99°, qui se sent beaucoup mieux, présente déjà dans les premières vingt-quatre heures, parfois plus vite encore: *un mauvais pouls*, à 140, faible, qui dégringole; *un mauvais faciès*, fatigué, grisâtre; parfois une prostration remarquable.

Le début de cette forme de péritonite, en général, a été d'une extrême brutalité: douleur atroce, douleur de perforation, coup de

poignard de Dieulafoy; peu ou pas de vomissements; pas d'accélération du pouls, pas de température.

Que s'est-il passé ?

L'appendice, sous tension, à parois nécrosées, se rompt. Cette perforation de l'appendice permet l'issue, en masse, du contenu très virulent qu'il contient, dans la cavité. Et alors ?

Cessation brusque de la douleur: le malade, qui se sent beaucoup mieux, va invoquer cette atténuation pour refuser l'intervention immédiate; *pas d'élévation de la température*; *pas d'extension de la contracture pariétale de défense*; tout va bien.

Mais non ! les événements vont trop vite, à marche foudroyante: les lignes de défense viennent d'être bousculées, c'est la résorption massive par le péritoine, c'est la grande infection de l'organisme. Si le médecin, trompé par l'insuffisance, l'obscurité des symptômes de réaction péritonéale, n'a pas présent à l'esprit la haute signification de ce syndrome d'alarme: *douleur atroce du début*, dissociation du pouls et de la température, faciès prostré, son malade est perdu.

L'opération tardive comporte de la part du chirurgien un geste qui grandit sa valeur morale, mais qui est parfaitement inutile.

3° *La péritonite diffuse, tardive.*

Cette forme d'appendicite a une allure extrêmement trompeuse. Au début, le malade a présenté les symptômes d'une appendicite banale, à allure plutôt bénigne; une douleur pas très vive, un peu de fièvre: 99°, 100°, quelques vomissements, contracture localisée, peu rigide.

Le traitement médical semble efficace.

Les symptômes s'atténuent encore: la douleur disparaît, la température tombe; on croit à la guérison.

Puis brusquement, le cinquième ou le sixième jour, la température s'élève rapidement: 102°, 103°; les vomissements recommencent; et la contracture ou défense musculaire, s'étend graduellement à toute la paroi abdominale.

L'infection, limitée au début à la fosse iliaque droite où l'on sentait même un empâtement, de toute évidence va envahir la cavité abdominale.

Le pronostic de cette forme de péritonite aiguë est aussi très grave.

Il est évident qu'il faut intervenir immédiatement; mais, hélas! dans quelles circonstances défavorables. Le malade déjà infecté, déjà intoxiqué, présente un bien mauvais « terrain » pour les « grandes manoeuvres » que le chirurgien va commencer. Car, dans ces cas de péritonite tardive, l'opération est extrêmement grave; elle sera longue, pénible et pleine d'embûches. Au milieu d'adhérences solides, au milieu d'anses intestinales agglutinées, les rapports anatomiques sont changés. Pour aller à la recherche d'un appendice qui se dérobe, que de manipulations inutiles, que de broiements d'éléments cellulaires qui augmentent à chaque instant les facteurs de l'infection générale! Dans cette forme, encore, de péritonite diffuse, l'intervention chirurgicale trop tardive, le plus souvent, est vouée à un échec pénible.

CONCLUSION

Deux maîtres français, deux éminents chirurgiens, résumeront notre pensée:

« Personne, en effet, ne peut dire quelle sera l'évolution ultérieure d'une appendicite, qui pourtant semblait bénigne au début.

« *L'intervention immédiate, dans tous les cas d'appendicite vus dès le début*, me semble donc être le seul traitement logique de cette redoutable infection. » (P. Lecène.)

« La seule conclusion rationnelle, c'est, en présence d'une appendicite qui évolue, *d'enlever immédiatement l'appendice*. L'opération est, alors, aussi simple que celle d'une appendicite à froid; elle met à l'abri de tous les accidents. Le jour où nos collègues médecins seront convaincus de cette vérité, le jour où ils feront un diagnostic rapide, suivi d'une intervention immédiate, on ne verra plus ces péritonites graves, ces accidents de suppuration prolongée, ces complications infectieuses à distance qui, aujourd'hui encore, viennent assombrir dans des proportions trop considérables, le pronostic de l'appendicite. » (Hartman.)

DU DANGER DES AZOTÉMIES NORMALES AVEC SYMPTÔMES DE NÉPHRITES

Par PIERRE-PAUL GAUTHIER,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Depuis que les auteurs étudient les troubles rénaux, la rétention des produits azotés éliminés normalement par le flot urinaire a été étudiée expérimentalement par nombre de chercheurs.

Tous nous connaissons aujourd'hui les grandes lésions rénales avec hyperazotémie. Il est bon, cependant, de se remémorer qu'il existe souvent des néphrites, à la période dite de constitution, qui ne présentent pas d'azotémies élevées.

Nous passerons sous silence les grands syndromes de rétentions azotés qui nous ont été décrits magistralement par le professeur Lemierre lors de son passage parmi nous en septembre 1925.

Nous désirons dans ce court article mettre le médecin en garde contre le danger des azotémies normales chez des sujets, qui présentent des troubles autorisant à croire à une néphrite, troubles que trop souvent nous mettons de côté après avoir prescrit un dosage d'urée sanguine qui, par ailleurs, est normale. Nous croyons avec nombre de cliniciens avertis que le faisceau des symptômes cliniques a une valeur plus grande qu'une simple recherche de laboratoire. Nous pensons aussi que le praticien, qui cherche avant tout le bien de son malade, doit demander au laboratoire tout ce qu'il peut lui être utile, mais avec discernement.

Exemple: voici un malade qui se présente avec des symptômes rénaux pouvant faire croire à une néphrite. Le médecin demande un dosage de l'urée sanguine, ce dosage de l'urée est élevé, très bien, le médecin traitant est fixé et il a la satisfaction de voir son diagnostic confirmé. Le cas contraire se présente, c'est-à-dire, le dosage d'urée est normal, le clinicien doit-il abdiquer ses droits, donner

raison au laboratoire et conclure que son malade ne fait pas un début de néphrite ? Nous ne le croyons pas.

Dans le second cas, le médecin est tout à fait justifiable de s'en tenir à son diagnostic clinique. Cependant il peut, et nous irons jusqu'à dire qu'il doit demander davantage au laboratoire. Il serait de bonne pratique de prescrire soit une constante d'Ambard, soit une épreuve de l'élimination de Phénolsulfonephtaléine, soit un dosage de créatinine.

Résumons en quelques notes la valeur de ces différentes recherches :

A — CONSTANTE D'AMBARD :

Nous savons que la constante d'Ambard est basée sur le principe qu'il existe un rapport constant, chez un individu normal, entre l'urée du sang et l'urée excrétée par le rein au moment de l'expérience. Se basant sur le fait prouvé par l'expérience tel qu'énoncé plus haut, Ambard a tiré la conclusion qu'il existe un rapport étroit entre la constante et la valeur du parenchyme rénal.

Nous savons tous et il est facile de comprendre que le rein laisse passer plus ou moins d'urée dans les urines suivant qu'il y en a plus ou moins dans le sang. Ceci voudrait dire que dans le courant de la journée, chez un sujet normal, le taux de l'urée peut varier suivant le régime alimentaire, mais le rapport urée du sang et urée de l'urine reste identique et le chiffre de la constante ne varie pas.

Chez les sujets à lésions rénales, le rapport uréo-sécrétoire se modifie d'autant plus que le fonctionnement rénal est lui-même plus défectueux.

La constante d'Ambard offre le plus d'intérêt dans les cas d'azotémie peu élevée, car nous savons que la constante indique le *degré d'insuffisance* avec laquelle le rein peut éliminer l'urée et par ce fait la constante permet de juger de la valeur de l'appareil urinaire, soit en vue d'une intervention chirurgicale, soit en vue d'établir un traitement approprié.

Disons, pour compléter notre pensée, que l'épreuve uréo-sécrétoire d'Ambard, prélevée suivant les règles établies par Ambard, les dosages rigoureusement faits et les calculs vérifiés avec l'abaque, restera toujours une étude de la fonction rénale très précieuse.

Au sujet de la constante, permettez-nous de citer un extrait du rapport fait par le Prof. Castaigne dans le Journal Médical Français en date de juillet 1921, page 251 :

« Nous sommes plus embarrassés pour trouver une explication satisfaisante des faits d'azotémie à tolérance (*azotémies normales*) longtemps prolongée, ou d'azotémie régulièrement décroissante n'en aboutissant pas moins à la mort. Il ne semble pas que dans l'état actuel de nos connaissances, on puisse donner une interprétation rationnelle de ces contradictions apparentes. En ce qui concerne la *constante* uréo-sécrétoire, J. Teissier lui consacre quelques lignes dans deux passages de son rapport. À l'occasion de la *période de constitution du syndrome azotémique*, il dit : *on constatera alors l'élévation régulière et précoce de la constante d'Ambard. C'est à cette période, d'ailleurs, que ce signe nettement avertisseur de l'imperméabilité rénale, en voie de s'intaller, pourra mettre sur la piste du processus anatomique en train de se constituer.* Et plus loin, au sujet de la période tolérance, il ajoute : d'ores et déjà il semble bien que la constante d'Ambard a suivi une élévation proportionnelle à l'accentuation des lésions anatomiques sans atteindre pourtant, les chiffres révélateurs d'une imperméabilité irrémédiable. »

B. — P.S.P. (PHÉNOL-SULFONE-PHTALÉINE) :

L'épreuve du P.S.P. est due à des auteurs américains, les professeurs Abel, Rowentree et Geraghty, qui ont eu l'idée d'utiliser cette substance colorante, en vue d'en observer l'élimination par le rein.

Un chiffre de P.S.P. normal permet de conclure à un dosage normal d'urée et à une constante d'Ambard normale.

Un chiffre de P.S.P. inférieur au chiffre normal permet de conclure à un trouble de la fonction uréique, trouble qui peut être passager, mais souvent permanent.

Un chiffre inférieur à la moitié permet de conclure à un taux d'urée sanguine élevée.

Si maintenant l'élimination est à l'état de traces, nous pouvons conclure à un dosage d'urée sanguine supérieur à un gramme.

C. — CRÉATININE :

Tous nous connaissons par l'étude de la physiologie que la créatinine traverse le rein d'une manière plus facile que l'urée. Il s'ensuit que l'élévation du taux de la créatinine indique une imperméabilité rénale assez notable.

Il est admis aujourd'hui que les chiffres normaux de la créatinine varient entre 10 à 15 mgr. au litre de sérum.

Lorsque le taux de la créatinine s'élève au delà de 25 mgr. au litre, le clinicien est en droit de porter un diagnostic d'un trouble de la sécrétion rénale. Si le chiffre dépasse 80 mgr. au litre, nous sommes en présence d'un cas de néphrite très grave.

Maurice Derot, dans sa thèse de Paris 1932, soutient que l'augmentation de la créatinine traduit une insuffisance rénale; mais il nous fait remarquer que le taux de la créatinine ne s'élève qu'après le taux de l'urée sanguine.

Dans notre expérience personnelle nous savons que la créatinine peut s'élever avant l'urée sanguine dans les cas d'occlusion intestinale.

Citons à l'appui de nos avances les deux cas typiques qui suivent et que nous choisissons entre mille:

W. S. M. nous est envoyé par son médecin en date du mois de décembre 1926, nous trouvons une azotémie à 0.42 et une constante à 0.201, constante très mauvaise mais bien en rapport avec les accidents que nous présente le malade. 10 avril 1928, seconde constante à 0.295 avec azotémie à 0.23. Le régime améliore le malade d'une façon notable au point qu'il reprend en partie son

travail; à l'atelier on lui conseille de consulter un autre confrère, ce dernier médecin se contente d'un dosage d'urée qui est normal bien entendu, et permet à son malade des aliments azotés à volonté. Ce dernier est enchanté du nouveau régime, mais sa joie fut de courte durée parce que dans les huit ou dix jours qui ont suivi il dut rappeler le premier médecin, étant en pleine crise d'urémie.

Voilà maintenant près de sept ans que nous suivons ce malade, il conserve toujours un azotémie normale (la dernière étant de 0.25) bien qu'il soit porteur d'une grave lésion rénale.

Le second cas est celui d'une jeune personne qui le soir a de l'oedème des malléoles et le matin du gonflement des paupières. Elle présente, comme le précédent, un dosage d'urée normale soit 0.30 bien que sa constante soit de 0.17; dans ce dernier cas, comme pour le précédent, la constante d'Ambard était sans contredit d'un intérêt plus grand que le simple dosage de l'urée.



LA NÉPHRITE CHRONIQUE¹

Son diagnostic par la clinique et le laboratoire

Par J.-EDMOND DUBÉ, F.R.C.P. (Canada)

Professeur de Clinique médicale à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,

et

ROMUALD GATIEN,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Nous avons eu l'occasion, depuis quelque temps, d'observer, dans notre service de l'Hôtel-Dieu, des malades souffrant de néphrite chronique avec signes cliniques assez évidents, mais sans azotémie élevée, alors que la créatinémie était légèrement augmentée, le P.S.P. abaissé et la constante d'Ambarid mauvaise.

Nous n'hésitons pas à dire immédiatement que si nous faisons un examen clinique de tous nos malades aussi minutieux que possible, en insistant sur les antécédents héréditaires et personnels ainsi que sur l'examen subjectif autant que sur l'examen objectif de tous les organes, nous demandons toujours l'analyse du sang et des urines avec, en plus, la Constante d'Ambarid, la créatinémie et le P.S.P., chaque fois que l'ensemble de notre examen nous oriente vers la possibilité d'une néphrite chronique.

Nous avons souvent lu et entendu dire que la Constante d'Ambarid n'était pas nécessaire, puisque le dosage de l'urée du sang renseignait suffisamment sur le fonctionnement rénal. Nous sommes d'avis, nous aussi, que la Constante d'Ambarid est superflue, mais seulement lorsqu'il y a azotémie de 1 gramme et plus, quoique l'azotémie puisse fort bien n'être alors que la conséquence d'une oligurie transitoire, d'origine cardiaque par exemple, et qu'elle

¹ Ce travail doit paraître concurremment dans le premier numéro de mars 1933 de la « Gazette Médicale de France et des Pays de Langue Française », revue publiée à Paris.

puisse disparaître aussitôt que le malade, sous observation, sera soumis au traitement capable d'augmenter la quantité de ses urines passagèrement diminuées au-dessous de 500 cc., 400 cc. ou moins dans les 24 heures. Nous préférons croire, avec beaucoup d'auteurs, que le rein peut être touché, assez gravement et depuis assez longtemps, sans qu'il y ait azotémie élevée, symptôme toujours grave, surtout s'il persiste malgré une thérapeutique active. Notre expérience, d'ailleurs, nous a prouvé que, depuis que nous observons nos néphritiques à la lumière de la Constante d'Ambard et autres tests fonctionnels du rein, il nous arrive très souvent de constater de la néphrite chronique avec rendement urinaire normal, mais avec une constante d'Ambard élevée.

Nous attirons fortement l'attention de nos élèves sur ces constatations et nous affirmons, avec preuve à l'appui, que le simple dosage de l'urée du sang n'est pas suffisant, puisqu'il peut, en nous rassurant souvent sur la condition actuelle du fonctionnement rénal, nous faire oublier l'existence de lésions chroniques du rein et conduire à un dénouement fatal.

L'expérience de MM. Baril et Gauthier, du laboratoire d'analyses de l'Hôtel-Dieu, est considérable en matière de Constante d'Ambard en regard de la néphrite chronique avec et sans azotémie élevée, et leur opinion est, croyons-nous, semblable à la nôtre. Ils ont, plus d'une fois, jeté le cri d'alarme qu'il ne fallait pas se fier uniquement à la présence ou non d'azotémie élevée chez un malade pour apprécier la condition de ses reins.

Est-ce que, par ailleurs, les médecins attendent toujours la présence d'albumine dans les urines, comme on le faisait autrefois, pour diagnostiquer la néphrite chronique ? Non, assurément, puisque tous nous le savons, il semble y avoir un bon nombre de néphritiques chroniques qui ne présentent même pas de traces d'albumine dans leurs urines. Ne pourrions-nous pas faire une comparaison entre la recherche d'albumine dans les urines et le dosage de l'urée dans le sang, et dire qu'il ne faut pas ajouter d'importance à l'une et à l'autre, car des urines sans albumine et un dosage

normal de l'urée du sang n'impliquent pas nécessairement l'absence de néphrite chronique.

Nous portons beaucoup d'attention à l'examen de tous les malades du service. Les antécédents héréditaires fournissent des renseignements très utiles, mais c'est surtout dans l'étude des antécédents personnels qu'il faut apporter beaucoup de précision. Nous conseillons de questionner le malade sur le fonctionnement de tous ses organes et, pour avoir la certitude de n'en pas oublier, nous engageons nos élèves à commencer leur questionnaire par la tête, c'est-à-dire le système nerveux et les organes des sens, puis le poumon, le cœur et ainsi de suite en descendant graduellement jusqu'aux extrémités inférieures. Déjà la céphalée fréquente accompagnée de troubles visuels, scotomes, etc., la nycturie, les crampes dans les mollets et la sensibilité au froid indiquent assez clairement la néphrite chronique. La céphalée fréquente, même si elle n'est pas accompagnée des autres symptômes ci-dessus, doit nous faire songer au mauvais fonctionnement rénal avant d'en rechercher les autres causes, entre autres les troubles de la réfraction oculaire.

L'examen objectif du malade avec la constatation de la tension artérielle permettra de préciser la cause de la céphalée. La céphalée persistante et une tension artérielle élevée plus ou moins au-dessus de la normale sont déjà des signes très précieux en faveur de la néphrite chronique, surtout s'il existe de la nycturie. Si, enfin, la céphalée est intense, la tension artérielle très élevée, gros cœur, troubles visuels graves, des épistaxis fréquents, une nycturie abondante, des crampes dans les membres inférieurs, sensation de doigt mort, la néphrite chronique est déjà très avancée, comme chez la plupart des malades hospitalisés. Bref, ces malades présentent tous les signes cliniques subjectifs et objectifs de la néphrite chronique en période terminale, confirmée par les épreuves de laboratoire tels que: Constante d'Ambard mauvaise, parfois azotémie élevée, créatinémie élevée et P.S.P. déficient. Les urines souvent albumineuses avec cylindrurie viennent confirmer le diagnostic.

Bon nombre de ces malades présentent des signes de fléchissement cardiaque, c'est-à-dire de l'essoufflement et dyspnée d'effort, un pouls rapide, puis de l'oedème des bases pulmonaires, une congestion du foie avec plus tard oedème des membres inférieurs; ils sont devenus des cardio-rénaux.

Il est regrettable que la plupart des néphritiques chroniques, avec forte hypertension artérielle, ne viennent consulter que lorsqu'ils sont rendus à cette phase dernière de leur maladie. Ils avaient eu pourtant des céphalées assez fréquentes qu'ils calmaient volontiers avec des médicaments. Ils avaient eu, peut-être, de l'amaurose passagère dans un oeil ou l'autre, des épistaxis abondants comme jamais autrefois; ils avaient remarqué qu'ils devaient se lever la nuit deux ou trois fois ou plus pour uriner, mais ils attribuaient tous ces symptômes à leurs occupations ou à leur âge, et n'en continuaient pas moins à se surmener au travail ou au plaisir, à commettre des excès de table ou d'alcool jusqu'au jour où apparurent des vertiges, de la dyspnée à l'effort et surtout de l'oedème des jambes.

OBSERVATION I. — Mlle N. A., âgée de 26 ans, domestique, est entrée à l'Hôtel-Dieu pour troubles digestifs, nervosité, palpitations.

Antécédents héréditaires: Père mort subitement à 52 ans, était tabétique. Mère et deux frères et soeurs vivants. Une soeur épileptique.

Antécédents personnels: Diphtérie, rougeole et variole. A 15 ans, rhumatisme articulaire (2 mois au lit). A 19 ans, pleurésie droite (3 semaines au lit). A 20 ans, néphrite aiguë; albumine dans les urines, oedème généralisé, oligurie, céphalée.

Habitudes alimentaires: Régime ordinaire, buveuse de thé fort, 2 tasses chaque repas.

Examen subjectif: Céphalée fréquente, s'essouffle facilement, surtout depuis deux mois, avec palpitations fréquentes, constipée depuis son enfance, urine facilement, sans abondance le jour, 2 à 3 fois la nuit, crampes dans les jambes, cryesthésie.

Examen objectif: Très bonne apparence générale. Poids 108 lbs, tension artérielle: 135/90. Pouls 90. Rien aux poumons, coeur, foie, estomac et autres organes. Réflexes patellaires vifs.

Voici une malade des plus intéressantes avec antécédents héréditaires spécifiques du côté paternel; antécédents personnels très chargés au point de vue maladies infectieuses et néphrite aiguë; autant de raisons pour que ses reins aient été dès lors hypothéqués définitivement. Son examen subjectif avec céphalée, nycturie, crampes et cryesthésie nous porta à admettre la néphrite chronique. La tension artérielle trop élevée à son âge (135/90 au lieu de 115 à 125 systolique et 70 à 80 diastolique), la présence d'albumine dans les urines, la Constante d'Ambarde: 0.098, plus élevée que la limite extrême de la normale qui varie de 0.50 à 0.90 suivant l'âge des patients, une créatinémie légèrement élevée: 20 milligrammes, un P.S.P. un peu diminué à 70% confirment notre opinion. Cependant l'azotémie à 0.25 est normale, de même que la glycémie à 1 gramme. Le B. W. est négatif.

Cette observation prouve d'une façon très nette qu'il ne faut pas se fier uniquement au dosage de l'urée dans le sang pour connaître la condition des reins. La constatation de la néphrite chronique par les signes subjectifs, par la tension artérielle élevée, par la Constante d'Ambarde surtout et la créatinémie légèrement élevée, est de la plus haute importance, puisqu'elle nous a permis de diriger convenablement notre malade au double point de vue de son alimentation et de son travail et d'empêcher par le fait même l'aggravation des lésions rénales.

OBSERVATION II. — Mme A. L., âgée de 38 ans, s'est présentée pour douleur dans l'hypocondre droit. Fut opérée pour appendicite et salpingite chronique en 1928.

Antécédents héréditaires: Rien de particulier.

Antécédents personnels: Scarlatine à 6 ans, diphtérie à 6½ ans, amygdalotomie en 1930. Menstruée à 14 ans, mariée à 24 ans.

Habitudes alimentaires. Viande, mange un peu de tout; thé: 2 tasses à chaque repas.

Examen subjectif: Céphalée fréquente, troubles nerveux, scotomes, vertiges, dyspnée. Pas de toux, digère mal, vomissements, constipée, entérite muco-membraneuse; pollakiurie et nycturie (3 fois la nuit).

Examen objectif: Bonne apparence. Poids: 105 lbs. Tension artérielle: 100/70, pouls: 80. B. W.: négatif, glycémie normale. Rien aux poumons, foie: coeur régulier, rapide, réflexes bons.

En résumé: l'examen subjectif avec céphalée, scotomes, nycturie nous fit soupçonner la néphrite chronique, bien que la tension

artérielle fût basse, que l'urine ne contînt pas d'albumine et que l'azotémie fût normale à 0.275. La Constante d'Ambard élevée: 0.175, ainsi que la créatinémie: 22 milligrammes et le P.S.P. à 67% confirmèrent notre diagnostic. Encore une fois la Constante d'Ambard a donné l'alarme en faisant voir que les reins étaient malades malgré l'élimination normale de l'urée. La créatinémie élevée et un P.S.P. légèrement abaissé confirmaient également ce diagnostic. Nous avons, par conséquent, mis la malade en garde contre le surmenage physique et les abus alimentaires.

OBSERVATION III. — Mme O. P., 33 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu pour douleurs lombaires, de l'essoufflement et des maux de tête.

Antécédents héréditaires: Excellents.

Antécédents personnels: Rougeole, typhoïde, influenza (1918). Spécificité à 20 ans. B. W.: positif; traitée assez régulièrement. Hémiplegie droite à 23 ans, mariée à 20 ans; 7 grossesses dont une avant-terme, 2 morts-nés, 4 enfants vivants. Pas d'abus alimentaires.

Examen subjectif: Céphalée, scotomes, vertiges, épistaxis récents, palpitations, dyspnée pendant les grossesses, nycturie, crampes dans les jambes, cryesthésie et sensation de doigts morts.

Examen objectif: Bonne apparence générale. Tension artérielle: 155/105. Pouls: 68. Rien aux poumons, au cœur et aux organes abdominaux. Réflexes patellaires vifs.

En résumé la céphalée, les scotomes, la nycturie, les crampes dans les mollets, la cryesthésie, la tension artérielle trop élevée pour son âge, nous ont amené à diagnostiquer la néphrite chronique causée par les nombreuses maladies infectieuses et la syphilis qu'elle contracta à son mariage. Le laboratoire donna un B. W. négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien; les urines contenaient de légères traces d'albumine; azotémie normale: 0.400; créatinémie élevée à 21 milligrammes; Constante d'Ambard: 0.109; P.S.P. diminué: 67%; glycémie: 1.40; cytologie du sang assez bonne.

Chez cette malade également l'azotémie est normale, bien que la clinique et le laboratoire montrent qu'il y a néphrite chronique. La cure de repos et un régime alimentaire approprié améliorèrent son état. À son départ, elle n'avait plus de céphalée et sa tension artérielle était tombée à 130/85.

OBSERVATION IV. — M. H. P., 50 ans, employé de taverne, entre à l'hôpital pour dyspnée, maux de tête.

Antécédents héréditaires: Rien de particulier.

Antécédents personnels: Fièvre typhoïde à 18 ans, érysipèle à 47 ans. Alcoolique depuis l'âge de 18 ans; grand buveur de bière: 20 à 25 verres par jour. Fume depuis l'âge de 15 ans: 10 pipes et 25 cigarettes par jour. A fait usage de cocaïne durant trois ans vers l'âge de 40 ans. Hémiparésie droite, il y a deux ans.

Habitudes alimentaires: Gros mangeur de viande, pain, pommes de terre et thé fort à chaque repas.

Examen subjectif: *Céphalée fréquente*, vertiges, insomnie, *épistaxis fréquents*, palpitations et *dyspnée* à l'effort depuis un an. Pas d'oedème des pieds, crampes dans les jambes, hémorroïdes, *nycturie*.

Examen objectif: Apparence générale assez bonne. Poids: 140 lbs (160 lbs l'an dernier). Tension artérielle: 230/118; à son départ de l'hôpital: 210/120. Faciès congestionné, dents mauvaises (pyorrhée). Poumons: *râles de congestion aux deux bases*. Coeur: gros, bruit de galop, clangor aortique, pouls à 64, radiale sclérosée; foie volumineux; force musculaire réduite à droite; réflexes vifs.

Les antécédents personnels de ce malade sont très chargés en maladies infectieuses graves, ce qui suffirait pour causer de la néphrite chronique, et si l'on songe en plus à ses abus d'alcool, de tabac, de cocaïne et à ses excès alimentaires, on est forcé d'admettre qu'à eux seuls, ils auraient pu causer de la néphrite chronique. Rien d'étonnant alors, si l'examen subjectif du malade avec céphalée, vertiges, nycturie, crampes dans les jambes nous y ait fait songer; et si l'examen objectif avec tension artérielle élevée, gros coeur et clangor aortique nous ait fait porter le diagnostic de néphrite chronique. Ce diagnostic fut confirmé par le laboratoire. Urines: légères traces d'albumines, présence de sang et de pus. Urée du sang: 0.250; créatinémie: 19 milligrammes; Constante d'Ambard: 0.115; glycémie: 1.52; B. W. négatif.

La dyspnée à l'effort depuis un an, les palpitations, l'oedème des bases pulmonaires sont, chez ce malade, signes d'insuffisance cardiaque à la phase d'hyposystolie compliquant la néphrite chronique. Il s'agit donc d'un cardio-rénal.

Il eût été évidemment très dangereux de se fier au seul dosage de l'urée dans le sang pour porter le diagnostic de néphrite chronique et d'en établir le pronostic.

OBSERVATION V. — Madame A. P., âgée de 69 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu pour troubles digestifs qui durent depuis 15 ans.

Antécédents héréditaires: Père mort à 83 ans. Mère morte à 34 ans de T.B. Une soeur morte à 20 ans de T. B. Un frère mort d'urémie à 66 ans (alcoolique). 8 frères et soeurs morts bébés.

Antécédents personnels: Aucune maladie de l'enfance. Névralgie sciatique à 50 ans. Pas d'usage d'alcool, de tabac ni de drogues. Intervention chirurgicale à 38 ans pour annexite bilatérale. Opérée à 67 ans pour polype vésical. Beaucoup de surmenage et de tracas depuis la mort de son mari, il y a 30 ans.

Régime alimentaire: Abondant surtout en pommes de terre, pain, pâtisseries et bonbons.

Menstruée à 12 ans, toujours régulière. Mariée à 15 ans. 4 grossesses à terme sans complications. Ménopause à 38 ans.

Examen subjectif: Céphalée occipitale assez fréquente, vertiges. Rien aux yeux, nez, oreilles. Pas de toux, très peu d'essoufflement, bon appétit, digère mal, aérophagie, palpitations, constipation opiniâtre. Urine bien, une à 2 fois la nuit.

Examen objectif: Poids: 142 livres. Tension artérielle: 194/98; pouls: 72. Grasse, teint pâle. Rien aux yeux, nez, gorge, oreilles. Rien aux poumons. Coeur: léger clangor aortique, régulier, pas de souffle valvulaire. Rien au foie et autres organes abdominaux. Réflexes bons. Pas d'oedème des pieds.

La céphalée fréquente, les troubles urinaires et l'hypertension artérielle nous firent penser à la possibilité d'une néphrite chronique, bien que les urines fussent trouvées absolument normales.

Les analyses du sang donnèrent une créatinémie de 25 milligrammes et une Constante d'Ambard: $K = 0.147$ avec indice de rétention de 2.1, et indice de sécrétion de 23%, montrant que nous avons raison.

Le dosage de l'urée dans le sang était normal: 0.300, la glycémie: 0.86 et le B. W. négatif.

Cette malade qui avait tenté de se suicider en se tranchant la radiale quelque temps avant son entrée à l'hôpital, à cause de tribulations de toutes sortes, se sentit beaucoup mieux avec le repos et un régime alimentaire approprié. Sa tension artérielle s'est abaissée à 170/90.

Le diagnostic de la néphrite chronique, par quelques signes subjectifs, la créatinémie et la Constante d'Ambard accompagnés d'hypertension, nous a permis d'instituer un régime alimentaire approprié.

OBSERVATION VI. — Le 15 novembre 1932. Mademoiselle R. B., garde-malade, âgée de 30 ans, se présente pour de la fatigue, oedème des paupières, des mains et des pieds, le matin au réveil, et amaigrissement progressif de douze à quinze livres depuis six mois.

Antécédent héréditaires et personnels: sans particularités.

Habitudes bonnes. Depuis un an, la malade est soumise au régime hypo-azoté pour hypertension artérielle. Elle a en plus passé les derniers trois mois à la campagne au repos complet.

Examen subjectif: Céphalée, insomnie, fatigue et nervosité. Inappétence, dyspnée à l'effort prolongé. Oedème des paupières, des mains et des pieds qui disparaît graduellement au cours de l'avant-midi, mais persiste parfois pendant toute la journée. Nycturie accidentelle.

Examen objectif: Taille: 5 pieds 2 pouces. Poids: 120 lbs. Etat général bon. Oedème des paupières inférieures assez marqué. T. A.: 150/90. Pouls: 78. Coeur: léger clangor aortique. Urines normales. — Chlorurémie: 5 gr. 36 au litre. — Azotémie: 0 gr. 300. — Constante d'Ambard: $K = 0.178$. — Indice de rétention: 2.5. — Indice de sécrétion: 16%.

Dans cette observation, la Constante d'Ambard qui est élevée a donné un avertissement sérieux tout au bénéfice de la malade. La malade a été, en effet, soumise à un régime alimentaire peu carné, comprenant en grande partie des légumes, du fromage frais et des fruits. Elle a été avertie d'éviter les excès de fatigue et les longues heures de travail. L'état général s'est rapidement amélioré, la tension artérielle, par exemple, s'est abaissée fin décembre à 130/80, et la malade se dit beaucoup mieux.

Voici donc une autre observation avec des urines normales malgré la céphalée, l'oedème des paupières et des extrémités et nycturie accidentelle. La Constante d'Ambard fort heureusement a donné l'éveil.

OBSERVATION VII. — Mlle R. F., âgée de 51 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu pour douleurs lombaires et douleurs à la jambe gauche depuis cinq mois, survenues à la suite d'un refroidissement.

Antécédents héréditaires: Rien de particulier.

Antécédents personnels: Rougeole, rhumatisme inflammatoire à 18, 32 et 44 ans; trois mois au lit chaque fois. Menstruée régulièrement depuis l'âge de 16 ans. Ménopause en octobre 1932.

Examen subjectif: Céphalée frontale et occipitale fréquente depuis 5 à 6 mois. Pas de troubles oculaires. Légère surdité. Ne tousse pas; palpitations, douleur précordiale, *dyspnée d'effort* depuis trois ans. Constipation; urine une à deux fois la nuit. Engourdissement des mains et des jambes.

Examen objectif: Bonne apparence, grasse. Tension artérielle: 225/125; pouls: 100 en moyenne. Réflexes normaux. Rien aux poumons; coeur: gros, clangor aortique, pas de souffle valvulaire. Rien au foie. Douleur: région lombaire, au palper, et sur le trajet du nerf sciatique, plus marquée à gauche.

L'examen clinique par ses symptômes subjectifs et objectifs, tels que céphalée, nycturie, tension artérielle et gros coeur attirent l'attention du côté des reins.

Voici maintenant les examens de laboratoire (entre autres, la Constante d'Ambard élevée: $K = 0.135$) qui confirment le diagnostic de néphrite chronique. Les urines, cependant, sont normales sans albumine ni cylindrurie, et l'urée du sang à 0.450 est également normale. B. W. négatif. Glycémie: un gramme. Cytologie du sang normale.

Nous présentons cette observation pour prouver, une fois encore, que l'analyse des urines et le dosage de l'urée dans le sang ne font pas toujours penser à la néphrite chronique. En effet, chez cette malade, la céphalée, la nycturie et la tension artérielle élevée avec la Constante d'Ambard mauvaise nous ont permis de porter le diagnostic de néphrite chronique.

OBSERVATION VIII. — M. T. M., avocat, consulta l'un de nous en juillet 1904 pour douleurs thoraciques.

Antécédents héréditaires: Rien de particulier.

Antécédents personnels: Pneumonie grave à l'âge de 7 ans. Trachéo-bronchite après chaque longue plaidoirie.

Habitudes alimentaire: Gros mangeur de viande et abus assez fréquents d'alcool; gros fumeur, vie assez irrégulière, nuits blanches fréquentes.

Examen subjectif: Rien de particulier, sauf de la toux avec expectoration survenue après un procès long et fatigant.

Examen objectif: Poids: 205 livres. T. A.: 170 maxima (17 au sphymomanomètre Potain). Pouls: 76. Poumons: léger bruit de frottement à la base

droite avec quelques râles sibilants dans les deux poumons. Rien aux autres organes; urines normales. Quelques mois après, les urines contenaient des traces de sucre.

En 1912, poids: 217 livres; T. A.: 220/115; pouls: 64; radiales sinueuses; urines normales; pas de nycturie.

Mai 1913. — Poids: 210 livres; T. A.: 280/160; pouls: 78; urines: traces de sucre.

Novembre 1913. — T. A.: 250/140. Pouls: 80; sensation de malaise dans la tête et l'œil gauche. Urines normales.

Octobre 1914. — T. A.: 200/120. Coeur: apparition de souffle d'insuffisance mitrale compensatrice.

Mars 1915. — La Constante d'Ambard a été trouvée normale: $K = 0.055$; l'urée du sang = 0.378; urines normales. Le malade présente de temps à autre un peu d'essoufflement à l'effort soulagé par la digitaline.

Avril 1919. — Le malade, vu assez fréquemment depuis 1915, présentait toujours un tension artérielle élevée, des urines normales. Il observait mal son régime alimentaire et continuait à se surmener à son travail, à prendre de l'alcool et fumait beaucoup. A cette dernière date, la Constante d'Ambard était: $K = 0.154$; urée au litre de sang: 0.550.

On peut voir alors que la Constante d'Ambard est devenue mauvaise et que l'urée du sang est légèrement augmentée au-dessus de la normale. La néphrite chronique était donc apparue après 1915 alors que la Constante d'Ambard était normale ($K = 0.55$). Urines: traces d'albumine.

En 1920. — La Constante d'Ambard faite pour la troisième fois était: $K = 0.164$, et l'azotémie était encore un peu élevée au-dessus de la normale (0.536).

En 1921. — Le malade a eu, à deux reprises depuis un mois, des céphalées très fortes (nuque), soulagées chaque fois par la saignée. T. A.: 220/160. Pas encore de nycturie. L'azotémie était devenue normale: 0.488. Urines normales.

Mort en 1922 par hémorragie cérébrale ventriculaire foudroyante.

Voici une observation des plus intéressantes au point de vue: premièrement, de la durée de l'hypertension artérielle très élevée constatée chez ce malade pour la première fois en 1904 et avec des variations légères jusqu'à sa mort en 1922 par hémorragie cérébrale. Il est très raisonnable de supposer que cette tension arté-

rielle, qui était déjà de 170 au Potain, avait dû débiter pour le moins quelques années avant. Deuxièmement, l'absence d'albumine dans les urines jusqu'à 1920 et l'absence de troubles urinaires (pollakyurie et nycturie) pendant toute sa vie prouvent bien qu'il ne faut pas se fier uniquement à la présence d'albumine dans les urines et aux autres troubles urinaires pour songer à la néphrite chronique. Troisièmement, les premiers maux de tête légers n'apparurent qu'en 1913, et ce n'est qu'en 1921 qu'il eut de très fortes céphalées soulagées seulement par la saignée. Quatrièmement, les renseignements fournis par la Constante d'Ambard sont très instructifs: la première fois en 1915: $K = 0.055$; azotémie normale (0.378). En 1919, la Constante d'Ambard est plus élevée ($K = 0.154$) avec azotémie légèrement élevée (0.550). En 1920, la troisième Constante d'Ambard est plus élevée encore ($K = 0.164$) et l'azotémie encore un peu plus élevée (0.536). En 1921, l'azotémie était redescendue aux limites extrêmes de la normale (0.488).

Les premiers signes de néphrite chronique ne furent reconnus chez ce malade, artério-scléreux, vu pour la première fois en 1904 et mort d'hémorragie cérébrale en 1922, qu'en 1919 par la Constante d'Ambard élevée, et en 1920 par la présence d'albumine dans ses urines. La céphalée n'apparut qu'en 1921 et pouvait bien être attribuée uniquement à la forte tension artérielle.

Sans la Constante d'Ambard, ce malade aurait pu être considéré uniquement comme un artério-scléreux. Il est permis d'ajouter que s'il avait vécu plus longtemps, la néphrite chronique serait devenue plus grave et les troubles fonctionnels, tels que les scotomes, pollakyurie et nycturie, crampes dans les jambes, seraient apparus et les céphalées seraient devenues plus fréquentes. Plus tard, l'azotémie élevée (jusqu'à 1 gramme et plus) aurait sûrement été constatée et la mort aurait pu survenir dans le coma urémique.

OBSERVATION IX. — M. D. F., 33 ans, plombier, est venu consulter, il y a quelques mois, pour douleurs lombaires au travail et à la marche.

Antécédents héréditaires: rien de particulier.

Antécédents personnels: Fièvre typhoïde à 15 ans. Il y a quelques années, troubles digestifs d'une durée de deux mois et demi, ressemblant fort à ceux

d'un ulcus pyloro-duodénal. Pas d'autres attaques depuis. Mangeur de viande aux trois repas; fumeur de cigarettes; beaucoup d'alcool autrefois pendant trois ans.

Examen subjectif: Pas de céphalée, mauvaises dents, s'essouffle facilement. Appétit irrégulier, digère assez bien, intestins réguliers, pas de troubles urinaires, dort bien.

Examen objectif. Très bonne apparence générale: haute taille, poids actuel: 199 livres, il a déjà pesé 206 livres. Tension artérielle: 150/100; pouls: 84. Rien aux poumons. Coeur: léger clangor aortique; rien au foie et autres organes: réflexes normaux; pas d'oedème.

Ce malade présente bien peu de chose à l'examen subjectif en dehors d'un peu d'essoufflement à l'effort et de lumbago. À l'examen objectif, tension artérielle avec minima élevée à 110 et léger clangor aortique. Le diagnostic d'insuffisance cardiaque à la phase de dyssystolie fut porté et la digitaline fut prescrite.

Revu dix jours plus tard, le malade ne présentait guère de soulagement. La même tension minima à 110 à l'oscillomètre, indiquant en même temps la tension moyenne, n'avait pas été modifiée par la digitaline.

L'analyse des urines faite à l'Hôtel-Dieu donna une densité de 1020, réaction acide, traces légères d'albumine. Le dosage de l'urée du sang donna: 0.350; la Constante d'Ambar: 0.074, l'indice de rétention et l'indice de sécrétion furent trouvés normaux, la créatinémie fut trouvée également normale à 18 milligrammes.

Si nous avons donné cette observation, c'est pour prouver que les urines parfois contiennent de l'albumine alors que l'examen subjectif et l'examen objectif ne donnent aucun signe de néphrite chronique, et que cette opinion a été confirmée par les examens de laboratoire. D'un autre côté, la tension minima élevée avec essoufflement facile doit arrêter l'attention et laisser un doute sur l'avenir du coeur et des artères, tout d'abord, et plus tard des reins.

Le traitement comporte conséquemment des toni-cardiaques, un régime alimentaire pas trop carné, l'absence de surmenage dans le travail et une surveillance médicale suivie.

OBSERVATION X. — Mlle T. D., âgée de 23 ans, nous consulta pour des maux de tête en 1923 alors qu'elle était âgée de 13 ans. Elle s'est plainte depuis et se plaint encore de céphalée, troubles digestifs et constipation.

Antécédents héréditaires: Père, mère et plusieurs frères et soeurs vivants et en bonne santé.

Antécédents personnels: Rougeole, scarlatine, coqueluche. Aurait eu, à trois reprises différentes, une congestion de poumons. Menstruée à 12 ans et troubles menstruels assez fréquents depuis.

Pas d'abus alimentaires ni surmenage d'aucune sorte.

Examen subjectif: Céphalée, myopie (porte des verres); épistaxis de temps à autre; s'essoufflait facilement alors et aujourd'hui encore. Bon appétit, digestion assez bonne. Toujours très constipée, sauf depuis deux ans. Pas de troubles urinaires, si ce n'est qu'elle urine très peu: le dosage des 24 heures, fait pendant huit jours, n'a pas dépassé 500 c.c. Pas de nycturie.

Examen objectif: De petite taille, assez bonne apparence. Pesait 94 lbs à 13 ans — pèse actuellement 105 lbs. Sa tension artérielle était alors de 105/80 et actuellement de 120/75. Le pouls a toujours été régulier à 80 ou environ. Rien aux poumons, coeur et autres organes.

En 1924, scarlatine qui fut suivie de céphalée, épistaxis assez fréquents et oedème des jambes, paraît-il, sans traitement médical. Fut traitée au cours des années suivantes pour troubles glandulaires par opothérapie ovarienne et thyroïdienne alternativement, avec peu de succès.

En 1929, se plaint d'essoufflement à l'effort. Poids: 116; tension artérielle: 130/80; pouls: 90. 2 repas de viande par jour, toujours constipée, urine peu.

Février 1931 — poids: 105; tension artérielle: 120/80; pouls: 80.

Analyse du sang: azotémie: 0 gr. 300 au litre; glycémie: 0 gr. 95 au litre.

Analyse d'urines: densité: 1014, réaction acide; pas d'albumine ni sucre; absence de pus, de bile et de cylindres.

Autres analyses faites à l'Hôtel-Dieu le 9 juin, 1931:

Urines: pas d'albumine ni sucre.

Sang: glycémie: 1.25; créatinine: 14 milligrammes; azote total non protéique: 0.434; urée: 0.300; azote uréique correspondant: 0.140; azote résiduel: 0.294.

L'azote total non protéique ne devrait pas dépasser 0.300 et l'azote résiduel 0.180.

La Constante d'Ambar: $K = 0.077$, ce qui est absolument normal, puisqu'elle peut varier de 0.050 à 0.090, suivant l'âge du malade.

Indice de rétention: 1.1; indice de sécrétion: 82%.

La cytologie du sang montre une anémie de moyenne intensité: hémoglobine: 76%; globules rouges: 3,493,750; globules blancs: 6250; valeur globulaire: 0.97.

14 janvier 1933. — Poids: 105; tension artérielle: 120/75; pouls: 80. Céphalée le matin, vertiges. Urine peu, jamais la nuit.

Tout chez cette malade nous porterait à conclure à la néphrite chronique. Ce sont la céphalée, l'insuffisance des urines, l'oedème des membres inférieurs, la scarlatine dans son jeune âge; mais l'absence d'albumine dans les urines et de nycturie, l'azotémie et la Constante d'Ambard normales nous rassurent sur la condition des reins.

Cette malade souffre plutôt de troubles endocriniens et non pas de néphrite chronique.

CONCLUSIONS

Comme il est de la plus haute importance que l'existence de la néphrite chronique soit connue le plus près possible de son début, afin d'en retarder l'évolution et le dénouement fatal, nous croyons:

1° Que l'étude des antécédents héréditaires et plus encore des antécédents personnels doit être faite avec beaucoup de soin. Il est reconnu, en effet, qu'il existe une prédisposition héréditaire pour la néphrite chronique et nous l'avons constatée maintes fois. Les antécédents personnels peuvent fournir des renseignements très utiles comme, par exemple, l'existence d'une scarlatine dans le jeune âge, ainsi qu'une ou plusieurs des maladies infectieuses graves, telles que pneumonie, typhoïde, influenza, septicémie, etc., etc., à l'âge adulte qui guérissent souvent non sans laisser de traces profondes dans différents organes, tels que le coeur et les reins, dont les conséquences futures, pour tardives qu'elles puissent être, n'en sont pas moins graves. Le surmenage au travail, les tracas et les peines morales tout comme les abus alimentaires, alcooliques et autres, ont une certaine importance comme facteurs de néphrite chronique.

2° L'examen subjectif du malade offre à notre point de vue une excellente occasion, s'il est bien fait, de dépister la néphrite chronique. La céphalée persistante, les scotomes et autres troubles visuels, permanents ou passagers, les épistaxis, les troubles urinaires, entre autres les mictions nocturnes ou nycturie, les crampes dans

les jambes, les sensations d'engourdissement dans les extrémités, la sensibilité au froid (frilosité ou cryesthésie) ne se rencontrent pas tous au complet chez les néphritiques chroniques, mais il suffit de la céphalée et de la nycturie pour songer à la néphrite.

3° Si l'examen objectif fait voir un teint pâle, un gros cœur avec clangor aortique, la rétinite caractéristique, une tension artérielle élevée, parfois bouffissure des paupières et oedème pré-tibial, le diagnostic de néphrite chronique s'impose.

4° C'est alors que les examens de laboratoire, tels que l'analyse des urines, l'azotémie, la créatinémie, la P.S.P. (phénolsulfonephthaléine), la Constante d'Ambard avec indices de rétention et de sécrétion, l'azote total non protéique, l'azote uréique et l'azote résiduel apportent une contribution importante au diagnostic définitif de néphrite chronique.

Nous ne croyons pas qu'il faille attacher trop d'importance à l'analyse des urines, puisqu'un grand nombre de néphritiques chroniques présentent des urines normales. Il ne faut pas non plus attendre qu'il y ait azotémie élevée, c'est-à-dire au-dessus de 0.500 d'urée au litre de sang pour diagnostiquer la néphrite chronique, car il serait beaucoup trop tard, comme nous l'avons prouvé dans nos observations ci-dessus, pour instituer un traitement hygiéno-diététique. Pour nous, le P.S.P., la créatinémie et surtout la Constante d'Ambard sont les examens de laboratoire qui nous semblent les plus sûrs et à qui nous accordons notre plus grande confiance.



LA BRONCHOSCOPIE

Ses indications — Sa technique

Par CHARLES MATHIEU,

(Clinique d'Oto-rhino-laryngologie de l'Hôtel-Dieu.)

La bronchoscopie a pour but l'examen des bronches par la vision directe au moyen d'un tube éclairé de forme spéciale qui s'appelle le bronchoscope. Elle s'applique, en pratique, à l'étude et au traitement des affections laryngées, trachéales et bronchiques; elle est ainsi le complément logique et nécessaire de la rhino-laryngologie.

La bronchoscopie n'est pas née d'hier, puisque Killian l'inventa en 1895. D'ailleurs, l'idée d'introduire un instrument dans la trachée, afin de pratiquer une injection intrapulmonaire, est encore plus ancienne.

En effet, en 1801, Desault, Fine, Velpeau et Malgaigne introduisaient une sonde dans la trachée-artère dans le but d'injecter des liquides modificateurs.

Trousseau et Belloc, dans leur traité paru en 1837, ont décrit une seringue en argent à tige recourbée qu'ils utilisaient pour pratiquer des injections laryngo-trachéales.

De retour d'un voyage en Europe, Horace Green, en 1838, mit à exécution cette méthode d'injection intra-trachéale. Il se servit d'une sonde de 12 pouces $\frac{1}{2}$ de long et d'une seringue en verre.

Horace Green présenta, à ce sujet, à la Société de Médecine et de Chirurgie de New York, un mémoire qui démontrait la possibilité anatomique de la tolérance des voies aériennes aux corps étrangers. Cette conception hardie fut d'abord considérée par les membres de la Société comme « une innovation impossible et con-

À LOUER

NEMBUTAL '844'

Sédatif

Hypnotique

Anti-
Spasmodique

Applications en
Chirurgie
Obstétrique
Médecine générale

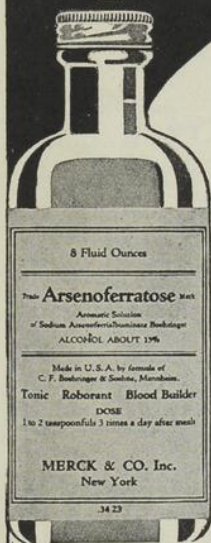


ABBOTT LABORATORIES Ltd., Montréal

Arsenoferratose

TRADE-MARK

tonique reconstituant



L'Arsénoferratose s'emploie beaucoup comme altérant et reconstituant dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, dans la chorée, dans les dermatoses rebelles, dans la maladie de Basedow et dans tous les troubles d'origine nerveuse.

D'un goût agréable, les femmes et les enfants n'hésitent aucunement à prendre cette préparation qui est bien tolérée. Elle ne tache pas les dents et ne cause pas de constipation.

Votre pharmacien peut vous procurer l'Arsénoferratose sous forme de comprimés, en flacons de 75, et sous forme liquide, en bouteilles de 8 onces.

Ecrire pour la littérature

VERODIGEN

(la fraction gitalinique des feuilles de digitale)

est la préparation digitalique qui agit le plus rapidement par ingestion. Il surpasse les autres préparations par sa rapidité d'action et se rapproche par là des digitaliques administrés par voie intraveineuse ainsi que de la strophanthine.

Autres avantages:

Bonne tolérance de la part de l'estomac, pas d'accumulation toxique.

Emballage: tubes de 12 comprimés

Des échantillons sont en tout temps à la disposition de M. M. les médecins.

MERCK & CO. Ltd.
MONTREAL

SPASMOSEDINE

SEDATIF CARDIAQUE

EST LE SEDATIF ET
ANTISPASMODIQUE
SPECIALEMENT MIS AU POINT
POUR LA THERAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

DIGIBAINE

TONIQUE CARDIAQUE

Remplacent
DIGITALE et DIGITALINE

LABORATOIRES
DEGLAUDE
Médicaments
Cardiaques Spécialisés
6 rue d'Assas PARIS.

2 FORMES

GRANULÉ
COMPRIMÉS
(avec bonbonnière de poche)

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE

Association Alcalino-phosphatée + semences de cigüe

**HYPERCHLORHYDRIE
SPASMES
DOULEURS GASTRIQUES**

POSOLOGIE

Après le repas et au moment des douleurs
Granulé: 1 cuillerée à café
Comprimés: 2 à 4 jusqu'à sédation

LABORATOIRES
DU DOCTEUR ZIZINE
24 Rue de Fécamp - PARIS

ANÉMIES
et INSUFFISANCES HÉPATIQUES

Hépatrol

EXTRAIT de FOIE de VEAU FRAIS
en ampoules hypodermiques

MÉTHODE de WHIPPLE

ADULTES et ENFANTS
sans contre-indications

LABORATOIRES ROLLAND
31, rue des Francs-Bourgeois (4^e)
Paris



Littérature et échantillons: MILLET, ROUX & LAFON Ltée, 1215 St-Denis, Montréal

PRODUITS GLANDULAIRES C. & C.

HORMOCRINE "F" C. & C.

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:

Hypophyse $\frac{1}{2}$ grain, Ovaire complet $7\frac{1}{2}$ grains, Thymus $3\frac{3}{4}$ grains, Substance Cérébrale $7\frac{1}{2}$ grains, Surrénale $\frac{1}{2}$ grain, Thyroïde 5-16 grain.

INDICATIONS : Insuffisance ovarienne, Dysménorrhée, Ménorrhagie, Désordres de la ménopause, Obésité, Insuffisance glandulaire.

Conditionné en bouteilles de 50 et 100 comprimés.

MODE D'EMPLOI : Un à deux comprimés trois fois par jour. Suspendre la médication après quinze jours de traitement, ainsi que pendant la période de la menstruation.

OVACRINE C. & C.

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:

Hypophyse $\frac{3}{4}$ gr., Thyroïde 1-6 gr., Ovaire complet $7\frac{1}{2}$ grs., Surrénale $\frac{1}{2}$ gr., Foie 9 grains.

INDICATIONS : Arrêt de croissance, Développement du système osseux, Infantilisme féminin, Impuissance, Sénilité prématurée, Insuffisance glandulaire, musculaire ou génitale, Troubles de la ménopause.

Conditionné en bouteilles de 50 et 100 comprimés.

MODE D'EMPLOI : Un à deux comprimés trois fois par jour.

NEUROCRINE C. & C.

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:

Teinture de Valériane 40 gouttes, Surrénale $\frac{1}{2}$ grain, Substance cérébrale 10 grs, Thymus 3-8 grain.

INDICATIONS : Neurasthénie, Surrénalites aiguës ou chroniques, Névroses, Hystérie, Hyperexcitabilité psychique, Fatigues, Surmenage, Epuisement et tous autres troubles nerveux ou mentaux.

Conditionné en bouteilles de 50 et 100 comprimés.

MODE D'EMPLOI : Un à deux comprimés trois fois par jour.

ÉCHANTILLON SUR DEMANDE.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

PHARMACIENS EN GROS

Instruments de Chirurgie — Instruments pour Dentistes

Rayons X et Physiothérapie.

28-30 EST, RUE ST-PAUL, - - - MONTRÉAL

Téléphone LANcaster 3292

CAMPHOSOL CHOMEDY

Solution à 10% de Camphosulfonate de soude

Tonique du muscle cardiaque remplaçant avantageusement l'huile camphrée qui graisse les seringues, provoque des nodosités et parfois des abcès. Le CAMPHOSOL s'injecte facilement, n'est pas toxique, agit vite, est indolore, ne provoque jamais de réaction locale, et peut s'injecter par voie veineuse.

Le CAMPHOSOL agit sur le myocarde en renforçant les contractions et sur le pneumo-gastrique en les régularisant.

Indications: Le CAMPHOSOL s'emploie dans tous les cas où il faut obtenir une action extrêmement rapide tonocardiaque: syncopes, adynamie, phénomènes de shock, gripes, pneumonie, fièvres infectieuses, septicémies, suites d'interventions chirurgicales ou obstétricales. Le CAMPHOSOL excite les centres respiratoires et s'emploie également dans les cas d'asphyxie plus ou moins prononcée des emphysémateux, pneumoniques, asthmatiques ou des noyés et intoxiqués par des gaz toxiques.

Présentation: Le CAMPHOSOL est présenté en ampoules de 5 cc., 2 cc. et 1 cc.

Mode d'emploi: En injections hypodermiques, intra-musculaires ou intraveineuses de 2 à 8 cc. par jour en Médecine et de 8 à 15 cc. par jour en Chirurgie.

LABORATOIRES J. PLE
===== PARIS =====

HERDT & CHARTON, INC.

2027 AVENUE DU COLLÈGE MCGILL, - MONTRÉAL

WINNIPEG, 128 JAMES ST.

TORONTO, 11 KING ST. WEST

TRAITEMENT
de
la
BLENNORRHAGIE

aiguë

Injections intra-veineuses de

GONACRINE

Chloro-méthylate neutre
de diaminoacridine
en solution à 2%

chronique

et de ses complications

Injections intra-musculaires de

NÉO-DMÈGON

Vaccin antigonococcique
fluoruré

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Limitée

(licence Rhône-Poulenc)

Distributeurs: ROUGIER FRÈRES - MONTRÉAL

A LOUER

URASAL

ANTISEPTIQUE URINAIRE
EFFICACE

Composition:

Hexaméthylénamine combiné avec de la piperazine et du benzo-citrate de lithine.

Fabriqué

par

Indications:

CYSTITE
PYÉLITE
RHUMATISME, etc.

FRANK W. HORNER LIMITED
MONTRÉAL, Qué.

damnable ». Mais elle fut, quelques années plus tard, admise à New York comme à Paris.

Aussi en 1856, J. Hugues Bennett, d'Edimbourg, convaincu par la lecture des nombreuses observations de malades traités par Horace Green, essaya le même traitement.

Loiseau, en 1857, communiqua à l'Académie des Sciences ses recherches sur l'emploi d'un cathéter dans lequel il introduisait une sonde en caoutchouc dont l'extrémité offrait une ouverture pour le passage d'un liquide destiné aux bronches.

Griesinger, en 1858, introduisit avec succès une sonde presque à la bifurcation et observa qu'elle avait tendance à se diriger vers la bronche droite.

Kirstein, en 1895, montra qu'il était possible d'introduire des tubes rigides et droits dans le conduit laryngo-trachéal et présenta une spatule trachéoscopique.

L'endoscopie du larynx et de la trachée était créée, mais l'exploration ne dépassait pas la région moyenne, car il apparaissait alors trop périlleux d'aller au delà des battements aortiques.

En 1897, naissait la bronchoscopie perorale et Killian, en se servant d'un oesophagoscope de Rosenheim, montra la possibilité d'introduire un tube rigide et droit jusque dans les bronches. Il put extraire un os de la bronche souche droite chez un vieillard et prouver ainsi que les bronches étaient mobilisables et extensibles.

Chevalier Jackson, en 1905, combina le principe de l'éclairage de l'oesophagoscope de Einshorn avec le tube de Killian, auquel il adjoignit un tube aspirateur.

Moulonguet, en 1927, signala, de son côté, l'intérêt de la broncho-aspiration. Léon Kindberg, dans son livre sur les abcès du poumon, accorda une place à la méthode bronchoscopique et, quelques années plus tard, dans une série de publications, en dévoila le grand intérêt diagnostique et thérapeutique.

A l'heure actuelle, aux Etats-Unis, la grande majorité des médecins et chirurgiens accordent à la méthode bronchoscopique une place très importante, particulière, dont les indications, nous le verrons, sont en pratique des plus étendues.

Voici les divers signes ou symptômes qui peuvent justifier une bronchoscopie:

le simple commémoratif de corps étranger;

les signes cliniques ou radiologiques de corps étranger;

la présomption simple d'un corps étranger, la certitude d'une autre affection ayant été éliminée;

les signes de sténose trachéale ou bronchique;

toute hémoptysie qui ne fait pas sa preuve;

toute suppuration bronchique ou broncho-pulmonaire et notamment toute suppuration dont le tableau clinique simule la tuberculose pulmonaire, sans que celle-ci ait pu être découverte;

une dyspnée qui paraît être d'origine proprement trachéale ou broncho-pulmonaire;

une toux asthmatiforme, l'asthme essentiel n'étant pas en jeu;

une simple toux inexplicable;

la recherche endobronchique des sécrétions dans un but d'examen bactériologique;

le lipiodolage d'un secteur déterminé broncho-pulmonaire;

tout syndrome thoracique dont la nature est inexplicable.

Cependant, contrairement à ce que nous sommes naturellement portés à croire, la fréquence des bronchoscopies pour corps étrangers des voies respiratoires est minime.

En effet, d'après Messieurs Chevalier Jackson, Edmond Aucoin, Killian et Soulas, les corps étrangers ne figurent que dans 2% des bronchoscopies.

Voici le tableau de la fréquence des corps étrangers selon leur siège:

Pharynx	10%
Larynx	1%
Trachée	7%
Bronches	82%

Il semble intéressant de noter le lieu de prédilection des corps étrangers dans les bronches. Ceux-ci se logent, en règle générale, dans la bronche droite, et en voici les raisons anatomo-physiologiques énoncées schématiquement:

- 1° le plus grand diamètre de la bronche droite;
- 2° l'angle plus faible de cette bronche;
- 3° la situation de l'éperon à gauche du grand axe de la trachée;
- 4° le plus grand volume d'air pénétrant dans la bronche droite lors de l'inspiration.

Au point de vue *diagnostic*, beaucoup diront que la laryngoscopie indirecte est suffisante.

Chez l'adulte, et pour les maladies du larynx, très bien, nous en convenons; mais chez l'enfant, non.

C'est dans les maladies de l'enfant, nous dit Chevalier Jackson, que la méthode directe a montré sa grande utilité de diagnostic. Tout un terrain inconnu avant le développement de la laryngoscopie directe peut maintenant être étudié chez l'enfant.

Pour le traitement et surtout pour le traitement chirurgical, la méthode directe a mis la chirurgie endo-laryngée à un niveau impossible à atteindre par les méthodes indirectes.

Dans la tuberculose laryngée, quand la lésion est petite et isolée, son ablation totale donne des bons résultats, surtout si elle est faite par laryngoscopie directe; dans ces cas, la cautérisation se fera d'autant plus facilement qu'on verra bien la lésion.

L'extirpation totale des tumeurs bénignes du larynx est pratiquement limitée à la méthode directe.

En démontrant la facilité et l'innocuité d'une bronchoscopie prudente, Killian nous a ouvert un champ tellement vaste et tellement nouveau qu'il nous est impossible de l'étudier à fond et d'une manière systématique.

Malheureusement, la trachée est un organe auquel on a jusqu'ici accordé peu d'attention. Avec son miroir, le laryngologiste pouvait voir une petite partie de la portion supérieure, mais il tentait peu de chose au point de vue du traitement; le médecin général s'intéressait davantage aux voies respiratoires profondes.

Ingals recommande la prudence dans l'application du traitement endo-bronchique. Les inhalations buccales de liquides pulvérisés sont pratiquement sans valeur pour le traitement local des bronches, parce que le liquide pulvérisé n'arrive pas jusqu'à la trachée; ce qui a été démontré expérimentalement chez les animaux. Même, quand l'air inhalé est saturé par une fine vapeur de liquide, il est douteux qu'une quantité appréciable atteigne les voies respiratoires profondes.

Les injections intra-trachéales donnent de meilleurs résultats; malheureusement, la toux survenant, réflexe de défense, le liquide est rapidement expulsé avant d'atteindre les voies respiratoires profondes, même quand on injecte une quantité assez abondante. Cependant, plus considérables sont les quantités, plus grandes sont leurs possibilités de toucher les bronches.

D'autre part, les applications endoscopiques placent le liquide profondément dans les bronches, où tous les efforts de toux pour l'expulser ne font que le mieux répandre sur la muqueuse.

La méthode la plus couramment employée consiste à se servir de la seringue endoscopique à travers le bronchoscope.

Il serait bien long de décrire la technique opératoire. Toutefois, nous en donnerons les grandes lignes:

Position du malade: nous donnons la préférence à la position couchée.

Elle demande un aide habitué à la manutention de la tête du patient. Celle-ci doit être placée dans tel ou tel axe selon la direction qu'on veut donner au bronchoscope. Il faut veiller au confort du malade, car, celui-ci étant à son aise, facilitera les manoeuvres du bronchoscopiste.

Anesthésie: chez l'adulte nous employons toujours l'anesthésie locale. Nous nous servons d'une solution de cocaïne à 10%, et pour des cas plus difficiles d'une solution à 20%, pour l'anesthésie du larynx et du pharynx. Pour la trachée et les bronches, nous n'employons qu'une solution à 2% et seulement quand nous ne pouvons faire autrement.

Chez l'enfant, l'anesthésie locale n'est pas indiquée; il faut travailler sans anesthésie ou sous anesthésie générale.

Instrumentation. — Le choix de l'instrumentation est relié à l'expérience acquise pendant l'étude. Deux instrumentations sont en vogue, celle de Brunnings à éclairage proximal, c'est-à-dire près de l'observateur et celle de Chevalier Jackson à éclairage distal.

Nous donnons la préférence à l'instrumentation de Jackson, parce qu'elle éclaire mieux le champ observé, et aussi parce que les tubes sont de diamètre plus petit que ceux de Brunnings.

L'instrumentation indispensable pour une bronchoscopie comprend:

- 1° une spatule, servant d'abaisse-langue et de spéculum pour le pharynx et la région épiglottique;
- 2° un tube (broncoscope), qui doit être proportionné au diamètre du larynx et des bronches, variable avec l'âge du malade;
- 3° un tube aspirateur;
- 4° des tiges porte-coton, pour éponger au besoin;
- 5° une seringue endoscopique, pour instillation de liquides;

- 6° des pinces emporte-pièces, pour les prélèvements de tissus;
- 7° des pinces à corps étrangers;
- 8° un transformateur ou réducteur de courant suivant le cas.

Nous avons voulu dans cet article exposer le plus brièvement possible les indications trop peu connues d'une méthode capable de rendre de grands services et, bien qu'elle ne puisse être pratiquée que par des spécialistes, nous avons cru intéresser tous les médecins en leur expliquant succinctement la technique opératoire.



À PROPOS DE DEUX CAS D'HÉMANGIOME DE LA VESSIE

Par OSCAR MERCIER,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chef du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu,

et

A. STILLMAN,

Interne senior du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu.

Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement deux malades atteints d'hémangiome de la vessie. La rareté de ces tumeurs est connue. Nous avons donc cru qu'il serait intéressant d'en faire une étude générale à la lumière des diverses observations publiées dans la littérature. Au surplus, nous n'avons pu en réunir que trente cas auxquels nous ajoutons ceux de nos deux malades.

OBSERVATION I. — Mlle C. D..., âgée de 30 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service d'Urologie, le 9 octobre 1931, pour de la pollakiurie diurne et nocturne. Les troubles remontent à 8 mois environ. Actuellement, la malade urine à toutes les 2 heures le jour et 2 fois la nuit. Il n'existe aucun autre symptôme subjectif urinaire. Dans ses antécédents, la malade avoue un accouchement il y a 23 mois à la suite duquel le périnée aurait été déchiré.

A l'examen, on trouve une déchirure du périnée postérieur au 2^e degré; il existe une cystocèle légère et une rectocèle. Sur la paroi postérieure du vagin, nous trouvons une petite tumeur angiomateuse. De plus, les veines des membres inférieurs sont variqueuses. La cystoscopie fait voir, au niveau du trigone, une petite tumeur du volume de deux fèves de coloration bleu foncé non pulsatile et sessile. Nous portons le diagnostic d'hémangiome vésical. Le 15 octobre, le docteur Sénécal pratique une périnéorrhaphie et une résection de la tumeur angiomateuse du vagin. Le 27 octobre, nous fulgurons au cystoscope sous anesthésie épidurale l'hémangiome vésical et nous laissons une sonde à demeure pendant 48 heures. La malade quitte l'hôpital le 31 octobre 1931. Revue en décembre 1931, un examen cystoscopique fait voir une vessie normale.

OBSERVATION II. — M. M. A . . . , âgé de 26 ans, se présente à l'Hôtel-Dieu, le 5 mars 1932, pour une hématurie terminale. Celle-ci est apparue la première fois il y a 6 mois et a duré 24 heures. Depuis, le malade a présenté du sang dans les urines une douzaine de fois en quantité plus ou moins abondante.

Un examen cystoscopique fait voir sur le versant interne du col vésical deux petites tumeurs sessiles, non pulsatiles, du volume d'un gros pois d'une coloration bleu foncé. Le diagnostic d'hémangiome vésical est porté.

Le 6 mars, sous anesthésie à l'éther, les deux tumeurs sont fulgurées au cystoscope. Une sonde à demeure est laissée 48 heures. Le malade quitte l'hôpital le 9 mars.

Revu en mai 1932, une cystoscopie ne révèle rien d'anormal.

La première étude des hémangiones vésicaux est faite par Albarran (3), en 1892, dans son livre sur les tumeurs de la vessie. Il rapporte alors un cas personnel et deux autres, celui de Broca (1), (1869) et celui de Langhans (2), (1879). De 1892 à 1920, nous ne trouvons dans la littérature que onze observations. Les dix-neuf, ultérieures à cette date, ont été publiées pendant les douze dernières années. Le travail le plus élaboré est celui de Katz (21) paru en 1926 dans le « Journal of Urology ». A l'occasion d'un cas qu'il présente, il recueille dans la littérature, dix observations d'angiome de la vessie. Cependant, en étudiant soigneusement tout ce qui a été publié sur le sujet, nous constatons que son cas serait le vingt-quatrième. Après lui, nous trouvons les observations de Marion (22), Mac Donald (23), Hamer et Mertz (24), Macalpine (25), Debaissieux et Schillings (26).

Plusieurs considérations, que nous voulons mettre en relief, découlent de l'étude de ces trente observations et de celle de nos deux cas.

Nous savons que les hémangiomes sont des tumeurs formées par des « amas de vaisseaux sanguins réunis entre eux par une quantité variable de tissu conjonctif » (Masson). L'hémangiome de la

vessie a pour caractéristique de siéger sous la muqueuse de cet organe et d'être caverneux. Les ramifications vasculaires dilatées, au lieu de rester indépendantes les unes des autres, se fusionnent latéralement pour former un complexe de lacunes irrégulières à configuration capricieuse.

La maladie, aussi fréquente chez l'homme que chez la femme, est le plus souvent observée chez les individus jeunes. Vingt-deux fois, elle atteint des sujets âgés de 40 ans ou moins; elle n'est relatée qu'une fois chez un vieillard de 76 ans (cas de Scholl). A cette notion se rattache celle de la congénitalité de l'affection. Quelques faits semblent confirmer cette théorie. Les malades de Barrach (8), de Lane (4) et de Marion (22) présentaient sur une autre partie de leur corps un hémangiome ou des varices. Chez notre malade de l'observation I nous avons constaté au vagin une petite tumeur angiomateuse. De plus, elle était munie d'un système veineux périphérique développé et dilaté, donnant l'impression d'un vice de conformation de son appareil vasculaire mésenchymateux; ce qui ferait croire à la congénitalité de ses angiomes. Il est aussi intéressant de noter que dans le cas de Blum (11) la tumeur angiomateuse coexistait avec une autre malformation congénitale de la vessie; elle était située dans la paroi d'un diverticule vésical.

La localisation des hémangiomes est variable. Cependant, nous les trouvons particulièrement au bas fond dans la région trigonale (9 cas), ce qui se présente chez notre malade de l'observation I et au niveau du col vésical (5 cas), comme dans notre deuxième cas. Cette orientation s'explique facilement par l'existence d'une vascularisation normale plus intense à ces endroits.

Parmi les 32 cas que nous étudions, trente fois il s'agissait d'une tumeur sessile. Chez le malade de Broca (1) et chez celui de Kidd et Turnbull (19), la masse était apparemment pédiculisée. Son volume varie de celui d'un pois à celui d'une orange. Et dans l'observation de Berliner (5) nous constatons une véritable transformation angiomateuse de toute la muqueuse vésicale.

L'étude de la symptomatologie des 32 cas nous indique qu'un symptôme est presque constant: *l'hématurie*. Il ne fait défaut que chez trois malades. Celui de Thunin (9) se présente uniquement pour de la dysurie, tandis que celui de Kidd et Turnbull (19) accuse des phénomènes de cystite et de rétention incomplète. Dans notre observation I, nous voyons que le sujet ne souffre que de pollakiurie. La présence du sang dans les urines est un signe unique qui existe à l'état pur chez dix-neuf malades. Une rétention complète d'urine accompagne l'hématurie dans le cas de Jungano (6); d'ailleurs, elle semble être produite par les caillots. La pollakiurie est un signe adjoint à la présence du sang dans les urines chez le malade de Carrière (13), chez celui de Debaissieux et Schillings (26) et chez le nôtre de l'observation II. Les troubles de la miction, tels que dysurie, rétention, pollakiurie et incontinence (cas de Scholl (16)) relèvent d'un facteur mécanique créé par la localisation de la tumeur au niveau du col vésical ou par son volume énorme qui diminue la capacité de la vessie.

La cystoscopie fut pratiquée vingt-deux fois, mais la tumeur ne fut nettement cataloguée avant l'intervention que chez neuf malades, y compris les nôtres. Cette absence fréquente du diagnostic cystoscopique s'expliquerait seulement par la rareté de la tumeur angiomateuse qui place l'urologue dans une inexpérience relative, car les caractères de l'hémangiome vésical sont assez précis pour permettre de le distinguer facilement.

Le caractère cystoscopique principal de la tumeur est d'être d'une coloration bleue; elle est dans l'immense majorité sessile et ne possède aucun mouvement pulsatif. Sa surface est lisse, contrairement aux tumeurs cancéreuses ou polypeuses. La seule erreur possible consisterait à confondre avec les varices vésicales. Celles-ci sont, malgré tout, facilement reconnaissables, du fait qu'elles ne forment pas une tumeur, et présentent un aspect en tout comparable avec celui des varices des membres inférieurs.

Hamer et Mertz (24) confondirent l'angiome avec un mélanosarcome. Ils reconnurent leur erreur un an après en raison du

bon état général du malade et du fait que la tumeur ne progressait pas. Nous croyons que l'erreur peut être évitée en étudiant bien la coloration qui est beaucoup plus foncée, à tendance vers le noir dans le sarcome mélanique, tandis que le bleu est plus clair dans l'angiome.

Le traitement de l'angiome de la vessie varie selon son volume. Deux méthodes se présentent: la fulguration par voie endoscopique et la résection à vessie ouverte. Barach (8) instilla dans la vessie de l'adrénaline, mais évidemment il ne fit qu'un traitement symptomatique dans le but d'arrêter l'hémorragie.

Le traitement par la radiothérapie à haute fréquence ne semble pas donner des résultats, comme nous en avons la preuve dans le cas de Hamer et Mertz (24) qui l'appliquèrent avant d'exciser, alors qu'ils avaient porté le diagnostic de mélanosarcome. Nous n'avons aucune expérience de la curiethérapie, puisque aucun urologue ne l'a appliquée. Au surplus, il faudrait pour l'utiliser se servir d'appareils plats, impossibles à passer par le cystoscope, et surtout à fixer sur la tumeur. L'application au moyen d'aiguilles ou de « seeds » nous paraîtrait dangereuse, puisqu'en perforant la tumeur, elle pourrait provoquer une hémorragie grave.

La fulguration par voie endoscopique est le traitement de choix des petits angiomes, ne dépassant pas le volume d'une bille. L'appliquer dans une tumeur angiomateuse volumineuse serait s'exposer à un échec, comme il est survenu à Scholl (16), qui vit une récurrence se produire un mois après la fulguration. Cette méthode fut appliquée chez les malades de Caulk, Thomas, Scholl et chez nos deux malades. Elle réussit pleinement chez tous, sauf dans le cas de Scholl, comme nous le disions, en raison du volume considérable de la tumeur. La résection à vessie ouverte soit par excision, soit par cystectomie partielle est le meilleur traitement, lorsque l'angiome possède un volume plus considérable que celui d'une bille.

Lorsqu'il est impossible de disséquer la tumeur et de l'exciser, l'idéal est de pratiquer la cystectomie partielle. Celle-ci fut

appliquée six fois (cas de Judd, Carrière, Marion, Macalpine (2 cas), Schillings et Debaissieux). Les résultats furent parfaits et permanents. Chez le malade de Blum, l'angiome fut enlevé avec le diverticule et avec succès. L'excision par dissection avec ligature des vaisseaux ou écrasement fut pratiqué dans les cas suivants: Bryan, Judd, Scholl, Faerber, Huerner, Kidd et Turnbull, Caulk, Mac Donald, Hamer et Mertz. Parmi tous les cas traités (28 cas) trois morts sont survenues. Le malade d'Albarran est mort sur la table opératoire, celui de Katz est mort d'hémorragie. Enfin, deux malades moururent d'hémorragie avant qu'une intervention soit faite (cas de Scholl et Langhans).

BIBLIOGRAPHIE

1. BROCA: Traité des Tumeurs. 1869 — Paris, chez Passelin.
2. LANGHANS: Arch. für path. Anat. 1879 — LXXV, 5, p. 291.
3. ALBARRAN: Les Tumeurs de la Vessie. 1893 — p. 118.
4. LANE: Lancet. 1895 — p. 1252.
5. BERLINER: Deutsche Zeitschrift für Chir., 1902, LXIV, p. 115.
6. JUNGANO: Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires — 1907 — XXV, p. 1451.
7. BRYAN, R. C.: Transactions of the Southern Surgical Association — 1909 — XXII, p. 518.
8. BACHRACH: Folio urolog. — 1910 — vol. IV.
9. THUNIN: Folio urolog. — 1910 — vol. IV.
10. JUDD ET HARRINGTON: Southern Medical Journal. — 1918, X, p. 129.
11. BLUM: Chirurgie Path. Ther. HarMblasenhvertickel. — Leipzig: Thième. 1909.
12. THOMAS, B. A.: Journal of the Amer. Med. Ass., 1920, p. 1395-1401.
13. LAUNAY, ACHARD ET CARRIÈRE: Journal d'Urologie. Paris, 1920, p. 385-390.
14. SOTTI, G.: Pathologica, Genève. 1921, p. 135-164-186.
15. RAFIN: Journal d'Urologie. Paris, 1921.
16. SCHOLL, A. J.: Surgery, Gynecology, Obstetrics, 1922, p. 189-198.

17. FAEBER: Fortschr. d. Med. Berliner. 1922, XV, p. 358-360.
18. HUEBNER: Archives für Klin. Chir. Berl. 1922, CXX, p. 575-587.
Ztzchr. für Urol. Leipzig, 1923, XVII, p. 29-32.
19. KIDD & TURNBILL: Surg., Gynec. & Obstetrics, 1923, XXXVI, p. 467-472.
20. CAULK, J. R.: Surg., Gynec. & Obstetrics, 1925, XLI, p. 115.
21. KATZ: Journal of Urology, Baltimore, 1926, XV, p. 201-207.
22. MARION, G.: Journal d'Urologie. Paris, 1928, XXIV, p. 235.
23. MAC DONALD: Proc. Royal Society of Medicine, London, 1929.
24. HAMER & MERTZ: Surg., Gynec. & Obstetrics, 1930, LI, p. 541-544.
25. MACALPINE, J. B.: British Journal of Surgery, 1930, no 18, p. 205-214.
26. DEBAISSIEUX & SCHILLINGS: Revue Belge des Sciences médicales, avril, 1931, p. 412-425.



UN CHANCRE MOU TRAITÉ PAR LA TEINTURE DE MÉTAPHEN

Par **BERDINO DUMAS**,

Assistant à la Clinique d'Urologie à l'Hôtel-Dieu,
Chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

La teinture de Métafen nous est présentée comme un antiseptique idéal tant par son pouvoir bactéricide puissant que par son action peu irritante sur les tissus. En chirurgie, elle est à la veille de détrôner la teinture d'Iode pour la préparation du champ opératoire, surtout en Urologie, pour les opérations sur les organes génitaux.

Nous avons eu l'occasion d'appliquer la teinture de Métafen sur un chancre mou; nous avons pu suivre l'évolution du chancre ainsi traité, et nous avons eu la satisfaction de constater, avec ce mode de traitement simple et facile, une guérison rapide et complète.

OBSERVATION. — M. X., 24 ans, célibataire, nous est envoyé par son médecin, le 3 janvier 1933, pour une blennorragie apparue depuis trois jours, et contractée depuis dix jours.

A l'examen le prépuce présente une tuméfaction considérable. Les sécrétions recueillies font voir au microscope un pus abondant et des gonocoques très nombreux. Le prépuce est épaissi et douloureux au toucher; son orifice est petit et ne permet pas de découvrir le gland (ce qui était possible avant la maladie, nous affirme le patient).

La palpation nous fait percevoir une masse inflammatoire, épaisse mais peu dure, faisant corps avec le prépuce, et recouvrant le gland depuis la région du frein en remontant sur sa face gauche jusqu'à la ligne médiane. Une autre masse de même consistance mais beaucoup moins volumineuse existe aussi à droite du frein.

Nous commençons immédiatement le traitement de la blennorragie. L'oedème du prépuce cède assez rapidement aux bains de verge et aux pansements humides, de sorte que, deux jours plus tard, c'est-à-dire le 5 janvier, nous pouvions découvrir le gland et constater, sur la face interne du prépuce, la présence de deux ulcérations juxta-balaniques de dimensions correspondantes aux masses déjà perçues. Un frottis montre pour chacune d'elles de nombreux bacilles de Ducrey. Nous faisons un nettoyage des ulcérations et nous en touchons la surface avec un tampon imbibé de teinture de Métaphen.

Comme nous voyons le patient deux fois par jour pour sa blennorragie, nous en profitons pour traiter le chancre matin et soir. Et trois jours plus tard, c'est-à-dire le 8, nous remarquons un changement considérable dans l'aspect des ulcérations et une régression nette de la zone inflammatoire. Dès ce moment la cicatrisation s'est faite avec une rapidité extraordinaire, de telle sorte que, le 14, l'ulcération avait fait place à une simple tache, qui elle-même s'est effacée lentement sans aucun traitement.

Nous avons revu ce patient le 30 janvier, et nous avons constaté que la guérison du chancre s'est maintenue.

* * *

Ce mode de traitement paraît bien simple et bien facile d'application. Il ne présente aucun inconvénient, sauf une très légère sensation de cuisson de quelques secondes, qui n'a vraiment rien de comparable à celle que produit la teinture d'Iode sur une surface ulcérée.

Jusqu'ici le traitement le plus efficace et le plus rapide du chancre mou a été réalisé par la fulguration. La lésion de brûlure consécutive à la fulguration ne paraît pas guérir beaucoup plus

rapidement que le chancre lui-même traité de la façon rapportée plus haut. La cautérisation par des substances caustiques paraît nettement inférieure aux applications de teinture de Méta-phen, qui, d'autre part, ne présente pas l'odeur indiscreète du traitement classique par la poudre d'Iodoforme.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter et nous avons cru digne d'attention cette expérience de la teinture de Méta-phen dans le traitement d'un chancre mou.



MIETTES GASTRONOMIQUES DE L'HISTOIRE DU CANADA

Par LÉO-E. PARISEAU, F.R.C.P. (Canada),

Chef du Service de la Radiologie à l'Hôtel-Dieu,

Membre de la Société Historique de Montreal.

PROPOS DE CARÊME

Dans son « Quart Livre » notre éminent (mais peu distingué) confrère Rabelais raconte, entre autres choses, « comment Pantagruel passa l'isle des Tapinois, en laquelle régnaît Quaresmeprenant ».

Il y aurait accosté si « ne feut que Xenomanes l'en descourraigea, tant pour le grand détour du chemin que pour le maigre passetemps qu'il dit estre en toute l'isle et court du seigneur » (Réf. 112).

Moins heureux que Pantagruel et ses gens, la plupart de mes lecteurs devront, dès demain, débarquer sur l'île inhospitalière et se contenter de la très pauvre chère permise par le Roi.

Que dis-je ? cet homme de bien, « bon catholique et de grande dévotion », qui pleure à chaudes larmes « les trois pars du jour » et « jamais ne se trouve aux nopces », pousse la sévérité jusqu'à me défendre de mentionner dans cet article, qui devra paraître pendant la sainte quarantaine, tout plat qui ne serait pas maigre.

Soit ! obtempérons. Parlons de l'anguille.

Voilà un poisson qui n'a guère de vogue chez-nous, et de nos jours. Je dis : chez-nous, parce que, de l'autre côté de la frontière, nombreux sont les gourmets qui en font encore leurs délices. Et j'ajoute : aujourd'hui, parce qu'il n'en fut pas toujours ainsi. Le premier « booster » de notre pays, (pour parler comme ces mes-

sieurs du club Kiwanis ou du Rotary), l'admirable Pierre Boucher, écrivant en 1664 pour l'édification des Vieux-Français, leur disait, que « l'Anguille se pesche à Québec, en plus grande abondance qu'en aucun lieu, dans le mois de Septembre et au commencement d'Octobre: elle est plus grosse et de beaucoup meilleur goust que celle qui se voit en France... elle est délicate, elle se garde fort bien salée: elle se prend avec des nasses: on en prend si grande quantité que cela n'est pas concevable à moins de l'avoir veu. » (Réf. 113).

Hom ! ma mémoire sensitive s'obstinant à garder le souvenir délicieux de certaine matelote qui me fut servie en France, il y a quinze ans, dans une petite auberge sise sur le Loiret, non loin d'Orléans, j'hésite à souscrire au jugement de Pierre Boucher lorsqu'il accorde la primauté aux anguilles du Canada. Et puis, s'il faut tout dire, je ne puis oublier que « l'Histoire véritable et naturelle des moeurs et productions du pays de la Nouvelle France » est l'œuvre d'un propagandiste très ardent.

Monsieur Séraphin Marion, dans son excellente monographie sur Boucher, ne manque pas de signaler le fait que son héros est toujours un peu emballé lorsqu'il s'agit de la terre canadienne. « C'est à dessein », écrit monsieur Marion « que nous avons relevé toutes les phrases et les propositions, — et elles sont nombreuses, — où l'auteur, comparant le Canada à la France, accorde la palme à son pays d'adoption. Une expression revient sans cesse sous sa plume.... « plus beau qu'en France ».... « meilleur goût qu'en France »... etc. C'est là le langage d'un propagandiste convaincu qui n'a plus qu'un seul désir: la colonisation de sa patrie d'adoption. Il veut tout mettre en œuvre pour atteindre sa fin. L'historien impartial doit admettre qu'il apporte à cette propagande des dons de clairvoyance, de courage et d'activité ». (Réf. 114).

Il est fort possible, après tout, que l'anguille de France soit moins bonne que la nôtre. Certes les deux espèces s'imposent à l'attention des « curieux de la nature » parce qu'elles peuvent raconter la même odyssée. Le beau voyage d'Ulysse n'est rien à côté des grandes randonnées accomplies par ces humbles bêtes, qui n'ont pas de nageoires et ne savent que frétiler.

A tout considérer, cependant, les aventures du petit lepto-céphale qui se fit délivrer, vers 1908, dans la mer des Sargasses, un passeport pour Saint-Jean-sur-Richelieu, diffèrent assez notablement de celles qui furent vécues par la jeune cousine partie le même jour pour la France afin d'être mangée en pleine « Grande Guerre » par l'illustre capitaine Léo Pariseau.

S'il est vrai que les voyages instruisent et forment la jeunesse, il n'est pas moins avéré que deux voyages différents l'instruisent et le forment différemment. Et ce qui est admis pour la formation intellectuelle l'est tout autant pour la formation physique... Donc, a priori, la chair d'une jeune anguille canadienne doit différer assez notablement de celle d'une anguille européenne... Mais comment?

J'ai soumis mon problème biologico-gastronomique à un naturaliste averti: mon ami le docteur Georges Préfontaine. La réponse qu'il m'a fait tenir est si intéressante que je me permets de la recopier en entier, pour le bénéfice des lecteurs du journal. La voici:

« Il y a plusieurs espèces d'anguilles. L'océan Pacifique, à lui seul, en possède au moins cinq. Il s'agira ici des deux espèces qui fréquentent l'Atlantique: l'anguille américaine, la nôtre, *Anguilla rostrata* Le Sueur, et l'anguille européenne, *Anguilla vulgaris* Turton. Elles ne diffèrent que par le nombre de leurs vertèbres.»

« L'histoire complète de l'une et de l'autre n'est connue que depuis dix ans, grâce aux travaux désormais célèbres de l'océanographe danois, Johannès Schmidt. Au prix d'un immense labeur, après dix-huit années de longues et pénibles croisières, celui-ci a pu déterminer le point exact où, de toutes les parties de l'Europe et de l'Amérique du Nord, va se reproduire l'anguille.»

« Voici les péripéties essentielles de cette histoire, aujourd'hui rigoureusement établies, et que l'on chercherait en vain dans les ouvrages antérieurs à 1922, année où Schmidt recueillit les documents décisifs. L'anguille passe la plus grande partie de sa vie en eau douce. Or, chaque année, à l'automne, les anguilles de grande taille, les plus âgées, descendent en nombre incalculable des

eaux douces vers la mer. C'est le phénomène de l'avalaison, du retour vers l'océan. L'instinct de reproduction est la cause de l'impulsion qui saisit alors ces individus adultes. Ils délaissent les lieux coutumiers où ils avaient vécu de nombreuses années, les lacs, les étangs, les mares, descendent des ruisseaux vers les rivières, des rivières vers les fleuves. Parvenus au littoral marin, ils ne s'y arrêtent pas. Ils piquent droit devant eux et s'engouffrent dans les abîmes océaniques. Mais les cohortes immenses ne se dispersent pas au hasard. Un mystérieux instinct les oriente toutes dans la même direction, et après une course gigantesque, de cinq mois pour l'espèce européenne, de un ou deux mois pour l'espèce américaine, elles parviennent enfin au lointain rendez-vous où doit s'accomplir le rite séculaire préparé depuis si longtemps. Ce rendez-vous a lieu au sud de l'archipel des Bermudes, dans la mer des Sargasses. C'est là que se trouve l'aire de ponte, en plein océan Atlantique, par 65° environ de longitude ouest et 25° de latitude nord pour l'anguille américaine, et un peu plus à l'est pour l'espèce européenne. Suspendues au-dessus des abîmes, à des profondeurs où la lumière ne parvient plus, les femelles expulsent dans les eaux tièdes de la mer des Sargasses leurs millions d'œufs minuscules. Elles meurent ensuite, comme il arrive pour d'autres poissons, car on n'a jamais vu une anguille de grande taille remonter les cours d'eau.»

« Après la ponte, qui a lieu vers le milieu de l'hiver, l'incubation des petits œufs flottants commence. La chaleur de l'eau l'accélère, et les larves éclosent rapidement. Mais combien différentes des adultes ! Ce sont de petits êtres aplatis, transparents, gélatineux, ressemblant à de minces lames de cristal, pourvus d'une petite tête pointue, de dents volumineuses, et n'ayant comme coloration que les deux points noirs de leurs yeux. On les a appelés des « leptocéphales » à cause de leur tête exiguë.»

« Dès leur éclosion, les petites larves montent à la surface, et alors commence pour elles une fantastique pérégrination. Destinées par un instinct héréditaire, dont le prodige n'a rien d'égal dans tous les mondes vivants, à atteindre les continents, elles vont refaire

en sens inverse le voyage accompli par leurs parents. Celles qui sont issues de l'espèce américaine vont se diriger vers les Etats-Unis et le Canada. Elles prendront plusieurs mois à parcourir la distance de mille kilomètres et plus qui les en sépare. Les larves européennes s'orientent vers l'Europe; un trajet de six mille kilomètres les attend, elles prendront trois ans à effectuer ce prodigieux voyage. Fragiles, peu mobiles, se laissant plutôt emporter par les courants, des milliards s'égarer ou périssent en route. Chemin faisant, elles grandissent. Puis, à l'approche du littoral, elles se modifient, leur corps s'arrondit et s'effile, les nageoires s'allongent, les grosses dents larvaires tombent et sont remplacées par de plus petites. Les leptocephales sont devenus de petites anguilles, mais transparentes encore. Plus tard l'apparition des pigments complètera la métamorphose. Ces anguillettes portent le nom de « civelles » (angl. elvers). Elles se présentent en masses compactes et tressaillantes à l'embouchure des fleuves, en automne pour l'Europe, au printemps pour l'Amérique du Nord. Elles vont alors commencer leur invasion à l'intérieur des continents. C'est le phénomène de la montée. Pas pour toutes cependant. Un grand nombre s'arrêtent et demeurent dans les eaux salées des estuaires. Elles deviendront des anguilles mâles. Seules les civelles femelles s'engagent vers l'intérieur. De sorte que toute anguille pêchée en eaux douces est une femelle, et jamais mâle d'anguille n'a été trouvé dans ces eaux. Les hordes innombrables des civelles femelles s'engouffrent donc dans les estuaires, les lagunes, les étangs, pénètrent dans les rivières, dans les ruisseaux, dans les lacs, montent à l'assaut des bassins les plus lointains, les plus inaccessibles. »

« Parvenues au terme de leur « montée », les civelles vont effectuer leur croissance, de durée inégale pour les deux sexes: environ huit années pour les femelles et cinq années pour les mâles. La croissance terminée, l'instinct génésique renaît, les femelles éprouvent l'irrésistible désir de gagner l'océan et descendent les cours d'eau. Au niveau des estuaires, les mâles qui ont grandi sur le littoral se joignent à elles, et la troupe immense disparaît en vitesse du plateau continental, s'enfonce dans les abîmes sous marins et parvient enfin au rendez-vous d'amour. »

« Voilà, en termes volontairement simplifiés, l'histoire merveilleuse de l'anguille. Il faut y ajouter d'autres faits, non moins étonnants. Le territoire de ponte de l'anguille européenne et de l'anguille américaine est approximativement le même et beaucoup plus rapproché de l'Amérique que de l'Europe, si bien que le trajet de retour des larves américaines est environ trois fois moins long que celui des larves européennes. Or, on constate que toutes deux se sont transformées en petites anguilles à leur arrivée sur leur continent respectif. Il s'ensuit que la métamorphose des leptocéphales américains est à peu près trois fois plus rapide que celle des leptocéphales européens. La première s'effectue en un an, la seconde en trois ans. Autre phénomène extraordinaire, mais qui apparaît comme une conséquence inéluctable du précédent: il arrive que des larves, à leur départ de la mer des Sargasses, s'égarer et prennent une fausse direction, que, par exemple, des leptocéphales américains se dirigent vers l'Europe. Au bout d'un an, ils devraient être sur le littoral, déjà mués en civelles; or, ils sont encore en plein océan, et ils périssent. Inversement, un leptocéphale européen égaré vers l'Amérique parvient sur le plateau continental au moment où il devrait normalement se trouver au milieu de l'Atlantique. Incapable, dans la rigoureuse inflexibilité de ses lois de croissance, de supporter ces conditions inaccoutumées, il meurt. Résultat: en dépit de l'identité de leur territoire de ponte, de leur mélange à l'origine, de la fausse orientation de milliards de larves, jamais des anguilles européennes ne pourront se trouver dans nos eaux, ni des anguilles américaines dans les cours d'eau d'Europe. L'exclusivité géographique des deux catégories impose leur distinction spécifique, déjà établie, du reste, par un caractère anatomique d'importance primordiale: le nombre constamment plus élevé des vertèbres chez l'espèce européenne, lui même dû, sans aucun doute, à la longévité trois fois plus élevée du leptocéphale européen. »

« Ces faits peuvent-ils fournir un appui biologique à l'assertion de Pierre Boucher sur la supériorité culinaire de l'anguille canadienne? Un seul mériterait considération: la rapidité de croissance du leptocéphale américain par rapport à l'européen. Mais son influence sur les qualités de la chair de l'adulte est totalement

inconnue et ne me paraît pas démontrable. Que l'on démontre la prééminence de notre anguille sur sa congénère de France, il sera plus simple d'en chercher la cause dans les différences d'alimentation des deux espèces, les qualités chimiques des eaux qu'elles habitent, les conditions de température, la nôtre ayant à subir les longs repos d'hiver que l'espèce française connaît peu.» (Ref. 115).

En somme, Pierre Boucher avait peut-être raison de préférer l'anguille des Trois-Rivières à celle qui lui fut servie en France pendant qu'il accomplissait la belle mission que monsieur d'Avau-gour lui avait confiée. (Réf. 116).

Il ne faudrait pas conclure que tous les anciens Canadiens raffolaient de notre anguille. Au grand siècle ce poisson ne jouissait plus de la vogue qu'il avait connue en des temps plus anciens. Si quelques-uns le portaient encore aux nues, d'autres le trouvaient peu délectable, voire même dangereux.

Ainsi Philippe Hecquet, dans le « Traité des dispenses du Carême », qu'il fit paraître quarante ans après l'opuscule de Boucher, laisse entendre que ses contemporains estimaient peu les anguilles: « Il n'est guères de choses dont on ait dit plus de bien et plus de mal », écrit-il. « Les nations les plus anciennes, comme les Hébreux, les Egyptiens et les Perses la connoissoient; et les Grecs ensuite l'ont louée à l'envi: de sorte que depuis Homère jusqu'à Galien, il n'y a louange qu'on ne lui ait prodiguée. On en trouve encore des restes dans Athénée dont un des conviez disoit qu'en matière d'alimens délicieux, l'anguille étoit ce qu'une Reine est au-dessus des autres femmes. Selon la même pensée les Epicuriens dans le même Athénée trouvoient autant de plaisir dans l'anguille que de charme dans Hélène. Un autre comique disoit qu'on avoit meilleur marché des dieux, que des anguilles, parcequ'il ne falloit que des vœux pour gagner les dieux, mais que ce n'étoit qu'à force d'argent qu'on avoit des anguilles. Enfin, il étoit ordinaire aux anciens Grecs d'honorer l'anguille du nom de reine, de nymphe, de vierge, de belle, d'astre et de déesse; et ne pouvant l'ôter du rang des bêtes ils la distinguoient par le titre de sainte, de vénérable, de respectable. (sic!)... Mais depuis les Romains jusqu'à nos jours,

ce poisson est tombé dans le mépris. Il n'est presque point de maux dont on ne l'ait cru capable: on a trouvé sa chair gluante, mollasse, visqueuse... on a poussé le préjugé contre l'anguille, jusqu'à dire qu'elle avoit quelque chose de venimeux.... etc., etc.» (Réf. 117).

Il est donc permis de penser que nos ancêtres canadiens n'étaient pas unanimes pour proclamer l'héroïcité des vertus de l'anguille. Quelque chose me dit qu'ils vénéraient plutôt Saint Orignal et la Bienheureuse Perdrix.

Toutefois, s'ils lui refusaient un culte de latrie ou de dulia, ils la respectaient, sachant bien qu'ils lui devaient souvent la vie.

J'ai déjà signalé la très grande instabilité du bilan alimentaire des aborigènes, tous nomades, imprévoyants et gaspilleurs, passant à tout moment de la bombance à la famine extrême. L'histoire du vieillard Oustachecoucou, que j'ai racontée au cours d'une dissertation sur l'anthropophagie, pourrait être reprise ici pour démontrer que les Indiens comptaient presque uniquement sur leurs réserves d'anguille fumée pendant l'interim entre les chasses d'automne et celles des grandes neiges. (Réf. 118).

Il faut savoir que nos aînés se trouvaient souvent en pareille posture aux temps où Cérès était moins estimée que Diane. La vie des pionniers du Canada français comportait à peu près les mêmes aléas que celle des naturels. Pour ceux-ci comme pour ceux-là, l'anguille, aliment facile à conserver, riche en protéines et en matières grasses, était une véritable manne: « les Sauvages et nos Religieux en usent comme viande envoyée du Ciel pour leur soulagement et consolation... n'estoit ce secours on se trouveroit bien empesché en quelques mois de l'année principalement. » écrit frère Sagard. (Réf. 119).

Mère Morin, la première annaliste de notre Hôtel-Dieu, dit que les trois mères fondatrices se nourrirent pendant 20 ans de lard, de pois, de fèves, de pain et . . . d'anguille salée. (Réf. 120.)

Et le journal des Jésuites porte, en 1648, l'entrée suivante, d'un laconisme émouvant: « Il y a eu cette année peu d'anguille et bien de la disposition à la misère. » (Réf. 121). Or, deux ans auparavant, dans les mêmes parages, en quelques semaines seulement, on avait pris 40,000 anguilles! (Réf. 122).

On demande comment se faisait la pêche en ces temps-là? Réponse: de deux manières: avec une nasse, à toute heure; avec un harpon, la nuit, à la lueur des flambeaux. Dans les pièges, quand la mer se retirait, on pouvait récolter « cent ou deux cents anguilles... quelquefois plus et d'autres fois point du tout selon les vents et le temps... ». (Réf. 123).

En somme, rien de bien nouveau sous notre soleil canadien, ni même sous notre lune. Aujourd'hui comme il y a trois siècles l'anguille se prend au piège ou se pêche au harpon. Il y a trois cents ans comme aujourd'hui elle se laissait fasciner par une lumière brillant dans la nuit. Les nasses primitives ont été remplacées par les « bourrioles » et les « ansillons » d'hier et par je ne sais quels engins un peu plus commodes en usage maintenant. Le dard en métal a remplacé l'antique « nigog ». A part cela rien n'a changé, si ce n'est que nous, les blancs, préférons saler nos poissons, alors que les Indiens les fumaient.

Voilà notre anguille prise et écorchée. Il ne reste plus qu'à l'apprêter et à la faire cuire. Ah! les recettes ne manquent pas! J'ouvre un livre de cuisine édité en France, il y a une vingtaine d'années, et j'y trouve les « manières » suivantes:

Anguille à l'accolade.....	En pâté.
A la broche.....	Piquée.
Frite et pannée.....	Au ragoût d'écrevisses.
A la gelée.....	En rissole.
Marinée grillée.....	A la St-Trojean.
A la matelote.....	A la tartare.
A la mode du Périgord.....	A la Suffren.
Aux montants de laitue.....	A la mode de Touraine, etc., etc.

(Réf. 124).

Quand j'étais écolier, mon Maître, plaidant pour la liberté d'indifférence, citait l'argument du philosophe Buridan: « S'il y avait déterminisme, un âne placé à égale distance d'un seau d'eau et d'une botte de foin mourrait de faim et de soif sans pouvoir se décider » (Réf. 125). Il est à craindre que mes lecteurs, mis en demeure d'opter parmi tant d'excellentes façons de consommer l'anguille, n'oseront user de leur libre arbitre et me prieront de choisir pour eux.

Fort bien. J'offre l'anguille à la..... Père Jérôme Lalemant. C'est un plat très simple, qui ne figure pas sur la liste que l'on vient de lire. J'en ai relevé la recette dans la « Relation » que Jérôme, oncle de saint Gabriel Lalemant, martyr, envoyait à son Provincial pour lui raconter « ce qui s'est passé de plus remarquable aux Missions des Pères de la Compagnie de Jésus en la Nouvelle France, ès années 1662 et 1663 » — Corroborant, sans le savoir, le jugement de Pierre Boucher, notre narrateur déclare que les anguilles du Canada sont « très-excellentes estant sallées, et de très-bonne garde » — « L'anguille constitue une excellente provision, en ce qu'elle porte son assaisonnement avec soy, se mangeant rostie sur le feu, sans qu'il soit besoin ny de beurre, ny d'aucune autre saulce, et mesme étant bouillie, elle sert et de beurre et de graisse pour faire les potages.» (Réf. 126).

Voilà qui me plaît: rien à peser, rien à mesurer, rien à triturer, rien à faire, en somme. Pendant que le poisson fait sa sauce (« sauce autogène », dit le menu) nous allons examiner certaines expressions usitées au Canada, et où figure le nom de l'anguille. Ouvrons donc, au chapitre qui traite des Murènes, le livre très intéressant de monsieur A.-N. Montpetit sur les « les Poissons d'eau douce du Canada ». Et lisons: « L'anguille brûle!... glissant comme anguilles!... On entend ces dictons, proverbes ou aphorismes, tous les jours, dans la famille ou les groupes canadiens français... » (Réf. 127).

Euh! s'agit-il bien, ici, de dictons, proverbes et aphorismes? La réponse est aux puristes. En tout cas « l'anguille brûle » est

un pur canadianisme, et nous ferons bien de demander aux auteurs du « Glossaire du Parler français au Canada » ce qu'ils en pensent.

Anguille-brûle: anguille, cache-tampon. Jeu d'enfants, où l'on cache un mouchoir roulé que l'un des joueurs doit chercher et dont il frappe, lorsqu'il a trouvé, ceux qu'il peut atteindre — Comme dans l'Anjou, on crie chez-nous au joueur qui cherche l'anguille: « Tu brûles » quand il est près de l'objet de ses recherches; vraisemblablement (sic) c'est pour cela que le mot anguille est devenu anguille-brûle ». (Réf. 128).

Passes encore pour anguille-brûle; mais les expressions « anguille brûlée » et « anguille-qui-brûle », que le Glossaire met au même rang, devraient être dénoncées comme impropres, et bannies de la soi-disant langue canadienne.

Que vois-je? Plus attentif à surveiller les mots que les mets, j'ai laissé mon poisson coller à la poêle. Cette fois c'est l'anguille elle-même qui brûle, et ça ne sent pas bon.

Sachez du moins, lecteurs contrariés, que le parfum ne serait guère plus agréable si j'avais surveillé la cuisson. J'en appelle à témoin Mère Marie de l'Incarnation. Dans une lettre à ses sœurs de France elle fait le récit de la vie et de la mort de Marie de Saint-Joseph, sa compagne. Les épreuves endurées par la malade furent nombreuses: « Outre les douleurs et les fatigues de sa maladie, elle recevoit de très-grandes incommoditez dans le lieu où nous étions logées. Il était fort petit, et l'on ne pouvoit aller au Choeur sans passer proche de sa cabane et à sa veüe; le bruit des sandales, les clameurs des enfans, les allées et les venues de tout le monde, le bruit de la cuisine, qui étoit au dessous, et dont nous n'étions séparées que par de simples planches, l'odeur de l'anguille qui infectoit tout (sic), en sorte que durant la rigueur du froid il falloit tenir les fenêtres ouvertes pour purifier l'air, la fumée de la chambre qui étoit presque continuelle: enfin la cloche, le chant, la psalmodie, le bruit du Choeur, qui étoit proche, lui causoient une incommodité incroyable, et augmentoient étrangement l'étouffement du coeur et du pöumon. » (Réf. 129).

J'ouvre une parenthèse pour répondre à ceux qui, plus médecins que gastronomes, me demandent de quoi Sœur Marie est morte. Il me semble que les lignes suivantes permettent de faire le diagnostic rétrospectif de maladie cardio-rénale: « Monsieur Menoüil, Chirurgien du Roi, qui par dévotion est venu en ce païs depuis quelques années, et qui s'est rendu recommandable par les belles cures qu'il a faites tant en France qu'en Canada, voiant que son hydropisie (celle de Mère Marie, s'entend) augmentoit extraordinairement, crut qu'il lui falloit faire des ouvertures aux jambes pour attirer les eaux qui menaçoient de l'étouffer ». (Réf. 130).

Il me reste à satisfaire ceux qui, plus gourmands que studieux, me réclament une autre anguille en remplacement de celle que j'ai laissé brûler. Une anguille « historique », cela va sans dire; provenant de l'immense entrepôt frigorifique où les historiens assurent, avec un soin pieux, la parfaite conservation de tout ce qui s'est dit et fait.

Tenez, en voici une, prise il y a trois siècles. Au premier abord rien ne la distingue de celle que nous pourrions nous procurer au marché, et vous devrez m'en croire lorsque je vous dirai qu'elle a succombé aux blandices d'un « prédicateur de poisson » . . .

Voyons comment cet estimable serviteur public opérait:

« En chacune des Cabanes de la Pesche, il y a ordinairement un Prédicateur de poisson », écrit un de nos plus vieux auteurs sur le Canada. « S'ils sont habiles gens ils sont fort recherchés, pource qu'ils croient que les exhortations d'un habile homme ont un grand pouvoir d'attirer les poissons dans leurs rets. Celuy que nous avions s'estimoit un des premiers, aussi le faisoit-il beau voir se démener, et de la langue et des mains quand il preschoit, comme il faisoit tous les jours apres souper, apres avoir imposé silence, et fait ranger un chacun en sa place, couché de leur long sur le dos, et le ventre en haut comme luy. Son Theme estoit: Que les Hurons ne bruslent point les os des poissons, puis ils poursuyvoit en suite avec des affections non-pareilles, exhortoit les poissons, les conjuroit, les invitoit et les supplioit de venir, de se laisser prendre, et

d'avoir bon courage et de ne rien craindre, puis que c'estoit pour servir à de leurs amis, qui les honorent et ne bruslent point leurs os. il en fit aussi un particulier à mon intention, par le commandement du Capitaine, lequel me disoit apres: Hé bien! mon Nepveu, voyla-il pas qui est bien?. Ouy, mon Oncle, à ce que tu dis, luy respondis-je; mais toy, et tous vous autres Hurons, avez bien peu de jugement, de penser que les poissons entendent et ont l'intelligence de vos sermons et de vos discours ». (Réf. 131).

Moine, il n'y a pas de quoi te vanter. Toi et tes frères avez apporté aux Sauvages la vraie Foi, j'en conviens. Mais, d'autre part, vous leur avez fait perdre la croyance au prédicateur de poisson. Tous les missionnaires que vous ont suivis ont commis la même erreur funeste. Et voilà sans doute pourquoi, de nos jours et dans notre pays, le poisson ne mord presque plus. Nous ne savons pas l'exhorter!

On raconte qu'un dominicain, inaugurant sa prédication du Carême, s'écria: "Pêcheurs, mes frères, je m'empresse de prêcher pour vous empêcher de pêcher... Pêchez, pêcheurs, et mangez du poisson; pêchez beaucoup pour pêcher moins!" Cette petite exhortation fut très goûtée, mais, trois jours après, un malheureux pêcheur, constatant qu'il était pêcheur malheureux, s'en fut trouver le saint homme et lui dit: «Frère pêcheur je suis ton frère le pêcheur. Je reste en péché parce que je suis empêché de pêcher. Demain vendredi je mange du cochon parce que je n'ai pu prendre du gougeon ». (Réf. 132).

Cette histoire, qui se termine de bien triste manière, aurait pu finir autrement si le bon prédicateur avait reçu au séminaire quelques leçons dans l'art d'exhorter le poisson. On l'imagine répondant: « Mon ami, allons à la rivière, je prêcherai le gougeon et tu le pêcheras. »

Redevenons sérieux. Quelqu'un demande si, par hasard les prédicateurs de poisson qui exerçaient chez les Hurons n'avaient pas trouvé le secret d'attirer leur proie près du rivage au moyen de clameurs appropriées. Mon Dieu, toute hypothèse raisonnable est

permise, et celle-ci n'outrage pas le bon sens... Il est sûr que les poissons entendent... il est donc admissible que certains sons, loin de les effrayer, leur plaisent... Monsieur Montpetit, dans l'introduction de son livre, après avoir décrit l'appareil auditif des animaux aquatiques, fait part à ses lecteurs d'une découverte: Un certain colonel Bartlett, grand amateur de pisciculture, vient, à la suite de laborieuses recherches, d'acquérir la certitude que les poissons étaient (sic) de fervents mélomanes, ou, pour parler le langage de la science, savaient distinguer un « son » d'un « bruit ». Chacun sait que le sens de l'ouïe chez les animaux aquatiques est extrêmement développé; mais il paraît que le moindre « bruit » les fait fuir; le « son » au contraire, principalement celui produit par une voix humaine, les attire. Ils s'arrêtent alors subitement dans leur course. Afin de mener à bien cette expérience concluante, M. Bartlett s'était embarqué, un matin, sur le lac de Genève, alors qu'aucun bruit ne se faisait encore entendre, accompagné d'un de ses amis doué d'une belle voix de basse, et, il a pu, au moyen d'un aquascope, étudier « de visu » les curieux phénomènes dont nous venons de parler » (Réf. 133).

Ces expériences sont déjà vieilles (1892), et les conclusions que l'on en a voulu tirer ont peut-être été improuvées depuis lors. Quoi qu'il en soit, le « prédicateur » d'autrefois avait soin d'opérer dans les meilleures conditions pour ne pas effrayer le poisson, c'est-à-dire: pour être entendu sans être vu. Rappelez-vous qu'il imposait silence à tous et faisait « ranger un chacun en sa place, couché de leur long sur le dos, et le ventre en haut comme luy ». (Pléonasme! peut-on se coucher sur le dos sans avoir le ventre en l'air ?)

Tout ce qui précède est fort conjectural, et les esprits positifs vont sans doute se gausser de moi parce que je m'attarde à découvrir des bribes de vérité dans un vieux bouquin où s'affiche surtout l'ineffable crédulité d'un petit peuple sauvage. Ils seront peut-être surpris d'apprendre que des nations très policées se sont livrées, jadis, à des pratiques non moins étonnantes. Pline l'Ancien, au XXXIIème livre de son Histoire Naturelle, affirme que certains pêcheurs, pour prendre les murènes, contrefont le sifflement des

serpents (« Ob id sibilo a piscatoribus, tamquam serpentibus, evocari et capi ». — Réf. 134).

D'autre part, Guillaume Rondelet, dans son Histoire des Poissons, écrite au seizième siècle, parle « Du poisson de l'Indie (sic) dit Reversus, c'est-à-dire le Retourné ». Cet animal « s'apprivoise, é entend quand on parle à lui, tellement que les Indiens s'en servent pour pescher. » Il est « armé d'arestes fort pointues . . . desquelles il blesse les plus grands poissons, les arrête et tire comme estans pris avec hains » (lisez: hameçons). Quand les Indiens ont pris un Reversus ils le dressent et s'en servent pour faire la pêche: « ils l'enhortent é incitent par douces paroles pour avoir courage à prendre la proie é la tirer hors de l'eau, ce que fait ce poisson, puis le remercient et le louent comme s'il entendoit. Autant en feroit estant libre. » (Réf. 135.)

A côté de ces pêcheurs d'Europe et d'Asie nos Hurons font piètre figure, puisqu'ils s'abaissent jusqu'à plaider humblement leur cause devant la bête qu'ils veulent prendre; « Hurons et Poissons sont amis », disent -ils; « nous vous mangeons, c'est vrai; mais nous nous gardons bien de brûler vos ossements. »

Ce serait le moment d'ouvrir l'âme de ces pauvres gens afin de montrer du doigt les ressorts mystérieux qui déclanchaient leurs gestes les plus extravagants. Il y aurait place ici pour une dissertation sur l'Animisme, le Totem et le Tabou. Mieux vaut la remettre à plus tard.

Monsieur André-N. Montpetit va me fournir l'occasion de terminer le présent article comme je l'ai commencé: par une citation extraite des classiques. Dans son livre, cité plus haut, le chapitre qu'il consacre à l'anguille commune s'intitule . . . « les Murènes ». Qu'on n'aille pas crier au scandale; vers 1895 il était encore permis de classer l'anguille dans la famille des Murénidés. Mais rien n'autorisait l'auteur à écrire: « Ces murènes engraisées de cadavres humains, par les empereurs romains et leurs favoris, étaient des anguilles, n'est-ce pas ? » (Réf. 136).

Eh! non; c'étaient . . . des murènes. Tous les vieux naturalistes, sans excepter Aristote et Pline, ont soin de ne pas confondre les deux poissons; cependant, c'est un poète qui me fournit la réponse la plus péremptoire au n'est-ce pas de monsieur Montpetit.

Dans sa cinquième satire, qui s'en prend aux parasites, Juvénal interpelle l'un d'eux, qu'il nomme Trébius, et le prie de noter comment il est traité par celui qui l'invite: Virron. Au patron, des plats exquis; à l'invité, des mets grossiers. Par exemple:

« Virroni muraena datur, quae maxima venit

« Gurgite de Siculo

« Vos anguilla manet longae cognata colubrae ».

La murène, pêchée dans les abîmes siciliens, est pour Virron; l'anguille apparentée aux couleuvres est pour Trébius. « Elle ou quelque autre sale bête ramassée dans les cloaques du quartier de Subure », ajoute Juvénal. (Réf. 137.)

Voilà qui est clair. Reste à savoir ce qu'était au juste la murène des anciens, celle que Pollion engraisait avec de la chair humaine, celle que Virron mangeait au nez de ses invités.

Les éditeurs du « Juvenal » de la collection Garnier traduisent « muraena » par « lamproie », mais peut-être se trompent-ils. Je n'ignore pas que la lamproie était appelée « muraena fluviatilis » par les Romains. Comme dit un vieil auteur: « *Muraena* pour la similitude du corps long, glissant, tacheté, sans pinnes pour nager. *Fluviatilis* à la différence de la Murène (tout court) qui ne sort jamais de la mer pour entrer en rivière. » (Réf. 138.)

Ce texte autorise à penser que c'était la murène de grande mer qui figurait sur la table des gourmets, et non la lamproie. Cette fois, cependant, je me garderai de toute affirmation catégorique, me sentant trop peu documenté.

Tu Lector dispice.

LISTE DES AUTEURS CITÉS À DATE

Les « Miettes gastronomiques » seront servies régulièrement aux lecteurs du Journal durant toute l'année 1933, et le dernier numéro contiendra une bibliographie très soignée. D'ici là, on voudra bien me croire sur parole quand je prétendrai citer fidèlement quelqu'un. Soixante-cinq auteurs anciens ou modernes ont été mis à contribution jusqu'ici, et tout annonce que j'atteindrai la centaine. Pour l'heure, afin de me rendre au désir exprimé par un critique bienveillant, je publie les noms des auteurs déjà cités. En majuscules, les Canadiens ou les Américains; entre parenthèses, le nombre de citations.

- Aristote (1) — AUBERT DE GASPÉ (1).
BOUCHER (3) — BOUGAINVILLE (1) — Brillat-Savarin (1).
Cabanès (1) — CARTIER (2) — CASGRAIN (1) — CHAMPLAIN
(5) — CHARLEVOIX (7).
DAVIAULT (1) — DIÉREVILLE (4) — DIONNE (1).
Encyclopédie britannique (2).
FAUCHER DE ST-MAURICE (1) — FONTANEL (1).
GEOFFRION (1) — Girardin (1) — GOYAU (1) — GLOSSAIRE
DU PARLER FR. AU CANADA (1).
HEARNE (5) — HAKLUYT (1) — Hecquet (1).
INGOUF (1).
JÉSUITES: JOURNAL (3) — RELATIONS: 1633, 34, 35, 48, 57,
58, 62, 64 et autres — Juvénal (1).
KALM (3) — KINGSFORD (4).
LAFITAU (2) — LA HONTAN (3) — Larousse (1) — LE-
CLERCQ (2) — LEJEUNE (1) — LÉRY (1) — LES-
CARBOT (2).

MARIE DE L'INCARNATION, MÈRE (5) — Marie-Zaborowski (1) — MARION (1) — MARQUIS (1) — MAUBERT DE GOUVEST (2) — Ménagier de Paris (1) — Molière (1) — Monselet (1) — MONTPETIT (3) — MORIN, SOEUR (3) — Musset (1).

Nonnius (2).

Patin (2) — PAUW (4) — Petit (1) — Pline l'Ancien (2) — Pline le Jeune (1) — Pommet (2) — PRÉFONTAINE (1).

Rabelais (2) — ROY, J.-E. (1).

SAGARD (8) — SILVY (1) — Sully (1) — SULTE (2).

TAVERNER (2) — Thérive (1) — THWAITES (1) — Truquet (1).

Voltaire (6).



ENCOURAGEZ NOS IMPRIMEURS !

Thérien Frères LIMITÉE

Imprimeurs
Thermograpbes
Graveurs
Éditeurs
Relieurs

Tél.: HArbour *5288

334, RUE NOTRE-DAME EST, MONTRÉAL

**LE JOURNAL DE L'HOTEL-DIEU
DE MONTRÉAL**

*remercie ses annonceurs et prie les lecteurs
de leur accorder un bienveillant
patronage.*

À LOUER

Premiers
soins
à l'aide
des



Les pansements transformés par STERILASTIC

*Le pansement
chirurgical
moderne.*

BANDAGES Sterilastic

*Les avantages suivants recommandent
STERILASTIC à votre attention:*

Sterilastic élimine les noeuds et les épingles. Il ne colle pas aux cheveux ou à la peau, il facilite la respiration cutanée et agit comme compresse sans resserrer. Il n'entrave pas la liberté des mouvements et est facile à appliquer et à enlever. Il est économique.

COUPON

Messieurs: Veuillez m'adresser un échantillon de STERILASTIC.

Nom

Adresse

STERILASTIC est fait d'une bande de tissu élastique poreux collée sur de la gaze qui s'adapte parfaitement aux contours. Il se fixe aisément et rapidement en pressant ensemble les bords superposés, ce qui élimine les épingles ou les noeuds. Il reste en place, mais peut s'enlever facilement sans aucune douleur. Il n'adhère pas aux cheveux ou à la peau. Les bandages Sterilastic pour pansements chirurgicaux assurent une plus grande liberté de mouvement au membre blessé parce qu'ils réduisent le volume du pansement à son minimum et agissent comme compresses sans resserrer. Ils sont fabriqués en différents formats, variant en largeur de 1½ à 6 pouces, et en longueur de 5 à 10 verges.

STERILASTIC CO. (CANADA) LIMITED

940, RUE DES INSPECTEURS

MONTRÉAL, CANADA

LAIT DE "SANTÉINE"
BEURRE

Préparé par une maison canadienne.
Le lait le plus riche en ferments lactiques.
INDIQUÉ spécialement
dans les cas d'entérite ou de stase intestinale.

J. F. Joubert
LIMITÉE

VOICI LA SAISON DES RHUMES ET DE LA TOUX

Contrôlez rapidement un rhume par

**Les comprimés de Phénalone associé
à la Codéine**

Faites cesser la toux avec

MISTURA TUSSI DE HARTZ

La Compagnie J. F. HARTZ de Montréal (limitée)
1434, AVENUE MCGILL COLLEGE, - MONTRÉAL

À LOUER

AVEC LES COMPLIMENTS

DE

SIMMONS LIMITED

MANUFACTURIERS DE LITS, SOMMIERS,
MATELAS, OREILLERS
ET MEUBLES D'ACIER.

Excepté les cas où l'intervention chirurgicale est nécessaire, toutes les maladies du foie sont justiciables de

L'AGOBYL

(Le seul cholagogue à base de succinate de lithium C. P.)

L'AGOBYL provoque un écoulement abondant de la bile.

L'AGOBYL draine la vésicule et les canaux hépatiques.

L'AGOBYL s'emploie aussi avec succès dans la convalescence des maladies infectieuses.

Une seule dose quotidienne pendant dix jours consécutifs.

LE LABORATOIRE DU BISMOL

MONTRÉAL

Téléphone: HARbour 4752

J. H. Boivin
Opticien

Spécialité :

ORDONNANCES DE MM. LES OCULISTES

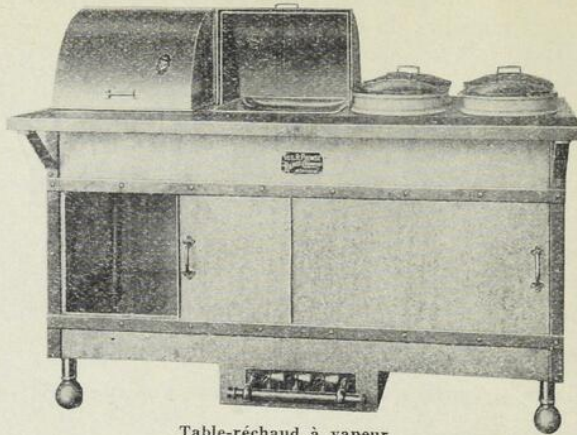
2070, RUE ST-DENIS,

MONTRÉAL

GEO. R. PROWSE RANGE Cie Limitée

Fondée en 1829

▲
Fourneaux
de cuisine
Marmites
Eviers
Table-réchaud
à vapeur
Réchauds
▼



▲
Etuves
Fontaines
à café
Rôtissoires
Tables
Ustensiles
pour la
cuisson
▼

Table-réchaud à vapeur

Equipement de tous genres pour cuisine et service à l'usage des HÔPITAUX,
hôtels, restaurants et institutions.

DEMANDEZ NOTRE CATALOGUE

2025, RUE UNIVERSITÉ

- - MONTRÉAL, Qué.

SERVICE DE VOITURES AMBULANCES à la VILLE et à la CAMPAGNE, JOUR et NUIT

Spécialistes dans le transport des malades et des blessés

GEO. VANDELAC LIMITÉE

G. VANDELAC, jr.

Fondé en 1890

ALEX. GOUR

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST,

- - MONTRÉAL

Tél.: BELair 1717

GARAGE LEONARD

LIMITÉE

5430 BOULEVARD ST-LAURENT

MONTRÉAL



Distributeur de la voiture FRONTENAC

Modèles variés

SERVICE SPÉCIAL DE RÉPARATIONS

TOUS LES MÉDECINS SONT LES BIENVENUS

ASSURANCES

FINANCE

Bureau de VÉRIFICATION MÉDICALE

COLLECTION

TARIF MODÉRÉ **15%**

*Renseignez-vous auprès de vos confrères et demandez
une copie de notre contrat.*

GUARDIAN FINANCE COMPANY

266 RUE ST-JACQUES OUEST, - MONTRÉAL

Tél. MArquette 2587

GASTON RIVET,
Gérant.

M. G. VADEBONCOEUR, B.A., LLL.,
Aviseur légal.

Avec les compliments de

JOSEPH FILION, M.P.P.

ENTREPRENEUR

CONSTRUCTEUR

464, CHEMIN DU BOULEVARD DES PRAIRIES

LAVAL-DES-RAPIDES



Téléphone: BYwater 1225

À LOUER

F. H. PHELAN

MARCHAND DE CHARBON

à la tonne ou au wagon

Anthracite Gallois — Anthracite Ecosais

ANTHRACITE SCRANTON

“Buckwheat” et petites variétés.

Charbon bitumineux de première qualité.

HUILE À CHAUFFAGE

315, RUE COLBORNE, - - MONTRÉAL

Téléphone : MArquette 1270 et 1279

TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Laboratories	XII	La Compagnie J. F. Hartz de	
Agobyl (Laboratoire du Bismol)	XXIII	Montréal (limitée)	XXI
Anglo-French Drug Cie	VIII	Léonard Limitée (Garage)	XXV
Antiphlogistine (Denver)	V	Merck & Co.	III, XIII
Boivin, J.-A.	XXIII	Millet, Roux & Lafon	VIII, XIV
Canada Drug Co.	VI	Mowatt & Moore Limitée	IX
Carrière & Sénécal	IV	Nadeau (Laboratoire)	I
Casgrain & Charbonneau	XV	Oxygène du Canada (Compagnie) ..	V
Ciba (Compagnie)	II	Pancrasalets (Marcel Prévost) ..	III
Duckett, J. A.	VI	Phelan, F. H.	XXVII
Eau Richelieu	IV	Prowse Range (Geo. R. & Cie	
J. Eddé (limitée)	VII	Ltée)	XXIV
Filion, Joseph, M.P.P.	XXVI	Pyridium (Merck)	Couverture 4
General Electric X-Ray Corp.	X	Rougier Frères	XVII
Girard Automobile	XXVIII	Simmons Bed	XXII
Guardian Finance Co.	XXV	Sténilastic	XX
J. F. Hartz Limitée	XXI	Thérien Frères Limitée	XIX
Herdt & Charton	XVI	Vandelac, Geo.	XXIV
Horner, Frank W.	XVIII	Yogourt (J. Delisle)	II
J. J. Joubert (Santéine)	XXI		
Jouot, G.	IX		

UNE CLINIQUE POUR VOTRE AUTO!

Notre CLINIQUE établie depuis 7 ans déjà, et très achalandée, se tient à votre disposition pour toutes réparations, qu'il s'agisse des organes du moteur ou, tout simplement, d'une toilette intérieure.

Nos spécialistes, qui ne sont pas assujettis aux strictes règles de la déontologie médicale, attirent votre attention sur leur compétence et la modicité de leurs prix.

GIRARD AUTOMOBILE INC.

vous convie tous à venir admirer et faire l'essai des nouveaux modèles 1933.

Le Nouveau Plymouth Six:

puissant et spacieux.
Valeur inégalable à un aussi bas prix
\$675.00 et plus F.O.B.

Le Nouveau Chrysler Six:

117" d'empattement et 83 c.v.
\$1085.00 et plus F.O.B.

Le Nouveau Chrysler Royal Huit:

120" d'empattement et 90 c.v.
\$1370.00 et plus F.O.B.

Le Nouveau Chrysler Imperial Huit:

126" d'empattement et 108 c.v..
\$1940.00 et plus F.O.B.

Le Nouveau Chrysler Custom Imperial Huit:

146" d'empattement et 135 c.v.
Prix sur demande.

VENEZ !

VOYEZ !

ACHETEZ !

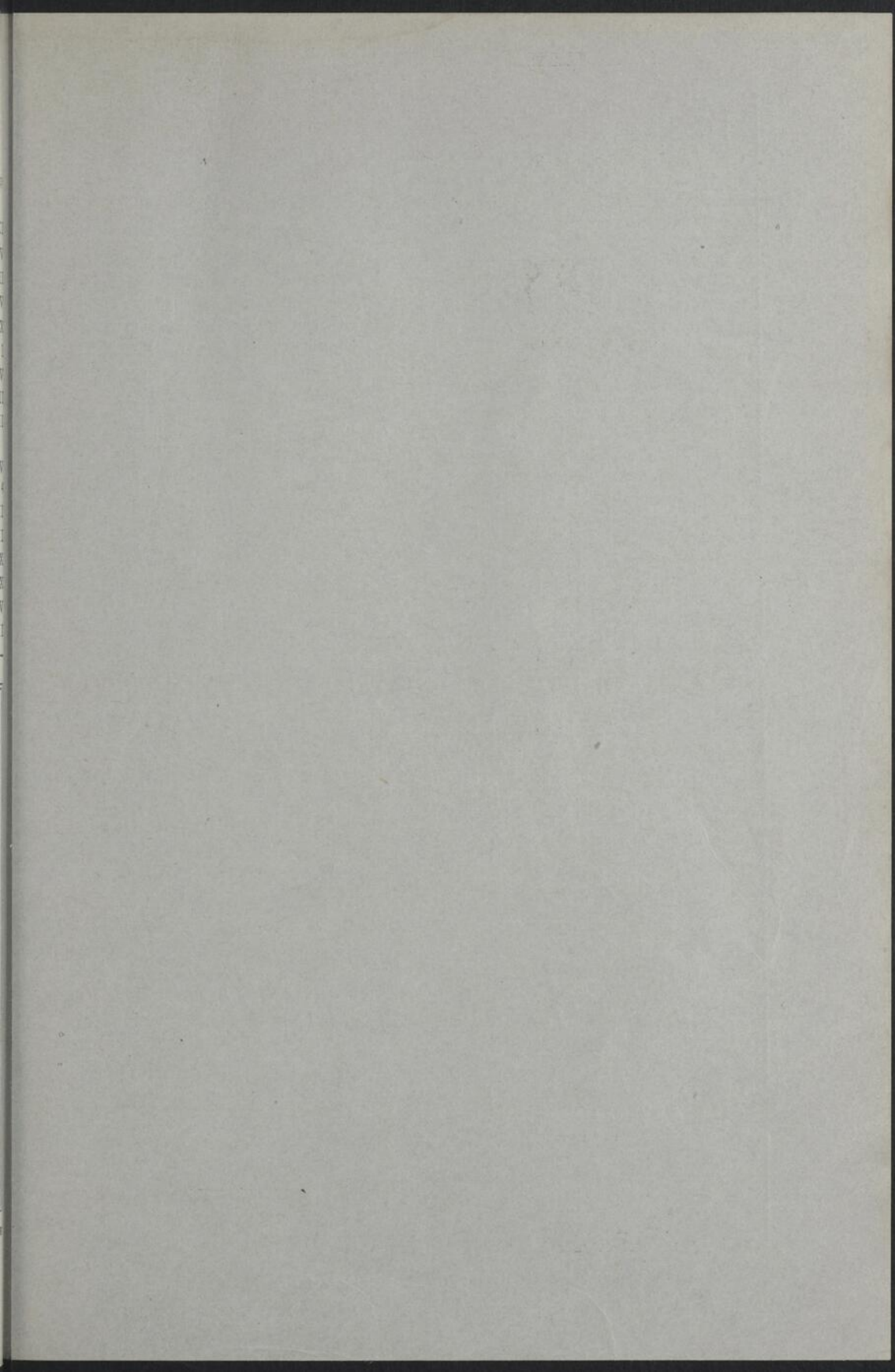
1448 ouest,
rue DORCHESTER
M O N T R É A L



MARquette 4228

Vis-à-vis l'Hôtel Ford.

THÉRIEN FRÈRES, LIMITÉE

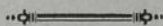


dans la cystite et la pyélite

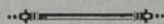
Marque **PYRIDIDIUM** de commerce

CHLORHYDRATE DE PHENYL-AZO-ALPHA-ALPHA
DIAMINO-PYRIDINE

Fabriqué par la Pyridium Corporation



Administré par la bouche
pour le traitement spécifique
des affections génito-urinaires
et gynécologiques.



MERCK & CO.
LIMITED

412, rue St-Sulpice - - MONTRÉAL

Seuls dépositaires au Canada